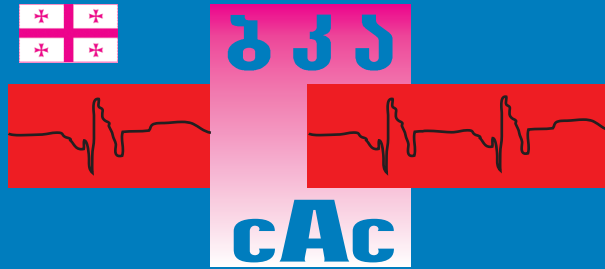


№14

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა
ასოციაციის ჟურნალი

JOURNAL OF THE GEORGIAN PEDIATRIC
CARDIOLOGY ASSOCIATION



ბავშვთა
კარდიოლოგია

Pediatric
Cardiology

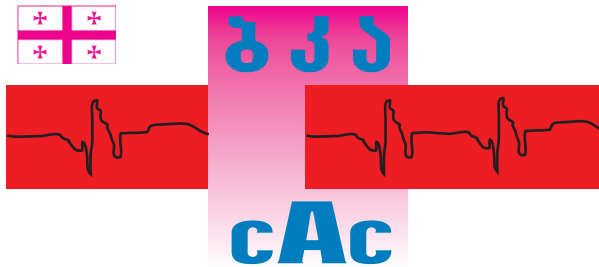
თბილისი
2020
TBILISI

ISSN 1987-9857





მთავარი რედაქტორი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი, აკადემიკოსი
გიორგი ჩახუნავილი



საქართველოს ბავშვთა ხარდიოლოგთა ასოციაცია

ს.ბ.კ.ა. ჩამოყალიბდა თსსუ-ს პედ კლინიკის ბაზაზე 1992 წელს, რეგისტრირებულ იქნა 1999 წლისთვის. აღნიშნული ასოციაცია წარმოადგენს კავშირს, ხუთი ფიზიკური პირის მიერ ჩამოყალიბებულს, რომელიც დაარსდა საქართველოს 1997 წლის სამოქალაქო კოდექსის დებულებების შესაბამისად. „ასოციაციის“ საქმიანობის ვადა განუსაზღვრელია, აქვს დამოუკიდებელი ბალანსი საქართველოსა და უცხოეთის საბანკო დაწესებულებებში. ამ კავშირის მიზნებს წარმოადგენს – ფორმულირების მოძებნა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის რევმატიკული, რევმატული, არარევმატული დაზიანებების, გულის იშემური დაავადებათა, მიოკარდიუმის ინფარქტით, კარდიოპათოების სხვადასხვა ფორმების, ბავშვთა ჰიპოტენზიების, სპორტული გულის და სხვა პათოლოგიური პროცესების ნაადრევი დიაგნოსტიკაში, კარდიოლოგიის განვითარება, აგრეთვე ბავშვთა კარდიოლოგიით დაინტერესებულ სტუდენტ-ახალგაზრდობისადმი ყოველგვარი დახმარების გაწევა. საქმიანობის საგანს წარმოადგენს გულსისხლძარღვთა უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევა. ე.კგ. 15 განხრში, ფაგ – დატვირთვისას, ელექტროგამოთვლით ველომეტრია, პულსური მრუდები, კაპილარისკოპა, რეოგრაფია, ექოკარდიოგრაფია და სხვა. აგრეთვე, იმუნოლოგიური და გენეტიკური მარკერების კვლევა.

აღსანიშნავია, რომ „ასოციაციის“ წევრები შეიძლება იყვნენ როგორც იურიდიული ასევე ფიზიკური პირები, რომლებიც იზიარებენ მის მიზნებსა და საქმიანობის პრინციპებს წერილობითი განცხადების საფუძველზე.

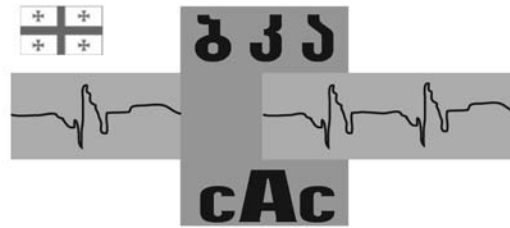
„ასოციაციის“ წევრებს აკისრიათ გარკვეული უფლება-მოვალეობები. მონაწილეობის მიღება წესდებით გათვალისწინებული წესით. „ასოციაციის“ მართვაში, ისარგებლონ ასოციაციის კონსულტაციებით და რეკომენდაციებით, მონაწილეობა მიიღონ განზრახულ პროექტებზე, მიიღონ ფინანსური მხარდაჭერა „ასოციაციის“ ფონდებიდან, აგრეთვე – გავიდნენ „ასოციაციიდან“. „ასოციაციის“ მართვის ორგანოს წარმოადგენს „ასოციაციის“ წევრთა „საერთო კრება“, რომელიც მოინვევა 1 ჯერ წელიწადში, ან საჭიროებისამებრ. თითო წელს მიეკუთვნება თითო ხმა. წინამდებარე წესდება ძალაშია მისი რეგისტრაციის თარიღიდან. ამრიგად, აღნიშნულ ასოციაციის კარდიოლოგიის დარგში აკისრია მნიშვნელოვანი ფუნქცია-მოვალეობები, რომელიც დაფუძნებულია ექიმთა გულსხმიერებასა და შემოქმედებით და მოკიდებულებაზე ამ დარგის მიმართ.



№14

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა
ასოციაციის ჟურნალი

JOURNAL OF THE GEORGIAN PEDIATRIC
CARDIOLOGY ASSOCIATION



ბავშვთა
კარდიოლოგია

Pediatric
Cardiology

თბილისი
2020
Tbilisi

რედაქტორი: ბიორბი ჩახუნაშვილი მედიკ.დოქტორი, პროფესორი
Editor in chief: GEORGE CHAKHUNASHVILI MD.PHD.S.D.Professor

სარედაქციო კოლეგია:
Editorial Board:

მამანტი როგავა
მანანა ღუღუშაური
კონსტანტინე ჩახუნაშვილი
ნინო ჯობავა (რედაქტორის მოადგილე)
დიტო ტაბუცაძე
ვლადიმერ ზარდალიშვილი
ნელი თოფურიძე (კოლეგიის მდივანი)
ნელი ბადრიანაშვილი
თემურ მიქელაძე
მანანა შვანგირაძე
მაია ინასარიძე
მიხეილ გვადლიშვილი
მერაბ მათიანაშვილი
მაკა იოსელიანი
თამთა მეთრეველი
ნინო ჭანტურაია
ლალი კვეზერელი
მამუკა ცხაიძე
თინათინ კუტუბიძე
ზურაბ შაყარაშვილი
ბიორბი დიდავა
ვახტანგ ხელაშვილი
დ. კილაძე
მარინე ხეცურიანი
თამაზ სურმანიძე
თამაზ წყაროველი

MAMANTI ROGAVA MD. PHD.
MANANA GUDUSAURI MD. PHD.
KONSTANTINE CHAKHUNASHVILI MD.PHD. ACAD.
NINO JOBAVA (CoEditor) MD. PHD.
DITO TABUCAZE MD, PROF.
VLADIMER ZARDALISVILI MD. PHD.
NELI TOFURIZE (Secretary of Board) MD. PHD.
NELI BADRIASHVILI MD. PHD.
TEMUR MIKELADZE MD. PHD.
MANANA SHVANGIRADZE MD.
MAIA INASARIDZE MD.
MIKHEIL MCHEDLISHVILI MD. PHD.
MERAB MATIASHVILI MD. PHD.
MAKA IOSELIANI MD. PHD.
TAMTA METREVELI MD.
NINO CHANTURAI A MD.
LALI KVEZERELI MD. PHD.
MAMUKA CXAIDZE MD. PHD.
TINATIN KUTUBIDZE MD. PROF.
ZURAB SHAQARASHVILI MD. PHD.
GIORGI DIDAVA MD. PHD. PROF.
VAXTANG XELASHVILI MD.
D. KILADZE MD. PHD.
MARINE XECURIANI MD.
TAMAZ SURMANIDZE MD.
TAMAZ TSKAROVELI MD.
ILYA M. YEMETS MD.PHD. PROF. /ukr/
FABIO PIGOZZI MD.PHD. PROF. /Italia/
DIRK-ANDRE CLEVENT MD.PHD. PROF. /Ger./
K. CHAKHUNASHVILI MD.PHD.
A. BLIADZE
R. SVANADZE
D. CHAKHUNASHVILI MD.PHD.ST.
T. TEDORADZE
E. NAKHUTSRISHVILI

- კ. ჩახუნაშვილი
- ა. გლიაძე
- რ. სვანაძე
- დ. ჩახუნაშვილი
- თ. თედორაძე
- ე. ნახუტსრისხვილი



სარჩევი

CONTENTS

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია 6

Georgian Pediatric Cardiology Association 9

ორიბინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტივობები

Original articles and scientific activities in cardiology

პარდიოლოგია CARDIOLOGY

„ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია“ 11

კორონავირუსული დაავადება 2019 (COVID-19): მულტისისტემური ანთებითი სინდრომი ბავშვებში
Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Multisystemic inflammatory Syndrome in children 14

მარცხენა კორონარული არტერიის ანომალური გამოსვლა ფილტვის არტერიიდან
Abnormal exit of the left coronary artery from the pulmonary artery 22

რევმატოლოგია RHEUMATOLOGY

რევმატული დაავადებების კანისმიერი მანიფესტაცია პედიატრიულ ასაკში
Skin manifestation of rheumatic diseases in pediatric age 26

საინტერესო შრომების კალეიდოსკოპი KALEIDOSCOPE OF INTERESTING WORKS

საქართველოში საექთნო სამსახურის განვითარება
Development of nursing services in Georgia 37

საექთნო განათლება საქართველოში
Nursing education in Georgia 39

ინფექციის კონტროლი ჯეო ჰოსპიტალებში – გამოცდილების გაზიარება
Infection Control in Geo Hospitals - Sharing experiences 43

საოპერაციოს განვითარება
Development of Operation Room 48

სკოლის მოსწავლეებში პროფესიული უნარების განვითარების პროგრამა
Professional Skills Development Program for School Students WSD PROGRAM 50

ექთნის პროფესიის გაცნობა და პირველადი გადაუდებელი დახმარების კურსი შშმ პირებისათვის
Nurse Profession and First aid for people with special needs 52

პირვალი გადაუდებელი მედიცინის (ემერჯენსის) განყოფილება სამეგრელოს რეგიონში
First aid in Emergency Department 53

ინფექციის კონტროლის საკითხები სადიალიზოში
Infection Control in Dialysis Department 54

აჭარის რეგიონში საექთნო საქმე
Nursing in Ajara Region 56

სასწავლო პროცესის მართვის სისტემის დანერგვა დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივ საექთნო კოლეჯში
The implementation of the educational process management system at David Tvildiani Medical University Community Nursing College ... 57

ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის საკითხები საქართველოში
Bone marrow transplantation in Georgia 59

ხელის ჰიგიენის განვითარება იმერეთის რეგიონში
Development of hand hygiene in Imereti 59

თირკმლის მწვავე უკმარისობა
Acute Kidney Failure 62

თრომბოლიზისი
Thrombolysis 64

ტრახეის სტენოზის მკურნალობისა და პროფილაქტია საექთნო მიდგომები
Treatment and prevention of tracheal stenosis Nursing Approach 65

სხვადასხვა DIFFERENT

სამყარო. როგორც ვალეოლოგიური განათლების შემეცნებითი ფუნდამენტი
The world. As the cognitive foundation of Valeological education 66

ადამიანის ჯანმრთელობის რეზერვების ამოქმედების მექანიზმების არსი
Activation of human health reserves The essence of the mechanisms 70

პლაზმური ნაკადის გამოყენება პროკურსორული უჯრედების სტიმულაციისთვის, კრიტიკული მდგომარეობების დროს
A joint use of plazmatic in order to commite progenic precursors in critical condition 75

პრაქტიკოსი ექიმებისათვის PRACTICING PHYSICIANS

აპივიტის, აპიკორის, აპიპულმოსა და აპიპეპატის კომპლექსური გამოყენების საფუძვლები ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციულ კარდიოლოგიაში
Fundamentals of the complex use of apivit, apicor, apipulmo and apiphepati in the preventive cardiology of children and adolescents 78

ძილის დარღვევების მართვა ბავშვთა ასაკში
Management of sleep in children 87

ინფორმაცია
Information 90

კარდიოლოგიის თეორიული საფუძვლები 92

სრული დასახელება	ბავშვთა კარდიოლოგია		
გამომცემელი	საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია		
დაარსების წელი	2007	რეგენზირებადი	+
რაოდენობა წელიწადში	1	რეფერირებადი	+
სტატიების საშუალო რაოდენობა ნომერში	15	მთ. რედაქტორი	გ. ჩახუნავილი
შემოკლებული დასახელება	ბავშვთა კარდიოლოგია		
ქვეყანა	საქართველო	ქალაქი	თბილისი
ბეჭდური ვარიანტის ISSN	1987-9857	ტირაჟი	500
ონლაინ ვარიანტის E ISSN		წარმოდგენის ფორმა	pdf
www - მისამართი	http://www.sppf.info; http://www.esgns.org		
დასახელება ინგლისურად	Pediatric Cardiology Journal of the Georgian Pediatric Cardiology Association		
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 მუშის ქართულ რეპერატულ შურონალში სასახული ბამოცემათა ჩამონათვალი

1. ბავშვთა კარდიოლოგია
2. გაენათის მაცნე
3. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა
4. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სამეცნიერო შრომათა კრებულის
5. კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტის მაცნე
6. კარდიოლოგია და შინაგანი მედიცინა
7. კრიტიკულ მდგომარეობათა და კატასტროფათა მედიცინა
8. მეცნიერება და ტექნოლოგიები
9. რენტგენოლოგიის და რადიოლოგიის მაცნე
10. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მაცნე, ბიომედიცინის სერია
11. საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემიის მოამბე
12. საქართველოს პედიატრი
13. საქართველოს რესპირაციული შურონალი
14. საქართველოს სამედიცინო სიახლენი
15. საქართველოს სამეცნიერო სიახლეები, საერთაშორისო სამეცნიერო შურონალი
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 კრებულის

www.tech.caucasus.net



ქართული რეპერატული შურონალი 8 (20), 2012



ნომერში სასახულ ბამოცემათა ჩამონათვალი თემატური რუბრიკები ავტორთა საძიებელი საგნობრივი საძიებელი



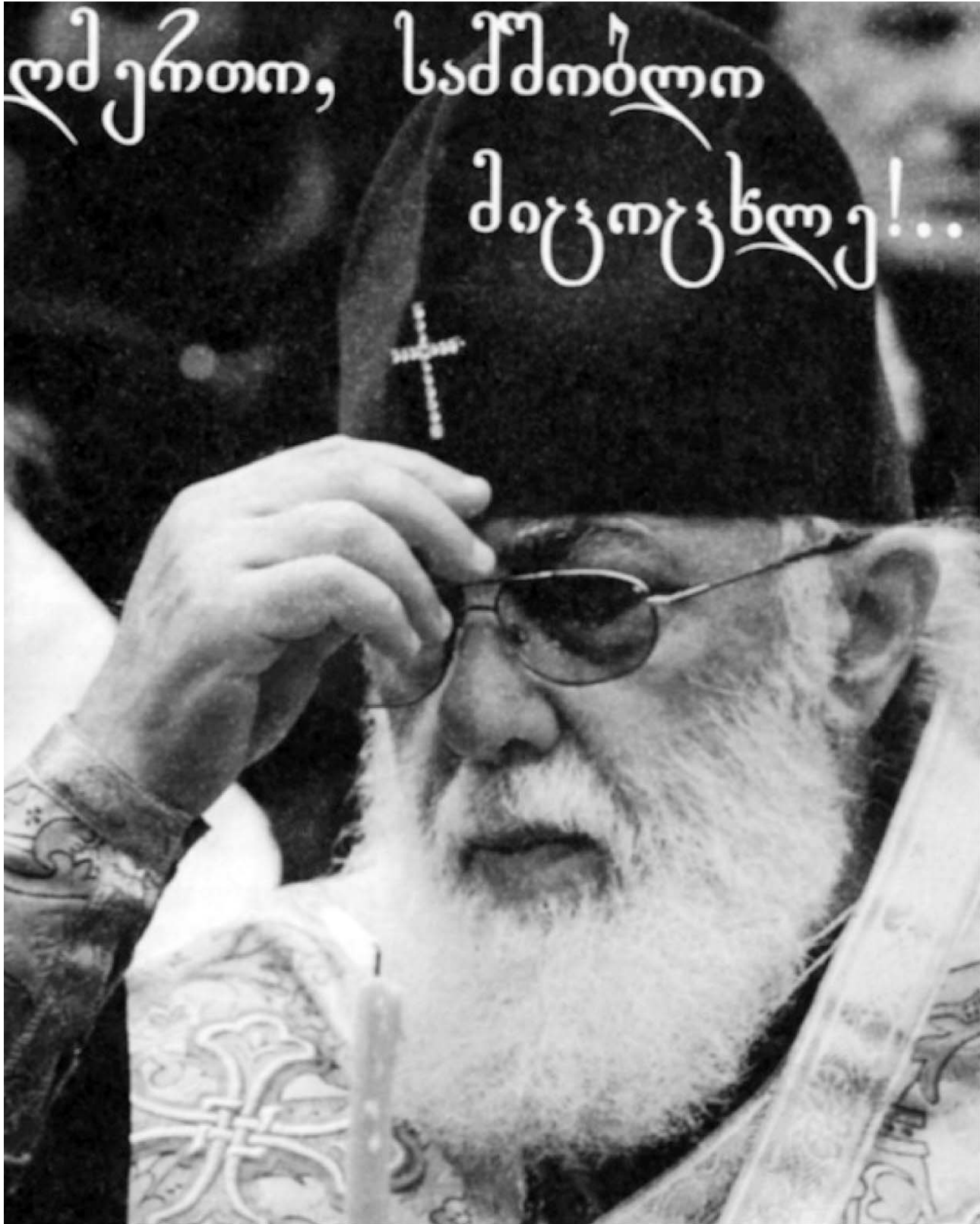
STATISTIC

TOTAL VISITS

Views
230

ბავშვთა კარდიოლოგია

TOTAL VISITS PER MONTH	Views	TOP COUNTRY VIEWS	Views	TOP CITY VIEWS	Views
November 2019	7	Georgia	69	Ashburn	18
December 2019	3	United States	45	Houston	7
January 2020	3	China	12	Jacksonville	6
February 2020	1	Russia	9	Beijing	5
March 2020	1	Senegal	8	Tbilisi	4
April 2020	14	United Kingdom	7	Ann Arbor	3
May 2020	7	Germany	6	Montréal	3
		France	6	Saint Petersburg	3
		Ukraine	6	Abidjan	2
		Canada	3	Austin	2



ღმერთო, საძმობლო
ძიგოცხლე!...

ჩემი საცია სამშობლო,
სასაცო მთლი ძეყანა,
განათუბული მთა-მარტი
წილნაყარია ღმერთთანა.

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

დიდება თავისუფლებას,
თავისუფლებას დიდება!



საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია

ს.ბ.კ.ა. ჩამოყალიბდა ოსუს-ს პედკლინიკის ბაზაზე 1992 წელს, რეგისტრირებულ იქნა 1999 წლისთვის. აღნიშნული ასოციაცია წარმოადგენს კავშირს,სხუთი ფიზიკური პირის მიერ ჩამოყალიბებულს, რომელიც დაარსდა საქართველოს 1997 წლის სამოქალაქო კოდექსის დებულებების შესაბამისად. „ასოციაციის“ საქმიანობის ვადა განუსაზღვრელია, აქვს დამოუკიდებელი ბალანსი საქართველოსა და უცხოეთის საბანკო დაწესებულებებში. ამ კავშირის მიზნებს წარმოადგენს – ფორმულირებისმოძებ ნაგულ-სისხლძარღვთა სისტემის რეგმატიული, რეგმატული, არარეგმატული დაზიანებების, გულის იშემური დაავადებათა, მიოკარდიუმის ინფარქტით, კარდიოპათოეების სხვადასხვა ფორმების,ბავშვთა პიპრტენიების,სპორტული გულის და სხვა პათოლოგიური პროცესების ნაადრევი დიაგნოსტიკაში, კარდიოლოგიის განვითარება,აგრეთვე ბავშვთა კარდიოლოგიით დაინტერესებულ სტუდენტ-ახალგაზრდობისადმი ყოველგვარი დახმარების გაწევა. საქმიანობის საგანს წარმოადგენს გულსისხლძარღვთა უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევა. ე. კვ. 15 განხრში,ფავ – დატვირთვისას,ელექტროგამოთვლით ველომეტრია,პულსური მრუდები,კაპილარი სკოპა,რეოგრაფია,ექოკარდიოგრაფია და სხვა. აგრეთვე, იშუნოლოგიური და გენეტიკური მარკერების კვლევა. აღსანიშნავია,რომ „ასოციაციის“ წევრები შეიძლება იყვნენ როგორც ოურიდიული ასევე ფიზიკური პირები, რომლებიც იზიარებენ მის მიზნებსა და საქმიანობის პრინციპებს წერილობითი განცხადების საფუძველზე. „ასოციაციის“ წევრებს აკისრიათ გარკვეული უფლება-მოვალეობები. მონაწილეობის მიღება წესდებით გათვალისწინებული წესით. „ასოციაციის“ მართვაში, ისარგებლონ ასოციაციის კონსულტაციებით და რეკომენდაციებით, მონაწილეობა მიიღონ განხრახულ პროექტებზე, მიიღონ ფინანსური მხარდაჭერა „ასოციაციის“ ფონდებიდან, აგრეთვე – გავიდნენ „ასოციაციიდან“. „ასოციაციის“ მართვის ორგანოს წარმოადგენს „ასოციაციის“ წევრთა „საერთო კრება“, რომელიც მოიწვევა 1-ჯერ წელიწადში, ან საჭიროებისამებრ. თითო წელს მიეკუთვნება თითო ხმა. წინამდებარე წესდება ძალაშია მისი რეგისტრაციის თარიღიდან. ამრიგად, აღნიშნულ ასოციაციის კარდიოლოგიის დარგში აკისრია მნიშვნელოვანი ფუნქცია-მოვალეობები, რომელიც დაფუძნებულია ექიმთა გულისხმიერებასა და შემოქმედებით დამოკიდებულებაზე ამ დარგის მიმართ.

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია საჭველმოქმედო აქციები

1992წლიდან 1998 წლამდე მიმდინარეობდა პერიოდულად მოსახლეობის კუმიანტარული გასინჯვები. სულ 1998 წლიდან სოციალური პედიატრიის ფონდთან ერთად დაიწყო საქველმოქმედო აქციები. აქციებში მონაწილეობენ: გამოსწავლილი ქართველი პედიატრები. მიმდინარეობს ავადმყოფთა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა და სხვა. ურიგდებით მედიკამენტები. ჩაუტარდათ რამდენიმე ათეული სასწრაფო ოპერაცია. ათობით ავადმყოფთა ჩაუტარდა უფასო გამოკვლევა და მკურნალობა სხვადასხვა წამყვან კლინიკებში. 07.01.98-07.02.99წწ. თბილისი, გაისინჯა 9200 ბავშვი. 23.24.01.99წ. აღმოსავლეთ საქართველო. ცენტრი ქ. თელავი. გაისინჯა 3500-ზე მეტი ბავშვი. 12-13-14.02.99 თბილისი ტელევიზიის მეშვეობით თვის ღია კარის დღე გაისინჯა 100-მდე ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები. დღათა და ბავშვთა საღაგნოსტიკო ცენტრში და აგრეთვე ქალაქის სხვადასხვა პოლიკლინიკებში ჩამოყალიბდა მაღალკვალიფიციური პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები კვირში ერთჯერ. ქალაქის წამყვან პედიატრიულ კლინიკებში ტარდება მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლ-

ბელ თაუფასო კონსულტაციები თვეში ერთჯერ. აქციებში სხვადასხვა პროფილით მონაწილეობდნენ:

1. კანისა და ვენსეფულვბათა ინსტიტუტი
2. პარაზიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და სხვ. დაწესებულება მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებები დამკურნალობის ეტაპი. ასევე დარიგდება შესაბამისი მედიკამენტები. დაიბეჭდა და გაერცვლდა მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამასსოვროები. 12-13-14.03.99წ. ექსპედიცია ფოთსა და აბაშაში. 13.03.99წ. ქ. ფოთი, გაისინჯა 950 ბავშვი. დაურიგდათ მედიკამენტები. 13-14.03.99წ. ქ. აბაშა და აბაშის რაიონი (ს. ქედისი, ს. მარანი და სხვ.) 29-30.01-07.08.99წ. გაისინჯა 4400 ბავშვი, დაურიგდათ მედიკამენტები. 23-24-25.08.99 წ. ჩატარდა უფასო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა. ქ. ხობი და ქ. ზუგდი დაურიგდათ მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო წამლები. 04.04.99წ. ექსპედიცია ფასანაურში კომპლექსურად გაისინჯა 400-ზე მეტი ბავშვი. 07.05.99წ. ექსპედიცია გურიის რეგიონში. ქ. ლანჩხუთი ჩაუტარდათ უფასო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა, დაურიგდათ მედიკამენტები. 18.05.99წ. ჩატარდა გასინჯვები ქ. რუსთავში (გაისინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი, დარიგდა მედიკამენტები). 22.06.99წ. ჩატარდა გასინჯვები საგარეჯოში (გაისინჯა 250-ზე მეტი ბავშვი, დარიგდა მედიკამენტები). 13-14.08.99 წ ჩამოხატაური (გაისინჯა 1500-მდე ბავშვი). 15.08.99 წ. ბახმარო (გაისინჯა 2000-ზე მეტი ბავშვი-დამსვენებელი) ზღვის დონიდან 2050მ. 16.08.99წ. ექსპედიციაგადავიდაბახმაროდან აჭარის მაღალმთიან რაიონებში (სულ გაისინჯა 750-ზე მეტი ბავშვი) ზღვის დონიდან 2300-2400მ. 17.09.99 წ. ჩატარდა კომპლექსური გამოკვლევები თბილისის უპატრონო ბავშვთა სახლში. 16.10.99წ. 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 გააკეთდა 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 კოლონი ის ბავშვები.
- 20.07-28.07. 2000 წ. წყნეთის ბავშვთა სახლში გასინჯულია 60 ბავშვი.
- 21-22-23-7. 2000წ. აბაშის რ-ნი სოფ. საკიეთისა და სამტრედიის რ-ნის აღსაზრდელთა სკოლის ბავშვთა გასინჯვები.
- 7-8.08. 2000 წ. ბახმარო-ბუშუმი გაისინჯა 1925 ბავშვი.

2001 წ.

- 15.03. 2001 წ. გაისინჯა და კომპლექსური გამოკვლევა ჩაუტარდა რუსთავის აზოტის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.



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

14-15-16. 09. 2001წ. ბაღდადის რ-ნი სოფ. საირმე, წითელხევი, როსი, II ობნა, ხანი, ზეგანი, საქრაულა. გაისინჯა 2500 ბავშვი.

2002 წელი

10.03. 2002 წ. ახალგორი გაისინჯა 250 ბავშვი.
20-04. 2002წლ. სიღნაღის რ-ნი გაისინჯა 450 ბავშვი
23-24-25-26. 2002წ. ხულო (აჭარა) საპატრიარქოსთან ერთად გაისინჯა 600 ბავშვი და 100 მოზრდილი.

27-28-29. 06. 2002წ. ქ. თბილისი 20 მოზრდილთა პოლიკლინიკა, 10 ბავშვთა პოლიკლინიკა, 121 ბავშვთა პოლიკლინიკა გაისინჯა 400 ბავშვი.

16-17-18-19. 07. 2002წ. კოდორის ხეობა (აფხაზეთი) გაისინჯა 250 ბავშვი.

3-4-5-6. 2002წ. მთა-თუშეთი, დიკლო, ომალო, მენაქო, გაისინჯა 200 ბავშვი.

2003 წელი

5. 03. 2003წ. სამცხე-ჯავახეთი გაისინჯა 1250 ბავშვი.

17.04. 2003წ. წეროვანი გაისინჯა 450 ბავშვი.

20.05. 2003წ. ბორჯომი გაისინჯა 870 ბავშვი.

25.06. 2003წ. მთა-თუშეთი გაისინჯა 320 ბავშვი.

30.07. 2003წ. ბახმარო გაისინჯა 630 ბავშვი.

20.08. 2003 წ. ზესტაფონი გაისინჯა 210 ბავშვი.

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. სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ საქართველოს საპატრიარქოს თანადგომით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში: ზუგდიდი, ხულო, ხელვაჩაური, ქედა, ლანჩხუთი, ოზურგეთი, ინგირი – ჩატარდა საქველმოქმედო აქციები, სადაც გაისინჯა, შესაბამისი კვალიფიციური სამედიცინო კონსულტაცია გაეწია და მედიკამენტები დაურიგდა 2400 ბავშვს.

2005 წელი

მრნეულის რეგიონში, გაისინჯა 700 ბავშვი და 800 მოზრდილი.

18 ივლისი კასპი 450 ბავშვი.

8 ოქტომბერი მცხეთის რაიონი 300 ბავშვი.

14-15-16 ოქტომბერი ლენტეხი 850 ბავშვი და 200 მოზრდილი.

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 ესპანდურები და მეთოდური რეკომენდაციები სამკურნალო ფიზიკულტურის შესახებ.

დუშეთი. კონსულტაცია ჩაუტარდა 280 ბავშვს.

ახაშენი. კონსულტაცია ჩაუტარდა 85 ბავშვს.

– ბავშვთა კარდიოლოგია გაისინჯა 400 ბავშვი. მათ ჩაუტარდათ კონსულტაცია და კლინიკოლაბორატორიული 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.

2008 წელი

1 ივნისი – ღია კარის დღე (გაისინჯა 200 ბავშვი)

2 ივნისი Teddy bear (გაისინჯა 300 ბავშვი)

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

27 ივნისი – საქართველოს სექციის აღდგენა

20 აგვისტო – Stop Russia/ ივოეთის აქცია

1 სექტემბერი – Stop Russia/ თბილისი ჯაჭვის აქცია

4 ოქტომბერი ღია კარის დღე კონსულტაცია, გამოკვლევები: მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. შედგა მხატვრების და ხელფანების 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

13.06.2009 ხაშური გაისინჯა 750 ბავშვი

26.12.2009 ბარისახო გაისინჯა 80 ბავშვი

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

2015 წელი

1 ივნისი – თბილისი – გაისინჯა 320 ბავშვი

4-5-6 დეკემბერი – ჩხოროწყუს რაიონის სოფლები – გაისინჯა და ვიზიტორული იქნა 1300 პაციენტი



2016 წელი

გაისინჯა 3035 ბავშვი

2017 წელი

გაისინჯა 1305 ბავშვი

2018 წელი

გაისინჯა 200 ბავშვი

2019 წელი

გაისინჯა 250 ბავშვი

დღემდე აქციებში სულ გაისინჯა 227 900 ბავშვი და ათასობით ხანშიშესული. საქველმოქმედო აქციები გრძელდება.

ბავშვთა კარდიოლოგიური ასოციაციის მიერ ჩატარებული კონფერენციები და სიმპოზიუმები:

1992 წ. I ბავშვთა კარდიოლოგთა კონფერენცია. I კონფერენცია „ჩვენთან ერთად ირწმუნე უკეთესი მშავლის 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

„ორთოპედიული სკოლა“

სიმპოზიუმი №1, №2

17. 12. 99

„მუკოვის ცილოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები“

01. 06. 2000

ახალგაზრდა პედიატრთა XVIII კონფერენცია

28. 02. 2001

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

01. 06. 2001

„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ სიმპოზიუმი №1

01. 06. 2001

„ბავშვი, მოზარდი და ოჯახური ძალადობა“

სიმპოზიუმი №1

01. 06. 2001 „ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“

სიმპოზიუმი №1

13.02.2002 „ადამიანის გენომის პროექტი“

10.03.2002 ახალგაზრდა, მატონიზირებული სასმელი

„ლომისის“ პრეზენტაცია.

6.11.2002 საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე: „მუკოვის ცილოზით 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 პედიატრია“ (შუქდება სოციალური, სამედიცინო, პედაგოგიური, ფსიქოლოგიური, ფსიქიატრიული, რელიგიური და სხვა აქტუალური და პრობლემური საკითხები)

19.12.2003 საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა II კონგრესი.

1.06.2004. II საერთაშორისო ინტერნეტ-კონფერენცია. პედიატრიის აქტუალური საკითხები

22.10.2004. კონფერენცია თემაზე: „პედიატრიის აქტუალური საკითხები“, რომელიც ეძღვნებოდა სოციალური პედიატრიის პრეზიდენტის, გენერტიკოსის ვიქტორ მოროშკინის ნათელ ხსოვნას.

1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები

XIV კონფერენცია.

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

2006წ. 1 ივნისი სოციალური პედიატრის დაცვის ფონდის კონფერენცია. დეკემბერში ახალგაზრდა პედიატრთა ლიგის ექიმ სპეციალისტთა XXIII კონგრესი.

31.05.2007 ბავშვთა კარდიოლოგიის III კონგრესი.

7.12.2007 სპდფ მე-17 კონფერენცია.

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

20.12.08 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის და ESMNS ერთობლივი მეორე კონფერენცია (თბილისი).

12.06.2009 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XX კონფერენცია

18.12.2009 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXI კონფერენცია

01.06.10 წალკის XXII და საქართველოს ექთანთა II კონფერენცია.

03.12.10 პროფესორ ი. კვაჭაძის 85 წლისადმი საიუბილეო კონფერენცია.

01.06.2011 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXVI კონფერენცია

23.12.2011 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXVII კონფერენცია

01.06.2012 ბავშვთა კარდიოლოგთა IV კონგრესი

21-22.12.2012 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის XXIX კონფერენცია

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.

2015 წელი

01.06.15 სპდფ-ის XXXIV კონფერენცია.

11.12.15 სპდფ-ის XXXV კონფერენცია.

2016 წელი

01.06.16 სპდფ-ის XXXVI კონფერენცია.

09-10.12.16 სპდფ-ის XXXVII კონფერენცია.

2017 წელი

01.06.17 სპდფ-ის XXXVIII კონფერენცია.

08.12.17 სპდფ-ის XXXIX კონფერენცია.

2018 წელი

01.06.18 სპდფ-ის XXXX კონფერენცია.

07.12.18 სპდფ-ის XXXXI კონფერენცია.

2019 წელი

01.06.19 სპდფ-ის XLII კონფერენცია.

14.12.19 სპდფ-ის XLIII კონფერენცია.

2020 წელი

31.05.20 სპდფ-ის XLIV კონფერენცია.





Georgian Pediatric Cardiology Association

GPCA was founded on the base of TSMU pediatric clinics in 1992 and was registered in 1999. Association was founded by five persons according to Georgian Civil Codex Regulation in 1997. Association work is not limited, has independent balance in Georgian and foreign banks. Main goals of this association is early diagnostics of diseases like – Rheumatic and None-Rheumatic Cardiovascular diseases, heart ischemic diseases, myocardial infarction, different cardiomyopathy diseases, children hypertensions, Athlete’s Heart and etc. Also, one of the main goals of GPCA is to help all young people who are interested in Pediatric Cardiology. Association works include bloodless instrumental research like – ECG in 15 inclinations, PCG– during load, electric velometry, capillaroscopy, rheography, echocardiography and others, research of immunological and genetic markers. Members of Association can be lawyers who share the goals and main principles of work. Members of GPCA have determined rights and duties: to participate in governing of Association and various projects, use the consultations and recommendations of Association, get financial support from Association funds and leave Association. The governing system of Association is represented by general meeting of the members which is held once in a year. Each member has one vote. These charters are in action after registration. So, this association has important duties and function, which is stimulated by doctor’s sensitiveness and creative work in this field.

GEORGIAN PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATION CHARITY ACTIVITIES

From 1992 to 1998 GPCA 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 Sighnaghi, - 450 children examined.

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

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

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

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

2003.

05.03.2003 Samtskhe-Javakheti, - 1250 children were examined.

17.04.2003 Werovani, - 450 children were examined.

20.05.2003 Borjomi, - 870 children were examined.

25.06.2003 Mta-Tusheti, - 320 children were examined.

30.07.2003 Bakhmaro, - 630 children were examined.

20.08.2003 Zestaponi, - 210 children were examined.

07.09.2003 Racha, - 170 children were examined.

18.10.2003 Dmanisi, - 180 children were examined.

2004.

March, April, May – Kaspi, Gurjaani, Telavi, Akhmeta, Lagodekhi, Sighnaghi, 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.

Akhalsheni–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.

Till today over 93 727 children were examined and thousands of old people. Charity activities continue.

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.

2015.

1st of June, Tbilisi – 350 children were examined.

11.12.2015. Chkorotscu – 1300 children were examined.

2016.

3035 children were examined.

2017.

1305 children were examined.

2018.

200 children were examined.

2019.

250 children were examined.

Till today over 227 900 children were examined and thousands of old people. Charity activities continue.

SIMPOSIUMS AND CONFERENCES HELD BY GEORGIAN PEDIATRIC CARDIOLOGY ASSOCIATION:

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

1-2.06.2015. SPPF XXXIV conference

11.12.2015. SPPF XXXV conference

1.06.2016. SPPF XXXVI conference

9-10.12.2016. SPPF XXXVI conference

1.06.2017. SPPF XXXVIII conference

05.12.2017. SPPF XXXIX conference

01.06.2018. SPPF XXXVIII conference

07.12.2018. SPPF XLI conference

01.06.2019. SPPF XLII conference

14.12.2019. SPPF XLIII conference

31.05.2020. SPPF XLIV conference





ორიგინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტივობანი ORIGINAL ARTICLES AND SCIENTIFIC ACTIVITIES IN CARDIOLOGY

კარდიოლოგია Cardiology

კარდიოლოგიის ამ თავში განხილული იქნება კლინიკური ელექტროკარდიოგრაფიის უმნიშვნელოვანესი საკითხები:

THIS CHAPTER WILL DISCUSS ASPECTS THAT ARE GREATLY IMPORTANT IN ECG:

„ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია“

ბიორბი ჩახუნაშვილი

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი, სპეციალისტი – „ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია“ პროგრამის ავტორი და დირექტორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, საქართველოს დარგობრივ აკადემიათა აკადემიკოსი

1. სპეციალისტის დასახელება – „ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია“.

2. სპეციალისტის შინაარსი:

„ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია“ არის სამედიცინო დისციპლინა, რომელიც შეისწავლის ბავშვთა და მოზარდთა:

ა) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის აგებულებას, განვითარებას, ფუნქციას, ასევე გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებებს: ეტიოლოგიას, პათოგენეზს, კლინიკურ გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკის საკითხებს, მათი პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ეფექტურ მეთოდებს, ასევე სამედიცინო რეაბილიტაციის ასპექტებს;

ბ) რევმატული ჯგუფის, შემავრთბელი ქსოვილის დიფუზური დაზიანებით მიმდინარე დაავადებების ეტიოლოგიას, პათოგენეზის მექანიზმებს, კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებს, დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას, მკურნალობის ასპექტებს, პრევენციისა და რეაბილიტაციის საკითხებს.

3. ზოგადი ცოდნა:

● ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგია მოიცავს მოიცავს ჩამოთვლილი დაავადებებისა და პათოლოგიური მდგომარეობების სიმპტომატიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და პრევენციას:

- არტერიული ჰიპერტენზიები;
- ათეროსკლეროზი, დისლიპიდემია;
- გულის იშემიური დაავადება, მისი მწვავე და ქრონიკული ფორმები;
- გულის კუნთის არაკორონაროგენული დაავადებები;
- გულის შექონილი მანკები;
- გულის თანდაყოლილი მანკები;
- პერიკარდიუმის დაავადებები;
- გულის სიმსივნეები;

- ინფექციური ენდოკარდიტი;
- რევმატიული ცხელება;
- არითმიები;
- აორტის დაავადებები;
- პერიფერიული არტერიული სისტემის დაავადებები;
- ვენური სისტემის დაავადებები;
- აორტის და გულის ტრავმული დაზიანება;
- გულ-სისხლძარღვთა მწვავე და ქრონიკული უკმარისობა;
- პულმონური თრომბოემბოლია;
- პულმონალური ჰიპერტენზია (პირველადი და მეორადი);
- კარდიოგენული შოკი;
- ფილტვის სისხლძარღვთა დაზიანებებთან და მცირე წრეში სისხლის მიმოქცევის დარღვევებთან დაკავშირებული პათოლოგიური მდგომარეობები.
- ბავშვთა კარდიოლოგმა უნდა იცოდეს კარდიოვასკულურ დაავადებებთან ხშირად ასოცირებული შინაგანი დაავადებების (სასუნთქი სისტემის დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი და სხვა ენდოკრინული დაავადებები, თირკმლის დაავადებები, ინფექციური დაავადებები) ეტიოლოგია, პათოგენეზი, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა.
- სახსრების და ხერხემლის ანთებითი დაავადებები;
- შემავრთბელი ქსოვილის სისტემური დაავადებები;
- სისტემური ვასკულიტები;
- რევმატული მანიფესტაციები სხვა სისტემური დაავადებების დროს;
- ოსტეოართროზი (ოსტეოართრიტი);
- პერიარტიკულური რბილი ქსოვილების დაავადებები;
- მიკროკრისტალური ართრიტები.



4. დაავადებები და მდგომარეობები:

ICD10	პათოლოგია	საქმიანობის მოცულობა
C38.0	გულის ავთვისებიანი სიმსივნე	
E75	სფინგოლიპიდების მეტაბოლიზმის დარღვევ. და ლიპიდების დაგროვების სხვა დარღვევები	
I00-I02	მწვავე რევმატული ცხელება	
I05-I09	გულის ქრონიკული ავადმყოფობები	
I10-I15	ჰიპერტენზიული ავადმყოფობები	
I20-I25	გულის იშემიური ავადმყოფობა	
I26-I28	ფილტვისმიერი გული და ფილტვის სისხლძარღვოვანი ავადმყოფობები	
I30	მწვავე პერიკარდიტი	
I31	პერიკარდიუმის სხვა დაავადებები	
I32	პერიკარდიტი, განვითარებული იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკ.	
I33	მწვავე და ქვემწვავე ენდოკარდიტი	
I34-I37	გულის შეძენილი მანკები, გულის თანდაყოლილი მანკები და ანომალიები	
I40	მწვავე მიოკარდიტი	
I42-I43	კარდიომიოპათია, კარდიომიოპათია იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	
I44	წინაგულ-პარაკუჭოვანი (ატრიო-ვენტრიკულური) და ჰისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკადა	
I45	გამტარობის სხვა დარღვევები	
I46	გულის გაჩერება	
I47	პაროქსიზმული ტაქიკარდია	
I48	წინაგულების ფიბრილაცია და თრთოლვა	
I49	გულის რითმის სხვა დარღვევები	
I50	გულის უკმარისობა	
I51	გულის ავადმყოფობათა გართულებები და დაუზუსტებელი მდგომარეობები	
I70	ათეროსკლეროზი	
I71	აორტის ანევრიზმა და განშრევა	
I72	ანევრიზმების სხვა ფორმები	
I73	პერიფერიული სისხლძარღვების სხვა ავადმყოფობები	
I74	არტერიების ემბოლია და თრომბოზი	
I80-I89	ვენების, ლიმფური სადინრებისა და ლიმფური კვანძების ავადმყოფობები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში	
I95-I99	სისხლის მიმოქცევის სისტემის სხვადასხვა დაავადებები	
P29	პერინატალურ პერიოდში განვითარებული გულ-სისხლძარღვოვანი დარღვევები	
Q20-Q28	სისხლის მიმოქცევის სისტემის თანდაყოლილი ანომალიები	
R57	შოკი, რომელიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში	
M00-M03	ინფექციური ართროპათიები	
M07	ფსორიაზული და ენტეროპათიული ართროპათიები	
M08	იუვენილური ათრიტები	
M09	იუვენილური ათრიტი იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	
M10	ნიკრისი (ჰოდაგრა)	
M11	სხვა კრისტალური ართროპათიები	
M13	სხვა ათრიტები	
M14	ართროპათიები იმ სხვა ავადმყოფობების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	
M15	პოლიართროზი	
M16	კოქსართროზი (მენჯ-ბარძაყის სახსრის ართროზი)	
M17	გონართროზი (მუხლის სახსრის ართროზი)	
M18	პირველი მჯჯა-ნების სახსრის ართროზი	
M19	სხვა ართროზები	
M20	ხელისა და ფეხის თითების შეძენილი დეფორმაციები	
M21	კიდურების სხვა, შეძენილი დეფორმაციები	
M22	კვირისთავის დაზიანებები	
M23	მუხლის სახსარშიდა დაზიანებები	
M24	სახსრის სხვა სპეციფიური დაზიანებები	
M25	სახსრის სხვა დაზიანებები, რომლებიც არ არის კლასიფიცირებული სხვა რუბრიკებში	
M31	სხვა ნეკროზული ვასკულოპათიები	



M32	სისტემური წითელი მგლურა	
M33	დერმატოპოლიმიოზიტი	
M34	სისტემური სკლეროზი	
M35	შემავრთებელი ქსოვილის სხვა სისტემური დაზიანებები	
M36	შემავრთებელი ქსოვილის სისტემური დაზიანებები იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	
M41	სქოლიოზი	
M43	სხვა მადეფორმირებელი დორსოპათიები	
M49	სპონდილოპათიები იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	
M54	დორსალგია (ზურგის ტკივილი)	
M60	მიოზიტი	
M61	კუნთის კალციფიკაცია და ოსიფიკაცია	
M63	კუნთების დაზიანებები იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	
M65-M68	სინოვიური გარსებისა და მყესების დაზიანებები	
M70	რბილი ქსოვილის ავადმყოფობები დაკავშირ. დატვირთვასთან, გადატვირთვასთან და ზეწოლასთან	
M71	სხვა ბურსოპათიები	
M72	ფიბროზლასტური დაზიანებები	
M73	რბილი ქსოვილის დაზიანებები იმ ავადმყოფ. დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	
M76	ქვედა კიდურის ენთესოპათიები, გარდა ტერფისა	
M77	სხვა ენთესოპათიები	
M79	რბილი ქსოვილის სხვა დაზიანებები, რომლებიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში	
M80-M85	ძვლის სიმტკიცისა და სტრუქტურის დარღვევები	
M86	ოსტეომიელიტი	
M87	ოსტეონეკროზი	
M91	ზარბაყისა და მენჯის იუვენალური ოსტეოქონდროზი	
კარდიოვასკულურ და რევმატიულ დაავადებებთან ხშირად ასოცირებული დაავადებები:		
E00-E07	ფარისებრი ჯირკვლის ავადმყოფობები	
E10-E14	შაქრიანი დიაბეტი	
F45	სომატოფორმული აშლილობები	
J00-J06	ზედა სასუნთქი გზების მწვავე რესპირაციული ინფექციები	
J35	ნუშურებისა და ადენოიდების ქრონიკული ავადმყოფობები	
J95-J99	სასუნთქი სისტემის სხვა ავადმყოფობები	
N17-N19	თირკმლების უკმარისობა	
R00-R09	სიმტკიცე და ნოშნები, რომლებიც მიეკუთვნება სისხლის მიმოქცევისა და სასუნთქ სისტემებს	
R10	მუცლისა და მენჯის ტკივილი	
R50	სხვა და უცნობი წარმოშობის ცხელება	
R51	თავის ტკივილი	
R52	ტკივილი, რომელიც არ არის შეტანილი სხვა რუბრიკებში. იგულისხმება: ტკივილი, რომელიც არ მიეკუთვნება რომელიმე ორგანოს ან სხეულის ნაწილს	
R55	სინკოპე (გულის წასვლა) და კოლაფსი	
R65	სისტემური ანთებითი პასუხის სინდრომი	
R95	ჩვილი ზავშვის უეცარი სიკვდილი	
T00-T07	ტრავმები, რომლებიც მოიცავს სხეულის რამდენიმე მდამოს	
T33-T35	მოყინვა	
T36-T50	სამკურნალწამლო საშუალებებით, მედიკამენტებით და ბიოლოგ. ნივთიერებ. მოწამვლა	
T68	ჰიპოთერმია	

პრაქტიკული უნარ-ჩვევები:

ა) ექიმს, რომელიც ფილოს სახელმწიფო სერტიფიკატს სპეციალობაში „გავრცობა კარდიო-რევმატოლოგია“, შეუძლია შემდეგი კვლევის მონაცემების ინტერპრეტაცია:

- ეკგ: სტანდარტული, 24 საათიანი, ეკგ სტრეს-ტესტი;
- ექოკარდიოგრაფიული, დოპლერ-ექოკარდიოგრაფიული, ფონოკარდიოგრაფია, კაპილაროსკოპია, ველოერგომეტრია, კარდიოინტერვალოგრაფია, რეოგრაფია, დენსიტომეტრია
- რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია;
- კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT);
- მაგნიტურ-ბირთვული რეზონანსი (MRI);

● გულსისხლძარღვთა სისტემის რადიოიზოტოპური გამოკვლევები;

● გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კათეტერიზაცია, ანგოკარდიოგრაფია, მათ შორის, კორონაროგრაფია და ვენტრიკულოგრაფია.

● სახსროვანი სინდრომის შეფასება: სიმეტრიული, მონო-, ოლიგო-, პოლიართრიტი, ტკივილის ინტენსივობა და ხასიათი, პერიმეტრია, გონიომეტრია, ვერტებრომეტრია, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის სპეციფიკური სიმპტომებისა და ინდექსების (ლეკენის, რიჩის, ლის, ტომასის, შობერის და სხვა);

● სისხლის, სხვა ბიოლოგიური სითხეების და მასალების კლინიკური, ბიოქიმიური, მიკრობიოლოგიური,



იმუნოლოგიური, სეროლოგიური, მოლეკულური გამოკვლევები

- C რეაქტიული ცილა;
- სერომუკოიდი;
- ანტისტრეპტოლიზინი 0;
- რევმატოიდული ფაქტორი;
- ანტინუკლეარული ანტისხეულები;
- ციკლური ანტიციტრულინური ანტისხეულები;
- ანტისხეულები მუტილირებული ციტრულინური იმუქტინის მიმართ;

- ანტისხეულები ორსპირალიანი დნმ-ის მიმართ;
- კრიოგლობულინები;
- ანტისხეულები რიბონუკლეოპროტეინის მიმართ;
- ანტი SCL-70;
- ანტისინთეტაზური ანტისხეულები;
- ანტინეიტროფილური ციტოპლაზმური ანტისხეულები;

- ანტიფოსფოლიპიდური ანტისხეულები;
- ღვიძლის ფუნქციური სინჯები;
- კოაგულოგრამა;
- კრეატინინი;
- შარდოვანა;
- შარდმუჯავა სისხლში, შარდში;
- კომპლემენტის C3, C4 კომპონენტები;
- მიღებული სინოვიური სითხის კვლევის შედეგები;
- HLA B 27 ანტიგენი;
- HLA DR 4 ანტიგენი;
- კრეატინფოსფოკინაზა;
- B და C ჰეპატიტის მარკერები;

ღაწივანსწორით: ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგის კონსულტაციის აუცილებლობა:

- აღვილად დაღლა,
- საერთო სისუსტე,
- გულის არეში ჩხვლეტები ან ტკივილი,
- ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება,
- ტაქიკარდია, არითმია,
- აუსკულტაციისას შეილება,
- ანგინებით, ბრონქიტებითა და ვირუსული ინფექციებით ხშირად მოხდეს კონტიგენტი, ეკგ მონიტორინგით, ყველა სახის ართრალგია,
- მაღალი ანტისტრეპტოლიზინი „O“;

- various circumstances that requires pediatricians attention: fatigue, chest pain, dysrhythmias, tachycardia, arrhythmia, heart murmurs, pharyngitis, bronchitis, syncope, arthralgia and etc.

- განავლის გამოკვლევა ფარულ სისხლდენაზე;
- სახსრების ულტრასონოგრაფია;
- სცინტიგრაფია;
- სინოვიური გარსის ბიოფტატი;

ბ) ექიმს – ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგს შეუძლია შემდეგი სამედიცინო მანიპულაციებისა და პროცედურების ჩატარება:

- ეკგ, 24-სათიანი ეკგ მონიტორირება (ჰოლტერი);
 - ეკგ სტრეს-ტესტი;
 - ფონოკარდიოგრაფია, კაპილაროსკოპია, ველოერგომეტრია, კარდიონტერვალოგრაფია, რეოგრაფია, დენსიტომეტრია, ფუნქციური სინჯების მართვა;
 - ცენტრალური ვენების და პერიფერიული სისხლძარღვების პუნქცია და კათეტერიზაცია;
 - კარდიორეანიმაციული ღონისძიებები: გულის არაპირდაპირი მასაჟი, ელექტრული კარდიოვერსია, გულის დროებითი ელექტროსტიმულაცია;
 - სითხეების და პრეპარატების ი/ვ ტრანსფუზია;
 - თორაკოცენტეზი;
 - პერიკარდიოცენტეზი;
 - ტრაქეის ინტუბაცია და ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია (მხოლოდ ინტენსიური კარდიოლოგიის სერვისის მიწოდებისას).
 - სადიაგნოსტიკო და სამკურნალო ართროცენტეზი;
 - პერიმეტრია, გონიომეტრია, ვერტებრომეტრია, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის სპეციფიკური სიმპტომებისა და ინდექსების განსაზღვრა;
- სპეციალიზაცია:** ტრანსთორაკალური ექოკარდიოგრაფია

სინკოპე, ფიზიკურად დატვირთული ბავშვები (სპორტსმენები, მოცეკვავეები), უკვე დადგენილი სარქლოვანი ნაკლოვანებების და პროლაფსების მონიტორინგი, კარდიო-რევმატოლოგის კონსულტაცია ტონზილექტომიის ჩატარებამდე და მის შემდგომ. ზემოთ აღნიშნული კონტიგენტისათვის ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევის დინამიკაში დაკვირვების აუცილებლობა. გულის თანდაყოლილი და შექმნილი მანკების ოპერაციათა შემდგომი პერიოდები.

კორონავირუსული დაავადება 2019 (COVID-19): მულტისისტემური ანთებითი სინდრომი ბავშვებში CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19): MULTISYSTEMIC INFLAMMATORY SYNDROME IN CHILDREN

თათია თედორაძე, ეკა ნახუტსრიშვილი
ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგიის რეზიდენტები:

TATIA TEDORADZE, EKA NAKHUTSRISHVILI
Residents of Pediatric Cardiology-Rheumatology

შესავალი

● 2019 წლის ბოლოს ახალი კორონავირუსი გამოვლინდა, როგორც პნევმონიის შემთხვევების მთავარი მიზეზი ვუჰანში, ჩინეთის ქალაქ შუბების პროვინციაში

- ეპიდემია სწრაფად გავრცელდა მთელს ჩინეთში, რასაც მოჰყვა შემთხვევათა რიცხვის მატება გლობალური მასშტაბით
- COVID-19-ის გამომწვევი ვირუსი არის მწვავე რესპირატორული კორონავირუსული სინდრომი 2 (SARS-CoV-2)

- ადრე მას მოიხსენიებდნენ, როგორც 2019-nCoV
- ჯანმო-მ 2020 წლის 11 მარტს COVID-19 პანდემიად გამოაცხადა

● **ბავშვებში COVID-19 ჩვეულებრივ მსუბუქად მიმდინარეობს**

● კლინიკური გამოვლინებები შეიძლება განსხვავდებოდეს უფროსებისგან

● 2020 წლის აპრილში გაერთიანებული სამეფოს წარმომადგენლებმა გამოთქვეს აზრი, რომ ზოგჯერ დაავადების პრეზენტაცია ბავშვებში კავასაკის არასრული დაავადების (KD) ან ტოქსიკური შოკის სინდრომის მსგავსია

● მას შემდეგ, მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში დაავადების ანალოგიური მიმდინარეობის შესახებ სულ უფრო და უფრო მეტი ცნობა დაიდო

● სინდრომს უწოდეს **მულტისისტემური ანთებითი სინდრომი ბავშვებში (MIS-C)**

- ასევე მოიხსენიება, როგორც
 - პედიატრიული მულტისისტემური ანთებითი სინდრომი [PMIS]
 - პედიატრიული ინფლამატორული მულტისისტემური სინდრომი [PIMS]
 - პედიატრიული ჰიპერინფლამატორული სინდრომი
 - პედიატრიული ჰიპერინფლამატიური შოკი

ეპიდემიოლოგია

- მიუხედავად იმისა, რომ MIS-C-ის სისშირე უცნობია, ბავშვებში ის COVID-19-ის იშვიათი გართულებაა
- MIS-C-ის საწყისი ცნობები გაერთიანებული სამეფოდან 2020 წლის აპრილში გამოქვეყნდა
- მას შემდეგ დაფიქსირდა ანალოგიური ცნობები - ევროპა, კანადა და შეერთებული შტატები (უმეტესობა ნიუ-იორკში)

- MIS-C მრავალი ბავშვი აკმაყოფილებს კავასაკის დაავადების სრულ ან არასრულ კრიტერიუმებს
- ამასთან, ეპიდემიოლოგია განსხვავდება კლასიკური KD-სგან
 - MIS-C-ის უმეტესი შემთხვევა დაფიქსირდა მანამდე **ჯანმრთელ მოზარდებში**, შავკანიანებში მეტად
 - **კლასიკური KD** ჩვეულებრივ ვლინდება **მცირე-წლოვან ბავშვებში** და უფრო მეტი შემთხვევა ფიქსირდება **ადმოსავლეთ აზიის** ქვეყნებში

● MIS-C-ის ეპიდემიოლოგია ასევე განსხვავდება მწვავედ მიმდინარე COVID-19-ისგან ბავშვებში, რომელიც ყველაზე მძიმედ მიმდინარეობს <1 წლის ასაკში და თანმხლები მძიმე პათოლოგიებისას ბავშვების უმრავლესობა ადრე ჯანმრთელი იყო

- გაერთიანებული სამეფო (n = 37)
- საფრანგეთი (n = 35)
- ნიუ - იორკი (n = 33)

● ყველაზე გავრცელებული თანმხლები მდგომარეობა იყო **სიმსუქნე და ასთმა**

● ბიჭები შემთხვევათა დაახლოებით 60%-ს შეადგენდა

● **საშუალო ასაკი იყო 9-დან 11 წლამდე** (დიაპაზონი 1-დან 17 წლამდე)

● გაურკვეველია MIS-C განვითარების რისკის განსხვავება რასის მიხედვით, თუმცა შავკანიან ბავშვებთან არაპროპორციულად მაღალი ინსიდენსი იყო, ხოლო აზიელი ბავშვები თავდაპირველ მოხსენებებში მხოლოდ მცირე ჯგუფს წარმოადგენენ



● გაერთიანებული სამეფოს, ნიუ-იორკის და იტალიის შრომების საფუძველზე, როგორც ჩანს, COVID-19 შემთხვევების პიკიდან რამდენიმე კვირაში დგება MIS-C-ის შემთხვევების პიკი

- მაგალითად, ლონდონში, COVID-19 შემთხვევების პიკი იყო აპრილის დასაწყისში, ხოლო MIS-C-ის შემთხვევების პიკი მოხდა მაისის დასაწყისში

● 3-4 კვირის დაგვიანებით გამოვლენა შემთხვევა **შექნილი იმუნიტეტის ჩამოყალიბების დროს** და სავარაუდოს ხდის, რომ MIS-C შეიძლება **უფრო მეტად წარმოადგენდეს ვირუსის პოსტინფექციურ გართულებას**, ვიდრე მწვავე ინფექციას, ზოგიერთ შემთხვევაში მაინც

პათოფიზიოლოგია

● MIS-C პათოფიზიოლოგია ბოლომდე შესწავლილი არაა

● გამოითქვა ვარაუდი, რომ სინდრომი გამოწვეულია ვირუსზე პათოლოგიური იმუნური პასუხით და ემსგავსება

- კავასაკის დაავადებას (KD)
- მაკროფაგების აქტივაციის სინდრომს (MAS)
- ციტოკინების განთავისუფლების სინდრომს

● მექანიზმი, რომლითაც SARS-CoV-2 იწვევს აბნორმულ იმუნურ პასუხს, უცნობია

● განიხილება პოსტინფექციური პროცესი, და ამ ვარაუდს ამყარებს ის ფაქტი, რომ ბევრ დაავადებულ ბავშვს SARS-CoV-2 PCR აქვს უარყოფითი, მაგრამ აქვს დადებითი სეროლოგია

● ამასთან, ზოგიერთ შემთხვევაში PCR დადებითია

კლინიკური მანიფესტაცია

● *კლინიკური პრეზენტაცია ძირითად შემთხვევებში იყო მსგავსი და ვლინდებოდა:*

მდგრადი ცხელება (საშუალო ხანგრძლივობა 4 დღე)	100%
კუჭ-ნაწლავის სიმპტომები (მუცლის ტკივილი, დებინება, დიარეა)	60-97%
გამონაყარი	50-60%
ნეიროლოგიური სიმპტომები (თავის ტკივილი, ლეთარგია)	30-58%
რესპირატორული სიმპტომები	32-65%
კონიუნქტივტი	33%
ლორწოვანი გარსის ჩართვა	19%
ყელის ტკივილი	14%
შესიებული ხელები / ფეხები	8 %

● განსაკუთრებით ხშირი და გამორჩეული იყო კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სიმპტომები (მუცლის ტკივილი, დებინება, დიარეა), **ზოგიერთ შემთხვევაში აპენდიციტის იმიტაციით**

- ზოგიერთ შემთხვევაში აღინიშნა ტერმინალური ილეიტი მუცლის ტომოგრაფიაზე და / ან კოლიტი კოლონოსკოპიით

● ბევრი პაციენტთან იყო 3-5 დღიანი ცხელება, შემდეგ კი განვითარდა თბილი შოკი

● შოკი ხშირად რეფრაქტორული იყო მოცულობით დატვირთვის მიმართ, საჭირო ხდებოდა **ვაზოპრესორები** და ზოგიერთ შემთხვევაში ჰემოდინამიკის მექანიკური მხარდაჭერა

● რესპირატორული სიმპტომებიცაა წამყვანი ნიშანი იშვიათ შემთხვევაში იყო, თუმცა ბევრი ბავშვი საჭიროებდა მექანიკურ ვენტილაციას გულ-სისხლძარღვთა სტაბილიზაციისთვის

● რესპირატორული სიმპტომები (ტაქიპნოე, ქოშინი) უმეტესად მძიმე შოკს ახლდა, **ხველა იშვიათი იყო**



შოკი	60-80%
კავასაკის დაავადების (KD) სრული კრიტერიუმები	50-64%
მიოკარდიუმის დისფუნქცია (ექოკარდიოგრამით ან მომატებული დონე ტროპონინი/BNP)	50-100%
სუნთქვის მწვავე უკმარისობა, რომელიც მოითხოვს არაინვაზიურ ან ინვაზიურ ვენტელაციას	52-68%
თირკმელუბის მწვავე დაზიანება (უმეტესი შემთხვევები საშუალო სიმძიმის იყო)	38-70%
სეროზიტი (მცირე პლევრალური, პერიკარდიული და ასციტური გამონაჟონი)	24-50%
ღვიძლის მწვავე უკმარისობა	21%

● ხელმისაწვდომი შემთხვევების ანალიზით კლინიკური ნიშნები მოიცავს

Diagnostic criteria for Kawasaki disease

The diagnosis of Kawasaki disease requires the presence of fever lasting at least 5 days* without any other explanation combined with at least 4 of the 5 following criteria:
Bilateral bulbar conjunctival injection
Oral mucous membrane changes, including injected or fissured lips, injected pharynx, or strawberry tongue
Peripheral extremity changes, including erythema of palms or soles, edema of hands or feet (acute phase), and periungual desquamation (convalescent phase)
Polymorphous rash
Cervical lymphadenopathy (at least 1 lymph node >1.5 cm in diameter)

ლაბორატორიული მაჩვენებლები

ხელმისაწვდომი შემთხვევების სერიებში აღინიშნა ლაბორატორიული დარღვევები:

- სისხლის საერთო ანალიზით:
- ლიმფოპენია - 80-95%
 - ნეიტროფილია - 80-90%
 - მსუბუქი ანემია - 70%
 - თრომბოციტოპენია - 30-80%

- მომატებულია ანთებითი მარკერები, მათ შორის:
- C – რეაქტიული ცილა – 90-95%
 - ერითროციტების დაღეკვის სიჩქარე – 80%
 - პროკალციტონინი
 - D – ღიმერი – 80-95%
 - ფიბრინოგენი – 90%
 - ფერიტინი – 75%
 - ინტერლეიკინი-6 (IL-6)
 - იმატებს კარდიალური მარკერები:
 - ტროპონინი – 60-90%
 - BNP ან NT-pro-BNP – 90-100%

ასევე ვლინდება

- ჰიპოალბუმინემია – 73%
- ზომიერად მომატებული ღვიძლის ფერმენტები – 70%
- ლაქტატდეჰიდროგენაზას მომატება – 50-60%
- ჰიპერტრიგლიცერიდემია – 70%

რადიოლოგიური დასკვნები

ექოკარდიოგრაფია

- მარცხენა პარკუჭის (LV) დისფუნქცია (50-60%)
- კორონარული არტერიის (CA) პათოლოგიები
 - დილატაცია
 - ანევრიზმა
- მიტრალური სარქველის რეგურგიტაცია
- პერიკარდიული გამონაჟონი

- CA-ის დარღვევები შეინიშნება პაციენტების დაახლოებით 20-50%
- ეს გაცილებით მაღალია, ვიდრე კლასიკურ KD-ში, რომელშიც CA-ს დაზიანების მაჩვენებელი დაახლოებით 10-15%

ბულმპარლის რენტგენობრაფია
● ძირითად შემთხვევებში-ნორმა

ოშვიათად

- პლევრის მცირე გამონაჟონი
- ფოკალური კონსოლიდაცია
- ატელექტაზი
- გულმკერდის კომპიუტერული ტომოგრაფია (CT)
- გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე არსებული ცვლილებების მსგავსია
- მხოლოდ რამოდენიმე პაციენტს ჰქონდა დაბურული მინის ნიშანი
- მუცლის ვიზუალიზაცია – მუცლის ულტრაბგერითი ან CT კვლევის შედეგები მოიცავდა:

- თავისუფალი სითხე
- ასციტი
- ნაწლავისა და მეზენტერიული ანთება
- ტერმინალური ილექტი
- მეზენტერიული ადენოპათია / ადენიტი
- პერიქოლევცისტური შეშუპება
- კრიტერიუმები, რომლებიც გამოიყენება შემთხვევის განსაზღვრაში, განსხვავდება სხვადასხვა ჯანმრთელობის ორგანიზაციის შორის
- დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის (CDC) შემთხვევის განსაზღვრა მოითხოვს, რომ **ბავშვს ჰქონდეს მნიშვნელოვანი სიმპტომატიკა, რომელიც საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას**, მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის (WHO) შემთხვევაში ეს მოთხოვნა არ არის
- ჯანმო-ს განმარტების უპირატესობა ის არის, რომ ის მულტისისტემური დაზიანების კლინიკურ ნიშნების უფრო მეტ დეტალს ითვალისწინებს
- საგარეოდ, ეს განმარტებები შეიცვლება, როცა უფრო მეტი ინფორმაცია გახდება ხელმისაწვდომი

CDC CASE DEFINITION
ALL 4 CRITERIA MUST BE MET:
1. AGE <21 YEARS
2. CLINICAL PRESENTATION CONSISTENT WITH MIS-C, INCLUDING ALL OF THE FOLLOWING:
-FEVER:
• Documented fever >38.0°C (100.4°F) for ≥24 hours
• or
• Report of subjective fever lasting ≥24 hours
-LABORATORY EVIDENCE OF INFLAMMATION
• ANY OF THE FOLLOWING:
• Elevated CRP
• Elevated ESR
• Elevated fibrinogen
• Elevated procalcitonin
• Elevated D-dimer
• Elevated ferritin
• Elevated LDH
• Elevated IL-6 level
• Neutrophilia
• Lymphocytopenia
• Hypoalbuminemia
-SEVERE ILLNESS REQUIRING HOSPITALIZATION
-MULTISYSTEM INVOLVEMENT
• 2 or more organ systems involved:
• Cardiovascular (eg, shock, elevated troponin, elevated BNP, abnormal echocardiogram, arrhythmia)
• Respiratory (eg, pneumonia, ARDS, pulmonary embolism)
• Renal (eg, AKI, renal failure)
• Neurologic (eg, seizure, stroke, aseptic meningitis)
• Hematologic (eg, coagulopathy)
• Gastrointestinal (eg, elevated liver enzymes, diarrhea, ileus, gastrointestinal bleeding)
• Dermatologic (eg, erythroderma, mucositis, other rash)
3. NO ALTERNATIVE PLAUSIBLE DIAGNOSES
4. RECENT OR CURRENT SARS-COV-2 INFECTION OR EXPOSURE
-ANY OF THE FOLLOWING:
• Positive SARS-CoV-2 RT-PCR
• Positive serology
• Positive antigen test
• COVID-19 exposure within the 4 weeks prior to the onset of symptoms



WHO CASE DEFINITION
ALL 6 CRITERIA MUST BE MET:
1. AGE 0 TO 19 YEARS
2. FEVER FOR ≥3 DAYS
3. CLINICAL SIGNS OF MULTISYSTEM INVOLVEMENT (AT LEAST 2 OF THE FOLLOWING):
*Rash, bilateral nonpurulent conjunctivitis, or mucocutaneous inflammation signs (oral, hands, or feet)
*Hypotension or shock
*Cardiac dysfunction, pericarditis, valvulitis, or coronary abnormalities (including echocardiographic findings or elevated troponin/BNP)
*Evidence of coagulopathy (prolonged PT or PTT; elevated D-dimer)
*Acute gastrointestinal symptoms (diarrhea, vomiting, or abdominal pain)
4. ELEVATED MARKERS OF INFLAMMATION (EG, ESR, CRP, OR PROCALCITONIN)
5. NO OTHER OBVIOUS MICROBIAL CAUSE OF INFLAMMATION, INCLUDING BACTERIAL SEPSIS AND STAPHYLOCOCCAL/STREPTOCOCCAL TOXIC SHOCK SYNDROMES
6. EVIDENCE OF SARS-COV-2 INFECTION
*ANY of the following:
• Positive SARS-CoV-2 RT-PCR
• Positive serology
• Positive antigen test
• Contact with an individual with COVID-19

დაბავშვების სამეტრი

რაც უფრო მეტი ინფორმაცია გახდა ცნობილი ბავშვებში COVID-19 და MIS-C-ს შესახებ, გაირკვა, რომ დაავადების სპექტრი მერყეობს ზომიერიდან მძიმემდე

● COVID-19 მძლავრი იმუნური პასუხის გარეშე – ბავშვთა უმეტესობაში COVID-19 უსიმპტომოდ ან მსუბუქი სიმპტომებით მიმდინარეობს

● COVID-19-თან დაკავშირებული ფებრილური ანთებითი მდგომარეობა – ზოგიერთ ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს მუდმივი ცხელება და მსუბუქი სიმპტომები (მაგ., თავის ტკივილი, ზოგადი სისუსტე); შეიძლება აღინიშნოს ანთებითი მარკერების მომატება (განსაკუთრებით ფერიტინი), მაგრამ მულტისისტემური დაზიანების ნიშნები არ ვლინდება

● COVID-19 ასოცირებული KD – ზოგი ბავშვი აკმაყოფილებს სრულ ან არასრულ KD-ს კრიტერიუმებს და არ ვითარდება შოკის და მულტისისტემური დაზიანების ნიშნები

– გაურკვეველია, კორონარული არტერიის (CA) ანევრიზმის შემთხვევების ფარდობა COVID-19-თან დაკავშირებულ KD/ კლასიკურ KD; საჭიროა უფრო ღრმა კვლევა

● COVID-19 ასოცირებული MIS-C – MIS-C მქონე ბავშვებს აქვთ უფრო მძიმე პრეზენტაცია, მკვეთრად მომატებულია ანთებითი მარკერების დონე და ვლინდება მულტისისტემური დაზიანება-გულის დაზიანება და შოკი ხშირია

ჯივჯივრებითი გაურკვეველობა

- თითოეული ვარიანტის სისშირე
- მსუბუქიდან მძიმე მდგომარეობაში პროგრესირების სისშირე
- რისკის ფაქტორები

შეფასება

● ლაბორატორიული ტესტირება – საექვო MIS-C მქონე ბავშვის საწყისი ლაბორატორიული შეფასება დამოკიდებულია მანიფესტაციაზე

ზომიერიდან მწვავე სიმპტომების მქონე ბავშვებისთვის

- სისხლის საერთო ანალიზი დიფერენციალით

● C – რეაქტიული ცილის და ერთროციტების დალექვის სინქარე (სურვილისამებრ: პროკალციტონინი)

● ფერიტინის დონე

● ღვიძლის ფუნქციური სინჯები და ლაქტატდეჰიდროგენაზა

● შრატში ელექტროლიტების განსაზღვრა და თირკმელის ფუნქციური ტესტები

● შარდის საერთო ანალიზი

● კოაგულაციის კვლევები (პროთრომბინის დრო / საერთაშორისო ნორმალიზებული ფარდობა, აქტივირებული ნაწილობრივი თრომბოპლასტინის დრო, D- დიმერი, ფიბრინოგენი, ანტირომბინ-3)

● ტროპონინი და კრეატინინაზა-MB

● ტვინის ნატრიურეზული პეპტიდი (BNP), ან NT-pro-BNP

● ციტოკინის პანელი (თუ ეს შესაძლებელია)

ანთებითი მარკერები (C- რეაქტიული ცილა, ერთროციტების დალექვის სინქარე, პროკალციტონინი, ფერიტინი) იზომება შემოსვლის დროს და შემდეგ მონიტორინგისთვის

● იმ პაციენტებისთვის, რომელთაც აქვთ 3 დღის განმავლობაში სიცხე და მხოლოდ მსუბუქი სიმპტომები, მიზანშეწონილია თავდაპირველად კვლევის უფრო შეზღუდული რაოდენობა

– მაგალითად, შეიძლება მიზანშეწონილი იყოს სისხლის საერთო ანალიზით და C- რეაქტიული ცილით დაწყება და შედეგების ინტერპრეტაციის შემდეგ დამატებითი ტესტები

სხვა პათოგენების ტესტირება

სხვა ვირუსული და ბაქტერიული პათოგენების ტესტირება, რომლის ჩატარება რუტინულად საჭიროა არ არის და ინდივიდუალურად უნდა განიხილოს, მოიცავს

- სისხლის კულტურა
- შარდის კულტურა
- ფარინგეალური კულტურა
- განაგლის კულტურა
- ნაზოფარინგის ასპირატი ან ყელის ნაცხი ვირუსული პანელისთვის

● Epstein-Barr ვირუსული სეროლოგია და PCR

● ციტომეგალოვირუსის სეროლოგია და PCR

● Enterovirus PCR

● ადენოვირუსის PCR

● სხვა რესპირატორული პათოგენების (მაგ. რინოვირუსის, გრიპის, რესპირაციულ-სინციტური ვირუსის) დადგენა ნაზოფარინგეალურ ნიმუშებში არ გამოირიცხავს COVID-19-ს

● გულის გამოკვლევა – ტროპონინის და BNP / NT-pro-BNP დონის განსაზღვრის გარდა, იმ პაციენტის კარდიოლოგიური შეფასება, რომელსაც აქვს საექვო MIS-C, მოიცავს 12-განხიან ელექტროკარდიოგრაფიას (ეკგ) და ექოკარდიოგრაფიას

● ექოკარდიოგრაფია ასევე რეკომენდებულია დადასტურებული SARS-CoV-2 შემთხვევაში, რომელიც არ აკმაყოფილებს MIS-C ყველა კრიტერიუმს, მაგრამ არის შოკი ან ნიშნები, რომლებიც შეესაბამება კავასაკის არასრულ ან სრულ დაავადებას (KD)

● ბავშვებდა და მოზარდებში, მსუბუქი COVID-19 სისტემური ანთების ნიშნების გარეშე, ნაკლებად სავა-



რადლოა, რომ აღინიშნოს კორონარული არტერიის ცვლილება (CA) ან მიოკარდიტი

– ასეთ ბავშვებში ექოკარდიოგრაფია, ზოგადად, არ არის აუცილებელი, მაგრამ შეიძლება განიხილოს, თუ არსებობს სპეციფიკური კლინიკური ნიშანი

● MIS-C ბავშვებში, საბაზისო ეკგ შეიძლება იყოს არაპეციფიკური, თუმცა არითმია და გულის ბლოკადა აღწერილია

● საწყისი ექოკარდიოგრაფიით აღწერილი შედეგები შეიძლება მოიცავდეს CA დილატაციას, მარცხენა პარკუჭის (LV) სისტოლურ დისფუნქციას და პერიკარდიულ გამონაჟონს

– CA-ის პათოლოგიებმა შეიძლება პროგრესირება განიცადოს და ჩამოყალიბდეს ანევრიზმა, გიგანტური კორონარული ანევრიზმაც კი

ემოკარდიოგრაფიული შეფასება

ექოკარდიოგრაფიული შეფასება მოიცავს შემდეგს:

● LV ზომა და სისტოლური ფუნქციის რაოდენობრივი შეფასება (LV საბოლოო დიასტოლური მოცულობა, განდევნის ფრაქცია)

● მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური ფუნქციის თვისობრივი შეფასება

● CA-ის პათოლოგია (დილატაცია ან ანევრიზმა)

● სარქველების ფუნქციის შეფასება

● პერიკარდიული გამონაჟონის არსებობა და მისი რაოდენობა

● შეფასება ინტრაკარდიული თრომბოზის ან / და ფილტვის არტერიის თრომბოზის, განსაკუთრებით აპიკალური თრომბის მიმე LV დისფუნქციის დროს

● LV დიასტოლური ფუნქცია (სურვილისამებრ)

● CA-ს შეფასება ემყარება Z – ქულებს, იგივე კლასიფიკაციის სქემა გამოიყენება KD-ში

CLASSIFICATION	SIZE OF CORONARY ARTERY ABNORMALITY*
No coronary involvement	Z-score always <2 AND no more than a 0.9 decrease in Z-score during follow-up
Dilation only	Z-score 2 to <2.5 OR if initially <2, a ≥1 decrease in Z-score during follow-up
Small aneurysm	Z-score ≥2.5 to <5
Medium aneurysm	Z-score of ≥5 to <10 AND absolute dimension <8 mm
Large aneurysm or giant aneurysm	Z-score ≥10 Or absolute dimension ≥8 mm

შემდგომი ემოკარდიოგრაფიის ჩატარების დრო

ექოკარდიოგრაფია ტარდება დიაგნოზის დასმის დროს და შემდეგ ინტერვალებით:

● თავდაპირველად აქვთ ნორმალური ფუნქცია და CA ნორმალური ზომები-მწვავე პერიოდის ჩამთავრებიდან 1-2 კვირის შემდეგ CA-ს ზომების გადასამოწმებლად

● CA დილატაცია / ანევრიზმა საწყის ექოკარდიოგრაფიაზე, ექოკარდიოგრაფია მეორდება ორ-სამ დღეში ერთხელ, სანამ CA ზომა არ გახდება სტაბილური და შემდეგ დაახლოებით კვირაში ერთხელ

● სისტოლური დისფუნქციის / მიოკარდიტის და ნორმალური CA-ების მქონე პაციენტებისთვის ექოკარდიოგრაფია მეორდება კლინიკური ჩვენების მიხედვით და ყოველ კვლევაზე განმეორებითი ხდება CA-ების შესწავლა

● მწვავე ფაზაში CA დაზიანება ან სისტოლური დისფუნქციის / მიოკარდიტის ნიშნები, გულის მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია შეიძლება განიხი-

ლოს მწვავე დაავადებიდან დაახლოებით 1-3 თვეში, პარკუჭის ფუნქციის შესამოწმებლად და შეშუპების, დიფუზური ფიბროზის და ნაწიბურის, მიოკარდიუმის დილატაციის შესაფასებლად

დიფერენციული დიაგნოზი

MIS-C-ის სიმპტომების მქონე ბავშვებში ვრცელი დიფერენციული დიაგნოზია საჭირო, რაც მოიცავს ინფექციურ და ანთებით პროცესებს

ბაქტერიული სეპსისი

● ცხელება, შოკი, მომატებული ინფექციური მარკერები

● ზომიერ-მიმე MIS-C-ზე ეჭვის არსებობისას უნდა დაითესოს სისხლი და შედეგებამდე დაწვეულ უნდა იქნას ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია

● ზოგიერთი კლინიკური მახასიათებელი მნიშვნელოვნად ეხმარება დიფერენცირების პროცესს, მაგ. კორონარული არტერიების მხრივ ცვლილებები არ ვლინდება ბაქტერიული სეფსისის დროს

● საბოლოოდ, განსხვავებისთვის მაინც საჭიროა მიკრობიოლოგიური კვლევები (ბაქტერიული კულტურა, SARS-CoV-2 ტესტირება)

პანასაკის დაავადება

● MIS-C-ის ზოგიერთი შემთხვევა ემსგავსება სრული ან არასრული კავასაკის დაავადების კრიტერიუმებს

● არსებობს მნიშვნელოვანი განმასხვავებელი ნიშნები

– MIS-C მეტწილად გავლენას ახდენს უფროსი ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებზე, მაშინ როცა კლასიკური კავასაკის დაავადება ვლინდება ჩვილებსა და უმცროსი ასაკის ბავშვებში

– კორონარული არტერიების ცვლილებების და მიოკარდიუმის დისფუნქციის რისკი MIS-C-ის დროს შესაძლოა იყოს უფრო მაღალი კლასიკურ კავასაკის დაავადებასთან შედარებით

● კავასაკის დაავადების შოკის სინდრომი კარგადაა აღწერილი, თუმცა არ არის ხშირი დაავადების კლასიკური ფორმის მქონე პოპულაციაში, მაშინ როცა MIS-C-ის დროს შეიძლება სწორედ ამ გზით მოხდეს მანიფესტაცია

● SARS-CoV-2 ტესტზე დადებით პაციენტებში (ან დადასტურებულ COVID-19-თან კონტაქტი) კრიტერიუმების სრულად ან ნაწილობრივად თანხვედრისას უნდა იქნას დაწვეული კავასაკის დაავადების სტანდარტული მკურნალობა

დიფერენციული დიაგნოზი

● ტოქსიური შოკის სინდრომი – სტაფილოკოკური და სტრეპტოკოკური შოკის სინდრომების ემსგავსება MIS-C-ს, ამიტომ საჭიროა მიკრობიოლოგიური კვლევები

● აპენდიციტი – MIS-C-ის ცხელებით, დებინებით და მუცლის ტკივილით მანიფესტირების დროს შეიძლება საჭირო გახდეს ულტრაბგერითი კვლევა

● სხვა ვირუსული ინფექციები – სხვადასხვა ვირუსული ინფექციისთვის დამახასიათებელია მულტი-სისტემური დაზიანებით ან მიოკარდიტით გამოვლენა

– ებშტეინ-ბარის ვირუსი

– ციტომეგალოვირუსი



- აღენოვირუსი
- ენტეროვირუსი

● ისინი იმუნოდეფიციტურ პაციენტებში მძიმე მულტისისტემურ პასუხს იწვევენ. საჭიროა პჯრ ტესტირება, რათა მოხდეს მათი განსხვავება MIS-C-ისგან

ჰემოზაგოციტური ლიმფოციტოციტოზი (HLH) /მაპროზაგამოს აქტივაციის სინდრომი (MAS)

● არის აგრესიული და სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობები, რომელთაც აქვთ MIS-C-ის მსგავსი ნიშნები

● ამ სინდრომების დროს ხდება იმუნური სისტემის ზეაქტივაცია მანამდე ჯანმრთელ ბავშვებში(ხშირად ტრიგერი ინფექციას) და თანმსლები რევმატოლოგიური მდგომარეობების დროს

● ბავშვების უმრავლესობის ზოგადი მდგომარეობა მწვავეა -

- მულტიორგანული დაზიანება
- ციტოპენია
- ღვიძლის ფუნქციის დარღვევები
- ნევროლოგიური სიმპტომები

● გული და გასტროინტესტინური სისტემა ნაკლებადაა ჩართული, უფრო გამოხატულია ნევროლოგიური სიმპტომები

● ამ სინდრომების დიაგნოსტიკა მოითხოვს სპეციალიზებულ იმუნოლოგიურ ტესტირებას

სისტემური წითელი გბლურა

● შეიძლება მანიფესტირდეს ფულმინანტური მულტისისტემური დაზიანების სახით

● ასეთ პაციენტებს მეტწილად აღენიშნებათ, თირკმლის და ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება, რაც არაა MIS-C-ს ჩვეული მახასიათებელი

● ფულმინანტური ფორმების მიუხედავად, უმეტესობა სიმპტომების მწვავედ გამოვლენამდე აღწერს ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში დაღლილობას და შეუძლოდ ყოფნას

- MIS-C-ის დროს ბავშვები არიან კარგად ცხელების მწვავე გამოვლინებამდე

ვასკულიტი

● სხვადასხვა ვასკულიტი შეიძლება გამოვლინდეს ცხელებით, გამონაყართ, მომატებული ანთებითი მარკერებით

● COVID-19-თან ასოცირებული დაავადების დროს ნანახი გამონაყარი ზოგჯერ ემსგავსება ვასკულიტს (ე. წ. პერნიციოზული(Chiblain) სურათი წარზიდულ ზედაპირებზე, ზოგჯერ უწოდებენ „კოვიდის ფეხის თითებს“, მაგრამ ეს არ არის ვასკულიტი



მართვა

● ზომიერი-მძიმე სიმპტომების არსებობისას ბავშვები უნდა მოთავსდნენ კლინიკაში

● განყოფილებაზე უნდა გააკოდეს არჩევანი სიმპტომების სიმძიმის მიხედვით

- არასტაბილური ჰემოდინამიის (ართიმია, შოკი), მნიშვნელოვანი რესპირატორული დარღვევის დროს საჭიროა ინტენსიური თერაპიის განყოფილება

● მსუბუქი სიმპტომების შემთხვევაში პაციენტების მართვა შესაძლებელია ამბულატორიულად, რაც გულისხმობს ჰოსპიტალიზაციას დაავადების პროგრესირების შემთხვევაში

- კრიტიკულია ასეთი პაციენტების ინსტრუქტაჟი

MIS-C – მულტისისტემური დაზიანება

● დაავადების ხასიათიდან გამომდინარე საჭიროა სხვადასხვა სპეციალისტის კოორდინირებული მუშაობა:

- ბავშვთა ინფექციონისტი
- ბავშვთა რევმატოლოგი
- ბავშვთა კარდიოლოგი
- ბავშვთა რენიმატოლოგი
- ბავშვთა ჰემატოლოგი

ანტიბიოტოპროფილაქსიის თერაპია

● MIS-C-ს სეპტიურ შოკთან და ტოქსიურ შოკთან მსგავსების გამო მძიმე მულტისისტემური გამოვლინებისას დაწვებულ უნდა იქნას ემპირიული ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები კულტურების პასუხამდე

- საწყისი თერაპიაა ცეფტრიასონი + ვანკომიცინი
- ცეფტაროლინი + პიპერაცილინ-ტაზობაქტამი

აღტერნატიული ვარიანტია, განსაკუთრებით თირკმლის მწვავე დაზიანების დროს

- კლინდამიცილის დამატება საჭირო ტოქსინგას-შუალეობული დაავადებისას (მგ, ერითროდერმა)
- ზოგადი მდგომარეობის სტაბილიზების შემდეგ უნდა შეწყდეს ანტიბიოტიკოთერაპია, როგორც კი გამოირიცხება ბაქტერიული ინფექცია

ანტივირუსული თერაპია

● MIS-C-ის მართვაში SARS-CoV-2 ანტივირუსული თერაპიის (მაგ, რემდესივირი) როლი ჯერ გაურკვეველია

● ზოგი პაციენტი პჯრ-უარყოფითია და MIS-C შეიძლება გამოვლინდეს პოსტინფექციური გართულების და არა ინფექციის აქტიური ფაზის სახით

- თუმცა, ზოგიერთი პაციენტი პჯრ-დადებითია და აქვს აქტიური ინფექცია

● ანტივირუსულ თერაპიას აქვს პოტენციალი, გავლენა მოახდინოს დაავადების მიმდინარეობაზე, მაგრამ ეს არ ხდება ყველა შემთხვევაში

● ანტივირუსული აგენტების გამოყენება მძიმე MIS-C გამოვლინებების მქონე ბავშვებში შეზღუდულია, საჭიროა ინფექციონისტის ჩართვა

დამატებითი თერაპია პრეჰენსაციის მიხედვით

● ეს დამოკიდებულია დაავადების გამოვლინებაზე

● სხვადასხვა გამოვლინება შეიძლება ერთდროულად, მგ, პაციენტს 'თბილ' შოკთან ასოცირებული კავასაკის დაავადების სიმპტომებით უნდა ჩაუტარდეს კავასაკის დაავადების მკურნალობა (ი/ვ იმუნოგლობულინი და ასპირინი) და შესაბამისი ჰემოდინამიკური დახმარება (მოცულობის გაზრდა და ეპინეფრინი)





შოკი

● დაავადების შოკით დაწყების შემთხვევაში საჭიროა შესაბამისი პროტოკოლის დაცვა

● ზოგ შემთხვევაში, „თბილი“ შოკით გამოვლენილი MIS-C-ის დროს მოცულობის გაზრდა უშედეგო იყო

– ეპინეფრინი პირველი რიგის ვაზოაქტიური აგენტია ბავშვებში „თბილი“ შოკის მართვისთვის

● მნიშვნელოვანი პარაკუტოვანი დისფუნქციის გამოვლინებისას შეიძლება საჭირო გახდეს მილრიონი

კავასაკის დაავადების მახასიათებლები

● არასრული ან სრული კავასაკის დაავადების ნიშნების დროს უნდა ჩატარდეს სტანდარტული თერაპია: **ი/ვ იმუნოგლობულინი, ასპირინი და გლუკოკორტიკოიდები ანთების ნიშნების და კორონარული არტერიის დილატაცია/ანევრიზმის დროს**

მიოკარდიუმის დისფუნქცია

● დაავადების მწვავე ანთებითი ფაზის დროს შეიძლება გამოვლინდეს **ართიმია და არასტაბილური ჰემოდინამია**

● სერიოზული ექოკარდიოგრაფიული კვლევა, ტინის ნატრიურული პეპტიდი და ტროპონინი – მნიშვნელოვნად ეხმარება მართვას

● მართვა ეფუძნება დამხმარე თერაპიას-ე. წ. **supportive care**, რათა შენარჩუნებულ იქნას სტაბილური ჰემოდინამია და ადეკვატური სისტემური პერფუზია

● ი/ვ იმუნოგლობულინი ხშირად გამოიყენება მიოკარდიტის კლინიკური ნიშნების არსებობისას

● მუდმივი კარდიომონიტორინგი ესენციურია ართიმის დროულად ამოცნობის და მკურნალობისთვის

● მნიშვნელოვანი პარაკუტოვანი დისფუნქციის დროს საჭიროა ი/ვ დიურეტიკები და ინოტროპული აგენტები, მაგ, მილრინონი, დოპამინი, დობუტამინი

● ფულმინანტურ შემთხვევებში შეიძლება საჭირო გახდეს მექანიკური ჰემოდინამიკური მხარდაჭერა ექსტრაკორპორული მემბრანული ოქსიგენაციის სახით(ECMO) ან ventricular assist device

თრომბოზული ბართულაგები

● MIS-C – მაგ, კავასაკის დაავადების დროს დიდი ან გვიანტური კორონარული არტერიის ანევრიზმის არსებობისას არის **მიოკარდიუმის ინფარქტის რისკი**, არსებობს ვენური თრომბოემბოლიის რისკი

– პულმონური ემბოლია, კოვიდთან ასოცირებული ჰიპერკოაგულაციის გამო

● კავასაკის დაავადების დროს – ანტითრომბოციტური თერაპია, მინიმუმ დაბალი დოზით ასპირინი – დამატებითი ანტითრომბოციტული ან ანტიკოაგულაციური თერაპია კორონარული არტერიის დილატაციის ხარისხის მიხედვით

● **მარცხენა პარაკუტის დისფუნქციისას** შეიძლება იყოს საჭირო **სისტემური ანტიკოაგულაცია**

თრომბოზული ბართულაგები

● კოვიდთან ასოცირებული MIS-C ვენური თრომბოემბოლიის მნიშვნელოვანი რისკფაქტორია

● ინდივიდუალურია მისი პრევენციის მიზნით მკურნალობის დაწყება და უფრო მიმართავენ უფროსი ასაკის ბავშვებისა და მოზარდების შემთხვევაში, რომლებიც ჰოსპიტალიზებული არიან ზომიერი-მძიმე MIS-C-ის სიმპტომებით, როცა სისხლდენის რისკი დაბალია

– ამ დროს **დაბალმოლეკულური ჰეპარინია** არჩევის პრეპარატი

დამატებითი იმუნოგამოღწეულირეგულირებადი თერაპია

● **გლუკოკორტიკოიდების, ინტერლეიკინ-1-ის (ანაკინრა), ინტერლეიკინ-6 ინჰიბიტორის (ტოცილიზუმები), გამოჯანმრთელებული პაციენტების კონვალესცენტური პლაზმის გამოყენების რისკი და სარგებელი ჯერჯერობით გაურკვეველია**

● საჭიროა ინფექციონისტის და რევმატოლოგის ჩართვა

● გასათვალისწინებელია დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე, ანთებითი მარკერები და ინფექციის აქტიური ფაზა

გლუკოკორტიკოიდები

● საჭიროა კავასაკის დაავადების სიმპტომების არსებობისას, როცა პაციენტს აქვს **კორონარული არტერიის დილატაცია/ანევრიზმა ან ი/ვ იმუნოგლობულინის მერე პერსისტენტული ცხელება**

● შესაძლოა საჭირო გახდეს ციტოკინების გამოთავისუფლების სინდრომის, ე. წ. ციტოკინების შტორმის დროს

– პერსისტული ცხელება

– მნიშვნელოვნად მომატებული ანთებითი მარკერები

– C-რეაქტიული ცილა

– D-დიმერი

– ფერიტინი

– მომატებული პროინფლამატორული ციტოკინები (IL-6)

● **რეფრაქტურობის დროს** ალტერნატიული საშუალებებია: **ანაკინრა, ცანაკინუმები, ტოცილიზუმები**

პრობნოზი

● ჯერჯერობით უცნობია, რადგან დაავადება ახალია და ჯერ კიდევ ვითარდება

● კავასაკის დაავადებასა და ტოქსიკური შოკის სინდრომთან მსგავსი ნიშნების გარდა ასევე გამოვლინდა, რომ **MIS-C-ის მიმდინარეობა შეიძლება იყოს მეტად მძიმე და პაციენტების უმრავლესობას შეიძლება დასჭირდეს ინტენსიური თერაპია**

● პაციენტების უმრავლესობა გადარჩა, თუმცა დაფიქსირდა სიკვდილობაც

– დაახლოებით 230 შემთხვევიდან 5 დასრულდა ლეტალურად

REFERENCES

1. World Health Organization. Director-General’s remarks at the media briefing on 2019-nCoV on 11 February 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (Accessed on February 12, 2020).



2. World Health Organization (WHO). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 — 11 March 2020. Available at: <http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020> (Accessed on May 01, 2020).

3. Riphagen S, Gomez X, Gonzalez-Martinez C, et al. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. Lancet 2020.

4. Paediatric Intensive Care Society (PICS) Statement: Increased number of reported cases of novel presentation of multi system inflammatory disease. Available at <https://picsociety.uk/wp-content/uploads/2020/04/PICS-statement-re-novel-KD-C19-presentation-v2-27042020.pdf> (Accessed on May 15, 2020).

5. Health Alert Network (HAN): Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). <https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00432.asp> (Accessed on May 15, 2020).

6. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: An observational cohort study. Lancet 2020; epub.

7. European Centre for Disease Prevention and Control Rapid Risk Assessment: Paediatric inflammatory multisystem syndrome and SARS CoV 2 infection in children. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-risk-assessment-paediatric-inflammatory-multisystem-syndrome-15-May-2020.pdf> (Accessed on May 17, 2020).

8. World Health Organization Scientific Brief: Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19. Available at: World Health Organization Scientific Brief: Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19 (Accessed on May 17, 2020).

9. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 Novel coronavirus, Wuhan, China. Information for Healthcare Professionals. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html> (Accessed on Febru-

ary 14, 2020).

10. World Health Organization. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance> (Accessed on February 14, 2020).

11. Center for Disease Control and Prevention, Center for Preparedness and Response: Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C) Associated with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), Clinician Outreach and Communication (COCA) Webinar. Available at: https://emergency.cdc.gov/coca/calls/2020/callinfo_051920.asp?deliveryName=USCDC_1052-DM28623 (Accessed on May 19, 2020).

12. Dallan C, Romano F, Siebert J, et al. Septic shock presentation in adolescents with COVID-19. Lancet Child Adolesc Health 2020.

13. Latimer G, Corriveau C, DeBiasi RL, et al. Cardiac dysfunction and thrombocytopenia-associated multiple organ failure inflammation phenotype in a severe paediatric case of COVID-19. Lancet Child Adolesc Health 2020.

14. Belhadjer Z, Méot M, Bajolle F, et al. Acute heart failure in multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) in the context of global SARSCoV-2 pandemic. Circulation 2020.

15. Mahase E. Covid-19: Cases of inflammatory syndrome in children surge after urgent alert. BMJ 2020; 369:1990.

16. Tullie L, Ford K, Bisharat M, et al. Gastrointestinal features in children with COVID-19: an observation of varied presentation in eight children. Lancet Child Adolesc Health 2020.

17. Royal College of Paediatrics and Child Health Guidance: Paediatric multisystem inflammatory syndrome temporally associated with COVID-19. Available at: <https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2020-05/COVID-19-Paediatric-multisystem-%20inflammatory%20syndrome-20200501.pdf> (Accessed on May 17, 2020).

18. Liu PP, Blet A, Smyth D, Li H. The Science Underlying COVID-19: Implications for the Cardiovascular System. Circulation 2020

რეზიუმე

კორონავირუსული დაავადება 2019 (COVID-19): მულტისისტემური ანთებითი სინდრომი ბავშვებში

თათია თელორაძე, ეკა ნახუცრიშვილი
ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგიის რეზიდენტები

ბავშვებში COVID-19 ჩვეულებრივ მსუბუქად მიმდინარეობს. კლინიკური გამოვლინებები შეიძლება განსხვავდებოდეს უფროსებისგან. 2020 წლის აპრილში გაერთიანებული სამეფოს წარმომადგენლებმა გამოთქვეს აზრი, რომ ზოგჯერ დაავადების პრეზენტაცია ბავშვებში კავასაკის არასრული დაავადების (KD) ან ტოქსიკური შოკის სინდრომის მსგავსია. მას შემდეგ, მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში დაავადების ანალოგიური მიმდინარეობის შესახებ სულ უფრო და უფრო მეტი ცნობა დაიღო. პროგნოზი ჯერჯერობით უცნობია, რადგან დაავადება ახალია და ჯერ კიდევ ვითარდება. კავასაკის დაავადებასა და ტოქსიკური შოკის სინდრომთან მსგავსი ნიშნების გარდა ასევე გამოვლინდა, რომ MIS-C-ის მიმდინარეობა შეიძლება იყოს მეტად მძიმე და პაციენტების უმრავლესობას შეიძლება დასჭირდეს ინტენსიური თერაპია. მნიშვნელოვანია, რომ პაციენტების უმრავლესობა გადარჩა, თუმცა დაფიქსირდა სიკვდილობაც – დღევანდელი მონაცემებით 230 შემთხვევიდან 5 დასრულდა ლეტალურად. კვლევები გრძელდება და მოითხოვს დეტალურ ანალიზს.



SUMMARY

CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19): MULTISYSTEMIC INFLAMMATORY SYNDROME IN CHILDREN

TATIA TEDORADZE, EKA NAKHUTSRISHVILI
Residents of Pediatric Cardiology-Rheumatology

In children, COVID-19 is usually mild

Clinical manifestations may differ from those of adults

In April 2020, the United Kingdom said that sometimes the presentation of the disease in children is similar to that of Kawasaki incomplete disease (KD) or toxic shock syndrome.

Since then, more and more reports of a similar disease have spread to other parts of the world.

The prognosis is still unknown because the disease is new and still developing. In addition to similar signs of Kawasaki disease and toxic shock syndrome, it has also been found that the course of MIS-C can be extremely severe and most patients may need intensive therapy.

Significantly, the majority of patients survived, although death was reported 5.5 out of 230 cases were fatal today.

Studies are ongoing and require detailed analysis.

მარცხენა კორონარული არტერიის ანომალური გამოსვლა ფილტვის არტერიიდან

ABNORMAL EXIT OF THE LEFT CORONARY ARTERY FROM THE PULMONARY ARTERY

თათია თედორაძე
რეზიდენტი

TATIA TEDORADZE
Resident

ALCAPA

● მარცხენა კორონარული არტერიის ანომალური გამოსვლა ფილტვის არტერიიდან იშვიათი თანდაყოლილი ანომალიაა

● მას ასევე მოიხსენიებენ ბლანდ-უაით-გარლანდის სინდრომის სახელწოდებით

● ორი ფორმა: პედიატრიული და მოზრდილთა ასაკის

● ახალშობილების 90% მიოკარდიუმის ინფარქტით და გულის შეგუბებითი უკმარისობით ვერ ცოცხლობს 1 წლამდე

● გულის თანდაყოლილი დეფექტების 0.25-0.5%-ს შეადგენს

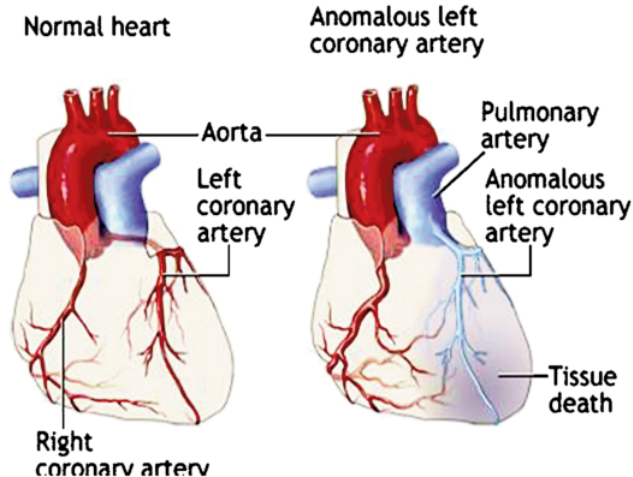
● 1:300000 ცოცხლადშობილი ახალშობილი

● ჩვეულებრივ იზოლირებული დეფექტია, თუმცა 5%-ში ასოცირებულია სხვა ანომალიებთან

● მიოკარდიუმის იშემიისა და ინფარქტის ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია პედიატრიულ ასაკში

● დაკავშირებულია „კორონარული მოპარვის“ ფენომენთან – მარცხენა-მარჯვენა შუნტი იწვევს მარცხენა პარკუჭის ანომალურ პერფუზიას

● მოზრდილებშიც იწვევს მიოკარდიუმის ინფარქტის მარცხენა პარკუჭის დისფუნქციას, მიტრალური სარკელის ნაკლოვანებას ან „ჩუმ“ მიოკარდიუმის იშემიას, რაც შეიძლება გახდეს უეცარი სიკვდილის მიზეზი

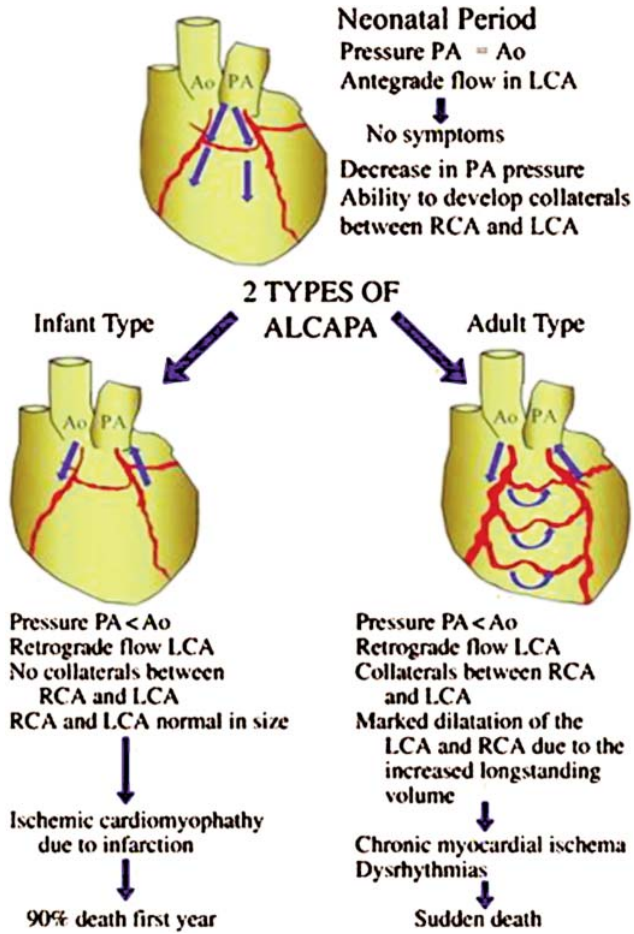


პათოფიზიოლოგია

● ფეტალურ და ადრეულ ნეონატალურ პერიოდში მარცხენა კორონარული არტერიის ფილტვის არტერიიდან ანომალური გამოსვლა არ იწვევს მნიშვნელოვან ცვლილებებს, რადგან ფილტვის არტერიაში წნევა ჯერ კიდევ მაღალია და უტოლდება სისტემურ წნევას

● ამის შედეგად ორივე კორონარულ არტერიაში მიღწეულია ანტეგრადული ნაკადი

● ფილტვის არტერიაში როცა წნევა შემცირდება იწვევს, მარცხენა კორონარულ არტერიაში მცირდება ნაკადი და შემდეგ ხდება რევერსია, რაც წინ უძღვის მიოკარდიუმის იშემიას და ინფარქტს



● შექმნილი კოლატერალების სისტემა მარჯვენა და მარცხენა კორონარულ არტერიებს შორის განსაზღვრავს ინფარქტის მასშტაბს. კარგად განვითარებული კოლატერალების სისტემის შემთხვევაში ვიღებთ მოზრდილთა ტიპს, წინააღმდეგ შემთხვევაში პედიატრიულ ტიპს

პედიატრიული ფორმა – არ არის კოლატერალები

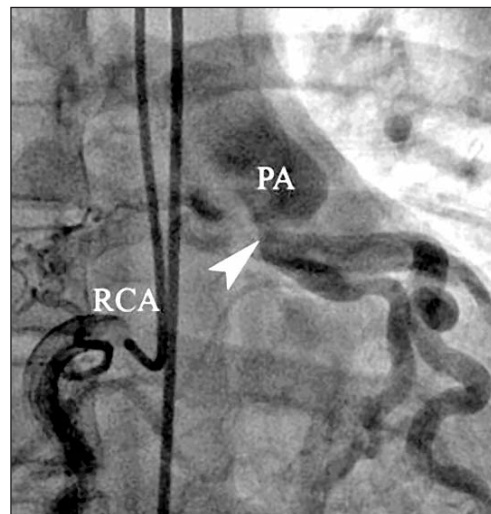
- სიმპტომები ვითარდება დაბადებიდან დაახლოებით 8 კვირის შემდეგ
- კორონარში სისხლის ნაკადის მიმართულების შეცვლის შემდეგ მარცხენა პარკუჭს მიეწოდება შეზღუდული რაოდენობით სისხლი, რაც იწვევს იშემიას და მეორადად (დაქვეითებული კუმშვადი ფუნქცია) მიტრალური სარქველის ნაკლოვანებას და შეგუბებით გულის უკმარისობას (დიფ. დიაგნოზი დილატაციურ კარდიომიოპათიასთან)
- კლინიკურად გამოხატულია ზრდის შეფერხება, პროფუზული ოფლიანობა, დისპნოე, სიფერმკრთაღე, ატიპიური ტკივილი გულმკერდის არეში კვების და ტირილის დროს

მოზრდილთა ფორმა – კოლატერალები

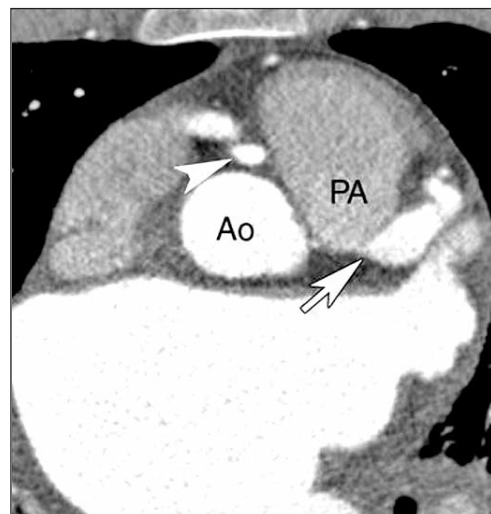
- ფილტვის არტერიაში წნევის დაქვეითების და კორონარში სისხლის ნაკადის მიმართულების შეცვლის შემდეგ, კორონარი ვერ ამარაგებს მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმს. უანგბადით გამდიდრებული სისხლი იცლება ფილტვის არტერიაში (სადაც

უფრო დაბალია წნევა ვიდრე მაღალი რეზისტენტობის მქონე კორონარულ სისტემაში)

- მარცხენა-მარჯვენა შუნტი – “მოპარვის ფენომენი”
 - კოლატერალების სისტემაც ხშირად არ არის საკმარისი მარცხენა პარკუჭის მოსამარაგებლად, განსაკუთრებით სუბენდოკარდიულ რეგიონში და ვითარდება ქრონიკული სუბენდოკარდიული იშემია
 - ამის ფონზე ვითარდება ავთვისებიანი პარკუჭოვანი დისრითმიები, რაც შეიძლება გახდეს უეცარი სიკვდილის მიზეზი
- ქრონიკული იშემიის შედეგად ვითარდება მარცხენა პარკუჭის ჰიპერტროფია და დილატაცია



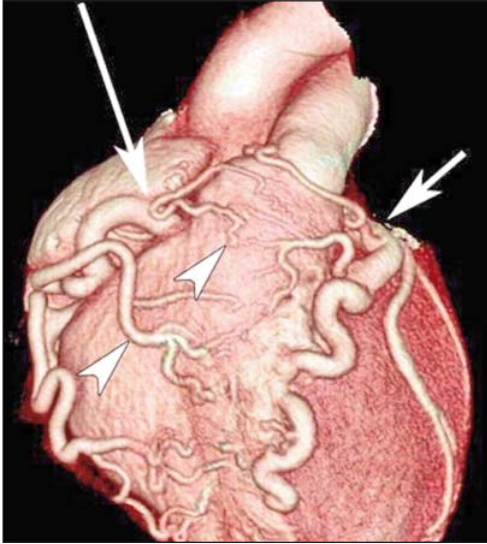
ALCAPA syndrome in a 35-year-old woman. Coronary angiogram obtained with a single RCA injection shows a tortuous and dilated RCA as well as an equally tortuous and dilated LCA. The LCA opacifies the main pulmonary artery (PA). The connection of the LCA with the main pulmonary artery (arrowhead) and the resultant steal phenomenon are the main diagnostic features of ALCAPA syndrome.



Direct visualization of the LCA arising from the main pulmonary artery is the diagnostic hallmark of ALCAPA syndrome. In ALCAPA syndrome, the LCA typically arises from the left inferolateral aspect of the main pulmonary artery just beyond the pul-



monary valve. It then courses toward the interventricular groove and branches into the left anterior descending (LAD) and circumflex arteries. An isolated anomalous origin of the RCA, circumflex artery, and LAD artery from the pulmonary artery also has been described. However, in more than 90% of cases, the LCA originates anomalously from the pulmonary artery ALCAPA syndrome in a 30-year-old woman. Axial multidetector CT angiogram shows the origin of the LCA (arrow) from the main pulmonary artery (PA) and the dilated RCA (arrowhead).



The RCA and LCA appear markedly dilated and tortuous. In neonates, these vessels are normal in size. But if the abnormality is detected only in adulthood, marked dilatation develops over time as blood is rapidly shunted from the RCA into the LCA and then into the main pulmonary artery.

Dilated intercoronary collateral arteries are seen along the epicardial surface of the heart or within the interventricular septum. They represent the collateral pathways between the RCA and the LCA

Three-dimensional volume-rendered multidetector CT angiogram shows dilated intercoronary collateral arteries (arrowheads), which connect the tortuous RCA (long arrow) to the LCA (short arrow)

დიაგნოსტიკა

- ისტორიულად დიაგნოზის დასმა შეიძლებოდა გულის ანგიოკარდიოგრაფიული კვლევით,
- თუმცა დღესდღეობით უკვე შესაძლებელია არაინვაზიური კვლევის მეთოდებით ამის მიღწევა
- გულის კომპიუტერული ტომოგრაფია ანგიოგრაფიით
- მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა

ქირურგიული კორექცია

- ქირურგიის მიზანია 2-კორონარული ცირკულაციის აღდგენა
- ახალშობილებში ადრეული კორექცია ესენციურია, რადგან ამ ასაკობრივ წგუფში შესაძლებელია პარკუტოვანი ფუნქციის გაუმჯობესება
- არსებობს ორი მიდგომა: ერთკორონარული სისტემა და ორკორონარული სისტემა
- 1 კორონარი: ამ დროს ხდება ანომალური კორონარის ლიგაცია, თუმცა ამ ეტაპზე ეს პროცედურა აღარაა სასურველი, რადგან არსებობს რეკანალიზაციის, ათეროსკლეროზის, იშემიური კარდიომიოპათიის გამო მკვეთრი მიტრალური ნაკლოვანების და წუში იშემიის გამო უცვარი სიკვდილის რისკი

2-კორონარული სისტემა

- კორონარული მიდამოს ტრანსფერი
- ტაკეუჩის ოპერაცია
- კორონარული არტერიის გრაფტის მოთავსება და ანომალური კორონარის ლიგაცია
- Of these options, coronary button transfer is considered to be the most anatomic correction and it has excellent long-term results. It is the preferred method of treatment in infants. In adults, the preferred method is ligation of the LCA at its origin from the main pulmonary artery to stop competitive flow combined with CABG placement by using the internal mammary artery or a saphenous vein. Other surgical repairs include cardiac transplantation in cases of significant left ventricular dysfunction and percutaneous transcatheter closure of the ALCAPA

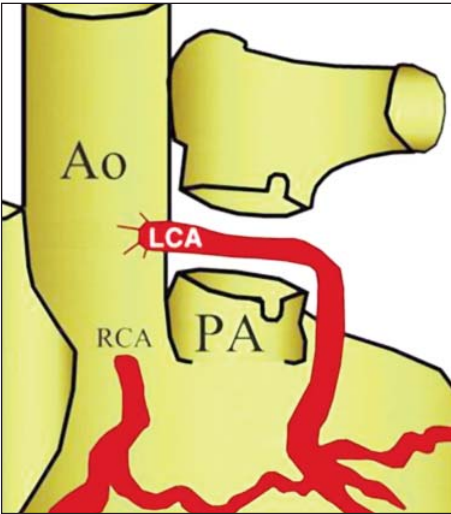
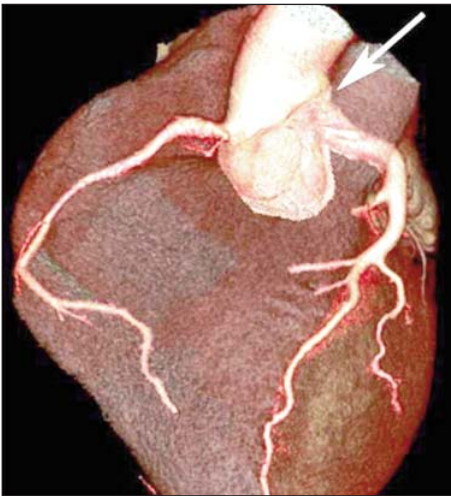


Diagram shows coronary button transfer. In this procedure, the LCA is reimplemented into the aorta (Ao) by artery (PA) wall. Coronary button transfer is the most commonly used procedure in newborns and is the most anatomic correction.



Corrected ALCAPA syndrome in a 16-year-old boy. As a neonate, the patient underwent coronary button transfer with end-to-side anastomosis of the LCA to the aorta. Volume-rendered CT image shows the reimplemented LCA into the aorta (arrow). The normal size of the RCA is due to this surgical correction.

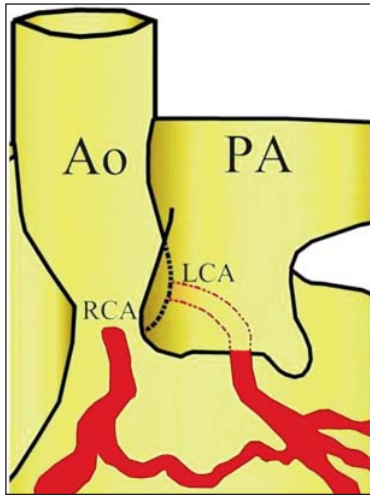


Diagram shows the Takeuchi procedure. In this procedure, a transpulmonary baffle between the coronary ostium in the pulmonary artery (PA) and the aorta (Ao) is created. Because the pulmonary artery wall is used to create the baffle, supravalvular pulmonary stenosis is a common complication.

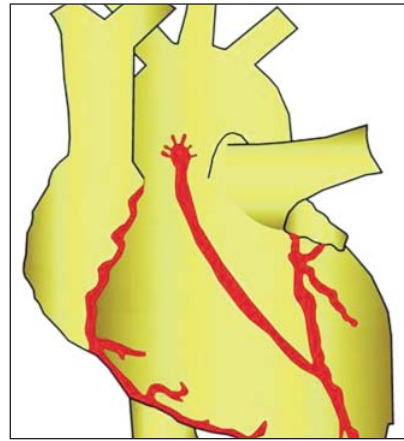
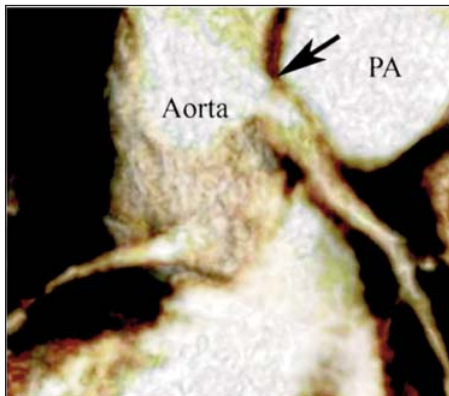


Diagram shows placement of a CABG with ligation of the anomalous LCA. This procedure is the preferred method of surgical correction for ALCAPA syndrome in adults.

Each type of surgical repair is associated with specific complications. CABG placement combined with ligation of the anomalous LCA is associated with potential graft occlusion and stenosis. In adults, coronary button transfer carries the risk for tearing of the anomalous LCA and massive bleeding due to increased friability and diminished elasticity when the anomalous LCA is mobilized for repair. In the Takeuchi procedure, a transpulmonary



Corrected ALCAPA syndrome in a 12-year-old girl who underwent the Takeuchi procedure. Multidetector CT angiography was performed to assess the postoperative patency of the LCA. Volume-rendered CT image shows the LCA reimplanted above the sinotubular junction (arrow) and the patent transpulmonary baffle. PA = pulmonary artery.

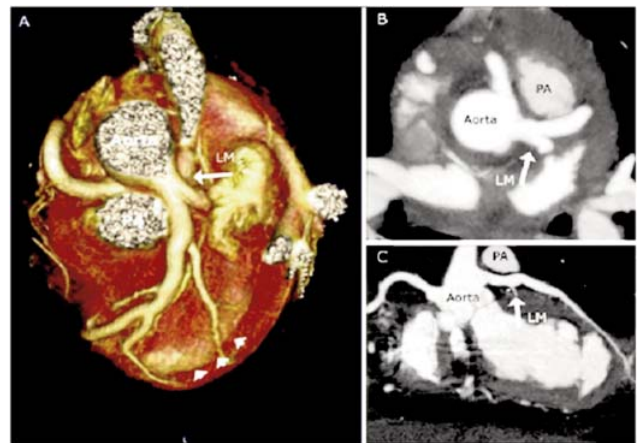


Figure 3
CT angiography after operation. Coronary CT-angiography one week after aortic reimplantation of the left coronary artery confirms patency. Note the myocardial wall thinning in the apical anterior part of the left ventricle demonstrating the old infarction (arrowheads). Volume-rendered reconstruction (A), axial (B) and curved multiplanar reconstruction (C).

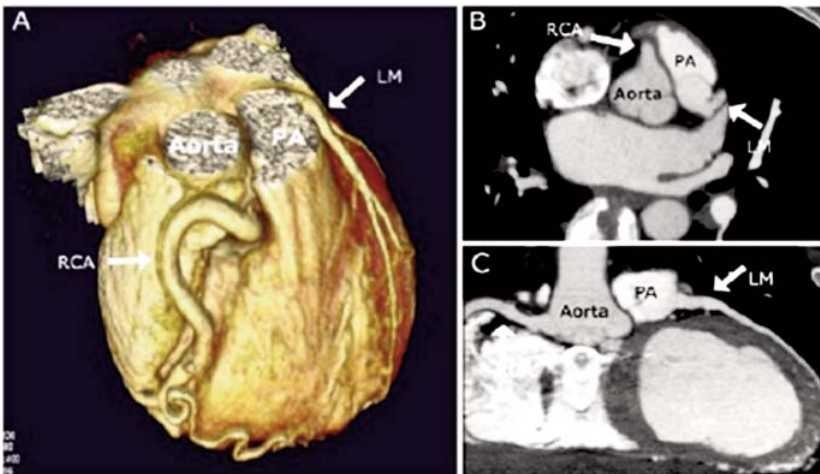


Figure 2
CT-angiography before operation. Coronary CT-angiography showing an anomalous origin of the left main coronary artery (LM) from the pulmonary artery (PA). Normal course of a very large right coronary artery (RCA) is seen. Volume-rendered reconstruction (A), axial (B) and curved multiplanar reconstruction (C).

baffle made from the pulmonary arterial wall is used to create a coronary tunnel to connect the anomalous LCA to the aorta. Complications such as supravalvular pulmonary stenosis and baffle obstruction or leakage have been reported. Simple ligation of the anomalous LCA is no longer performed because of the high prevalence of persistent shunting and the risk of sudden death from persistent chronic ischemia

გამოყენებული ლიტერატურა:
<https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.292085059>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2414822/>
<https://www.medscape.com/answers/893290-124557/what-causes-anomalous-left-coronary-artery-from-the-pulmonary-artery-alcapa>

რეზიუმე

მარცხენა კორონარული არტერიის ანომალური გამოსვლა ფილტვის არტერიიდან

თათია თედორაძე, რეზიდენტი

მარცხენა კორონარული არტერიის ანომალური გამოსვლა ფილტვის არტერიიდან იშვიათი თანდაყოლილი ანომალიაა. მას ასევე მოიხსენიებენ ბლანდ-უაით-გარლანდის სინდრომის სახელწოდებით ორი ფორმა: პედიატრიული და მოზრდილთა ასაკის. ახალშობილების 90% მიოკარდიუმის ინფარქტით და გულის შეფუბებით უკმარისობით ვერ ცოცხლობს 1 წლამდე.

ისტორიულად დღემდე დიაგნოზის დასმა შეიძლებოდა გულის ანგიოკარდიოგრაფიული კვლევით, თუმცა დღესდღეობით უკვე შესაძლებელია არაინვაზიური კვლევის მეთოდებით ამის მიღწევა:

გულის კომპუტერული ტომოგრაფია ანგიოგრაფიით

მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა, რაც თავისთავად ზრდის მკურნალობითი სტრატეგიის დროულად შერჩევას და განხორციელებას.

SUMMARY

ABNORMAL EXIT OF THE LEFT CORONARY ARTERY FROM THE PULMONARY ARTERY

TATIA TEDORADZE, Resident

Abnormal exit of the left coronary artery from the pulmonary artery is a rare congenital anomaly. It is also referred to as two forms of Bland-White-Garland syndrome: pediatric and adult age. 90% of newborns with myocardial infarction and congestive heart failure cannot live to 1 year.

Historically, the diagnosis could have been made by angiocardiographic examination of the heart, but today it is possible to achieve this by non-invasive research methods:

Computed tomography of the heart with angiography

Magnetic resonance imaging, which in itself increases the timely selection and implementation of treatment strategies.

რევმატოლოგია Rheumatology

რევმატული დაავადებების კანისმიერი მანიფესტაცია პედიატრიულ ასაკში

SKIN MANIFESTATION OF RHEUMATIC DISEASES IN PEDIATRIC AGE

ეკა ნახუტსრიშვილი

ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგიის, რეზიდენტი, თბილისის სახელწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

EKA NAKHUTSRISHVILI

Pediatric Cardiology-Rheumatology. Resident. Tbilisi State Medical University



რგოლისებრი ერთეულები

● სისტემური დაავადების გამოვლინება კანზე ხშირად ბუნდოვანია და არაპეციფიკური, თუმცა ზოგჯერ იმდენად პათოგნომურია, რომ განსაზღვრავს ნოზოლოგიას და პროგნოზული მარკერია

● ჯერჯერობით სისტემური დაავადების კანისმიერი მანიფესტაციების ზუსტი კლასიფიკაცია არ არსებობს

მწვავე რევმატული ცხელება

● აუტოიმუნური ნოზოლოგიაა, რომელიც ვითარდება პოსტინფექციური გართულებების სახით და ასოციატებს შემავრთველი ქსოვილის სისტემური ანთებითი ხასიათის

დაზიანება - კანზე, გულსა და სახსრებში მისი უპირატესი ლოკალიზაციით

● ჯონსის სადიაგნოსტიკო 5 დიდი კრიტერიუმიდან 2 კანისმიერი გამოვლინებაა:

- რგოლისებრი ერთეულები
- კანქვეშა კვანძები



კანქვეშა კვანძები

შესაბამისი

● გამონაყარი ყოველთვის არ ასოცირდება სისტემური დაავადებასთან, თუმცა ბევრ სისტემურ პათოლოგიას გარკვეული ეტაპზე აქვს კანისმიერი გამოვლინება

კანისმიერი წითელი მგლურა
 ● სისტემური წითელი მგლურას შემთხვევათა 25% კანის დაზიანებით იწყება

● კანისმიერი მგლურას სწორი კლასიფიცირება გვეხმარება, განვსაზღვროთ სწმ-ს ტიპი და სიმძიმე

● CLE-ს მქონე პაციენტთა დაახლოებით 5-10% უვითარდება SLE და CLE ასოცირდება SLE- ის ნაკლებად მძიმე ფორმებთან

● წითელი მგლურას კანის მანიფესტაციები ჩვეულებრივ იყოფა ლუპუს-სპეციფიკურ და არა-სპეციფიკურ ნიშნებად - Gilliam and Sontheimer

მწვავე კანისმიერი წითელი მგლურა

● ჩვეულებრივ გამოწვეულია ან მწვავედება ულტრაიისფერი (UV) გამოსხივების ზემოქმედებით

● **ლოკალური მწვავე CLE** – „პეპლისებრი“ გამონაყარი (ერთი-ემა და შეშუპება) სიმეტრიულად ლოყებზე, შუბლზე, ნიკაპსა და კისრზე, მაგრამ ნაკლებად ცხვირტუჩის არეზე (“ღიმილის ხაზები”)

● **გენერალიზებული მწვავე CLE** – გაერთიანებული ეგზანთემატური ფართო სპექტრს გამოჩენილი გამწვანებულ ზედაპირებზე, ტორსზე, მზისგან დაუცველი უბნებსა და ხელებზე

● **ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზის მსგავსი მწვავე CLE** – ეს სიცოცხლისათვის საშიში ვარიანტი, მასიური ეპიდერმული დაზიანებით

– ძირითადად გვხვდება მზისგან დაუცველ ადგილებზე და თანდათანობით, შეპარვით დასაწყისი აქვს, განსხვავებით ტოქსიკური ეპიდერმული ნეკროლიზისგან

● შეიძლება აღინიშნოს პოსტინფლამატორული ჰიპერპიგმენტაცია ნაწიბურის გარეშე

მწვავე კანისმიერი წითელი მგლურა

● იწყება როგორც მაკულები ან პაპულები, რომლებიც პროგრესირებენ ჰიპერკერატოზულ ბალოებამდე



გენერალიზებული მწვავე კანისმიერი წითელი მგლურა

a&e; acute erythematous rash with fine scaling on face and hand

b; periungual erythema, blood spots and splinter hemorrhages on nails

c; dilated and tortuous capillaries in nailfold

d; elongating and tortuous capillaries alternating with loss of capillaries in nailfold

f; livedo reticularis on the dorsum of hand

g; palmar erythema

h; telogen effluvium with erythematous background in patients with SLE



● ფოტომგრძობიარეა, ასე რომ, ბალთები ჩვეულებრივ გვხვდება მზისგან დაუფარავ კანზე

● ეს ბალთები არ ნაწიბურდება, მაგრამ შეიძლება განვითარდეს პოსტინფლამატორული ჰიპერ-ან ჰიპოპიგმენტაცია

● უნდა მიმდინარეობდეს SCLE მონიტორინგი, რათა გამოირიცხოს მისი პროგრესირება SLE-ში

SCLE-ის ფორმები:

● **ანულარული SCLE** – ვლინდება კანიდან ოდნავ წამოწეული წითელ დეფექტით, რომელსაც ცენტრალური ნაწილი ღია აქვს

● **პაპულოსქვამოზური SCLE** – ვლინდება მზისგან დაუცველ კანზე ეგზანთემატური ან ფსორიაზის მსგავსი დაზიანებით



ქრონიკული კანისმიერი წითელი მგლურა

● ქრონიკული CLE არ არის ფოტომგრძობიარე მისი ფორმები:

● **დისკოიდური წითელი მგლურა (DLE)** – აზიანებს სახეს, გარეთა ყურს, კისერს, მზისგან დაუცველ არეებს და ტუჩებს; წარმოდგება დისკოიდური ფოლაქის სახით (ერთიემატოზული, კარგად გამოკვე-

თილი კიდევებით, დაფარული ქერცლით), რომლებიც ხდება ჰიპერკერატული, იწვევს ატროფიას და ნაწიბურს; ხდება ფოლიკულის ჩართვა, რაც იწვევს შექცევად ან შეუქცევად (ნაწიბუროვანი) ალოპეციას (თმის ცვენას);

● **ჰიპერტროფიული ან მეტეჭოვანი წითელი მგლურა** – იშვიათი ფორმაა, რომელიც გამოიხატება ზედა კიდურების გამწვანებული ზედაპირების, ზურგის და სახის მძიმე ჰიპერკერატოზით

● **ლორწოვანი გარსის წითელი მგლურა** – ყველაზე ხშირად, უმტკივნეულო ერთიემატოზული ლაქები პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე, ქრონიკული მიმდინარეობა აქვს, რომელიც შეიძლება დაწყულდეს. აგრეთვე აზიანებს ცხვირის, თვალის და სასქესო ორგანოს ლორწოვანს; იშვიათად ტრანსფორმირდება კარცინომად

წითელი მგლურას იშვიათი ტიპები

● **Lupus profundus / lupus panniculitis** – ეს ქრონიკული CLE-ს იშვიათი ფორმაა მყარი კვანძებით დერმისა და კანქვეშა ქსოვილში, რაც იწვევს ლიპოდისტროფიას; ზოგი იყენებს ტერმინს lupus panniculitis – მხოლოდ კანქვეშა ჩართვაზე და lupus profundus, როდესაც არსებობს lupus panniculitis-ის კომბინაცია DLE-სთან

● **მოყინვითი წითელი მგლურა** – მეწამულ – წითელი ბალთები, პაპულები თითებზე, სახის კანზე და უკავშირდება ფრჩხილის ტე-

ლანგიექტაზიას; ტრიგერული ფაქტორია სიცივე, ამიტომ ხშირად ზამთარში ვითრდება

● **შეშუპებითი წითელი მგლურა**-ეს არის ქრონიკული CLE- ის ვარიანტი-სველი ან ინდურირებული ერთემატოზული ელემენტები ზედაპირის შეცვლის გარეშე

● **წამალინდუცირებული წითელი მგლურა**

წითელი მგლურა – არასპეციფიკური დაავადება

● შეიძლება ასოცირდებოდეს SLE ან სხვა აუტომუნურ დაავადებასთან, მაგრამ არასპეციფიკური კანისმიერი გამოვლინებები ყველაზე ხშირად ასოცირდება SLE-სთან

● ფოტომგრძობელობა – ეს არის არანორმალური პასუხი ულტრაიისფერი გამოსხივების მიმართ, რომელიც გვხვდება SLE-ს მქონე პაციენტთა 50–93% -ში

● პირის ღრუს წყლულები-25-45%-ში

● არანაწიბუროვანი ალოპეცია– წარმოდგენს უხეში,მშრალი თმა გაზრდილი მსხვრევალობით (“lupus hair”)

ვასკულური დაავადებების ფორმები:

● **რეინოს ფენომენი** – კეროვანი წყლულობით თითების მიდამოში და პერიუნგუალურ ადგილებში, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ნაწიბურების განვითარება, სისხლდენა და ფრჩხილების სხვა გართულებები

● **ვასკულიტი** – ლეიკოციტოკლასტური ვასკულიტი: ურტიკარული ვასკულიტი, რომელიც წარმოდგენილია პაპულებით; შეიძლება მოხდეს საშუალო ან დიდი ზომის სისხლძარღვების ვასკულიტი პურპურით, ხშირად ნეკროზებით და წყლულებით ან კანქვეშა კვანძებით

● **თრმბოემბოლიური ვასკულოპათიები** – მათ შეიძლება ჰქონდეთ ვასკულიტის მსგავსი კლინიკური პრეზენტაცია, მაგრამ სისხლძარღვის ოკლუზია გამოწვეულია სისხლის კოაგულებით

● **Livedo reticularis** – ხასიათდება ქსელისებრი მოწითალო-იისფერი რგოლებით, რომლებიც ჩვეულებრივ წარმოიქმნება ქვედა კიდურებზე

● **ერთრომაგალია** – ხასიათდება ფეხების და ხელების წვის შეგრძნებით და მკვეთარი ერთე-

მით; ის ასოცირდება სითბოს ზემოქმედებასთან



რეინოს ფენომენი



Livedo reticularis

დერმატომიოზიტი

● აუტომუნური დაავადებების ჰეტეროგენული ჯგუფია, რომელიც აზიანებს კანსა და კუნთებს

● კანის ნიშნებს გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს დერმატომიოზიტის დიაგნოსტიკებასა და კლასიფიცირებაში:



გოტრონის ნიშანი

– **ამიოპათიური დერმატომიოზიტი** – ეს გულისხმობს კანის ცვლილებებს კუნთების ან სხვა სისტემური დაზიანების გარეშე 6 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში

– **კლასიკური დერმატომიოზიტი** – ეს უფრო ხშირია და იწვევს კანისა და კუნთების დაავადებას

● დერმატომიოზიტის ორი კანისმიერი ნიშანი გვეხმარება გაავიჯნოთ იგი CLE-გან; ესენია:

– **გოტრონის პაპულები** – ეს არის მოიისფრო მკვეთრი ფლანგთაშუა სახსრებსა და ფრჩხილის მიმდებარე არეებში; ხშირად აქვთ თეთრი ან ატროფიული ჩახნეკილი ცენტრი

– **გოტრონის ნიშანი** – სიმეტრიულ მოიისფრო მკვეთრი, ზოგჯერ შეშუპებით ფლანგთაშუა სახსრებზე, იდაყვებსა ან მუხლებზე

დერმატომიოზიტის კლასიკური კანისმიერი ნიშნებია:

● **პერიორბიტალური მკვეთრი** – ეს არის ქუთუთოების და პერიორბიტალური ქსოვილების მოიისფრო, ერთემატოზული („ჰელიოტროპული“) მკვეთრი შეშუპებით ან მის გარეშე

● **ტელანგიექტაზია**

● **მკვეთრი ხელებზე და თითებზე**

● **მექანიკოსის ხელი** (ანტისინთეტაზას სინდრომის ნიშანი) – ხასიათდება სიმეტრიული ქრონიკული ეგზემის მსგავსი ქერცლით ხელებზე, განსაკუთრებით ცერათითის უღნარულ და სხვა თითების რადიალურ მხარეს

დერმატომიოზიტის კანის სხვა ნიშნებია:

● **პოიკილოდერმა** – ეს არის მოიისფრო ერთემის, დეპიგმენტაციის, ტელანგიექტაზიისა და ატრო-



a&b; violaceous erythema and coarse squam on scalp

c&d; Gottron's papules in patients with DM



a; loss of capillaries on nailfold

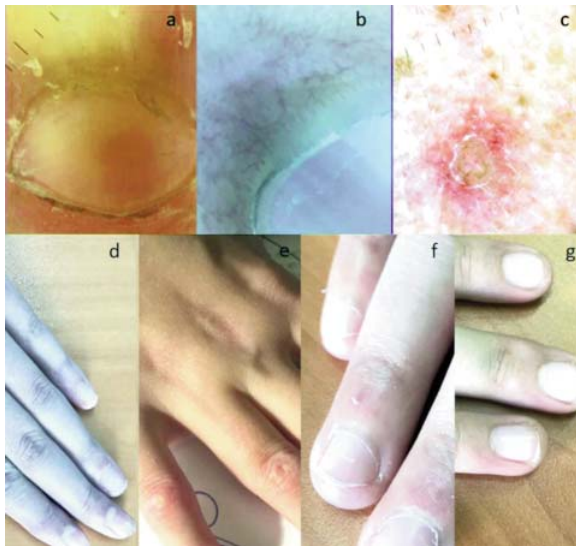
b; arborizing vessels on nailfold

c; salt and pepper sign on scalp

d; loss of substance from finger pads

e; digital pitted scar on the 5th finger

f&g; leukonychia totalis, punctata and periungual erythema in patients with SSc



ფიის ერთობლიობა; ყველაზე ხშირად გვხვდება მხრებზე, ზურგზე, დუნდულოვებზე, კისერსა და გულმკერდზე

● კალცინოზი – მტკივნეული არარეგულარული კვანძები ხახუნისა და ტრავმის ადგილებში, როგორცაა იდაყვები, მუხლები და თითები

სისტემური სკლეროზი

● სკლეროდერმიის მულტისისტემური ფორმაა დამახასიათებელი კანის ნიშნებით

● ასოცირდება სიკვდილიანობისა და ავადობის მაღალ მაჩვენებელთან

● სისტემური სკლეროზის ორი მნიშვნელოვანი კანის ნიშანია:

- რეინოს ფენომენი

- კანის სკლეროზი

● ეს ნიშნები გვეხმარება დაავადების კლასიფიკაციაში

- ლოკალიზებული სისტემური სკლეროზი

- CREST სინდრომი

- ვისცერული დაავადება

- დიფუზური სისტემური სკლეროზი

- გადაფარვითი სისტემური სკლეროზი

სკლეროდემა

● იშვიათი დაავადებაა, რომელიც გამოწვეულია მუცინის და კოლაგენის ჭარბი წარმოებით

● ასოცირდება ინფექციასთან, დიაბეტთან და პარპროტეინემიასთან

● დაავადების თანმხლები კანის ნიშნებია:

- კისრის, მხრების და ზედა

უკანა ნაწილის არაპირდაპირი ინდურაცია – მწვავე დასაწეხით - გლუვი კანი

სკლერომიქსედემა

● სკლერომიქსედემა გამოწვეულია მუცინის ჭარბი პროდუქციით და ფიბროციტების ჰიპერპლასიით - ასოცირდება პარპროტეინემიასთან

● დაკავშირებული გენერალიზებულ ლიქენოიდურ დაზიანებასთან - წარმოადგენს კიდურებსა და ტორსზე მიმოფანტულ შერწყმულ პაპულებს

● დისკრეტული პაპულური სკლერომიქსედემა

● ლიქენური მიქსოდემატოზი-სკლერომიქსედემის ლოკალური ფორმა კვანძებით

● ლიქენოიდული ბაღთები და ჭინჭრის ციება

შებენის სინდრომი

● სისტემური აუტოიმუნური დაავადება, როდესაც, პირველ რიგში, მცირდება ოფლი ჯირკვლების და ლორწოვანი ჯირკვლების მუშაობას, რაც იწვევს მშრალ სიმპტომებს

● გაცილებით ხშირია ქალებში, ვიდრე მამაკაცებში

● ლორწოვანის ნიშნებია:

- ქსეროზი (ლორწოვანი გარსის სიმშრალე)

- ქსეროსტომია (პირის სიმშრალე) - მიდრეკილი ანგულური ქეილიტისკენ

- თვალის სიმშრალე

შეგრენის სინდრომის კანის ნიშნებია:

● ქუთუთოების დერმატიტი

● ვაგინალური სიმშრალე

● დიფუზური თმის ცვენა

● ვიტილიგო

● რეინოს ფენომენი – ეს არის სინდრომის ყველაზე გავრცელებული ნიშანი და შეიძლება წინ უსწრებდეს მშრალ სიმპტომებს მრავალი წლის განმავლობაში

● კანისმიერი ვასკულიტი – ჩვეულებრივ გვხვდება არაპალპირებადი პურპურა- მრგვალი ვარდისფერი დაზიანება, რომლებიც იისფერი და შემდეგ ყავისფერია

- დერმალური ვასკულიტი წარმოადგენს პალპირებადი პურპურით და ჩვეულებრივ გვხვდება დუნდულებსა და ქვედა კიდურებზე

- ურტიკარული ვასკულიტი – ახასიათებს ერთეულატოზული ურტიკარული გამონაყარი, რომელიც გრძელდება 24 საათზე მეტხანს და ტოვებს ჰიპერპიგმენტაციას

- მანკროზებელი ვასკულიტი - თავდაპირველად წარმოიქმნება პალპირებადი პურპურა ქვედა კიდურებზე, რომლებიც წყლულდება და ტოვებს ნაწიბურებს 1-4 კვირის შემდეგ

● ანულარული ერთემა – ანულარული ერთემატოზული ბაღთები ცენტრით; ეს შეიძლება შეგვხვდეს აზიელ პაციენტებში, რომლებსაც ანტი-Ro/SSA ანტი-სხეულები აქვთ

● კვანძოვანი ერთემა

● მულტიფორმული ერთემა



ვასკულიტი შეგრენის სინდრომის დროს



**იშვინილური ართრიტი
სისტემური მასაჟისით**

● იშვინილური იდიოპათიური ართრიტის ფორმაა, რომელსაც ვლინდება მაღალი ცხელებით, ართრიტით და კანის ნიშნებით (შემთხვევების 95%-ში). შეიძლება იყოს ლიმფადენოპათია, მიალგია და მუცლის ტკივილი

ძირითადი ნიშნებია:

● მაკულარული ეგზანთემა – ეს არის გარდამავალი ეგზანთემა, არ ახასიათებს ქავილი, ემთხვევა მწვავე ფეხბრუნვით მდგმარეობას, ძირითადად ვლინდება ტორსზე;

● რევმატოიდული კვანძების მსგავსი დაზიანება – ახასიათებს კვანძები გამშლელ ზედაპირებზე, რომლებიც კლინიკურად და ჰისტოლოგიურად არ განასხვავდება რევმატოიდული ართრიტისგან



Livedo reticularis

ფსორიაზული ართრიტი

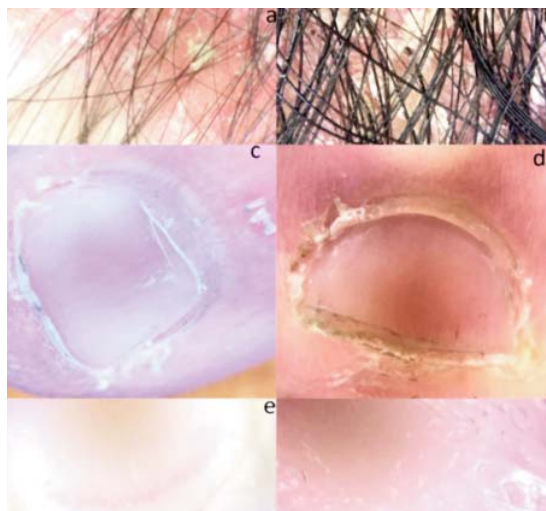
- ართრიტი და ფსორიაზი ან
- ართრიტი+ 2 ჩამოთვლილთაგან:
 - 1) დაქტილიტი

a&b; erythema and coarse squam on scalp

c&d; periungual desquamation in patients with JIA

e; distal splinter hemorrhages on onychodermal band and distal onycholysis

f; pitting in patients with JIA



*ერთროდერმული ფსორიაზი
11 წლის ბიჭთან*

2) ფრჩხილის დეფორმაცია ან ონიქოლიზი

3) ფსორიაზი პირველი რიგის ნათესავებში

● ფსორიაზი, ფრჩხილის დეფორმაცია, ონიქოლიზი, ან „ძეხვისებრი ფალანგები“-დაქტილიტი შესაძლოა შეგვხვდეს ფსორიაზული ართრიტისას

● ქრონიკული ფოლაქსებრი ფსორიაზი – მკვეთრად შემოსაზღვრული, ვერცხლისფერი აქერცვლით

– როგორც წესი, მოიცავს იდაყვებს, მუხლებზე, ზურგს, სკალპსა და ჭიპს

● წვეთისებრი ფსორიაზი – მწვავე გამონაყარი, 1 სმ-ზე ნაკლები ზომის პაპულებისა და ბალებების – იწყება ტორსზე და ვრცელდება კიდურებზე პროქსიმალურად

● ფრჩხილის ფსორიაზი – ონიქოლიზი და ონიქოდის-



*გენერალიზებული ფსორიაზული
ბალებები 2 წლის ბავშვთან*

ტროფიაა (ფრჩხილების მალფორმაცია)

● ფსორიაზული ერთროდერმა – პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში ერთემა მთელ კანზე

● პუსტულური ფსორიაზი – სტერილურ პუსტულებს ხელის გულებსა და ტერფებზე ან გენერალიზებული პუსტულური ფსორიაზი

ვასკულიტი

● დარღვევათა ჰეტეროგენული ჯგუფია, რომელიც ვლინდება სისხლძარღვების კედლის ანთებით

● კანსა და სისხლძარღვებს აქვთ ახლო ანატომიური და ფიზიოლოგიური კავშირი; აქედან გამომდინარე, კანის ნიშნები ხშირია ვასკულიტის დროს

– პალპირებადი პურპურა

– Livedo reticularis

– ინფილტრაციული ერთემა

– წყლულები

– დიგიტალური იშემია

● ეს კანის ნიშნები ვასკულიტის ნებისმიერი სისტემური გამოვლინების დაუყოვნებლის გამოკვლევას მოითხოვს

– ამასთან, კანის ნიშნები კალკე არ არის საკმარისი კონკრეტული მდგომარეობის დიაგნოსტიკისთვის

**წვრილი სისხლძარღვების
ვასკულიტი**

● წარმოადგენს პალპირებად პურპურას (უფრო მეტად gravity-de-



ანულარული ფორმა ბავშვებში

Ricardo Romiti; Luciana Maragno; Marcelo Arnone; Maria Denise Fonseca Takahashi, Psoriasis in childhood and adolescence, An. Bras. Dermatol. vol.84 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2009

pendent ადგილებში), ასოცირებული შემუშავებასთან

მცირე ზომის ვასკულიტის ფორმები და მათთან დაკავშირებული კანის ნიშნები მოიცავს:

● გრანულომატოზი პოლიანგიოტი – ასოცირდება ანტიენდოთელი ციტოპლაზმურ ანტისხეულებთან (ANCA), პოტენციურად ლეტალური მანეკროზებელი გრანულომატოზური ანთება და ვასკულიტი; კანის ნიშნები ძალზე ცვალებადია და მოიცავს პალპირუ-

ბად პურპურას, ღრმა ანთებით უმტკივნეულო მასებს, ღრძილების გადიდებას, წყლულებს, პანიკულიტსა და კვანძებს, განგრენოზული პიოდრმის მსგავსი წყლულებს

● ეოზინოფილური გრანულომატოზი პოლიანგიოტი – ANCA-სთან დაკავშირებული კიდევ ერთი ვასკულიტი; კანის ნიშნები აღინიშნება შემთხვევათა 50%-ში და მოიცავს პალპირებად პურპურას, მაკულებს, პაპულებს და ნოდულებს გამშლელ ზედაპირებზე; იშვიათად გვხვდება სახის შემუშავება, წყლულები, livedo reticularis და ღრმა პანიკულიტი

● მიკროსკოპული პოლიანგიოტი – ეს არის ANCA-ს კიდევ ერთი ვასკულიტი; მისი კანის ნიშნები, როგორც წესი, ვლინდება პურპურითა და წერტილოვანი სისხლნაქცევებით

● ურტიკარული ვასკულიტი – ლეიკოციტოკლასტური ვასკულიტი, რომელიც ვლინდება ჭინჭრის ციების მქონე პაციენტთა დაახლოებით 5%-ში და ხასიათდება ნაზი და მტკივნეული პაპულებით, რომლებიც 24–72 საათის განმავლობაში არ ქრება

– ჰიპოკომპლემენტემიური ურ-



Tenbrock K. Clinical features and therapy of rheumatic diseases and vasculitides in childhood. Hautarzt. 2014;65:802-9.



Skin lesions of HSP
A) Classic lower extremity purpura
B) Necrotic lesions
C) Deep bruising

Courtesy of David D. Sherry, MD, Philadelphia, PA.

ვასკულიტის კატეგორია	
უპირატესად მსხვილი კალიბრის სისხლძარღვები	ტაკაიასუს არტერიტი
უპირატესად საშუალო კალიბრის სისხლძარღვები	ბავშვთა ასაკის კვანძოვანი პოლიარტერიტი
	კანისმიერი პოლიარტერიტი
	კავასაკის დაავადება
უპირატესად წვრილი კალიბრის სისხლძარღვები	გრანულომატოზური
	გრანულომატოზი პოლიანგიოტი
	ჩარჯ-სტრაუსის სინდრომი
	არაგრანულომატოზური
	მიკროსკოპული პოლიანგიოტი
	ჰენოხ-შონლაინის პურპურა
	იზოლირებულად კანისმიერი ლეიკოციტოკლასტური ვასკულიტი
	ჰიპოკომპლემენტემიური ურტიკარული ვასკულიტი
სხვა	ბეჰჩეთის დაავადება
	მეორადი ვასკულიტი-ინფექცია, მალიგნიზაცია, მედიკამენტები
	შემართებული ქსოვილის დაავადებებთან ასოცირებული ვასკულიტი
	ცენტრალური ნერვული სისტემის იზოლირებული ვასკულიტი
	კოგანის სინდრომი
	არაკლასიფიცირებული





*Polyarteritis nodosa
Digital necrosis of toes (A)
fingers (B)*

Courtesy of David D. Sherry, MD, Philadelphia, PA.

ტიკარული ვასკულიტი – ეს არის სინდრომი ჭინჭრის ციების ქრონიკული მომდინარეობით, რომლებიც აღინიშნება > 6 თვის განმავლობაში, ჰიპოკომპლემენტემია და ლეიკოციტოკლასტური ვასკულიტი გვხვდება ბიოპტატზე

ჰენოხ-შონლაინის პურპურა – ეს არის იმუნური კომპლექსებით გაშუალებული მცირე კალიბრის ვასკულიტი, რომელიც ჩვეულებრივ გვხვდება ბავშვებში, უპირატესად, სასუნთქი გზების ინფექციის შემდეგ

● პურპურა (ლეიკოციტოკლასტური ვასკულიტი)

● ადგილობრივი შეშუპება

შეიძლება გამოიწვიოს ინტესტინული ვასკულიტი, ინვაზინაცია, გლომერულონეფრიტი და სასუნთქი სიმპტომები

საშუალოსისხლპარღვოვანი ვასკულიტი

● საშუალო ზომის ვასკულიტის ფორმები და მათთან დაკავშირებული კანის ნიშნები მოიცავს:

● **კვანძოვანი პოლიარტერიტი** – ეს ვასკულიტის იშვიათი ფორმაა, რომელიც მოიცავს დერმისა და კანქვეშა ქსოვილის მცირე და საშუალო ზომის არტერიებს

● კანის ნიშნები (15%-ში) მოიცავს წითელ, ლურჯ, ან მოიისფრო კანქვეშა კვანძებს, რომლებიც დინამიკაში იმატებს და ხდება მტკიცეული, livedo reticularis, ფეხის წყლულებსა და პოსტინფლამატორულ ჰიპერპიგმენტაციას

● **კავასაკის დაავადება** – ეს არის მწვავე მულტისისტემური ვასკულიტი ცხელებით, ასევე სისტემური და კარდიალური გამოვლინებებით

● კანის ნიშნები არის
– პოლიმორფული ეგზანთემა (რომელთა 90% გვხვდება ტორსსა და ზედა კიდურებზე)

– პერინეალური გამონაყარი (მაკულარული ან ბალთის ტიპის ერთემა, რომლის დესქამაცია ხდება 48 სთ-ში)

– ხელისგულების და ტერფების შეშუპება და ერთემა

– პირის ღრუს ნიშნები („აღუბლის“ ტუნები, მშრალი და დაბზარული „მარწყვის“ ენა ჰიპერტროფიული დერიდებით და დილატირებული სისხლძარღვებით)

– ფრხილების ახლოს დესქამაცია

● **ბეჩნეთის დაავადება** – მულტისისტემური ანთებითი დაავადება აზიანებს კანს, თვალებს, სასუნთქს და სხვა სისტემებს

● მისი კანის ნიშნებია:

– *მორეციდივე პირის ღრუს წყლულები* > შემთხვევათა 80%-ში

– *გენიტალური წყლულები* შემთხვევათა 64–88%-ში

– *კვანძოვანი ერთემა*

– *პუსტულები*

ოჯახური ხმელთაშუა ზღვის ცხელება – ახასიათებს ცხელების განმეორებითი შეტევები, რომელსაც თან ახლავს პერიტონიტი, პლევრიტი და ართრიტი

● FMF-ის კანის დაზიანებები ცნობილია, როგორც ერთიპედა, რომელიც გვხვდება ძირითადად ფეხებზე, ტერფსა და მუხლს შორის, ან ტერფის დორსალურ ზედაპირზე

● ვასკულიტები იშვიათია
– *დაახლოებით 5%-ში-ჰენოხ-შონლაინის პურპურა*



*Kawasaki disease
A) Subconjunctival hemorrhage
B) Unilateral cervical lymphadenopathy
C) Pedal edema*

Courtesy of Jon M. Burnham, MD MSCE, Philadelphia, PA.

– დაახლოებით 1%-ში კვანძოვანი პოლიარტერიტი

● გარდა ამისა, იშვიათ შემთხვევებში აღინიშნება ჭინჭრის ციება და ატიპიური ჰიპერემიული მორეციდივე კანის დაზიანება

რეზიუმე

● პედიატრიულ პოპულაციაში სპეციფიკური კანის დაზიანება შეიძლება იყოს დამახასიათებელი ნიშანი ისეთი რევმატოლოგიური დაავადებებისა, როგორცაა JIA, SLE, DM, SSc, FMF, ვასკულიტები და სხვა

● იმის გამო, რომ ბავშვებში ბიოფსიის ჩატარება ყოველთვის არ არის ადვილი (დაავადებაში კანის მონაწილეობის დასადასტურებლად) კლინიკური და დერმატოსკოპიული მანევრებლები შეიძლება დაეხმაროს, როგორც დერმატოლოგებს, ასევე რევმატოლოგებს სწორი დიაგნოზის დასმას



ბამოყვანებელი მასალა:

Lidar M, Doron A, Barzilai A, et al. Erysipelas like erythema as the presenting feature of familial Mediterranean fever. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27:912-5

Girisgen I, Sonmez F, Koseoglu K, et al. Polyarteritis nodosa and Henoch-Schönlein purpura nephritis in a child with familial Mediterranean fever: a case report. Rheumatol Int. 2012;32:529-33

Katipoglu B, Acehan F, Ates I. Unusual presentation of familial Mediterranean fever: atypical hyperaemic recurrent skin lesions. Clin Exp Rheumatol. 2016;34:S138

Amitabh Poonia, Priya Giridhara, Divya Sheoran, Subcutaneous Nodules in Acute Rheumatic Fever, The Journal of pediatrics, 2019

Ricardo Romiti; Luciana Maragno; Marcelo Arnone; Maria Denise Fonseca Takahashi, Psoriasis in childhood and adolescence, An. Bras. Dermatol. vol. 84 no. 1 Rio de Janeiro Jan. /Feb. 2009

Kwiatkowska M, Rakowska A, Walecka I, et al. The diagnostic value of trichoscopy in systemic sclerosis. J Dermatol Case Rep. 2016;10:21-5.

Giancane G, Consolaro A, Lanni S, et al. Juvenile idiopathic arthritis: diagnosis and treatment. Rheumatol Ther. 2016;3:187-207.

Bolognia JL, Jorizzo LJ, Schaffer JV, Dermatology. 3rd edition. New York: Saunders; 2012. pp: 615-4

Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, et al. Rheumatology. 5th edition.

Philadelphia: Mosby Elsevier; 2011. pp: 250-8.

Dalakas MC. Polymyositis, dermatomyositis and inclusion-body myositis. N Engl J Med. 1991;325:1487-98.

Fisler RE, Liang MG, Fuhlbrigge RC, et al. Aggressive management of juvenile dermatomyositis results in improved outcome and decreased incidence of calcinosis. J Am Acad Dermatol. 2002;47:505-11.

Shirani Z, Kucenic MJ, Carroll CL, et al. Pruritus in adult dermatomyositis. Clin Exp Dermatol. 2004;29:273-6.

Hundley JL, Carroll CL, Lang W, et al. Cutaneous symptoms of dermatomyositis significantly impact patients' quality of life. J Am Acad Dermatol. 2006; 54:217-20.

რეზიუმე

რევმატული დაავადებების კანისმიერი მანიფესტაცია პედიატრიულ ასაკში

ეკა ნახუტსრიშვილი

ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგიის, რეზიდენტი

თბილისის სახელწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

გამონაყარი ყოველთვის არ ასოცირდება სისტემური დაავადებასთან, თუმცა ბევრ სისტემურ პათოლოგიას გარკვეული ეტაპზე აქვს კანისმიერი გამოვლინება. სისტემური დაავადების გამოვლინება კანზე ხშირად ბუნდოვანია და არაპეციფიკური, თუმცა ზოგჯერ იმდენად პათოგნომურია, რომ განსაზღვრავს ნოზოლოგიას და პროგნოზული მარკერია.

ამ ეტაპზე ჯერჯერობით სისტემური დაავადების კანისმიერი მანიფესტაციების ზუსტი კლასიფიკაცია არ არსებობს.

პედიატრიულ პოპულაციაში სპეციფიკური კანის დაზიანება შეიძლება იყოს დამახასიათებელი ნიშანი ისეთი რევმატოლოგიური დაავადებებისა, როგორცაა JIA, SLE, DM, SSc, FMF, ვასკულიტები და სხვა. იმის გამო, რომ ბავშვებში ბიოფსიის ჩატარება ყოველთვის არ არის ადვილი (დაავადებაში კანის მონაწილეობის დასადასტურებლად) კლინიკური და დერმატოსკოპიული მახვენებლები შეიძლება დაეხმაროს, როგორც დერმატოლოგებს, ასევე რევმატოლოგებს სწორი დიაგნოზის დასმაში.

SUMMARY

SKIN MANIFESTATION OF RHEUMATIC DISEASES IN PEDIATRIC AGE

EKA NAKHUTSRISHVILI

Pediatric Cardiology-Rheumatology.

Resident

Tbilisi State Medical University

Abnormal exit of the left coronary artery from the pulmonary artery is a rare congenital anomaly. It is also referred to as two forms of Bland-White-Garland syndrome: pediatric and adult age. 90% of newborns with myocardial infarction and congestive heart failure cannot live to 1 year.

Historically, the diagnosis could have been made by angiocardiographic examination of the heart, but today it is possible to achieve this by non-invasive research methods:

Computed tomography of the heart with angiography

Magnetic resonance imaging, which in itself increases the timely selection and implementation of treatment strategies.





I პლენარული სხდომა FIRST PLENARY MEETING -11. 30-12. 30.

(ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული
სექცია)
(Euroscience Georgian National Section)

თავმჯდომარეები: საქართველოს დარგობრივ მეცნიერებათა აკადემიების აკადემიკოსები: დ. ბაშელეიშვილი, პ. კერვალიშვილი, გ. აბდუშელიშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ირ. ფავლენიშვილი და ყ. ფაღავა; მედ. დოქ. კ. ჩახუნაშვილი,

Chairmens: Academicians: D. Bashaleishvili, P. Kervalishvili, G. Abdushelishvili, G. Chakhunashvili, I. Pavlenishvili, K. Pagava; PhD. MD. K. Chakhunashvili

1. „ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის 2018-19 წწ ანგარიში“ – ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ვიცე-პრეზიდენტი – მ. დ. ჩახუნაშვილი, მ.დ.კ. ჩახუნაშვილი (თბილისი, საქართველო)

„Georgian National Section of Euroscience and it’s annual report-2018-19“ – Vice –president of ESGNS Ph. D. MD. D. Chakhunashvili, Ph. D. MD. K. Chakhunashvili(Tbilisi, Georgia)

2. „დნმ ბიოსენსორები -ახალი მიდგომები“. ფიზ.-მათ. მეცნ. დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი პაატა კერვალიშვილი

“DNA biosensors – new approaches” - Novel Approaches”, Dr. Phys & Math Sciences, Professor Academician Paata Kervalishvili

3. „დადამიანის დეცელულარიზებული ჰიპლარის არტერიისაგან დამზადებული სამგანზომილებია მატრიქსის გამოყენება სანაღველე გზების ატრეზიის რეკონსტრუქციისათვის“ – კ. ჩახუნაშვილი, ი. ფავლენიშვილი, ზ. კაკაბაძე(თსსუ)

Using three-dimensional scaffold from decellularized human umbilical artery for bile duct reconstruction – K. Chakhunashvili, I. Pavlenishvili, Z. Kakabadze(TSMU)

4. „პედიატრი, როგორც ბავშვის აღმზრდელი“. პროფ. ყ. ფაღავა (თსსუ)

”Pediatrician, as a person who raises a child”. – Prof. K. Paghava (TSMU)

5. „ვენტრალური თიქარები: თანამედროვე გამოწვევები და სამომავლო პერსპექტივები“ დ. ჩახუნაშვილი, ზ. კაკაბაძე, ნ. მელაძე(თსსუ)

“Ventral Hernias: Modern challenges and future prospects” D. Chakhunashvili, Z. Kakabadze, N. Lomidze (TSMU)

6. „მოლეკულური ბიოლოგიის თანამედროვე ამოცანები“ პროფ. ნ. ხვითია, პროფ დ. ცხომელიძე (თსსუ)

“Molecular biology today” Prof. N. Khvitia, Prof. D. Tskhomelidze (TSMU)

7. „აპტოსის ძაფებით კორექციის მეთოდები“ ეკ. კვიციანი, მ. წიგვიანი (თბილისი)

“Correction with Aptos Threads” E. Kvirvelia, M. Tsvit-sivadze ეკ. კვიციანი, მ. წიგვიანი (თბილისი)

8. „ჰომოსექსუალიზმის გენეტიკა“ პროფ. ჭიპაშვილი (თსსუ) “Genetics in Homosexuality” Prof. M. Chipashvili (TSMU)

დებატები DISPUTE

II პლენარული სხდომა SECOND PLENARY MEETING - 13. 00-15. 30

საქართველოს ექთანთა IV კონგრესი
IV GEORGIAN NURSE CONGRESS

ლექციები და მოხსენებები Lectures and Presentations

თავმჯდომარეები: მ. დიდუბაშვილი, თ. დაუსი
კონსულტანტი: კიმ ქროფორდი (აშშ)

Chairmen: M. Didebashvili, T. Dausi

Consultant: Kim Crowford (USA)

1. პირვალი გადაუდებელი მედიცინის ემერჯენსის განყოფილება სამეგრელოს რეგიონში. ლელა ჭითანავა ზუგდიდის რეფერალური ჰოსპიტლის მთავარი ექთანი

First aid in Emergency Department – Lela Tchitanava

2. ექთნის პროფესიის გაცნობა და პირველადი გადაუდებელი დახმარების კურსი შშმ პირებისათვის. ნაბო ქაჯაია-ასოციაცია ანიკა ოკუპაციური თერაპევტი

Nurse Profession and First aid for people with special needs – Nabo Qajaia

3. სკოლის მოსწავლეებში პროფესიული უნარების განვითარების პროგრამა. მარიამ გოგია-შ. პ. ს დავით ტვილდიანის სახელობის საზოგადოებრივი საექთნო კოლეჯი დირექტორის მოადგილე

Professional Skills Development Program for School Students WSD PROGRAM M. Gogia

4. საექთნო განათლება საქართველოში თამარ დაუსი - შ.პ.ს დავით ტვილდიანის სახელობის საზოგადოებრივი საექთნო კოლეჯის რექტორი, კორპორაცია ევექსის საექთნო მიმართულების ხელმძღვანელი

NURSING EDUCATION IN GEORGIA T. DAUSI

5. აჭარის რეგიონში საექთნო საქმე ინგა კილტავა- აჭარის რეფერალური ჰოსპიტლის მთავარი მედა და Nursing in Ajara Region - I. Kiltava

6. თრომბოლიზის ნ. ცხოვრებოვი – შ. პ. ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტის უფროსი ექთანი

Thrombolysis N. Tskhovrebovi

7. ინფექციის კონტროლის საკითხები სადიალიზოზში რ. რევაზიშვილი მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა. - დიალიზის დეპარტამენტის უფროსი ექთანი

Infection Control in Dialysis Department R. Revazishvili

8. ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის საკითხები საქართველოში მ. მუშუკუდიანი. - შ. პ. ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის კლინიკის მთავარი ექთანი

Bone marrow transplantation in Georgia - M. Mushkudiani

9. სოპორაციოს განვითარება მაკა კობახიძე





Development of Operation Room Maka Kobakhidze

10. პალიატიური პაციენტების მოვლა პედიატრიულ ასაკში გულნარა გვიმრაძე – კორპორაცია ევექსის კლინიკები ი. ციციშვილის სახელობის ბავშვთა კლინიკის უფროსი მედლა

Paliative Pediatric Care – Gulnara Gvimradze

11. შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 პედიატრიულ ასაკში ნანა ჩიტიშვილი: თსსუ გ. უვანიას სახელობის პედიატრიის აკადემიური კლინიკა ბავშვთა ენდოკრინოლოგიის ცენტრის უფროსი ექთანი

12. ხელის ჰიგიენის განვითარება იმერეთის რეგიონში ინგა ჩირგილაძე იმერეთის რეგიონის მთავარი ექთანი

Bone marrow transplantation in Georgia-In. Chirgviladze

13. თირკმლის მწვავე უკმარისობა დარეჯან კანანაძე

Acute Kidney Failure Darejan Kapanadze

14. სასწავლო პროცესის მართვის სისტემის დანერგვა - დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივ საექტონო კოლეჯში სალომე ჭინჭარაული

The implementation of the educational process management system at David Tvildiani Medical University Community Nursing College – Salome Tchincharauli

15. ტრაქეის სტენოზის მკურნალობისა და პროფილაქტია საექტონო მიდგომებშიმარიამ ჩოხელი შ. პ. ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის საოპერაციოს უფროსი ექთანი

Treatment and prevention of tracheal stenosis Nursing Approach M. Chokheli

III პლენარული სხდომა

SECOND PLENARY MEETING -16. 90-18. 30

თამაშვლდმარეები: პროფ. დ. ცხომელიძე, პროფ ნ. უბერი, დ. ჩახუნაშვილი

Chairmen: Prof. D. Tskhomelidze, Prof. N. Uberi, D. Chakhunashvili

მეცნიერული კონსულტანტები პროფესორები: რ. კარსელაძე, ქ. ნემსაძე r. kutubiZe, v. CxaiZe

Scientific consultants and professors: R. Karseladze, K. Nemsadze R. Kutubidze, V. Chkhaidze

1. „რეკმატული დაავადებების კანისმიერი მანიფესტაცია პედიატრიულ ასაკში“ ე. ნახუცრიშვილი (თსსუ-რეზიდენტი)

„Skin presentation during Rheumatic Diseases.“ E. Nakhutsrishvili (Resident of TSSU)

2. „ბავშვთა ზრდა განვითარების შეფასება“ ი. იაკობიძე, (ირ. ციციშვილის სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა)

“Child Development Assessment” – I. Iakobidze (I. Tsitsishvili Children’s New Clinic)

3. „მოლეკულური ბიოლოგია და ბავშვთა დაავადებები“ დ. ცხომელიძე, მურაღი დაშნა ანანდანი, სანჯანა სანჯაი

“Molecular Biology and children’s diseases” D.

Tskhomelidze, Murali Dashna Anandan, Sanjana Sanjay (Tbilisi-india)

4. „ფიტნესი ფიზიკური ვარჯიშის მოქმედება ადამიანის ორგანიზმზე“ კ. გვერცაძე (სპორტის უნივერსიტეტის სპორტული ფაქულტეტი)

“Effects of Fitness and Physical Exercise on Human Body

5. „მარცხენა კორონარული არტერიის ანომალური გამოსვლა ფილტვის არტერიიდან“ თ. თედორაძე (თსსუ, რეზიდენტი)

“Anomalous Topographic Location of Coronary Artery” – T. Tedoradze (Resident of TSSU)

6. „ვილმის სიმსივნე“ მ. მეშველიანი (თბილისი) “Wilm’s Tumor” M. Meshveliani

7. „ჩვენ და გარემო“ დ. ცხომელიძე, ნ. ჭილაძე, სანიუა აკრამ

„We and environment” D. Tskhomelidze, N. Chiladze, Saniya Akram (Tbilisi – India)

8. „ფიზიკური ვარჯიშის მნიშვნელობა თანამედროვე ცხოვრების პირობებში“ ბ. გოროზია (საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი, სპორტული ფაკ.)

“Necessity of Physical exercise in Today’s World” B. Gorozia

9. „კავასაკის დაავადება“ ნ. მეგრელიშვილი (თბილისი)

“Kawasaki Disease” N. Megrelishvili

10. „სოციალური მედიის გავლენა საგანმანათლებლო სფეროზე“ – საქართველოს ტექნიკური უნივერსიტეტის დოქტორანტი ქეთევან გოგოძე

“Effects of Social Media on Education System” – Ketevan Gogodze PhDs

11. „მიტალური სარქველის პროლაპსის კლინიკური ღირებულებანი“ ლ. ხუციძე (თსსუ რეზიდენტი)

“Clinical Importance of Mitral Valve Prolapse” L. Khurtsidze (Resident of TSSU)

12. „სკოლის ექიმის თანამედროვე მოთხოვნები-3“ მედ. დოქტ. ნ. ბადრიაშვილი /სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის სწავლული მდივანი/

“Modern demands of school doctors-2” – M. D. N. Badriashvili / Secretary of Social Pediatrics Protection Fund

13. „სკოლის ექიმი, როგორც პირველადი ჯანდაცვის დამხმარე რგოლი“ მ. ივანიაძე (თბილისი)

“School Doctor as an essential part of primary health-care” M. Ivaniadze

14. „პედიატრიულ პრაქტიკაში საექიმო შეცდომები-3“ – მედიცინის დოქტ. პროფესორი დ. ტაბუცაძე,

“Medical errors in pediatric practice-2” – M. D. Prof. D. Tabutsadze

15. „სამყარო. როგორც ვალეოლოგიური განათლების შემეცნებითი ფუნდამენტი“. ივ დოლიძე, მმდ, პროფესორი /საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი/ თბილისი/

“Foundation of Valeology” I. Dolidze, Prof. Phd, Georgian State Educational University of physical education and sports/ Tbilisi/



საინტერესო ურობების კალაიდოსკოპი

KALEIDOSCOPE OF INTERESTING WORKS

საქართველოში სამედიცინო სამსახურის განვითარება DEVELOPMENT OF NURSING SERVICES IN GEORGIA

მარინე დიდუბაშვილი
ვერომეცნიერების საქართველოს ერევნული სექციის საქმთო მიმართულების ხელმძღვანელი
სს ევექსის ჰოსპიტლები - ი. ციციშვილის სახელობის ბავშვთა საავადმყოფოს მთავარი მედლა

MARINE DIDEBASHVILI

Head of the Nursing Department of the Georgian Section of the European Science of Georgia
JSC Evex Hospitals - Chief Nurse of I. Tsitsishvili Children's Hospital

სამედიცინო სამედიცინო

● საქმთო საქმიანობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მომსახურებათა მნიშვნელოვან ქვესისტემას და რესურსს ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის პოტენციალის გაძლიერებისათვის

● ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის საქმთო საქმის განმტკიცების სტრატეგიული მიმართულებიდან ერთერთი პრიორიტეტული სწორედ საქმთო განათლებაა, საქმთო საქმეში საგანმანათლებლო პროგრამებმა ხელი უნდა შეუწეონ ექთნისათვის აუცილებელი დარგობრივი კომპეტენციებისა და ასევე ზოგად/ტრანსფერული კომპეტენციების განვითარებას.

● საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა კვალიფიციური, საქმთო საქმის თანამედროვე კონცეფციის მქონე ექთნების მწვავე დეფიციტს განიცდის. ექთნების რაოდენობა შემცირებულია ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელთან შედარებით

● პრობლემებს შორის აღნიშნავს საჭიროებს ექთან/პაციენტის შეფარდების არ გათვალისწინება, რაც გავლენას ახდენს საქმთო მოვლის ხარისხზე.

● საქმთო პერსონალის რიცხოვნების შემცირების მრავალმიზეზთაგან უპირველესი ამ პროფესიის არაპრესტიჟულობა და დაბალი ანაზღაურებაა.

● ამავდროულად საქართველოში გვაქვს საქმთო პროფესიის რაობისა და ფუნქციების ცოდნის დეფიციტი როგორც საზოგადოების არასამედიცინო ნაწილში, ასევე, საქმთო და საქმთო პერსონალში.

● სწორედ ამ მოთხოვნების და ცნობადობის გაუმჯობესების მიზნით ვერომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის ბაზაზე შეიქმნა ვერომეცნიერების საქმთო სექცია.

● საქართველოს ვერომეცნიერების ეროვნული სექციის და სოციალური პედაგოგის დაცვის ფონდის დახმარებით, რასაც სათავეში უდგას ბატონი გიორგი ჩახუნაშვილი ჩამოყალიბდა 2008წ. -იდან ვერომეცნიერების საქმთო სექცია და ჩატარდა პირველი საქმთო კომფერენცია. რომელიც ტრადიციულად გრძელდება და ყოველ ოთხ წელიწადში ერთხელ ტარდება.

2008-I



ზოგადად ევრომეცნიერების და მათ შორის საექთნო სექციის ინტერესთა უამრავ ქვეყნებში გახდეს ცნობადი, წარმოდგენილი იყოს სოციალურ ქსელში და ბეჭდურ მედიაში ექთანთა მიხვევები და საექთნო საქმის განვითარება საქართველოში.

2010-II



2011

NATO OTAN Science for Peace and Security (SPS) North Atlantic Treaty Organization

ISTC Philosophy and Synergy of Information: Sustainability and Security 20-24 April 2011, Tbilisi, Georgia International Cooperation for Sustainable Development through Science and Technology ISTC Conference: 19-20 April, 2011, Tbilisi, Georgia

Kim Crowford, Roeland Monasch Unicef representative (USA)

● 2011 წელს ჩატარდა რიგგარეშე კონფერენცია სადაც მოწვეული იყო ერთერთ თავჯდომარედ ა. შ. შ. დან ჩვენი კოლეგა კიმ კროუფორდი, კიმმა ძალიან ბევრი რამე გააკეთა საქართველოს ექთნების სასწავლო პროგრამაში და მათ განვითარებაში

● 2013 წელს როდესაც პოსტსაპქოთა სივრცეში გაიხსნა საქართველოში, იაშვილის კლინიკის ბაზაზე პირველი ემერჯენსი კიბი გვედგა გვერდზე და ერთად ვატრენირებდით იქ მომუშავე ექთნებს.

● ჩემი ამერიკის შეერთებულ შტატების ვიზიტის დროს მიღებული გამოცდილება მოვარგეთ ქვეყანაში არსებულ მოთხოვნებს, იაშვილის კლინიკაში არსებულ სისტემას და საექთნო სამსახურს, რაშიც ძალიან დიდი წვლილი შეიტანა ჩვენმა ამერიკელმა კოლეგებმა და იაშვილის კლინიკის ადმინისტრაციამ. საქართველოში ექთანმა წარმატებით აითვისა პირველადი ჩივილების, ანამნეზის გამოკითხვა და შეგროვება, დაიწყო პაციენტის პირველადი შეფასება, გაერკვია და დაეუფლა საექთნო დიაგნოზებში, ასევე ძალიან კარგად აითვისა სამედიცინო აპარატურა და თანამედროვე ტექნოლო-

გიები. ერთი სიტყვით საქართველოშიც იგრძნო ექთანმა თავი, რომ შეიძლება იყოს მაღალი კვალიფიკაციის პროფესიონალი, მისი საქმე არ არის მარტო მითითებებით დანიშნულების მექანიკური შესრულება მას შეუძლია პაციენტის მკურნალობაში და მართვაში ჩაერთოს თავის კონფიდენციების ფარგლებში და სრულყოფილად მიიღოს მონაწილეობა მის გამოჯანმრთლებაში. მუდმივად ვატრენირებდით ექთნებს, ისევე ჩვენს გვერდით იდგნენ ამერიკელი კოლეგები და მათ გადაამზადებაში გვეხმარებოდნენ რის საფუძველზეც გამართულად და წარმატებით ჩაეყარა საფუძველი საქართველოში ემერჯენსის განყოფილების მუშაობას, მათ შორის საექთნო საქმესაც.

2014-III



● 2014 წ. ჩატარდა რიგით III საექთნო კონფერენცია, კონფერენციაზე ექთნებს წარმოდგენილი ჰქონდათ საექთნო ჩარევებზე და დიაგნოზებზე პრეზენტაციები.

● ასევე წარმოდგენილი ჰქონდათ ინდივიდუალურად კონკრეტული პაციენტის ქეისები.

● რაზეც გაიმართა დისკუსია და მსჯელობა, რამდენად იყო სწორედ ჩართული საექთნო მიმართულება პაციენტის მკურნალობაში

2019წ - IV კონფერენცია

● 21019 წლის რიგით IV კონფერენცია რომელიც იმართება დღეს, შემოემატა კიდევ ერთი თავჯდომარე ევრომეცნიერების საექთნო მიმართულებაში თამარ დაუსი რომელმაც ძალიან დიდი წვლილი შეიტანა და დიდი დამსახურება აქვს საექთნო დეპარტამენტის გადაამზადებასა და თანამედროვე საექთნო საქმის განვითარებაში.

● ქნ-მა თამარმა ევრო სტანდარტების მიხედვით ჩამოაყალიბა დიდ გუნდთან ერთად დავით ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტთან არსებული საექთნო კოლეჯი, რომლის კურსდამთავრებულებიც უკვე არიან წარმატებული ექთნები.

● აღნიშნული კონფერენციაზე წარმოდგენილია საქართველოს თითქმის ყველა რეგიონის ექთანი, რისთვისაც მათ ძალიან დიდ მადლობასა მოგუხდი ევრომეცნიერების სახელით.

● IV კონფერენციაზე მომხსენებლებს წარმოდგენილიაქვე შემდეგი თემები:

● პირვალი გადაუღებელი მედიცინის (ემერჯენსის) განყოფილება სამეგრელოს რეგიონში.

● ექთნის პროფესიის გაცნობა და პირველადი



გადაუდებელი დახმარების კურსი შშმ პირებისათვის.

- სკოლის მოსწავლეებში პროფესიული უნარების განვითარების პროგრამა.
- საექთნო განათლება საქართველოში
- აჭარის რეგიონში საექთნო საქმე
- თრომბოლიზისი
- ინფექციის კონტროლის საკითხები სადიალიზოში
- ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის საკითხები საქართველოში
- საოპერაციოს განვითარება
- პალიატიური პაციენტების მოვლა პედიატრიულ ასაკში

- შაქრიანი დიაბეტი ტიპი 1 პედიატრიულ ასაკში
- ხელის ჰიგიენის განვითარება იმერეთის რეგიონში
- სასწავლო პროცესის მართვის სისტემის დანერგვა
- ტრაქეის სტენოზის მკურნალობისა და პროფილაქტია საექთნო მიდგომები
- წარმოდგენილი თემებიდან ირკვევა, რომ საექთნო სამსახურში მიმდინარეობს პროფესიისა და პროფესიონალიზმის განვითარება.
- ჩემო ძვირფასო კოლეგებო და დამსწრე საზოგადოება ამაში ნამდვილად დარწმუნდებით, რომ საქართველოს უკვე ყავს და უახლოეს წლებში კიდევ უფრო მეტი ეყოლება პროფესიონალი ექთნები.

რეზიუმე

საქართველოში საექთნო სამსახურის განვითარება

მარინე დიდუბაშვილი

ევრომეცნიერების საქართველოს ერეგული სექციის საექთნო მიმართულების ხელმძღვანელი სს ევექსის ჰოსპიტლები – ი. ციციშვილის სახელობის ბავშვთა საავადმყოფოს მთავარი მედია

საექთნო საქმიანობა წარმოადგენს ჯანმრთელობის დაცვის სფეროს მომსახურებათა მნიშვნელოვან ქვესისტემას და რესურსს ჯანდაცვის ეროვნული სისტემის პოტენციალის გაძლიერებისათვის.

საქართველოს ჯანდაცვის სისტემა კვალიფიციური, საექთნო საქმის თანამედროვე კონცეფციის მქონე ექთნების მწვავე დეფიციტს განიცდის.

შრომიდან როგორც ირკვევა ირკვევა საექთნო სამსახურში მიმდინარეობს პროფესიისა და პროფესიონალიზმის განვითარება-საქართველოს უკვე ყავს და უახლოეს წლებში კიდევ უფრო მეტი ეყოლება პროფესიონალი ექთნები.

SUMMARY

DEVELOPMENT OF NURSING SERVICES IN GEORGIA

MARINE DIDEBASHVILI

Head of the Nursing Department of the Georgian Section of the European Science of Georgia JSC Evex Hospitals – Chief Nurse of I. Tsitsishvili Children’s Hospital

Nursing is an important subsystem of health care services and a resource for strengthening the potential of the national health care system.

Georgian healthcare system suffers from an acute shortage of qualified nurses with a modern concept of nursing.

As it turns out, the nursing service is developing its profession and professionalism - Georgia already has and will have even more professional nurses in the coming years.

საექთნო განათლება საქართველოში NURSING EDUCATION IN GEORGIA

თამარ დაუსი

შ.პ.ს დავით ტვილდიანის სახელობის საზოგადოებრივი საექთნო კოლეჯის რექტორი, კორპორაცია ევექსის საექთნო მიმართულების ხელმძღვანელი

T. DAUSI



საექთნო განათლების მიზანი

- გამოიკვეთოს და ჩამოყალიბდეს საექთნო განათლება და პრაქტიკა
- შეიქმნას სათანადო ინტელექტუალური და ადამიანური რესურსები
- გამოიკვეთოს სოციალური პოზიციონირება
- მოთხოვნა მოწოდების ბალანსის დარეგულირება
- ექთნების ხარისხის ამაღლება





სამართლო განათლების ისტორია

180 კრედიტი ვს 134 კრედიტი

საექთნო საქმე და ბებიაქალის მომზადების საბაკალავრო პროგრამები ვადის მიხედვით შესაბამისობაშია

! პროფესიული განათლებაშიც არსებობს პრაქტიკოსი ექთნის და ბებიაქალის პროგრამები, რაც სწავლის შედეგებთან მიმართებაში ამ პროგრამების შემდგომ კვლევას მოითხოვს.

მითხროვნა

● დარგობრივ ან და ჩარჩო დოკუმენტში უნდა ასახოს:

- დირექტივაში მოცემული სწავლის ჯამური შედეგები
- თეორიისა და პრაქტიკის ურთიერთკავშირი და სხვა რაოდენობრივი მაჩვენებლები

მითხროვნა VS რეალობა

ექთნების მომზადების პროგრამა მთლიანობაში უნდა მოიცავდეს სულ მცირე 3 სასწავლო შესაბამისი ECTS კრედიტების ოდენობით

თეორიული და კლინიკური მეცადინეობის სულ მცირე 4 600 საათს.

თეორიული და პრაქტიკული მეცადინეობის ხანგრძლიობა

საგანმანათლებლო დაწესებულებებმა პროგრამის განხორციელების მანძილზე აიღონ პასუხისმგებლობა თეორიული და კლინიკური მეცადინეობების კორდინაციაზე.

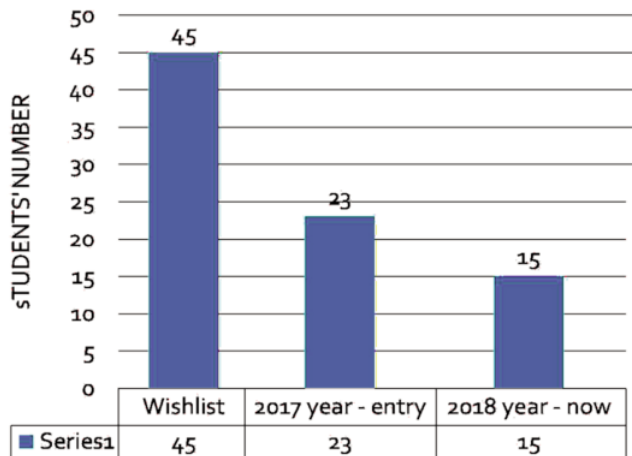
პრაქტიკული და კლინიკური მომზადება

- ორსული ქალის კონსულტირება, სულ მცირე 100 პრენატალური ვარჯიშის ჩათვლით.
- სულ მცირე 40 ორსული ქალის მოვლა და ზედამხედველობა.
- სტუდენტის მიერ სულ მცირე 40 მშობიარობის მიღება;
- აქტიური მონაწილეობა არასწორპოზიციაში მყოფი ბავშვის მშობიარობისას
- ეპისტომის გაკეთება და ქირურგიული გაკერვის ინიცირება.
- სულ მცირე 40 ორსული ქალის მოვლა და ზედამხედველობა მშობიარობისა და მშობიარობის შემდგომი
- სულ მცირე 100 მშობიარობის შემდგომი/ახლად-ნამშობიარები ქალისა და ჯანმრთელი ახალშობილის ზედამხედველობა და მოვლა (გასინჯვის ჩათვლით);

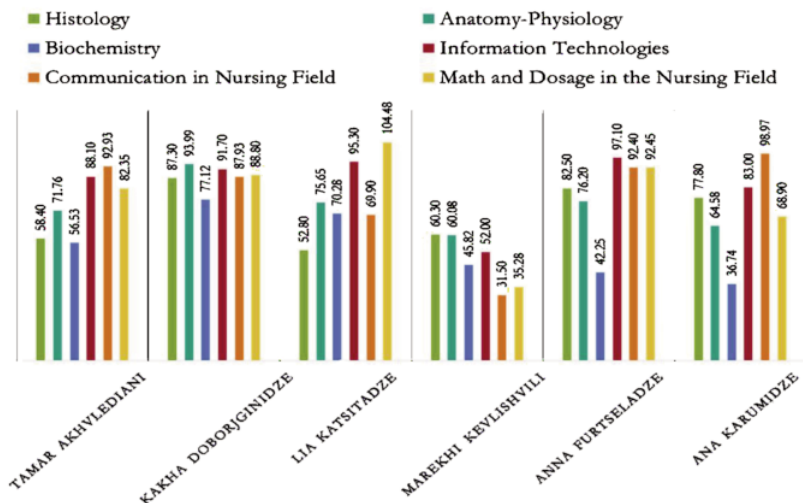
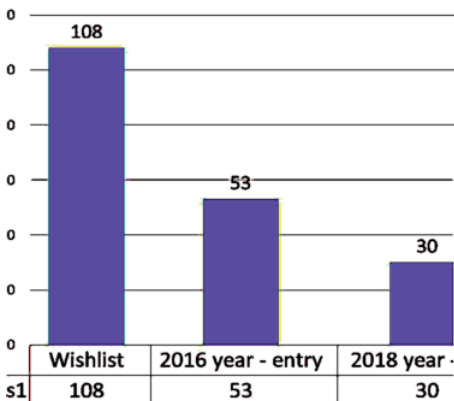
ტრენერები



2017 Entry



2016 ENTRY





კლანიპელა



პირმეზანო



რეზიუმე

საექთნო განათლება საქართველოში

თამარ ღაზსი

შ.პ.ს დავით ტვილდიანის სახელობის საზოგადოებრივი საქონლო კოლეჯის რექტორი, კორპორაცია ევექსის საქონლო მიმართულების ხელმძღვანელი

ჯანმოს რეკომენდაცია: 1 ექიმზე 4 ექთანი. 2013 წლის მონაცემებით, ეს მანვენებული საქართველოში არის 1:0. 9, რაც ბოლო ადგილას გვაყენებს თუ გადავხედავთ ევროპულ გამოცდილებას. შედარებისთვის, ეს თანაფარდობა ბელგიაში 1:6, 1:5. 3 შვეიცარიაში და 1:3. 4 გერმანიაში.

ოფიციალური სტატისტიკის თანახმად, საქართველოში წელიწადში 100-მდე ექთანი ასრულებს სასწავლებელს, ხოლო ევროპული საშუალო მანვენებული ყოველწლიურად 1400-ს აღწევს.

ამჟამად საქონლო განათლების სამი დონე არსებობს:

1. მესამე საფეხური – 2 წლიანი სასწავლო პროგრამა – კვალიფიკაცია ექთნის თანაშემწე (პროფესიული განათლება);
2. მეხუთე საფეხური – 3 წლიანი სასწავლო პროგრამა – კვალიფიკაცია ექთანი (პროფესიული განათლება);
3. მე-6 საფეხური – საბაკალავრო პროგრამა – 4 წლიანი სასწავლო პროგრამა, ექთან ბაკალავრის კვალიფიკაცია;

მე-5 და მე-3 დონის პროგრამებში არ შედიოდა ძირითადი საბუნებისმეტყველო საგნები, როგორცა არის ანატომია, ფიზიოლოგია, ბიოქიმია, პათოლოგია, მიკრობიოლოგია და სხვა.

სამედიცინო კორპორაცია ევექსმა განახორციელა საკანონმდებლო ინიციატივა, რომლის მიხედვით გაუმჯობესდა მეხუთე საფეხურის ექთნის სასწავლო პროგრამა ევროკავშირის 2005/36 დირექტივის შესაბამისად, საერთაშორისო სტანდარტების დაცვით. ამ პროცესმა მოიცვა ორი წელი, მიმდინარეობდა აქტიური თანამშრომლობა საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტროსა და განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნულ ცენტრთან.

სამედიცინო კორპორაცია ევექსმა შეიტანა განაცხადი განათლების ხარისხის განვითარების ეროვნულ ცენტრში.

სამუშაო ჯგუფის მიერ წარმოდგენილი სასწავლო გეგმა იზიარებს ამერიკის, ფინეთის, ირლანდიისა და პოლონეთის სასწავლო გეგმის სტრუქტურას და მიჰყვება ევროკავშირის დირექტივის მოთხოვნას. ახალი სასწავლო პროგრამა დამტკიცდა 2018 წლის 18 აპრილს. მიუხედავად მიმდინარე პროგრამის თეორიული და პრაქტიკული ხარვეზების შევსების მცდელობისა, საქონლო განათლების სასურველი საერთაშორისო დონის დაკმაყოფილება მაინც რთულია. რთულ სასწავლო გეგმასთან ერთად, სასწავლო პროცესი დიდ წინააღმდე-



გობებს აწვდება სათანადო ინტელექტუალური და ადამიანური რესურსის არარსებობის გამო. ამჟამად ექთან ტრენერების ძალიან მცირე რაოდენობა ასწავლის კოლეჯებში. ლექციების უმეტესობას ექიმები ატარებენ. ეს პრობლემა კიდევ უფრო გაუარესდა სასწავლო მასალების ნაკლებობით. ამჟამად ჩვენ ვცდილობთ პრობლემის მოგვარებას ადგილზე შექმნილი სასწავლო კონსპექტებით.

ჩვენი მიზანს წარმოადგენს და უკვე ვმუშაობთ EBRD და EVEX შორის გაფორმებული პარტნიორობის საფუძველზე, საგანმანათლებლო ლიტერატურის შექმნის მხრივ. ამ მიზნის შესრულებას უადრესად დიდი მნიშვნელობა აქვს, რადგან ამ კომპონენტის გარეშე ვერ განხორციელდება შესაბამისი სრულფასოვანი განათლების სექტის აგება.

SUMMARY

NURSING EDUCATION IN GEORGIA

T. DAUSI

The recommended WHO recommendation is per 1 doctor 4 nurses. According to 2013 data, this figure in Georgia is 1: 0.9 which is one of the last places in Europe. For comparison, this ratio in Belgium is 6 nurses per doctor, 5.3 in Switzerland and 3.4 in Germany.

According to official statistics, per year in Georgia are graduating up to 100 nurses, while the average European rate is 1400 nurses annually.

Currently we have are three levels of education for nurses:

1. Third level, 2 years learning program qualifying for nurse assistants (professional education)
2. Fifth level, 3 years learning program qualifying for professional nurses (professional education)
3. University level, 4 years learning program qualifying for nurse bachelors.

The curriculum till 2018 5th and 3rd level programs do not include, basic subjects such as anatomy, physiology, biochemistry, pathology, microbiology and others. Evex Medical Corporation

As legislative initiative worked on improvement of learning curriculum for fifth level nurses according to Euro directive 2005/36 while meeting international standards. The process took two years with frequent relationship with Ministry of Education and Science of Georgia. Evex Medical Corporation filed an application for the National Center for Education Quality Enhancement. The curriculum, presented by working group shares the curriculum scheme of America, Finland, Ireland and Poland and follows the requirement of Euro directive. New curriculum has been approved on April 18th, 2018. Despite trying to fill in theoretical and practical gaps of a current program it is still very challenging to meet desired international level of nursing education. Together with challenging curriculum, teaching process faces major obstacles due to a lack of appropriate work force teaching process. Now very little number of nurse trainers are teaching in colleges. Most of the lectures are held by doctors. This problem is further worsened by lack of teaching materials. Currently we are trying to tackle the problem locally providing student with ad hoc solution and learning materials only. Our goal is, and we are already working, based on the partnership established between EBRD and EVEX to create educational literature. The achievement of this goal is of the utmost importance, because without this component, a relevant full-fledged education scheme cannot be built.

ინფექციის კონტროლი ჯეო ჰოსპიტალში - გამოცდილების გაზიარება

INFECTON CONTROL IN GEO HOSPITALS – SHARING EXPERIENCES

ნონა გოშაძე

ჯეო ჰოსპიტალის ქსელის საექონო საქმის განვითარების სამსახურის უფროსი

NONA GOSHADZE

Head of Nursing Development Service



შიზაარსი

- ინფექციის კონტროლის მარეგულირებელი კანონმდებლობა
- ექთნების როლი
- განხორციელებული აქტივობები
- სირთულეები და უპირატესობები ქსელურ კომპანიაში

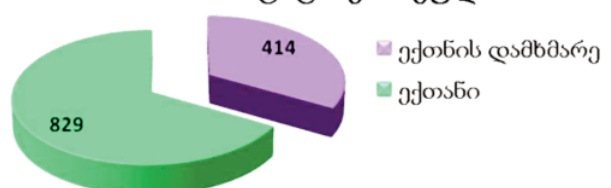
306 ვართ?

- იმერეთი
- კახეთი
- მცხეთა-მთიანეთი
- ქვემო ქართლი
- სამცხე-ჯავახეთი

306 ვართ?

- 14 სტაციონარული დაწესებულება
- 9 ინტეგრირებული ამბულატორია
- 10 ცალკე მდგომი ამბულატორია

სამულო სამედიცინო პერსონალი - 1243 სამტატო ერთეული





კანონმდებლობა

● **01-38/5 ბრძანება**

ნოზოკომიური ინფექციების ეპიდემიამხედველობის, პრევენციისა და კონტროლის წესების დამტკიცების შესახებ

● **01-38/5 ბრძანების ცვლილება** – **ბრძანება 01-13/5** სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ინსტრუმენტი – დანართი №2

● **01-5/6 ბრძანება**

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების წესის დამტკიცების შესახებ

სამინისტროს მიერ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ინსტრუმენტი – დანართი №2

კითხვარი			
თავი მოცულობა	სრული ქვითების წილი	ქვითების წილი	შინაარსი
I	10	0	შენიშვნის მდგომარეობა
II	9	9	დაწესებულების ეზო და სამედიცინო ნარჩენები
III	5	0	წყალმომარაგება
IV	10	10	დაწესებულების სათავსების სისუფთავე
V	6	6	თეთრულისა და საწოლის აღჭურვილობის რეცხვა
I	11	4	ინფექციების კონტროლის ორგანიზაციული უზრუნველყოფა
II	12	12	სტერილიზაცია/დეზინფექცია
III	4	4	ხელეების ჰიგიენა
IV	5	2	პერსონალის ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება
V	6	6	უსაფრთხო ინექციების პრაქტიკა
VI	3	1	ნოზოკომიური ინფექციების საინჟინრო კონტროლი
VII	3	0	ანტიბიოტიკების გამოყენების პოლიტიკა
	84	54	
		64%	

შეჯამება



სააგენტოს მიერ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ინსტრუმენტი – დანართი 1.1. კითხვარი 1

თავი მოცულობა	სრული ქვითების წილი	ქვითების წილი	შინაარსი
I	3	0	შენიშვნის მდგომარეობა
II	6	6	დაწესებულების ეზო და სამედიცინო ნარჩენები
III	4	0	წყალმომარაგება
IV	6	6	დაწესებულების სათავსების სისუფთავე
V	4	4	თეთრულისა და საწოლის აღჭურვილობის რეცხვა
I	8	6	ინფექციების კონტროლის ორგანიზაციული უზრუნველყოფა
II	12	10	სტერილიზაცია/დეზინფექცია
III	2	2	ხელეების ჰიგიენა
IV	2	0	ნოზოკომიური ინფექციების საინჟინრო კონტროლი
V	2	0	ანტიბიოტიკების გამოყენების პოლიტიკა
	49	34	
		69.4%	

დასრულებული პროექტები

საექთნო მიმართულების მიერ ჩატარებული აქტივობები
 სტრუქტურული ცვლილებები პროცესები – გაწერა, დანერგვა სოპ-ები, პროტოკოლები თვალსაჩინოებები პერსონალის ტრენინგი



სააგენტოს მიერ სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციების კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების შეფასების ინსტრუმენტი – დანართი 1.1. კითხვარი 2

	სრული თავი მოცულობა	ექთნის წილი	შინაარსი
I	10	3	დაწესებულების გარემო/სათავსების შეფასება
II	10	9	ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების შეფასება
	20	12	
		60%	



სტრუქტურული ცვლილებები



შესანახი თარღები



სანიტარული კვანძები და ნიჟარები



რემონტი, გარემო



სანიტარული კვანძები და ნიჟარები



გარემო



საწოლები და მატრასები



აღსაპირავი დოკუმენტაცია
შურნალები:

1. ექსპოზიციის შემთხვევათა აღრიცხვის შურნალი
2. ნარჩენების აღრიცხვის შურნალი
3. ქიმიური სტერილიზაციის აღრიცხვის შურნალი
4. სასუნთქი მოწყობილობების დეზინფექციის აღრიცხვის შურნალი

5. ჩეკისტების ფორმები
6. ნოზოკომიური ინფექციების აღრიცხვის შურნალი

პროცესები

1. სასტერილიზაციო პროცესი
2. ნარჩენების შეგროვებისა და გატანის პროცესი
3. თეთრეული და სამრეცხაო

4. პერსონალის ვაქცინაციის ორგანიზაციული პროცესი
5. ინფექციის კონტროლის წლიური პროგრამა
6. ტრენინგების წლიური პროგრამა
7. გენერალური დასუფთავების გეგმა

სტანდარტები

1. სტანდარტული, ანუ უნივერსალური დაცვა
2. სპეციალური, ანუ ტრანსმისიაზე დაფუძნებული დაცვა
3. უსაფრთხო ინექციის სტანდარტული პროცედურა
4. პალატების, დერეფნების, სანიტარული კვანძების დალაგება
5. საოპერაციოსა და საპროცედუროს დალაგების სტანდარტული ოპერაციული პროტოკოლი
6. ხშირად შეხებადი ზედაპირების დამუშავება - დამლაგებლები
7. ხშირად შეხებადი ზედაპირების დამუშავება - ექთანი, ექთნის ასისტენტი
8. ლარინგოსკოპის დამუშავება
9. მრავალჯერადი სამედიცინო დანიშნულების საგნების დასუფთავება, დეზინფექცია და სტერილიზაცია
10. სასტერილიზაციოს/საოპერაციოს ჩვრების მარკირების წესები
11. სასტერილიზაციოს დასუფთავება
12. დასალაგებელი ინვენტარის მოხმარებისა და შენახვის წესები
13. ლარინგოსკოპის დამუშავება
14. თეთრეულის გამოცვლა
15. თეთრეულის შეგროვება და გატანა
16. ექსპოზიციის შემდგომი მენეჯმენტი
17. ექსპოზირებული თანამშრომლის ინფორმირება და მხარდაჭერა
18. მრავალჯერადი ფლაკონიდან მედიკამენტის ამოღების წესები



ნარჩენების მართვა



რუტინული დალაგება



გენერალური დასუფთავება



ხშირად შეხებადი ზედაპირების წმენდა/დეზინფექცია								
აპარატურა, აღჭურვილობა, სხვა ზედაპირები								
ექთანი/ექთნის ასისტენტი								
აღჭურვილობა, მაგიდები, საწოლები								
IV კამპის პანელი	მონიტორ ის დილაკები	მონიტორ ის თარ სკრინი	მონიტორ ის კაბელები	სასუნთქ ი აპარატი ს პანელი	საწოლის/კი უვეზის კიდეები, თუჯირები	კვების მაგიდა (საგორავებე ლი)	სამანიპულაცი ო მაგიდა (საგორავებელ ი, საინექციო)	IV შტატივ ი



* წმენდისას გამოიყენეთ ერთჯერადი ხელთათმანი!

- 0.5% მიროდეზ ბაზის ხსარში გაყვანილი დეზუზაკის ხელსახოცებით იწმინდება დღემდე ორჯერ ყოველდღე.
- საწოლის განთავსულების შემთხვევაში და ბიოლოგიური სითხით ან სხვა ხილული დაბინძურების შემთხვევაში მაშინვე!
- გამოყენებული ჩვარი და ხელთათმანი ჩააგდეთ ინფექციური ნარჩენის კონტეინერში!
- ხელთათმანის მოხსნის შემდეგ საპნითა და გამდინარე წყლით დაიბანეთ ხელები!



- 19. ბასრი და მხვლეტი საგნების გამოყენებისა და გადაყრის სტანდარტი
- 20. ენდოსკოპების დეზინფექცია და სტერილიზაცია
- 21. სადეზინფექციო საშუალებები ზედაპირების და გარე ობიექტების დასამუშავებლად
- 22. სადეზინფექციო საშუალებები სამედიცინო ინსტრუმენტების დასამუშავებლად
- 23. ხელის ჰიგიენური და ქირურგიული დამუშავების საშუალებების გამოყენება

- 24. ნარჩენების კლასიფიკაცია, მარკირება
 - 25. ნარჩენების შეროვებისა და გატანის სტანდარტი
- თვალსაჩინოებები**
შემუშავდა 25 სხვადასხვა ტიპის თვალსაჩინოება:
- ხელის ჰიგიენის 5 მომენტი
 - სადეზინფექციო ხსნარების დანიშნულება და გამოყენების წესები
 - ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენება

- უსაფრთხო ინექციები
 - მრავალდოზიანი ფლაკონებიდან მედიკამენტის ამოღება
 - ნარჩენების კლასიფიკაცია
 - მარკირების მანიშნებლები
 - ხშირად შეხებადი ზედაპირების დამუშავება
 - ბასრი საგნების უსაფრთხოება
- ჩატარებული ტრენინგები**
- პერიოდი – 2018-2019 წწ
 - ჩატარებული ტრენინგებისა და პრაქტიკული სამუშაოების რაოდენობა – 200

ხელების ჰიგიენის 5 მომენტი

1	კამბინთან კონტაქტის წინ	რეჟიმ?	ფაინგანი ხალხი კამბინთან მუშაობის წინ
		რატომ?	რათა ფაინგანი კამბინით მუშაობის ხალხი ატარებდეს ბაქტერიოკონტამინაციას
2	საუბრა-საკაბიური პროცედურის წინ	რეჟიმ?	ფაინგანი ხალხი საუბრა-საკაბიური პროცედურის ფაინგანში
		რატომ?	რათა ფაინგანი კამბინით ბაქტერიოკონტამინაციას, მათ შორის, კამბინის კანა ატარებდეს ბაქტერიოკონტამინაციას
3	ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტის, ან ან სითხეებთან მუშაობის შემდეგ	რეჟიმ?	ფაინგანი ხალხი ბიოლოგიურ სითხეებთან მუშაობის, ან მუშაობის შემდეგ რეზულტატის მუშაობის შემდეგ
		რატომ?	რათა ფაინგანი მუშაობის მუშაობის ბაქტერიოკონტამინაციას
4	კამბინთან კონტაქტის შემდეგ	რეჟიმ?	ფაინგანი ხალხი კამბინთან კონტაქტის შემდეგ
		რატომ?	რათა ფაინგანი მუშაობის მუშაობის ბაქტერიოკონტამინაციას
5	კამბინთან კონტაქტის შემდეგ, სადეზინფექციო საშუალებების გამოყენების შემდეგ	რეჟიმ?	ფაინგანი ხალხი მუშაობის შემდეგ, რათა ფაინგანი კამბინით კონტაქტის, ან მუშაობის შემდეგ მუშაობის მუშაობის, მუშაობის შემდეგ, რათა ფაინგანი მუშაობის კამბინით ბაქტერიოკონტამინაციას
		რატომ?	რათა ფაინგანი მუშაობის მუშაობის ბაქტერიოკონტამინაციას



ტრენინგი – უსაფრთხო ინექციები



ტრენინგი – ხელების ჰიგიენა

- მონაწილე – 600
- კონტინგენტი
 - ექთანი
 - ექთნის ასისტენტი
 - დამლაგებელი

ტრენინგის თემატიკა

1. ხელის ჰიგიენა
2. უსაფრთხო ინექციები
3. მრავალდოზიანი ფლაკონების გამოყენების წესები
4. ზედაპირების, მათ შორის ხშირად შეხებადი ზედაპირების წმენდა
5. დაღვრილი ბიოლოგიური სითხის წმენდის სტანდარტი
6. მრავალჯერადი გამოყენების სამედიცინო ინსტრუმენტებისა და აღჭურვილობის დეზინფექციისა და სტერილიზაციის სტანდარტები
7. ექსპოზიციის პრევენცია და ექსპოზიციის შემდგომი მენეჯმენტი
8. დასუფთავება – გენერალური, რუტინული



ტრენინგი – პერსონალური დაცვის საშუალებების გამოყენება

9. თეთრეულის გამოცვლა, გატანა
10. ნარჩენების კლასიფიკაცია, შეგროვება, გატანა
11. სტანდარტული და სპეციალური დაცვის საშუალებების გამოყენება

ქმელის პრაქტიკა



რეზიუმე

ინფექციის კონტროლი ჯეო ჰოსპიტალსში – გამოცდილების გაზიარება

ნონა ბოშაძე

ჯეო ჰოსპიტალსის ქსელის საექთნო საქმის განვითარების სამსახურის უფროსი

შრომაში ასახულია ინფექციის კონტროლის თანამედროვე მოთხოვნების განხორციელების მიმდინარეობა „ჯეო ჰოსპიტალს“-ის ქსელის სტაციონარულ დაწესებულებებში. კერძოდ, აქცენტირებულად განვიხილავთ ინფექციის კონტროლის სისტემის ფუნქციონირების მონიტორირების შესახებ საკანონმდებლო საკითხებს, რომელიც გაწერილია 01-38/ნ ბრძანების ცვლილებაში – 01-13/ნ და 01-5/ნ ბრძანებებში.

განიხილება ექთნების როლი, მათი საქმიანობის შემხებლობა და მონაწილეობა აღნიშნული საკითხების განხორციელებასა და დანერგვაში. წარმოდგენილი იქნება კითხვარების დამუშავების შედეგად ექთნების მიერ შესრულებული სამუშაოს წილი პროცენტულად, საიდანაც ნათლად ჩანს საშუალო რგოლის მნიშვნელობა ინფექციის კონტროლის და პრევენციის საკითხების მაღალი სტანდარტებით უზრუნველყოფაში.

დამსწრე საზოგადოებას გავაცნობთ ჩვენს მიერ განვიღებ გზას, რა ეტაპები გავიარეთ და რა მიღწევები გვაქვს. გაზიარებული იქნება გამოცდილება ჯეო ჰოსპიტალსის საექთნო მიმართულების მიერ განხორციელებული აქტივობებისა, მათ შორის ფოტომასალით.

და ბოლოს, გავიზიარებთ ქსელის პრაქტიკას, მის თავისებურებებს – უპირატესობებსა და სირთულეებს.

SUMMARY

INFECTION CONTROL IN GEO HOSPITALS - SHARING EXPERIENCES

NONA GOSHADZE

Head of Nursing Development Service

The presentation reflects the progress of implementation of modern requirements for Infection Control in the network inpatient facilities of "Geo Hospitals". In particular, accepted discuss the infection control system, the operation of the monitories about legislative issues that will be spelled out 01-38/n decree, the change - in- 01-13/n and 01-5/n decree in.

The role of nurses, their activities and share in implementation of these issues will be discussed. Will be presented with a questionnaire of processing as a result of nurses work performed by the share percentage, which clearly can be seen, Nurses team's importance in infection control and Prevention issues, for their high standard of assurance.

We will introduce to the audience what stages we have passed and what achievements we have. Will be shared experience with Geo hospitals nursing direction by the implemented activities, including photo materials.

Finally, share with you the practice of the network, its features - benefits and difficulties.

საოპერაციოს განვითარება
DEVELOPMENT OF OPERATION ROOM

მაკა კობახიძე

MAKA KOBAKHIDZE



საოპერაციო ადრე

საქართველოს გასული საუკუნის 90 იანი წლების შემდეგ დარჩა არასახარბიელო მემკვიდრეობა როგორც მედიცინაში ასევე ყველა სხვა დარგში. საოპერაციო ბლოკის განვითარება საკმაოდ რთული და შრომატევადი პროცესია,რაც მოიცავს როგორც მის თანამედროვე აღჭურვას,ასევე პერსონალის სწორ გადამზადებას. ბლოკში ყველა მოქმედი რგოლი მნიშვნელოვანია გამართული სამუშაო პროცე-

სისტვის. საქართველოს კი ამ მხრივ ძალიან დარბი მემკვიდრეობა ქონდა. ჩვენ ავამუშავეთ ტრენინგკურსები და გადავამზადეთ ექთნები, ყველა მიმართულებით.

საოპერაციოს განვითარება

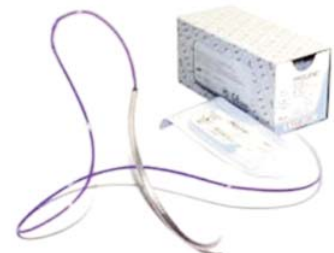
საოპერაციოს განვითარებაში ერთერთი წამყვანი როლი ატრავმატიკისა და სტერილიზაციის მეთოდების განვითარებამ ითამაშა. დაინერგა ატრავმული ნემსები,ერთჯერადი შემოფარგვლების კულტუა,ერთჯერად ელექტრო ინსტრუმენტები,რედგენო კონტრასტული მარლის საფენების და სხვა ერთჯერადი მოხმარების მასალები.

საოპერაციო დღეს

21-ე საუკუნის გამოწვევებზე საპასუხოდ არკმარა მხოლოდ ატრავმატიკისა და სტერილიზაციის მეთოდების გაუმჯობესება. დღევანდელ ქირურგიაში წინა პლანზე წამოიწია მინი ინვაზიურმა ქირურგიამ,რისთვისაც საჭირო გახდა სხვა და სხვა სახის მაღალტექნოლოგიური საშუალებების გამოყენება.

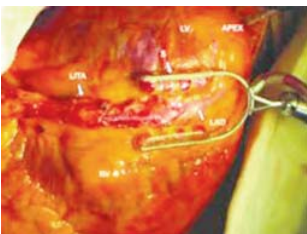
ენდოსკოპიური ოპერაციების განვითარებამ საჭირო გახდა საშუალო მედპერსონალის გადამზადება და კვალიფიკაციის ამაღლება. რაშიც წამყვანი როლი საქართველოში არსებულ ტრეინინგ კურსებს აქვთ.

ტექნოლოგიების განვითარება შეეხო ყველა დარგს,განსაკუთრებით აღსანიშნავია რიგი ურო-





ლოგიური ოპერაციების მინი ინვაზიური ოპერაციებით ჩანაცვლება. რისი კარგი მაგალითიცაა ლაზერული ლითოტრიპსია. საშუალო მედპერსონალის როლი და



კერძოდ საოპერაციო ექთანის როლი განსაკუთრებით მაღალია ინსტრუმენტების სპეციფიკური ურობისა და სირთულის გამო.

ენდოვასკულარული ქირურგია ყველაზე ახ-

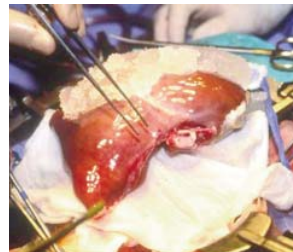
ლად დანერგილი მეთოდი, რომელიც დღითიდღე ვითარდება.

მომუშავე გულზე მიმდინარე ოპერაციებმა თითქმის სრულად ჩაანაცვლა ხელოვნური სისხლის მიმოქცევის აპარატი მიმდინარე ოპერაციები, რამაც საგრძნობლად შეამცირა ოპერაციის რისკები, ხანგრძლივობა და პოსტოპერაციული პერიოდი.

ღვიძლის ტრანსპლანტაცია

ყველაზე დიდ მიღწევად მივიჩნევთ ღვიძლის ტრანსპლანტაციას, რითაც შეგვიძლია ვიამაყოთ. საქართველოში პიონერი ევექსის ქსელი იყო ღვიძლის ტრანსპლანტაციაში. აღსანიშნავია საოპერაციო ექთანთა გუნდის განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლება, ექთნის როლი ძალიან დიდია ტრანსპლანტოლოგიაში, ოპერაციის სრულყოფილი მიმდინარეობისთვის.

ყველა ამ დარგის განვითარებას თან ერთვოდა მუდმივად საოპერაციო ექთანის კვალიფიკაციის ამაღლება, საჭირო უნარების განვითარება, როგორც პრაქტიკული ასევე თეორიული ცოდნის ამაღლება.



რეზიუმე

საოპერაციო განვითარება

მაკა კობახიძე

საქართველოს გასული საუკუნის 90 იანი წლების შემდეგ დარჩა არასახარბიელო მემკვიდრეობა როგორც მედიცინაში ასევე ყველა სხვა დარგში საოპერაციო ბლოკის განვითარება საკმაოდ რთული და შრომატევადი პროცესია, რაც მოიცავს როგორც მის თანამედროვე აღჭურვას ასევე პერსონალის სწორ გადამზადებას. ბლოკში ყველა მოქმედი რგოლი მნიშვნელოვანია გამართული სამუშაო პროცესისთვის. საქართველოს კი ამ მხრივ ძალიან ღარიბი მემკვიდრეობა დახვდა.

საოპერაციო განვითარებაში ერთერთი წამყვანი როლი ატრავმატიკისა და სტერილიზაციის მეთოდების განვითარებამ ითამაშა. დაინერგა ატრავმული ნემსები, ერთჯერადი შემოფარგვლების კულტურა, ერთჯერადი, ერთჯერად ელექტრო ინსტრუმენტები და სხვ.

ენდოსკოპიური ოპერაციების განვითარებამ საჭირო გახადა

საშუალო მედპერსონალის გადამზადება და კვალიფიკაციის ამაღლება. რაშიც წამყვანი როლი საქართველოში არსებულ ტრენინგ კურსებს აქვთ.

ყველაზე დიდ მიღწევად მივიჩნევთ ღვიძლის ტრანსპლანტაციას, რითაც შეგვიძლია ვიამაყოთ. საქართველოში პიონერი ევექსის ქსელი იყო ღვიძლის ტრანსპლანტაციაში. აღსანიშნავია აუცილებლობა საოპერაციო ექთანთა გუნდის განვითარებისა და კვალიფიკაციის ამაღლების ტრანსპლანტოლოგიაში, რადგანაც ეს აუცილებელია ოპერაციის სრულყოფილი მიმდინარეობისთვის.

SUMMARY

DEVELOPMENT OF OPERATION ROOM

MAKA KOBAKHIDZE

Since the 1990s, Georgia has remained an undesirable legacy both in medicine and in the development of other operating blocks. It is a difficult and time-consuming process, involving both its modern equipment and the proper training of its staff. All the blocks in the block are important to the workflow. Georgia has a very poor heritage in this regard

One of the leading roles in the development of the operation has been the development of atraumatics and sterilization methods. atraumatic needles, disposable, disposable surgical growings, disposable electrical tools, etc. were introduced.

The development of endoscopic surgeries has made it necessary

Retraining and qualification of mid-level staff. Training courses in Georgia have a leading role.

The biggest breakthrough is liver transplantation, which we can be proud of. The pioneer in liver transplantation was Evex in Georgia. There is a Necessity in the development and training of a team of operational nurses for transplantology, as this is essential for the full course of surgery.





სკოლის მოსწავლეებში პროფესიული უნარების განვითარების პროგრამა

PROFESSIONAL SKILLS DEVELOPMENT PROGRAM FOR SCHOOL STUDENTS WSD PROGRAM



მარიაშ გოგია
შ.პ.ს დავით ტვილიძის სახელობის საზოგადოებრივი საექონო
კოლეჯი დირექტორის მოადგილე
M. GOGIA





მინდა, კიდევ ერთხელ გადავიხადოთ

მ ა დ ლ ო ბ ა

თანამშრომლობისათვის და წარმატება ვუსურვო აღნიშნულ პროექტს მომავალშიც

რეზიუმე

სკოლის მოსწავლეებში პროფესიული უნარების განვითარების პროგრამა WSD PROGRAM

მარიამ გოგია

შ.პ.ს დავით ტვილდიანის სახელობის საზოგადოებრივი საექთნო კოლეჯი დირექტორის მოადგილე

„საქართველოს განათლების, მეცნიერების, კულტურისა და სპორტის სამინისტრო“ გაეროს განვითარების პროგრამის ფინანსური მხარდაჭერით, და „დავით ტვილდიანის სახელობის სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი საექთნო კოლეჯი“-ს ჩართულობით ახორციელებს „სკოლის მოსწავლეებში პროფესიული უნარების განვითარების“ პროგრამას. აღნიშნულ პროგრამაში, უკვე 3 წელია ვიღებთ მონაწილეობას სამედიცინო კოორპორაცია „ევექსის“ მედლა-ტრენერებთან და ასევე კოლეჯის კურსდამთავრებულებთან ერთად. კურსის სახელწოდებაა „ექთნის პროფესიის არსი და მისი საფუძვლები“. პროექტის მიზანია სკოლის მოსწავლეებში ექთნის პროფესიის პრესტიჟის ამაღლება და მისი პოპულარიზაცია. პროექტის მიმდინარეობისას სკოლის მოსწავლეები ახორციელებენ, პირველადი გადაუდებელი დახმარების მანიპულაციებს. კურსის დასრულების შემდგომ, პროექტში ჩართულ პირებს ეძლევათ საშუალება განახორციელონ ვიზიტი, როგორც კოლეჯში, ასევე სამედიცინო კოორპორაცია „ევექსი“-ს ნებისმიერი ტიპის სამედიცინო დაწესებულებაში და კიდევ უფრო ახლოს გაეცნონ სამედიცინო დაწესებულებების სამუშაო პრინციპებსა და სპეციფიკას.

SUMMARY

PROFESSIONAL SKILLS DEVELOPMENT PROGRAM FOR SCHOOL STUDENTS WSD PROGRAM

M. GOGIA

The Ministry of Education, Science, Culture and Sport of Georgia, with the financial support of UNDP, and with the involvement of David Tvildiani Medical University College of Nursing implements the program of professional development of school-children. We have been participating in this program for the past 3 years together with the Evex Medical Nurse Trainer and college graduates. The course is called “The Essence of the Nursing Profession and its Basics”. The goal of the project is to increase the prestige and popularity of the nursing profession in high school students. During the course of the project, the school students carry out emergency first aid manipulations. Upon completion of the course, project participants are given the opportunity to visit both the college and the Evex Medical Corporation in any type of medical facility and get to know the working principles and specifics of the medical facility.



ექთნის პროფესიის გაცნობა და პირველი
გადაუდებელი დახმარების კურსი შშმ პირებისათვის

NURSE PROFESSION AND FIRST AID FOR PEOPLE
WITH SPECIAL NEEDS

ნაბო ძაჭავია

ასოციაცია ანიკა ოკუპაციური თერაპევტი

NABO QAJAIA

პრობლემის აღწერა:

საქართველოში ერთ-ერთ ყველაზე დეპრივირებულ ჯგუფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ზრდასრული პირები (18+) წარმოადგენენ. განსაკუთრებით, ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების მქონე ზრდასრულები, რომელთა ნაწილიც სარგებლობს, ძირითადად, მხოლოდ დღის ცენტრის პროგრამით. თითქმის არცერთ მათგანს არ მიუღია საბაზო განათლება და აქვთ ინტერესეთა ვიწრო სფერო, სხვადასხვა აქტივობებში ჩართულობის დაბალი ხელმისაწვდომობის გამო.

ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების მქონე პირების დაბალ ჩართულობას უმეტესად განაპირობებს საზოგადოების დაბალი ცნობიერება, მათ შესაძლებლობებზე მორგებული საგანმანათლებლო, როგორც ფორმალური ასევე, არაფორმალური პროგრამების არარსებობა და ა. შ.

განხორციელებული აქტივობები:

გამოვიკითხეთ შშმ პირთა დღის ცენტრ „ანიკას“ მონაწილეები იმ სფეროების გამოსავლენად, თუ სად სჭირდ-

ებოდათ გაძლიერება. აღმოჩნდა, რომ მათი უმეტესობა არ ფლობდა მინიმალურ ცოდნას ჯანმრთელობის მდგომარეობის ხელშეწყობისა და გადაუდებელ შემთხვევებში მართვის შესახებ. გარდა ამისა, მწვავედ დგას პროფესიული ორიენტაციის საჭიროებაც. სწორედ ამიტომ, დავით ტვილიდიანის სახ. საზოგადოებრივი საქეთნო კოლეჯის მხარდაჭერით, შევთავაზეთ მათ ადაპტირებული პრაქტიკული კურსი პირველი გადაუდებელი დახმარების შესახებ და ექთნის პროფესიის გაცნობის მიზნით.

შედეგები:

დღის ცენტრის 15 მონაწილე 15 კვირის განმავლობაში გადიოდა პრაქტიკულ კურსს კოლეჯის სასწავლო და პრაქტიკულ ბაზაზე სრულად უსასყიდლოდ. რის შედეგადაც შესაძლებელი გახდა მათი ცნობიერების ამაღლება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ, პროფესიული ორიენტაციის პროცესის ხელშეწყობა, შშმ პირთა ჩართულობის გაზრდა პროდუქტულ აქტივობებში და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება შშმ პირთა შესახებ.

რეზიუმე

ექთნის პროფესიის გაცნობა და პირველი გადაუდებელი
დახმარების კურსი შშმ პირებისათვის

ნაბო ძაჭავია

ასოციაცია ანიკა ოკუპაციური თერაპევტი

საქართველოში ერთ-ერთ ყველაზე დეპრივირებულ ჯგუფს შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე (შშმ) ზრდასრული პირები (18+) წარმოადგენენ. განსაკუთრებით, ინტელექტუალური განვითარების შეფერხების მქონე ზრდასრულები, რომელთა ნაწილიც სარგებლობს, ძირითადად, მხოლოდ დღის ცენტრის პროგრამით. თითქმის არცერთ მათგანს არ მიუღია საბაზო განათლება და აქვთ ინტერესეთა ვიწრო სფერო, სხვადასხვა აქტივობებში ჩართულობის დაბალი ხელმისაწვდომობის გამო.

დღის ცენტრის მონაწილეები 15 კვირის განმავლობაში გადიოდა პრაქტიკულ კურსს კოლეჯის სასწავლო და პრაქტიკულ ბაზაზე სრულად უსასყიდლოდ. რის შედეგადაც შესაძლებელი გახდა მათი ცნობიერების ამაღლება ჯანმრთელობის ხელშეწყობის შესახებ, პროფესიული ორიენტაციის პროცესის ხელშეწყობა, შშმ პირთა ჩართულობის გაზრდა პროდუქტულ აქტივობებში და საზოგადოების ცნობიერების ამაღლება შშმ პირთა შესახებ.

SUMMARY

NURSE PROFESSION AND FIRST AID FOR PEOPLE WITH SPECIAL NEEDS

NABO QAJAIA

Background: One of the most deprived groups in Georgia is adults with disabilities (18+), especially, adults with intellectual disabilities, some of which are only engaged in a day center program. Almost none of them received basic education and they have a smaller area of interest due to the low availability of participation in various activities.

The low level of involvement of people with intellectual disabilities is largely due to low public awareness, the lack of educational programs in accordance with their capabilities, both formal and informal, etc.

Activities: We interviewed people with disabilities at “Anika” Day Center to identify areas where they needed empowerment. It turned out that most of them did not have the minimum knowledge in the field of health promotion and emergency management. In addition, the need for professional orientation is also acute. That’s why we adapted a practical course in first aid for them with the support of the David Tvildiani College of Nursing. Participants also had the opportunity to get information about the profession of a nurse.

Results: 15 participants of the day center were engaged in a free course on the college training and practice base for 15 weeks, once a week. As a result, it became possible to raise their awareness about health promotion and first aid, also we supported the process of professional orientation, The involvement of people with disabilities in productive activities has increased and we have helped raise public awareness of people with disabilities.



პირველი გალაულებელი მედიცინის (ემერჯენსის) განყოფილება სამეგრელოს რეგიონში

FIRST AID IN EMERGENCY DEPARTMENT

ლელა ჭითანავა

ზუგდიდის რეფერალური ჰოსპიტლის მთავარი ექთანი

LELA TCHITANAVA

ახლო წარსული!



როგორ ვითარდებოდა მოვლენები 2014 წლის აგვისტო



სწავლა, სწავლა და სწავლა

უწყვეტი საექიმო განათლების ფარგლებში შევისწავლეთ:

- ანატომია ფიზიოლოგია
- დოზირება
- მანიპულაციები
- ინფექციის კონტროლის საკითხები

ექთნების ცოდნის ამაღლებამ საკუთარი თავის რწმენა შეგვიძინა და პაციენტთა მომსახურების სფეროში ბევრი წინგადადგმული ნაბიჯი გვაქვს

ცოდნა ჩვენი იარაღია

- ვისწავლეთ გუნდური მუშაობა და შეიკრა გუნდი
- ვისწავლეთ ხელის ჰიგიენა
- გაემიჯნეთ სტერილური და არასტერილური პროცედურები
- შევქმენით საგანგებო (შოკის) მაგიდა

- ვისწავლეთ პაციენტთა დახმარების გასაწევად ABCDE სისტემის მიხედვით შეფასება და მოქმედება

შეიქმნა სტერილური ნაკრებები შემდეგი პროცედურებისთვის:

- შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია
- ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია
- ჭრილობის შეხვევა და დამუშავება
- ლუმბალური პუნქცია და სხვა

ბაღა ვერთობაშია, დაუღალავი შრომის შედეგი



ემერჯენსი ამჟამად

საწოლების რაოდენობა 18

- ტრიაჟი
- შოკის დარბაზი
- მოზრდილთა ობსერვაცია
- პედიატრიული ობსერვაცია
- მცირე საოპერაციო

ამჟამად



ბავშვთა საზოგადოებაზე





სტატიისტიკა

- სულ 80-110 პაციენტი
- შოკი 10-12
- ობსერვაცია 45-55

- პედიატრია 25-30
- მცირე სოპერაციო 10-12
- მიმდინარე წელს განყოფილება უკვე მოემსახურა 31500 პაციენტს.

რეზიუმე

პირველი გადაუდებელი მედიცინის (ემერჯენსი) განყოფილება სამეგრელოს რეგიონში

ლელა ჭითანავა
ბუგდიდის რეფერალური კოსპიტალი

აბსტრაქტი

მიზანი – ფართო საზოგადოებას ვესაუბრო სამეგრელოს რეგიონისთვის ამ უმნიშვნელოვანეს მოვლენაში საექთნო სამსახურის როლის შესახებ. დავანახო არსებული და მიღებული შედეგები

მეთოდოლოგია/მიდგომა - ექთნებს ცოდნის ამაღლებამ საკუთარი თავის რწმენა შეგვძინა და პაციენტთა მომსახურების სფეროში ბევრი წინგადადგმული ნაბიჯი გვაქვს.

გავლენა საზოგადოებაზე – რეგიონის მოსახლეობა, რომელიც სიფრთხილით და შიშით მოეკიდა ემერჯენსის გახსნას, კმაყოფილებას და მადლიერებას გამოთქვამს.

ღირებულება – ემერჯენსის ანგარიშზე მრავალი გადარჩენილი სიცოცხლე და მადლიერი პაციენთია.

SUMMARY

First aid assistance (emergency) department in Samegrelo Region

Lela Tchitanava
Zugdidi Referral Hospital

Abstract

Goal- is to introduce to the wide society about importance of the role of nursing to show them current and already gained results.

Methodology/ attitude – arising the awareness in nursing gained the self confidence in us nurses, we have many achievements in patient service area.

Influence on society- Residents who feared the opening of Emergency are now thankful.

Value- there are many saved lives and thankful patients to Emergency Service.

ინფექციის კონტროლის საკითხები სადიალიზოში
INFECTION CONTROL IN DIALYSIS DEPARTMENT

რ. რევაზიშვილი
მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა.
დიალიზის დეპარტამენტის უფროსი ექთანი

R. REVAZISHVILI

მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა.

ნეფროლოგიის განვითარების კლინიკური ცენტრი, რომელიც წარმოადგენს საქართველოში დიალიზის უმსხვილეს და უმნიშვნელოვანეს სადიალიზო ცენტრს.

1. ჰემოდალიზი და ინფექციის გავრცელების რისკი.

– რატომ არის მაღალი ინფექციის გავრცელება რისკი დიალიზში?

– რა გზებით ვრცელდება ინფექცია სადიალიზოში



- რა უნდა იყოს ჩვენი პრიორიტეტო, რომ არ დავეშვათ ინფექციის გავრცელება სადიალიზოში.
- 2. ინფექციის გავრცელების პრევენციის ძირითადი გზები
- 3. ინფექციის სახეობების მოკლე მიმოხილვა
- 4. რა მოეთხოვება სამედიცინო პერსონალს?
 - ზოგადი ასპექტები.
- 5. დიალიზის აპარატის მოვლის და დამუშავების შესახებ.

- 6. სისხლძარღვოვან მიდგომასთან დაკავშირებული პიგიენა.
- 7. კანზე კათეტერის გამოსავალი ადგილის შეფასება, დიაგნოსტიკა, მოვლა და მკურნალობა.
- 8. კრიტიკულად მნიშვნელოვანი საკითხები დიალიზის პროცესების დროს.
- 9. დაინფიცირების სიხშირე.
- 10. წყლის მენეჯმენტის საჭიროება ჰემოდიალიზის დროს

რეზიუმე

ინფექციის კონტროლის საკითხები სადიალიზოში

რ. რევაზიშვილი

მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა. დიალიზის დეპარტამენტის უფროსი ექთანი

მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი საუნივერსიტეტო კლინიკა. ნეფროლოგიის განვითარების კლინიკური ცენტრი, რომელიც წარმოადგენს საქართველოში დიალიზის უმსხვილეს და უმნიშვნელოვანეს სადიალიზო ცენტრს.

- 1. ჰემოდიალიზი და ინფექციის გავრცელების რისკი.
 - რატომ არის მაღალი ინფექციის გავრცელება რისკი დიალიზში?
 - რა გზებით ვრცელდება ინფექცია სადიალიზოში
 - რა უნდა იყოს ჩვენი პრიორიტეტო, რომ არ დავეშვათ ინფექციის გავრცელება სადიალიზოში.
- 2. ინფექციის გავრცელების პრევენციის ძირითადი გზები
- 3. ინფექციის სახეობების მოკლე მიმოხილვა
- 4. რა მოეთხოვება სამედიცინო პერსონალს?
 - ზოგადი ასპექტები.
- 5. დიალიზის აპარატის მოვლის და დამუშავების შესახებ.
- 6. სისხლძარღვოვან მიდგომასთან დაკავშირებული პიგიენა.
- 7. კანზე კათეტერის გამოსავალი ადგილის შეფასება, დიაგნოსტიკა, მოვლა და მკურნალობა.
- 8. კრიტიკულად მნიშვნელოვანი საკითხები დიალიზის პროცესების დროს.
- 9. დაინფიცირების სიხშირე.
- 10. წყლის მენეჯმენტის საჭიროება ჰემოდიალიზის დროს

SUMMARY

INFECTION CONTROL IN DIALYSIS DEPARTMENT

R. REVAZISHVILI

High technology medical center, University clinic. The clinical center for development of Nephrology - The most important and major dialysis center in Georgia

- 1. The practical aspects of hygiene in hemodialysis
 - Spread of infections in HD units
 - Why the HD units are under the high risk of spreading infection?
 - What are the ways of spreading infection in dialysis facilities?
 - Our priorities for prevention of spreading infection in HD
- 2. The major ways for prevention of spreading infection
- 3. A short review about the types of infection
- 4. The requirements for the medical staff
- 5. The care and disinfection of HD machines
- 6. Vascular access care and hygiene
- 7. Assessment, diagnostics, care and treatment of catheter exit site
- 8. Critically important issues about dialysis procedure
- 9. The frequency of infection
- 10. The importance of water management in HD





აჭარის რეგიონში საექთნო საქმე
NURSING IN AJARA REGION

ინბა კილტავა

აჭარის რეფერალური ჰოსპიტლის მთავარი მედლა

I. KILTAVA

2013 წელს გაიხსნა ბათუმის რეფერალური ჰოსპიტალი 140 საწოლზე. კოლექტივი ძირითადად დაკომპლექტდა ძველი რესპუბლიკური სავადმყოფოს და სხვადასხვა კლინიკის კონტიგენტით, რომლებსაც ჩამოყალიბებული ქონდათ არასწორი მუშაობის სტერეოტიპი 2013. 06. დან სამედიცინო კორპორაცია ევექსის საექთნო სამსახურს

სათავეში ჩაუდგა თამარ დაუსი, რომელმაც გაატარა რადიკალური ღონისძიებები თანმიმდევრული ნაბიჯებით

1. ჩატარდა ექთნების საბაზისო ცოდნის ტესტირება და შეფასება
2. შეირჩა და გადამზადდა ტრენერი ექთნები დაუსის მიერ სამ მოდულში (ანატომია-ფიზიოლოგია, დოზირება და მანიპულაცია)
3. ამის შემდეგ დაიწყო შიდა და გარე საექთნო გადამზადება ტრენერ
4. ექთნების მიერ
5. დაუსის მიერ ითარგმნა და ქსელში დამტკიცდა საექთნო მანიპულაციების პროტოკოლები
6. შეიქმნა ინფექციური კონტროლის კომიტეტი და დაინიშნა ინფექციური
7. კონტროლის მედლა, განესაზღვრა ლოკაცია ICU-ში

კლინიკა აღიჭურვა და მოემზადა მაღალტექნოლოგიური ოპერაციებისთვის 14. 12. 2014წ გაკეთდა პირველი ღვიძლის ტრანსპლანტაცია და დღემდე გადანიერგულია 42 ღვიძლი, 2018 დეკემბერში გაეშვა კარდიოქირურგიული სერვისი მთელი ამ პერიოდის მანძილზე უწყვეტი პროფესიული განათლების და განვითარების ფონზე მივიღეთ მაღალკვალიფიცირებუ-

ლი ძლიერი საექთნო გუნდი, რომელიც მაღალი რეიტინგით სარგებლობს რეგიონში და მოთხოვნადია კონკურენტი კლინიკებისთვის. მუდმივად ხდება კადრების გადინება და როტაცია საქართველოში ფაქტიურად მუდმივად კვალიფიციური ექთნის დეფიციტია

სამედიცინო კორპორაცია ევექსმა შეიტანა განაცხადი განათლების ხარისხის განვითარების ცენტრში. საექთნო კოლეჯებმა გააფორმა ხელშეკრულება ექთან ტრენერებთან და ჩვენ ბაზაზე გადიან პრაქტიკულ და თეორიულ სწავლებას მეხუთე საფეხურის საექთნო საქმის სტუდენტები.

მსოფლიო ჯანდაცვის მონაცემებით 5-დან 4 ადამიანს არ შეუძლია გადაარჩინოს სიცოცხლე. ევექსმა წამოიწყო კამპანია „შეცვალე სტატისტიკა“ სლოგანით პირველი გადაუდებელი დახმარების უფასო ტრენინგები არამედიკოსებისთვის. ევექსისა და ბულვარის მემორანდუმის საფუძველზე ბულვარის 4 კმ ზოლზე დაისტალირდა პირველი გადაუდებელი დახმარების ყუთები. ჩვენი ჩართულობა ამ პროექტში დიდი პატივია

პროექტმა მოიცვა ბალების, სკოლების, ტელევიზიის და სხვადასხვა ორგანიზაციების თანამშრომლები. გამოსატავუნენ დიდ ინტერესს და მადლიერებას. აღნიშნავდნენ, თუ რამდენად მწირია განათლება და უნარჩვევა რეგიონში ამ მიმართულებით. ნოემბრისთვის გადამზადებული იქნება 500 მსმენელი. წარმატებულებს გადაეცათ სერტიფიკატი და ყუთის კოდი.

არ შემიძლია არ ავღნიშნო თამარ დაუსის სიტყვა და საქმე საექთნო საგანმანათლებლო პროცესში საქართველოს მასშტაბით! ის რეველუციონერია.

რეზიუმე

აჭარის რეგიონში საექთნო საქმე

ინბა კილტავა

აჭარის რეფერალური ჰოსპიტლის მთავარი მედლა

2013. 06.-დან სამედიცინო კორპორაცია ევექსის საექთნო სამსახურმა გაატარა რადიკალური ღონისძიებები თანმიმდევრული ნაბიჯებით

1. ჩატარდა ექთნების საბაზისო ცოდნის ტესტირება და შეფასება
2. შეირჩა და გადამზადდა ტრენერი ექთნები დაუსის მიერ სამ მოდულში (ანატომია-ფიზიოლოგია, დოზირება და მანიპულაცია)
3. ამის შემდეგ დაიწყო შიდა და გარე საექთნო გადამზადება ტრენერი ექთნების მიერ
4. დაუსის მიერ ითარგმნა და ქსელში დამტკიცდა საექთნო მანიპულაციების პროტოკოლები
5. შეიქმნა ინფექციური კონტროლის კომიტეტი და დაინიშნა ინფექციური
6. კონტროლის მედლა, განესაზღვრა ლოკაცია ICU-ში

მსოფლიო ჯანდაცვის მონაცემებით 5-დან 4 ადამიანს არ შეუძლია გადაარჩინოს სიცოცხლე. ევექსმა წამოიწყო კამპანია „შეცვალე სტატისტიკა“ სლოგანით პირველი გადაუდებელი დახმარების უფასო ტრენინგები არამედიკოსებისთვის. ევექსისა და ბულვარის მემორანდუმის საფუძველზე ბულვარის 4 კმ ზოლზე დაისტალირდა პირველი გადაუდებელი დახმარების ყუთები. ჩვენი ჩართულობა ამ პროექტში დიდი პატივია



პროექტმა მოიცვა ბაღეზის, სკოლების, ტელევიზიის და სხვადასხვა ორგანიზაციების თანამშრომლები. გამოხატავენ დიდ ინტერესს და მადლიერებას. აღნიშნავენ, თუ რამდენად მწირია განათლება და უნარ-ჩვევა რეგიონში ამ მიმართულებით. ნოემბრისთვის გადამზადებული იქნება 500 მსმენელი.

SUMMARY

NURSING IN AJARA REGION

I. KILTAVA

Batumi Referral Hospital was opened with the capacity of 140 beds in 2013. The staff was mainly formed by the members of an old Republican hospital and various other clinics having wrong mismanagement stereotype.

Since 2013, Tamar Daus has been in charge of Medical Corporation Evex Nursing Service. She has taken radical actions with successful results

- Nurses' basic knowledge was tested and evaluated
- Trainer nurses have been selected and trained in three module by Daus (Anatomy-Physiology, Dosage and Manipulation)
- Internal and external nursery training has been conducted by trainer nurses
- Nursery manipulation protocol has been translated by Daus
- An infectious control committee was created and an infectious control nurse was appointed

The clinic was equipped and got ready for high-tech operations and the first liver transplant was performed in 14. 12. 2014 and 42 liver transplants have been performed so far.

Cardio surgery service was added in December 2018.

The result of continuous professional education and development was the basis of forming strong high professional nursery team, which gained high rating in the region and is competitive among other clinics.

In our country professional nurses' have always been a great demand.

Senior nurses have important role in clinic functioning. They are mediators among every circle and the guarantee of success of every project.

Medical Corporation Evex has submitted an application to the Center for Educational Quality Enhancement. Nursery colleges have signed the contracts with trainer nurses and nursing students are trained by them.

According to World Health information, from 5, 4 people cannot save others lives. Evex has launched a campaign with the slogan "Change the statistic". First aid free trainings were conducted for non-medical professionals. Based on the Evex and Boulevard Memorandum, first aid kits were installed on 4 km zone in boulevard. It is a great honor for us to be involved in this project. The project gained publicity and is a great success. By the end of November 500 participants will be trained. Successful participants will be awarded by certificates.

It is worth noting that Tamar Daus played a significant role in the process of nursery education. She is a real revolutionary person.

სასწავლო პროცესის მართვის სისტემის დანერგვა დავით ტვილდიანის საედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივ საექიმო კოლეჯში

THE IMPLEMENTATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS MANAGEMENT SYSTEM AT DAVID TVILDIANI MEDICAL UNIVERSITY COMMUNITY NURSING COLLEGE



სალომე ჭინჭარაული

SALOME TCHINCHARAULI

- ცნობისმოყვარეობა
- პროგრესი
- ალგორითმები
- კომპიუტერები
- გადაჭარბებული მოხმარება

- გამარტივება
- მართვის სისტემა
- ადმინისტრატორის მხარე
- გაერთიანებული მონაცემები;
- სტატუსი;
- აკადემიური მოსწრება;
- რეიტინგი;
- დასწრება + გამოცდაზე დაშვება;
- შიდა კომუნიკაცია;

- ცხრილი.
- მართვის სისტემა
- სტუდენტის მხარე
- დასწრების რაოდენობის ონლაინ კონტროლი;
- გამოკითხვის ხილვადობა;
- დაშვება გამოცდაზე;
- შეფასება.

ხარისხი





რეზიუმე

სასწავლო პროცესის მართვის სისტემის დანერგვა დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივ სამედიცინო კოლეჯში

სალომე ჰინჩარაული

თანამედროვე მსოფლიოში შესაძლებლობათა ციკლური განვითარება გაცილებით უფრო დინამიური და თანმიმდევრულია, ვიდრე ეს ინდუსტრიული რევოლუციების სხვადასხვა ეტაპებზე იყო.

მსოფლიო მე-4 ინდუსტრიულ რევოლუციაზე საუბრობს და თუ ნახევარი საუკუნის წინ მე-3 ინდუსტრიულმა რევოლუციამ ელექტრონიკისა და საინფორმაციო ტექნოლოგიების დახმარებით, პროცესი ავტომატიზირებული გახდა, მე-4 ნაწილი მას ხელოვნური ინტელექტის გამოყენებით ციფრულ სამყაროში გადასვლას და სამუშაო პროცესების მოქნილობას შეძლებს, რომელიც ადამიანს აძლევს შესაძლებლობას, ციფრული ინდუსტრიას კი არ მოერგოს, არამედ თავად მოიზღოს იგი ნებისმიერ საქმეში პროდუქტიულობის ზრდისათვის.

სწორედ ადამიანის რესურსის დაზოგვა, საქმის სწრაფად და მოქნილად შესრულება გახდა შ. პ. ს დავით ტვილდიანის სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი სამედიცინო კოლეჯისთვის სასწავლო პროცესის მართვის სისტემის დანერგვის საფუძველი.

სასწავლო პროცესის მართვის სისტემა საშუალებას იძლევა, რომ ისეთი რუტინული დეტალები, როგორცაცაა სასწავლო ლექციებზე დასწრება, გამოცდაზე დაშვება და გამოცდის შეფასების კომპონენტი იყოს მარტივი, პროცესში ჩართული ყველა მხარისათვის (სასწავლო დეპარტამენტი, ლექტორი და სტუდენტი). მხარეების შესაბამისად ბაზას აქვს სამი ინტერფეისი; თუ აქამდე სტუდენტის დასწრების, შეფასებისა და გამოცდაზე დაშვების პროცესი განმეორებითი შეკითხვების არსებობის შემთხვევაში მოითხოვდა დამატებით დროს გამოყოფას სასწავლო პროცესის კოორდინატორებისაგან, სასწავლო პროცესის მართვის სისტემის გამოყენებით სტუდენტისთვის შესაძლებელია საკუთარი სწავლის დინამიკის სრული სურათის დანახვა და როგორც ლექციებზე დასწრების, გამოცდაზე დაშვებისა და შეფასების ონლაინ რეჟიმში ნახვა, ისე სასწავლო გადახდის გრაფიკის კონტროლი. ასევე მართვის სისტემის საშუალებით სტუდენტისთვის ხელმისაწვდომია ელექტრონული ბიბლიოთეკა, რომელიც კიდევ უფრო ამარტივებს სწავლის პროცესს.

სასწავლო კოორდინატორების მხრიდან კი შესაძლებელია როგორც კონკრეტულ სტუდენტზე, ისე სტუდენტთა ჯგუფზე სრული და ამომწურავი ინფორმაციის, აკადემიური მოსწრების, მიმდინარე სასწავლო დაგეგმვებისა და რეიტინგის ნახვა და ასევე კორესპონდენციის წარმოება როგორც ინდივიდუალურად, ისე ჯგუფურად.

სასწავლო პროცესის მართვის სისტემა გარდა სასწავლო პროცესთან დაკავშირებული კომპონენტებისა, ასევე ითვალისწინებს საქმის წარმოების ელემენტებს, როგორცაა განცხადების დაწერა, სტატუსთან დაკავშირებული ცნობის მოთხოვნა და სხვ. აქვე ბაზა იძლევა გამოცდის ელექტრონულად ჩატარების საშუალებასაც, რომელიც დასრულებისასაც სტუდენტს ეკრანზე მისი შედეგი გამოუჩნდება, რაც ასევე ზოგავს დროსა და რესურსს, ხოლო კოორდინირების მხარეს ხდის უფრო „ენერჯო ეფექტურს“ და დრო, რომელიც სტუდენტის ნაშრომის გასწორებისთვის, მის დაჯგუფებასა და ინფორმირებისათვის იყო განკუთვნილი, სასწავლო პროცესის გაუმჯობესებასა და მოქნილობისკენ იქნება მიმართული.

SUMMARY

THE IMPLEMENTATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS MANAGEMENT SYSTEM AT DAVID TVILDIANI MEDICAL UNIVERSITY COMMUNITY NURSING COLLEGE

SALOME TCHINCHARAULI

The cyclic development of abilities in the modern world is much more dynamic and consistent than it was at different stages of the industrial revolutions.

The world speaks of the 4th industrial revolution, and if half a century ago, the 3rd industrial revolution with the help of electronics and information technology became an automated process, the fourth part could go into the digital world using artificial intelligence and the flexibility of work processes. This process gives people the opportunity to adapt to the digital industry, not only to themselves, but also to its adaptation.

It was the saving of human resources, the quick and flexible execution of the case that became the basis for the implementation of the educational process management system for the David Tvildiani Medical University Community Nursing College.

The educational process management system allows all parties involved in the process (faculty, lecturer and student) to do routine details, such as attending lectures, taking an exam, and an exam assessment component. On the sides, the base has three interfaces; If the process of attendance, assessment and entrance exams still require a re-distribution of time from the educational process coordinator, a complete picture of the student's own dynamics of learning can be seen using the educational process management system, as well as a lecture, exam and online assembly and evaluation review and payment schedule control. The student has access to an electronic library, which further simplifies the learning process.

Learning coordinators can view complete and comprehensive information about academic performance, current education and ratings of a particular student or group of students, as well as correspondence both individually and in groups.

The educational process management system in addition to the components related to the educational process, also includes case management elements such as writing an application, requesting a status application, etc. The base also allows conducting an electronic test, which, upon completion, gives the student a result on the display that saves time and resources, making coordination more "energy-saving", and the time allotted for leveling, grouping and informing the student about work that will be focused on improving the learning process and flexibility.



ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის საკითხები საქართველოში

BONE MARROW TRANSPLANTATION IN GEORGIA

მ. მუშკუდიანი

შ.პ.ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის კლინიკის მთავარი ექთანი

M. MUSHKUDIANI

რეზიუმე

ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის საკითხები საქართველოში

მ. მუშკუდიანი

შ.პ.ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის კლინიკის მთავარი ექთანი

წარმოგიდგენთ მაღალდოზირებული ქიმიოთერაპიის და ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციის დეპარტამენტს, მუშაობის შედეგებს და მასთან დაკავშირებულ საინტერესო მონაცემებს. ეს დარგი ქართულ მედიცინაში 2016 წლიდან დაინერგა, რაშიც დიდი წვლილი მიუძღვის ჩვენი კლინიკის დამფუძნებელსა და გენერალურ დირექტორს, პროფ. ბ-ნ გ. ინგოროკვა. პირველი ძვლის ტვინის ავტოლოგიური ტრანსპლანტაცია წარმატებით ჩატარდა 2017 წლის იანვარში. ჩვენს პრეზენტაციაში გაგაცნობთ ღეროვანი უჯრედის ანატომიურ თავისებურებებს, გადანერგვის ჩვენებებს და დაავადებათა ტიპებს, სისხლის დამუშავების მეთოდებს, ასევე ვისაუბრებთ გართულებებზე. მოგაწვდით სტატისტიკურ მონაცემებს წარმატებით ჩატარებული ძვლის ტვინის გადანერგვის და გართულებებით მიმდინარე პროცესის შესახებ. მოგიყვებით ექთნების ძირითად სამუშაო პროცესზე, რომელიც პერმანენტულად ხორციელდება პაციენტის კლინიკაში მოთავსებიდან გაწერამდე.

SUMMARY

BONE MARROW TRANSPLANTATION IN GEORGIA

M. MUSHKUDIANI

let me kindly introduce the Department of High-Dose Chemotherapy and Bone Marrow Transplantation, the results of our work and related interesting data. This field has been introduced in Georgian medicine since 2016, with the big contribution of the Founder and General Director of our clinic, professor Dr. G. Ingorokva. The first autologous bone marrow transplant was successfully performed in January 2017. In our presentation, you will get acquainted with the anatomical features of stem cells, indications for transplantation and types of diseases, blood processing methods. We will also talk about complications. We will provide you with statistics on successful bone marrow transplantation and data about ongoing process with complications. I will brief you on the main areas of work of nurses that are performed on an ongoing basis from the hospitalization of the patient to the discharge from the Hospital.

ხელის ჰიგიენის განვითარება იმერეთის რეგიონში DEVELOPMENT OF HAND HYGIENE IN IMERETI

ინბა ჩირგვილაძე

იმერეთის რეგიონის მთავარი ექთანი

N. CHIRGVILADZE

ჰიგიენა სამედიცინო ცოდნის ერთ-ერთი უძველესი დარგია, რომლის მიზანია ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვა და ადამიანის დაავადებების პრევენცია. ეს არის საზოგადოების ჯანმრთელობის შენარაცუნების, გაძლიერების და გაუმჯობესების მეცნიერება. ხელის ჰიგიენის პრაქტიკა (ხელების დაბანა, ხელების სადეზინფექციო საშუალებებით დამუშავება) მიზნად ისახავს გადამტანი ინფექციების პრევენციას ჭუჭყისა და ნარჩენების მოცილებით და კანზე მიკროორგანიზმების ინჰიბირებით ან განადგურებით. აღნიშნული გულისხმობს არა მარტო პაციენტებთან და გარემოსთან (დროებითი ფლორა) კონტაქტით მიღებულ მიკროორგანიზმებს, არამედ ზოგიერთ მუდმივ ორგანიზმებს, რომლებიც კანის



უფრო ღრმა ფენებში ცოცხლობენ (რეზიდენტული ფლორა).

ხელის ჰიგიენა ინფექციის კონტროლისათვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა, რომელიც 150 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში აღიარებულია, როგორც ინფექციის გამომწვევთა გადაცემისა და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული (ნოზოკომიური) ინფექციების ყველაზე ეფექტური საშუალებათ.

ჯერ კიდევ 1199 წელს ექიმი და ფილოსოფოსი მოისეი მაიმონიდი წერდა ხელის დაბანის აუცილებლობის შესახებ პაციენტებთან კონტაქტის შემდეგ. 1843 წელს ოლივერ უენდელ პოლსმა გამოთქვა მოსაზრება, რომ სამედიცინო პერსონალი დაუბანელი ხელების მეშვეობით გადასცემდა ინფექციებს პაციენტებს. ხოლო 1847 წელს ივანე ზემელვაისმა ანალიტიკური ეპიდემიოლოგიური კვლევის შედეგად დაადგინა, რომ სამედიცინო პერსონალის ხელების გაუვნებელყოფა მნიშვნელოვნად ამცირებს ნოზოკომიური ინფექციების განვითარების რისკს.

ხელის ჰიგიენის შესახებ არსებული მრავალი თეორიული მასალისა და დაგროვილი პრაქტიკული გამოცდილების მიუხედავად, ხელების დაბანის აუცილებლობის შესახებ 21-ე საუკუნეში კვლავ აქტუალურია სამედიცინო საზოგადოებისთვის. 2008 წლის 15 ოქტომბრიდან აღინიშნება ხელის დაბანის მსოფლიო დღე. ამ დღის აღნიშვნა მოსახლეობაში ხელების დაბანის კულტურის ხელშეწყობას და ჩამოყალიბებას ემსახურება.

ხელის ჰიგიენა ზოგადი ტერმინია, რომელიც გულისხმობს მოქმედებათა ერთობლიობას, დაწყებულს ხელიდან ჭუჭყის ხილული მოშორებით, დამთავრებულს ტრანზიტორული მიკროორგანიზმების განადგურებისა და რეზიდენტული მიკროფლორის მინიმუმამდე შემცირებით. ხელის ჰიგიენა მოიცავს ქირურგიულ ანტისეპტიკასაც.

არსებობს მიკროორგანიზმების მოშორების ორი მეთოდი:

● ხელის დამუშავება ალკოჰოლშემცველი ხსნარებით - თანამედროვე მდიდრობით უპირატესია თუ არ არის ხელების ხილული დაბინძურება.

● ხელების დაბანა წყლით და (საყოფაცხოვრებო ან ანტიბაქტერიული) საპნით.

თანამედროვე რეკომენდაციებით, მედპარსონალმა დროულად და სწორი რეკომენდაციების გათვალისწინებით უნდა ჩაიტაროს ხელის ჰიგიენა უშუალოდ პაციენტის მოვლისა და მანიპულაციების ჩატარების არეში – ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული 5 მომენტის მიხედვით.

ხელის ჰიგიენის ხუთი მომენტი

1. პაციენტთან შეხებადღე;
2. ასეპტიკური პროცედურების წინ (მათ შორის – ინვაზიურისა);
3. პაციენტის სხეულის ბიოლოგიური ცითხეებთან კონტაქტის შემდეგ;
4. პაციენტთან უშუალოდ შეხების შემდეგ;
5. პაციენტის არესთან უშუალო კონტაქტის შემდეგ.

ზოგადად, რა თქმა უნდა ხელის ჰიგიენა ახალი არ არის. მაგრამ კორპორაცია ევექსმა მედპერსონალის

გადასამზადებლად 2014 წლის მარტში იმერეთის რეგიონში გახსნა ტრენინგ ცენტრი. სავალდებულოდ დააწესა შიდა უწყვეტი განათლების საექთნო კურსის 3 მოდული: ანატომია-ფიზიოლოგია, დოზირება და მანიპულაციები. მანიპულაციების პირველი თემაა „ხელის ჰიგიენა“. პროტოკოლი მოიცავს ხელის ჰიგიენისთვის საჭირო აღჭურვილობის ჩამონათვალს, ტექნიკას, პროცედურის ჩატარებას და მის მნიშვნელობას.

2014 წლიდან დღემდე გადამზადდა რამდენიმე ასეული ექთანი. თუმცა საექთნო განათლების მსოფლიო ეს კურსი არაა საკმარისი ექთნების უნარჩვევების ჩამოსაყალიბებლად. ამიტომ კლინიკებში საექთნო სტაჟის მენეჯერული რგოლის მოვალეობაში შედის (სხვა პროცედურებთან ერთად) ხელის ჰიგიენის უწყვეტი სწავლება და კონტროლი. თუმცა 2015 წლიდან კორპორაციის განვითარების შედეგად საჭირო გახდა ინფექციის კონტროლის მედიის გამოყოფა.

ევექსის ყველა კლინიკაში რეანიმაციული საწოლფონდის მიხედვით შეიქმმა ინფექციის კონტროლის მედიის პოსტი. მათ უშუალო მოვალეობაში შედის რეანიმაციულ განყოფილებაში მოხვედრილი სამედიცინო და არასამედიცინო პერსონალის, მათ შორის ვიზიტორის, ხელის ჰიგიენის თეორიული და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გაცნობა-კონტროლი.

ეპიდემიოლოგიურმა სამსახურმა ხელის ჰიგიენის მონიტორინგისათვის შეიმუშავა ჩეკლისტი, რომლის მიხედვით ევექსის კლინიკებში ყოველ ექვს თვეში ერთხელ კონტროლირდება რეანიმაციული განყოფილების სამედიცინო პერსონალის ხელის ჰიგიენა.

ამის გარდა საექთნო სამსახურმა აქვს შექმნილი ხელის ჰიგიენის პერფორმანსი, რომლის მიხედვითაც კლინიკის მთავარი ექთნი, ყოველ სამ თვეში ერთხელ, აკონტროლებს კლინიკაში მომუშავე ყველა ექთანს მიუხედავად განყოფილებისა.

იმერეთის რეგიონში ეპიდემიოლოგიური და საექთნო სამსახურების ერთობლივი მუშაობის შედეგად ხელის ჰიგიენასთან დაკავშირებით წარმოგიდგენთ შემდეგი სტატისტიკას:

2015 წელი	2016 წელი	2017 წელი	2018 წელი
48%	73%	78%	89%

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ კლინიკაში მოხვედრილი ყველა სტაჟიორისთვის უპირველესია ხელის ჰიგიენის თეორიული და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გაცნობა, შესწავლა და შემდგომი კონტროლი.

აღსანიშნავია ისიც, რომ იმერეთის რეგიონის კლინიკები აღნიშნავენ ყოველი წლის 15 ოქტომბერს – „ხელის ჰიგიენის მსოფლიო დღეს.“ ეს დღე როგორც კლინიკაში, ასევე მოსახლეობაში ემსახურება ხელების ჰიგიენის კულტურის ხელშეწყობას და ჩამოყალიბებას.

ხელის ჰიგიენა არის პროცედურა, რომელიც აქტუალურია არამარტო სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, არამედ ზოგადად მთელი საზოგადოებისთვის. სწორად და დროულად ჩატარებული ხელის ჰიგიენა არის ჯანმრთელი და ჯანსაღი ცხოვრების საწინდარი.

დაზიანოთ ხშირად ხელი და ზიანებით ჯანმრთელები



რეზიუმე

ხელის ჰიგიენის განვითარება იმერეთის რეგიონში

ინბა ჩირგვილაძე

იმერეთის რეგიონის მთავარი ექიანი

ხელის ჰიგიენა ინფექციის კონტროლისათვის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ღონისძიებაა, რომელიც 150 წელზე მეტი ხნის განმავლობაში აღიარებულია, როგორც ინფექციის გამომწვევთა გადაცემისა და სამედიცინო მომსახურებასთან ასოცირებული (ნოზოკომიური) ინფექციების ყველაზე ეფექტური საშუალებათ.

არსებობს მიკროორგანიზმების მოშორების ორი მეთოდი:

ხელის დამუშავება ალკოჰოლშემცველი ხსნარებით - თანამედროვე მიდგომებით უპირატესია თუ არ არის ხელების ხილული დაზიანებები.

ხელების დაბანა წყლით და (საყოფაცხოვრებო ან ანტიბაქტერიული) საპნით.

თანამედროვე რეკომენდაციებით, მედპარსონალმა დროულად და სწორი რეკომენდაციების გათვალისწინებით უნდა ჩაიტაროს ხელის ჰიგიენა უშუალოდ პაციენტის მოვლისა და მანიპულაციების ჩატარების არეში – ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული 5 მომენტის მიხედვით.

იმერეთის რეგიონში ეპიდემიოლოგიური და საექთნო სამსახურების ერთობლივი მუშაობის შედეგად ხელის ჰიგიენასთან დაკავშირებით წარმოვიდგინოთ შემდეგი სტატისტიკა:

2015 წელი	2016 წელი	2017 წელი	2018 წელი
48%	73%	78%	89%

მნიშვნელოვანია ისიც, რომ კლინიკაში მოხვედრილი ყველა სტაქიორისთვის უპირველესია ხელის ჰიგიენის თეორიული და პრაქტიკული უნარ-ჩვევების გაცნობა, შესწავლა და შემდგომი კონტროლი.

აღსანიშნავია ისიც, რომ იმერეთის რეგიონის კლინიკები აღნიშნავენ ყოველი წლის 15 ოქტომბერს - „ხელის ჰიგიენის მსოფლიო დღეს“. ეს დღე როგორც კლინიკაში, ასევე მოსახლეობაში ემსახურება ხელების ჰიგიენის კულტურის ხელშეწყობას და ჩამოყალიბებას.

ხელის ჰიგიენა არის პროცედურა, რომელიც აქტუალურია არამარტო სამედიცინო დაწესებულებებისთვის, არამედ ზოგადად მთელი საზოგადოებისთვის. სწორად და დროულად ჩატარებული ხელის ჰიგიენა არის ჯანმრთელი და ჯანსაღი ცხოვრების საწინდარი.

დავებანოთ ხშირად ხელი და ვიქნებით ჯანმრთელები

SUMMARY

DEVELOPMENT OF HAND HYGIENE IN IMERETI

IN. CHIRGVILADZE

Hygiene is one of the oldest areas of medical knowledge. Its aim is protection of human health and prevention of human diseases. This is a community health-promoting,empowering and improving science. A hand hygiene practice (hand washing,hand disinfection medium treatment) is aimed at infectious diseases prevention of dirt and debris and microorganisms on the skin inhibit or destroy. This implies not only contact with patients and the environment (Transient flora) microorganisms, but also some permanent organisms that are on the skin. They live in deeper layers (resident flora).

Hand hygiene is one of the most important for infection control is an event that has been recognized for over 150 years, both with the transmission of infection and medical services, the most effective means of associated nosocomial infections.

In early 1199s the physician and philosopher Moisiu Maimonides wrote about handwashing after contacting a lot of patients. Then, in 1843 Oliver Wendell Holmes opined that the medical staff was handing infections to patients with unwashed hands. And in 1847 Ignatius Zemelvais’s analytical and epidemiological study has found that medical staff can significantly reduce risk of developing nosocomial infections by washing hands.

Despite of all the information above and proves how important is to wash hands on regular basis, nowadays, even in 21st century there is a necessity to remind. This topic is still medically relevant and active. From 2008, October 15 people start celebrating hand washing day.

Hand hygiene is a general term that refers to a set of actions, starting with the removal of visible dirt from the hand, ending with the destruction of transient microorganisms and minimizing the resident microflora. Hand hygiene also includes surgical antiseptics.

There are two methods of removing microorganisms:

1. Hand treatment with modern alcohol-based solutions approaches are preferable if there is no visible contamination of the hands.

2. Wash your hands with water and (household or antibacterial) soap.

According to the modern recommendations, the nurse should timely and correctly recommend hand hygiene directly in the area of patient care and manipulation – according to the 5 points provided by WHO.

Five moments of hand hygiene

1. Before touching the patient;
2. Before aseptic procedures (including invasive procedures);
3. After contact with the patient’s biological fluids;

- 4. After direct contact with the patient;
- 5. After direct contact with the patient's area.

In general, hand hygiene is certainly not new. But Medical Corporation Evex opened a training center in the Imereti region in March 2014 to train its staff. Mandatory set internal continuous three modules of nursing education course: Anatomy-Physiology, Dosage and Manipulations. The first topic of manipulations is "hand hygiene". The protocol protects the list of equipment, techniques, procedures and its importance for hand hygiene equipment.

Since 2014 several hundred nurses have been trained. However, this course of nursing education alone is not sufficient to develop the skills of nurses. Therefore, the staff of the nursing staff at the clinics are responsible for (among other procedures) continuous training and control of hand hygiene. However, since 2015 the corporation's development has required the allocation of an infection control nurse.

In all clinics of Evex, the post of infection control nurse has been created according to the number of reanimation patients. Their immediate responsibilities include acquaintance with the theoretical and practical skills of medical hygiene for the persons of intensive care unit, including the medical persons and visitors.

The Epidemiological Service has developed a checklist to monitor hand hygiene, according to which Evex clinics will monitor the hand hygiene of the resuscitation unit staff every six months.

In addition, the Nursing Office has developed a hand hygiene performance, according to which the chief nurse of the clinic, once every three months, supervises all nurses working in the clinic regardless of department.

As a result of the joint work of the Epidemiological and Nursing Services in Imereti Region we present the following statistics on hand hygiene:

2015 year	2016 year	2017 year	2018 year
48%	73%	78%	89%

It is also important that for all interns at the clinic, it is important to know, study and further control the theoretical and practical skills of hand hygiene.

It is also noteworthy that Imereti region clinics celebrate "World Hand Hygiene Day" on October 15 of each year. Hand hygiene is a procedure that is relevant not only for medical institutions but for the general public. Proper and timely hand hygiene is the key to a healthy and healthy life.

Wash our hands often and be healthy!

თირკმლის მწვავე უკმარისობა ACUTE KIDNEY FAILURE

დარემჯან კაპანაძე
DAREJAN KAPANADZE

თირკმლის მწვავე უკმარისობა ხასიათდება თირკმლის ფუნქციის მწვავე დაკარგვით, რასაც თან ახლავს კრეატინინის მატება და/ან შარდის გამოყოფის შემცირება. დისფუნქციის სიმწვავე მერყეობს შრატში კრეატინინის დონის მცირე მატებით, შარდის გამოყოფის შემცირებით ან აზოტემიის ჩამოყალიბებით.

**თირკმლის მწვავე დაზიანების
ხშირი მიზეზებია:**

- პრერენული (იშემიური)
- რენული (პარენქიმული)
- პოსტრენული (ობსტრუქციული)

ეტიოლოგია

● **პრერენული თირკმლის უკმარისობა** (შემთხვევათა 55 %) – ვითარდება თირკმლის არაადეკვატური სისხლძარღვრების დროს: კარდიოგენული შოკი, გულის ტამპონადა, ფილტვის არტერიის თრომბოემბოლია, სისხლდენები (განსაკუთრებით სამეანო) ენდოტოქსიური შოკი, გაუწყლოება,

დამწვრობა და ა.შ – შეიძლება იწვევდნენ თ. მ. უ. ს.

- **რენული თირკმლის მწვავე უკმარისობა**
ვითარდება უშუალოდ თირკმლის ქსოვილის დაზიანების. მაგ: თირკმლის ანთებითი დაავადებები – მწვავე გლომერულონეფრიტი, თირკმლის არტერიის ათეროსკლეროზული ემბოლია, ანევრიზმა.
- **პოსტრენული თირკმლის მწვავე უკმარისობა**
განპირობებულია თირკმელგარე ობსტრუქციით. მაგ: შარდის ბუშტის, პროსტატის, მენჯის ორგანოების სიმსივნე, შარდსაწვეთის დახშობა კენჭით, თრომბოზით, ჩირქით.

პირითადი მარკერები:

პრეატიინინის მომატებული მაჩვენებელი, ბალიუმის იონების მომატებული რაოდენობა.

		Reference Range (normal range)	Marks allocated
Creatinine	450 µmol/l	90 - 120 µmol/l	2 marks
K ⁺	4.9 mmol/l	3.2-4.3 mmol/l	} 3 marks
HCO ₃ ⁻	17.5 mmol/l	22-31 mmol/l	
Calcium	1.8 mmol/l	2.10 - 2.50 mmol/l	} 3 marks
Phosphate	2.1 mmol/l	0.75 - 1.35 mmol/l	
Albumin	22 g/l	39 - 47 g/l	1 mark
Hb	101 g/l	120-160 g/l	1 marks



კლინიკური გამოვლინება

- შარდის შემცირებული გამოყოფა (შესაძლებელია დარჩეს ნორმაში)
- სითხის შეკავება,
- შეშუპება,
- ძილიანობა,
- სუნთქვის უკმარისობა,
- დაღლილობა,
- პირღებინება,
- კრუნჩხვა,
- კომა.
- ჰიპერკალემია, ჰიპერფოსფატემია, ჰიპონატრემია
- ინფექციები
- ფილტვების შეშუპება
- პერიკარდიტი

მკურნალობა

- ელექტროლიტების და სითხის ბალანსის კორექცია
- დეჰიდრატაციის კორექცია
- ფუროსემიდი, კალციუმის გლუკონატი, ნატრიუმის ბიკარბონატი
- დიალიზი



ჰემოდიალიზი

სისხლის გაწმენდის სისტემა, რომლის საშუალებითაც ხდება წყალში ხსნადი ნივთიერებების მიმოცვლა სადიალიზო სითხესა და სისხლს შორის, ნახევარგამტარი მემბრანის(დიალიზატორის) მეშვეობით. დიფუზიისა და ულტრაფილტრაციის გზით ხდება სისხლის გაწმენდა სხვადასხვა მოლეკულური წონის ნივთიერებებისგან ე. წ ურემიული ტოქსინებისგან, წყალმარილოვანი და მჟავატუტოვანი ბალანსის აღდგენა.

ჰემოდიალიზის უარყოფითი მხარეები:

- პრობლემური ვასკულარული მიდგომა
- ნუტრიციული და სითხის რესტრიქცია

რეზიუმე

თირკმლის მწვავე უკმარისობა

ღარმჯან კაპანაძე

თირკმლის მწვავე უკმარისობა ხასიათდება თირკმლის ფუნქციის მწვავე დაკარგვით, რასაც თან ახლავს კრეატინინის მატება და/ან შარდის გამოყოფის შემცირება. დისფუნქციის სიმწვავე მერყეობს შრატში კრეატინინის დონის მცირე მატებით, შარდის გამოყოფის შემცირებით ან აზოტემიის ჩამოყალიბებით.

სტატისტიკის თანახმად წელიწადში სხვადასხვა დიაგნოზით პოსპიტალიზირებული პაციენტების (პირველადი დიაგნოზები: მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტი, თავის ტვინის იშემიური ინფარქტი, გულის უკმარისობა, სეპტიცემია, სხვა სახის ინფექცია, სიმსივნეები, ჰიპერკალემია) ყველაზე ხშირ გართულებას წარმოადგენს თ. მ. უ; პროცენტულად ყველაზე დიდი ადგილი უკავია მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტს და გულის ათეროსკლეროზულ დაავადებებს (38% ვითარდება მწვავე უკმარისობა); სეპტიცემია (7,9%);

თუმცა გარდა კლინიკურად გავრცელებული დაავადებებისა თ. მ. უ. ვითარდება ისეთი იშვიათი სისტემური დაავადებების დროს როგორცაა სისტემური წითელი მგლურა;

რა არის სისტემური წითელი მგლურა?:

- ჰეპარინიზაცია
- საჭირო რთული მოწყობილობების ჩართვა
- დიალიზის კურსის დროს ჰიპოტენზია
- ანემია
- ქირურგია მუდმივი ვასკულარული მიდგომისთვის
- ვიზუალური დისკომფორტი პაციენტისთვის

პრეპარატები, რომლებიც არ გამოიყენება თმშ-ს დროს !!!

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო. ანგიოტენზინ მაკოდირებელი ფერმენტის ინჰიბიტორები.

მიზეზი: არასტეროიდები თრგუნავენ პროსტოგლანდინების სინთეზს (რომლებიც კომპენსატორულად გარკვეული დროის განმავლობაში ინარჩუნებენ რენული ფილტრაციის სიჩქარეს) ავფ ინჰიბიტორების გამოყენება დაბლოკავს ანგიოტენზინის სინთეზს და გარდაქმნის რეაქციებს, რასაც ასევე კომპენსატორული მოქმედება აკისრია. კერძოდ, ვაზოკონსტრიქცია



ნუტრიციული სტატუსი

- ცილით უზრუნველყოფა
- შევლულთ ისეთი საკვები და სითხე, რომლების შეიცავს ფოსფორს და კალიუმს.
- შესაძლოა დაეიწყოთ პარენტერალური კვება

სამართო მართვა

- პირველ ნაბიჯს წარმოადგენს მოციროკულირე სითხის და გულის წუთმოცულობის ადეკვატურობა, რათა მოხდეს თირკმლის ნორმალური პერფუზია.
- დისბალანსირებული კვება: სხეულის მოთხოვნილებაზე ნაკლები
- ინფექციის პრევენცია



სისტემური წითელი მგლურა არის ქრონიკული, მრავალ სისტემური დაავადება, რომელიც ძირითადად ვითარდება რეპროდუქციული ასაკის ქალებში. დაავადებისთვის დამახასიათებელია ანტინუკლეალური ანტისხეულების არსებობა. კონსტიტუციური სიმპტომების გარდა ხშირად არის კანისა და სახსრების პრობლემები, შესაბამისად სეროზიტი, ნეფრიტი, ჰემატოლოგიური ციტიპენიები და ნევროლოგიური გამოვლინებები შეიძლება განვითარდეს დაავადების მიმდინარეობისას.

ადრეული დიაგნოსტიკა და კარგი მენეჯმენტი განაპირობებს ცხოვრებისთვის საშიში დაავადების ნაკლებ გავრცელებას.

SUMMARY

ACUTE KIDNEY FAILURE

DAREJAN KAPANADZE

Acute renal failure is characterized by severe loss of renal function, accompanied by an increase in creatinine and / or decreased urinary excretion. The severity of dysfunction varies with small increases in serum creatinine levels, decreased urinary excretion, or the formation of azotemia.

According to statistics, the most common complication of patients hospitalized for various diagnoses per year (primary diagnoses: acute myocardial infarction, ischemic heart attack, heart failure, septicemia, other types of infection, tumors, hyperkalemia) is ARF.

Acute myocardial infarction and atherosclerotic heart disease account for the largest percentage (38% develop acute failure); Septicemia (7.9%);

However, in addition to clinically common diseases, ART. Develops in such rare systemic diseases as systemic lupus erythematosus;

What is systemic lupus erythematosus?

Systemic lupus erythematosus is a chronic, multisystemic disease that mainly develops in women of reproductive age. Diseases are characterized by the presence of antinuclear antibodies. In addition to constitutional symptoms, there are often skin and joint problems.

Early diagnosis and good management lead to a lower prevalence of life-threatening disease.

თრომბოლიზისი THROMBOLYSIS

ნ. ცხოვრებოვი

შ. პ. ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტის უფროსი ექთანი

N. TSKHOVREBOVI

რეზიუმე

თრომბოლიზისი

ნ. ცხოვრებოვი

შ. პ. ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტის უფროსი ექთანი

რა არის ინსულტი?

შესაძლებელია თუარა ინსულტის მკურნალობა?!

ინსულტის პრევენცია შესაძლებელია !!!!

მოგესალმებით. წარმოგიდგინო შესაძლებელია თუ არა ინსულტის პრევენცია? დიახ შესაძლებელია და მას თრომბოლიზისი ეწოდება.

მე ჩემს პრეზენტაციაში წარმოგიდგინო შ.პ.ს. მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრი, საუნივერსიტეტო კლინიკაში წარმატებით ჩატარებულ პირველ თრომბოლიზისს, პაციენტის შემოსვლიდან გაწერამდე.

ვიმედოვნებ ჩემი პრეზენტაცია გამოიწვევს პუბლიკის ინტერესს.

პატივისცემით, შ.პ.ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტის უფროსი ექთანი ნ. ცხოვრებოვი

SUMMARY

THROMBOLYSIS

N. TSKHOVREBOVI

What is a stroke?

Is it possible to treat stroke?!

Stroke prevention is possible !!!!

Hello. I am going to show you, if Stroke prevention is possible? Yes it is possible and it is called thrombolysis.



In my presentation, I present the first successful thrombolysis at Ltd. High Medical Technology Center, University Clinic, From patient arrival to discharge.

I hope my presentation will spark the interest of the public.

Sincerely, Chief Nurse of the Department of Emergency Medicine of the High Medical Technologies Center Ltd N. Tskhovrebovi

ტრაქეის სტენოზის მკურნალობისა და პროფილაქტია
საქმთნო მიდგომები

TREATMENT AND PREVENTION OF TRACHEAL
STENOSIS NURSING APPROACH

მარია მ ჩოხელი

შ.პ.ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის
საოპერაციოს უფროსი ექთანი

M. CHOKHELI

რეზიუმე

ტრაქეის სტენოზის მკურნალობისა და პროფილაქტია
საქმთნო მიდგომები

მარია მ ჩოხელი

შ.პ.ს მაღალი სამედიცინო ტექნოლოგიების ცენტრის
საოპერაციოს უფროსი ექთანი

- წარმოგიდგენთ თორაკალური ქირურგიის დეპარტამენტის მუშაობის პრინციპებს, შედეგებს და მასთან დაკავშირებულ საინტერესო მონაცემებს.
- ტრაქეის სტენოზის მკურნალობა საქართველოში დაიწყო 1998 წ. პოფ: ვახტანგ ქაცარავას ხელმძღვანელობით. ამ წლების გან. ში ჩატარებულ იქნა 800 მდე ოპერაცია. მათ შორის ჩვენი კლინიკის ბაზაზე ბოლო 5წლ. გან.-ში 200-მდე.
- ვისაუბრებთ პოსტინტუბაციურ ტრაქეის სტენოზის განვითარებაზე, დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობაზე, საქმთნო მიდგომებზე
- სტენოზების ქირურგიული გზით გამოსწორებაზე და გართულებებზე.
- ექთნის როლი: უსაფრთხოების წესები, ინფექციის კონტროლი.
- ასევე ვისაუბრებთ ახალ მეთოდებზე რომლებიც ერთობლივად შევიმუშავეთ ქირურგებთან ერთად.
- მოგაწვდით ტრაქეის სტენოზის მკურნალობის სტატისტიკურ მონაცემებს...

SUMMARY

TREATMENT AND PREVENTION OF TRACHEAL
STENOSIS NURSING APPROACH

M. CHOKHELI

- We will present the principles, results and interesting data related to the work of the thoracic surgery department
- The surgery treatment of the tracheal stenosis has been started in Georgia since 1998y. more than 800 surgery has been performed over the years, including up to 200 cases at our clinic in past 5 years.
- We will present developing, diagnostic and treatment methods of post-intubation tracheal stenosis
- Surgical management on tracheal stenosis and complications
- The role of the nurse: safety rules and infection control
- We will also present new tactics and methods that developed by our team
- We will provide our statistic results of the tracheal stenosis treatment...



სხვადასხვა

Different

სამყარო. როგორც ვალეოლოგიური განათლების
შედეგებითი უნდააქნებო

THE WORLD. AS THE COGNITIVE FOUNDATION
OF VALEOLOGICAL EDUCATION

ივ. დოლიძე

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი
საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის უნივერსიტეტი

ბ. ჩახუნაშვილი

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი თსსუ

IG. DOLIDZE

Doctor of Medicine, Professor, Academician, Georgian University
of Physical Education and Sports

G. CHAKHUNASHVILI

Doctor of Medicine, Professor, Academician TSMU

ყოველ ადამიანს, მათ შორის სპორტსმენებსაც გააჩნია, როგორც ჯანმრთელობის შენარჩუნების, ასევე დაავადების მიმდინარეობის მისეული სპეციფიკური და თავისებურებები.

სამყარო ერთიანი სისტემაა, რომლის ნაწილები ერთმანეთთან მჭიდროდაა დაკავშირებული. ერთი მათგანის ცვლილებები მსგავს მოვლენებს იწვევს მეორის განვითარებაში. ადამიანი ამ სისტემის განუყოფელი ნაწილია და მისი ცხოვრება უშუალოდ დაკავშირებულია გარე სამყაროს განვითარებასთან და ცვლილებებთან კომპლექსში. ჩვენ ვიცით, ცნობიერად თუ არაცნობიერად, დემერტმა (კოსმიურმა გონმა) შექმნა სამყარო (მიწა, წყალი, მნათობები, ცოცხალი არსებები და სხვა არაცოცხალი საგნები და მოვლენები) და მისი გამორჩეული უმაღლესი არსება – ადამიანი, მას წესები და კანონები დაუდგინა. ადამიანებმა აქედან ის დასკვნა უნდა გამოიტანოს, რომ, როგორც დაუშვებელია პლანეტათა მოძრაობის შეცვლა, ან მზის სისტემის კანონზომიერებთა დარღვევა, ისე არ შეიძლება უფლის მიერ ადამიანებისთვის დადგენილი წესებიდან გადახვევა, რადგან ადამიანი მიწიერი სამყაროს გვირგვინია და მისი ყოველი გადაცდომა შემოქმედის წინააღმდეგ გადადგმული ნაბიჯია, ამიტომ ადამიანის მიერ ღვთიური წესრიგის დარღვევის თითოეული მცდელობა ცოდვად მიიჩნევა.

ადამიანის ცხოვრება მეგაპოლისში, მის ორგანიზმზე დიდ გავლენას ახდენს, რომელიც ხელს უწყობს ჯანმრთელობის გაუარესებას. ასე მაგალითად, ავტომობილი (შესაბამისად, მისი გამონაბოლქვი), კომპიუტერი, ტელევიზორი, მობილური ტელეფონი, ვიდეო, ქსეროქსი, ფაქსი, პრინტერი, სკანერი, მტვერსასრუტი, მაცივარი (შესაბამისი გამოსხივებით), უამრავი

საოჯახო ტექნიკა, ათასგვარი სადებავი, ლაქი და ა. შ. – ყოველივე ის, რითაც გარემოცულია თანამედროვე ადამიანი, გამოყოფს ქიმიურ ნივთიერებებს. ყოველი მათგანი, ცალკე აღებული, მავნეა, ხოლო ყველა ერთად – საშიშრელია. ეს კოქტეილი ყველა ცოცხალი ორგანიზმისათვის დამღუპველია. სწორედ მისი შემოქმედების შედეგია მუდმივი დადღივლობის შეგრძნება, მოთენთილობა, თავის ხშირი ტკივილი, გაღიზიანება.

ადამიანი მრავალი მეცნიერების შესწავლის საგანი გახდა, ისეთებისა, როგორცაა ბუნებისმეტყველების (ბიოლოგია, ანთროპოლოგია, მედიცინა და ა. შ.), ისე საზოგადოებრივი (სოციოლოგია, ფსიქოლოგია, ისტორია, ფილოსოფია და სხვა) დარგები. ფაქტობრივად კი-ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემური საკითხები უპირატესად მონოპოლიზებულია ერთი მეცნიერებით-მედიცინით, რომელიც პრაქტიკულად წარმოადგენს მეცნიერებას ადამიანის დაავადებათა შესახებ – „ადამიანოპათოლოგიას“ და არა ინდივიდუალური ჯანმრთელობის ფორმირების, შენარჩუნებისა და მისი განმტკიცების მოძღვრებას. ჯანმრთელობა კი უნდა უნდა იყოს განხილული, როგორც ადამიანის სხეულის მედიცინისა და სულის მედიცინის დიალექტიკური ერთიანობა, რაც ნიშნავს იმას, რომ ადამიანი თავისთავად წარმოადგენს, ერთის მხრივ – ფიზიკურ სხეულს, მეორეს მხრივ – გონებას, სულს, ანუ ჩვენ ემოციებს, გრძნობებს, უპირატესად კი ქვეცნობიერებას.

ადამიანისათვის, როგორც ჯანმრთელობის შენარჩუნება, ასევე დაავადების განვითარება უშუალოდ დამოკიდებულია მის გენოტიპზე, რაც ფაქტიზი სხეულის ინფორმაციული ველით არის „კოდირებული“. თუ ინფორმაციული ენერგეტიკული ველი დასუსტებულია, მას შეუძლია გენეტიკური კოდის



შეცვლა, რაც მიზეზი ხდება ქრონიკული დაავადების ჩამოყალიბების. ამ პირობებში ნებისმიერ ვირუსს (უპირატესად, ეს არის შიდსის, ონკო- და ჰეპატოვირუსები) ამა თუ იმ ხარისხით შეუძლია შეცვალოს დეზოქსირიბონუკლეინის მეჯავს კოდი და უჯრედს მიაყენოს მძლავრი „ენერგეტიკული დარტყმა“. აქ, მეტად მნიშვნელოვანია ისიც, რომ ყველა ნორმალური ადამიანი „ჩუმად ატარებს“ რამოდენიმე პათოლოგიურ გენს და თუ სიცოცხლის მანძილზე ის გარკვეულ პირობებში დაწყვიტდა ასეთივე სახეობის პათოლოგიურ გენთან, დაავადების სახით გამოვლინდება მომავალ თაობებში.

უძველესი დროიდანვე მიანდათ, რომ ციური სხეულები, მათი ურთიერთგანლაგება ძლიერ გავლენას ახდენდა ადამიანის ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიურ პროცესებზე. განვლილმა დრომ დაადასტურა, რომ ეს წარმოდგენა არც თუ უსაფუძვლოა. განსაკუთრებით ძლიერად ზემოქმედებს ემოციურ და ინსტიქტურ სფეროზე მზისა და მთვარის სხივები. მათ შეუძლიათ აგრეთვე მოაღუნონ კიდევ ადამიანი და ენერჯითაც აავსონ. მათ ადამიანის ქცევის მართვაც შეუძლიათ. მთვარე მართავს ოკეანეებსა და ზღვებს, მათ მოძრაობას. რადგან ადამიანის ორგანიზმი 80 %-ით წყლისაგან შედგება, არ არის გასაკვირი მთვარის გავლენა ორგანიზმში მიმდინარე მეტაბოლურ პროცესებზე.

კაცობრიობამ ადამიანის ორგანიზმზე და ფსიქიკაზე ზემოქმედებისა და მკურნალობის უდიდესი გამოცდილება დააგროვა. ამასთანავე, ადამიანის ორგანიზმს განიხილავს, როგორც ერთმლიან სისტემას, რომელიც უწყვეტ რეჟიმში დაკავშირებულია ბუნებასთან, დედამიწასთან და კოსმოსთან. დაავადებების უმეტესი ნაწილი იკურნებოდა იმ სამკურნალო საშუალებებით, რაც მხოლოდ მზადდებოდა ბალახებითა და ბუნებრივი ნივთიერებებით. საქართველოს კი გააჩნია უმდიდრესი და უსამართლოდ მივიწყებული მემკვიდრეობა, რომელიც დაგვიტოვა ჩვენმა ნიჭიერმა წინაპრებმა.

ადამიანის ბუნების არსი იღუმალებით მოცულია. ის მრავალი მეცნიერების შესწავლის საგანი გახდა, ისეთებისა, როგორიცაა ბუნებისმეტყველების (ბიოლოგია, ანთროპოლოგია, მედიცინა და ა. შ.), ისე საზოგადოებრივი (სოციოლოგია, ფსიქოლოგია, ისტორია, ფილოსოფია და სხვა) დარგები. ფაქტობრივად კი ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემური საკითხები უპირატესად მონოპოლიზებულია ერთი მეცნიერებით-მედიცინით, რომელიც პრაქტიკულად წარმოადგენს მეცნიერებას ადამიანის დაავადებათა შესახებ – „ადამიანოპათოლოგიას“ და არა ინდივიდუალური ჯანმრთელობის ფორმირების, შენარჩუნებისა და მისი განმტკიცების მოძღვრებას. ჯანმრთელობა კი უნდა უნდა იყოს განხილული, როგორც ადამიანის სხეულის მედიცინისა და სულის მედიცინის დიალექტიკური ერთიანობა, რაც ნიშნავს იმას, რომ ადამიანი თავისთავად წარმოადგენს, ერთის მხრივ-ფიზიკურ სხეულს, მეორეს მხრივ- გონებას, სულს, ანუ ჩვენ ემოციებს, გრძობებს, უპირატესად კი ქვეცნობიერებას.

ავადმყოფ ადამიანს ხშირ შემთხვევაში აწუხებს ფიქრები: ნუთუ სასურველი არ არის სიკვდილი, ვიდრე სიცოცხლე, შემდგარი მხოლოდ სიკვდილის საწინააღმდეგო ღონისძიებების ჩატარებით? ნუთუ სიცოცხლისთვის აგრეთვე დამახასიათებელი არ არის თავისუფალი მოძრაობა? რა არის დაავადება, თუ არა

შეპოტილი თავის თავისუფლებაში სიცოცხლე? დაე სიცოცხლე კვდება, მაგრამ სიკვდილი არ უნდა ცოცხლობდეს“. აქედან გამომდინარეობს ჯანმრთელობის საინტერესო განსაზღვრა: ჯანმრთელობა – ეს არის თავისუფლებაში მყოფი ადამიანის შეუზღუდავი სიცოცხლე.

დაწყებული XX საუკუნის 40-იანი წლებიდან ძლიერდება მეცნიერთა ინტერესი ჯანმრთელობის პრობლემისადმი, კეთდება მცდელობები, რათა მას მიეცეს სათანადო განსაზღვრა, მაგრამ არცერთი მათგანი არ აღმოჩნდა წარმატებული. ჯანმრთელობა – ეს მოვლენაა, რომლის საწყისად მიჩნეულია ღრმა, დიალექტიკურად ურთიერთსაპირისპირო ადამიანის ორგანიზმის არსი, რომელშიც მორფოლოგიური სტრუქტურებისა და ფუნქციის ოპტიმალური თანაფარდობა უზრუნველყოფს ადამიანის ფსიქიკურ, ფიზიკურ და სოციალურ აქტივობას. ამგვარი არსი ვლინდება დაავადების დროსაც, ერთდროულად ან ხანგრძლივი დროის მანძილზე ქვეითდება ორგანიზმის დაცვით-კომპენსატორული შესაძლებლობები. რასაც მიყავს მის სრულ დაკარგვამდე.

მედიცინა მნიშვნელოვანია არამარტო გნოსეოლოგიური გზავნილებით: მოვლენის შემეცნებიდან მის დედაარსამდე, არამედ მიღებული დასკვნით-მოვლენის შემეცნების მცდელობიდან ადამიანმა უნდა მოახდინოს ზემოქმედება გამომწვევ ფაქტორებზე და აქტიურად შეცვალოს ორგანიზმის გაჯანსაღების მექანიზმები.

დაავადება არ უნდა იყოს განხილული ჯანმრთელობისაგან იზოლირებულ მდგომარეობად. ნებისმიერი დაავადება იწყება და მიმდინარეობს ორგანიზმში არამხოლოდ „რღვევით“ პროცესებით (პათოგენეზი), არამედ ცალკეულ მოქმედებათა სანოკენეზური მექანიზმების შესუსტებითა და მათი კომპლექსების დეზორგანიზაციით, რაც განაპირობებს ერთეულად დაავადების წინა მდგომარეობას. ე. ი. „დაავადების წინა მდგომარეობა“ – გარკვეული სანოკენეზური მექანიზმების ფუნქციური აქტივობის დაქვეითება ან მათი კომპლექსების დეზორგანიზაციაა, რასაც მიყვავართ თვითრეგულაციის დარღვევასთან და ორგანიზმის რეზისტენტობის შესუსტებასთან.

„ჯანმრთელობა“ – ეს ორგანიზმის სანოკენეზური მექანიზმების სისტემის საკმარისი ფუნქციური აქტივობაა, რომელიც გარეთა გარემოს კონკრეტულ პირობებში უზრუნველყოფს მის ოპტიმალურ ცხოველ-მოქმედებას. მრავალი მკვლევარი ჯანმრთელობას განიხილავს, როგორც ორგანიზმის უნარს მუდმივად შეეგუოს გარეთა გარემოს ცვალებად პირობებს-ფიზიკურსა და სოციალურს. როგორც ტ. სპენსერი აღნიშნავდა: „ჩვენ, ყველაზე ნაკლები ვიცით საკუთარ ჯანმრთელობაზე. ჩვენი ცხოვრებისათვის კი – ყველაზე აუცილებელია ვიყოთ ჯანმრთელი“.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრით ჯანმრთელობა არის ფიზიკური, სულიერი, სექსუალური და სოციალური კეთილდღეობის სრული მდგომარეობა და უნარი შეეგუოს მუდმივად ცვალებად გარე და შიდა გარემოს პირობებში. ამასთანავე, ბუნებრივად მიმდინარეობდეს დაბერების პროცესი და არ ჰქონდეს დაავადებები და ფიზიკური დეფექტები.

ადამიანის გაჯანსაღებაზე ზრუნვა სანოლოგიის (სამედიცინო ვალეოლოგიის) მიზანს წარმოადგენს, იმ მოძღვრების თეორიულ-პრაქტიკულ განვითარებას,



რომელიც შეისწავლის ორგანიზმის დაცვით-კომპენსატორულ მექანიზმების ამოქმედებას გაჯანსაღების ადგილებით პროცესში, დაავადების საწყისი პერიოდებიდან გამოჯანმრთელებამდე. თანამედროვე შეხედულება ადამიანის ფუნქციურ მოწყობილობაზე უფლებას გვაძლევს ჯანმრთელობა განვიხილოთ, როგორც გარემომცველ გარემოსთან ადამიანის ჰარმონიული ზემოქმედების შედეგი, რაც პირობადებულია ინფორმაციული, ენერგეტიკული და ნივთიერებათა ცვლის ფუნქციური ურთიერთზემოქმედებით.

ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობა უნდა იყოს სახელმწიფოს ზრუნვის საგანი. ჯანდაცვის სისტემა და მედიცინა უპირატესად დაკავებულია დაავადებულთა პრობლემებით. პრაქტიკულ მედიცინას სჭირდება ახალი მიმართულების ძიება – მართოს მოსახლეობის ჯანმრთელობა და ამით შეინარჩუნოს ქვეყნის ეკონომიკურ-სოციალური ძლიერება. თანამედროვე ექიმის მოვალეობაა დაეხმაროს ავადმყოფს, მის ინტერესებში არ შედის ადამიანის ჯანმრთელობის შენარჩუნება. მედიცინა მთლიანად დაკავებულია და ვითარდება დაავადებათა პრობლემებით. ჯანდაცვის სისტემამ უნდა შეიცვალოს თავისი სტრატეგიული მიდგომა, ქვეყანა დაინტერესდეს ადამიანთა ჯანმრთელობით, თავიდან აიცილოს მთელი რიგი დაავადებები. სახელმწიფოს დევიზი უნდა იყოს „ადამიანის ჯანმრთელობიდან ერის აღორძინებამდე“. ექიმმა უნდა განსაზღვროს „ჯანმრთელობის უსაფრთხო ზონა“, შექმნას „ჯანმრთელი ადამიანის ფსიქოფიზიკური მოდელი“, თვალყურს ადევნოს ადამიანთა ჯანმრთელობას, რისგან ირდევება და რისგან უმჯობესდება მათი ჯანმრთელობა. აქვე, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ადამიანის ჯანმრთელობა დამოკიდებულია იმ ფსიქო-ფიზიკურ მოდელზე, რომელიც დაფუძნებულია როგორც მეცნიერების მიღწევებთან, ასევე დღითიური წესრიგის დამყარების ხარისხზე. როგორც მეცნიერებას, ისე რელიგიას თავისი მოქმედების დამოუკიდებელი ასპარეზი გააჩნია. ერთი მატერიალური სამყაროს კვლევისაკენ არის მიმართული, მეორე კი სულიერი სამყაროს ჭერებისაკენ არის ორიენტირებული. რელიგია-სიცოცხლის ხეა, მეცნიერება-შემეცნების ხე. რელიგია ღმერთთან კავშირია, მეცნიერება-ღმერთის მიერ შექმნილ სამყაროსთან. ჯანმრთელობის მეცნიერებას, როგორც არის ვალეოლოგია, მრავალმიმენიერი ისე უყურებს, როგორც XX საუკუნის რელიგიას, ანუ სულიერი აგრესიის მესამე ტაღდას. გასაკვირი არც ის არის, რომ ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ XX საუკუნის ბოლოს წამოაყენა მედიცინის განვითარების ინტეგრალური კონცეფცია, რომლის მთავარი იდეა: „XXI საუკუნის მედიცინა დაცვით-მოკერებითი პოზიციიდან უნდა გადავიდეს სოციალურ-კონსტრუქციულზე, რაც უზრუნველყოფს ადამიანის ჯანმრთელობის განმტკიცებასა და აქტიურ დღეგრძელობას“. მაშ, პრინციპულად უნდა შეიცვალოს ექიმის როლიც: „დაავადების მკურნალისგან“ ის „ჯანმრთელობის კონსტრუქტორად“ უნდა იქცეს, ხოლო „დაავადებათა მედიცინა“ „ჯანმრთელობის მედიცინად“ გარდაიქმნეს. სამწუხაროდ, კაცობრიობის განვითარების ყველა ეტაპზე ჯანმრთელობა არ განიხილებოდა სამედიცინო მეცნიერების პრეროგატივად. ორთოდოქსული (კლასიკური) მედიცინა ყოველთვის დაკავებული იყო ავადმყოფი ადამიანების მკურნალობით. ამასთანავე, დაავადების მიმოქმედებამატიდან ადამიანების გამოყვანა ჯერ კიდევ არ

ნიშნავს, რომ მას ჯანმრთელობა დაუბრუნდა, ე. ი. სიჯანსაღის თვალსაზრისით საუკეთესო მდგომარეობაშია და ნებაყოფლობით და ხალისიანად ასრულებს თავის მოვალეობებს, რაც, ცხოვრებამ (პირადულმა და საზოგადოებრივმა) დააკისრა. თანამედროვე მედიცინის პათოცენტრისტულ შეხედულებათა კვალზე პრაქტიკოსი ექიმი თავისი პროფესიული განათლებით დიაგნოსტიკურების პროცესში კონცენტრაციას ახდენს მხოლოდ დაავადებული ადამიანის ორგანულ პათოლოგიაზე. ასე ცალმხრივი ქმედებით მკურნალი კარგავს დაავადების სრული კლინიკური გამოვლინების რეალური სურათის აღქმას, რითაც შეუძლია დაადგინოს მოცემული დროის რეჟიმში იმ პაციენტების ჯანმრთელობის ხარისხი, რომლებიც ჯერ კიდევ გუშინ ჯანმრთელები იყვნენ. მხედველობაში მისადება ისიც, რომ დაავადების კლინიკური ნიშნების გამოუვლინებლობა ჯერ კიდევ არ ნიშნავს აბსოლუტურ ჯანმრთელობას, რადგან ჯანმრთელობასა და ავადმყოფობას შორის არსებობს მესამე (გარდამავალი) მდგომარეობა, როცა ადამიანი არც ჯანმრთელია და არც ავადმყოფი. ექიმები ჯანმრთელობის მესამე მდგომარეობით, როგორც წესი, არ ინტერესდებიან, რადგან ვერ ფლობენ იმ მიზანდასახულ სადიაგნოსტიკო ხერხებსა და საშუალებებს, რომლებიც საჭიროა ჯანმრთელობის ფორმირების, შენარჩუნებისა და განმტკიცებისათვის. ამას ისიც ემატება, რომ ექიმს საერთოდ არ აინტერესებს ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებანი, ისევე, როგორც ჯანმრთელ ადამიანს – ექიმის პრაქტიკული შემოქმედებითი მოდელაა. ადამიანისა და ექიმის ურთიერთდამოკიდებულებას საინტერესოდ განსაზღვრავს კარლ მარქსი: „ადამიანის სხეული ბუნებით მოკვდავია. ამიტომ დაავადებები გარდაუვალია. რატომ მაინც ადამიანს, მხოლოდ მაშინ მიმართავს ექიმს ადამიანი, როცა ის დაავადებულია, და არა მაშინ, როცა ჯანმრთელია? იმიტომ, რომ არამარტო დაავადება, არამედ თვით ექიმიც არის ბოროტება. მუდმივი საექიმო მეურვეობა სიცოცხლეს ბოროტად აქცევს, ხოლო ადამიანის სხეულს – სავარჯიშო ობიექტად.“

ადამიანთა უმრავლესობა ჯანმრთელი იბადება, მაგრამ ისიც ფაქტია, რომ ხშირად ჩვენი ორგანიზმის ბუნებრივ ძახილს არ ვუსმენთ, ყურადღებას არ ვაქცევთ მის პირველსავე განგაშს – კლინიკურ სიმპტომებს – არადა, ამგვარად მოქცევისას მოსალოდნელი დაავადება იოლად და დროულად აღიკვეთებოდა.

კლასიკურმა სახელმწიფოებრივმა მედიცინამ და ჯანდაცვის სისტემამ, მიუხედავად იმისა, რომ მიაღწიეს უმაღლეს წარმატებებს მედიცინისა და ბიოლოგიის მეცნიერებათა სფეროში, ვერაფერი გააკეთეს ადამიანის ჯანმრთელობის პრობლემის გადაწყვეტის თვალსაზრისით. სახელმწიფოებრივი მედიცინა ყოველთვის იყო და არის მხოლოდ სამკურნალო მედიცინა, „ჯანდაცვა“ კი არასდროს გამხდარა მოსახლეობის ჯანდაცვის ორგანიზატორად. ჯანმრთელობის სისტემის დაწესებულებები დღესაც უპირატესად წარმოდგენილია კლინიკური მედიცინის ორგანიზატორებად. მთავრობამ დღემდე ვერ შეიგნო მოსახლეობის ჯანმრთელობის პირველხარისხოვანი მნიშვნელობა სახელმწიფოს ეკონომიკურ და სულიერ განვითარებაში. ქვეყნის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის პროგნოზირება კი მეცნიერული კვლევის



გაუშლელად შეუძლებელია. მაშ, მედიცინა გადაიქცა ვიწროსპეციალიზებულ სამკურნალო დარგად და თავისი არსით მოგვევლინა მეცნიერებად, რომელიც დაავადებაზეა ორიენტირებული და ყველაზე ნაკლებად კი – ჯანმრთელობაზე.

დღეს მსოფლიოში მოსახლეობის ჯანმრთელობის ფორმირების, შენარჩუნებისა და განმტკიცების მხრივ შეიქმნა მეტად საშიში და პარადოქსული მდგომარეობა: რაც უფრო მეტად განვითარდა მედიცინა, მით უფრო მეტად დაგრძელდა (თანამედროვე ნოზოლოგიური ნომენკლატურის შესაბამისად) პაციენტებისათვის დასმული დიაგნოზების სია. მან შეიძლება მიადწიოს 23 ათასამდე. ეს კი იმას ნიშნავს, რომ თითოეულ ჩვენგანს საშუალოდ უნდა სჭირდეს 20-ზე მეტი დაავადება. ამას ისიც უნდა დაემატოს, რომ ვიწრო სპეციალისტები რეგულარულად იგონებენ ახალ სინდრომებს, პათოლოგიებსა და დაავადებებს. ყოველ შემთხვევაში, გარედან ასეთი სურათი იხატება. ამიტომ ნებისმიერი ადამიანი უნდა ცდილობდეს, დაიცავს ჯანმრთელი ცხოვრების წესი და ორგანიზმის დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმების დროულად ჩართვით შეინარჩუნოს და განიმტკიცოს ჯანმრთელობა.

ჯანდაცვის გაუთავებელი რეფორმები ადამიანის ჯანმრთელობას კი არ ემსახურება, არამედ ხელს უწყობს ავადმყოფთა რაოდენობის ზრდასა და დემოგრაფიული ვითარების გაუარესებას, ჯანდაცვის სისტემასა და სააფთაპო ქსელში ბიზნეს-გარემოს გაუმჯობესებას დაავადებულთა ხარჯზე. ამას ისიც ემატება, რომ იგი კერძო სტრუქტურებშია გადასული, სამინისტროს მხოლოდ სადამსჯელო ფუნქციად დარჩა და საერთოდ ვერ აკონტროლებს ჯანდაცვას. შექმნილია ელიტარული კლინიკები, მათზე წამაღწეულ ლაპარაკობენ ტელევიზორში, და რეკლამას უკეთებენ ოპერაციებს, სხვადასხვა დაავადების მკურნალობას და არავინ არაფერს ამბობს იმაზე, რომ ეს დაავადება არ განჩნდეს. რატომ მიდის ავადმყოფი ოპერაციამდე? რატომ დაავადდა ამა თუ იმ დაავადებით? რატომაა მოშლილი პროფილაქტიკური მედიცინა, რაიონებში ხომ საერთოდ თითქმის ჩაგარდნილია პრევენცია და იქ სპეციალისტების დიდი დეფიციტია... . საყოველთაო დაზღვევის მოდელი ძირითადად გადმოდებულია გერმანიიდან. კი, მაგრამ ჩვენ გერმანიის დონეზე ვართ? ჯანდაცვა რას უნდა ცდილობდეს? უნდა იცავდეს სიცოცხლეს. მაშ, ესაა სიცოცხლის დაზღვევა, მაგრამ ეს დაზღვევა არის უფექტო და მიუღებელი, თუმცა, ეს რომ არ დაენერგათ, სამკურნალო დაწესებულებები გაკოტრდებოდნენ. აქ საუბარია მოსახლეობის მომსახურებაზე, ეკონომიკურად განადგურებულ, ვალების მქონე საავადმყოფოებზე, მილიონობით უმუშევარზე. ექიმი დატოვებს გამოუმუშავებაზე და, თუ მას ავადმყოფი არ ეყოლა, ის ან მოიხსნება, ან უხელფასოდ დარჩება. ექიმი რითაა დაინტერესებული? ავადმყოფით და თუ, ავადმყოფი არ ეყოლა, ტოვებს საავადმყოფოს. რატომაა ამდენი სიკვდილიანობა? იმიტომ, რომ რეფორმა უვარგისია. ჯანდაცვის სამინისტრო არაფერზე პასუხს არ ავებს. ამ დროს სისტემა როგორი უნდა იყოს? ყოველი ავადმყოფის გადარჩენაზე უნდა ზრუნავდეს. საავადმყოფოები ერთ მუშტად უნდა იყოს შეკრული, მართვა და კონტროლი ზემოდან ხდებოდეს. აქ კი რა ხდება? ჯანდაცვის სისტემა ისეთივე ბიზნესად აქციეს, როგორც კარტოფილისა და კომბოსტოს ბიზნესი.

ისიც მოგებაზე მუშაობს და, რაც მეტი ადამიანი გახდება ავად, ბიზნესი მით უფრო მოიგებს. ადრე სამედიცინო ბიზნესი სახელმწიფოსი იყო და ფულსათვის მოსახლეობას ახმარდა, რადგან სახელმწიფო ხალხისა იყო. ამრიგად, ჯანდაცვის სისტემა რეალურად რეფორმის გარეშე დარჩა და მისი ინტერესი გახდა ავადმყოფების რაოდენობის პროგრესული მატება. ამას კი უზარმაზარი ფული შემოაქვს მედიცინაში. ეს თანხა კი აკლდება ხალხს და იღვეება კლინიკების მეპატრონეების ჯიბეებში. ამით წილში ჰყავთ ის ადამიანები, ვინც მათ მხარს უჭერს. ჯანდაცვა მოითხოვს რეალურ რეფორმას, უნდა გაიზარდოს პრევენცია და პროფილაქტიკური მედიცინა. თუ ადამიანი დაავადდა და საავადმყოფოში მოხვდა, სწორედ ეს უნდა გახდეს „განგაშის“ მიზეზი. რეფორმა გასატარებელი პოლიკლინიკებსა და სასწრაფო დახმარების ცენტრებში და, რაც მთავარია, თავად სამინისტროში, რადგან სახელმწიფოებრივმა ჯანდაცვამ ამოწურა თავისი სისტემური შესაძლებლობები, ვერ უზრუნველყო მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვა და პრინციპულად მოითხოვა ამ სოციალური ინსტიტუტის დემონტაჟი დამოუკიდებელი სამსახურების შექმნით ცალკე – ავადმყოფებისა და ცალკე ჯანმრთელი ადამიანებისათვის. აქედან გამომდინარე, ვალეოლოგია უნდა განვიხილოთ, როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“, რომელიც ხელს შეუწყობს პიროვნებისა და ოჯახის კეთილდღეობას, გაზრდის ქვეყნის შრომით პოტენციალს, კულტურის დონეს და ა. შ.

ერთადერთი გზა, რომელმაც უნდა მიიყვანოს ნებისმიერი ადამიანი, ერი და კაცობრიობა ჯანმრთელობასთან – არის ადამიანის შეცვლილი დამოკიდებულება თავისი ჯანმრთელობის მიმართ. მან თვითონვე უნდა გააკეთოს არჩევანი: ჯანმრთელობა თუ ავადმყოფობა. ადამიანს, თავისი ჯანმრთელობის მიმართ უნდა ჰქონდეს მკვეთრად თვამოხატული დადებითი მოტივაცია, რადგან მხოლოდ ჯანმრთელ პიროვნებას შეუძლია მიადწიოს მოთხოვნილებათა იერარქიის უმაღლეს საფეხურს – თვითრეალიზაციას.

ლიტერატურა

1. დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ. – ვალეოლოგია (სანოლოგია-სამედიცინო მიმართულება), როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედაგოგია, თბილისი, 2013, № 15-10-9, 52-54;
2. დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ. – მოზარდების ჯანმრთელობის მართვაში პედაგოგიური ვალეოლოგიისა და სანოლოგიის კრიტერიუმების მნიშვნელობა, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2015, № 9, 46-49;
3. ასათიანი ა. -სამყაროს ღვთიური წესრიგი და პარმონია, როგორც ადამიანის განვითარების ფაქტორი ძველი ადრეული პედაგოგიკაში, საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2014, №13, 88 – 93;
4. დოლიძე ი. – ჯანდაცვის სისტემაში ჰიპერატეს ფიცი სწამთ, მაგრამ ბოლო კი – გასაკვირია, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედაგოგია, 2019, № 21-16-15, 33-36;
5. დოლიძე ი. – ვალეოფილოსოფია – XXI საუკუნის მედიცინის ახალი აზროვნება და მსოფლმხედველობა, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედაგოგია, 2018, № 20-15-14, 29 -35



რეზიუმე

სამყარო. როგორც ვალეოლოგიური ბანათლების შემცნებითი ფუნდამენტი

იბ. დოლიძე

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის უნივერსიტეტი

ბ. ჩახუნაშვილი

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი თსსუ

ყოველ ადამიანს, მათ შორის სპორტსმენებსაც გააჩნია, როგორც ჯანმრთელობის შენარჩუნების, ასევე დაავადების მიმდინარეობის მისეული სპეციფიურობა და თავისებურებები.

ერთადერთი გზა, რომელმაც უნდა მიიყვანოს ნებისმიერი ადამიანი, ვრი და კაცობრიობა ჯანმრთელობასთან – არის ადამიანის შეცვლილი დამოკიდებულება თავისი ჯანმრთელობის მიმართ. მან თვითონვე უნდა გააკეთოს არჩევანი: ჯანმრთელობა თუ ავადმყოფობა. ადამიანს, თავისი ჯანმრთელობის მიმართ უნდა ჰქონდეს მკვეთრად თვამოხატული დადებითი მოტივაციის, რადგან მხოლოდ ჯანმრთელ პიროვნებას შეუძლია მიადვიოს მოთხოვნილებათა იერარქიის უმაღლეს საფეხურს – თვითრეალიზაციას.

SUMMARY

THE WORLD. AS THE COGNITIVE FOUNDATION OF VALEOLOGICAL EDUCATION

IG. DOLIDZE

Doctor of Medicine, Professor, Academician, Georgian University of Physical Education and Sports

G. CHAKHUNASHVILI

Doctor of Medicine, Professor, Academician TSMU

Every person, including athletes, has the specifics and characteristics of maintaining health, as well as the course of the disease.

The only way for any human being, nation and humanity to be healthy – is to change one’s attitude towards one’s health. He has to make his own choices: health or illness.

A person should have a strong positive motivation towards his health, because only a healthy person can reach the highest level of the hierarchy of needs – self-realization.

ადამიანის ჯანმრთელობის რეზერვების ამოქმედების მექანიზმების არსი

ACTIVATION OF HUMAN HEALTH RESERVES THE ESSENCE OF THE MECHANISMS

იბორ დოლიძე

პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

ბიორბი ჩახუნაშვილი

პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

IGOR DOLIDZE

Professor, Doctor of Medicine

GEORGE CHAKHUNASHVILI

Professor, Doctor of Medicine

დღეს, დადგა ის დრო, რომ ჯანმრთელი ადამიანი სამედიცინო კვლევის ობიექტად უნდა გაეხადოთ და ექიმებმა უნდა დაიწყოთ “დაავადების ისტორიის“ გარდა, „ჯანმრთელობის ისტორიის“ შედგენა, რომელიც საშუალებას მოგვცემს შევისწავლოთ ადამიანის ორგანიზმის ფსიქო-ფიზიკური შესაძლებლობები, რათქმა უნდა, მის ახალ პირობებთან შეგუების ხარისხის გათვალისწინებით. ცნობილია, რომ ჯანმრთელობის ძირითადი ნიშანი არის ორგანიზმის მაღალი შემგუებლობა გარეთა გარემოს ცვალებად პირობებთან, ე. ი. ჯანმრთელობა ორგანიზმის ისეთი მდგომარე-

ობაა, როდესაც ყველა მისი ორგანო და სისტემა გაწონასწორებულია გარეთა გარემოს პირობებთან და ამასთან ადამიანს არ აღენიშნება დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები

დღეს, სიცოცხლის მამოძრავებელ ძალად მიჩნეულია ენერგია, თუმცა ამაში, ჯერ კიდევ ვერ გარკვეულია მეცნიერთა დიდი ნაწილი და ვერც მოუძებნეს კონკრეტული ახსნაც. .

ქალის ორგანიზმში, როცა ჩვილი ჩაისახება, მას მექანიკური გზით წინაპრებისაგან გადაეცემა ცხოველმომქმედების პროგრამა: როგორი უნდა იყოს, რისი



უნარი ექნება, რით იცხოვრებს? ამ პროგრამას ენერგეტიკის სახით დედის მუცელში ჩასახული არსება იღებს. ამიტომაც გამოთქმა: მშობლები შვილებთან ერთმანეთთან დაკავშირებულია გენეტიკურად ანუ ენერგეტიკულად. გენეტიკური კოდი, რომელიც განაყოფიერებულ კვერცხუჯრედს გადაეცემა, ადამიანის დაბადებას ანუ თავის სხეულს ელოდება. კოსმოსი ბავშვს კოდს ჩასახვისას, მაშინვე აძლევს. მაშინ, როცა ქალი იცილებს ნაყოფს (ე. ი. იკეთებს აბორტს), გენეტიკური კოდი პატრონის გარეშე რჩება. ის კოსმოსიდან მიღებული ინფორმაციით შეიძლება სხვა დაუუგეგმავ ჩანასახში მოხვდეს. თუ ბავშვი იმ გენეტიკურ ნივთიერებაზე არ იზრდება, რომელიც მისი ზრდა-განვითარებისათვისაა საჭირო, მოსალოდნელია ოჯახში განვითარდეს უცნაური მოვლენები. მეცნიერებმა რეკარნაციული კვლევებით აღმოაჩინეს, იმ ბავშვებს, რომლებიც თანდაყოლილი დეფექტით იბადებოდა, თითოეულს წარსულ ცხოვრებაში სიცოცხლე თვითმკვლელობით ჰქონდათ შეწყვეტილი, ე. ი. ყოველმა მათგანმა დაარღვია ის კოდი, რომელიც მიეცათ ღმერთისაგან და კოსმოსისაგან, ამიტომ, ისინი ორმაგად ისჯებიან – კვლავ იბადებიან და თანაც ფიზიკური ნაკლით.

ღმერთიდან გადმოსული ინფორმაცია წარმოშობს ენერგიას, ენერგია ბალებს მატერიას, მატერია ირღვევა და უბრუნდება ინფორმაციულ საწყისს. სამეაროში ასეთივე სქემით ვითარდება ნებისმიერი პროცესი, ცივილიზაციაც კი. ადამიანის ჯანმრთელობა – ორგანიზმში არსებული ორგანოებისა და სისტემების რეზერვების მაქსიმალური მუშაობის უნარიანი ფუნქციების ხარისხობრივი შენარჩუნებაა. ორგანიზმის ფუნქციური რეზერვების სისტემა სამ ქვესისტემად იყოფა:

ბიოქიმიური, რომელიც წარმოიშობა ნივთიერებათა ცვლის პროცესში;

ფიზიოლოგიური, რაც განთავსებულია უჯრედებში, ქსოვილებში და ორგანოებში;

ფსიქიური.

1-ში იგულისხმება ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციის გაძლიერება (ყოველდღიური მუშაობის პროცესში, წამიერი გადასვლა მოსვენებიდან აქტიურ სამუშაო მდგომარეობაში).

2-ში ჩართვა ხორციელდება ე. წ. ექსტრემალურ პირობებში (ხეჭარბი გონებრივი და ფიზიკური დატვირთვებისას), რომელშიც დამატებით ირთვება ემოციების მექანიზმები.

3-ში რეზერვები მოქმედებას იწყებს მაშინ, როცა ორგანიზმი იმყოფება კრიტიკულ მდგომარეობაში, სიცოცხლის შენარჩუნების ბრძოლის პირობებში.

ენერგეტიკულ რეზერვებს იღებს მხოლოდ პირველი ორი ფაზა.

ადამიანის ჯანმრთელობის ფორმირების პროცესი მიმდინარეობს ბიოენერგეტიკული რესურსების მატების ფონზე. დედამიწაზე ყველა ცოცხალი არსების ცხოველმოქმედების ძირითადი პირობაა – გარეთა გარემოდან ენერგიის შთანთქმის უნარი, მისი აკუმულირების შესაძლებლობა და ცხოველმოქმედების პროცესებისთვის გამოყენება. რამდენადაც მაღალია გამოყენებისათვის მისაწვდომი ბიოენერგეტიკული რეზერვები, მით უფრო სიცოცხლის უნარიანი ორგანიზმი, რადგან სიცოცხლე ნარჩუნდება ენერგიის ხარჯვით.

ადამიანის ჯანმრთელობა არ წარმოადგენს ერთხელ, ბუნებისაგან (ღმერთისაგან) მუდმივად და უცვლელად მინიჭებულ საჩუქარს, ის მოითხოვს ყოველდღიურ მზურნველობასა და მის შენარჩუნებას.

ადამიანის ორგანიზმს გააჩნია მძლავრი დაცვით-მოვიერებითი ხელსაწყოები. კანი და ლორწოვანი გარსები იცავს, როგორც მექანიკური, ასევე თერმული და ქიმიური დაზიანებებისაგან, ისევე, როგორც ინფექციის შეღწევისაგან. სუფთა კანი მიკრობების განვითარებისათვის წარმოადგენს არაკეთილსასურველ გარემოს. საშიშია დაზიანებები, უმთავრესად დაბინძურებული კანისგან, რადგან მიკრობებს შეუძლია მისგან შეიჭრას ქსოვილების სიღრმეში, მოხვდეს სისხლში. დათვლილია ის, რომ აბაზანაში ადამიანის კანიდან ჩამოირეცხება სხვადასხვა მიკროორგანიზმების 20 მილიონიდან მილიარდებამდე რაოდენობა.

დაცვითი რეფლექსები ხველის, ღებინების, დაცემინების, თვალის სახამხამო რეფლექსის, ცრემლდენის სახით აგრეთვე თავისობრივად წარმოადგენს დაცვით შეგუებას ორგანიზმში მიკრობების, შხამების, უცხო სხეულების მოხვედრის საწინააღმდეგო რეაქციას.

დაცემინებისა და ხველების დროს ლორწოსთან ერთად გამოიღვენება არამარტო უცხო ნაწილაკები, არამედ მიკრობების დიდი რაოდენობა; ტუბერკულოზის, გრიპის, პნევმონიის დროს ნახველთან ერთად გამოიყოფა მიკრობების უზარმაზარი რაოდენობა.

ცრემლი, ნერწყვი და ნახველი შეიცავს განსაკუთრებულ ნივთიერებას – ლიზოციმს. რომელიც უნარიანია განაზავოს გონოკოკები, მენინგოკოკები, ქოლერის ვიბრიონები და სხვა დაავადების გამომწვევი ბაქტერიები. კუჭისა და ნაწლავების საჭმლისმომწელებელ წვენებს, გააჩნია რა ბაქტერიომკვლელის თვისებები, ამავე დროს ხელს უწყობს ორგანიზმიდან დამაავადებელი აგენტების გამოდევნას.

ჯერ კიდევ XIX საუკუნეში პათოფიზიოლოგიის პროფესორი ე. ვ. პოდვისოცკი (1881) აღნიშნავდა, რომ წარმოუდგენელია აბსოლუტური ჯანმრთელობა და აბსოლუტური დაავადება, მათ შორის არსებობს ურთიერთკავშირებისა და ურთიერთგადასვლის უსასრულო, მრავალრიცხოვანი ფორმები. უხეში ანალოგიით ჯანმრთელობისა და დაავადების ურთიერთშეფარდების პროცესები შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც ზიარი ჭურჭლების სისტემის ფუნქციონირება: რამდენადაც მაღალია ჯანმრთელობის დონე, მით ნაკლებია პათოლოგიური პროცესის განვითარებისა და მანიფესტაციის შესაძლებლობები, და პირიქით. პათოლოგიური პროცესის გამოვლინება და მისი განვითარება შესაძლებელია მხოლოდ მაშინ, როცა აღინიშნება ჯანმრთელობის მექანიზმების მოქმედების უკმარისობა, მათი შესუსტება ან მოქმედი, პათოლოგიური ფაქტორის სიძლიერე. მხოლოდ ჯანმრთელობის შეფასების რაოდენობრივი ინფორმაციის ფლობის შემთხვევაში, შეიძლება მიზანმიმართული დისკუსიის წარმოება, მოსახლეობის ჯანმრთელობის ფორმირებისა და მისი განმტკიცების ამოცანის დასმა და გადაწყვეტა.

პათოლოგიის ფორმირების პროცესი მიმდინარეობს ჯანმრთელობის ბიოენერგეტიკული რესურსების დაქვეითების ფონზე. დედამიწაზე ყველა ცოცხალი



არსების ცხოველმოქმედების ძირითადი პირობაა – გარეთა გარემოდან ენერჯის შთანთქმის უნარი, მისი აკუმულირების შესაძლებლობა და ცხოველმოქმედების პროცესებისთვის გამოყენება. რამდენადაც მაღალია გამოყენებისათვის მისაწვდომი ბიოენერგეტიკული რეზერვები, მით უფრო სიცოცხლისუნარიანია ორგანიზმი, რადგან სოცოცხლე ნარჩუნდება ენერჯის ხარჯვით.

ადამიანის ორგანიზმის შიდა გარემოს მუდმივობა, რომელიც ჰომეოსტაზის ტერმინით არის ცნობილი, წარმოადგენს ოპტიმალური ცხოველმოქმედების აუცილებელ პირობას. ამით, უნდა იყოს შენარჩუნებული ბიოლოგიური სისტემების შედარებითი სტაბილურობა, როგორც გარეთა, ასევე შიდა გარემო ფაქტორების ზემოქმედების პირობებში. ორგანიზმში განვითარებული ფიზიოლოგიური რეაქციები უზრუნველყოფს ორგანიზმის შეგუებას გარემომცველ გარემოსთან, რაც მიმართულია ბიოლოგიური სახეობის გადასარჩენად, რომელიც გამოქმედდა ფილო- და ონტოგენეზის მიმდინარეობის პროცესში და მიეკუთვნება შეგუებით ფაქტორს. განსაკუთრებული დიდი ფაქტორების ზემოქმედებისას ორგანიზმში ვითარდება ნაწილობრივი სტრუქტურული დაზიანებები, რომელსაც მოქმედებაში მოყავს ის ფიზიოლოგიური რეაქციები, რომლებიც უზრუნველყოფს დარღვეული ფუნქციების კომპენსირებას (კომპენსატორული ფაქტორი).

კომპენსაცია დაპირისპირებული არ არის შეგუებით ცნებასთან – ეს არის ერთ-ერთი კერძო შეგუებითი ფორმის გამოვლინება კონკრეტულ ინდივიდუუმში. ეს ფილოსოფიური ცნებები ერთმანეთთან ისევე არიან დამოკიდებული, როგორც ზოგადი კერძოსთან. მედიცინაში კომპენსაციის ცნება სუფთა ლოგიკური ხასიათისა და გამოყოფილია დეკომპენსაციის ცნებიდან (ან პირიქით): მხედველობაში აქვთ დარღვეული წონასწორობის აღდგენა. აქედან გამომდინარე, ის ფიზიოლოგიური პროცესები, რომლებიც ორგანიზმს უზრუნველყოფენ დაკარგული სტრუქტურების აღდგენას და დარღვეული ფუნქციების შევსებას პათოლოგიის პირობებში, დასაშვებია მათი ერთ ჯგუფში გაერთიანება შემდეგი დასახელებით: „კომპენსატორულ-შეგუებითი პროცესი“.

ფიზიოლოგებმა დაამტკიცეს, რომ ადამიანი ცოცხლობს ნერვული უჯრედების იმ რაოდენობით, რომელიც მან მიიღო დაბადებისთანავე. ამ 10-14 მილიარდი უჯრედიდან, ნაწილი იღუპება ორგანიზმის ცხოველმოქმედების პროცესში. მაინც, რამდენი ? დღეში – ათეული ათასი. ბევრია, ხომ მართალია ! მიუხედავად ამისა, მსგავსი დანაკლისი არ აისახება თავის ტვინის მიერ, შესრულებული ფუნქციის ხარისხზე. როგორც ვხედავთ, ბუნებამ იზრუნა არა მცირე მარაგზე ტვინის მუშაობის სიმტკიცის მხრივ!

ჯანმრთელობის მეცნიერება, რომელიც წარმოადგენილია ვალეოლოგიის (სანოლოგიის) სახით, კვლევის ობიექტად განიხილავს პრაქტიკულად ჯანმრთელ ადამიანს, რომელიც მიეკუთვნება პირამიდული ტიპის ბიოენერგო-ინფორმაციულ სისტემას და შედგება სამი ქვესისტემისაგან: სულიერი, ფსიქიური და ფიზიკურისაგან. სამწუხაროდ, ექიმის შესაძლებლობები მოახდინოს ზემოქმედება ადამიანის სულიერ სფეროზე საგრძობლად შეზღუდულია. კლასიკური მედიცინა ამ სფეროში, განსხვავებით აღმოსავლური მედი-

ციინისაგან მნიშვნელოვნად ჩამორჩება, რადგან მეცნიერულად არა აქვს დამუშავებული სულიერ სფეროში არსებული პრობლემური საკითხები. უნდა გვახსოვდეს, რომ კლასიკური (სახელმწიფოებრივი) მედიცინა ჯერ კიდევ არასრულყოფილია.

გამლიზიანებლების შეღწევის პასუხად აქტიურდება ადვილობრივი დაცვითი ბარიერები – ეს არის ლიმფური სისხლძარღვები და კვანძები ინფილტრაციულ (ლეიკოციტარულ) ფონზე. ადამიანის ორგანიზმის ჯანმრთელობის შენარჩუნების პროცესში ერთვება სანოგენეზური მექანიზმები, როგორც პირველადი, ასევე მეორადი.

პირველადი მექანიზმები ატარებს ნორმალური ფიზიოლოგიური რეაქციების კომპლექსს, ისინი არსებობენ ინტაქტურ, ჯანმრთელ ორგანიზმში და მხოლოდ ასრულებენ სანოგენეზურ როლს პათოგენური აგენტის ორგანიზმში ზემოქმედების პირობებში.

მეორადი სანოგენეზური მექანიზმები არ არის ჩართული ნორმალურ, ჯანმრთელ ორგანიზმში. ის ჩამოყალიბებას იწყებს მხოლოდ პათოლოგიის განვითარების პროცესში, როცა ორგანიზმში იწყება „მსხვერვითი“ რეაქციები.

პირველადი მექანიზმები შეიცავს ადაპტაციურ, დაცვით და კომპენსატორულ ფიზიოლოგიურ რეაქციებს. ადაპტაციურ მექანიზმებში იგულისხმება ორგანიზმის შეჩვევა, შეგუება ახალ სასიცოცხლო პირობებთან, რომელიც წარმოიშვა პათოგენური აგენტის ზემოქმედების შედეგად. პირველადმა სანოგენეზურმა მექანიზმებმა უნდა შეძლოს ორგანიზმის ნორმალური ფუნქციონირება, რათა მასში არ წარმოიშვას ჯანმრთელობისა და დარღვეული ფუნქციების სიცოცხლესთან შეუთავსებლობა. სიტყვა ადაპტაცია წარმოშობილია ლათინური ენიდან “ადაპტაციო”, რაც ქართულად ნიშნავს შეგუებას (შეჩვევას).

ყოველი ჩვენთაგანისათვის ცნობილია ორგანიზმის ფიზიოლოგიური ადაპტაციის არსი. მაგალითისთვის ავიღოთ სირბილი, ჩვენ გვინდა დავეწიოთ დაძრულ მატარებელს. ამ დროს ადამიანის ორგანიზმში დაუყოვნებლივ ღრმავდება სუნთქვა და ხშირდება გულისცემა (პულსი). რისთვის? საქმე იმაშია, რომ სირბილის დროს მკვეთრად იზრდება კუნთური მუშაობა, ეს კი მოითხოვს გაზრდილ ენერგეტიკულ უზრუნველყოფას, კუნთებს სჭირდება მეტი ჟანგბადი, მეტი საკვები ნივთიერებები, რაც სისხლის საშუალებით უნდა მიეწოდოს. გახშირებული და გაღრმავებული სუნთქვა აძლიერებს სისხლის ოქსიგენაციას, ე. ი. სისხლს აჯერებს ჟანგბადით. გახშირებული პულსი იმაზე მიუთითებს, რომ გულმა დაიწყო გახშირებული კუმშვაობა, რათა დროის მოკლე მონაკვეთში უფრო მეტი სისხლი მიაწოდოს კუნთებს, რათა დროულად მიიღოს მეტი ჟანგბადი და საკვები ნივთიერებები. ამგვარად, ორგანიზმი განიცდის ადაპტირებას, შეგუებას გარეთა გარემოს ცვალებად პირობებთან.

ჰომეოსტაზის დაცვის მიზნით ანალოგიური სიტუაცია ვითარდება ყველა შემთხვევაში მაშინ, როცა მოქმედებას იწყებს პირველადი ადაპტაციური სანოგენეზური მექანიზმები, რომლის პირობებში ორგანიზმი ადაპტირებას განიცდის პათოგენური ფაქტორის ზემოქმედების მიმართ. მაგალითად, ავადმყოფის ცხელებისა და გარეთა გარემოს მაღალი ტემპერატურის დროს აღნიშნება გაძლიერებული ოფლდე-



ნა, სრული დატვირთვით მუშაობას იწყებს საოფლე ჯირკვლები, ოფლი კანის ზედაპირიდან ინტენსიურად ორთქლდება, აორთქლებულ ზედაპირს აკლდება სითბო, მკვეთრად ფართოვდება კანის სისხლძარღვები, ხშირდება პულსი და კანის გაფართოებული სისხლძარღვებიდან გარეთა გარემოში გამოიყოფა სისხლში არსებული დიდი რაოდენობის სითბო (სითბო, რომელიც ცირკულირებს ორგანიზმის შინაგან ორგანოებში). ოფლდენის დროს მკვეთრად გახშირებული და გაღრმავებულია სუნთქვა, რის მეშვეობით ფილტვებიდან დიდი რაოდენობით გამოიდევენება გამოთბარი ჰაერი. ყველა ეს მოქმედებები საშუალებას აძლევს ორგანიზმს იმუშაოს მკვეთრად მომატებულ ტემპერატურის პირობებში. ანატომიური ბარიერით წამოდგენილია კანი და ლორწოვანი გარსები. არამარტო მათი მთლიანობა, არამედ გამოყოფილი საოფლე, ცხიმოვანი და სხვა ჯირკვლები, რომელთა გამოყოფილი სეკრეტი ორგანიზმს იცავს მიკრობების ჩანერგვისაგან.

დავუშვათ, რომ ადაპტაციური მექანიზმები აღმოჩნდა უძლური და პათოგენურმა აგენტმა შეაღწია ორგანიზმის შიდა გარემოში და ამ დროს შესაძლებელია განვითარდეს დაავადება? არავითარ შემთხვევაში! ბრძოლაში ჩაერთვება სანოგენეზური მექანიზმების შემდეგი ხაზი – დაცვითი, სანოგენეზური მექანიზმების ეს ჯგუფი ან ლოკალიზებას გაუკეთებს პათოგენურ აგენტს შეაღწიოს ორგანიზმის რომელიმე უბანში ან ის გამოდევნოს ორგანიზმიდან. მაგალითად, ადამიანმა საკვებით მიიღო რაღაც მანე ნივთიერება ორგანიზმისათვის, რომელსაც შეუძლია გამოიწვიოს დაავადება. ამ შემთხვევაში, მაშინვე დაიზიანდება კუჭის ნერვული რეცეპტორები, ნერვული დაბოლოებები, რომელიც განთავსებულია კუჭის კედელში. ეს გაღიზიანება წარმოშობს ღებინებას, საიდანაც გამოიდევენება კუჭში მოხვედრილი შხამიანი ნივთიერებები. ე. ი. ამოქმედდება სანოგენეზის დაცვითი მექანიზმი – პათოლოგიური გამღიზიანებლის ორგანიზმიდან გამოდევნის მექანიზმი.

დაცვითი მექანიზმები წარმოდგენილია სხვადასხვა ევოლუციურად გამოქმენებული მექანიზმებით, რომლებიც პასუხისმგებელია ორგანიზმის დაცვაზე მასზე სხვადასხვა დამაზიანებელი ფაქტორების, როგორც ეგზოგენური, ასევე ენდოგენური წარმოშობის ზემოქმედებების დროს. ასეთი მექანიზმები არსებობს და თავის დაცვით მოქმედებას რეალიზებას უკეთებს სიცოცხლის პროცესს არამარტო ჯანმრთელ, არამედ დაავადებულ ორგანიზმში. სხვადასხვაგვარი დაცვითი მექანიზმების უზრუნველყოფა განპირობებულია:

ორგანიზმში მრავალი პათოგენური ფაქტორების ჩანერგვისა და დამაზიანებლების ორგანიზმზე ზემოქმედების თავიდან აცილებით;

პათოგენურ ფაქტორებთან ერთად წარმოშობილი დაზიანებების ლოკალიზაცია;

როგორც ეგზოგენურად, ასევე ენდოგენურად წარმოშობილი პათოგენური ფაქტორების რღვევა (განადგურება), ხოლო ეს ნიშნავს მაკროორგანიზმზე მათი დამაზიანებელი მოქმედების შეწყვეტას.

კომპენსატორული მექანიზმები ირთვება და აქტიურდება დაკარგული ან მკვეთრად დარღვეული სტრუქტურებისა და ფუნქციების ჩანაცვლების მიზნით. ეს მექანიზმები ვითარდება, როგორც წესი, ან წარმოშობილი პათოლოგიური პროცესების ფონზე

ორგანიზმის სისტემებს, ორგანოებს, ქსოვილებსა და უჯრედებს ან ორგანიზმსა და გარეთა გარემოს შორის დარღვეული წონასწორობების შედეგად. მაგალითად, კენტი ორგანოს ან წვეილი ორგანოებიდან ერთი მათგანის ნაწილის დაზიანებისას დარჩენილი დაუზიანებელი ღვიძლის, თირკმლების, თირკმელზედა ჯირკვლების, სათესე ჯირკვლის, საკვერცხის და სხვა ორგანოების უჯრედულ-ქსოვილოვანი სტრუქტურები განიცდის ჰიპერტროფიის, დარღვეული მორფოლოგიური წარმონაქმნების კომპენსირებული ფუნქციების განვითარების პროცესს.

შემგუებლობითი (ტეშმარიტად ადაპტაციური ან ადაპტური) მექანიზმები, ისევე როგორც დაცვითი მექანიზმები ყოველთვის არსებობს ჯანმრთელ ორგანიზმში, და, როგორც წესი, აქტიურდება დაავადებულ ორგანიზმში. ეს მექანიზმები, პირველ რიგში, აფერხებს წარმოშობილი წონასწორობის გადახრას როგორც ორგანიზმის შიგნით, ასევე ამ უკანასკნელსა და გარეთა გარემოს შორის; მეორე შემთხვევაში, ასუსტებს და ნორმალდე აბრუნებს ამ დარღვეულ წონასწორობას როგორც ქსოვილებს, ორგანოებსა და ორგანიზმის შიდა სისტემებსა და აგრეთვე, ორგანიზმსა და გარეთა გარემოს შორის.

დაავადების პათოგენეზის შესწავლისას განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა დაცვით მექანიზმებს, ევოლუციის პროცესში გამოქმენდა: ბარიერული წარმონაქმნები, შემგუებლობითი და კომპენსატორული რეაქციები.

ბარიერები – ეს არის მორფოლოგიური და მორფო-ფუნქციური წარმონაქმნები, რომლებიც იცავს ორგანიზმს პათოგენური ფაქტორების ზემოქმედებისაგან. მათ მიეკუთვნება კანი, ლორწოვანი გარსები, თავის ქალას ძვლოვანი საფარველი, მუცლის წინა კედელი, ნაწლავები, რეტიკულო-ენდოთელური სისტემა – ყველაფერი ეს მორფოლოგიური წარმონაქმნები, მორფო-ფუნქციური ბარიერები მიეკუთვნება ჰისტოჰემატურ და ჰემატოენცეფალურ ბარიერებს. ისინი თავისთავად წარმოადგენენ შემაერთებულ ქსოვილოვანი ელემენტებისა და კაპილარების ერთობლიობას, რომელიც იმყოფება სისხლსა და ქსოვილებს შორის, და აგრეთვე სისხლს, თავზურგტვინის სითხესა და თავის ტვინს შორის. ჰისტოჰემატური ბარიერი უზრუნველყოფს შემაღვნილობისა და ქსოვილოვანი სითხის ფიზიკურ-ქიმიური თვისებების მუდმივობას, და აგრეთვე მასში აფერხებს უცხო ნივთიერებების სისხლიდან გადასვლას. ჰემატოენცეფალური ბარიერი იცავს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, აფერხებს უცხო ნივთიერებების ან დარღვეული ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების შეჭრას ლიქვორში, რომელიც სისხლშია შესული. ბარიერები თავიდან აცილებს დაავადების წარმოშობასა და განვითარებას, ხოლო მათი წარმოშობისას ზღუდავენ პათოგენური ფაქტორის გავრცელებას, ლოკალიზებას უკეთებს დაზიანებულ კერას.

დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმები ირთვებიან მანე ფაქტორების ზემოქმედებისას და წარმოდგენილია უპირობო (პირობით რეფლექტორული რეაქციებით) რეფლექსებით. უპირობო რეაქციები მიმართულია ორგანოსა და ქსოვილის პათოგენური ფაქტორის (ხველა, ცხვირის დაცემინება, თვალის ხამხამი, სისხლძარღვების სპაზმი და ა. შ.) კონტაქტიდან განთავისუფლებისკენ.





მაგნე ფაქტორთან განმეორებით კონტაქტისას ვითარდება პირობით-პათოგენური რეაქცია (გახშირებული გულისცემა, არტერიული წნევის მომატება, ნერწყვდენა, ცრემლდენა). პირობით-პათოგენური რეაქციების მოქმედება მეტად ხანგრძლივია. კომპენსატორული პროცესები წარმოიშობა პათოგენური ფაქტორის ხანგრძლივი

ორგანიზმის ნორმალური ცხოველმოქმედების აღდგენის პროცესი, დაავადებულ ორგანიზმში მოქმედებისას და ხასიათდება ორგანოს ჰიპერტროფიის განვითარებით, რეზერვული უჯრედების ჩართვით, რეპარატული რეგენერაციით (ერითროციტების, ლეიკოციტების დაჩქარებული წარმოქმნა, კარდიომოციტების მიოფიბრილებისა და მიტოქონდრიების ახალწარმოქმნა), წყვილი ორგანოების (თირკმლები, ფილტვები) ან ორგანოსა და სისტემის, მომიჯნავე ორგანოების (ღვიძლის და შარდგამომყოფი სისტემის) ფუნქციების გაძლიერება.

გამოჯანმრთელების მექანიზმები. გამოჯანმრთელება – ეს არის დაავადების შემდეგ დარღვეული ფუნქციების აღდგენა და მისი შეგუება გარემომცველ გარემოსთან. გამოყოფენ:

სწრაფი არამდგრადი (ავარიული) მექანიზმები. ისინი წარმოდგენილია დაცვითი რეფლექსებით – მაგალითად, სტრესის დროს გლიუკოკორტიკოიდებისა და კატექოლამინების გამოყოფა;

შედარებით მდგრადი მექანიზმები, ზემოქმედებენ დაავადებულ ნორმალურობის მიმდინარეობის მთელ პერიოდში: აღინიშნება რეზერვული უჯრედების – ლეიკოციტების მატება, ერითროციტოზი; რეგულირებული სისტემების ჩართვით დგინდება თბოპროდუქციის დაქვეითება გარემომცველი გარემოს მომატებული ტემპერატურისას.

გახანგრძლივებული მდგრადი მექანიზმები – კომპენსატორული ჰიპერტროფია, რეპარატული რეგენერაცია, ანტიხეულების გამომუშავება, ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში პლასტიური თვისებების ცვლილებები, დაცვითი შეკავება, პირობითი რეფლექსების გამომუშავება და უპირობო რეფლექსების გაძლიერება. პათოგენუზის მექანიზმების ცოდნა უზრუნველყოფს ავადმყოფის საიმედო მკურნალობას და დაავადების პროფილაქტიკას. პათოგენეტური თერაპიის პრინციპები შეიცავს სიმპტომატურ თერაპიას, დეზინტოქსიკაციურ და იმუნოდეპრესიულ თერაპიას; მკურნალობას, რომელიც მიმართულია ორგანიზმის რეზისტენტობის გასაძლიერებლად; ტიპური პათოლოგიური პროცესების დროს დესენსიბილიზაციასა და მიზნობრივ თერაპიას.

თანამედროვე მეცნიერულ – ტექნიკური პროგრესის ეპოქაში ადამიანის ორგანიზმში არსებულ დრმა საიდუმლოებას წარმოადგენს მასში მიმდინარე ბიოენერჯის დაგროვების პროცესი, თუმცა გარკვეულწილად ჩვენთვის ცნობილია, რომ ე. წ. მიტოქონდრიები (უჯრედშიდა ენერჯის შექმნელი „მიკროფაბრიკები“) ადამიანის ორგანიზმში ასრულებენ ენერჯის შექმნის ფუნქციას, რაზედაც დამოკიდებულია ორგანიზმის ნორმალური ცხოველმოქმედება. თუმც არსებობს სხვა მოსაზრებაც, მაგალითად, მღვდელმთავარ ლუკას (კონინო -იასენეცკის) გამოხატულებაში: „სიყვარულის ენერჯით, რომელიც ღმერთის ყოვლადკეთილი ნებით გადმოიღვრება, ღმერთის სიტყვით დასაბამი მისცა ენერჯის ყველა დანარჩენ ფორმას, რომლებმაც, თავის

მხრივ, თავდაპირველად ნაწილაკები წარმოქმნეს, ხოლო შემდეგ მათი მეშვეობით – მთელი მატერი-ალური სამყარო“.

უკანასკნელ წლებში მეცნიერებს გააჩნია გარკვეული ხასიათის წარმოდგენა ორგანიზმის ბიოენერგეტიკულ პროცესებზე, სადაც დასაბუთებულია ადამიანის ორგანიზმში დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმების დროული ჩართვის ეფექტურობა ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით. აქვე, აღიარებულია ისიც, რომ ორგანიზმი თავისი სიცოცხლისათვის საჭირო ენერჯიას იღებს, როგორც ბიოსფეროდან (ჰაერის, წყლის, საკვების სახით), ისე კოსმოსიდან. ადამიანის ორგანიზმი თავისი სხეულისათვის საჭირო ენერჯიის ორ მესამედს იღებს კოსმოსიდან (ამ მოვლენას მართლმადიდებლები მიიჩნევენ ღმერთის წყალობად, ინდოელი იოგები კი „პრანად“), რაც ხმარდება როგორც ორგანიზმის (სუნთქვის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, შარდსასქესო და ა. შ.) მუშაობის შესრულებას, ისე ადამიანის სოლიდარული შენარჩუნებისა და მისი ფსიქიკური მოღვაწეობის ადექვატობას ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

ლიტერატურა:

მღვდელმთავარი ლუკა (ვონინო – იასენეცკი) – „მეცნიერება და რელიგია“, „სული, სამშეინველი და სხეული“ თბილისი, 2003, 145 გვ.

Н. А. Агаджанян, А. Ю. Катков – Резервы нашего организма, Изд-во „Знание“ М., 1990, 233 стр.

იგ. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი – სანოვაციისა და გაჯანსაღების მექანიზმების რეგულაციის პრინციპები // ბავშვთა კარდიოლოგია № 10 38 – 42

იგ. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი – ნორმის ფენომენი პრაქტიკულ მედიცინაში // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, თბილისი 2017, № 19-14-13, 47– 51.

ლიტერატურა საბავშვო მოხსენების:

სამყარო, როგორც ვალეოლოგიური განათლების შემეცნებითი ფუნდამენტი

ი. დოლიძე, ჩახუნაშვილი გ. – ვალეოლოგია (სანოვაციისა -სამედიცინო მიმართულება), როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, თბილისი, 2013, № 15 – 10– 9, 52 -54;

ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი – მოზარდების ჯანმრთელობის მართვაში პედაგოგიური ვალეოლოგიისა და სანოვაციის კრიტერიუმების მნიშვნელობა, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2015, № 9, 46-49;

ა. ასათიანი – სამყაროს ღვთიური წესრიგი და პარმონია, როგორც ადამიანის განვითარების ფაქტორი ძველი აღთქმის პედაგოგიაში, საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2014 № 13, 88-93;

ი. დოლიძე – ჯანდაცვის სისტემაში ჰიპოკრატეს ფიცი სწამთ, მაგრამ ბოლო კი – გასაკვირია, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2019, № 21-16-15, 33-36;

5 ი. დოლიძე – ვალეოფილოსოფია – XXI საუკუნის ახალი აზროვნება და მსოფლმხედველობა, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2018, № 20-15-14, 29-35.



რეზიუმე

ადამიანის ჯანმრთელობის რეზერვების ამოქმედების მექანიზმების არსი

იგორ დოლიძე

პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

ბიორბი ჩახუნაშვილი

პროფესორი, მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი

დღეს, დადგა ის დრო, რომ ჯანმრთელი ადამიანი სამედიცინო კვლევის ობიექტად უნდა გავხადოთ და ექიმებმა უნდა დაიწყოთ „დაავადების ისტორიის“ გარდა, „ჯანმრთელობის ისტორიის“ შედგენა, რომელიც საშუალებას მოგვცემს შევისწავლოთ ადამიანის ორგანიზმის ფსიქო-ფიზიკური შესაძლებლობები, რა თქმა უნდა, მის ახალ პირობებთან შეგუების ხარისხის გათვალისწინებით. ცნობილია, რომ ჯანმრთელობის ძირითადი ნიშანი არის ორგანიზმის მაღალი შემგუებლობა გარეთა გარემოს ცვალებად პირობებთან, ე. ი. ჯანმრთელობა ორგანიზმის ისეთი მდგომარეობაა, როდესაც ყველა მისი ორგანო და სისტემა გაწონასწორებულია გარეთა გარემოს პირობებთან და ამასთან ადამიანს არ აღენიშნება დაავადებისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები.

უკანასკნელ წლებში მეცნიერებს გააჩნია გარკვეული ხასიათის წარმოდგენა ორგანიზმის ბიოენერგეტიკულ პროცესებზე, სადაც დასაბუთებულია ადამიანის ორგანიზმში დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმების დროული ჩართვის ეფექტურობა ჯანმრთელობის შენარჩუნების მიზნით. აქვე, აღიარებულია ისიც, რომ ორგანიზმი თავისი სიცოცხლისათვის საჭირო ენერგიას იღებს, როგორც ბიოსფეროდან (ჰაერის, წყლის, საკვების სახით), ისე კოსმოსიდან. ადამიანის ორგანიზმი თავისი სხეულისათვის საჭირო ენერგიის ორ მესამედს იღებს კოსმოსიდან (ამ მოვლენას მართლმადიდებლები მიიჩნევენ ღმერთის წყალობად, ინდოელი იოგები კი „პრანად“), რაც ხმარდება როგორც ორგანიზმის (სუნთქვის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, შარდსასქესო და ა. შ.) მუშაობის შესრულებას, ისე ადამიანის საღი აზროვნების შენარჩუნებისა და მისი ფსიქიკური მოღვაწეობის ადექვატობას ყოველდღიურ ცხოვრებაში.

SUMMARY

ACTIVATION OF HUMAN HEALTH RESERVES THE ESSENCE OF THE MECHANISMS

IGOR DOLIDZE

Professor, Doctor of Medicine

GEORGE CHAKHUNASHVILI

Professor, Doctor of Medicine

Today, the time has come to make a healthy person the object of medical research, and physicians must begin to compile a "history of health" in addition to a "history of illness," which will allow us to explore the psycho-physical capabilities of the human body. considering. It is known that the main sign of health is the high tolerance of the organism to the changing conditions of the external environment, I. e. Health is a condition of the body when all its organs and systems are balanced with the external environmental conditions and at the same time a person does not have any clinical signs characteristic of the disease.

In recent years, scientists have come up with some ideas about the bioenergetic processes in the body, which proves the effectiveness of timely involvement of protection-compensatory mechanisms in the human body in order to maintain health. It is also recognized that the body receives the energy it needs for its life, both from the biosphere (air, water, food) and from space. The human body receives two-thirds of the energy needed by its body from space (Orthodox believe that this is God's grace, and Indian yoga is called "prana"), which is used to work both the body (breathing, gastrointestinal tract, urogenital tract, etc.) and humans. The adequacy of maintaining common sense and his mental activity in daily life.

კლავგური ნაკადის გამოყენება პროკურსორული უჯრედების სტიმულაციისთვის, კრიტიკული მდგომარეობების დროს

A JOINT USE OF PLAZMATIC IN ORDER TO COMMITE PROGENIC PRECURSORS IN CRITICAL CONDITION

ზვ. ხელაძე, ს. ჯაიანი, ბ. ტუტსკირიძე

კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი, თბილისი საქართველო

ZV KHELADZE, S. JAANI, B TSUTSKIRIDZE

Institute of critical care medicine, Tbilisi Georgia

აქტუალობა: კრიტიკული მდგომარეობა მოიცავს ორგანოებისა და ქსოვილების ცალკეული უბნის დისტროფიულ ცვლილებებსა და ნეკროზს. ამის გამო კრიტიკულ მდგომარეობათა მკურნალობა უმთავრესად ამა თუ იმ ორგანოსა და ქსოვილის დაუზიანებელი უბნების შენარჩუნებისა და მათი ფუნქციის გამართვაზეა გათვლილი. თუმცა, კრიტიკული მდგომარეობების ლიკვიდაციის საქმეში პროგრესის მიღწევა შეუძლებელია დაზიანებული უბნების აღდგენის გარეშე. ამ პროცესების მიზანდასახული მართვის

ლი უბნების შენარჩუნებისა და მათი ფუნქციის გამართვაზეა გათვლილი. თუმცა, კრიტიკული მდგომარეობების ლიკვიდაციის საქმეში პროგრესის მიღწევა შეუძლებელია დაზიანებული უბნების აღდგენის გარეშე. ამ პროცესების მიზანდასახული მართვის



პრობლემს კი კრიტიკულ მედიცინაში დღემდე არ დასმულა. უფრო მეტიც, დღეს მედიცინაში ფართოდ განხილული საკითხი სხვადასხვა სახის დაავადებათა დროს დაზიანებულ ქსოვილთა ღერძული უჯრედების მეშვეობით რეპარაციის შესახებ, ამჟამად მხოლოდ პროგნოზული ღერძული უჯრედების ტრანსპლანტაციის სახითაა წარმოდგენილი და მისი კომბირების პროცესის უშუალოდ ორგანიზმში მართვის პრობლემაცამდე არ დასმულა.

მიზანი და ამოცანები: ღერძული უჯრედების დიფერენცირების პროცესს მართვაკრიტიკული მდგომარეობის დროს პლაზმური სხივით.

მასალა და მეთოდები შესწავლილია 26(100%) ავადმყოფი, 7,0(26,9%) ქალი და 19,0(73,0%) მამაკაცი. ზრდასრული ასაკის იყო 9(34,6%), გარდამავალის 4,0(15,3%), ხოლო ხანშიშესული და მოხუცი ასაკის 13,0(50%) ავადმყოფი. 7,0(26,9%) შემთხვევაში კრიტიკული მდგომარეობა ასოცირებული იყო იშემიურ ინსულტთან, 7,0(26,9%) – ბრონქოპნევმონიასთან, 5,0(19,2%) – ჰემორაგიულ ინსულტთან, 2,0(7,6%) – პოლიტრავმასთან, 2,0(7,6%) – ქალა-ტვინის მიიმე ტრავმასთან, 2,0(7,7%) – ღვიძლის უკმარისობასთან, 1,0(7,7%) – მიიმე სეფსისთან და 1,0(3,8%) – ავთვისებიან ნეორეპტიკურ სინდრომთან. კლინიკაში მოთავსებისას 18,0(69,2%) მათგანს აღენიშნებოდა სუნთქვის მწვავე უკმარისობა, ხოლო, 8,0(30,8%) ავადმყოფს მწვავე უკმარისობა ჩამოუყალიბდა მკურნალობის შემდეგ დღეებში. ჰიპოვლემიური შოკის მდგომარეობაში იყო 2,0 (7,7%), ტრავმულ შოკში – 2,0(7,0%), სეპტიკური შოკის მდგომარეობაში – 2,0(7,7%) ავადმყოფი. სხვა ავადმყოფებს სისხლის მიმოქცევის მწვავე უკმარისობის სურათი ჩამოუყალიბდა მკურნალობის შემდეგ ეტაპზე. ასევე კრიტიკული მდგომარეობის სხვადასხვა ეტაპზე 22,0(84,6%) ავადმყოფს ჩამოუყალიბდა ტვინის შემუკება, 3,0(11,5%) – ჰიპეტარგია და 1,0(3,8%) – ურემია; ინფექციური გენეზის გართულებები განუვითარდა 16,0(61,5%) ავადმყოფს. მათ შორის 16,0(61,5%) – ტრაქეობრონქიტი, 13,0(56,0%) – ბრონქოპნევმონია, 5,0(19,2%) – ცისტეტი და 2,0(7,7%) ავადმყოფს სეფსისი. კლინიკაში შემოსვლისას 23,0(88,5%) ავადმყოფი იმყოფებოდა ცერებლარული კომის მდგომარეობაში, დანარჩენებს – 3,0(11,5%) – ს კომის მდგომარეობა განუვითარდა მოგვიანებით ეტაპზე. კომის სიღრმე „გლასგოს სკალის“ მიხედვით (9, 34, 6%) შემთხვევაში 3-5 ბალი იყო, 3,0(23,1%) შემთხვევაში – 6-8 ბალი, ხოლო 14,0(53,8%) შემთხვევაში – 9-12 ბალი, კლინიკაში შემოსვლისას apache-2 სისტემით გამოკვლევისას 5,0(19,2%) – 21-30 – ს, ხოლო 8,0(30,8%) -31-ზე მეტ ქულას. ყველა ავადმყოფი ნამკურნალები იყო კრიტიკულ მდგომარეობათა მკურნალობის სახელმწიფო სტანდარტების მიხედვით, რომელიც მოიცავდა ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციას, შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებებს, წყლითა და ელექტროლიტების უზრუნველყოფას, პალენტრალურ და ენტერალურ კვებას, ანტიოქსიდანტურ თერაპიას და სხვა ღონისძიებებს. ამ ფონზე მათ უტარდებოდათ არგონის ნეიტრალური გაზიდან წარმოქმნილი პლაზმური სხივებით მკურნალობა შესაბამისი პატენტის მიხედვით. ამ ჯგუფის ავადმყოფთა კლინიკაში დაყოფნა შეადგენდა 9,4 1,2 დღეს, ლეტალობა – 30, 8%, ინვალიდობა აღენიშნებოდა

ყველა გადარჩენილ 18,0(69,2%) ავადმყოფს, მათ შორის 6,0(23,0%) ავადმყოფის სიცოცხლე იყო სხვაზე დამიკიდებული, ხოლო 12,0(46,1%) ავადმყოფს დამოუკიდებლად შეეძლო არსებობა. ამ ჯგუფის ავადმყოფებში თითოეული საწოლდღის ღირებულება 317,3 \$ ექვივალენტ ღირს შეადგენდა. საკონტროლო ჯგუფში შესწავლილი იყო 27,0(100%) იდენტური ავადმყოფი. ყველა ავადმყოფი ნამკურნალები იყო ტრადიციული მეთოდით, რომელიც ეყრდნობოდა კრიტიკულ ავადმყოფთა მკურნალობის სახელმწიფო სტანდარტს. ამ ავადმყოფთა კრიტიკული დეკლარაციას 12,4+3,0 დღე დასჭირდა. ლეტალობა ამ ჯგუფში 44,4% იყო. გადარჩენილი ავადმყოფთა გან ღრმა ინვალიდობა აღენიშნებოდა 8,0(29,6 %) ავადმყოფს და მათი სიცოცხლეც მხოლოდ ასოცირებული ფორმით იყო შესაძლებელი. ამ უკანესკნელთაგან 3,0(11,1%) შემთხვევაში ჩამოყალიბდა ქრონიკული ვეგეტატური მდგომარეობა. დარჩენილ 7,0(35,9) ავადმყოფს კი შეეძლო სიცოცხლის დამოუკიდებელი სახით გაგრძელება და ინვალიდობის ხარისხი მათში შედარებით სუსტად იყო გამოხატული. ამავადმყოფების თითოეული საწოლდღის ღირებულება შეადგენდა 390,6\$ ექვივალენტ ღირსში.

ამ ავადმყოფთა კვლევის სპეციალური მეთოდები წარმოდგენილი იყო ძვლის ტვინის და პერიფერიული სისხლის უჯრედების რაოდენობის, აგრეთვე ძვლის ტვინის ფუნქტატის მუავატუტოვანი წონასწოების, ღერძული და იმუნოკომპეტენტური უჯრედების რაოდენობის შესწავლით. რომელიც წარმოებდა საყოველთაო ადიარებულ მეთოდებით.

შედეგი და განსჯა. პლაზმური სხივებით მკურნალობის დამთავრების შემდეგ, რაც კრიტიკული მდგომარეობის მე-4-7 დღეს შეესაბამებოდა, საწყის მანევრებლებთან (1-3-ე დღე) შედარებით ძვლის ტვინში სტატისტიკურად სარწმუნოდ გაიზარდა ნეიტროფილების ის პოპულაციები, რომლებიც მოიცავდა პრომიელოციტებს (2,3 +0,1; P<0,001), მიელოციტებს (14,7+0,7; P<0,001), მეტამიელოციტებს (8,2+0,1; P<0,01) და ჩხირბირთვიან (12,2 +0,6; P,0,001) უჯრედებს. ამ თვალსაზრისით სტატისტიკურად სარწმუნოდ გაიზარდა, აგრეთვე, ეუზინოფილების (9,5+0,8 ; P<0,001) და პროერიტობლასტების რაოდენობაც (2,2 +0,2; P<0,001). საკულისხმოა, რომ მოგვიანებით პერიოდში (კრიტიკული მდგომარეობის მე-8-15 დღე), კრიტიკული მდგომარეობის პირველ დღეებთან შედარებით (1-3-ე დღე) გამოკვლეული პარამეტრების უმრავლესობა კვლავ მომატებული რჩებოდა, მაგრამ თითოეული მათგანი სტატისტიკურად არა სარწმუნოდ (P<0,005) განსხვავდებოდა შესადარებელი სიდიდებისაგან. კრიტიკული მდგომარეობის მე-8-15 დღეს ასევე სტატისტიკურად არასარწმუნო იყო (P<0,05) თითოეული ამ მანევრებლის სიდიდის განსხვავება უშუალოდ პლაზმური სხივებით მკურნალობის დამთავრების შემდეგ (კრიტიკული მდგომარეობის მე-4-7 დღე) მიღებულ მანევრებლებთან.

პერიფერიული სისხლის უჯრედების შესწავლის დროს, კრიტიკული მდგომარეობის მე-4-7 დღეს, საწყის მანევრებლებთან (1-3-ე დღე) შედარებით, სტატისტიკურად სარწმუნოდ მოიმატა ერითროციტების, (5,2+0,2 უჯრ. /მლ) ლეიკოციტების (10,7+0,6 უჯრ. /მლ) მათ შორის ჩხირბირთვიანების (13,1+0,1, P<0,



001) რაოდენობამ. ამ ფონზე პერიფერიული სისხლის სხვა უჯრედების რაოდენობა სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ იცვლებოდა (P<0,05). კრიტიკული მდგომარეობის მე-8-15 დღეს ასევე სტატისტიკურად არასარწმუნოდ (P<0,05) იცვლებოდა თითოეული ამ პარამეტრთაგანი მე-4-7 დღეს და 1-3-ე დღეს მიღებულ მანევრებელთან შედარებით.

ძელის ტვინის პუნქტატის მუავა-ტუტოვანი წონასწორობის შესწავლისას, პლაზმური სხივებით მკურნალობის დამთავრების შემდეგ, რაც კრიტიკული მდგომარეობის მე-4-7 დღეს შეესაბამებოდა, საწყის მანევრებლებთან (1-3-ე დღე) შედარებით სტატისტიკურად სარწმუნოდ იყო მომატებული ჟანგბადის პარციალური წნევა (43,2+-1,8; მმ. ვერცხ. სვეტ. P<0,001). სხვა პარამეტრების ცვლილებები კი სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ იყო (P<0,05). ასევე სტატისტიკურად არასარწმუნოდ მონაცემები (P<0,05) მიღებული იყო ძელის ტვინის პუნქტატის მუავა ტუტოვანი წონასწორობის შესწავლისას კრიტიკული მდგომარეობის მე-8-15 დღეს. ამ დროს მიღებული თითოეული პარამეტრის სიდიდე უმნიშვნელოდ განსხვავებოდა პლაზმური სხივებით მკურნალობის დაწყებამდე (კრიტიკული მდგომარეობის მე-1-3 დღე) და პლაზმური სხივებით მკურნალობის დამთავრების თანავე (კრიტიკული მდგომარეობის მე-4-7 დღე) მიღებული სიდიდეებისაგან.

ღერძული და იმუნოკომპეტენტური უჯრედების რაოდენობის ცვლილებების შესწავლისას, უშუალოდ პლაზმური სხივებით მკურნალობის დამთავრების შემდეგ (კრიტიკული მდგომარეობის მე-4-7 დღე), საწყის მანევრებლებთან (კრიტიკული მდგომარეობის მე-1-3-დღე) შედარებით, სტატისტიკურად სარწმუნოდ

(P<0,05- 0,001) გაიზარდა CD 3 (39,0+-0,9%), CD 4 (27,3+-0,9%), CD 34 (10,9+-0,4%) და CD 72 (11,6+-0,2%) უჯრედების რაოდენობა. ამ თვალსაზრისით CD 8 პოპულაციის უჯრედთა ცვლილება სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ ყოფილა (P<0,05). საგულისხმოა, მკურნალობის დამთავრებიდან მოგვიანებით პერიოდში (კრიტიკული მდგომარეობის მე-8-15 დღე) მიღებულ მანევრებლებში კრიტიკული მდგომარეობის მე-1-3 დღეს რევისტრირებულ მანევრებლებთან შედარებით კვლავ რჩებოდა მაღალი, თუმცა ამ თვალსაზრისით მათი სხვაობა სტატისტიკურად სარწმუნოდ არ ყოფილა (P<0,05). ასევე არ იყო ნანახი სტატისტიკურად სარწმუნოდ განსხვავება კრიტიკული მდგომარეობის მე-8-15 დღეს და მე-4-7 დღეს მიღებული მანევრებლების შედარებისას (P<0,05).

აღნიშნული მონაცემების ანალიზი უჩვენებს რომ, პლაზმური სხივებით მკურნალობის შემდეგ, ადგილი აქვს ძელის ტვინის და პერიფერიული სისხლის ერიტროციული, ლეიკოციტური და თრომბოციტური ახალგაზრდა ფორმის უჯრედების რაოდენობის მკვეთრ მატებას, ამასთან, ეს მომატება სტაბილურად მაღალი რჩება კრიტიკული მდგომარეობის პირველი-ორი კვირის განმავლობაში. პარალელურად, ძელის ტვინში იზრდება ჟანგბადის პარციალური წნევა. საგულისხმოა აგრეთვე პროგენიტული ღერძული და იმუნოკომპეტენტური უჯრედების მკვეთრი ზრდა. ამ ფონზე აღინიშნება კრიტიკული მდგომარეობის გართულებების და ლეტალობის შემცირება, აგრეთვე ინვალიდობის ხარისხის გაუნჯობესება, კრიტიკული მდგომარეობათა ლიკვიდაციისათვის საჭირო დროის შემოკლება და მკურნალობის ღირებულების გაიაფება.

რეზიუმე

პლაზმური ნაკადის გამოყენება პროგენური უჯრედების სტიმულაციისთვის, კრიტიკული მდგომარეობების დროს

ზვ. ხელაძე, ს. ჯაიანი, ბ. ცუცქირიძე
კრიტიკული მედიცინის ინსტიტუტი, თბილისის საქართველო

შრომაში აღნიშნული მონაცემების ანალიზი უჩვენებს რომ, პლაზმური სხივებით მკურნალობის შემდეგ, ადგილი აქვს ძელის ტვინის და პერიფერიული სისხლის ერიტროციული, ლეიკოციტური და თრომბოციტური ახალგაზრდა ფორმის უჯრედების რაოდენობის მკვეთრ მატებას, ამასთან, ეს მომატება სტაბილურად მაღალი რჩება კრიტიკული მდგომარეობის პირველი-ორი კვირის განმავლობაში. პარალელურად, ძელის ტვინში იზრდება ჟანგბადის პარციალური წნევა. საგულისხმოა აგრეთვე პროგენიტული ღერძული და იმუნოკომპეტენტური უჯრედების მკვეთრი ზრდა. ამ ფონზე აღინიშნება კრიტიკული მდგომარეობის გართულებების და ლეტალობის შემცირება, აგრეთვე ინვალიდობის ხარისხის გაუნჯობესება, კრიტიკული მდგომარეობათა ლიკვიდაციისათვის საჭირო დროის შემოკლება და მკურნალობის ღირებულების გაიაფება.

SUMMARY

A JOINT USE OF PLAZMATIC IN ORDER TO COMMITTE PROGENIC PRECURSORS IN CRITICAL CONDITION

ZV KHELADZE, S. JAIANI, B TSUTSKIRIDZE
Institute of critical care medicine, Tbilisi Georgia

As a result of joint use of plasmatic radiation a clear cut increase quantity of marrow and peripheral blood cell erythrocytes as well as leucocytes and thrombocytes, especialliy of young cells takes place. Besides, the above mentioned increase stays stable during the first couple of weeks of critical conditions. Parallel to the above mentioned increase of patrial pressure oxygen in bone marrow takes place. Considerable growth of progenic axial and immune competitive cells showing a tendency towards stability is significant as well. Having considered the above mentioned, decrease of accompanying complications, improving the indices of lethality and level of disability, shortening the time necessary to heal the patients and bring them out of the critical condition and back to health which means cutting down on treatment expenses as well is of big importance indeed.



პრაქტიკოსი ექიმებისათვის Practicing Physicians

აპივიტის, აპიკორის, აპიპულმოსა და აპიპეპატის კომპლექსური გამოყენების საფუძვლები ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციულ კარდიოლოგიაში

FUNDAMENTALS OF THE COMPLEX USE OF APIVIT, APICOR, APIPULMO AND APIPHEPATI IN THE PREVENTIVE CARDIOLOGY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი
(თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი,
საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

G. CHAKHUNASHVILI, N. JOBAVA, K. CHAKHUNASHVILI, G. CHAKHUNASHVILI
(Tbilisi State Medical University, Georgian Association of Pediatric Cardiologists)

ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციული კარდიოლოგიაში უმნიშვნელოვანესია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მონიტორინგი. სწორედ, ამიტომ პრევენციული კარდიოლოგია ბავშვთა ასაკიდან იწყება და ეს შესაძლებელია, მხოლოდ უნდა გადავიღოთ ეკვ და გულდასმით გავეშიფროთ ის. ექიმებისათვის უმნიშვნელოვანესია დროულად განისაზღვროს სხვადასხვა დაავადებათა დრო პათოლოგიურ პროცესში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ჩაბმის ხარისხი, რომელიც მნიშვნელოვნად ე. კ. გ-ის პროფესიონალურ შეფასებაზე დაფუძნებული(1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20).

დროულად და ფაქიზად აღმოჩენილი ელექტროკარდიოგრაფიული მანევრებლები კი საშუალებას იძლევა გავატაროთ პირველ ეტაპზე პრევენციული მედიკამენტოზური მკურნალობა. (21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50)

რა თქმაუნდა სასურველია, თუ ეს პრევენციული ღონისძიებანი განხორციელდება ბუნებრივი, არა ქიმიური პრეპარატებით. (51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69)

სწორედ, ზემო აღნიშნულიდან გამომდინარე ჩვენ მიზნად დავისახეთ შეგვესწავლა და გაგვეანალიზებინა ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციული კარდიოლოგიაში აპივიტის, აპიკორის, აპიპულმოსა და აპიპეპატის კომპლექსური გამოყენების შესაძლებლობანი.

კვლევის მასალა და მეთოდოლოგია: შრომაში გაანალიზებულია თბილისის ბავშვთა კლინიკებისა თუ პოლიკლინიკებში და საქართველოში პუმანიტარულ აქციებში გასინჯული 2012 -2019 წწ-ის 5 000 შემთხვევა (0-დან 18 წლამდე ასაკის ხშირად მოავადე, არამოავადე, სპორტით დაკავებული, სპორტის გარეშე მყოფი, მოცეკვავე ბავშვი და მოზარდი), სადაც დაავადებათა დიაგნოზთა დასასმელად კლინიკურ

მონაცემებთან და კვლევის თანამედროვე ბიოქიმიურ და იმუნოლოგიურ მეთოდებთან ერთად მიმდინარეობდა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კვლევის უსისხლო ხელმისაწვდომი კვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია (15 განხრაში), კაპილაროსკოპია და რა თქმა უნდა ექოკარდიოგრაფია და სხვა.

აღნიშნულ კონტიგენტს (გამორიცხვით, რომ მათ ფუტკრის პროდუქტებზე არ ჰქონდათ ალერგიული რეაქციები) კლინიკური, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული მონაცემების სკუპულოზური გაანალიზების შემდეგ სხვადასხვა კომბინაციითა და ხანგრძლიობით ეძლეოდათ აპიპრეპარატები: „აპივიტი“, „აპიკორი“, „აპიპეპატი“ და „აპიპულმო“.

„აპივიტი“ (APIVIT)

/რეგისტრაციის და თარიღი რ-020845 2016-11-22 – 2021-11-22/ ფარმაკოლოგიური ჯგუფი/ქვეჯგუფი: ჯგ. იმუნომოდულატორები.

ქვ/ჯგ.: მცენარეული წარმოშობის

„აპიპულმო“ (APIPULMO)

/ რეგისტრაციის და თარიღი #რ-024219 2018-09-01 – 2023-09-01 /

ნატურალური სრულფასოვანი კომპლექსი: ვიტამინები + მინერალები + ამინომჟავები... შეიცავს: ამინომჟავების 22 სახეობას 20% პროტეინს ალბუმინების სახით, ვიტამინებს (A, B1, B2, B5, B6, ჩ, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ბიოტინს, რუტინს, ბეტა-სიტოსტერინი (ფოსფოტერინი), მიკროელემენტებს (Fe, ჩა, Mg, ძნ, ჩუ, F), გლიკოზიდებს, ქლოროფილს. ეფექტურია: 1. სასუნთქი სისტემის მწვავე და ქრონიკული ანთებითი დაავადებების დროს ბრონქიტები, პნევმონიები, ტუბერკულოზი 2. ქრონიკული პიპოქსიის 3. (უანგზადის დეფიციტის) დროს, რადგან ხელს უწყობს ფილტვების ვენტილაციას, მათში უანგზადის მიწოდების გაუმჯობესებას; 4. ვიტამინების, მინერალების და ამინომჟავების დეფიციტის შესავსებად (პიპოვიტამინოზების დროს); 5. მოზარდთა სიმალლეში ზრდისას, ვინაიდან უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და



განვითარების პროცესებს; 6. იმუნოდეფიციტური მდგომარეობების დროს, რადგანაც გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები. 7. ქრონიკული დაღლილობის სინდრომის დროს: გადაღლა, გონებრივი და ფიზიკური შრომისუნარიანობის დაქვეითება; 8. ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში. 9. შაქრიანი დიაბეტის და ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის დროს; 10. სტრესის და ნერვული დაძაბულობისას ღოზირება: 1 წლამდე 1/4 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 1 წლიდან 3 წლამდე 1/3 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 3 წლიდან 5 წლამდე 1/2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 5 წლიდან 12 წლამდე 1 ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 12 წლიდან 2-3 ტაბლეტი 3 ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთჯერ. საჭიროების შემთხვევაში დასაშვებია ღოზების გაორმაგება. წინააღმდეგვებები: ინდივიდუალური აუტანლობა გამოშვების ფორმა: ტაბლეტი 0,35; არ არის დაფარული საღებავიანი გარსით. შეფუთვაშია 60 (30X2) ტაბლეტი.

აპიკორი (APIKORI)

რეგისტრაციის და თარიღი #რ-024217 2018-09-01
– 2023-09-01/ ნატურალური სრულფასოვანი კომპლექსი ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპონენტების შემცველი ფუტკრისა (ყვავილის მტვერი, ფუტკრის რძე) და ყურძნის პროდუქტის ნაზავია. იგი მდიდარია ყველა იმ ნივთიერებით, რომლებიც განაპირობებენ ორგანიზმის ნორმალურ ცხოველქმედებას.

მოქმედების მექანიზმი: აუმჯობესებს მიოკარდიუმის კუმშვად ფუნქციას, აძლიერებს საგულე გლიკოზიდების კარდიოტროფულ და თერაპიულ ეფექტს; ახდენს ანტიქოლესტერინემიულ და ანტიოქსიდანტურ მოქმედებას, იცავს სისხლძარღვთა კედლებს ათეროსკლეროზული დაზიანებისაგან, აქვეითებს გულის იშემიური დაავადების განვითარების რისკს; აუმჯობესებს მხედველობას; აწესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები; ხელს უწყობს ორგანიზმის გაწმენდას, აუმჯობესებს ცხიმოვან ცვლას და წონაში დაკლებას; ხსნის ნერვულ დაძაბულობას სტრესების დროს, აუმჯობესებს ძილს; ხსნის „პახმელიას“. ახდენს არტერიული წნევის ნორმალიზებას, აუმჯობესებს ვეგეტოსისხლძარღვოვან რეგულაციას, ანტიმულირებს ჰემოპოეზს.

აპიჰეპატი (APIHEPATI)

რეგისტრაციის და თარიღი #რ-024218 2018-09-01
– 2023-09-01 / ნატურალური სრულფასოვანი კომპლექსი წარმოადგენს ბუნებრივ, ნატურალურ მცენარეულ კომპონენტთა ჯამს: წიწვოვანის ექსტრაქტის, ფუტკრისა(ყვავილის მტვერი, ფუტკრის რძე) და ყურძნის პროდუქტების ნაზავს, რომლებიც აუცილებელია ორგანიზმის ნორმალური ცხოველქმედებისა და სხვადასხვა დაავადებების პროფილაქტიკისათვის მოქმედების მექანიზმი: ზრდის ორგანიზმის ფიზიკურ და გონებრივ შრომისუნარიანობას; აწესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას, უანგვალდგენით პროცესებს; გააჩნია რადიოპროტექტორული მოქმედება, უზრუნველყოფს მიმდებარე მეტალების გამოდევნას, თავისუფალი რადიკალებისა და ტოქსინების განეიტრალებას; პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებადიან, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებას და უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; აუმჯობესებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, კუჭის, დვიდლის, ელენთის ფუნქციას. პრეპარატს აქვს ლიპოტროფული ეფექტი (დვიდლის უჯრედებიდან გამოაქვს ზედმეტი ცხიმი), აღადგენს ჰეპატოციტების ფუნქციას, ხელს უშლის ნაადრევ დაბერებას; გააჩნია ანტირადიაციული და ანტიკანცეროგენული თვისებები; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები;

ოფს მიმდებარე მეტალების გამოდევნას, თავისუფალი რადიკალებისა და ტოქსინების განეიტრალებას; პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებადიან, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებას და უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; აუმჯობესებს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, კუჭის, დვიდლის, ელენთის ფუნქციას. პრეპარატს აქვს ლიპოტროფული ეფექტი (დვიდლის უჯრედებიდან გამოაქვს ზედმეტი ცხიმი), აღადგენს ჰეპატოციტების ფუნქციას, ხელს უშლის ნაადრევ დაბერებას; გააჩნია ანტირადიაციული და ანტიკანცეროგენული თვისებები; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები;

ზემო აღნიშნული კვლევების გარდა ანამნეზში დიდი ყურადღება ექცეოდა დაღლილობას, კარდიოლოგიას, ანთროპომეტრულ მახვენებლებს, შრომისუნარიანობასა და წლის განმავლობაში სეზონური დაავადებების დინამიკას;

შრომაში რაოდენობრივი მახვენებლების სარწმუნოების 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). $t > 1,96$ $p < 0,05$ და $\chi^2 > 3,84$, $p < 0,05$ (10, 11). მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS-ის გამოყენებით.

არსებული შედეგების ანალიზით დგინდება, რომ თანამედროვე ეტაპზე ბავშვთა კარდიო-რემატოლოგიის მრავალი საკითხი მოითხოვს დაზუსტებას და იგი, როგორც კლინიციისტთა, ასევე მეცნიერ-მკვლევართა უაღრესად საინტერესო კვლევის სფეროს წარმოადგენს. ეს შეეხება ბავშვთა ასაკში შუილის არსებობას, მიტრალური სარქველის პროლაფსს, სხვადასხვა სახის არითმიებს, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობას, ათეროსკლეროზს, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კლინიკურ იმუნოგენეტიკას, ართრიტების მრავალფეროვან გამოხატვას და ა. შ.

უკანასკნელ წლებში შუილის მრავალი კარდიოლოგიური თუ ექსტრაკარდიოლოგიური წარმოშობის გამომწვევი მიზეზია დადგინილი. კერძოდ, შუილის მრავალი სახეობა ფიქსირდება გულის თანდაყოლილი და შექნილი (რემატოული და არარემატოული) მანკების, მწვავე (ვირუსულ-ბაქტერიული) და ქრონიკული ინფექციების დროს. აქვე აღვნიშნავთ, რომ თანამედროვე ეტაპზე უმნიშვნელოვანესია ახალშობილებში სკრინინგ პულს ოქსიმეტრის გამოყენება, რაც ხელს შეუწყობს გულის თანდაყოლილი მანკების დროულ დიაგნოსტიკას და თავიდან აგვაშორებს დაგვიანებული ოპერაციებს, რომლებიც შემდგომში თავის პრობლემებით ბავშვთა კარდიო-რემატოლოგიისათვის რთული სამართავია. ზემოაღნიშნულ დაავადებათა გარდა, ყურადღებას იპყრობს მუკოვისციდოზის, ჰიპოთირეოზის, გლიკოგენოზის, ადიპოზოგენიტალური სინდრომის, D – ჰიპერვიტამინოზის, კარდიტის, რემატოიდული ართრიტის, სისტემური წითელი მგლურას და სხვა დაავადებების დროს წარმოშობილი შუილი. ბოლო ათეული წლებია კი დიდი ყურადღება ეთმობა პედიატრების მხრივ მიტრალური სარქველის პროლაფსის დიაგნოსტიკას; როგორც ცნობილია, იგი შესაძლებელია იყოს პირველადი და იდიოპათიური.



რაც შეეხება მეორადი მიტრალური სარქველის პროლაპსის ნაადრევ დიაგნოსტიკას, მას მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება პათოლოგიურ პროცესში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ჩაბმის ხარისხის განსაზღვრავად და დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმის პროგნოზირებისათვის.

ბავშვთა ასაკში არითმიების საკითხი და მისი შესაბამისი მკურნალობით ტაქტიკის ძიება ერთ-ერთი უადრესად საჭირო, მაგრამ შეუსწავლელ პრობლემად რჩება. თვით ეგრეთწოდებული, „იდიოპათიური“ სინუსური ტაქიკარდია არამარტო პედიატრებისა და კარდიოლოგების, არამედ კარდიოქირურგების ყურადღების ცენტრშიცაა. ამასთან ერთად აღსანიშნავია, რომ ევროპის სამუშაო ჯგუფის მიერ შემუშავებულია ელექტროკარდიოსტიმულაციის რეკომენდაციები, რომლებიც ძირითადი კატეგორიაა წარმოდგენილი, სადაც მეექვსე ნაწილი ბავშვთა ბრადიარითმიის პრობლემას ეხება. აქვე აღვნიშნავთ, რომ არითმიების პრობლემას ბავშვთა ასაკში შედარებით ამსუბუქებს თანამედროვე პორტატული კარდიომონიტორინგი თავისი სპეციალური ალგორითმებით.

0-დან 18 წლამდე ასაკის ხშირად მოვადე, არამოვადე, სპორტით დაკავებული, სპორტის გარეშე მყოფი, მოცეკვავე ბავშვის თუ მოზარდის გულ-სისხლძარღვთა სისტემა მოითხოვს ასაკობრივად ვარჯიშთა რაციონალურად წყობას დოზირებული დატვირთვით, შრომისუნარიანობის კონტროლს, რათა თავიდან იქნას აცილებული ახალგაზრდათა დაავადებები.

ასევე უმნიშვნელოვანესია მოცეკვავეთა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მონიტორინგი.

სწორედ ამიტომ პრევენციული კარდიოლოგია ბავშვთა ასაკიდან იწყება და

ეს შესაძლებელია, მხოლოდ უნდა გადავიდოთ ეკბ და გულდასმით გაეშიფროთ ის.

როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ ექიმებისათვის უმნიშვნელოვანესია დროულად განისაზღვროს სხვადასხვა დაავადებათა დრო პათოლოგიურ პროცესში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ჩაბმის ხარისხი, რომელიც მნიშვნელოვნად ე. კ. გ-ის პროფესიონალურ შეფასებაზეა დაფუძნებული.

ჩვენს შრომებში არაერთხელ გავუსვით ხაზი, რომ – ყოველთვის პარკუჭების ჰიპერტროფია მოიცავს შესაბამისად ელექტროდერმის გადახრას მარჯვნივ ან მარცხნივ.

– თუ პარამეტრები არასრულია შეიძლება ვიმსჯელოთ შესაბამისად პარკუჭთა გადატვირთვასა და გადაძაბვაზე (მარჯვენა პარკუჭთან დაკავშირებით- ჰიპერტენზიის ნიშნებზეც კი მცირე წრეში).

– ეკგ-ს სკუულოზური წაკითხვა ყოველივე მოითხოვს განსკუთრებულ კომპეტენტურ ცოდნასა და გამოცდილებას.

– ავლნიშნავთ, რომ ჩვენი მრავალწლიანი კლინიკური გამოცდილებით პარკუჭთა ჰიპერტროფიამდე, რომელიც კლასიკურად უკვე არსებობს, თავისი ყველა ეკგ ნიშნებით, პრევენციული კარდიოლოგიისათვის გამოყვავით ეკგ ცვლილებების შესაძლო ოთხი ფაზა:

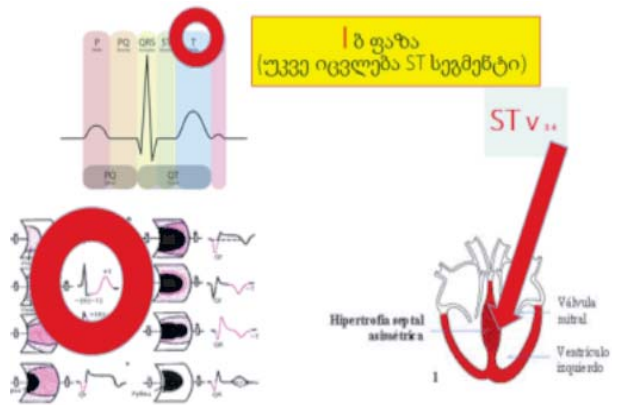
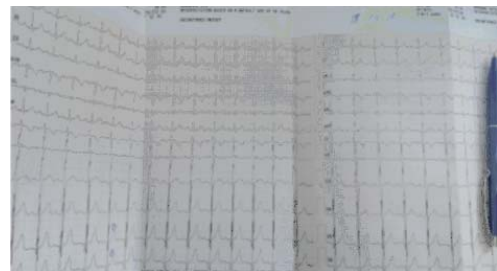
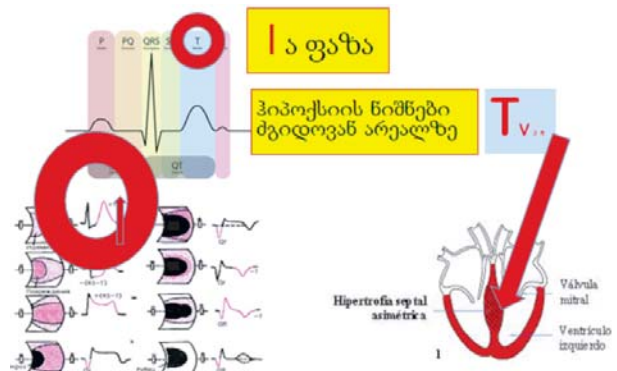
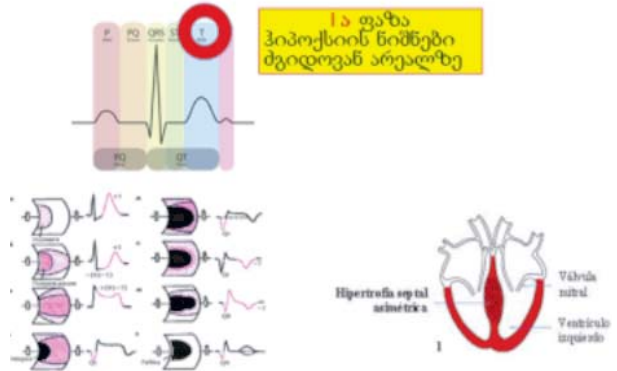
- 0
- I ა-I ბ
- II ა-II ბ
- III
- IV

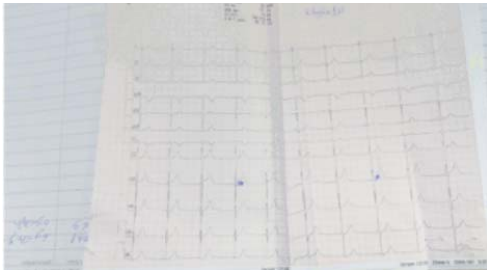
0 ფაზა

ეკგ ჰიპოქსიის ნიშნებისა და კორონალური უკმარისობის ცვლილებების გარეშე მგვილვან არეალზე

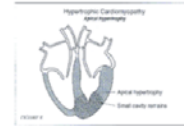
ანუ

ეკგ ასაკობრივი ნორმის ფარგლებში.

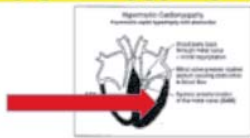




და IV ფაზა
 მარცხენა პარკუჭის კლასიკური ჰიპერტროფია, რომელიც შეძლებისდაგვარად თავიდან უნდა ავიცილოთ. ეს კი შესაძლებელია; მხოლოდ უნდა ვეცადოთ, რომ მოხდეს წინა ფაზების დროული დიაგნოსტიკა.

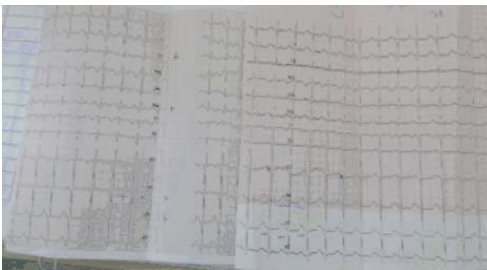
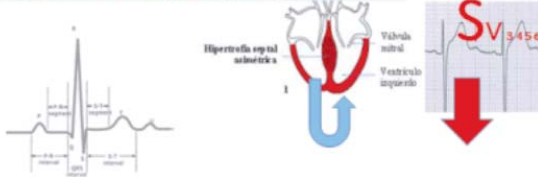


II ა ფაზა
 (მარცხენა პარკუჭის გადაძაბვა)

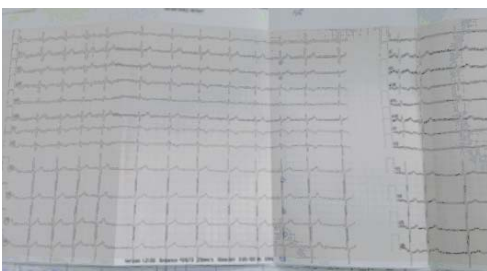
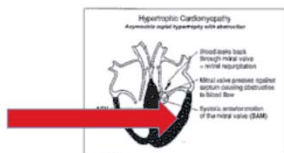


II ბ ფაზა

მარჯვენა პარკუჭთან დაკავშირებული ჰიპერტროფიის ნიშნები მცირეწრეში



III ფაზა
 (მარცხენა პარკუჭის გადატვირთვა)



ბავშვთა ასაკში სწორად შეფასებული გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კლინიკური მდგომარეობასთან ერთად გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ინსტრუმენტული მონაცემების კერძოდ კი ეკგ-ეს მაჩვენებლების სწორი ანალიზი და მართვა ეს უკვე მოზრდილთა კარდიოლოგიის დიდი პრევენციაა.

ამგვარად, დაკვირვებებმა და მონაცემების სკუპულოზურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ აპიკიტის, აპიპულმოსა, აპიკორისა და აპიპეპატის სხვადასხვა კომბინაციებით 2 თვიანი მიღების შემდეგ ბავშვებსა და მოზარდებში აღინიშნება:

დაღლილობისა და კარდიალგიის მკვეთრად დადებით დინამიკა ($p < 0,05$);

დინამიკაში უმჯობესდება ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებები – T კბილთა სიმამლე ($p < 0,05$), ST სეგმენტის ფორმები ($p < 0,05$), S და R კბილების ზომები ($p < 0,05$).

ანთროპომეტრული მაჩვენებლების გაუმჯობესება ($p < 0,05$);

შრომისუნარიანობის მკვეთრი მატება ($p < 0,05$).

წლის განმავლობაში სეზონური დაავადებების მკვეთრი კლება.

დასკვნა:

აპიკიტის, აპიკორის, აპიპულმოსა და აპიპეპატის კომპლექსური გამოყენება რეკომენდებულია არა მარტო ბავშვთა და მოზართა პრევენციულ კარდიოლოგიაში, არამედ მათ მოქმედების უფრო ფართო სპექტრი გააჩნიათ.

ლიტ:

1. „ბავშვთა კარდიოლოგია“ №13. 2019. 42-46 გვ ბავშვთა და მოზართა პრევენციული კარდიოლოგიის საფუძვლები სპორტსმენებისა და მოცეკვავეებისათვის. გ. ს. ჩახუნაშვილი, ყ. ფალავა, ნ. ჯობავა, ირ. კორინთელი, კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია) <http://sppf.info/pdf/cardio-2019.pdf>
2. ანტიოქსიდანტური აქტივობის მქონე მცენარეთა ნაერების ქიმიური შესწავლა / ვ. ხოსიტაშვილი, ლ. ხოსიტაშვილი, ნ. მინდიაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, მ. სუთიაშვილი // საქართველოს ქიმიური ჟურნალი. – თბილისი, 2008. – ISSN 1512-0686. – N8(2). – გვ. 184-185. – რეზიუმე ქართ. რუს. და ინგლ. ენებზე [MFN: 16499]
3. მედიცინის მეცნიერება და აუცილებელი გზა XXI საუკუნეში მისი განვითარებისაკენ “ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული” / გიორგი ჩახ-





უნაშვილი //სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2009. – N11-6-5. – გვ. 54-60[MFN: 35033]

4. "ტყის ნობათის" ახალი წამლის ფორმის ტექნოლოგიის, რეცეპტურის და სტანდარტიზაციის მეთოდის შემუშავება / ვ. ხოსიტაშვილი, პ. ა. იაფინი, გ. ჩახუნაშვილი, ლ. ხოსიტაშვილი, ლ. ჭურაძე, თ. რუხაძე //სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2009. – N11-6-5. – გვ. 66-70[MFN: 35042]

5. მცენარეული სიროფი "მენჯ-უნის" ზოგადტოქსიკური მოქმედების შესწავლა / ვ. ჩახუნაშვილი, ვ. ხოსიტაშვილი, ლ. ხოსიტაშვილი, კ. მულკეიჯანიანი //სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2008. – N10-5-4. – გვ. 29-33[MFN: 35060]

6. სპორტსმენებში ფარმაკოლოგიური საშუალებებისა და ბიოლოგიურად აქტიური კვებითი დანამატების (კარტანი, აპივიტი, აპიკორი, აპიპინი-აპიპულმონ, აპიპინკო-აპიპეპატი) XXI საუკუნეში გამოყენების პერსპექტივა / ვ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, ხ. ლასარეიშვილი, ზ. კახაბრიშვილი, დ. ტაბუცაძე //სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2007. – N9-4-3. – გვ. 27-31[MFN: 35144]

7. ქართული კვებითი დანამატები და მათი ფიზიკურ-ქიმიური დახასიათება / ვ. ჩახუნაშვილი, ვ. ხოსიტაშვილი, ლ. ხოსიტაშვილი, ნ. ჯობავა // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2005. – N7-2-1. – გვ. 39-40. – რეზიუმე ქართ. ენ. [MFN: 35307]

8. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კლინიკურ-ინსტრუმენტული მახასიათებლები მუკოვისციდოზის დროს ბავშვებში / ნ. ბადრაიშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურიძე, ნ. ჯობავა, მ. ხეცურიანი, თ. ჩხეიძე, ქ. კვაჭაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2007. – N1. – გვ. 29-31[MFN: 35377]

9. ფარისებური ჯირკვლის ეუთირეოიდული ჰიპერპლაზია ბავშვებში: (გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობა) / ლ. კომშიაშვილი, ლ. გუჯაბიძე, თ. აბულაძე, გ. ჩახუნაშვილი, თ. მარინაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2007. – N1. – გვ. 46-48[MFN: 35410]

10. ბავშვთა კარდიოლოგია XXI საუკუნეში: გულ-სისხლძარღვთა დაავადების პრევენციისათვის ბავშვთა ასაკში (კორონალური უკმარისობა და მისი პედიატრიული ასპექტი) / ვ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2008. – N2. – გვ. 9-12[MFN: 35444]

11. გამოსმაურება მსოფლიო მიმართულებაზე "Cardiac Risk in the Young": გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაადრევ მორფოფუნქციურ ცვლილებათა დროული გამოვლენა და საწვრთო პროცესების თანამედროვე მართვა მოზარდ სპორტსმენებში (ფეხბურთელებში) / მაია აღთუნაშვილი, გიორგი ჩახუნაშვილი //ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2008. – N2. – გვ. 13-14[MFN: 35449]

12. პერინატალურიაში ტრანზიტორული ჰიპოქსია და ე. კ. გ.-ს დიაგნოსტიკური ღირებულება / თ. მჭედლიშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, მ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2008. – N2. – გვ. 19[MFN: 35464]

13. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებათა მართვის თანამედროვე ხედვა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში / ვ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი //ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2009. – N3. – გვ. 9-17[MFN: 35489]

14. ლექტინების გამოყენების პერსპექტივა XXI საუკუნის მედიცინაში / ე. ბაირამოვი, გ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2009. – N3. – გვ. 38-39[MFN: 35502]

15. მაღალი კვალიფიკაციის მოჭიდებების საწვრთნო პროცესების მართვა / ზ. კახაბრიშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2009. – N3. – გვ. 40-41[MFN: 35514]

16. რადიოპროტექტორული თვისებების მქონე ფენოლური ნაერთებით მდიდარი მცენარეების შერჩევა და მათი გამოყენება პარასამკურნალო პრეპარატების მისაღებად / ვაჟა ხოსიტაშვილი, ლევან ხოსიტაშვილი, ნანული მინდიაშვილი, გიორგი ჩახუნაშვილი, მარინე სუთიაშვილი // საქართველოს სოფლის მეურნეობის მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე. – თბილისი, 2007. – ISSN 1512-2743. – დეკემბერი. – N21. – გვ. 250-253. – რეზ. რუს. და ინგლ. ენ. [MFN: 37320]

17. საქართველოში ბავშვთა კარდიოლოგიის აქტუალური საკითხები და მისი განვითარების პერსპექტივები XXI საუკუნეში / ვ. ჩახუნაშვილი // სოციალური პედიატრია. – თბილისი, 2003. – N4. – გვ. 13-14[MFN: 37543]

18. ვერომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის კურსი (ბავშვთა და მოზარდთა უსაფრთხოება მეცნიერული გზით მედიცინა და სპორტი) / ვ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2010. – N12-7-6. – გვ. 29-30. – ტექსტი ქართ. და ინგლ. ენაზე[MFN: 55626]

19. სპორტული წვრთნის პროცესში სასმელი "ივერიული-ფიტოს" ჩაბმის აუცილებლობა / კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, ნ. თოფურიძე, ზ. შაქარაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი //სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2010. – N12-7-6. – გვ. 35[MFN: 55634]

20. ST სეგმენტი და T-კბილი ჯანმრთელ ბავშვებსა და ზოგიერთი ანთებად და არაანთებად დაავადებების დროს პედიატრიაში (NEHB-ის განხრების გამოყენების პერსპექტივა პედიატრიაში პრევენციული კარდიოლოგიის საკითხები) / ვ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2010. – N4. – გვ. 9-23[MFN: 55728]

21. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობის დროს სპორტსმენ ბავშვებსა და მოზარდებში: [დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის საკითხები] / ვ. ჩახუნაშვილი, ი. დოლიძე, თ. გოგატიშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2010. – N4. – გვ. 39-41[MFN: 55738]

22. მედიცინის, სპორტის და განათლების სისტემის ერთიანი მართვა აუცილებელია: ინტერვიუ / გიორგი ჩახუნაშვილი; ესაუბრა ნელი დარბაიძე // ქართული ელიტა: საზოგადოებრივ-პოლიტიკური ჟურნალი. – თბილისი, 2010. – აგვისტო. – N5(65). – გვ. 57-58[MFN: 70789]



23. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანება იუვენალური რემატოიდული ართრიტის დროს: (მიმოხილვა) / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, მ. ლეკიშვილი და კ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2011. – ISSN 1987-9857. – N5. – გვ. 8-16. – ბავშვთა კარდიოლოგია. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენ. [MFN: 81401]

24. კამლაროსკოპიისა და კარდიონიტრეგულატორული მიღებული მონაცემების დახასიათება / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2011. – ISSN 1987-9857. – N5. – გვ. 16-24. – ბავშვთა კარდიოლოგია. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენ. [MFN: 81403]

25. სპორტსმენთა ანთროპომეტრული, ფიზიკური და ფუნქციური მახასიათებლები და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ამინომჟავებით გამდიდრებული ენერგეტიკული სასმელი "ივერიული-ფიტოს"-ს მოქმედების ფონზე / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, ნ. თოფურიძე, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიაშვილი, ზ. შაქარაშვილი, გ. ცხვედიაშვილი, ირ. კალანდია, ზ. ფხალაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2011. – ISSN 1987-9857. – N5. – გვ. 24-32. – ბავშვთა კარდიოლოგია. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენ. [MFN: 81405]

26. იმუნური სტატუსი თიმომაგელის ფონზე განვითარებული ბრუნქოპნევმონიების დროს ბავშვებში / გ. ჩახუნაშვილი, მ. თოფურიძე, ნ. ბადრიაშვილი, ნ. ჯობავა, ნ. თოფურიძე // საქართველოს რესპირაციული ჟურნალი. – თბილისი, 2010. – ISSN 1512-2778. – ტ. 6. დამატება 1, საქ. რესპ. ასოც. II საერთ. კონგრესის აბსტრაქტები. – გვ. 16. – რეზიუმე ინგლ. ენ. [MFN: 108151]

27. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაადრევ მორფოფუნქციურ (ადაპტაციურ, პათოლოგიურ) ცვლილებათა დროული გამოვლენა და საწვრთნო პროცესების თანამედროვე მართვა მოზარდ სპორტსმენებში (ფუნბურთელებში): (ლიტერატურის მიმოხილვა) / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, ივ. დოლიძე, ზ. ფხალაძე, თ. გოგატიშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია / საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9857. – N6. – გვ. 15-20. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენ. – შრომაში ციტირებული სამეცნიერო ლიტერატურის ნუსხა გვ. 18-19 [MFN: 116808]

28. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერტენზიული დროს სპორტსმენ ბავშვებსა და მოზარდებში (დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის საკითხები): (ლიტერატურის მიმოხილვა) / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, ივ. დოლიძე, ზ. ფხალაძე, თ. გოგატიშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია / საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9857. – N6. – გვ. 20-24. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენა. – შრომაში ციტირებული სამეცნიერო ლიტერატურის ნუსხა გვ. 22-24 [MFN: 116812]

29. თანამედროვე ბავშვთა კარდიოლოგიაში არი-

ათმიებისა და მიტრალური სარქველის პროლაფსის დიაგნოსტიკური ღირებულება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, მ. შვანგირაძე, მ. ინასარიძე, ა. ბლიაძე, თ. გოგატიშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია / საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9857. – N6. – გვ. 25-27. – რეზ. ქართ. და ინგლ. ენა. – სამეცნიერო ლიტ. ნუსხა გვ. 26 [MFN: 116816]

30. კალათბურთელთა ფიზიკური და ფუნქციური მანევრებების შედარებითი ანალიზი "აპიკორი"-ს მოქმედების ფონზე / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, ნ. თოფურიძე, ნ. ბადრიაშვილი, ზ. შაქარაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია / საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9857. – N6. – გვ. 30-32. – რეზ. ქართ. და ინგლ. ენა. – ლიტ. გვ. 32 [MFN: 116833]

31. იმუნური პომეოსტაზი და მისი კორექცია აპიპულმონი მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების დროს ბავშვებში / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურიძე, ნ. ჯობავა, ნ. ბადრიაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, თ. ხოდელი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9865. – N14-9-8. – გვ. 27-29. – ორიგინალური სტატიები. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენ. – ლიტ. გვ. 28. – ცხრ. 1. – ცხრ. 2. – ცხრ. 3 [MFN: 116890]

32. "აპიპეპატის" ეფექტურობა ბრუნქოპნევმონიების კომპლექსურ მკურნალობაში / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურიძე, ნ. ჯობავა, ნ. ბადრიაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9865. – N14-9-8. – გვ. 30-32. – ორიგინალური სტატიები. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენ. – ლიტ. გვ. 31. – ცხრ. 1 [MFN: 116892]

33. ST სეგმენტისა და T კბილის ცვლილებანი ჯანმრთელ ბავშვთა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 11-18. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე [MFN: 143888]

34. სპორტსმენთა ფიზიკური და ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება აპი პულმონსა და აპიკორის ფონზე / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, ნ. თოფურიძე, ნ. ბადრიაშვილი, ზ. შაქარაშვილი, ზ. ფხალაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 19-22. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ. 22 [MFN: 143894]

35. EKG Parameters (ST and T wave) and capillaroscopic parameters during diabetes mellitus type i in children / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 23-26. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე [MFN: 143895]

36. ე. კ. გ. პარამეტრები (ST სეგმენტი და T კბილი) შაქრიანი დიაბეტის ტიპი I-სა, ზოგიერთი ანთებადი და სხვა არაანთებადი დაავადებების დროს ბავშვთა

ასაკში / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 26-32. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ. 30-31[MFN: 143900]

37. **მიტრალური სარქველის პროლაფსის სინშირე, ეტიოპა თოგენები, დაავადებათა პათოგენურპროცესში ჩაბმის ხარისხის განსაზღვრა და არიათმეობათა კონტექსტში მისი განხილვა** / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, მ. შვანგირაძე, მ. ინასარიძე // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 32-37. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – სამეც. ლიტ. გვ. 36-37[MFN: 143902]

38. **ST სეგმენტისა და T კბილის ცვლილებებთან ღრმა კლინიკური ანალიზის აუცილებლობა, პარკუჭთა რეპლანტაციის, ნადრევი აგზნების პარციალური სინდრომთა და P-Q ინტერვალის შემცირების არსებობისას ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში** / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 39-41. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ. 39-40[MFN: 143904]

39. **არტერიული ჰიპერტენზია ბავშვთა ასაკში** / გ. ჩახუნაშვილი, რ. სვანაძე, ა. ბლიაძე // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 41-48. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ. 47[MFN: 143926]

40. **გულის რითმისა და გამტარების დარღვევა ბავშვთა ასაკში: (მათი მართვის თანამედროვე პრინციპები)** / გ. ჩახუნაშვილი, მ. ხუცურიაძე, ნ. ჯობავა // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 48-56. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 143928]

41. **პედიატრიულ კარდიოლოგიაში ინფექციურ პათოლოგიას დროს მკურნალობაში იმუნოთერაპიული პრეპარატ “GA-40”-ის ხარისხის შესაძლებლობანი** / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 77-78. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 143940]

42. **სპორტული ვალეოლოგიის განვითარების პერსპექტივები** / იბ. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – N7. – გვ. 79-81. – რეზიუმე რუს. ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ. 80-81[MFN: 143941]

43. **იმუნური სისტემის მდგომარეობა და მისი კორექცია აპივიტით ეუთირეოლული ჩიყვის დროს** / გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურიძე, ნ. ბადრიაშვილი, ს. ლლონტი // **სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – N15-10-9. – გვ. 49-51. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე. – ლიტ. გვ. 51[MFN: 144066]

44. **სპორტსმენთა და ორსულთა კვების რაციონში “აპი პურის” აუცილებლობა** / გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიაშვილი, მ. თოფურიძე, ნ. ჯობავა, ხ. ფხალაძე, ირ. კალანდია // **სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – N15-10-9. – გვ. 54-62. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე[MFN: 144073]

45. **იმუნური პომეოსტაზი თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნემონიების დროს ბავშვებში აპიპუ-ატით მკურნალობის ფონზე** / გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურიძე, ნ. ბადრიაშვილი // **სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – N15-10-9. – გვ. 84-86. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 144152]

46. **კალაბურთელთა მდგომარეობა აპიკურიტ კვების რაციონში ჩართვამდე: (კვლევის I ეტაპი)** / გ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, ნ. თოფურიძე, ირ. კალანდია, ხ. ფხალაძე // **სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია**. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – N15-10-9. – გვ. 86-88. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 144159]

47. **კალაბურთელთა მდგომარეობა “აპიპურის” კვების პრაციონში ჩართვის შემდეგ: (კვლევის I-II ეტაპი)** / გ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიაშვილი, მ. თოფურიძე, ნ. ჯობავა, ირ. კალანდია, ხ. ფხალაძე // **ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი**. – თბილისი, 2014. – ISSN 1987-9857. – N8. – გვ. 18-20. – ორიგინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტიობანი. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე[MFN: 162677]

48. **Assessment of anthropological, physical and functional indices in sportsmen (basketball players) against the background of high physical loading.**

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

49. The 26-th International Pediatric association Congress of Pediatrics; South Africa, August 4-9. 2010., the clinical significance of ST – segment deviation and T wavw changes in children” (abstract). - G. Chakhunashvili, n. jobava, k. Chakhunashvili

50. „USE OF BNP AND NT-PROBNP IN EARLY STAGE DIAGNOSIS OF ATHLETE’S CARDIOVASCULAR PATHOLOGIES: LITERATURE OVERVIEW. ” - Iiia NadareiSvili, George Chakhunashvili; journal of the Georgian pediatric cardiology association №4 pages:30-38 2010

51. „ST სეგმენტის, T კბილის, და Q-T ინტერვალის თანამედროვე პრობლემები ბავშვთა და მოზარდთა კარდიოლოგიაში” – გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი – საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი №4 გვ: 9-28 2010წ

52. „გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერტენზიული დროს სპორტსმენ ბავშვებსა და მოზარდებში (დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის საკითხები)” – გ. ჩახუნაშვილი, ი. დოლიძე, თ. გოგატიშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი №4 გვ:39-41 2010წ

„ბავშვთა კარდიოლოგია XXI საუკუნეში, კორონარული უკმარისობა და მისი პედიატრიული ასპექტი” – გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი;



საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №2 გვ:9-12; 2008

55. „გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაადრევ მორფო-ფუნქციურ ცვლილებათა დროული გამოვლენა და საწვრთო პროცესების თანამედროვე მართვა მოზარდ სპორტსმენებში“ – მ. ალთუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №2 გვ:13-14;2008 წ.

56. „cardiovascular system in the sports-children holding prevention arrangements against week rings“- G. chakhunashvili, N. jobava, D. fruidze, D. tabutsadze, M. chkhaidze; journal of the Georgian pediatric cardiology association # 2; page:15-18;2008

57. Martin A: Apports nutritionnels conseillés pour la population française. (3ème Ed). Paris, Ed Tec & Doc 608p. 2001.

58. Rokitzki L, Logemann E, Sagredos AN, Murphy M, Wetzel-Roth W, Keul. J: Lipid peroxidation and antioxidant vitamins under extreme endurance stress. Acta Physiol Scand151:149–158, 1994

59. Hill AC, Miyake CY, Grady S, Dubin AM. 2011

60. Effects of a single session of resistance exercise training on specific cardiac and oxidative stress markers

61. Tschan Harald, Vidotto Claudia, Atamaniuk Johanna, Kinzelbauer Markus, Wessner Barbara and Bachl Norbert - Center of Sport Sciences and University Sports – Department Sport-physiology, University of Vienna, Austria, BKW Laboratory Medicine, Vienna, Austria, 3 Social Medical Center South – Department of Laboratory Diagnostics, Vienna, Austria

62. “Cardiovascular system in the sports – children holding prevention arrangements against week rings”. G. Chakhunashvili, N. Jobava, D. Pruidze, D. Tabutsadze, V. Kandelaki, M. Chichaidze. Pediatric clinic of State Medical University Tbilisi, Georgia. Profilactic Center for Mother and Child Tbilisi, Georgia

63. Функциональные изменения сердца юных спортсменов: профилактика и коррекция. Медицинский научный и учебно-методический журнал. Корнеева И. Т., Поляков С. Д., НИЦД РАМН, Москва 2005г.

64. Детская спортивная медицина. Андреева Т. Г., Феникс, Москва 2007г.

65. Pediatric Cardiology. Walter H. Johnson, James H. Moller. ISBN-13: 9780781728782. 2001 y. 326 pages.

66. Pediatric Cardiology. Victoria Vetter, MD; Professor of Pediatrics; The University of Pennsylvania School of Medicine; Chief; Division of Cardiology; The Children’s Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA., publication date: FEB-2006 y. 384 pages.

67. Hill AC, Miyake CY, Grady S, Dubin AM. Accuracy of interpretation of preparticipation screening electrocardiograms. J Pediatr. 2011, Jul 9.

68. Мурашко, В. В. Электрокардиография: Учебн. пособие / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 8-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 320 с.: ил

69. D. Corrado Publications [http://www. labome. org/expert/italy/university/corrado/d-corrado-202830. html](http://www.labome.org/expert/italy/university/corrado/d-corrado-202830.html).

რეზიუმე

აკივიტის, აპიკორის, აპიპულმოსა და აპიჰეპატის კომპლექსური გამოყენების საფუძვლები ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციულ კარდიოლოგიაში

მ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, დ. ჩახუნაშვილი, მ. ჩახუნაშვილი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციული კარდიოლოგიაში უმნიშვნელოვანესია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მონიტორინგი. სწორედ ამიტომ პრევენციული კარდიოლოგია ბავშვთა ასაკიდან იწყება და ეს შესაძლებელია, მხოლოდ უნდა გადავიღოთ ეკგ და გულდასმით გავეშიფროთ ის. ექიმებისათვის უმნიშვნელოვანესია დროულად განისაზღვროს სხვადასხვა დაავადებათა დრო პათოლოგიურ პროცესში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ჩაბმის ხარისხი, რომელიც მნიშვნელოვნად ე. კ. გ-ის პროფესიონალურ შეფასებაზე დაფუძნებული.

დროულად და ფაქიზად აღმოჩენილი ელექტროკარდიოგრაფიული მანევრებები კი საშუალებას იძლევა გავატაროთ პირველ ეტაპზევე პრევენციული მედიკამენტოზური მკურნალობა.

რა თქმა უნდა სასურველია, თუ ეს პრევენციული ღონისძიებანი განხორციელდება ბუნებრივი, არა ქიმიური პრეპარატებით.

სწორედ შრომის მიზანს, ხემო აღნიშნულიდან გამომდინარე, წარმოადგენდა შეგვესწავლა და გავგეანალიზებინა ბავშვთა და მოზარდთა პრევენციული კარდიოლოგიაში აპივიტის, აპიკორის, აპიპულმოსა და აპიჰეპატის კომპლექსური გამოყენების შესაძლებლობანი.

კვლევის მასალა და მეთოდოლოგია: შრომაში გაანალიზებულია თბილისის ბავშვთა კლინიკებისა თუ პოლიკლინიკებში და საქართველოში ჰუმანიტარულ აქციებში გასინჯული 2012 -2019 წწ-ის 5 000 შემთხვევა (0-დან 18 წლამდე ასაკის ხშირად მოავადე, არამოავადე, სპორტით დაკავებული, სპორტის გარეშე მყოფი, მოცეკვავე ბავშვი და მოზარდი), სადაც დაავადებათა დიაგნოზთა დასასმელად კლინიკურ მონაცემებთან და კვლევის თანამედროვე ბიოქიმიურ და იმუნოლოგიურ მეთოდებთან ერთად მიმდინარეობდა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კვლევის უსისხლო ხელმისაწვდომი კვლევები: ელექტროკარდიოგრაფია (15 განხრაში), კაპილაროსკოპია და რა თქმა უნდა ექოკარდიოგრაფია და სხვა.

აღნიშნულ კონტიგენტს (გამორიცხვით, რომ მათ ფუტკრის პროდუქტებზე არ ჰქონდათ ალერგიული რეაქციები) კლინიკური, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული მონაცემების სკუპულოზური გაანალიზების შემდეგ სხვადასხვა კომბინაციითა და ხანგრძლიობით ეძლეოდათ აპიპრეპარატები: “აპივიტი“, “აპიკორი“, “აპიჰეპატი“ და „აპიპულმი“.

ხემო აღნიშნული კვლევების გარდა ანამნეზში დიდი ყურადღება ექცეოდა დადლილობას, კარდიალგიას, ანთროპომეტრულ მანევრებებს, შრომისუნარიანობასა და წლის განმავლოვაში სეზონური დაავადებების დინამიკას;



და რაც მთავარია რაოდენობრივი მაჩვენებლების სარწმუნობის შეფასებას ვახდენდით სტიუდენტის კრიტერიუმით (t), ხარისხობრივის 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-ის გამოყენებით.

ჩვენი მონაცემების საფუძველზე შეგვიძლია აღვნიშნოთ, რომ ბავშვთა ასაკში სწორად შეფასებული გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კლინიკური მდგომარეობასთან ერთად გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ინსტრუმენტული მონაცემების კერძოდ კი ეკგ-ს მაჩვენებლების სწორი ანალიზი და მართვა ეს უკვე მოზარდობა კარდიოლოგიის დიდი პრევენციაა.

ამგვარად, დაკვირვებებმა და მონაცემების სკუპულოზურმა ანალიზმა აჩვენა, რომ აპივიტის, აპიპულმო-სა, აპიკორისა და აპიპეპატის სხვადასხვა კომბინაციებით 2 თვიანი მიღების შემდეგ ბავშვებსა და მოზარდებში აღინიშნება:

1. დადლილობისა და კარდიალგიის მკვეთრად დადებით დინამიკა ($p < 0,05$);
2. დინამიკაში უმჯობესდება ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებები – T კბილთა სიმამღლე ($p < 0,05$), ST სეგმენტის ფორმები ($p < 0,05$), S და R კბილების ზომები ($p < 0,05$);
3. ანთროპომეტრული მაჩვენებლების გაუმჯობესება ($p < 0,05$);
4. შრომისუნარიანობის მკვეთრი მატება ($p < 0,05$);
5. წლის განმავლობაში სეზონური დაავადებების მკვეთრი კლება.

დასკვნა:

აპივიტის, აპიკორის, აპიპულმოსა და აპიპეპატის კომპლექსური გამოყენება რეკომენდებულია არა მარტო ბავშვთა და მოზარტთა პრევენციულ კარდიოლოგიაში, არამედ მათ მოქმედების უფრო ფართო სპექტრი გააჩნიათ.

SUMMARY

FUNDAMENTALS OF THE COMPLEX USE OF APIVIT, APICOR, APIPULMO AND APIPHEPATI IN THE PREVENTIVE CARDIOLOGY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS

G. CHAKHUNASHVILI, N. JOBAVA, K. CHAKHUNASHVILI, G. CHAKHUNASHVILI
(Tbilisi State Medical University, Georgian Association of Pediatric Cardiologists)

Monitoring of the cardiovascular system is important in the preventive cardiology of children and adolescents. That is why preventive cardiology begins in childhood, and it is only possible to take an ECG and carefully decipher it.

It is important for physicians to determine the degree of involvement of various diseases in the pathological process in a timely manner, the degree of involvement of the cardiovascular system, which is largely based on the professional evaluation of the ECG.

Timely and meticulously detected electrocardiographic indicators allow us to carry out preventive drug treatment at the first stage. Of course, it is advisable to take these preventive measures with natural, non-chemical preparations.

The goal of this scientific work was to study and analyze the possibilities of comprehensive use of apivit, apicor, apipulmo and apichepati in preventive cardiology.

Research Material and Methodology: The paper analyzes 5,000 cases of 2012-2019 tested in Tbilisi Children's Clinics and Polyclinics and Humanitarian Actions in Georgia. (between the ages of 0 and 18, often sick, not sick, engaged in sports, without sports, a dancing child and adolescent), where, in addition to clinical data and modern biochemical and immunological methods of research to diagnose diseases, bloodless studies of the cardiovascular system were performed: electrocardiography (in 15 sections), capillaroscopy and, of course, echocardiography and others.

After the scapular analysis of clinical, laboratory and instrumental data, the contingent (excluding the fact that they did not have allergic reactions to bee products) was given a variety of combinations and duration of preparations: "Apivit", "Apicor", "Apipimpu" and "Apiphepat".

In addition to the above studies, the anamnesis focused on fatigue, cardiology, anthropometric readings, work capacity, and the dynamics of seasonal illnesses throughout the year;

We evaluated the reliability of the quantitative indicators with the Student's criterion (t), the quality criterion c2 criterion, and the comparison between the groups with Pearson. The difference was considered reliable if $t > 1.96$ $p < 0.05$ and $c2 > 3.84$, $p < 0.05$ (10, 11). Mathematical support was provided using the SPSS program package.

Based on our data, it can be noted that with the clinical condition of the properly assessed cardiovascular system in children, the correct analysis and management of the instrumental data of the cardiovascular system, in particular ECG, is a great prevention of adult cardiology.

Thus, observations and scapular analysis of the data showed that in children and adults after 2 months of taking various combinations of apivit, apipulmo, apicor, and apichepati:

1. A sharply positive dynamics of fatigue and cardiology ($p < 0.05$);
2. Dynamics improves electrocardiographic changes - T tooth elevation ($p < 0.05$), ST segment shapes ($p < 0.05$), S and R tooth dimensions ($p < 0.05$);
3. Improving anthropometric readings ($p < 0.05$);
4. S sharp increase in work capacity ($p < 0.05$);
5. A sharp decline in seasonal illnesses over the course of the year.

Conclusion:

The combined use of apivit, apicor, apipulm, and apichepat is recommended not only in the preventive cardiology of children and adolescents, but also in their wider range of action.



ძილის ღარღვევის მართვა ბავშვთა ასაკში

ნ. ბელაძე, ს. ბახტაძე, ნ.ხაჭაპურიძე, ნ. კაპანაძე, თ. ნაღირაძე, ა. კახიძე, თ. ბახარია, თსსუ-ის ბავშვთა ნევროლოგიის დეპარტამენტი

უძილობა (ინსომნია, აგრიპნია, ძილის მოშლა) ხასიათდება ღამის ძილის პერიოდის შემცირებით, დაძინების გაძნელებით, ზერეული წყვეტილი ძილით და ნაადრევი გაღვიძებით (ზოგჯერ დილით გაღვიძების გაძნელებით). ბავშვებსა და მოზარდებში ძილის საჭიროება დამოკიდებულია ასაკზე და შეიძლება გამოვლინდეს საკმაოდ ფართო სპექტრით, განსაკუთრებით ჩვილებში. ოპტიმალური ჯანმრთელობისთვის, დღის ფუნქციონირებისა და განვითარების მიზნით, რეკომენდებულია შემდეგი ძილის დრო: ეს შეთანხმებული რეკომენდაციები იქნა შედგენილი AASM-ის მიერ, ხოლო დამტკიცებულია ამერიკის პედიატრიის აკადემიის მიერ (AAP). ჩვილები 4-დან 12 თვემდე - 12-დან 16 საათამდე, ბავშვები 1-დან 2 წლამდე - 11-დან 14 საათამდე, 3-დან 5 წლამდე ასაკის ბავშვები - 10-დან 13 საათამდე, 6-დან 12 წლამდე - 9-დან 12 საათამდე, მოზარდები 13-დან 18 წლამდე - 8-დან 10 საათამდე (1, 2, 4, 15).

ტაბულაზე წარმოდგენილია ძილის ხანგრძლივობის რეკომენდაციები ასაკის მიხედვით ეროვნული ძილის ფონდიდან*

* ეს რეკომენდაციები ძალიან ჰგავს, მაგრამ იდენტური არ არის ამერიკის ძილის მედიცინის აკადემიის (AASM) რეკომენდაციების (7, 18).

ბავშვის ნორმალური ძილი შედგება ნელი და სწრაფი ძილის სტადიების მონაცვლეობით, ღამის განმავლობაში სულ შეიძლება 5 სრული ციკლი, რომლის რეგისტრაცია შეიძლება ჰიპნოგრამის საშუალებით. (REM და NON-REM ძილი).

REM ძილი არის ფიზიოლოგიური მდგომარეობა, რომელიც ხასიათდება ევგ-ზე სპეციფიური პატერნით, რამდენიმე წააგავს ღვიძლის ჩანაწერს და დაკავშირებულია კუნთთა ტონუსის დაქვეითებასთან და REM ეპიზოდურ აფეთქებებთან. სიზმრების უმეტესობა ვლინდება სწორედ სწრაფი ძილის ფაზაში.

NON-REM ძილი შედგება სამი სხვადასხვა სტადიისგან, რომელთა განსხვავება ეფუძნება ევგ მონაცემებს. ეს ძილის ეტაპები ვარირებენ ყველაზე მსუბუქი საწყისი სტადიიდან - ღრმა ძილამდე (10, 12, 15, 20).

ბავშვის ცნს-ის მომწიფებასთან ერთად თანდათანობით მცირდება ძილის საერთო ხანგრძლივობა და სწრაფი ძილის წილი, ყალიბდება სწრაფი ძილის ციკლის პროგრესირებადი გახანგრძლივება და მისი სწრაფი გადასვლა მოზრდილთა ძილის რეჟიმში.

ბავშვებში ძილის დარღვევა თანამედროვე პედიატრიისა და ნევროლოგიის აქტუალური პრობლემაა. ძილის დარღვევა 2.5 წლამდე ასაკის ბავშვების 84%-ს აღინიშნება, 3-5 წლის ასაკში 25%-ს, 6-8 წლის ასაკში 13.6%-ს. ბავშვებში ძილის დარღვევები არამხოლოდ ყოველდღიური კეთილდღეობის განცდის გაუარესებას იწვევს, არამედ ემოციურ დარღვევებს, კოგნიტური ფუნქციის და ქცევით პრობლემებს, სასკოლო მოსწრების გაუარესებას, სოციალურ დისფუნქციას, დღის ძილიანობას, მეხსიერების დაქვეითებას, რაც სომატუ-

რი პათოლოგიის განვითარების გაზრდილ რისკთან ასოცირდება.

ბავშვობაში ძილის დარღვევებიდან ჭარბობს: ძილში ლაპარაკი - 84%, ღამის გამოღვიძება - 60%, ბრუქსიზმი - 45%, ღამის შიშები - 39%, ღამის ენურეზი - 25%, ჩაძინების სირთულეები - 16%, ხვრინვა - 14%, რითმული მოძრაობები - 9%, ობსტრუქციული ძილის აპნოე - 3%-ში (9, 11, 14).

დაავადებების საერთაშორისო კლასიფიკაციის (ICD 10) თანახმად ძილის დარღვევა მოიცავს შემდეგ სახეებს: ინსომნიები, ძილში სუნთქვის რითმის დარღვევა, ცენტრალური წარმოშობის ჰიპერსომნიები, რომლებიც არ არის დაკავშირებული ძილის ცირკადული რითმის დარღვევასთან, ძილში სუნთქვის დარღვევასთან ან ძილის დარღვევასთან სხვა მიზეზით, ძილის ცირკადული რითმის დარღვევა, პარასომნიები, ძილში მოძრაობითი დარღვევები, ცალკეული სიმპტომები, ნორმალური და დაუდგენელი ვარიანტები, ძილის სხვა დარღვევები.

ინსომნიის განსაკუთრებული ფორმაა ბავშვთა ქცევითი უძილობა. ამ აშლილობის ორი ფორმა არსებობს: 1) ინსომნია ჩაძინების არასწორი ტიპებით. ბავშვებს უვითარდებათ არასწორი ასოციაციები ძილთან მიმამართებაში (მაგალითად, ჩაძინება შესაძლებელია მხოლოდ რწვეისას ან კვებისას) და მათი აღკვეთის ან შემცირების მცდელობა იწვევს ბავშვის აქტიურ წინააღმდეგობას და ძილის დროის შემცირებას; 2) არასწორი ძილის პარამეტრებით მიმდინარე ინსომნიის ტიპის მიხედვით - ბავშვი უარს ამბობს დაიძინოს დანიშნულ დროს ან გარკვეულ ადგილას, აპროტესტებს ხანგრძლივი და ხშირი კვების, საპირფარეშოს და ყურადღების მოთხოვნებით, ან ღამით მძილის მშობლის საწოლში დასაძინებლად. (14, 22)

ჰიპერსომნია - გადაჭარბებული ძილიანობის მდგომარეობა და ძილის შეტევები დღის განმავლობაში.

პარასომნიები - საკმაოდ გავრცელებული ფენომენია (37%-მდე), რომელიც ვითარდება უშუალოდ ძილის პროცესში ან ჩაძინებისას ან გაღვიძებისას და არ არის დაკავშირებული უშუალოდ ძილის ცირკადული რითმის დარღვევებთან.

მათ მიეკუთვნება: ბრუქსიზმი, ძილში ლაპარაკი, ღამის ენურეზი, ღამის შიშები, კოშმარები, რითმული მოძრაობითი დარღვევები (მაგ. მოუსვენარი ფეხების სინდრომი). პედიატრიულ პრაქტიკაში ძილის აქტუალურ პრობლემად რჩება სუნთქვის რითმის დარღვევა ძილში - ძილის აპნოე და ჰიპოპნოე, რომელიც ვითარდება ძილის სწრაფი ფაზის დროს, ხასიათდება ხვრინვით, ფილტვების ვენტილაციის შეფერხებით და შეიძლება იყოს ობსტრუქციული - სასუნთქი გზების კოლაფსით გამოწვეული ან ცენტრალური (ჩეინ-სტოქსის და სხვ.) - სუნთქვის ცენტრის ფუნქციის დაქვეითების ხარჯზე და ასევე შერეული.

მრავალი მკვლევარის აზრით ძილის დარღვევის ერთერთი მთავარი ფაქტორი შესაძლებელია იყოს მელატონინის სინთეზის დარღვევა. მელატონინი მონა-



წილეობს თითქმის ყველა სასიცოცხლო ფუნქციაში, აკონტროლებს ორგანიზმის მრავალ ფუნქციას : ძილს, გულ-სისხლძარღვთა, ენდოკრინულ და იმუნურ სისტემებს. ცნობილია, რომ მელატონინი წარმოადგენს ძირითად ჰორმონს, წარმოებულს პინეალოციტების მიერ ეპიფიზში (80%), ბაღურაზე და ნაწლავებში, თიმუსსა და კუჭქვეშა ჯირკვალში. მელატონინის სინთეზი ეპიფიზში ეფექტურია მხოლოდ ღამით, ძილის პერიოდში და მცირდება დღის ნათელ პერიოდში. ჯანმრთელი ბავშვების სისხლში მელატონინის დონე თანდათანობით იზრდება სიცოცხლის 1 წლამდე და ნარჩუნდება საკმაოდ მაღალ დონეზე პუბერტაციის პერიოდამდე. (3, 4, 6, 8, 19, 20, 21, 23)

ბოლო წლებში დიდი ყურადღება ეთმობა მელატონინის ანტისტრესულ მოქმედებას, რომლის საფუძველიცაა სიმპატიკური ნერვული სისტემის მოქმედების ტონუსის და ჰიპოფიზო-თირკმელზედა სისტემის მოქმედების შემცირება, კორტიკოსტეროიდების დონის შემცირება, ენდორფინების სინთეზის ზრდა. ასევე მელატონინს აქვს უნარი აღადგინოს და შეინარჩუნოს ძილის ბუნებრივი სტრუქტურა პაციენტებში ინსომნიით, ქრონოსტაბილიზატორის ფუნქციის შესრულებით (ძილ-ღვიძილის ციკლის რეგულატორი). თანამედროვე კვლევების შედეგები იუწყება, რომ მელატონინი ძილის დარღვევების ეფექტური და უსაფრთხო სამკურნალო საშუალებაა არამარტო ბავშვებში და მოზარდებში, არამედ ასევე პოზიტიურად მოქმედებს კოგნიტიურ ფუნქციაზე ნეიროდეგენერაციული დაავადების მქონე პაციენტებში.

ძილის დარღვევების თანამედროვე და ობიექტურ დიაგნოსტიკურ მეთოდად ითვლება პოლისომნოგრაფია. პოლისომნოგრაფია არის სხეულის სხვადასხვა სასიცოცხლო პარამეტრების გრძელვადიანი რეგისტრაციის მეთოდი ღამის ძილის დროს. ეს კვლევა საშუალებას გვაძლევს შევისწავლოთ ძილის სანგრძლივობა და სტრუქტურა, განვსაზღვროთ რომელი ფენომენი გეხვდება ძილის დროს და რა შეიძლება იყოს ამ დარღვევების მიზეზი და აგრეთვე როგორ აღმოფხვრას ძილის მეორადი დარღვევები, რომლებიც უფრო გავრცელებულია ვიდრე პირველადი და ხასიათდება პოლისომნოგრაფიის ნორმალური მონაცემებით.

პოლისომნოგრაფიისას რეგისტრირდება შემდეგი პარამეტრები: ელექტროენცეფალოგრაფია (EEG), ელექტროკულოგრაფია (თვალის მოძრაობები) (EOG), ელექტრომომოგრაფია (ნიკაპის კუნთების ტონუსი) (EMG). ამის გარდა შესაძლებელია დამატებითი პარამეტრების ჩაწერა: ქვედა კიდურების მოძრაობა, ელექტროკარდიოგრაფია (ეკგ), ხვრინვა, ცხვირ-ხახის ჰაერის ნაკადი, გულმკერდის და მუცლის კედლის სუნთქვითი მოძრაობები, სხეულის პოზიცია, სისხლის ჟანგბადით გაჯერების ხარისხი – სატურაცია (SpO2).

ბავშვებში ძილის დარღვევების არამედიკამენტური თერაპიის მეთოდები უნდა უსწრებდეს და რიც შემთხვევებში თანხლები იყოს მედიკამენტური თერაპიის, „ძილის ჰიგიენა“ მოიცავს ისეთ მიდგომებს, როგორებიცაა ძილის რეჟიმის დაცვა, გაღვიძება და დაწოლა ერთსა და იმავე დროს, ძილის წინ ფიზიკური და გონებრივი აქტივობის შეზღუდვა, ასევე მასტიმულირებელი (მატონიზირებელი) სასმელების მიღება (განსაკუთრებით: კოფეინის შემცველი, რადგან კოფეინი ამცირებს მელატონინის გამომუშავებას, ენერგეტიკული სასმელები და სხვ.), საჭმლის და სითხეების მიღების შემცირება ძილის წინ.

ბავშვთა ასაკის ძილის დარღვევების სამკურნალოდ

ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა მცენარეული სედაციური საშუალებები. რაც შეეხება მედიკამენტურ თერაპიას მათი სპექტრი ძალიან ფართოა და მხოლოდ კლიცინისტის (მკურნალი ექიმის) პრეროგატივაა პრეპარატის შერჩევა.

დღეისათვის ძილის მოწესრიგებისთვის გამოიყენება შემდეგი მედიკამენტები:

ანტიჰისტამინური პრეპარატები – (დიმედროლი, ჰიდროქსიზინი, ფექსოფენადინი, ლორატადინი და სხვ.) იხმარება ხანმოკლე სიტუაციური ან შემთხვევითი ძილის დარღვევის დროს მცირე ასაკის ბავშვებში, განსაკუთრებით ატოპური დერმატიტის მქონე. **მელატონინი** – იხმარება ძილის ცირკადული ფაზის დამტკიცებელი შეფერხების დროს (მწვავე ან ქრონიკული). აუტისტური სპექტრის მქონე პაციენტებში, ADHD-ის დროს. **ბენზოდიაზეპინები** (დიაზეპამი, ლორაზეპამი, კლონაზეპამი, ფლურაზეპამი და სხვ.) ბავშვთა ასაკში შეზღუდულად გამოიყენება. **არაბენზოდიაზეპინის რეცეპტორების აგონისტები** : ეზოპიკლონი – (ლუნესტა), ზალეპროლი (სონატა), ზოლპიდემის ტარტრატი (ამბიენი), რამელტეონი (როზერემი), სივორექსანტი (ბელსომრა), დოქსეპინი (სილენორი). ძირითადად გამოიყენება მოზრდილთა ასაკში, ხოლო ბავშვთა ასაკში იშვიათად ინიშნება. **ალფა-ადრენერგული აგონისტები** – (კლონიდინი, გუანაძინი) იხმარება ბავშვებში უმეტესად ADHD-ის (ჰიპერაქტიულობის და ყურადღების დეფიციტის სინდრომი) დროს. **ანტიდეპრესანტები** : ბავშვთა ასაკში უმეტესად იხმარება ძილის მოწესრიგებისთვის იმ პაციენტებში, რომლებსაც აქვთ განწყობის დარღვევები. **ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები**: (ამიტრიპტილინი, დოქსეპინი, ტრიმიპრამინი და სხვ.) უფრო ხშირად გამოიყენება მოზრდილებში, განსაკუთრებით თუ ძილის დარღვევებს თან ერთვის დეპრესია. **სეროტონინის უკუმიტაცივის სელექტიური ინჰიბიტორები** (ფლუოქსამინი, პაროქსეტინი, ციტალოპრამი) იხმარება მოზრდილებში. სხვა სამკურნალო საშუალებებიდან – მაგ. **ანტიკოლფუსანტები** (კარბამაზეპინი, ვალპროის მუავა, ტოპირამატი, გაბაპენტინი); **ატიპიური ანტიფსიქოზური საშუალებები** (რისპერიდონი, ოლანზაპინი, კვეტიაპინი,) ძირითადად ინიშნება ბიპოლარული აშლილობის, აგრესიის ან თანდართული ტკივილის დროს. რაც შეეხება ბარბიტურატებს და ქლორალჰიდრატს – მათი გამოყენება ბავშვთა ძილის დარღვევის დროს არ არის რეკომენდებული, მნიშვნელოვანი გვერდითი ეფექტების გამო.

ამრიგად, ბავშვებში ძილის დარღვევა ფსიქოპათოლოგიური და სომატური დარღვევების გაზრდილი რისკის თანხლებია და იწვევს ემოციური სტატუსის გაუარესებას, კოგნიტური ფუნქციების, შრომისუნარიანობის და სასკოლო მოსწრების დარღვევას. აღნიშნული განსაზღვრავს დროული დიაგნოსტიკის საჭიროებას და არსებული პათოლოგიური მდგომარეობის კომპლექსურ დიფერენცირებულ მედიკო-ფსიქოლოგიურ კორექციას, ნეიროფიზიოლოგიური და ბიოქიმიური მექანიზმების გათვალისწინებით. რაც საბოლოოდ გააუმჯობესებს ბავშვის და მისი ოჯახის წევრების ცხოვრების ხარისხს.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

1. Allen RP, Burchell BJ, MacDonald B, Hening WA, Earley CJ. Validation of the self-completed Cambridge-Hopkins questionnaire (CH-RLSq) for ascertainment of restless legs syndrome (RLS) in a population survey. Sleep Med. 2009;10:1097–100.



2. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darian, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
3. Association of Sleep Disorders Centers: Diagnostic Classification of Sleep and Arousal Disorders. Prepared by the Sleep Disorders Classification Committee, Roffwarg HP. Sleep 1979;2:1-137
4. Aurora RN, Zak RS, Maganti RK, Auerbach SH, Casey KR, Chowdhuri S, et al. Standards of Practice Committee, American Academy of Sleep Medicine. Best practice guide for the treatment of REM sleep behavior disorder (RBD) J Clin Sleep Med. 2010;6
5. Berry RB, Brooks R, Gamaldo CE, Harding SM, Lloyd RM, Marcus CL, et al. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical Specifications, Version 2.2. Darien (IL): American Academy of Sleep Medicine; 2015.
6. Chung F, Yegneswaran B, Liao P, et al. STOP questionnaire: a tool to screen patients for obstructive sleep apnea. Anesthesiology. 2008;108:812.
7. Consensus Conference Panel, Watson NF, Badr MS, et al. Recommended amount of sleep for a healthy adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. J Clin Sleep Med 2015; 11:591.
8. Edinger JD, Wyatt JK, Stepanski EJ, et al. Testing the reliability and validity of DSM-IV-TR and ICSD-2 insomnia diagnoses. Results of a multi-trait-multi-method analysis. Arch Gen Psychiatry. 2011;68:992-1002
9. Edinger JD, Fins A. The distribution and clinical significance of sleep time misperceptions. Sleep. 1995;18:232-239.
10. Ferber R. Clinical assessment of child and adolescent sleep disorders. Child Adolesc Psychiatr Clin North Am. 1996;5:569-579.
11. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2. Westchester: American Academy of Sleep Medicine; 2005.
12. Johns MW. A new method for measuring daytime

- sleepiness: the Epworth sleepiness scale. Sleep. 1991;14(6):540-545.
13. Mitchell MD, Gehrman P, Perlis M, Umscheid CA. Comparative effectiveness of cognitive behavioral therapy for insomnia: a systematic review. BMC Fam Pract. 2012;13:40.
14. Morin CM, Edinger JD, Krystal AD, Buysse DJ, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H. Sequential psychological and pharmacological therapies for comorbid and primary insomnia: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2016;17:118.
15. Morin CM. Definition of acute insomnia: diagnostic and treatment implications. Sleep Med Rev. 2012;16:3-4.
16. Morin CM, Hauri PJ, Espie CA, et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia. An American Academy of Sleep Medicine Review. Sleep. 1986;22:1134-1156.
17. Laudon M, Frydman-Marom A. Therapeutic effects of melatonin receptor agonists on sleep and comorbid disorders. Int J Mol Sci. 2014;15:15924-50
18. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: A statement of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med 2016; 12:785.
19. Scholz H, Trenkwalder C, Kohnen R, et al. Dopamine agonists for restless legs syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011:CD006009.
20. Salin-Pascual RJ, Roehrs TA, Merlotti LA, et al. Long-term study of the sleep of insomnia patients with sleep state misperception and other insomnia patients. Am J Psychiatry. 1992;149:904-908.
21. Scholz H, Trenkwalder C, Kohnen R, et al. Dopamine agonists for restless legs syndrome. Cochrane Database Syst Rev. 2011:CD006009.
22. Shirlow MJ, Mathers CD. A study of caffeine consumption and symptoms: indigestion, palpitations, tremor, headache and Insomnia. Int J Epidemiol. 1985;14:239-248
23. Thompson W, Quay TAW, Rojas-Fernandez C, Farrell B, Bjerre LM, Pringsheim T, et al. Atypical antipsychotics for insomnia: a systematic review. Sleep Med. 2016;22:13-7.

რეზიუმე

ძილის დარღვევების მართვა ბავშვთა ასაკში

ნ. ბეჟაძე, ს. ბახტაძე, ნ.ხაჭაპურიძე, ნ. ძაპანაძე, თ. ნაღორაძე, ა. კახიძე, თ. ბახარია
თსუ-ის ბავშვთა ნევროლოგიის დეპარტამენტი

ბავშვებში ძილის დარღვევა თანამედროვე პედიატრიისა და ნევროლოგიის აქტუალური პრობლემაა. ძილის დარღვევა 2.5 წლამდე ასაკის ბავშვების 84%-ს აღინიშნება, 3-5 წლის ასაკში 25%-ს, 6-8 წლის ასაკში 13.6%-ს. ბავშვებში ძილის დარღვევები არამხოლოდ ყოველდღიური კეთილდღეობის განცდის გაუარესებას იწვევს, არამედ ემოციურ დარღვევებს, კოგნიტური ფუნქციის და ქცევით პრობლემებს, სასკოლო მოსწრების გაუარესებას, სოციალურ დისფუნქციას, დღის ძილიანობას, მესხიერების დაქვეითებას, რაც სომატური პათოლოგიის განვითარების გაზრდილ რისკთან ასოცირდება.

ძილის დარღვევების თანამედროვე და ობიექტურ დიაგნოსტიკურ მეთოდად ითვლება პოლისომნოგრაფია. პოლისომნოგრაფიისას რეგისტრირდება შემდეგი პარამეტრები: ელექტროენცეფალოგრაფია (EEG), ელექტროოკულოგრაფია (თვალის მოძრაობები) (EOG), ელექტრომიოგრაფია (ნიკაპის კუნთების ტონუსი) (EMG). ამის გარდა შესაძლებელია დამატებითი პარამეტრების ჩაწერა: ქვედა კიდურების მოძრაობა, ელექტროკარდიოგრაფია(ეკგ), ხერხემა, ცხვირ-ხახის ჰაერის ნაკადი, გულმკერდის და მუცლის კედლის სუნთქვითი მოძრაობები, სხეულის პოზიცია, სისხლის ჟანგბადით გაჯერების ხარისხი – სატურაცია (SpO2).

ბავშვებში ძილის დარღვევების არამედიკამენტური თერაპიის მეთოდები უნდა უსწრებდეს და რიგ შემთხვევებში თანხლები იყოს მედიკამენტური თერაპიის. „ძილის ჰიგიენა“ მოიცავს ისეთ მიდგომებს, როგორებიცაა ძილის რეჟიმის დაცვა გაღვიძება და დაწოლა ერთსა და იმავე დროს, ძილის წინ ფიზიკური და გონებრივი აქტივობის შეზღუდვა, ასევე მასტიმულირებელი (მატონიზირებელი) სასმელების მიღება (განსაკუთრებით: კოფეინის შემცველი, რადგან კოფეინი ამცირებს მელატონინის გამომუშავებას, ენერგეტიკული სასმელები და სხვ.), საჭმლის და სითხეების მიღების შემცირება ძილის წინ.



ბავშვთა ასაკის ძილის დარღვევების სამკურნალოდ ფართოდ გამოიყენება სხვადასხვა მცენარეული სედაციური საშუალებები. რაც შეეხება მედიკამენტურ თერაპიას მათი სპექტრი ძალიან ფართოა და მხოლოდ კლიცინისტის (მკურნალი ექიმის) პრეროგატივაა პრეპარატის შერჩევა.

SUMMARY

MANAGEMENT OF SLEEP IN CHILDREN

N. GELADZE, S. BAKHTADZE, N. KHACHAPURIDZE, N. KAPANADZE, T. NADIRADZE, A. KAKHIDZE, T. GAKHARIA

Department of Paediatric Neurology, Tbilisi State Medical University

The disorder of sleep in children is the important problem in paediatric neurology. It occurs in 84% of children under 2.5 y of age, 25% in 6-8y old children and 13.6% in 6-8 y old population. Disorder of sleep causes impairment of emotion, cognitive, behavioral and social dysfunction, memory impairment and poor academic performance which leads to increased risk of somatic disorder.

The most valid method to assess sleep problems is polysomnography. It can record: electroencephalography (EEG), electrooculography (eye movements), electromyography (EMG). Beyond these we can register: movement of lower limbs, electrocardiography (ECG), snoring, airflow in respiratory pathway, respiratory movements of abdominal and chest muscles, body position, concentration of oxygen in blood-saturation (Spo2).

Non pharmacological treatment should precede or accompanied to drug therapy. ‘Sleep hygiene’ includes management of sleep cycle, arousal and sleeping on the same time, restriction of physical and mental activity before sleep as well as intake of tonic drinks (especially those with caffeine). Caffeine decrease the production of melatonin.

Treatment of sleep disorders means intake of various herbal drugs. As for pharmacological treatment it has to prescribed only by doctors.



2020 წლის 15 ივლისს საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიისა და თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ინიციატივით ჩატარდა კონფერენცია - „კურორტი წყალტუბო: ახალი გამოწვევები“ – „Resort Tskaltubo – New Challenges“.

სხდომა გახსნა საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის პრეზიდენტმა პაატა კერვალიშვი ლმა. კონფერენციაზე მონაწილე იქნა მოხსენებები:

1. კურორტი წყალტუბო ირაკლი ფაველენიშვილი – თსსუ პროფესორი, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, საქართველოს პედატრთა აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი, ამერიკის პედატრთა აკადემიის წევრი, საქართველოს სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი

2. წყალტუბოს გელთერმული რესუსრსი და მათი გამოყენების პერსპექტივები

ალექსანდრე თვალჭრელიძე - საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის ვიცე-პრეზიდენტი, გეოლოგია-მინერალოგიის მეცნიერებათა დოქტორი

ინფორმაცია
INFORMATION

3. რადონი – ზიანი და სარგებელი ნუგზარ დოლიძე – სტუ პროფესორი, მიკრო და ნანო ელექტრონიკის ს/კ ინსტიტუტის ლაბორატორიის ხელ-ი, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი,

4. წყალტუბო: უნიკალური ბალნეოლოგიური კურორტი ნელი კაკულია – თსსუ პროფესორი, საქართველოს ა. კაკულიას სახ. ფიზიოთერაპევტთა ასოციაციის პრეზიდენტი, ევროპის ფიზიკური და სარეზილიტაციო მედიცინის ასოციაციის საბჭოს წევრი

5. კურორტი წყალტუბო და რევმატიული დაავადებები დოდო ქართველიშვილი – თსსუ პროფესორი, აკად. გ. წითლანაძის სახ. რევმატოლოგიური ცენტრის დირექტორი, საქართველოს რევმატოლოგთა ასოციაციის პრეზიდენტი

6. გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენცია და რეაბილიტაცია – კურორტ წყალტუბოს პერსპექტივა





ტივები ზურაბ ფაღავა – პროფესორი, ნ.ბოხუას სახ. კარდიო-ვასკულური ცენტრის კარდიო-პულმონოლოგიური მიმართულების ხელ-ი, საქართველოს გულ-სისხლძარღვთა დაავადებების პრევენციის და რეაბილიტაციის ასოციაციის თაავმჯდომარე, ევროპის კარდიოლოგთა საზოგადოების საბჭოს წევრი

7. კურორტი წყალტუბო და ქალის რეპროდუქციული ჯანმრთელობა არჩილ ხომასურიძე – პროფესორი, საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსი, ა. ხომასურიძის რეპროდუქციული ინსტიტუტის დირექტორი, საქართველოს რეპროდუქციული ჯანმრთელობის ასოციაციის პრეზიდენტი, რეპროდუქციული საერთაშორისო აკადემიის წევრი, ჩიკაგოს სამეცნიერო აკადემიის წევრი

უნდა აღინიშნოს, რომ კონფერენციაში ონლაინ რეჟიმში ჩაერთო წყალტუბოს ალორძინების პროექტის რეალურად განხორციელების შესაძლო ინვესორი Dr. Serik Burkhitbayev:

DEAR COLLEAGUES,

I appreciate a lot to be a part of the upcoming event.

Our international team, focusing on technology and engineering in areas of conversion of military systems into civil application.

For example:

- the high tech telecom and internet networks on the basis of military control satellite network of nuclear warhead;
- conversion of high speed submarine torpedo plant into oil and gas processing equipment production;
- creation of a national network of engineering institutions for Caspian oil and gas development.

I would like to consider the possibility of organizing on the base Tskhaltubo resources, **an International scientific and analytical center!**

1. The center should provide wide range of services to integrate the scientific potential of Eurasian region taking and other nearby countries geographically gravitating towards Georgia.

2. I believe that the concentration and coordination of international funds and organization support programs as well as regional government assistance will serve an efficient and organized promotion of progressive ideas, technologies etc.

We are proposing the key directions for the Center- medical and biological research, ecology, green technologies.

3. Taking into account changes in mental and behavioral paradigms after the epidemic concerned with COVID-19, the uniqueness of Tskhaltubo, its exceptional nature and resorts, is especially enhanced by the presence of a developed communication and transport infrastructure!

4. Proximity to unique sea and mountainous reliefs, ancient Georgian history and culture, democratic freedoms and the rule of law is also a big advantage for future growth and development.

კონფერენციის შემაჯამებელ გამოსვლებში მონაწილეობდნენ საქართველოს საბუნებისმეტყველო მეცნიერებათა აკადემიის აკადემიკოსები : ქალბატონი რიმა ბერიაშვილი, გიორგი ჩახუნაშვილი და სხვები.

კონფერენციამ მიიღო რეზოლუცია.





კარდიოლოგიის თეორიული საფუძვლები

1. ჩამოთვლილდან რომელი იწვევს მიოკარდიუმის მიერ ჟანგბადის მოხმარების შემცირებას?

- ა) კორონარული არტერიის ობსტრუქცია
- ბ) ანემია
- გ) ტაქიკარდია
- *დ) შემცირებული პარკუჭის მოცულობა
- ე) ჰიპერტენზია

2. ტკივილის რომელი ლოკალიზაცია არის იშვიათი მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს სტერნალური ტკივილის არარსებობისას?

- ა) ყბისარეში
- ბ) მარცხენა მხრის მიდამოში
- *გ) მარცხენა ინფრამამარულ მიდამოში
- დ) ყელის არეში
- ე) მარჯვენა მხრის მიდამოში

3. ქვემოთ ჩამოთვლილდან რამ შეიძლება გამოიწვიოს სტენოკარდიული ტკივილი

- ა) მიტრალურმა სტენოზმა
- ბ) ტრიკუსპიდალურმა ნაკლოვანებამ
- გ) მიტრალურმა რეგურგიტაციამ
- *დ) აორტალურმა სტენოზმა
- ე) ფილტვის არტერიის სტენოზმა

4. რა არის ყველაზე მნიშვნელოვანი დიფდიაგნოზის გასატარებლად სტენოკარდიასა და ეზოფაგოს-პაზმს შორის

- ა) ეპიზოდების სიხშირე
- *ბ) კავშირი დატვირთვისთან
- გ) კავშირი საკვების მიღებასთან

- დ) ტკივილის ირადიაცია
- ე) ნიტროგლიცერინისეფექტი

5. პროკაინამიდის მუდმივი მიღების შემთხვევაში რა არის მოსალოდნელი?

- ა) სარკოდოზი
- *ბ) სისტემური წითელი მგლურასმაგვარი სინდრომი
- გ) ამილოიდოზისმაგვარი სინდრომი
- დ) ჰიპერთიროიდოზი
- ე) თირკმლის ტუბულარული ნეკროზი

6. სუპრავენტრიკულური ექსტრასისტოლის პარკუჭებზე აბერანტული გატარების ყველაზე შესაძლებელი ვარიანტია?

- *ა) პისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკი
- ბ) მარცხენა წინა ფასციკულური ბლოკი
- გ) მარცხენა უკანა ფასციკულური ბლოკი
- დ) პისის კონის მარცხენა ფეხის ბლოკი
- ე) პისის კონის მარჯვენა ფეხის ბლოკი მარცხენა წინა ფასციკულურ ბლოკთან ერთად

7. არაპაროქსიზმული V კვანძოვანი ტაქიკარდია ხშირად ვითარდება დიგიტალისური ინტოქსიკაციის დროს. როგორია ღშ კომპლექსის მორფოლოგია ამ შემთხვევაში?

- *ა) ნორმალური ფორმის, ისეთი როგორც სინუსის რითმის დროს
- ბ) ფართო, რადგან დიგიტალისური ინტოქსიკაციის დროს ძირითადად ვითარდება პისის კონის ფეხის ბლოკი

კლინიკური ლექციები ბავშვთა კარდიო- რევმატოლოგიის საფუძვლები

სტუდენტების, რეზიდენტებისა და ექიმებთანთვის.
აგრეთვე უმაღლეს სასწავლებელთა პედაგოგთათვის



CARDIOLOGY
REVMAATOLOGY

მ.მ.დ. პეტრეოსი, აკადემიკოსი
ბიორბი ჩახუნაშვილი
მედიცინის დოქტორი ნინო ჯობაზა
2019

ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის საფუძვლები

1

სისხლის მიმოქცევა
(დედა-პლაცენტა-ნაყოფი)

Cardiac Problems in Perinatology and Paediatrics;

2

ინსპექცია პერტუსია აუსკულტაცია (ფკპ) და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები

3

ექსპრეს კლინიკური დიფერენციალური ბავშვთა და მოზარდთა ასკვი-პედიატრიისა და ბ/კარდიო-რევმატოლოგიაში

წასაკითხია აგრეთვე

4

ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევები:
ექო გრაფია, ეკოკარდიოგრაფია, კარდიოინტერვალოგრაფია, Re-გრაფია და სხვ.

5

Cor
გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები

6

Rev
შემერთებული ქსოვილის დაავადებები

7

სიმპტომების და სიმპტომების (ცხელება ართრალგია მიალგია გამოწყარო და ა.შ.) კლინიკური დიფერენციალური ბავშვთა და მოზარდთა ასკვი

2014-2019 წწ. წაკითხულია კლინიკური ლექციები ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის საფუძვლები – (სულ 4-ლექცია), სტუდენტების, რეზიდენტებისა და ექიმებთანთვის. აგრეთვე უმაღლეს სასწავლებელთა პედაგოგთათვის. შესაძლებელია მსურველებს პრეზენტაციები ჩაგაწერონ.

(„ირ.ციციშვილის სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა“ – ღუბლიანას ქ. №21. დიდოში) რა თქმა უნდა, როგორც ყოველთვის, ეს იქნება საჩუქრის სახით.
(სასურველია წინასწარ შემითანხმდეთ – პროფესორი გიორგი ჩახუნაშვილი)

ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის კონსულტაციის აუცილებლობა

ადვილად დადლა, საერთო სისუსტე, გულის არეში ჩხვლეტები ან ტკივილი, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება, ტაქიკარდია, არითმია, აუსკულტაციისას შუილები, ანგინებით, ბრონქიტებითა და ვირუსული ინფექციებით ხშირად მოავადე კონტიგენტი, ეკგ მონიტორინგით, ყველა სახის ართრალგია, მალალი ანტისტრუქტოლიზინი, სინკოპე, ფიზიკურად დატვირთუ-

ლი ბავშვები (სპორტსმენები, მოცეკვავეები), უკვე დადგენილი სარქლოვანი ნაკლოვანებების და პროლაფსების მონიტორინგი, კარდიო-რევმატოლოგიის კონსულტაცია ტონზილექტომიის ჩატარებამდე.
ზემოთ აღნიშნული კონტიგენტი-სათვის ელექტროკარდიოგრაფიული კვლევის დინამიკაში დაკვირვების აუცილებლობა.

ერთ-ერთი პირველი ქართული პრეპარატები



120/180

ალერჯასტი

ფექსოფენადინი



დაამარცხე ალერგია
და შეინარჩუნე
სიფხიზლა!

allerafast



გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიმშვილას!

☎ 2-900-800

www.aversi.ge