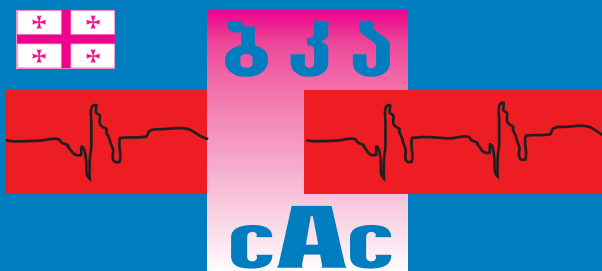


№16

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა
ასოციაციის ჟურნალი

JOURNAL OF THE GEORGIAN PEDIATRIC
CARDIOLOGY ASSOCIATION



ბავშვთა
კარდიოლოგია

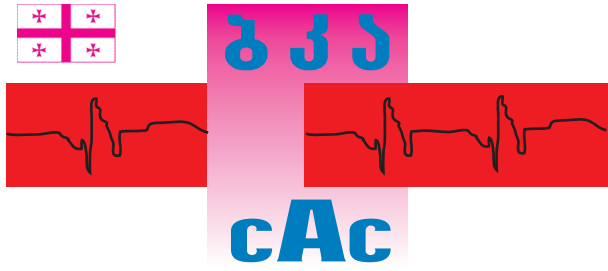
Pediatric
Cardiology

თბილისი
2022
TBILISI





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 მოქმენა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის რევმატიტული, 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.

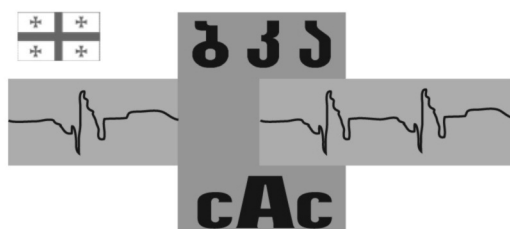
„ასოციაციის“ წევრებს აკისრიათ გარკვეული უფლება-მოვალეობები. მონაწილეობის მიღება წესდებით გათვალისწინებული წესით. „ასოციაციის“ მართვაში, ისარგებლონ ასოციაციის კონსულტაციებით და რეკომენდაციებით, მონაწილეობა მიიღონ განზრახულ პროექტებზე, მიიღონ ფინანსური მხარდაჭერა „ასოციაციის“ ფონდებიდან, აგრეთვე – გავიდნენ „ასოციაციიდან“. „ასოციაციის“ მართვის ორგანოს წარმოადგენს „ასოციაციის“ წევრთა „საერთო კრება“, რომელიც 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 გულსხმიერებასა და შემოქმედებით დამოკიდებულებაზე ამ დარგის მიმართ.



№16

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა
ასოციაციის ჟურნალი

JOURNAL OF THE GEORGIAN PEDIATRIC
CARDIOLOGY ASSOCIATION



ბავშვთა
კარდიოლოგია

Pediatric
Cardiology

თბილისი
2022
Tbilisi

რედაქტორი: ბიორბი ჩახუნაშვილი მედიკოს-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 ბადრიაშვილი
თემურ მიქელაძე
მანანა შვანგირაძე
მაია ინასარიძე
მიხეილ მჭედლიშვილი
მერაბ მათიაშვილი
მაკა იოსელიანი
თამთა მეტრეველი
ნინო ჭანტურაია
ლალი კვეზერიძე
მამუკა ჩხაიძე
თინათინ კუტუბიძე
ზურაბ შაყარაშვილი
ბიორბი დიდგვა
ვანუშა ხელაშვილი
დ. კილაძე
მარინე ხეცურიანი
თამაზ სურმანიძე
თამაზ წყაროშვილი
დავით ბერიშვილი
ბ. პაპიაშვილი

კ. ჩახუნაშვილი
ა. ბლიაძე
რ. სვანაძე
დ. ჩახუნაშვილი
თ. თედორაძე
ე. ნახუტსრিশვილი

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.
DAVID BERISHVILI MD. PH.D.
G.PAPIASHVILI MD PH.D. FESC
ILYA M. YEMETS MD.PHD. PROF. /ukr/
FABIO PIGOZZI MD.PHD. PROF. /Italia/
DIRK-ANDRE CLEVENT MD.PHD. PROF. /Ger./
FUYONG JIAO /China/
BEGENCH H. ANNAEV PROF. M.D., PH.D.
/Turkmenistan/

K. CHAKHUNASHVILI MD.PHD. Assoc. Professor
A. BLIADZE
R. SVANADZE
D. CHAKHUNASHVILI MD.PHD.ST.
T. TEDORADZE
E. NAKHUTSRISHVILI



სარჩევი

CONTENTS

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა
ასოციაცია 6

Georgian Pediatric Cardiology Association 9

ორიგინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტივობები

ORIGINAL ARTICLES AND SCIENTIFIC ACTIVITIES IN CARDIOLOGY

კარდიოლოგია-რევმატოლოგია CARDIOLOGY-RHEVMATOLOGY

ეკგ (ელექტროკარდიოგრაფიის) დიაგნოსიკური
ღირებულება „აპივით“, „აპიკორის“, „აპიპულმოსა“
და „აპიჰეპატის“ გამოყენებისას პოსტ-კოვიდის
პერიოდში

**Diagnostic value of ECG (electrocardiography)
when using „Apivit“, „Apicor“, „Apipulmo“ and
„Apihepat“ in the post-Covid period**

გ.ჩახუნაშვილი, ნ.ჯობავა, კ.ს.ჩახუნაშვილი,
კ.გ.ჩახუნაშვილი, დ.ჩახუნაშვილი, თ.ნიკოლაიშვილი
G. Chakhunashvili, N N.jobava, K.S. Chakhunashvili,
K.G. Chakhunashvili D. Chakhunashvili, T.Nikolaishvili 11

საქართველოს პედიატრია 100 წლის და
ჩვენი თაობის ანგარიში 2021 წელს
**Georgian Pediatrics is 100 years old and our
generation reports in 2021**
გ.ჩახუნაშვილი, G. Chakhunashvili 20

COVID-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია
საქართველოში
Vaccination against COVID-19 in Georgia
გიორგი ჩახუნაშვილი, Giorgi Chakhunashvili 26

**Features Of The Clinical Course Of Diabetes
Mellitus In Adolescents**
Begench H. Annayev 28

კოგნიტიური ფუნქცია კონსლერულ იმპლანტთა
თუ სასმენ აპარატთა არამომხმარებელ და
მომხმარებელ სმენადაქვეითებულ ბავშვებში:
განსხვავებები სტანდარტებისაგან
ნორმალურსმენიან თანატოლებში
**Cognitive function in non-consumer and
hearing-impaired children with cochlear implants
or hearing aids: Differences from standards
in normal-speaking peers**
თეონა დევდარიანი, შოთა ჯაფარიძე,
ნინო მანჯავიძე, ზურაბ ქევანიშვილი
Teona Devdariani, Shota Japaridze, Nino Manjavidze,
Zurab Kevanishvili 30

**Clinical management of children with Kawasaki disease
during the situation of prevention and
control of COVID-19**
Jiale Wang, Fuyong Jiao, Sheng Zhang; Ji Ma; Jing Ni;
Juyan Wang; Xiaohong LI; Zhilong Mu; Wei Han;
Gaitao He; Lei Ma; Yalun Liu; Fuyong Jiao (CHINA) 32

**ზოგიერთი დაავადების მენეჯმენტი სკოლაში
Some disease management in school**
ნანა ჯინჭარაძე, Nana Jincharadze 34

ორიგინალური სტატიების აბსტრაქტები ABSTRACTS OF ORIGINAL ARTICLES 37

პრაქტიკოსი ემედიკოსების PRACTICING PHYSICIANS

**Helicobacter Pylori ინფექცია ბავშვებში.
მართვის რეკომენდაციები
Helicobacter pylori infection in children.
Management recommendations**
მ.დ. ციცინო ფარულავა, მ.დ. მაია ჩხაიძე,
მ.დ. მედეა ცანავა, ია ხურცილავა
M.D. Tsitsino Farulava, M.D. Maia Chkhaidze,
MD Medea Tsanava, Ia Khurtsilava 41

**ბავშვთა უსაფრთხო კვების კუთხე
Safe feeding of children**
ნინო თოთაძე, Nino Totadze 47

კარდიოლოგიის თეორიული საფუძვლები 55

მილოცვა Congratulations 56

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. ჩახუნაშვილი
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 მუშაობის ქართულ რეპერატულ შურონალში ასახული გამოცემათა ჩამონათვალი

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

www.tech.caucasus.net



ქართული რეპერატული შურონალი 8 (20), 2012



ნომერში ასახულ გამოცემათა ჩამონათვალი თემატური რუბრიკები ავტორთა საძიებელი საგნობრივი საძიებელი



STATISTIC

TOTAL VISITS

Views
2017 - 140
2018 - 161
2019 - 199
2020 - 230
2021 - 303
2022 - 380

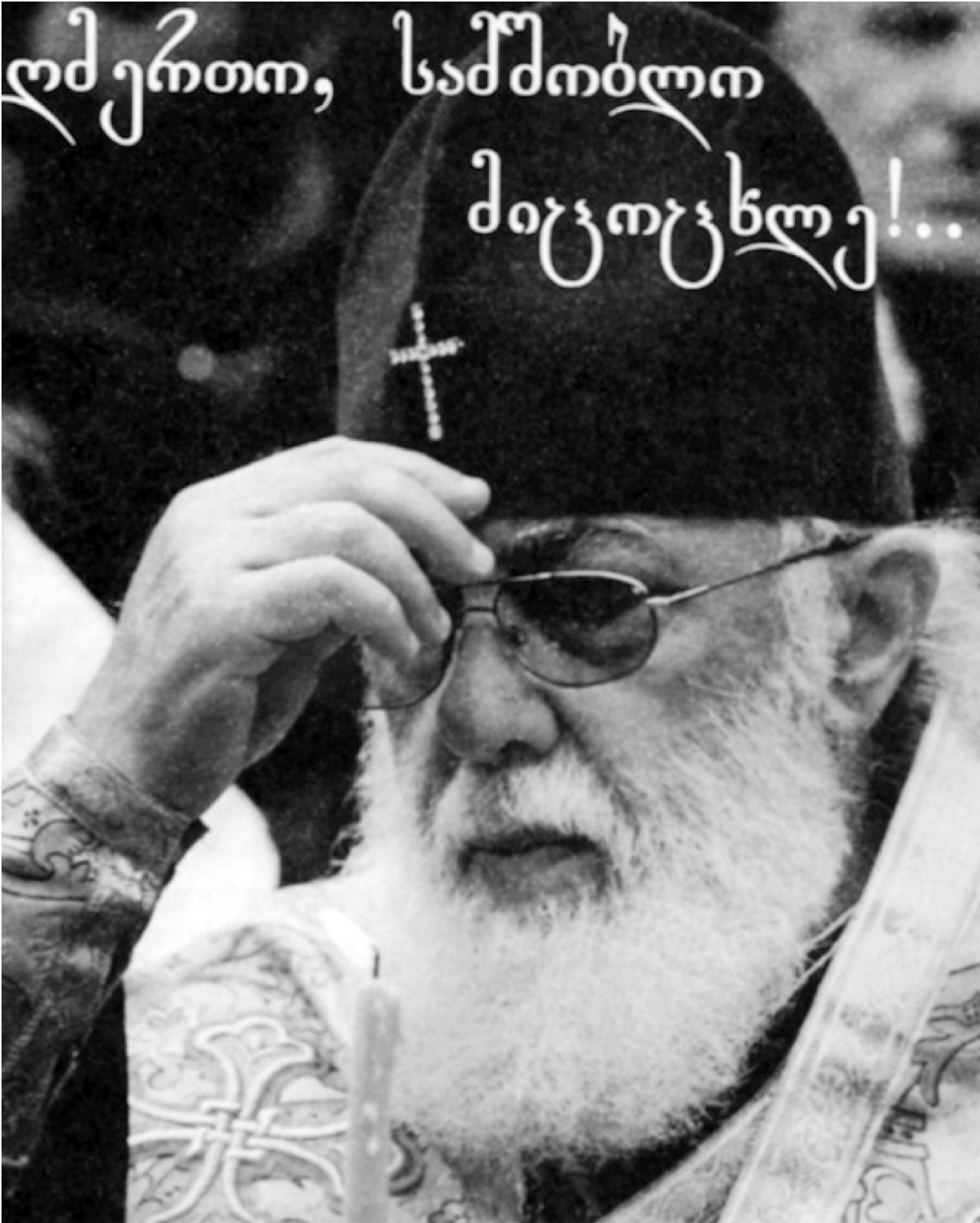
ბავშვთა კარდიოლოგია

TOP COUNTRY VIEWS

	Views		Views
Georgia	124	Canada	1
United States	76	Senegal	8
Ireland	8	India	1
Russia	15	United Kingdom	7
China	13	Sweden	1
Germany	12	France	6
Ukraine	11	Uzbekistan	1

TOP CITY VIEWS

	Views		Views
Houston	5	Menlo Park	3
Ashburn	18	Neuss	1
Jacksonville	13	San Francisco	1
Houston	11	Montreal	3
Ann Arbor	5	Tbilisi	6
Menlo Park	2	Saint Petersburg	3
Oakland	11	Toronto	1
		Beijing	5



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 ოსსუ-ს პედკლინიკის ბაზაზე 1992 წელს, რეგისტრირებულ იქნა 1999 წლისთვის. აღნიშნული ასოციაცია წარმოადგენს კავშირს, სუთი 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 რეკონსტრუქციის, რეკონსტრუქციის, არარეკონსტრუქციის დაზიანებების, გულის იშემიური დაავადებთა, მიოკარდიუმის ინფარქტით, კარდიოპათიების 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.კ. 15 განხრში, ფ.ა.გ – დატვირთვისას, ელექტროგამოთვლით ველომეტრია, პულსური მრუდები, კაპილარი სკოპა, 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 – გაეიღონ „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 ასოციაციის საპროგრამო-მედიკალური აქციები

1992 წლიდან 1998 წლამდე მიმდინარეობდა პერიოდულად მოსახლეობის პუბლიცისტური გასინჯვები. სულ 1998 წლიდან სოციალური პედაგოგიის ფონდთან ერთად დაიწყო საქველმოქმედო აქციები. აქციებში მონაწილეობენ: გამოჩენილი ქართველი პედაგოგები. მიმდინარეობს ავადმყოფთა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა და სხვა. ურიტელებათ მედიკამენტები. ჩაუტარდათ რამდენიმე ათეული სასწრაფო ოპერაცია. ათობით ავადმყოფს 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 მუშაკთა თვის დია კარის დღე; გაისინჯა 100-მდე ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები. დედათა და ბავშვთა სადიაგნოსტიკო ცენტრში და აგრეთვე ქალაქის სხვადასხვა პოლიკლინიკებში ჩამოყალიბდა მალაქალი-ფიციური პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები კვირაში ერთჯერ. ქალაქის წამყვან პედაგოგიულ

კლინიკებში ტარდება მალაქალი-ფიციური პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები თვეში ერთჯერ. აქციებში სხვადასხვა პროფილით მონაწილეობდნენ:

1. კანისა და ვენსენეულებათა ინსტიტუტი
2. პარაზიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და სხვ. დაწესებულება მუნიციპალიტეტის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებები დამკურნალობის ეტაპი. ასევე დარიგდება შესაბამისი მედიკამენტები. დაიბეჭდა და გაფრცხვდა მუნიციპალიტეტის საწინააღმდეგო შესაბამისი უფასო სამახსოვროები.
- 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. ზუგდიდი დაურიგდათ მუნიციპალიტეტის საწინააღმდეგო წამლები.
- 04.04.99წ. ექსპედიცია ფასანაურში კომპლექსურად აღიანიჯა 400-ზე მეტი ბავშვი.
- 07.05.99წ. ექსპედიცია გურჯისტის 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. ექსპედიცია ვადავიდა ბახმაროდან აჭარის მალაქალი-ფიციურ 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 გაკეთდა სისხლის საერთო ანალიზი, ინსტრუმენტული გამოკვლევები – ექოსკოპია, ენცეფალოგრამა და სხვა. სულ გაისინჯა 1500 ბავშვი და მომვლელი.
- 15.04.2000. წ. გურჯაანი კომპლექსური გასინჯვები, გაისინჯა 1200-მდე ბავშვი დარიგდა მედიკამენტები.
- 29.04.2000 წ. ქ. რუსთავი (კოსტავას №6) გაისინჯა 300-მდე ბავშვი.
- 05-06-07. 2000 წ. გასინჯულია ავჭალის 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-ბუშუმში 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 ახორცის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.

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

2002 წელი

10.03. 2002 წ. ახალგორი გაისინჯა 250 ბავშვი.
20-04. 2002წ. 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, შენაქო, 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. რაჭა გაისინჯა 290 ბავშვი.
15.10. 2003 წ. რაჭა გაისინჯა 170 ბავშვი.
18. 10. 2003 წ. დმანისი გაისინჯა 180 ბავშვი.

2004 წელი

მარტი-აპრილი-მაისი: კასპი, გურჯაანი, თელავი, ახმეტა, ლაგოდეხი, სიღნაღი, ბოდბე, ასპინძა, ახალციხე, ბორჯომი, თბილისი, ზესტაფონი, ხარაბაული, ჭიათურა გაისინჯა 1728 ბავშვი. 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

მრეულის რეგიონში, გაისინჯა 700 ბავშვი და 800 მოზრდილი.
18 ივლისი კასპი 450 ბავშვი.
8 ოქტომბერი მცხეთის რაიონი 300 ბავშვი.
14-15-16 ოქტომბერი ლენტეხი 850 ბავშვი და 200 მოზარდი.

2006 წელი

2006 წლის 18 თებერვალს კლინიკაში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა მხატვართა კავშირის 20 ოჯახი. მარტში ღია კარის დღე. გაისინჯა ღტოლვილთა 100-ზე მეტი ბავშვი.
აპრილში საგურამოში ელჩების მონაწილეობით ჩატარდა აქცია.
31 მაისს ქ. რუსთავში გაისინჯა 450 ბავშვი.
1-2 ივნისს თსსუ-ში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა 400 ბავშვი.
მათ ჩაუტარდათ კონსულტაცია და კლინიკო ლაბორატორიული გამოკვლევები.
9-10 ივნისს კასპის რაიონში ჩატარდა გასვლითი გასინჯვები. (გაისინჯა 300 ბავშვი).
1 ივლისს ცხინვალის რაიონში ომში მონაწილეთა 500 ბავშვი გაისინჯა. სექტემბერ-ოქტომბერში გაისინჯა 120 ბავშვი.
ნოემბერში გაისინჯა ჟურნალისტთა 100-200 ოჯახი.

2007 წელი

მარნეული. უფასო კონსულტაცია ჩაუტარდა 110 ბავშვს. გამოვლინდნენ სქოლიოზით დაავადებული ბავშვები. გადაეცათ ესპანდერები და მეთოდური რეკომენდაციები სამკურნალო ფიზკულტურის შესახებ.
ღუშეთი. კანსულტაცია ჩაუტარდა 280 ბავშვს. ახაშენი. კანსულტაცია 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 ივნისს ახმეტა (ქაქუცობა - გაისინჯა 450 ბავშვი, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამისი მედიკამენტები
27 ივნისი – საქართველოს სექციის აღდგენა
20 აგვისტო – Stop Russia/ ივლითის აქცია
1 სექტემბერი – Stop Russia/ თბილისი ჯაჭვის აქცია
4 ოქტომბერი ღია კარის დღე კონსულტაცია, გამოკვლევები: მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. შედგა მხატვრების და ხელეწიფების მოღვაწეების მასტერ-კლასი ბავშვებისთვის
6 დეკემბერი ბერგმანის კლინიკაში უფასოდ გაისინჯა 110 ბავშვი, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამისი 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 – კარაღეთი. 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 – კარაღეთი
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 – ჩხოროწყურს რაიონის სოფლები – გაისინჯა და ვიზიტორული ოქნა 1300 პაციენტი

2016 წელი

გაისინჯა 3035 ბავშვი

2017 წელი

გაისინჯა 1305 ბავშვი



- 2018 წელი**
გაისინჯა 200 ბავშვი
- 2019 წელი**
გაისინჯა 250 ბავშვი
- 2020 წელი**
გაისინჯა 95 ბავშვი
- 2021 წელი**
გაისინჯა 100 ბავშვი
- 2022 წელი**
გაისინჯა 30 ბავშვი

დღემდე აქციებში სულ გაისინჯა 228 150 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 მომავლის რეალობა“**
01.VI. 99
II კონფერენცია „ჯანმრთელი ბავშვი მშვიდობიანი კავკასია“
25.XII.99 III კონფერენცია „დღევანდელი ეკონომიკური მიმართულებანი პედიატრიაში და მისი პერსპექტივა“ XXI საუკუნის პედიატრია – ინვალიდობის პროფილაქტიკის მედიცინად უნდა იქცეს.
01.VI.2000 IV კონფერენცია „ჩანასახიდან ბავშვის უფლება უნდა იყოს დაცული“
27.III.2001 შეხვედრა სახალხო დამცველის ოფისში „ანასრულწლოვანი დამნაშავეები, მათი უფლებები და რეალობა“
01.06.2001 V (XIX) კონფერენცია „მიძვნილი 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 ახალგორი, 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, გენეტიკოსის ვიქტორ მოროშკინის ნათელ ხსოვნას.
1.06.2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები XIV კონფერენცია.
9.09.2005 თბილისი, მერიოტი II საერთაშორისო კონფერენცია „ჯანმრთელი ბავშვი მშვიდობიანი კავკასია“.
2006წ. I ივნისი სოციალური პედიატრიის 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 წლის 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.
20.12.20 სპდფ-ის XLV კონფერენცია.
2021 წელი
01.06.21 სპდფ-ის XLVI კონფერენცია.
18.12.21 სპდფ-ის XLVII 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 Non-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 pediatricians 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 Pasaunauri – 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, OzurgetiIngiri), SPPF held charity activities with the help of Patriarchy – over 2400 children were examined and medicines were given out.

2005.

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

2006.

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

2007.

- Marneuli – Free consultations for 100 children. Childrens with Scoliosis were shown. They got espander gifts and were recommended how to treat scoliosis.
- Dusheti – 250 children were examined.
- Akhalshehi – 85 children were held consultations.





9-10th of June, Kaspi – 300 children were examined.
1th of July, Ckhinvali region – 500 children of war participants were examined. In September-October – 120 children.
In November – over 200 of Journalist's families were examined.

2008.

1st of June – Open door day (200 children were examined).
2nd of June – Teddy bear (300 children examined).
14th of June, Akhmeta (QaQucoba) - 450 children were examined and gifted medicines. Also examinations like echoscopy of abdominal cavity and ECG were held.
27th of June – restoration of Georgian Section.
20th of August - STOP RUSSIA (meeting at Igoeti)
1st of September, Tbilisi – STOP RUSSIA (meeting of chain)
4th of October – free consultations and examinations. Painters and artists master classes were held.
6th of December – 110 children were examined in Bergman Clinics with echoscopy of abdominal cavity, ECG and other.

2009.

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

2010.

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

2011.

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

2012.

1st of June, Tbilisi – 350 children were examined.
22th of December, Tbilisi – 250 children were examined.
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.

2020.

95 children were examined.

2021.

100 children were examined.

2022.

30 children were examined.
Till today over 228 150 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

20.12.2020. SPPF XLIV conference

01.06.2021. SPPF XLVI conference

18.12.2021. SPPF XLVII conference



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

კარდიოლოგია-რევმატოლოგია
Cardiology-Rheumatology

ექვ (ელექტროკარდიოგრაფიის) ღიაბნოსიკური ღირებულება
„აპივიტი“, „აპიკორის“, „აპიპულმოსა“ და „აპიჰეპატი“
გამოყენებისას პოსტ-კოვიდის პერიოდში
(პრევენციული კარდიოლოგია)

ბ. ჩახუნავაშვილი, ნ.ჯოჯავა, კ.ს.ჩახუნავაშვილი, კ.ბ.ჩახუნავაშვილი, დ.ჩახუნავაშვილი, თ.ნიკოლაიშვილი
(საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია) საქართველო. თბილისი

თანამედროვე პრევენციულ კარდიოლოგიაში უდიდეს როლი ენიჭება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში განხორციელებულ „ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიურ“ სამსახურს. „ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიური“ სამსახური კი ეფუძნება მის პროფესინალეობით დაკომპლექტებას და ორგანიზაციულად სწორ მართვას. ექიმთა პროფესიონალიზმის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი განმსზღვრელია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევების მეთოდებისა და მათი შედეგების სკუპულოზური ანალიზის უნარი.

სწორედ, ასეთ კვლევებს მიეკუთვნება ეკგ (ელექტროკარდიოგრაფია), რომელმაც თავისი გამოყენების სიმარტივითა და სიიარაღით, დღემდე პედაგოგიაში ვერადავერ დაიმკვირდა ღირსეულად შესაბამისი ადგილი. ეკგ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევის ყველასთვის ხელმისაწვდომი რუტინული მეთოდია, რომელიც თავისი უმნიშვნელოვანესი მონაცემებით ავსებს სისხლის მიმოქცევის აპარატზე წარმოდგენას და სხვა კვლევებთან ერთად სრულყოფს დიაგნოსტიკას (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,69).

ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა, ზემო აღნიშნულიდან გამომდინარე, გვეჩვენებინა ეკგ-ეს (ელექტროკარდიოგრაფიის) დიაგნოსტიკური ღირებულება „აპივიტის“, „აპიკორის“, „აპიპულმოსა“ და „აპიჰეპატი“ გამოყენებისას პოსტ-კოვიდის პერიოდში, რომელსაც აუცილებლად პრევენციულ კარდიოლოგიაში უმნიშვნელოვანესი როლი მიენიჭება.

შრომის კვლევის დიზაინი მოიცავდა 0-დან 18 წლამდე ასაკის 300 ბავშვს, რომლებიც 2020-2022 წწ თბილისში, როგორც ამბულატორიულად ასევე სხვადასხვა კლინიკებში იყო კონსულტირებული. ყველა მათგანს პოსტ-კოვიდ პერიოდში გადაღებული ქონდა ეკგ 12 ჩვეულებრივ განხრებში და აღნიშნულ კონტიგენტში სხვა პრეპარატებთან ერთად გამოყენებული იყო ქართული პრეპარატები „აპივიტი“, „აპიკორი“, „აპიპულმო“ და „აპიჰეპატი“, რომელთა შესახებ ინსტრუქციაში შესაბამისად ვკითხულობთ:

„აპივიტი“ (APIVITI)

/რეგისტრაციის და თარიღი რ-020845 2016-11-22 – 2021-11-22/ ფარმაკოლოგიური ჯგუფი/ქვეჯგუფი: ჯგ.: იმუნომოდულატორები.

ქვ/ჯგ.: მცენარეული წარმოშობის წარმოადგენს ბუნებრივ მაღალხარისხოვან და ბიოლოგიურად აქტიურ პროდუქტს. ყოველი აბი შეადგენს: ვალინი – 5.5-6%, ლიზინი – 5.9-7%, ლეიცინი – 5.8-6.7%, გლუტამინის მჟ. 9.1%, ცისტინი – 0.6% დასხვა. საშუალოდ 20% პროტეინს ალბუმინების სახით,

ვიტამინებს: A, B1, B2, B5, B6, C, E, D, PP, ფოლის მჟავას ბიოტინს, თირიზინს და სხვა. გლუკოზიდ რუთინს. მინერალებს: Fe, Mg, Ca და სხვა.

ჩვენება: 1. ვიტამინების, მინერალების და ამინომჟავების დეფიციტის შესავსებად (ჰიპოვიტამინოზების დროს); 2. მოზარდთა სიმალეში ზრდისას, ვინაიდან უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; 3. იმუნოდეფიციტური მდგომარეობების დროს, რადგანაც გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები. 4. ქრონიკული დალილობის სინდრომის დროს: გადაღლა, გონებრივი და ფიზიკური შრომისუნარიანობის დაქვეითება; 5. ორსულობის და ლაქტაციის პერიოდში. 6. შაქრიანი დიაბეტის და ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის დროს.; 7. სტრესის და ნერვული დაძაბულობისას

დოზირება: 1წლამდე 1/4ტაბლეტი 2-ჯერ; 1წლიდან 3 წლამდე 1/3 ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 3წლიდან 5წლამდე 1/2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 5წლიდან 12წლამდე 1ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 12წლიდან 2-3ტაბ. 3ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთჯ. საჭიროებისას დასაშვებია დოზების გაორმაგება. წინააღმდეგჩვენებები: ინდივიდუალური აუტანლობა გამოშვების ფორმა: ტაბლეტი 0, 35; არ არის დაფარული საღებავიანი გარსით. შეფუთვაშია 60 (30X2) ტაბლეტი.

აპიკორი (APIKOR)

რეგისტრაციის № და თარიღი №რ-024217 2018-09-01 – 2023-09-01 ნატურალური სრულფასოვანი კომპლექსი ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპინენტების შემცველი ფუტკრისა (ყვავილის მტვერი, ფუტკრის რძე) და ყურძნის პროდუქტის ნაზავია. იგი მდიდარია ყველა იმ ნივთიერებებით, 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 განმენდას, აუმჯობესებს ცხიმოვან ცვლას და ნონაში დაკლებას; ხსნის ნერვულ დაძაბულობას სტრესების დროს, აუმჯობესებს ძილს; ხსნის „ჰახმელიას“. ახდენს არტერიული წნევის ნორმალიზებას, აუმჯობესებს ვეგეტოსისხლძარღვოვან რეგულაციას, ასტიმულირებს ჰემოპოეზს. აპიკორი (APIKOR) ვიტამინები+ ამინომჟავები+მიკროელემენტები+ყურძნის ნიჰნა შეიცავს: ამინომჟავების 22 სახეობას, 20% პროტეინს ალბუმინების სახით ვიტამინებს (A, B1, B2, B5, B6, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ბიოტინს, რუტინს, ბეტა-სიტოსტერინი (ფოსფოტერინი), მიკროელემენტებს (Fe, Ca, Mg, Zn, Cu, F), გლიკოზიდებს, ცხიმოვან მჟავებს.

გამოიყენება:

1. როგორც ანტიოქსიდანტური კომპლექსი გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების კომბინირებული მკურნალობისა და მათი პროფილაქტიკის დროს;
2. ქოლესტერინისა და ლიპიდური ცვლის მოსაწესრიგებლად, რაც იცავს სისხლძარღვთა კედლებს ათეროსკლეროზული დაზიანებისაგან და აქვეითებს გულის იშემიური დაავადებების განვითარების რისკს, ხელს უშლის ქარბი ნონის განვითარებასა და ნაადრევი დაბერების პროცესებს;
3. ეკო და რადიაციული პათოლოგიების დროს, გააჩნია ანტირადიაციული და ანტიკანცეროგენული თვისებები.
4. იმუნოკორექციის მიზნით;
5. ცილოვანი ცვლის მოსაწესრიგებლად და ჰიპოვოტამონოზების დროს (არასრულფასოვანი კვება)
6. გონებრივი და ფიზიკური გადატვირთვისას (სპორტსმენები).

დოზირება: 1წლამდე 1/4ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 1წლიდან 3წლამდე 1/3 ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 3წლიდან 5წლამდე 1/2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 5წლიდან 12წლამდე 1ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 12წლიდან 2-3 ტაბ. 3ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3თვეში ერთჯერ. საჭიროებისას დასაშვებია დოზების გაორმაგება. წინააღმდეგჩვენებები: ინდივიდუალური აუტანლობა გამოშვების ფორმა: ტაბლეტი 0, 35; არ არის დაფარული საღებავიანი გარსით. შეფუთვაშია 60 (30X2) ტაბლეტი.

აპიპულმო (APIPULMO)

/ რეგისტრაციის № და თარიღი №რ-024219 2018-09-01 – 2023-09-01 /

ნატურალური სრულფასოვანი კომპლექსი არმოდგენს ორი ბიოლოგიურად აქტიური კომპინენტებით

მდიდარი პროდუქტის ქართული ფუტკრის ნაწარმისა (ყვავილის მტვერი, ფუტკრის რძე) და წიწვოვანის ექსტრაქტის ნაზავს, რომელიც მდიდარია ორგანიზმის შენების, განვითარებისა და სიცოცხლისათვის აუცილებელი ნივთიერებებით.

მოქმედების მექანიზმი: აწესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას, უანგვა-აძლიერებს პროცესებს; აძლიერებს ქსოვილის მიერ უანგვადის უტილიზაციას და შედეგად ზრდის გონებრივ და ფიზიკურ შრომისუნარიანობას; უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; აუმჯობესებს რეპროდუქციული სისტემის ფუნქციონირებას; აძლიერებს ექსტრემალური და სტრესული ფაქტორებისადმი ორგანიზმის ადაპტაციის უნარს და მის დაცვით მექანიზმებს. გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები; პრეპარატში შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებადი, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებასა და ორგანიზმის ზრდა-განვითარებას; ხელს უშლის ნაადრევი დაბერებას. იცხოვრე ლაღად და მხნედ

ის ნატურალური სრულფასოვანი კომპლექსია – ვიტამინები +მინერალები + ამინომჟავები; შეიცავს: ამინომჟავების 22 სახეობას 20% პროტეინს ალბუმინების სახით, ვიტამინებს (A, B1, B2, B5, B6, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ბიოტინს, რუტინს, ბეტა-სიტოსტერინი (ფოსფოტერინი), მიკროელემენტებს (Fe, Ca, Mg, Zn, Cu, F), გლიკოზიდებს, ქლოროფილს.

ეფექტურია: 1. სასუნთქი სისტემის მწვავე და ქრონიკული ანთებითი დაავადებების დროს ბრონქიტები, პნევმონიები, ტუბერკულოზი 2. ქრონიკული ჰიპოქსიის 3. (უანგვადის დეფიციტის) დროს, რადგან ხელს უწყობს ფილტვების ვენტილაციას, მათში უანგვადის მიწოდების გაუმჯობესებას; 4. ვიტამინების, მინერალების და ამინომჟავების დეფიციტის შესავსებად (ჰიპოვიტამინოზების დროს); 5. მოზარდთა სიმძლევში 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

დოზირება: 1 წლამდე 1/4ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 1წლიდან 3წლამდე 1/3 ტაბლეტი 2ჯერ დღეში; 3წლიდან 5წლამდე 1/2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 5წლიდან 12წლამდე 1ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 12წლიდან 2-3 ტაბლეტი 3ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3 თვეში ერთჯერ. საჭიროების შემთხვევაში დასაშვებია დოზების გაორმაგება. წინააღმდეგჩვენებები: ინდივიდუალური აუტანლობა გამოშვების ფორმა: ტაბლეტი 0, 35; არ არის დაფარული საღებავიანი გარსით. შეფუთვაშია 60 (30X2) ტაბლეტი.

აპიჰეპატი (APIHEPATI)

რეგისტრაციის № და თარიღი №რ-024218 2018-09-01 – 2023-09-01 ნატურალური სრულფასოვანი კომპლექსი წარმოადგენს ბუნებრივ, ნატურალურ მცენა-

რეულ კომპონენტთა ჯამს: წინვოგანის ექსტრაქტის, ფუტკრისა (ყვავილის მტვერი, ფუტკრის რძე) და ყურძნის პროდუქტების ნახავს, რომლებიც აუცილებლებელია ორგანიზმის ნორმალური ცხოველქმედებისა და სხვადასხვა დაავადებების პროფილაქტიკისათვის

მოქმედების მექანიზმი: ზრდის ორგანიზმის ფიზიკურ და გონებრივ შრომისუნარიანობას; ანესრიგებს ვიტამინების, ამინომჟავების და მიკროელემენტების ცვლას, ჟანგვალდგენით პროცესებს; გააჩნია რადიოპროტექტორული მოქმედება, უზრუნველყოფს მძიმე მეტალების გამოდევნას, თავისუფალი რადიკალებისა და ტოქსინების განეიტრალებას; პრეპარატი შემავალი ამინომჟავები ადვილად ათვისებადია, რაც ხელს უწყობს აზოტოვანი ბალანსის შენარჩუნებას და უზრუნველყოფს ორგანიზმის ზრდისა და განვითარების პროცესებს; აუმჯობესებს კუჭნაწლავის ტრაქტის, კუჭის, ღვიძლის, ელენთის ფუნქციას. ჰპრეპარატს აქვს ლიპოტროფული ეფექტი (ღვიძლის უჯრედებიდან გამოაქვს ზედმეტი ცხიმი), აღადგენს ჰეპატოციტების ფუნქციას, ხელს უშლის ნაადრევ დაბერებას; გააჩნია ანტირადიაციული და ანტიკანცეროგენული თვისებები; გააჩნია იმუნომოდულაციური, იმუნომასტიმულირებელი და ანტიმიკრობული თვისებები; ა პ ი ჰ ე პ ა ტ ი (APIHEPATI) შეიცავს: ამინომჟავების 22 სახეობას, 20% პროტეინს ალბუმინების სახით ვიტამინებს (A, B1, B2, B5, B6, C, D, PP, E, K, ფოლის მჟავა), ბიოტინს, რუტინს, ბეტასიტოსტერინი (ფოსფოტერინი), მიკროელემენტებს (Fe, Ca, Mg, Zn, Cu, F), გლიკოზიდებს, ქლოროფილს. ცხიმოვან მჟავებს გამოიყენება: 1. როგორც ჰეპატოპროტექტორი, რადიოპროტექტორი მძიმე მეტალების გამოდევნის მიზნით, თავისუფალი რადიკალებისა და ტოქსინების გასანეიტრალებლად; 2. ეკო და რადიაციული პათოლოგიების დროს, გააჩნია ანტირადიაციული და ანტიკანცეროგენული თვისებები; 3. ცილოვანი ცვლის მოსანერგებლად და ჰიპოვოტამინოზების დროს (არასრულფასოვანი კვება) 4. იმუნოდეფიციტური მდგომარეობების დროს. (ქრონიკული დაღლილობის სინდრომი) 5. გადაღლის, გონებრივი და ფიზიკური შრომისუნარიანობის დაქვეითებისა და გადატვირთვისას (სპორტსმენები); 6. აღდგენით პერიოდში (რეაბილიტაცია) მძიმე და ქრონიკული დაავადებების, ინფექციური პათოლოგიების, ოპერაციული ჩარევების, ტრავმების, სხივური და ქიმიოთერაპიის შემდეგ; 7. მხედველობის დაქვეითებისას,

მხედველობის ორგანოს ქრონიკული ანთებითი დაავადებების და დისტროფიული ცვლილებების დროს; 8. კლიმაქტერული პერიოდის, უნაყოფობის და პოტენციის დაქვეითების დროდ; 9. შაქრიანი დიაბეტის და ფარისებრი ჯირკვლის პათოლოგიის დროს.; 10. ვირუსული ინფექციების საპროფილაქტიკოდ; დოზირება: 1წლამდე 1/4ტაბლეტი 2-ჯერ; 1წლიდან 3წლამდე 1/3 ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 3წლიდან 5წლამდე 1/2 ტაბლეტი 2-ჯერ დღეში; 5წლიდან 12წლამდე 1ტაბლეტი ორჯერ დღეში; 12წლიდან 2-3ტაბ. 3ჯერ დღეში; მკურნალობის კურსი ერთი თვე. განმეორებითი კურსი რეკომენდირებულია 3თვეში ერთჯ. საჭიროებისას დასაშვებია დოზების გაორმაგება. წინააღმდეგჩვენებები: ინდივიდუალური აუტანლობა გამოშვების ფორმა: ტაბლეტი 0, 35; არ არის დაფარული საღებავიანი გარსით. შეფუთვაშია 60 (30X2) ტაბლეტი.

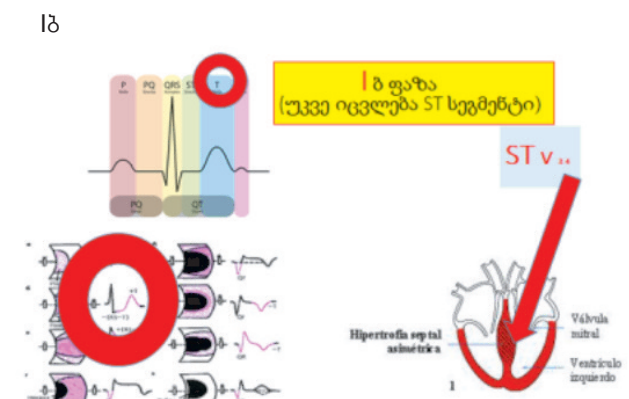
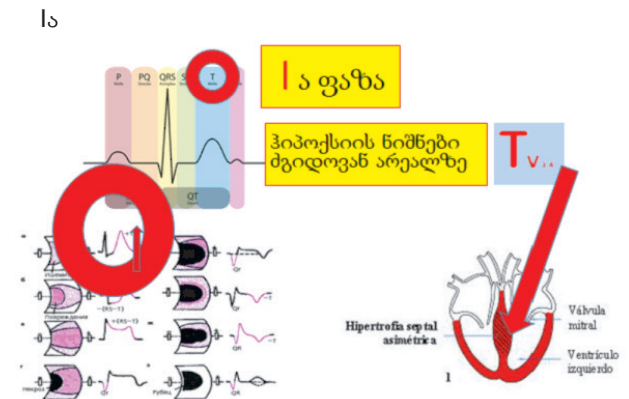
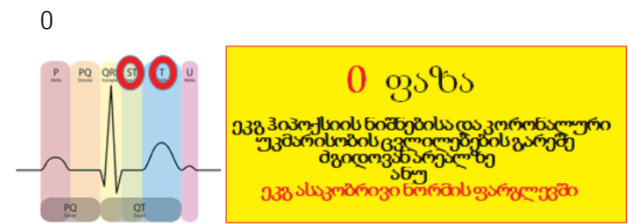
ჩვენებებიდან გამომდინარე მკურნალობის პროცეს-

ში დამატებით ან კიდევ იზოლირებულად ვიყენებით პრეპარატების შემდეგ კომბინაციებს:

- „აპივიტი“ + ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (ნვეთებში),
 - „აპიკორი“+ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (ნვეთებში),
 - „აპიპულმო“+ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (ნვეთებში),
 - „აპიჰეპატი“+ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (ნვეთებში),
- ზემო აღნიშნულ კვლევებში ანამნეზში დიდი ყურადღება ექცეოდა დაღლილობას, ზოგად სისუსტეს და კარდიოლოგიას.

შრომაში რადიონობრივი მაჩვენებლების სარწმუნობის შეფასებას ვახდენით სტიუდენტის კრიტერიუმით (ტ), ხარისხოვანის 2 კრიტერიუმით, ჯგუფებს შორის შედარებას Pearson-ით. განსხვავება ითვლებოდა სარწმუნოდ, თუ $t > 1,96$ $p < 0,05$ და $2 > 3,84$, $p < 0,05$ (10, 11). $t > 1,96$ $p < 0,05$ და > 3 2, 84, $p < 0,05$ (10, 11) მათემატიკური უზრუნველყოფა განხორციელდა პროგრამების პაკეტის SPSS-ის გამოყენებით.

მიღებული შედეგების განხილვის პროცესში აღმოჩნდა, რომ ბავშვებმა და მოზარდებმა პოსტოვიდის პერიოდში ეკგ-ეს სკუპულოზური ანალიზისას ადგილი აქვს ჩვენს მიერ აღწერილი (G.Chakhunashvili, N.Jobava at. 2019-2020-2021) ეკგ ცვლილებების ფაზებს – 0-III-IV:

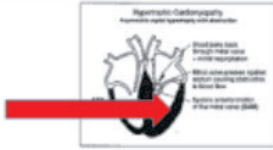




ბავშვთა კარდიოლოგია

IIa

II ა ფაზა (მარცხენა პარკუჭის გადაძაბვა)



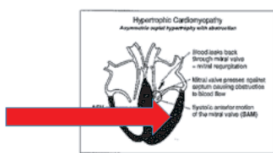
II ბ

II ბ ფაზა
მარჯვენა პარკუჭთანაა დაკავშირებული - ჰიპერტენზიის ნიშნები მცირე წრეში

II ბ ფაზა
მარჯვენა პარკუჭთანაა დაკავშირებული - ჰიპერტენზიის ნიშნები მცირე წრეში

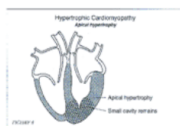
III

III ფაზა (მარცხენა პარკუჭის გადატვირთვა)



IV

და IV ფაზა
მარცხენა პარკუჭის კლასიკური ჰიპერტროფია, რომელიც შეკლებიდანაგარდა თავიდან უნდა ავიცილოთ. ეს კი შესაძლებელია; მხოლოდ უნდა ვეცადოთ, რომ მოხდეს წინა ფაზების დროული დიაგნოსტიკა.

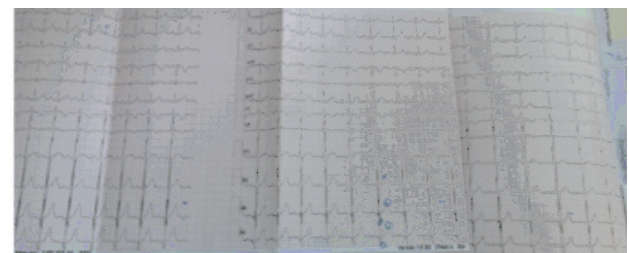
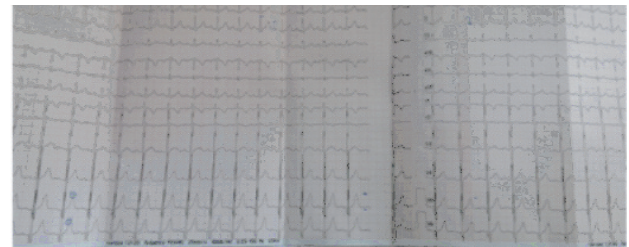
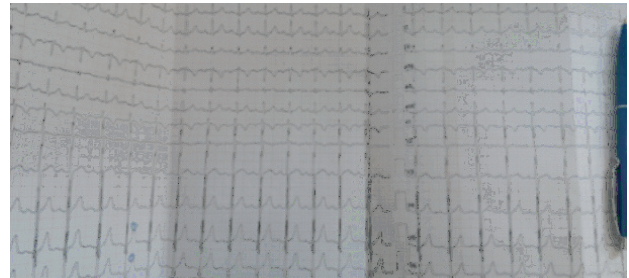


შემთხვევათა რაოდენობის %-ლი განაწილება ეკგ-ს ცვლილების ფაზების მიხედვით შემდეგია:
0 - 9 %, Ia - 25 %, Ib - 5 %, IIa - 20%, IIბ-35%, III - 5 %.
IV - 1 %.

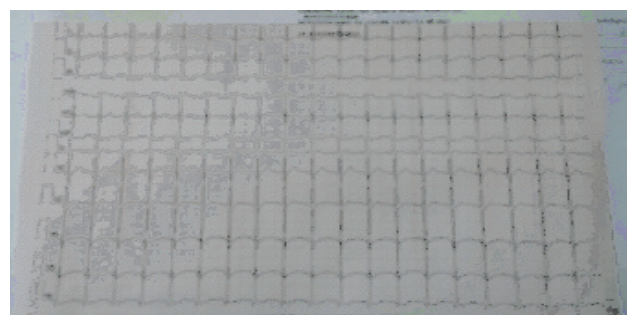
აღნიშნულ პაციენტებში, პრეპარატები „აპივიტი“, „აპიკორი“, „აპიპულმო“ და „აპიპეპატი“ დანიშნული იქნა ინსტრუქციებში აღნიშნული შესაბამისი ჩვენებებით.

ეკგ -ზე დადებითი დინამიკის შედეგები ნაჩვენებია შესაბამის სურათებზე:

Ia

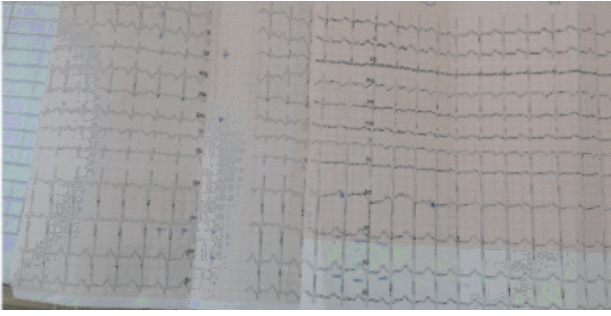


Iბ

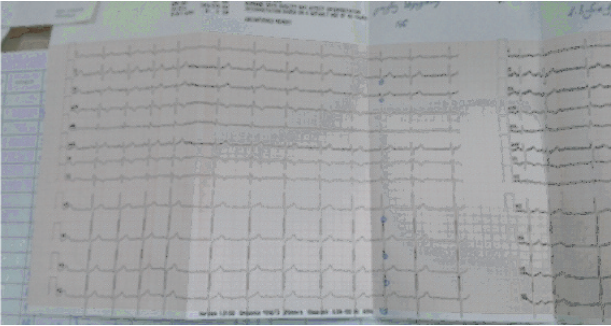




II ბ



III



ამდენად, მასალის კლინიკური და ინსტრუმენტული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე, სადაც $\zeta < 0.05$ -ზე, ჩვენს მიერ რეკომენდებულია შემდეგი კომბინაციები ეკგ-ეს ცვლილებათა ფაზების გათვალისწინებით:

0-„აპივიტი“ + ლ-კარნიტინი + ჟამგბადი (წვეთებში)

I. ა.ბ. - „აპიკორი“ + ლ-კარნიტინი + ჟამგბადი (წვეთებში)

II. ა.ბ. - „აპიპულმო“ + ლ-კარნიტინი + ჟამგბადი (წვეთებში)

III...„აპიკორი“ + ლ-კარნიტინი + ჟამგბადი (წვეთებში)

IV. „აპიჰეპატი“ + ლ-კარნიტინი + ჟამგბადი (წვეთებში)

ამგვარად, ჩვენმა კვლევებმა გვიჩვენა, რომ ეკგ-ის (ელექტროკარდიოგრაფიის) დიაგნოსტიკური ღირებულებას „აპივიტის“, „აპიკორის“, „აპიპულმოსა“ და „აპიჰეპატის“ გამოყენებისას პოსტ-კოვიდის პერიოდში აუცილებლად პრევენციულ კარდიოლოგიაში უმნიშვნელოვანესი როლი მიენიჭება.

– „აპივიტი“, „აპიკორი“, „აპიპულმო“ და „აპიჰეპატი“ ბავშვებსა და მოზარდებში განსაკუთრებულად ფართო დიაპაზონის მოქმედებით გამოირჩევა.

ლიტერატურა:

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 ნაკრების 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 ჩახუნაშვილი //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. იავიჩი, 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. მულკიჯანიანი //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-აპიპულმო, აპიპინკო-აპიჰეპატი) 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. ენა. [MFN: 35307]

8. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კლინიკურ-ინსტრუმენტული მახასიათებლები მუცოვისციდოზის დროს ბავშვებში / ნ. ბადრიაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურიძე, ნ. ჯობავა, მ. ხეცურიანი, თ. ჩხეიძე, ქ. კვაჭაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2007. – №1. – 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. – №1. – გვ.46-48[MFN: 35410]

10. ბავშვთა კარდიოლოგია XXI საუკუნეში: გულსისხლძარღვთა დაავადების პრევენციისათვის ბავშვთა ასაკში (კორონარული უკმარისობა და მისი პედიატრიული ასპექტი) / ვ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2008. – №2. – გვ.9-12[MFN: 35444]

11. გამომხაურება მსოფლიო მიმართულებაზე „ჩარდინც Risk in the Young“: გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაადრევ მორფოფუნქციურ ცვლილებათა დროული გამოვლენა და სანვრთო პროცესების თანამედროვე მართვა მოზარდ სპორტსმენებში (ფეხბურთელებში) / მაია ალთუნაშვილი, გიორგი ჩახუნაშვილი //ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2008. – №2. – გვ.13-14[MFN: 35449]

12. პერინატალოგიაში ტრანზიტორული ჰიპოქსია და ე.კ.გ.-ს დიაგნოსტიკური ღირებულება / თ. მჭედლიშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, მ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2008. – №2. – 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. – №3. – გვ.9-17[MFN: 35489]

14. ლექციების გამოყენების პერსპექტივა XXI საუკუნის მედიცინაში / ე. ბაირამოვი, გ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2009. – №3. – გვ.38-39 [MFN: 35502]

15. მაღალი კვალიფიკაციის მოჭიდავეების სანვრთნო პროცესების მართვა / ზ. კახაბრიშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2009. – №3. – გვ.40-41 [MFN: 35514]

16. რადიოპროტექტორული თვისებების მქონე ფენოლოური 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. – №21. – გვ.250-253. – რეზ. რუს. და ინგლ. ენ. [MFN: 37320]

17. საქართველოში ბავშვთა კარდიოლოგიის აქტუალური საკითხები და მისი განვითარების პერსპექტივები XXI საუკუნეში / გ. ჩახუნაშვილი // სოციალური პედიატრია. – თბილისი, 2003. – №4. – გვ.13-14 [MFN: 37543]

18. ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექციის კურსი (ბავშვთა და მოზარდთა უსაფრთხოება მეცნიერული გზით მედიცინა და სპორტი) / გ. 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. – №12-7-6. – გვ.35 [MFN: 55634]

20. ST სეგმენტი და თ-კბილი ჯანმრთელ ბავშვებსა და ზოგიერთი ანთეზად და არაანთეზად დაავადებების დროს პედიატრიაში (NEHB-ის განხრების გამოყენების პერსპექტივა პედიატრიაში პრევენციული კარდიოლოგიის საკითხები) / გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2010. – №4. – გვ.9-23 [MFN: 55728]

21. 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 // ბავშვთა კარდიოლოგია. – თბილისი, 2010. – №4. – 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. – №5 (65). – გვ.57-58 [MFN: 70789]

23. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანება იუვენული რევმატოიდული ართრიტის დროს: (მიმოხილვა) / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, მ. ლეკიშვილი და კ. ჩახუნაშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2011. – ISSN 1987-9857. – №5. – გვ.8-16. – ბავშვთა კარდიოლოგია. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენ. [MFN: 81401]

24. კაპილაროსკოპიისა და კარდიოინტერვალოგრაფიით მიღებული მონაცემების დახასიათება / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2011. – ISSN 1987-9857. – №5. – 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. – №5. – გვ.24-32. – ბავშვთა კარდიოლოგია. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენ. [MFN: 81405]

26. იმუნური სტატუსი თიმომეგალიის ფონზე განვითარებული ბრონქოპნევმონიების 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. ასოცი. II საერთ. კონგრესის აბსტრაქტები. – გვ.16. – რეზიუმე ინგლ. ენ. [MFN: 108151]

27. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაადრევ მორფო-ფუნქციურ (ადაპტაციურ, პათოლოგიურ) ცვლილებათა დროული გამოვლენა და სანვრთნო პროცესების თანამედროვე მართვა მოზარდ სპორტსმენებში (ფეხბურთელებში): (ლიტერატურის მიმოხილვა) / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, იგ. დოლიძე, ზ. ფხალაძე, თ. გოგატიშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია / საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9857. – №6. – გვ.15-20. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენა. – 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, იგ. დოლიძე, ზ. ფხალაძე, თ. გოგატიშვილი // ბავშვთა კარდიოლოგია / საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9857. – №6. – გვ.20-24. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენ.. – შრომაში ციტირებული სამეცნიერო ლიტერატურის ნუსხა გვ.22-24 [MFN: 116812]

29. თანამედროვე ბავშვთა კარდიოლოგიაში არიათმიებისა 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. – №6. – გვ.25-27. – რეზ. ქართ. და მნგლ. ენ.. – სამეცნიერო ლიტ. ნუსხა გვ.26 [MFN: 116816]

30. კალათბურთელთა ფიზიკური და ფუნქციური მაჩვენებლების 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. – №6. – გვ.30-32. – რეზ. ქართ. და ინგლ. ენ.. – ლიტ. გვ.32 [MFN: 116833]

31. იმუნური ჰომეოსტაზი და მისი კორექცია აპიკულ-მოთი მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციების



დროს ბავშვებში / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურაძე, ნ. ჯობაძე, ნ. ბადრიაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, თ. ნოდელი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9865. – №14-9-8. – გვ.27-29. – ორიგინალური სტატიები. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენ.. – ლიტ. გვ.28. – ცხრ. 1. – ცხრ. 2. – ცხრ. 3[MFN: 116890]

32. „აპიჰეპატის“ ეფექტურობა ბრონქოპნევმონიების კომპლექსურ მკურნალობაში / გ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურაძე, ნ. ჯობაძე, ნ. ბადრიაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2012. – ISSN 1987-9865. – №14-9-8. – 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. ჯობაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – გვ.11-18. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 143888]

34. სპორტსმენტა ფიზიკური და ფუნქციური მდგომარეობის შეფასება აპი პულმოსა და აპიკორის ფონზე / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე, ნ. თოფურაძე, ნ. ბადრიაშვილი, ზ. შაქარაშვილი, ზ. ფხალაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – გვ.19-22. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ.22[MFN: 143894]

35.EKG პარამეტრის (შთ and T wave) ანდ ცაპილაროსკოპიკ პარამეტრის დურინგ დიაბეტეს მელლიტუს ტყეპი ინ ცვილდრენ / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – გვ.23-26. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 143895]

36. ე.ე.გ. პარამეტრები (შთ სეგმენტი და T კბილი) შაქრანი დიაბეტის ტიპი I-სა, ზოგიერთი ანთებადი და სხვა არაანთებადი დაავადებების დროს ბავშვთა ასაკში / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – გვ.26-32. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ.30-31[MFN: 143900]

37. მიტრალური სარქველის პროლაფსის სიხშირე, ეტიოპა თოგენეზი, დაავადებათა პათოგენეზი/ ცხრ. I-ში ჩაბმის ხარისხის განსაზღვრა და არიათმეობთან კონტექსტში მისი განხილვა / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე, მ. შვანგირაძე, მ. ინასარიძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – გვ.32-37. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – სამეც. ლიტ. გვ.36-37[MFN: 143902]

38. ST სეგმენტისა და T კბილის ცვლილებებთა ღრმა კლინიკური ანალიზის აუცილებლობა, პარკუჭთა რემოლარიზაციის, ნაადრევი აგზნების პარციალური სინდრომთა და S-Q ინტერვალის შემცირების არსებობისას ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – 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 ასოციაცი-

ის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – გვ.41-48. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ.47[MFN: 143926]

40. გულის რითმისა და გამტარობის დარღვევა ბავშვთა ასაკში: (მათი მართვის თანამედროვე პრინციპები) / გ. ჩახუნაშვილი, მ. ხუცურიანი, ნ. ჯობაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – გვ.48-56. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 143928]

41. პედიატრიულ კარდიოლოგიაში ინფექციურ პათოლოგიათა დროს მკურნალობაში იმუნოთერაპიული პრეპარატ „GA-40“-ის ჩართვის შესაძლებლობანი / დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9857. – №7. – 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. – №7. – გვ.79-81. – რეზიუმე რუს. ინგლ. და ქართ. ენაზე. – ლიტ. გვ.80-81[MFN: 143941]

43. იმუნური სისტემის მდგომარეობა და მისი კორექცია აპივიტით ეუთირეოდული ჩიყვის დროს / გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურაძე, ნ. ბადრიაშვილი, ს. ლლონტი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – №15-10-9. – გვ.49-51. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე. – ლიტ. გვ.51[MFN: 144066]

44. სპორტსმენტა და ორსულთა კვების რაციონში „აპი პურის“ აუცილებლობა / გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიაშვილი, მ. თოფურაძე, ნ. ჯობაძე, ზ. ფხალაძე, ირ. კალანდია // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – №15-10-9. – გვ.54-62. – რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე[MFN: 144073]

45. იმუნური ჰომეოსტაზი თიმომეგალიით მიმდინარე ბრონქოპნევმონიების დროს ბავშვებში აპიჰეპატით მკურნალობის ფონზე/ გ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. თოფურაძე, ნ. ბადრიაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – №15-10-9. – 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. ჯობაძე, ნ. თოფურაძე, ირ. კალანდია, ზ. ფხალაძე // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. – თბილისი, 2013. – ISSN 1987-9865. – №15-10-9. – გვ.86-88. – რეზიუმე ინგლ. და ქართ. ენაზე[MFN: 144159]

47. კალაბურთელთა მდგომარეობა „აპიპურის“ კვების რაციონში ჩართვის შემდეგ: (კვლევის I-II ეტაპი) / გ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, კ. ჩახუნაშვილი, ნ. ბადრიაშვილი, მ. თოფურაძე, ნ. ჯობაძე, ირ. კალანდია, ზ. ფხალაძე // ბავშვთა კარდიოლოგია: საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის შურნალი. – თბილისი, 2014. – ISSN 1987-9857. – №8. – 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 „ტპე 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.” – Iliia NadareiSvili, George Chakhunashvili; journal of the Georgian pediatric cardiology association #4 pages: 30-38 2010

51. „შთ სეგმენტის, T კბილის, და Q-T ინტერვალის თანამედროვე პრობლემები ბავშვთა და მოზარდთა კარდიოლოგიაში” — გ.ჩახუნაშვილი, ნ.ჯობავა, კ.ჩახუნაშვილი – საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ყურნალი №4 გვ: 9-28 2010წ

52. „გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობის დროს სპორტსმენ ბავშვებსა და მოზარდებში (დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის საკითხები)” — გ.ჩახუნაშვილი, ი.დოლიძე, თ.გოგატიშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ყურნალი №4 გვ: 39-41 2010წ

54. „ბავშვთა კარდიოლოგია XXI საუკუნეში, კორონარული უკმარისობა და მისი პედიატრიული ასპექტი” — გ.ჩახუნაშვილი, ნ.ჯობავა, კ.ჩახუნაშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ყურნალი №2 გვ: 9-12; 2008.

55. „გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაადრევ მორფო-ფუნქციურ ცვლილებათა დროული გამოვლენა დასაწვრთო პროცესების თანამედროვე მართვა მოზარდ სპორტსმენებში” — მ.ალთუნაშვილი, გ.ჩახუნაშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ყურნალი №2 გვ: 13-14;2008წ

56. „ცარდიოვასკულარ system in the sports-children holding prevention arrangements against week rings” _ G.chakhunashvili, N.jobava, D.fruidze, D.tabutsadze, M.chkhaizde; 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 Sportphysiology, University of Vienna, Austria, BKW Laboratory Medicine, Vienna, Austria, 3 Social Medical Center South – Department of Laboratory Diagnostics, Vienna, Austria

62. „ჩარდიოვასკულარ 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., НЦЗД 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>

რეზიუმე

ეკგ (ელექტროკარდიოგრაფიის) დიაგნოსიკური ღირებულება „აპიკიტის“, „აპიკორის“, „აპიკულუმისა“ და „აპიკვაბიტის“ გამოყენებისას პოსტ-კოვიდის პერიოდში

(პრევენციული კარდიოლოგია)

გ.ჩახუნაშვილი, ნ.ჯობავა, კ.ჩახუნაშვილი, კ.ჩახუნაშვილი, დ.ჩახუნაშვილი, თ.ნიკოლაიშვილი

(საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია) საქართველო, თბილისი

თანამედროვე პრევენციულ კარდიოლოგიაში უდიდესი როლი ენიჭება ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში განხორციელებულ „ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიურ“ სამსახურს. „ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიური“ სამსახური კი ეფუძნება მის პროფესინალებით დაკომპლექტებას და ორგანიზაციულად სწორ მართვას. ექიმთა პროფესიონალიზმის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი განმსზღვრელია გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევების მეთოდებისა და მათი შედეგების სკუპულოზური ანალიზის უნარი.

სწორედ, ასეთ კვლევებს მიეკუთვნება ეკგ (ელექტროკარდიოგრაფია), რომელმაც თავისი გამოყენების სიმართლითა და სიიფით, დღემდე პედიატრიაში ვერადავერ დაიმკვირდა ღირსეულად შესაბამისი ადგილი.

ეკგ გულ-სისხლძარღვთა სისტემის უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევის ყველასთვის ხელმისაწვდომი რუტინული მეთოდია, რომელიც თავისი უმნიშვნელოვანესი მონაცემებით ავსებს სისხლის მიმოქცევის აპარატზე წარმოდგენას და სხვა კვლევებთან ერთად სრულყოფს დიაგნოსტიკურებს (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9,.....69).



ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა, ზემო აღნიშნულიდან გამომდინარე, გვეჩვენებინა ეკგ-ეს (ელექტროკარდიოგრაფიის) დიაგნოსიკური ღირებულება „აპივიტის“, „აპიკორის“, „აპიპულმოსა“ და „აპიჰეპატის“ გამოყენებისას პოსტ-კოვიდის პერიოდში, რომელსაც აუცილებლად პრევენციულ კარდიოლოგიაში უმნიშვნელოვანესი როლი მიენიჭება.

შრომის კვლევის დიზაინი მოიცავდა 0-დან 18 წლამდე ასაკის 300 ბავშვს, რომლებიც 2020-2022 წწ თბილისში, როგორც ამბულატორიულად ასევე სხვადასხვა კლინიკებში იყო კონსულტირებული. ყველა მათგანს პოსტ-კოვიდ პერიოდში გადაღებული ქონდა ეკგ 12 ჩვეულებრივ განხრებში და აღნიშნულ კონტიგენტში სხვა პრეპარატებთან ერთად გამოყენებული იყო ქართული პრეპარატები „აპივიტი“, „აპიკორი“, „აპიპულმო“ და „აპიჰეპატი“.

მიღებული შედეგების განხილვის პროცესში აღმოჩნდა, რომ ბავშვებმა და მოზარდებმა პოსტკოვიდის პერიოდში ეკგ-ეს სკუპულოზური ანალიზისას ადგილი აქვს ჩვენს მიერ აღწერილი (G.Chakhunashvili, N.Jobava at. 2019-2020-2021) ეკგ ცვლილებების ფაზებს – 0-სა.ბ-IIა.ბ-III-IV; შემთხვევათა რაოდენობის %-ლი განაწილება ეკგ-ს ცვლილების ფაზების მიხედვით შემდეგაა:

0 – 9%, Iა – 25%, Iბ – 5%, IIა – 20%, IIბ-35%, III – 5%, IV – 1%.

აღნიშნულ პაციენტებში, პრეპარატები „აპივიტი“, „აპიკორი“, „აპიპულმო“ და „აპიჰეპატი“ დანიშნული იქნა ინსტრუქციებში აღნიშნული შესაბამისი ჩვენებებით.

ამდენად, მასალის კლინიკური და ინსტრუმენტული მონაცემების ანალიზის საფუძველზე, სადაც $P < 0.05$ -ზე, ჩვენს მიერ რეკომენდებულია შემდეგი კომბინაციები ეკგ-ეს ცვლილებათა ფაზების გათვალისწინებით:

- 0 – „აპივიტი“ + ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (წვეთებში)
- I. ა.ბ. – „აპიკორი“ + ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (წვეთებში)
- II. ა.ბ. – „აპიპულმო“ + ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (წვეთებში)
- III. – „აპიკორი“ + ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (წვეთებში)
- IV. – „აპიჰეპატი“ + ლ-კარნიტინი+ ჟამგბადი (წვეთებში)

ამგვარად, ჩვენმა კვლევებმა გვიჩვენა, რომ

– ეკგ-ეს (ელექტროკარდიოგრაფიის) დიაგნოსიკურ ღირებულებას „აპივიტის“, „აპიკორის“, „აპიპულმოსა“ და „აპიჰეპატის“ გამოყენებისას პოსტ-კოვიდის პერიოდში აუცილებლად პრევენციულ კარდიოლოგიაში უმნიშვნელოვანესი როლი მიენიჭება.

– „აპივიტი“, „აპიკორი“, „აპიპულმო“ და „აპიჰეპატი“ ბავშვებსა და მოზარდებში განსაკუთრებულად ფართო დიპაზონის მოქმედებით გამოირჩევა.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF ECG (ELECTROCARDIOGRAPHY) WHEN USING „APIVIT”, „APICOR”, „APIPULMO” AND „APIHEPAT” IN THE POST-COVID PERIOD (PREVENTIVE CARDIOLOGY)

G. CHAKHUNASHVILI, N.N.JOBAVA, K.S. CHAKHUNASHVILI, K.G. CHAKHUNASHVILI D. CHAKHUNASHVILI, T.NIKOLAISHVILI (Georgian Association of Pediatric Cardiologists) Georgia, Tbilisi

The „child cardio-rheumatology” service for children and adolescents plays an important role in modern preventive cardiology. The „Children’s Cardi-Rheumatology” service is based on its professional staffing and proper organizational management. One of the most important determinants of the professionalism of doctors is the ability to scrupulously analyze the methods of bloodless instrumental examination of the cardiovascular system and their results.

Such studies include ECG (electrocardiography), which, with its ease of use and cheapness, has so far never been able to observe a proper place in pediatrics. ECG is a routine method of bloodless instrumental examination of the cardiovascular system, which completes the presentation of the circulatory system with its most important data and, along with other studies, completes the diagnosis.

The aim of our study was to demonstrate the diagnostic value of ECG (electrocardiography) in the use of „Apivit”, „Apicor”, „Apipulmo” and „Apihepat” in the post-Covid period, which will definitely play an important role in preventive cardiology.

The labor survey design included 300 children aged 0 to 18 years who were consulted in Tbilisi, both on an outpatient basis and in various clinics in 2020-2022. All of them were filmed in the post-Covid period in the usual ECG 12 depressions, and in this contingent, along with other drugs, the Georgian drugs „Apivit”, „Apicor”, „Apipulmo” and „Apihepat” were used.

In the process of reviewing the results, it was found that in the postcovid period in children and adolescents, in the scopular analysis of the ECG, the phases of ECG changes described by us (G.Chakhunashvili, N.Jobava at. 2019-2020-2021) take place – 0-I A.B-IIa. B– III-IV; The% distribution of the number of cases according to the ECG change phases is as follows: 0 – 9%, I a – 25%, I b – 5%, II a – 20%, II b-35%, III – 5% IV – 1%. In these patients, the drugs „Apivit”, „Apicor”, „Apipulmo” and „Apihepat” were prescribed according to the instructions in the instructions.

Thus, based on the analysis of clinical and instrumental data of the material, where at $P < 0.05$, we recommend the following combinations taking into account the phases of ECG changes:

- 0 – „Apivit” + L-carnitine + oxygen (in drops)
- I. A.B. – „Apicor” + L-Carnitine + Oxygen (in drops)
- II. A.B. – „Apipulmo” + L-carnitine + oxygen (in drops)
- III. – „Apicor” + L-carnitine + oxygen (in drops)
- IV. – „Apihepat” + L-carnitine + oxygen (in drops)

Thus, our studies have shown that

– The diagnostic value of ECG (electrocardiography) when using „Apivit”, „Apicor”, „Apipulmo” and „Apihepat” in the post-Covid period will definitely play an important role in preventive cardiology.

– „Apivit”, „Apicor”, „Apipulmo” and „Apihepat” are especially effective in children and adolescents.



SOCIAL PEDIATRICS PROTECTION FUND



საქართველოს პედიატრია 100 წლის და ჩვენი თაობის ანგარიში 2021 წელს

გ.ჩახუნაშვილი (საქართველო, თბილისი)

GEORGIAN PEDIATRICS IS 100 YEARS OLD AND OUR GENERATION REPORTS IN 2021

G. CHAKHUNASHVILI (Georgia, Tbilisi)

WELCOME EVERYONE AND THANK YOU SO MUCH FOR PARTICIPATING IN THE

საერთაშორისო სამეცნიერო-პრაქტიკული ინტერნეტ-კონფერენცია

INTERNET SCIENTIFIC-PRACTICAL CONFERENCE

საქართველოს პედიატრია 100 წლის GEORGIAN PEDIATRICS IS 100 YEARS OLD

თბილისი 18.12.21 Tbilisi

„სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის“ ღვაწლი ქართულ პედიატრიაში 1998-2021 წწ

კონფერენციები



Certificate text including logos of the Social Pediatrics Protection Fund, Association of Georgian Pediatric Cardiology, and Euroscience. It mentions the 18th Scientific Conference on Pediatric Cardiology and the 100th anniversary of Georgian Pediatrics.

ახალგაზრდათა კონფერენცია აღდგენილია - XXIX

XXIX Young specialists, residents and doctoral candidates Conference



ევრომეცნიერების საქართველოს
ეროვნული სექცია

Georgian National Section of EuroScience
(ESGNS)

<http://esgns.org/>

<http://sppf.info/>

გამოცემები

2021

გამოცემის XIV წელი

გამოცემის XXII წელი

გამოცემის XXIII წელი

*Top Country Views

Country	Views
Germany	749
United States	153
France	25
Canada	21
China	21
Ukraine	18
United Kingdom	9
Senegal	8
Russia	7

Top City Views

City	Views
Berlin	500
Sacramento	61
Beijing	25
Montreal	24
Jacksonville	21
Beijing	6
Houston	6
Ahn Arbor	4
Cambridge	4

2153 მკითხველი!

Views	2017-	2018-	2019-	2020-	2021
სოციალური პედიატრია "Social Pediatrics" newspaper	237	→ 283	→ 1265	→ 1393	→ 1443
Magazines "Social, Ecological and Clinical Pediatrics"	118	→ 134	→ 149	→ 316	→ 372
ბავშვთა კარდიოლოგია "Pediatric Cardiology"	140	→ 161	→ 199	→ 265	→ 338
მკითხველთა ჯამი მსოფლიოში	495	→ 578	→ 1613	→ 1974	→ 2153

*2021

CHARITY ACTIVITIES

ზნიშვნელოვანია, რომ საქველმოქმედო აქციები და პროგრამები გრძელდება





დღეისათვის უკვე განიჯულია და ქველმოქმედება განხორციელებულია საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში 228 050 ბავშვსა და მოზარდზე მეტი ალღვა პროგრამა „სკოლის ექიმი“

FROM 1995 UNTIL TODAY WE PROVIDED FREE EXAMINATIONS FOR 228 050 CHILDREN. CHARITY EVENTS ARE GOING TO CONTINUE.

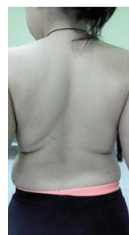


დღეისათვის უკვე განიჯულია და ქველმოქმედება განხორციელებულია საქართველოს სხვადასხვა რეგიონში 228 050 ბავშვსა და მოზარდზე მეტი ალღვა პროგრამა „სკოლის ექიმი“

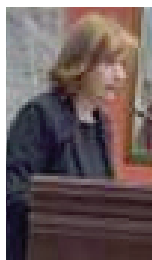
FROM 1995 UNTIL TODAY WE PROVIDED FREE EXAMINATIONS FOR 228 050 CHILDREN. CHARITY EVENTS ARE GOING TO CONTINUE.



პარლამენტში დასრულდა „სკოლის ექიმის“ საკანონმდებლო აქტი - 30 მარტი 2021 წ. ალღვა პროგრამა „სკოლის ექიმი“



დაწყებულია და მიმდინარეობს სკოლის ექიმის გადამზადების პროცესი, რომელსაც სჭირდება მხარდაჭერა სახელმწიფოსგან





ეს ყველაფერი შეუძლებელი იქნებოდა
გატონი ირაკლი ციციშვილისა და გატონი ავთანდილ კვეზერელი – კოპაძის გარეშე.
დიდი მადლობა მათ და მარადიული ხსოვნა მათ სახელს.



● ფონდის მოღვაწეობაში უმნიშვნელოვანესია პროფესორ ირაკლი ციციშვილისა და პროფესორ ავთანდილ კვეზერელი – კოპაძის შემოქმედებითი მოღვაწეობა, რომელთა დაუზოგავმა ღვაწლმა სიცოცხლის ბოლო დღემდე, უზადო მაგალითი მისცა ახალგაზრდობას-პირველ რიგში, თუ როგორი

თად როგორ მრავალმხრივ უნდა იმოღვაწეო, რომ შენმა მამულმა ღირსეული შთამომავლობა აღზარდოს. კიდევ ერთხელ დიდი მადლობა მათ და იმ ბედნიერებისათვის, რომ გვექონდა ურთიერთობა ასეთ ქვეყნარტ პიროვნებებთან.

● კაცი უნდა იყო, რომ ქალაქში თავანუღმა იარო, თუ როგორ უნდა გიყვარდეს პაციენტი და ყველაფერთან ერთ-

● ღმერთმა გაანათლოს მათი სული.



სურათზე მოცემულია 1981-1991 წწ-ის თითქმის უცვლელი კათედრის წევრები

პირველ რიგში

სკამებზე სხედან მარცხნიდან: ასისტენტი ლეილა კომშიაშვილი, ასისტენტი ნუნუ შელია, ასისტენტი თამარ წერეთელი, პროფესორი ირაკლი ციციშვილი, კათედრის გამგე პროფესორი იოსებ კვაჭაძე, დოცენტი ქრისტინე ქუთელია, ასისტენტი თამაზ მარინაშვილი, ასისტენტი თინა ბერაძე, ლაბორანტი ნანა გვარჯალაძე.

მეორე რიგში

დგანან მარცხნიდან: (მესამე) კლინიკური ორდინატორი ნინო ლაპიაშვილი, ასისტენტი ჯანა საყვარელიძე, ასისტენტი ნუცატატიშვილი, ასისტენტი მარინე ჩიქოვანი, კლინიკური ორდინატორი ცისანა გიორგაძე

მესამე რიგში

დგანან მარცხნიდან: (მესამე) ასისტენტი გიორგი ჩახუნაშვილი, (მეხუთე) ასისტენტი თამაზ გოზალიშვილი, ასპირანტი დავით თელია, ასისტენტი ნუგზარ უბერი, ასპირანტი მარინე გიორგაძე, ლაბორანტი ლია ქვათაძე

ამდენად „სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი“ აგრძელებს მსოფლიო-აზიის ფონდით მოღვაწეობას, და რაც მთავარია, მისი პრიორიტეტი, რომ ახალგაზრდავი იყოს მის ფუნქციონირებაში ჩართული არ წყდება

ამასთან ერთად, „სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდი“ აგრძელებს ჰოსპიტალური პედიატრიის კათედრის გზას (როგორც საქველმოქმედო ასევე საზოგადოებრივ გზაზე), რომლის კათედრის გამგეც იყო ბუმბერაზი პედიატრი მედ.მეცნ.დოქტორი პროფესორი იოსებ კვაჭაძე.

ქართულ პედიატრიას ჰყავდა თავისი მეზარადე პროფესორი ბატონი იოსებ კვაჭაძე, რომელმაც იმ დაკეტილ სამჭოთა პერიოდში მსოფლიოს არაერთხელ კონგრესების მაღალი ტრიბუნებიდან (მერნმუნეთ ეს მხოლოდ ბუმბერაზთა ხვედრი იყო) ამცნო ჩვენი ინტელექტუალური პოტენციალის შესაძლებლობები.



2020 წელს გამოცხადდა ტრადიციული კონკურსი მედიცინის დარგში:

კონკურსში მონაწილეობას იღებდა მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, აკადემიკოსი გიორგი ჩახუნაშვილი, რომელმაც 1 ხმით დაუთმო გამარჯვება ცნობილ მეცნიერ-დოქტორ ფაუჩის, ბატონმა გიორგიმ გამარჯვებულს ერთერთმა პირველმა მიულოცა. ის ინტერნეტ ქსლში წერდა:

გულითადად ვულოცავ გამარჯვებულს და ამაყი ვარ, რომ მასთან ერთად ვიბრძოდი ამ ჯილდოს მოსაპოვებლად.

P.S. დასანანია, რომ 1 ხმამ გადაწყვიტა კონკურსის ბედი, ამბობს ბატონი პაატა კერვალიშვილი - ხელოვნებისა და მეცნიერების ეურო ხმელთა შუა ზღვის აკადემიის პრეზიდენტი, რომლის წარდგინებითაც გ, ჩახუნაშვილი იღებდა კონკურსში მონაწილეობას.



February 2021
Dr. Fauci awarded the Dan David Prize for Public Health
<https://www.dandavidprize.org/>
I heartily congratulate the winner and am proud to have fought with him to win this award.

18.12.2021.10.00.

„ტრადიცია გრძელდება“ - მილოცვაში, მომონება, დაჯილდოება

“TRADITION CONTINUES” – CONGRATULATIONS – REMINDINGS – REWARDINGS

ქაბინის სიგელი

ჩანასახიდან ბავშვს უშლავა პაპს იყოს რამდენი

“FRONTERA”-ს არაზიღუნას ბავშვს ზაზა ბავშვთა ფონდის

საჭიროებში დედათა და ბავშვთა უანაზიღუნობის მზრუნველობისთვის და კეთილშობილური მზრუნველობისთვის განხორციელებსათვის.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის გამგეობა

18 დეკემბერი, 2021 წ. თბილისი №115

ქაბინის სიგელი

ჩანასახიდან ბავშვს უშლავა პაპს იყოს რამდენი

ბავშვს ირაკლი შაქარაშვილი

საჭიროებში დედათა და ბავშვთა უანაზიღუნობის მზრუნველობისთვის და კეთილშობილური მზრუნველობისთვის განხორციელებსათვის.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის გამგეობა

18 დეკემბერი, 2021 წ. თბილისი №116

მადლიერების სიგელი

ჩანასახიდან ბავშვს უშლავა პაპს იყოს რამდენი

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის, პროფესორის, ცალბატონი **ჯეორჯი მანუაშვილის მოგონება**

კვირის სოციალური პედიატრიის ფონდის სოციალური პედიატრიის ფონდის მზრუნველობისთვის და კეთილშობილური მზრუნველობისთვის განხორციელებსათვის.

სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის გამგეობა

18 დეკემბერი, 2021 წ. თბილისი № 45



გულითადად ვულოცავთ 2021 წლის ევროპევინიერების საქართველოს ეროვნული სექციის „ოქროს ბუმბული“, „ოქროს ლანცეტი“, „ოქროს სტიტოსკოპი“ და საზოგადოების საინიციატივო ჯგუფის „2020 წლის რჩეული საქართველოები“ გადაცემას

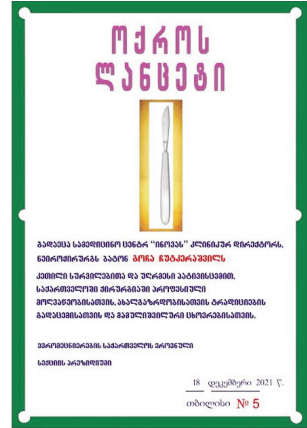
„ოქროს ბუმბული“



მედ. მეც. დოქ. პროფესორი არჩილ სომასურიძე



ნეიროლოგი გოჩა ჩხაკუნაშვილი



„ოქროს სტიტოსკოპი“



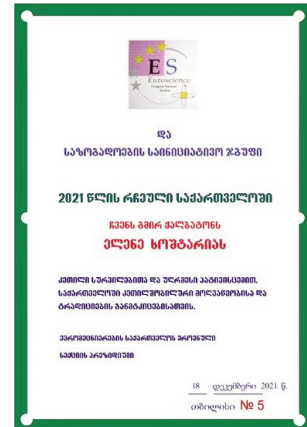
მედ. მეც. დოქ პროფესორი ნოდარ ეშვასარი



„2020 წლის რჩეული საქართველოები“



ჩვენი გმირი ქალბატონი - ელენე სოფხარია



ჩართვა

Thank you once again and now I would like to give the speech to youngsters: to the chairman of the youth department of Georgian National Section of Euroscience – Konstantine Chakhunashvili, to the found of Georgian Young Pediatricians Association – Davit Chakhunashvili who will lead this conference together with Prof. I. Pavlenishvili and Prof. D. Tskhomelidze. Please,

I პლენალური სხდომა

(ევროპევინიერების საქართველოს ეროვნული სექცია)

I PLENARY MEETING

(EUROSCIENCE GEORGIAN NATIONAL SECTION)

რეზიუმე

საქართველოს პედიატრია 100 წლის და ჩვენი თაობის ანბარი 2021 წელს

გ.ჩახუნაშვილი (საქართველო, თბილისი)

მოხსენებაში დანვრლებით ექნა გაანალიზებული, თუ როგორ მუშაობს თანამედროვე პედიატრები იმ ტრადიციების შესანარჩუნებლად, რომელიც მათ მიიღეს. ხაზგასმით აღინიშნა, რომ დღევანდელი პედიატრია როგორც კლინიკაში და პედაგოგიაში, ასევე მეცნიერებაში ღირსეულად მოღვაწეობენ. მათი ყოველწლიური შრომა ჯამდება კონფერენციებზე, სადაც შესაბამისი ჯილდოებით აღინიშნება.

SUMMARY

GEORGIAN PEDIATRICS IS 100 YEARS OLD AND OUR GENERATION REPORTS IN 2021

G. CHAKHUNASHVILI (Georgia, Tbilisi)

The report analyzed in detail how modern pediatricians work to maintain the traditions they have adopted. It was emphasized that today's pediatricians work with dignity in both clinic and pedagogy, as well as in science. Their annual work is summed up at conferences where they are celebrated with appropriate awards.

COVID-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია საქართველოში

გიორგი ჩახუნავაძე, MD, PhD

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი



დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

vaccines.ncdc.ge



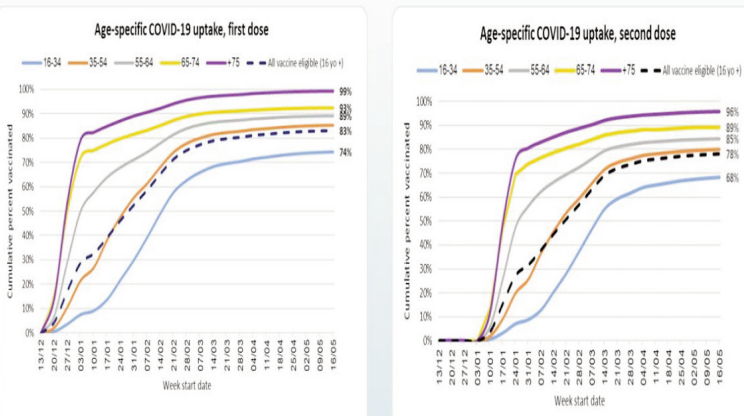
ვაქცინაციის პროცესი COVID-19 ვაქცინები ვაქცინაციის პროგრამა სტატისტიკა სხვა ინფორმაცია

ვაქცინაცია გვაახლოებს

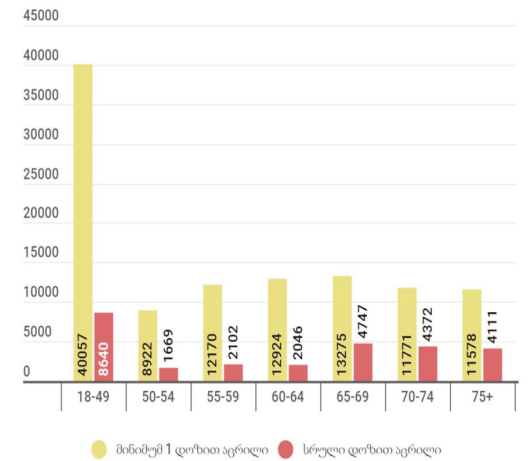
COVID-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინები უფასოა საქართველოს მოქალაქეებისთვის

[აპრილის დასაწყისიდან](#)

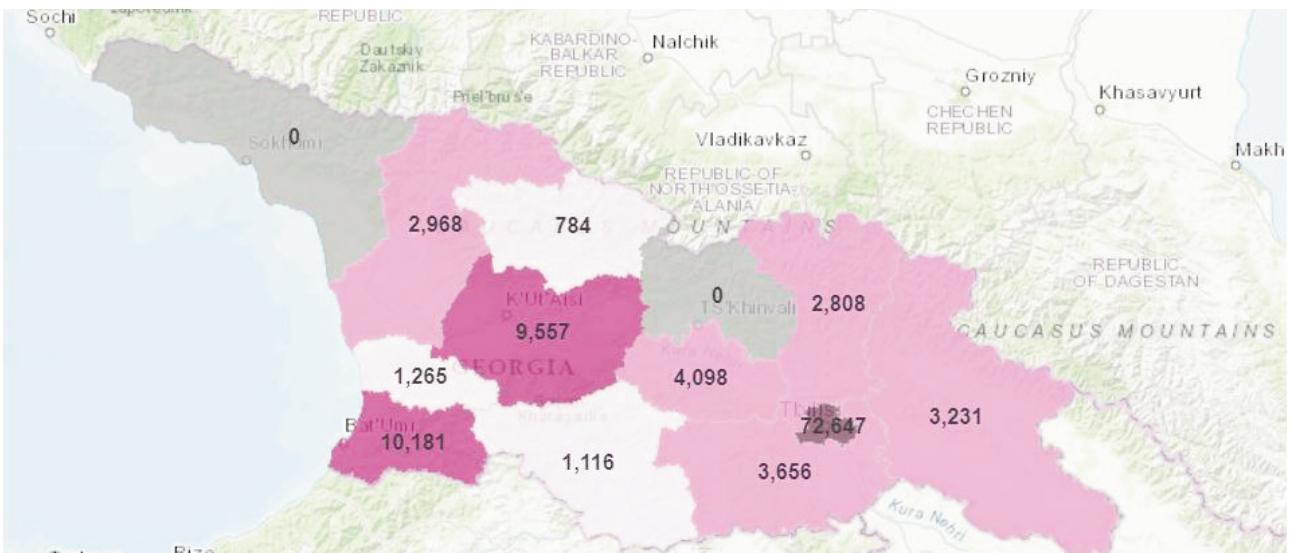
Age-specific COVID-19 vaccine* uptake by week, Israel



COVID-19-ის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ასაკის მიხედვით, 15 მარტი – 30 მაისი, 2021

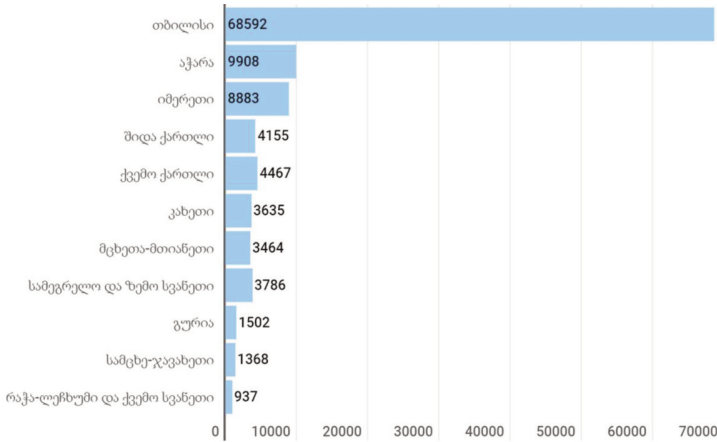


ატრილთა რაიონებში რეგიონების მიხედვით

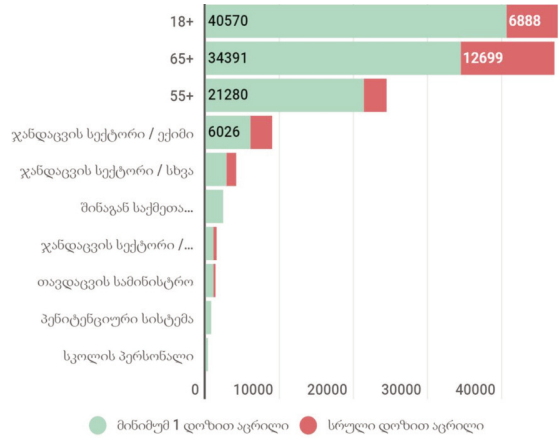




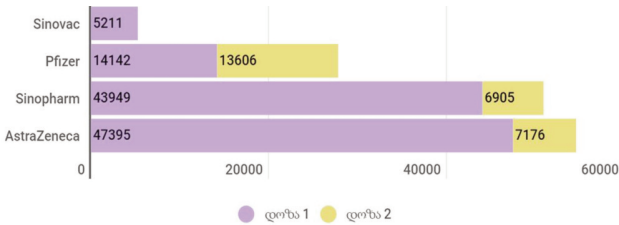
COVID-19-ის სანინააღმდეგო ვაქცინაციის რეგიონის მიხედვით, მინიმუმ ერთი დოზით აცრილი, 15 მარტი – 30 მაისი, 2021



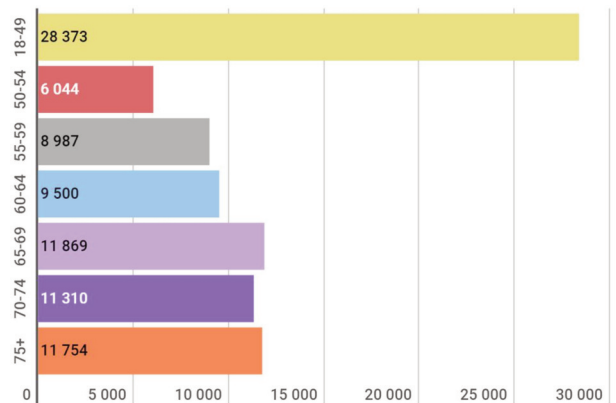
COVID-19-ის სანინააღმდეგო ვაქცინაციის სამიზნე ჯგუფები, 15 მარტი – 30 მაისი, 2021



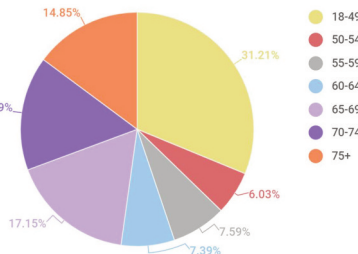
ჩატარებული აცრები, 15 მარტი – 30 მაისი, 2021



COVID-19-ის სანინააღმდეგო ვაქცინაციის თბილისში, სულ ჩატარებული აცრები, 15 მარტი – 30 მაისი, 2021



COVID-19-ის სანინააღმდეგო ვაქცინაციის ასაკის მიხედვით, %, 15 მარტი-30 მაისი, 2021



მადლობა მწარმოებლებს!

რეზიუმე

COVID-19-ის სანინააღმდეგო ვაქცინაცია საქართველოში

გიორგი ჩახუნაშვილი, MD, PhD დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

შრომში განხილულია COVID-19-ის სანინააღმდეგო ვაქცინაცია საქართველოში და მისი ძირითადი სტრატეგია.

SUMMARY

VACCINATION AGAINST COVID-19 IN GEORGIA

GIORGI CHAKHUNASHVILI, MD, PhD National Center for Disease Control and Public Health.

The paper discusses vaccination against COVID-19 in Georgia and its main strategy. Number of vaccines by regions

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF DIABETES MELLITUS IN ADOLESCENTS

Scientific and clinical Centre of material and child healthcare



Scientific and clinical Centre of maternal and child healthcare

PURPOSE

The purpose of scientific work – improvement of measures for the early detection of diabetes mellitus and metabolic disorders in the high-risk group for its development in adolescents and the prevention of complications of this disease.

MATERIALS AND METHODS:

In the department of therapy of the Scientific and Clinical Center for Maternal and Child Health Protection, among 900 children who received inpatient treatment between 2018-2020, 76 adolescents underwent a more thorough analysis in terms of diagnosis, prevention and treatment of diabetes mellitus. Of these, there were 40 girls and 36 boys. The patients were 12-15 years old.

Observed patients underwent a glucose tolerance test, studies of glycated hemoglobin and insulin levels in the blood, as well as complete clinical studies (complete blood count, urine analysis, biochemical analyzes, ultrasound, ECG and X-ray studies). Some patients also underwent an electroencephalogram of the brain.

The indicators of quality of life and the level of compensation for carbohydrate metabolism were assessed on the basis of international questionnaires according to the recommendations of ADA, ISPAD (2009).

RESULTS-1

* When assessing the level of carbohydrate metabolism compensation, 23.4% of adolescents noted full compensation, 19.8% had subcompensation, and 56.8% had chronic decompensation.

* The analysis of the results of the quality of life showed a significant difference in patients with compensation

and decompensation of diabetes mellitus. That is, the longer the compensation, the higher the indicators of the quality of life of patients.

RESULTS-2

Fully compensated adolescents have much higher quality of life indicators, which allows them to be more active, with an interest in participating in school, in creative and sports activities. This, in turn, improves the physical, emotional, mental and social well-being of adolescents.

The analysis of indicators of the quality of life of children showed that the first year of illness with diabetes is the most difficult for them. Since, almost all patients with diabetes mellitus are under certain stress during the first year. During this period, it becomes necessary to carry out additional measures for the rehabilitation and treatment of emotional disorders.

RESULTS-3

Evaluation of the functional state of the brain of adolescents with diabetes and the diagnosis of cerebral disorders

were carried out by electroencephalographic studies of the brain. Various cerebral disorders were found in 49.4% of patients.

Examination of patients with type 1 diabetes mellitus revealed the following cerebral disorders: autonomic dysfunction in 63.7% of patients, neurosis-like disorders in 36.3% of patients, disturbances of emotions and behavior in 43% of cases. Signs of depressive syndrome were diagnosed in 28% of children.

RESULTS-5

The revealed disorders could not in all cases be attributed to manifestations of diabetic encephalopathy, since in 25.1% of patients there were indications of the onset of neuropsychiatric symptoms. The frequency of cerebral disorders in adolescents with diabetes mellitus type 1 depended on the degree of compensation for carbohydrate metabolism.

Clinical manifestations of cerebral disorders in patients with optimal metabolic compensation were 1.6 times less common in comparison with subcompensation and 2 times less often than in patients with decompensated diabetes mellitus.

RESULTS-6

Along with the clinical manifestations of autonomic dysfunction, 58% of adolescents with type I of diabetes mellitus showed a high level of personal anxiety, which indicates their constitutional susceptibility to stress and a tendency to experience negative emotions much more sharply than children with a low level of anxiety.





RESULTS-7

In children with subcompensation and decompensation of diabetes mellitus, the level of personal anxiety was significantly higher (2.96 ± 0.24 points and 3.32 ± 0.35 points, respectively) than in children with optimal compensation for carbohydrate metabolism (2.04 ± 0.23 points).

RESULTS-8

Thus, in adolescents with diabetes mellitus type 1, metabolic parameters are a reliable factor in improving the quality of life. Patients who control their disease by themselves are

able to fully compensate for metabolic disorders, just like healthy adolescents. Also this brings the quality of life of adolescents with diabetes mellitus closer to healthy people and increases the role of therapy.

CONCLUSIONS

The results found have created the possibility of developing individual and complex treatment, rehabilitation of patients with diabetes mellitus type 1, as well as the use of modern methods of insulin therapy, finding new, more effective ways of treating cerebral disorders, carbohydrate metabolism disorders.

SUMMARY

FEATURES OF THE CLINICAL COURSE OF DIABETES MELLITUS IN ADOLESCENTS

*BEGENCH H. ANNAYEV
(Ashgabat, Turkmenistan)*

At the present time, complications of diabetes mellitus are one of the most common disorders of the endocrine system. This condition is caused by an increase in the number of pregnant women with gestational diabetes, as well as an advancing of the quality of diagnosis of diabetes mellitus among adolescents. Identification of women and children at high risk, timely diagnosis and treatment of diabetes mellitus is the main problem of modern endocrinology.

The purpose of scientific work – improvement of measures for the early detection of diabetes mellitus and metabolic disorders in the high-risk group for its development in adolescents and the prevention of complications of this disease.

Materials and methods: In the department of therapy of the Scientific and Clinical Center for Maternal and Child Health Protection, among 900 children who received inpatient treatment between 2018-2020, 76 adolescents underwent a more thorough analysis in terms of diagnosis, prevention and treatment of diabetes mellitus. Of these, there were 40 girls and 36 boys. The patients were 12-15 years old. Observed patients underwent a glucose tolerance test, studies of glycated hemoglobin and insulin levels in the blood, as well as complete clinical studies (complete blood count, urine analysis, biochemical analyzes, ultrasound, ECG and X-ray studies). Some patients also underwent an electroencephalogram of the brain.

The indicators of quality of life and the level of compensation for carbohydrate metabolism were assessed on the basis of international questionnaires according to the recommendations of ADA, ISPAD (2009).

Overview of the results. When assessing the level of carbohydrate metabolism compensation, 23.4% of adolescents noted full compensation, 19.8% had subcompensation, and 56.8% had chronic decompensation.

The analysis of the results of the quality of life showed a significant difference in patients with compensation and decompensation of diabetes mellitus. That is, the longer the compensation, the higher the indicators of the quality of life of patients.

Fully compensated adolescents have much higher quality of life indicators, which allows them to be more active, with an interest in participating in school, in creative and sports activities. This, in turn, improves the physical, emotional, mental and social well-being of adolescents.

The analysis of indicators of the quality of life of children showed that the first year of illness with diabetes is the most difficult for them. Since, almost all patients with diabetes mellitus are under certain stress during the first year. During this period, it becomes necessary to carry out additional measures for the rehabilitation and treatment of emotional disorders.

Evaluation of the functional state of the brain of adolescents with diabetes and the diagnosis of cerebral disorders were carried out by electroencephalographic studies of the brain. Various cerebral disorders were found in 49.4% of patients.

Examination of patients with type 1 diabetes mellitus revealed the following cerebral disorders: autonomic dysfunction in 63.7% of patients, neurosis-like disorders in 36.3% of patients, disturbances of emotions and behavior in 43% of cases. Signs of depressive syndrome were diagnosed in 28% of children.

The revealed disorders could not in all cases be attributed to manifestations of diabetic encephalopathy, since in 25.1% of patients there were indications of the onset of neuropsychiatric symptoms. The frequency of cerebral disorders in adolescents with diabetes mellitus type 1 depended on the degree of compensation for carbohydrate metabolism.

Clinical manifestations of cerebral disorders in patients with optimal metabolic compensation were 1.6 times less common in comparison with subcompensation and 2 times less often than in patients with decompensated diabetes mellitus.

Along with the clinical manifestations of autonomic dysfunction, 58% of adolescents with type I of diabetes mellitus showed a high level of personal anxiety, which indicates their constitutional susceptibility to stress and a tendency to experience negative emotions much more sharply than children with a low level of anxiety.

In children with subcompensation and decompensation of diabetes mellitus, the level of personal anxiety was significantly higher (2.96 ± 0.24 points and 3.32 ± 0.35 points, respectively) than in children with optimal compensation for carbohydrate metabolism (2.04 ± 0.23 points).

Thus, in adolescents with diabetes mellitus type 1, metabolic parameters are a reliable factor in improving the quality of life. Patients who control their disease by themselves are able to fully compensate for metabolic disorders, just like healthy adolescents. Also this brings the quality of life of adolescents with diabetes mellitus closer to healthy people and increases the role of therapy.

Conclusions. The results found have created the possibility of developing individual and complex treatment, rehabilitation of patients with diabetes mellitus type 1, as well as the use of modern methods of insulin therapy, finding new, more effective ways of treating cerebral disorders, carbohydrate metabolism disorders.



კოგნიტური ფუნქცია კოხლეარულ იმპლანტთა თუ სასმენ აპარატთა არამომხმარებელ და მოხმარებელ სმენადაქვეითებულ ბავშვებში: განსხვავებები სტანდარტებისაგან ნორმალურსმენიან თანატოლებში

თეონა დევდარიანი, შოთა ჯაფარიძე, ნინო მანჯავიძე, ზურაბ ქვიციანიშვილი
ჩაჩავას კლინიკა, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, აუდიოლოგიის ეროვნული ცენტრი, თბილისი

● ყოველი 1000-დან 0.5-5 ახალშობილს სენსონევრალური ტიპის სმენის დაქვეითება აღენიშნება.

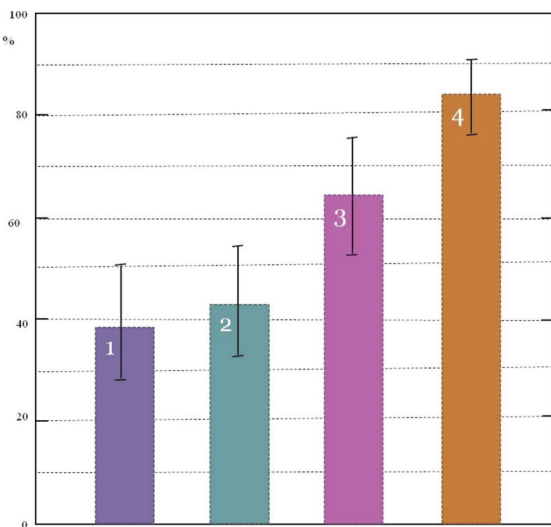
● ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციამ სამი მარტივი სმენაზე ზრუნვის, 25 თებერვალი კოხლეარული იმპლანტაციის საერთაშორისო დღედ გამოაცხადა.

სმენის დაქვეითების რისკ-ფაქტორები

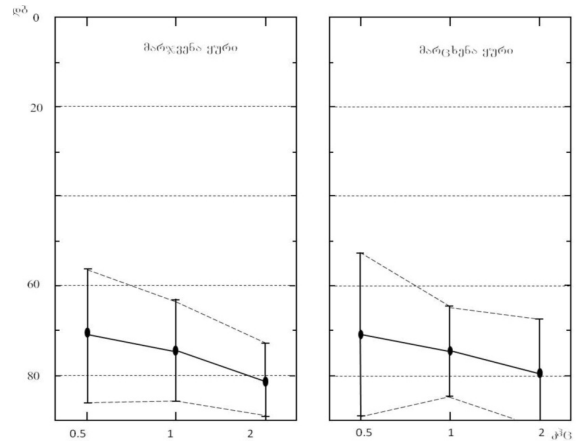
- ვირუსული ინფექცია (ციტომეგალოვირუსი);
- სამშობიარო ტრამვა;
- ნაყოფის ჰიპოქსია;
- ჰიპერბილირუბინემია;
- დღენაკლულობა;
- ამინოგლიკოზიდები;
- გენეტიკური ფაქტორები;
- მწველობა;
- კვება;
- სმაური.

თანდაყოლილი ინფექციის კლინიკური ნიშნები

- მიკროცეფალია;
- კრუნჩხვითი აშლილობა;
- ქორიორეტინიტი;
- მოტორულ და კოგნიტურ განვითარებაში ჩამორჩენა;
- სენსონევრალური ტიპის სმენის დაქვეითება.



რავენის ფერადი პროგრესული მატრიცის მაჩვენებელი (%-ებში) ცმვ-ის მატარებელ (I); ცმვ-ის არამატარებელ (2), ლოკოკინაში იმპლანტირებულ სმენადაქვეითებულ (3) და ნორმალური სმენის ბავშვებში. (4)



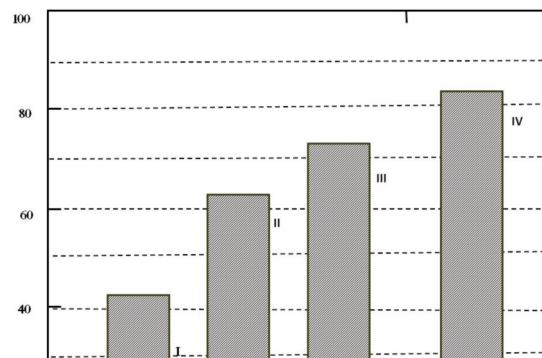
ცმვ-ის მატარებელ ბავშვთა ჯგუფში 0.5, 1, 2 კმც სიხშირეებზე მარჯვენა და მარცხენა ყურში ტლსპ-ის რეგისტრაციის მეთოდით განსაზღვრული სმენის ზღურბლთა საშუალო მაჩვენებლები (უნყვეტი ხაზი) 1 დადებითი და უარყოფითი სტანდარტული გადახრებითურთ (ტყხილი ხაზი) შესაბამისად საშუალო მაჩვენებლების ზემოთ და ქვემოთ მ.

კოგნიტური ფუნქცია

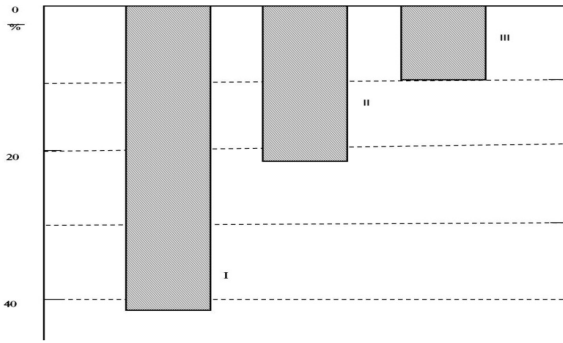
სმენადაქვეითებული ბავშვების კოგნიტური ფუნქცია რავენის ფსიქოლოგიური ტესტით ფასდებოდა.

რავენის მაჩვენებლები

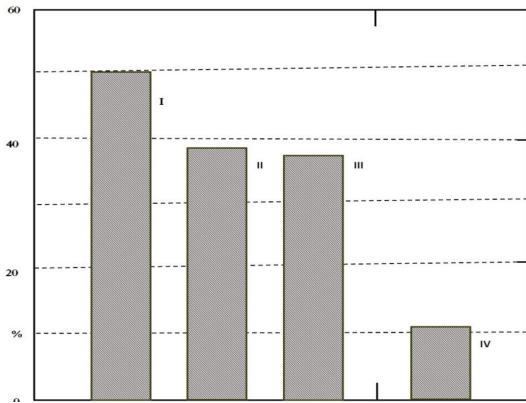
- სმენადაქვეითებული ბავშვები, სასმენი აპარატის და კოხლეარული იმპლანტის არამომხმარებელი 42%;
- სმენადაქვეითებული ბავშვები სასმენი აპარატის მომხმარებელი 73%;
- სმენადაქვეითებული ბავშვები კოხლეარული იმპლანტის მომხმარებელი 62%;
- ნორმალური სმენის ბავშვები: 83% .



კოგნიტობის საშუალო მნიშვნელობები (%-ებში) კოხლეარული იმპლანტის და სასმენი აპარატის არამომხმარებელ სმენადაქვეითებულ (1) კოხლეარული იმპლანტის ან სასმენი აპარატის მომხმარებელ სმენადაქვეითებულ 2, 3 და ნორმალური სმენის (4) ბავშვებში.



განსხვავებები კოგნიციის საშუალო მნიშვნელობებში (%-ებში) კოხლეარული იმპლანტის და სასმენი აპარატის არამომხმარებელ სმენადაქვეითებულ, (1) კოხლეარული იმპლანტის ან სასმენი აპარატის მომხმარებელ სმენადაქვეითებულ (2,3) და ნორმალური სმენის (0%) ბავშვებში.



კოგნიციის ინდივიდუალური ვარიაციები I (%-ებში), კოხლეარული იმპლანტის და სასმენი აპარატის არამომხმარებელ სმენადაქვეითებულ (1); კოხლეარული იმპლანტის

ტის ან სასმენი აპარატის მომხმარებელ (2,3) და ნორმალური სმენის ბავშვებში (4)

● სმენის მასობრივი სკრინინგი აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებიდან პირველად საქართველოში 2006 წელს დაიწყო და დღემდე უწყვეტად მიმდინარეობს.

ახალშობილთა სმენის სკრინინგი



სმენის ჰაბილიტაცია

სასმენი აპარატი;
კოხლეარული იმპლანტი;
ვერბალური თერაპია;
მშობელთა ჩართულობა.

დასკვნები

მნიშვნელოვანია, სენსონევრალური ტიპის სმენარღუნგობის ადრეული გამოვლენა და დიაგნოსტიკა; მნიშვნელოვანია, სასმენი აპარატის თუ კოხლეარული იმპლანტის დროული მოხმობა; დროული ჰაბილიტაცია სმენადაქვეითებული ბავშვის ნორმალური ინტელექტუალური განვითარების აუცილებელი პირობაა.

რეზიუმე

კოგნიტიური ფუნქცია კოხლეარულ იმპლანტთა თუ სასმენ აპარატთა არამომხმარებელ და მომხმარებელ სმენადაქვეითებულ ბავშვებში: განსხვავებები სტანდარტებისაგან ნორმალურსმენიან თანატოლებში და მიღებულია შესაბამისი დასკვნები:

თეონა დევიდარიანი, შოთა ჯაპარიძე, ნინო მანჯავიძე, ზურაბ კევანიშვილი
ჩაჩავა კლინიკა, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, აუდიოლოგიის ეროვნული ცენტრი, თბილისი

შრომში განხილულია კოგნიტიური ფუნქცია კოხლეარულ იმპლანტთა თუ სასმენ აპარატთა არამომხმარებელ და მომხმარებელ სმენადაქვეითებულ ბავშვებში: განსხვავებები სტანდარტებისაგან ნორმალურსმენიან თანატოლებში და მიღებულია შესაბამისი დასკვნები:

- * მნიშვნელოვანია, სენსონევრალური ტიპის სმენარღუნგობის ადრეული გამოვლენა და დიაგნოსტიკა;
- * მნიშვნელოვანია, სასმენი აპარატის თუ კოხლეარული იმპლანტის დროული მოხმობა;
- * დროული ჰაბილიტაცია სმენადაქვეითებული ბავშვის ნორმალური ინტელექტუალური განვითარების აუცილებელი პირობაა.

SUMMARY

COGNITIVE FUNCTION IN NON-CONSUMER AND HEARING-IMPAIRED CHILDREN WITH COCHLEAR IMPLANTS OR HEARING AIDS: DIFFERENCES FROM STANDARDS IN NORMAL-SPEAKING PEERS

TEONA DEVDARIANI, SHOTA JAPARIDZE, NINO MANJAVIDZE, ZURAB KEVANISHVILI
Chachava Clinic, Tbilisi State Medical University, National Center of Audiology, Tbilisi

The paper discusses cognitive function in non-consumer and hearing-impaired children with cochlear implants or hearing aids: Differences from standards in normal-speaking peers

And the relevant conclusions are reached:

- * Early detection and diagnosis of sensorineural hearing loss is important;
- * Timely recall of a hearing aid or cochlear implant;
- * Timely habilitation is a necessary condition for the normal intellectual development of a hearing-impaired child.

CLINICAL MANAGEMENT OF CHILDREN WITH KAWASAKI DISEASE DURING THE SITUATION OF PREVENTION AND CONTROL OF COVID-19

JIALE WANG, FUYONG JIAO, SHENG ZHANG; JI MA; JING NI;
JUYAN WANG; XIAOHONG LI; ZHILONG MU; WEI HAN; GAITAO HE; LEI MA;
YALUN LIU; FUYONG JIAO (CHINA)



KD

1. The discovery and development of Kawasaki disease.
2. Brief introduction of Kawasaki disease.
3. After recovery from Kawasaki disease.

COVID-19

4. Brief introduction of new coronavirus.
5. Protection and monitoring of children with suspected or confirmed COVID-19 cases of KD.

OVERVIEW

In December 2019, an outbreak of new coronavirus pneumonia (COVID-19) broke out in Wuhan, Hubei Province, China, and quickly spread.

It has been reported that 10% of COVID-19 patients are accompanied by Kawasaki disease and even the formation of coronary aneurysms.

Recently, researchers have evaluated SARS-CoV-2. The incidence and characteristics of Kawasaki-like diseases during the epidemic.

Studies suggest that during the epidemic of New Coronary Pneumonia, the incidence of Kawasaki disease in Bergamo, Italy increased by 30 times, and that during the epidemic, the children were older, had a higher rate of cardiac involvement and were characterized by macrophage activation syndrome.

1. THE DISCOVERY AND DEVELOPMENT OF KAWASAKI DISEASE

Kawasaki Tosaku (Tomisaku Kawasaki) reported KD in Japan for the first time in 1967 through descriptive statistics on the clinical manifestations of 50 children, but the etiology and pathogenesis of KD are still unclear.

Coronary artery injury is the most serious complication of KD.

In the long run, undiagnosed and untreated KD in childhood may affect health care delivery systems in developing countries.

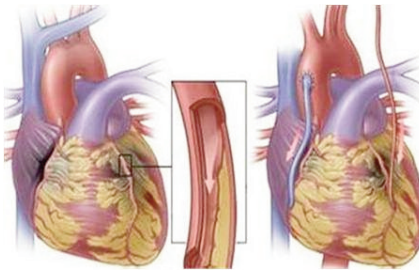
In developed countries, KD has replaced rheumatic fever as the main cause of acquired heart disease in children.

2. BRIEF INTRODUCTION OF KAWASAKI DISEASE

Concept and clinical performance

Kawasaki disease (KD), also known as mucosal skin lymph node syndrome, is an acute febrile rash disease characterized by systemic vasculitis, which mainly occurs in children under 5 years of age.

The diagnostic criteria mainly include **fever lasting more than 5 days, and have**



4 or more of the following 5 main clinical manifestations:

1. Abnormal lips or oral mucosa.
2. Bilateral conjunctival hyperemia occurs within 3-4 days after the onset of the disease.
3. Cervical lymph nodes are swollen.
4. Abnormal limbs.
5. Abnormal skin.

Review of Kawasaki disease

Kawasaki disease generally occurs in **all seasons**.

Kawasaki disease is a manifestation of vasculitis, the most common acute **multi-system inflammatory disease** affecting infants and young children.

The disease may be characterized by high fever, red rash on the mouth and throat, inflammation of the mucous membranes, and swelling of the lymph nodes.

In addition, individuals with Kawasaki disease may develop arteries that carry blood to the affected coronary arteries, heart muscle (myocarditis), the inflammatory wall of the heart muscle (coronary arteritis), and associated widening or bulging

(aneurysm) Inflammation, and/or other symptoms and findings.

3. AFTER RECOVERY FROM KAWASAKI DISEASE

Kawasaki disease review schedule

Review of no coronary artery disease

Children with normal coronary arteries in the acute phase of Kawasaki disease undergo a comprehensive examination (including physical examination, electrocardiogram, and echocardiography, etc.) at 1, 3, 6 months, and 1 to 2 years after discharge.

Review of coronary aneurysm lesions

Long-term follow-up should be followed closely, once every 6 to 12 months, monthly review, and coronary angiography if necessary.

After the recovery of Kawasaki disease, the heart problems must be reviewed regularly within two to seven months.

In particular, cardiovascular complications: coronary artery dilation, severe aneurysm prolongation for several years.

After recovery, it is normal three times in a row, and it is checked again in 3 to 5 years to check whether there are sequelae.

4. BRIEF INTRODUCTION OF NEW CORONAVIRUS

At the end of 2019, since the emergence of a new coronavirus (SARS-CoV-2, previously known as 2019-nCoV) infection in China, the development of the epidemic has attracted worldwide attention.

The World Health Organization (WHO) has paid close attention to it, and many expert meetings have finally concluded that the epidemic is an "emergency public health event of international concern."

China has taken serious and responsible positive measures, even at all costs, to strictly prevent and control, and to control the spread of the epidemic to the smallest extent.

Epidemiological characteristics of new coronary pneumonia:

Source of infection

Mainly patients infected with new coronavirus.

Transmission route



Droplets and contact transmission through the respiratory tract are the main transmission routes.

Susceptible crowd

The crowd is generally susceptible.

Protection, diagnosis and treatment of children with KD during the epidemic:

- 01. Hand hygiene should be done first.
- 02. Wear the mask correctly. Children's masks are children's N95 masks.
- 03. Pay attention to personal hygiene.
- 04. Try not to take public transportation.

Protection guidance for family members

Minimize outing activities, do not visit patients with suspected or confirmed COVID-19.

Children and all family members should observe fever, cough, chest tightness, shortness of breath, vomiting, diarrhea, fatigue and other symptoms.

Maintain regular ventilation and cleanliness of home windows. Surfaces of objects with high frequency contact should be cleaned and disinfected if necessary.

5. PROTECTION AND MONITORING OF CHILDREN WITH SUSPECTED OR CONFIRMED COVID-19 CASES OF KD

In this special case, children with fever need to undergo layer-by-layer screening to exclude COVID-19.

The diagnosis and treatment of children with fever in China is divided into three steps:

Sub-inspection

All children need to be sub-inspected by professional nurses.

Children's fever clinic

The nucleic acid test needs to be improved to exclude COVID-19;

Children with cough symptoms need to improve chest CT examination if necessary; Re-examination patients

Re-examination patients

- Online appointment
- Treat in the nearest local hospital;
- Video remote consultation;
- Online outpatient appointments;
- Inpatient diagnosis and treatment in non-scheduled hospitals.

The similarity between KD and children's COVID-19 poses new challenges to the diagnosis and treatment of children with KD during the epidemic.

During COVID-19, we jointly investigated the diagnosis and treatment of children with KD in six centers, including Zhengzhou, Xi'an, Baoji, Hebei, Xi'an, Shenzhen, and Yulin. According to the following standards:

01. Expansion
diameter $\geq 2.5SD$

02. Small aneurysm
ocalized dilation shows an inner diameter ≤ 4 mm
Z score ≥ 2.5 to < 5 .

03. Moderate aneurysm
aneurysm inner diameter > 4 mm and < 8 mm
z score ≥ 5 to < 10 .

04. Giant aneurysm
an aneurysm with an inner diameter of 8 mm
z score ≥ 10 .

Continued medication during Kawasaki disease

During the epidemic, the first diagnosis of Kawasaki disease should be intravenously infused with large doses of gamma globulin (IVIG), 2g/(kg•time), oral aspirin 50~80mg/(kg•d), dipyridamole 3~5mg/(kg • D); Vitamin D 800u/time, once/day;

After the condition is stable, can be discharged from home to continue oral med-

ication, 3 days after fever or the disappearance of acute symptoms, aspirin reduction, 3 ~ 5mg/(kg•d), lasts 2-3 months.

The similarity between KD and children's COVID-19 poses new challenges to the diagnosis and treatment of children with KD during the epidemic.

During COVID-19, we jointly investigated the diagnosis and treatment of children with KD in six centers, including Zhengzhou, Xi'an, Baoji, Hebei, Xi'an, Shenzhen, and Yulin. According to the following standards:

01. Expansion
diameter $\geq 2.5SD$

02. Small aneurysm
ocalized dilation shows an inner diameter ≤ 4 mm

03. Moderate aneurysm
aneurysm inner diameter > 4 mm and < 8 mm

04. Giant aneurysm
an aneurysm with an inner diameter of 8 mm
z score ≥ 10 .

SUMMARY

At this particular moment of the outbreak, the management of different populations, especially the proper management of basic diseases, will significantly affect the outcome and prognosis of the disease.

To achieve a better prognosis, it is necessary to grasp the principles of its comprehensive prevention and control and individual treatment, to block the deterioration of the disease as early as possible, and to avoid the occurrence of severe COVID-19.

Therefore, this management recommendation will be continuously improved based on the deepening of the medical workers' knowledge of the disease.

SUMMARY

CLINICAL MANAGEMENT OF KAWASAKI DISEASE IN CHILDREN DURING COVID-19

JIALE WANG, FUYONG JIAO, SHENG ZHANG; JI MA; JING NI; JUYAN WANG; XIAOHONG LI; ZHILONG MU; WEI HAN; GAITAO HE; LEI MA; YALUN LIU; FUYONG JIAO (CHINA)

Novel Coronavirus (2019-NCOV) infection broke out in Wuhan, Hubei Province, China in December 2019. At present, it has spread to all over the country. Epidemiology shows that people are generally susceptible to this virus, and patients with basic diseases are high-risk groups with severe or critically ill diseases. Kawasaki disease will bring severe challenges to the diagnosis and treatment of children infected with 2019-NCOV due to their poor basic conditions. Combined with the clinical characteristics of kawasaki disease in children with 2019-NCOV infection and the key points of diagnosis and treatment of kawasaki disease, the clinical management Suggestions of kawasaki disease in children with 2019-NCOV infection were proposed for clinical reference.

At this special moment of the outbreak, the management of different groups of people, especially the proper management of underlying diseases, will significantly affect the outcome and prognosis of the disease. KD is a common underlying disease in children and adolescents. This disease is mucocutaneous lymph node syndrome. The principles of comprehensive prevention and control and individualized treatment should be grasped to stop the deterioration of the disease as early as possible and try to avoid the occurrence of critical COVID-19. In order to obtain a better prognosis. Up to now, the disease caused by 2019-nCoV infection is still in the stage of continuous understanding. Therefore, this management recommendation will be continuously improved according to the in-depth understanding of the disease by medical workers.

ზოგადი დაავადების მენეჯმენტი სკოლაში

ნანა ჯინჭარაძე

დოქტორი მედიცინაში და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში, პროფესორი ევროპის უნივერსიტეტი, თბილისის ღია უნივერსიტეტი, საქართველო-ამერიკის უნივერსიტეტი, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი, თბილისის ჰუმანიტარული უნივერსიტეტი. მრავალპროფილური კლინიკა „ბაიები“ პედიატრი

სკოლა – საქართველოში, ისე როგორც მსოფლიოს მრავალ ქვეყანაში, ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ზრუნვა ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთი მთავარი პრიორიტეტია.

აღმოსავლეთ ევროპაში, ყაზახეთის დედაქალაქ ალმა-ატაში, 1978 წელს, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციისა და გაეროს ბავშვთა ფონდის ეგიდით ჩატარდა კონფერენცია, სადაც წარმოდგენილი იქნა პირველადი ჯანდაცვის კონცეფცია. მტკიცებულებებზე დაყრდნობით, მეცნიერთა მიერ, დადასტურებულია, რომ კარგად ორგანიზებული პირველადი ჯანდაცვის სისტემის მოქმედების პირობებში ჯანდაცვის დანახარჯები მცირდება, ხოლო მოსახლეობის – ბავშვთა და მოზრდილთა ჯანმრთელობის მაჩვენებლები მთელ პოპულაციაში უმჯობესდება. სწორედ პირველადი ჯანდაცვის დონეზე არსებული სამედიცინო, პრევენციული და სამედიცინო-საგანმანათლებლო სერვისების მიწოდებას ახორციელებს სკოლის სამედიცინო სამსახურები.

სკოლას არამხოლოდ საგანმანათლებლო ფუნქცია აქვს, არამედ სკოლა არის ის ჯანსაღი გარემო, სადაც ბავშვს უნდა განუვითარდეს თვითმოვლის, საკუთარ და სხვათა ჯანმრთელობაზე ზრუნვის უნარ-ჩვევები. სკოლის როლი ბავშვთა ჯანმრთელობაში მნიშვნელოვანია, რაც აისახა ჯანმრთელობის მიერ მონოღებულ ოტავის დეკლარაციაში, 1986 წელს, სახელწოდებით: „ჯანმრთელობის ხელშეწყობი სკოლები“.

ცოტა რამ ისტორიიდან – საქართველოში, დამოუკიდებლობის მოპოვების შემდეგ, სკოლის ექიმი/ექთან/კვალიფიციური სამედიცინო პერსონალი ხანგრძლივი დროს განმავლობაში არ იყო სკოლებსა და უმაღლეს სასწავლებლებში; „სკოლის ექიმის ინსტიტუტი“ სრულიად გაქრა სკოლიდან და ხშირად ასოცირდებოდა „სემამკოსეულ – საბჭოურ პერიოდთან“, თუმცა მრავალი სწორად მოაზროვნე პიროვნების რეკომენდაციით, ბრძოლითა და აქტივობით სკოლას ექიმი დაუბრუნდა.

2014 წლის სექტემბერში დაიწყო შერჩეულ სკოლებში, სამედიცინო კაბინეტის ფუნქციონირება საპილოტე რეჟიმში, პროგრამის განხორციელება სახელწოდებით: „ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულების (საჯარო სკოლის) ტერიტორიაზე სამედიცინო კაბინეტის ფუნქციონირებისა და სკოლის ექიმის საქმიანობის ქვეპროგრამა“.

სკოლის ექიმის საქმიანობის ქვეპროგრამის მიზანი იყო სკოლის მოსწავლეთათვის ჯანსაღი და უსაფრთხო გარემოს შექმნა, საჭიროების შემთხვევაში პირველადი და გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აღმოჩენა, პრევენციული ღონისძიებების განხორციელება, სანიტარული და ჰიგიენური ნორმების დაცვის ღონისძიებებით. ინფორმაციის მიწოდება იმუნიზაციის შესახებ; მწვავე ინფექციური დაავადებების თავიდან აცილება და ქრონიკული დაავადებების ხელის შეწყობა.

საპილოტე პროგრამამ უდაოდ მნიშვნელოვანი როლი შეასრულა სკოლის ექიმის როლისა და მნიშვნელობის აღორძინებაში და მოამზადა საფუძველი ზოგადი განათლების შესახებ კანონში ცვლილებებისათვის. 30/03/2021 საქართველოს კანონი, „ზოგადი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონში ცვლილების შეტანის თაობაზე – მუხლი 1. „ზოგადი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონში (საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე, №№ №20, 04.05.2005, მუხ. 143) შეტანილ იქნეს შემდეგი ცვლილება:

2. 33-ე მუხლის: ა) პირველ პუნქტს დაემატოს შემდეგი შინაარსის „ე1“ ქვეპუნქტი:

„ე1) მოსწავლეთა ჯანმრთელობის დაცვისა და მათი სრულყოფილი განვითარებისათვის უზრუნველყოს ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში/სკოლაში სამედიცინო მომსახურების სივრცის (კაბინეტი/პუნქტი) ფუნქციონირებისათვის შესაბამისი პირობების შექმნა. ზოგადი განათლების შესახებ“ საქართველოს კანონი მუხლი 33. ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულების ვალდებულებები და უფლებამოსილებანი. 1. ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულება ვალდებულია:

ე) უზრუნველყოს ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებების განხორციელება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროსთან ერთად;

ე1) მოსწავლეთა ჯანმრთელობის დაცვისა და მათი სრულყოფილი განვითარებისათვის უზრუნველყოს ზოგადსაგანმანათლებლო დაწესებულებაში/სკოლაში სამედიცინო მომსახურების სივრცის (კაბინეტი/პუნქტი) ფუნქციონირებისათვის შესაბამისი პირობების შექმნა;

ამრიგად, თუ ადრე არსებული კანონით, სკოლა მხოლოდ უფლებამოსილი იყო უზრუნველყოს სკოლის ტერიტორიაზე სამედიცინო პუნქტის არსებობა, 30.03.2021. განათლების კანონში განხორციელებული ცვლილებებით, არსებული ნორმით, სკოლა გახდა ვალდებული გააბტაროს ჯანდაცვის ღონისძიებები.

რა ევალუა სკოლის ექიმს – სკოლის ექიმი უნდა ადგენდეს სკოლის მოსწავლეთა მენიუს ასაკის შესაბამისად, აწვდიდეს რეკომენდაციებს საკვების უსაფრთხოების შესახებ, ასევე ახორციელებდეს კვების ბლოკის სანიტარულ-ჰიგიენური კონტროლს; მეთვალყურეობას უნდა უწევდეს სკოლის სივრცეში სანიტარული ნორმების დაცვას; უშუალოდ უნდა ახორციელებდეს მოსწავლეთა ჰიგიენური განათლებას და/ან მონაწილეობდეს „ექიმის



საათის“ კურიკულუმის შედგენაში. მას ევალება გასცეს რეკომენდაცია მოსწავლის ფიზიკურ აქტივობაში მონაწილეობის მისაღებად (დაშვება, შეზღუდვა).

როგორ უნდა მოეწყოს სამედიცინო ოთახი სკოლებში? – სკოლის სამედიცინო კაბინეტის ლოკაცია უნდა იყოს მოსახერხებელი, ადვილად მიღწევადი, თვალსაჩინო, სადაც იქნება განთავსებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისათვის საჭირო მინიმალური აღჭურვილობა, შესაბამისი მედიკამენტები, პირველი დახმარების ინსტრუქცია, ხელსაბანი, ანტისეპტიკური ხსნარი; ხელის ჰიგიენის ინსტრუქცია. სამედიცინო ტახტი სხვადასხვა ასაკის ბავშვთა გასასინჯად; მაგიდა, სააფთიაქო კარადა მედიკამენტებისათვის სათანადო ტემპერატურის უზრუნველყოფით. სამედიცინო სასწორი; სიმაღლის საზომი; თერმომეტრი (ბი); ციფრულ-ანალოგული, შპადელი (ბი) და სხვ. თუმცა თუ გავითვალისწინებთ რამოდენიმე ქრონიკულ დაავადებას (ასთმა, დიაბეტი, ეპილეფსია), რომელთა გამოვლინებაც შეიძლება მოხდეს სკოლაში ყოფნის პერიოდში, საჭირო აღჭურვილობისა და მედიკამენტების ნუსხა გაიზრდება.

დღეს არსებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციიდან გამომდინარე სავალდებულო რეკომენდაციის დაემატა COVID-19-ით ინფექციის საწინააღმდეგო ღონისძიებები.

სკოლის ექიმი სკოლის გუნდის საჭირო წევრია! ამრიგად, სკოლის ექიმი სულაც არ არის საბჭოური სიმბოლოს ექვივალენტი; მაგალითად, სკოლის ექიმი/ექთანი ევროპის განვითარებული ქვეყნების სკოლის მმართველ გუნდთან ერთად უზრუნველყოფს სკოლის მოსწავლეთა პრევენციულ თუ სამკურნალო მედიცინას, ანუ სკოლის გუნდის საჭირო წევრია!

ზოგიერთი გადაუდებელი სამედიცინო მდგომარეობის მართვა სკოლაში – სკოლის სამედიცინო პერსონალის საქმიანობის სტანდარტი და სამედიცინო მომსახურების სივრცის ფუნქციონირების წესში სასურველია შევიდეს ზოგიერთი დაავადების მართვის უნარ-ჩვევების ფლობა. მაგალითად ასთმა, აშშ-ში 30 მოსწავლიდან 3 აქვს ასთმა.

მოსწავლე დიდ დროს ატარებს სკოლაში და დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე, შესაძლებელია სწორედ სკოლაში ყოფნის პერიოდში ჰქონდეს ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების ეპიზოდები.

საფრთხეები -საკლასო ოთახის დასასუფთავებლად გამოყენებული ქიმიური საწმენდი საშუალებები ან ის მასალები რაც გამოიყენება სასკოლო დგამის დასამზადებლად, საბუნებისმეტყველო დისციპლინების სწავლებისას, მაგალითად ქიმიის პრაქტიკულ მეცადინეობებზე გამოყენებული მასალები, ნებისმიერი პარფიუმი, რომელსაც გამოიყენებს სასკოლო პერსონალი, სკოლის სივრცეში ასევე შეიძლება იყოს კარშიდა ალერგენების მსგავსი ასთმის ტრიგერები; ასევე ბავშვს შეიძლება შინ დარჩეს ხანმოკლე მოქმედების ბეტა-2- აგონისტი და საჭიროების შემთხვევაში თან არ ჰქონდეს.

ასთმისადმი მეგობრულად განწყობილი სკოლა – ასთმისადმი მეგობრული/ კეთილგანწყობილი სკოლები, ის სკოლებია, რომლებიც ცდილობენ შექმნან უსაფრთხო და ხელშემწყობი სასწავლო გარემო ასთმით დაავადებული მოსწავლეებისთვის.

მათ აქვთ სათანადო პოლიტიკა და პროცედურები, რომლებიც მოსწავლეს საშუალებას აძლევს წარმატებით მართონ თავიანთი ასთმა სკოლის პირობებში.

ასთმის მართვის პროგრამა სკოლაში მოიცავს:

1. მჭიდრო კავშირის დამყარება ასთმის მართვის კლინიციანებთან სათანადო და მიმდინარე სამედიცინო დახმარების უზრუნველსაყოფად.



2. სამიზნე ანუ ასთმით დაავადებული მოსწავლეების იდენტიფიცირება ვისაც ყველაზე მეტად ესაჭიროება სწორი სამედიცინო ჩარევა.

3. ადმინისტრაციამ უნდა შექმნას ენთუზიასტთა გუნდი, რომელშიც უნდა იყოს სკოლის ექიმი/ექთანი.

4. საჭიროა კოორდინირებული, მრავალკომპონენტური და კოლაბორაციული მიდგომა, რომელიც მოიცავს სკოლის საექსტრნო/საექსტრნო მომსახურებას, მოსწავლეების სწავლება ასთმის შესახებ და სკოლის პერსონალის პროფესიულ განვითარებას.

5. ასთმით დაავადებულ მოსწავლეებს უნდა მიეწოდოს სათანადო სამედიცინო მომსახურება სკოლაში, უზრუნველყონ მოსწავლეების მიერ მედიკამენტების მიღება და მათი შესაბამისი გამოყენების სწავლება.

6. უზრუნველყონ ასთმით დაავადებული მოსწავლეების სწავლება ასთმის შესახებ; მიეწოდოს მოსწავლეებს, სკოლის გუნდს, მშობლებსა და ოჯახს ინფორმაცია პროგრამის შესახებ.

7. უზრუნველყონ უსაფრთხო და ჯანსაღი სასკოლო გარემო ასთმის ტრიგერების /გამომწვევების შესამცილებლად

8. უზრუნველყონ ასთმით დაავადებული მოსწავლეებისათვის უსაფრთხო და სასიამოვნო ფიზიკური სწავლებისა და აქტივობების შეთავაზება.

9. პროგრამის შეფასებისა და შედეგების გაზომვის მხარდაჭერა.

ასთმის სამოქმედო გეგმა -ასთმით დაავადებული მოსწავლისათვის უნდა შემუშავდეს ასთმის სამოქმედო გეგმა, რომელიც უნდა იყოს **კონფიდენციალური**, ამასთან ექიმის/ექთნის/სკოლის უფლებამოსილი გუნდისათვის უნდა იყოს **ხელმისაწვდომი**;

უნდა მოიცავდეს ყოველდღიური მართვის გზამკვლევის:

რა წამალი უნდა მიიღოს მოსწავლემ ყოველდღიურად, კონკრეტული სახელების და დოზების მითითებით. (ალტერნატიული ინფორმაციის მიღება ხდება პირად ექიმთან შეთანხმებით ან მშობლების მიერ მიწოდებული წერილობითი ინფორმაციით (ცნობა გაცემული მკურნალი ექიმის მიერ);

რა ზომები უნდა იქნას მიღებული გარემოს ფაქტორების (ტრიგერების) კონტროლის მიზნით, რომლებიც აუარესებენ მოსწავლის ასთმას.

უნდა იქნას გამოვლენილი ტრიგერები და უზრუნველყავონ მათი მოშორება სკოლის სივრცეში; უნდა იმსჯელონ ტრიგერების ექსპოზიციის შემცირების გზებზე;

სკოლის ექიმს უნდა ჰქონდეს ასთმის კლინიკური ნიშნების ამოცნობის კომპეტენცია:

– კლინიკური ნიშნების, სიმპტომების გამოცნობა, რაც მიუთითებს ასთმის გაუარესებაზე.

– რა მედიკამენტები და რა დოზებით უნდა იქნას მიღებული ასთმის გაუარესების ნიშნების საპასუხოდ.

– რა სიმპტომები და მაჩვენებლები მიუთითებს გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების აუცილებლობაზე.



ბავშვთა კარდიოლოგია



სი მედიკამენტების (SABA, LABA) უზრუნველყოფა უნდა მოხდეს სკოლაში.

სკოლის ექიმმა უნდა უზრუნველყოს:

ასთმით დაავადებულ მოსწავლეთათვის სიმპტომთა სწრაფი შემსუბუქების მედიკამენტების სწრაფი და იოლი ხელმისაწვდომობა.

ასთმის შეტევის ნიშნების და სიმპტომების ამოცნობა და შესაბამისი საპასუხო მოქმედება, დაუყოვნებლივი მკურნალობა, მოსწავლის ინდივიდუალური ასთმის აქტივობის გეგმის მიხედვით შესაბამისი მედიკამენტების, შესაბამისი დოზით ადმინისტრირება.

მოსწავლის გამოკითხვა სუბიექტური ჩივილების გადამოწმება (ხველა, ვიზინგი, გაძნელებული სუნთქვა, გულმკერდის ტკივილი, შებოჭილობა, Low peak Flow). მდგომარეობის სწრაფი შეფასება, სასწრაფოში დარეკვა, მოსწავლის დამშვიდება, კომფორტის შექმნა, დახმარება, არ უნდა დატოვონ მარტო. უნდა უმკურნალონ სიმპტომებს; მიუხედავად მოსწავლეს საინჰალაციო სწრაფი აქტივობის ბეტა 2 აგონისტების გამოყენებაში. უნდა დაურეკონ მშობლებს

გაიმეორე SABA 20 წუთში, თუ სიმპტომები გრძელდება ან კვლავ განმეორდა.

ადმინისტრაციული საკითხები:

- სასწრაფო დახმარებისათვის საჭირო ტელეფონის ნომრების ცოდნა, კერძოდ, ასთმის დიაგნოზის მოსწავლის პირადი ექიმის, გადაუდებელი დახმარების განყოფილების, პიროვნების, ვინც უზრუნველყოფს მოსწავლის სწრაფ ტრანსპორტირებას სამედიცინო დახმარებისთვის.

-სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის და მშობლის ან კანონიერ მფურვის მიერ წერილობითი უფლებამოსილება მოსწავლისათვის ასთმის სამკურნალო საშუალებების ტარების და თვითმართვისთვის.

-წერილობითი უფლებამოსილება უნდა მიეცეს სკოლას (ექიმი/ექთანი/სხვა უფლებამოსილი პირი) მოსწავლის ასთმის მართვისათვის მედიკამენტების გამოყენების შესახებ.

სასკოლო სერვისის მოწოდებლების როლი ასთმის მენეჯმენტში:

ასთმის დიაგნოზის მქონე თითოეული მოსწავლისათვის ასთმის აქტივობის გეგმის შევსება და შესაბამი-

რეკომენდაცია

1. შემუშავდეს განათლების სამინისტროსა და ჯანდაცვის სამინისტროსთან ერთად სკოლის ექიმის მომზადების /გადამზადების გეგმა აღნიშნული გამოწვევების გათვალისწინებით.

2. შეიქმნას ასთმის მართვის სასერთიფიკაციო მოკლევადიანი კურსი ოჯახის ექიმის/პედიატრის სერთიფიკატის მქონე სკოლის ექიმისათვის

3. შეიკრიბოს ციფრული მონაცემები ასთმის გავრცელების შესახებ ბავშვებში

4. თითოეულ სკოლას დაევალოს წარმოადგინოს მოსწავლეთა ჯანმრთელობის ცნობის მიხედვით რამდენი მოსწავლე ყავს ასთმის დიაგნოზით.

5. განისაზღვროს მედიკამენტები რომელიც იქნება სკოლაში შენახვის სათანადო პირობების ლოჯისტიკის დაცვით.

რეზიუმე

ზოგიერთი დაავადების მენეჯმენტი სკოლაში

ნანა ჯინჭარაძე

დოქტორი მედიცინაში და საზოგადოებრივ ჯანდაცვაში, პროფესორი

ევროპის უნივერსიტეტი, თბილისის ღია უნივერსიტეტი, საქართველო-ამერიკის უნივერსიტეტი, კავკასიის საერთაშორისო უნივერსიტეტი, თბილისის ჰუმანიტარული უნივერსიტეტი. მრავალპროფილური კლინიკა „ბაიები“ პედიატრი სკოლის ექიმი უნდა ადგენდეს სკოლის მოსწავლეთა მენიუს ასაკის შესაბამისად, აწვდიდეს რეკომენდაციებს საკვების უსაფრთხოების შესახებ, ასევე ახორციელებდეს კვების ბლოკის სანიტარულ-ჰიგიენური კონტროლს; მეთვალყურეობას უნდა უწევდეს სკოლის სივრცეში სანიტარული ნორმების დაცვას; უშუალოდ უნდა ახორციელებდეს მოსწავლეთა ჰიგიენური განათლებას და/ან მონაწილეობდეს „ექიმის საათის“ კურიკულუმის შედგენაში. მას ევალება გასცეს რეკომენდაცია მოსწავლის ფიზიკურ აქტივობაში მონაწილეობის მისაღებად (დაშვება, შეზღუდვა).

SUMMARY

SOME DISEASE MANAGEMENT IN SCHOOL

NANA JINCHARADZE

Doctor in Medicine and Public Health, Professor European University, Tbilisi Open University, Georgia-American University, Caucasus International University, Tbilisi Humanities University. Multi-profile Clinic “Baiebi” Pediatrician

The school doctor should determine the age of the school menu of the students, make recommendations on food safety, as well as carry out sanitary-hygienic control of the food block; Supervision of the sanitary norms in the school space should be supervised; Must be directly involved in the hygiene education of students and / or participate in the development of the “Doctor Hour” curriculum. It is required to recommend the student to participate in physical activity (admission, restriction).



ორიბინალური სტატიების აბსტრაქტები
ABSTRACTS OF ORIGINAL ARTICLES

(INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRIC CARDIOLOGY N 1 .2021.)

<http://sppf.info/pdf/cardio-int-2021-1.pdf>

CLINICAL-INSTRUMENTAL CHARACTERIZATIONS OF CARDIOVASCULAR SYSTEM DURING SOME CONGENITAL, INFLAMMATORY AND ACQUIRED NONINFLAMMATORY DISEASES IN CHILDHOOD AND POSSIBILITIES OF THE INVOLVEMENT OF PREPARATION GA-40 IN THE TREATMENT

*NINO JOBAVA, MD, PH.D; GEORGE CHAKHUNASHVILI,
 Doctor of Medical Sciences, Professor. Tbilisi State Medical University (Tbilisi, Georgia)*

Vegetative cardiovascular dystony, myocardial dystrophy, cardiopathy, nonrheumatoid carditis - these are diseases, which require a timely diagnostics, treatment and prophylaxis in childhood in order to avoid complications and difficulties in future.

It is well-known that at present such diseases as atherosclerosis, cardiosclerosis, cardiac ischemic disease, myocardial infarction, etc. are very rare. But probably it is necessary and timely to pay attention to children of that risk-groups (risk groups of atherosclerosis, cardiac ischemic disease, myocardial infarction), which require dispensary and corresponding prophylaxis. Proceeding from above-said and according to thorough analysis of data of some authors (G. Chakhunashvili, K. Chakhunashvili, N. Uberi, P. Kherkheulidze, N Jobava) it should be outlined 5 stages of prophylaxis of atherosclerosis and cardiac ischemic disease:

I stage - manifestation of risk-factors: anamnesis, anthropometry, measuring of arterial pressure, estimation of nutrition regime, investigation of emotional tone. It is important to note about children prematurity (if it is possible) and its character, suffered diseases in childhood (nonrheumatoid carditis, rheumatoid arthritis, myocardial dystrophy, cardiopathy, vegetative cardiovascular dystony, mitral valve prolapse, congenital heart disease (it should be mentioned if a patient was subjected to the surgery and when), tonsillo-genous cardiopathy, etc. - is performed by a district pediatrician and school physician.

II stage - complex estimation of vegetative nervous system - reactivity, maintenance of vegetative action (methods, cardiointervalography, clinoothostatic tests), determination of cholesterol and triglyceride levels in blood plasma by means of deter-

mination of different changes of ST segment and T wave (of course, taking into account age peculiarities) - is performed by a district pediatrician, cardioreumatologist or cardiologist.

III stage - in the conditions of hospital a deep, complex clinical-instrumental investigation of cardiovascular system by means of cholesterol distribution in lipoprotein fractions, investigation of hemostasis and fibrinolysis system. Indications for the study of this stage appear to be a content of cholesterol level above 4,4 mmol/l, triglycerides - above 0,79 mmol/l, vegetative cardiovascular dystony and different versions of clinoothostatic tests, taking into account form of ST segment, its J error and by determination of T wave height and depth (is performed by children cardiologists).

IV stage - a rational nutrition dietary regime, timely health-resort seasonal treatment together with rehabilitation measures (if the latter is necessary), immunorehabilitation of children in risk-groups, etc.

V stage - to outline and perform preventive measures together with governmental and NGO (centers, associations, etc.) - is carried on by leading clinics using the programs of disease diagnostics, planned by scientific-analytical group.

Thus, only rationally organised, individual prophylactic measures commenced at the earlier stage are able to move the development of cardiac ischemic disease to relatively distant age group.

Key words: CARDIOVASCULAR SYSTEM, PREPARATION, THE TREATMENT, mitral valve prolapse (MVP), Atherosclerosis, ECG- ST segment and T wave, Vegetative-cardiovascular dystony (VCD), Cardiac ischemic disease.

UPDATE RESEARCH OF KAWASAKI DISEASE

*FUYONG JIAO,
 The Center for Kawasaki Disease of Shaanxi province Shaanxi provincial people's hospital*

*YAO JING XIAN,
 Medical College Master of Clinical Medicine*

*WEI YU XI'AN,
 Medical College Clinical Medicine (Pediatrics) Class 1401*

Corresponding Author : Fuyong Jiao
E-mail: 3105089948@qq.com

Kawasaki disease is an acute, self-limited vasculitis of unknown etiology, which mainly occurs in infants and children. The target organs of Kawasaki disease are coronary arteries and other cardiovascular structures. The initial manifestations of Kawasaki disease are high fever, inflammation of skin and mucosa, and enlargement of cervical lymph nodes. About 25% of children who are not treated with intravenous immunoglobulin during the acute phase of the disease will develop coronary artery aneurysms. Nowadays, Kawasaki disease has replaced rheumatic fever as the

main cause of acquired heart disease in children in developed countries. However, there is still no specific diagnostic test, echocardiography is still the main diagnostic method of coronary artery involvement in children with Kawasaki disease, and risk stratification assessment is carried out according to Z value to assist in the short-term and long-term diagnosis and treatment of Kawasaki disease. In the aspect of treatment, there are reports on the application of corticosteroids, infliximab, cyclosporine, methotrexate, interleukin receptor blockers and so on.





THE NEW RELATIONSHIP BETWEEN KAWASAKI DISEASE AND MIS-C

FUYONG JIAO,

Children hospital of Shaanxi Provincial People's Hospital, Xi'an, China

XIAOJIN DING,

Children hospital of Shaanxi Provincial People's Hospital, Xi'an, China

HAOTIAN XU,

Dept of pediatrics, Heyang County Hospital, Shaanxi Province, China

JIALE WANG,

Class 4 of Master, Xi'an Medical University

KARIM ELAKABAWI,

Dept of Cardiology, Benha university, Egypt

HO-CHANG KUO,

*Ho-Chang Kuo, Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital, Taiwan***Corresponding author:****E-mail: dr.hckuo@gmail.com****E-mail:3105089948@qq.com****Kaohsiung Chang Gung****Memorial Hospital, Taiwan****Jiao Fuyong, Children hospital****of Shaanxi Provincial People's Hospital,****Xi'an, China**

Kawasaki disease (KD) is a childhood disease associated with serious coronary artery complications. It is the most common cause of pediatric acquired heart disease in developed countries and is increasingly reported from many developing countries. The etiology of KD is still uncertain; interaction between a genetic predisposition and several environmental and immunological factors has been hypothesized. The Centers for Disease Control and Prevention reported that many children with MIS-C were infected with the new coronavirus or had close contact with people with the new coronavirus. Children with MIS-C show symptoms similar to severe cases of Kawasaki disease. An early discussion of similarities and differences between the novel coronavirus and Kawasaki disease was initiated towards the end of

March 2020 between Dr. Karim Elakabawi, Benha university, Egypt; Prof. Manuel Katz, the chairman of the global CIP, Israel; and Prof. Jiao Fuyong, the head of the Center of Kawasaki disease diagnosis and treatment, shaanxi province, China. The three doctors discussed their strong observations about the epidemiologic distribution of KD cases and global affection of the Corona viruses family: SARS, MERS, and the most recently COVID-19. This article mainly summarizes the similarities and differences between KD and MIS-C.

Key words: Kawasaki disease (KD) COVID-19 Children's Multiple System Inflammatory Syndrome(MIS-C) similarities differences

FEVER CLINIC: THE FIRST LINE OF PREVENTION AND CONTROL COVID-19 IN CHINA

XIANGLONG DUAN, LIANG SHAN, LIU PENG, JIAO FUYONG*,

Department of Clinical Medicine, Shaanxi Provincial People's Hospital

OMAR MOHAMUD HASSAN, RUI LI,

Department of Pediatrics and Child Health, Xiangya second hospital, Central South University, Changsha, Hunan Province, People's Republic of China.

YUXIAN ZHANG,

Children's Hospital, Shaanxi Provincial People's Hospital of Xi'an Jiaotong University, Xi'an, People's Republic of China

YINGYING YANG,

*Xi'an Medical University, Xi'an, People's Republic of China***Correspondence author: Jiao Fuyong;****E-mail: 3105089948@qq.com**

Objective: To establish a fever clinic for the effective control and interruption of COVID-19 transmission in hospitals.

Methods: By referring to literature and various materials, specific and feasible methods were summarized from the aspects of setting up, site selection, layout, ventilation, disinfection and isolation system, staff configuration, and workflow of fever clinic. **Results:** During the COVID-19 outbreak, the fever clinic

played an essential role in effectively controlling and reducing the hospital's transmission and infection. **Conclusion:** The existence of a fever clinic is popular and necessary, and it should be continuously improved to make it play a more significant role in the critical moment.

Keywords: Fever clinic, COVID-19, China



THE CURRENT SITUATION OF CONVENTION ON THE RIGHTS OF THE CHILD IN CHINA IN RECENT 30 YEARS

*FUYONG JIAO,
Children's Hospital, Shaanxi Provincial People's Hospital, xi'an China*

*JIALE WANG,
Xi'an medical university*

*HAOTIAN XU,
The Hospital of Heyan county, shaanxi province, China*

*WEN HUI,
Department of Pediatrics, Chang 'an Hospital, Xi'an China*

It has been 30 years since the United Nations promulgated the Convention on the Rights of the Child on November 20, 1989. That is a global convention. In the past 30 years, it has become a widely accepted legal regulation for the protection of children's survival and development. On November 20, 2012, the 20th anniversary of the China's accession to the UN Convention on the Rights of the Child was ceremoniously held in the Great Hall of the People's Republic of China [1]. In the 20years since joining the UN Convention on the Rights of the

Child, China has made a historic achievements in the development of its Children cause. From 1992 to 2012, China's under-five mortality rate dropped from nearly 60 per thousand to 13.1 per thousand. At present, the net enrollment rate of primary School-age has reached 99.7% [2]. It plays an important role in promoting the health and development of children in China.

Keywords: Children's Right, Promoting Development, Convention, Protection.

RESEARCH PROGRESS OF ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME 2 IN COVID-19 IN CHILDREN

*JIAO FUYONG,
Xi'an Medical University, Xian, 710068*

*LIU JING,
Department of Pediatrics, Shanxi Provincial People's Hospital, Xian Shanxi, 710001*

Corresponding author: Jiao Fuyong
E-mail: 3105089948@qq.com

With the prevalence of SARS-CoV-2, 2019 in the world, the number of children infected with SARS-CoV-2, 2019 is increasing. Through angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) as one of the binding sites of SARS-CoV-2 infection, studying the role of ACE2 in the process of novel coronavirus infection is helpful to understand its pathogenic mechanism, better develop drugs, provide reference for the prevention and treatment of COVID-19 in

children, and start treatment as soon as possible. This paper summarizes the clinical characteristics of COVID-19's children and the role of ACE2 in the process of SARS-CoV-2 virus infection, aiming to provide reference for clinical diagnosis and treatment.

key words: SARS-CoV-2; Coronavirus Disease 2019 (COVID-19); angiotensin-converting enzyme (ACE)2

RESEARCH PROGRESS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD) IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

*WENYAN JIAO,
Psychological department, shaanxi Provincial people's Hospital. Xi'an China*

*TUNGALA OSGONBAATAR,
Association of Pediatric Researchers of Mongolia*

*WEN HIE,
Department of Pediatrics, Chang'an Hospital, Xi'an China*

Post-traumatic stress disorder (PTSD) in Children and teenagers is a disease that seriously affects children's physical and mental health. in this paper, the etiology, clinical manifestation, diagnosis and treatment methods and espe-

cially the clinical medication, cognitive, psychological treatment and prevention were summarized, hope to have promote role for diagnosis and treatment and children's health.



პრაქტიკოსი ექიმებისათვის Practicing Physicians

HELICOBACTER PYLORI ინფექცია ბავშვებში. მართვის რეკომენდაციები

მ.დ. ციცინო ფარულავა, მ.დ. მაია ჩხაიძე, მ.დ. მელაბ ცანავა, ია ხურცილავა
ი. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა

კუჭის ფლორაზე პირველად ყურადღება 100 წლის წინ გაამახვილეს, ხოლო ამ ფლორის ასოცირებაზე გასტრიტებთან 1970 წელს. თუმცა ამ ფლორის ქეშმარიტი არსი მხოლოდ 1982 წელს მეცნიერებმა Marshall და Warren გაშიფრეს, როცა მიღებული იქნა კულტურა და ამ ბაქტერიას დაერქვა ჯერ Campylobacter pyloridis, შემდეგ კი Helicobacter pylori (H. pylori).

დღეს ეჭვს არ იწვევს ამ მიკროორგანიზმს აქვს დიდი მნიშვნელობა ქრონიკული გასტრიტის, პეპტიური წყლულების, გასტრალური ადენოკარცინომის და ლიმფომის ფორმირებაში. **ბაქტერიოლოგია და ეპიდემიოლოგია**

H. pylori სპირალური ფორმის, მიკროაეროფილური, გრამ-უარყოფითი 3.5 /0.5 მკ ზომის მიკროორგანიზმია კამპილობაქტერიების ჯგუფიდან. მისი კულტურის ზრდა შესაძლებელია აგარის ნიადაგზე 3-7 დღეში. ორგანიზმს აქვს 2-7 შოლტი, რომელიც უზრუნველყოფს მის მოძრაობას. არახელსაყრელ გარემო პირობებში გადაიქცევა კოკებად. კოკები ინარჩუნებს სიცოცხლისუნარიანობას ადამიანის ორგანიზმის გარეთ მაგ. ნიადაგში, წყალში

მიკროორგანიზმი გამოიმუშავებს ფერმენტებს: კატალაზა, ოქსიდაზა, ურეაზა და სხვა. ურეაზა ყველაზე მნიშვნელოვანია გადარჩენის, ეპითელზე ადჰეზიის და კოლონიზაციისთვის. კუჭის მუცინი მუშაობს როგორც ანტიბიოტიკი ჰელიკობაქტერის წინააღმდეგ. ურეაზას მეშვეობით ჰელიკობაქტერი გამოიმუშავებს ამონიუმს, რაც ანეიტრალებს კუჭის სეკრეტს, ბაქტერიის ირგვლივ ქმნის ღრუბელივით მასას და ეხმარება მას მუცინურ-ბიკარბონატული ბარიერის დაძლევაში და კუჭის ლორწოვანში პენეტრაციაში.

H. pylori ყველაზე გავრცელებული ქრონიკული ინფექციაა ყველა გეოგრაფიულ რეგიონში და ყველა ასაკში. მკვლევარები ფიქრობენ, რომ პირველად ადამიანების ინფიცირება 58 000 წლის წინ მოხდა მას შემდეგ, რაც განხორციელდა მიგრაცია აფრიკიდან. დღეის მდგომარეობით მსოფლიო მოსახლეობის 50% ინფიცირებულია. ინფიცირება განსაკუთრებით ხშირია განვითარებად სამყაროში. სავარაუდოთ ინფიცირება ადრეული ბავშვობაში ხდება, მიკრობი ადამიანის ორგანიზმში ცხოვრების მანძილზე პერსისტირებს და ყოველთვის არ იწვევს გასტროდუოდენურ დაავადებას. განვითარებად ქვეყნებში 10 წლისთვის ბავშვების უმრავლესობა უკვე ინფიცირებულია, 50 წლისთვის კი მოსახლეობის 50%. აშშ-ში 10 წლამდე ასაკში ინფიცირების შემთხვევები სეროლოგიურად პრაქტიკულად არ დასტურდება, 18-30 წლისთვის აღწევს 10% და >50 წლის ასაკისთვის 50%-

ს. უფრო ხშირია აფროამერიკელებში და ესპანურენოვან მოსახლეობაში, რაც სავარაუდოთ უფრო დაბალი სოციალ-ეკონომიური სტატუსით აიხსნება. მჭიდრო დასახლება, ბევრი ოჯახის წევრი, საერთო საწოლი, არაცენტრალიზებულად წყლის მიწოდება, განათლების დონე – გამოკვეთილი რისკ-ფაქტორებია. კვლევების მიხედვით უმეტეს შემთხვევაში ინფიცირება 5 წლამდე ხდება. მოგვიანებით ინფიცირებაც დასაშვებია, განსაკუთრებით ოჯახის წევრებს შორის, რადგან მიკრობი გამოყოფილია პირნალები მასიდან და დიარეული ფეკალიებიდან. მარლის ჭარბად მოხმარება რაციონში ზრდის H. pylori პერსისტირების რისკს. არის კვლევები, რომლებიც ამ ორი ფაქტორის სინერგიზმის მნიშვნელობას ადასტურებს კუჭის კიბოს დროს, თუმცა ევიდენსი ჯერ არ არის.

ინფექციის გადაცემის გზა ბოლომდე არ არის დაზუსტებული. ფეკალურ-ორალური და ორალურ-ორალური გზები ყველაზე სარწმუნოდ ითვლება. ადამიანები ინფექციის ძირითადი რეზერვუარები არიან. მიკრობი ასევე გამოყოფილია პრიმატებიდან და შინაური ცხოველებიდან (მაგ. კატა). არის შრომები, რომელიც ადასტურებს მიკრობის არსებობას ცხვრის რძესა და გასტრალურ ქსოვილში. შესაძლოა ცხვარი ბუნებრივი რეზერვუარი იყოს. ამით აიხსნება მწყემსებში მაღალი გავრცელება. მიკრობი ნანახია საცურაო აუზებში, უმ ბოსტნეულზე, მდინარეებში.

ორალურ-ორალური გადაცემა (ნერწყვით გადაცემა) დადასტურებული არ არის, ამიტომ დენტისტებისთვის და პირის ღრუს ჰიგიენის სპეციალისტებისთვის გადაცემის რისკი მინიმალურია. სამაგიეროდ იატროგენული ინფიცირება რეალურია. არასათანადოდ გასტერილებული ხელსაწყოები, ენდოსკოპები ინფიცირების წყაროა. ენდოსკოპისტები და საშუალო მედპერსონალი, რომელიც შეხებაშია კუჭთან დაკავშირებულ პროცედურებთან გაზრდილი რისკის ქვეშ არიან.

რეინფექცია მკურნალობის შემდეგ იშვიათია და რისკი მოზრდილებში დაახლოებით 2%-ია წელიწადში ანუ ამ ბაქტერიით პირველად ინფიცირების მაჩვენებელს არ აღემატება. რეინფექციის დაბალი მაჩვენებელი ალბათ პირველადი ინფიცირების გამო გამომუშავებული იმუნიტეტით აიხსნება.

ბავშვები განსხვავდებიან მოზრდილებისგან ინფექციის გავრცელების, გართულებების რიცხვის, კუჭის ონკოლოგიის მაჩვენებლით, ასევე განსხვავებულია დიაგნოსტიკური ტესტების ჩვენებები ასაკის მიხედვით, მედიკამენტების შერჩევის რეკომენდაციები და უფრო მაღალია რეზისტენტობა ანტიბიოტიკების მი-

მართ. მულტიცენტრული კვლევის მონაცემებით, რომელშიც მონაწილეობდა 1233 სიმპტომური ბავშვი და დასტურებული ინფექციით, დადასტურდა, რომ პეპტიური წყლულის გავრცელება ბავშვებში ნაკლებია მოზრდილებთან შედარებით და შეადგენს <5% 12 წლამდე ასაკში და 10% თინეიჯერებში. ჰელიკობაქტერთან ასოცირებული გასტრალური ლიმფომა ბავშვებში ძალზე იშვიათია და მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაა აღწერილი. ბავშვთა ასაკში აბდომინური ტკივილის და დისპეპსიური ჩივილების დიფერენციალური დიაგნოზი გაძნელებულია, რადგან ბავშვებს უჭირთ ტკივილის ლოკალიზაციის და თანმხლების სიმპტომატიკის ზუსტი აღწერა. მოზრდილებში დადასტურებულია ჰელიკობაქტერის ასოცირება იდიოპათიურ თრომბოციტოპენიურ პურპურასთან, რაც ბავშვებში არ შეიმჩნევა. შესაბამისად H. pylori ინფექციის მართვის ტაქტიკა ბავშვთა ასაკში განსხვავებულ მიდგომას საჭიროებს.

ინფექციის მართვის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს 4 მთავარი კითხვა:
 ვის უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება;
 რომელ ტესტებს უნდა მიენიჭოს უპირატესობა;
 ვის ესაჭიროება სპეციფიური თერაპია;
 მკურნალობის რომელი რეჟიმია უფრო მისაღები ბავშვებში.

2000 წელს ჯერ ევროპის, შემდეგ ჩრდილოეთ ამერიკის პედიატრიული გასტროენტეროლოგების, ჰეპატოლოგების და ნუტრიციოლოგების საზოგადოების (ESPGHAN, NASPGHAN) მიერ გამოქვეყნდა კონსენსუსი H. pylori ინფექციის მართვის რეკომენდაციების შესახებ ბავშვებში. 2006 წელს შეიქმნა ბავშვთა ასაკში H.P. ინფექციის მართვის გაილიანი. 2011 წელს მოხდა ამ რეკომენდაციების გადახედვა.

3. წყლური ინფექციის მართვის რეკომენდაციები განმარტებებით

8-12 წლამდე ასაკში ბავშვს უჭირს აკურატულად აღწეროს ტკივილის ლოკალიზაცია და ხასიათი. სპეციფიური ჩივილები: ტკივილი, დისპეპსიური მოვლენები არასპეციფიურია და შესაძლოა სულაც არ უკავშირდებოდეს პეპტიურ დაავადებას ან საერთოდ გასტროენტეროლოგიურ ტრაქტს. ბავშვებში მუცლის ტკივილის უზმირესი მიზეზი გასტროენტეროლოგიური ფუნქციური დარღვევებია. კვლევებმა აჩვენა, რომ ჰელიკობაქტერით გამოწვეულ ინფექციებს და გასტრიტს შესაძლოა საერთოდ არ ახლდეს ტკივილი. ამიტომ არაინვაზიური ტესტით ინფექციების ფაქტის დადგენა და სპეციფიური მკურნალობის დაწყება ინვესს დროის დაკარგვას და ძირითადი დაავადების მართვის გადავადებას. ჩატარებული მკურნალობის მიუხედავად ჩივილები რამდენიმე კვირაში კვლავ ვლინდება, ამიტომ H. Pylori ინფექციის სკრინინგი ზოგად პოპულაციაში არ არის რეკომენდებული

რეკომენდაცია 1.

გასტროენტეროლოგიური სიმპტომების არსებობის დროს კლინიკური კვლევის მთავარი მიზანია დადგინდეს ამ სიმპტომების გამომწვევი მიზეზი და არაა წყლური ინფექციის არსებობა.

რეკომენდაცია 2.

ტესტირება არ არის რეკომენდებული ბავშვებში ფუნქციური აბდომინური სინდრომით

1994 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ H. pylori I კლასის კარცენოგენად აღიარა. დღეს ეჭვს არ ინვესს კავშირი ამ მიკროორგანიზმით ინფიცირებასა და კუჭის კიბოს და B უჯრედოვანი ლიმფომას შორის. მაგრამ ეს დაავადებები უკიდურესად იშვიათია სიცოცხლის პირველი ორი დეკადის განმავლობაში. ჰელიკობაქტერით ინფიცირებულ ბავშვებში ლიმფომის მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაა აღწერილი. ფიქრობენ, რომ კუჭის ონკოლოგიური დაავადებების მიზეზი არ არის მხოლოდ ეს ინფექცია, არსებითი მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ განწყობას, გარემო ფაქტორებს და კვების თავისებურებებს. ვინაიდან ერთ ოჯახში მაცხოვრებელ ინდივიდებს მსგავსი გენეტიკური განწყობა, კვების წესი და გარემო პირობები აქვთ, ბავშვები, რომელთაც აქვთ ოჯახური დატვირთვა ამ დაავადებებით მაღალი რისკის ჯგუფს მიეკუთვნებიან.

რეკომენდაცია 3.

გამართლებულია იმ ბავშვების ტესტირება, რომელთა ოჯახის წევრებს დადგენილი აქვთ კუჭის ონკოლოგია და ლიმფომა

რკინა-დეფიციტური ანემიის ეტიოლოგია განსხვავებულია ბავშვებსა და მოზრდილებში. კვლევები ადასტურებს, რომ არის კავშირი რკინის დეფიციტსა და H. pylori ინფექციას შორის. სავარაუდოთ ამის მიზეზი ისაა, რომ ორივე პრობლემა უფრო ტიპურია დაბალი სოციალურ-ეკონომიური შეძლების ფენებისთვის. ამიტომ უფროს ასაკში თუ არაინვაზიური მეთოდებით რკინა-რეზისტენტული ანემიის მიზეზი ვერ დგინდება, ნაჩვენებია ენდოსკოპია და ბიოფსიური მასალის კვლევა. იმ შემთხვევაშიც კი, როცა ადგილი არა აქვს ულცერაციას და ეროზიებს, გამართლებულია აღებული იქნას მასალა ჰელიკობაქტერის დიაგნოსტიკისთვისაც (ჰისტოლოგიური კვლევა, კულტურა). ბავშვთა ასაკში სარწმუნო მსგავსი კვლევები ცოტაა. ამიტომ ერადიკაციული თერაპიის დადებითი გავლენა რკინის სტატუსზე დადასტურებულად ვერ ჩაითვლება. მიუხედავად ამისა, გასათვალისწინებელია, რომ რკინის დაბალ სტატუსს შესაძლოა უარყოფითი გავლენა ჰქონდეს ბავშვის მენტალურ და ფიზიკურ განვითარებაზე.

რეკომენდაცია 4.

ტესტირება ნაჩვენებია ბავშვებში რეფრაქტორული რკინადეფიციტური ანემიით, თუ სხვა მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება

ექსტრანიტესტინური დაავადებების კავშირი ჰელიკობაქტერით ინფიცირებასთან ასევე არ არის დადასტურებული.

რეკომენდაცია 5.

კავშირი ჰელიკობაქტერით ინფიცირებას და შუა ყურის ანთებას, ზედა რესპირაციული ტრაქტის ინფექციებით ავადობას, პერიოდონტალურ დაავადებას, კვებით ალერგიას, ჩვილის უეცარი სიკვდილის სინდრომის, იდიოპათიური თრომბოციტოპენიურ პურპურასა და ტანდაბლობას შორის დადგენილი არ არის

არსებობს H. pylori დეტექციის არაინვაზიური და ინვაზიური ტესტები. ინვაზიური ტესტები გულისხმობს გასტრალური ქსოვილის ჰისტოპათოლოგიურ შესწავლას, კულტურას და ურეზას სწრაფ ტესტს. შესაძლებელია გამოყენებული იქნას პოლიმერაზულ ჯაჭვური რეაქცია და FISH. არაინვაზიური ტესტებია ანტიგენის



განსაზღვრა ფეკალიებში, ანტისხეულების ტიტრის განსაზღვრა შრატში, შარდში და ნერწყვში და 13C-UBT (სუნთქვის ტესტი).

ყველა ტესტი შესაძლებელია გამოყენებული იყოს ბავშვთა ასაკშიც. ძალზე მნიშვნელოვანია კონკრეტულ ასაკში და სიტუაციაში შერჩეული იქნას ყველაზე ინფორმატიული სადიაგნოსტიკო მეთოდი. მაგ. ტესტი რომელიც პაციენტთან კოოპერაციას საჭიროებს მაგ. სუნთქვის (ურეაზას) ტესტი ძნელად გამოსაყენებელია ჩვილებში, თოდლერებში და მძიმე კატეგორიის პაციენტებში.

ბიოპტატის კულტურის სპეციფიურობა 100%-ია, მაგრამ მგრძობელობა დაბალია. ჰელიკობაქტერის გავრცელება კუჭის ქსოვილებში განსხვავებულია, ამიტომ რაც უფრო მეტი ადგილიდან იქნება აღებული მასალა, მით მეტად სანდოა შედეგები. აუცილებელია ანტრუმიდან და სხეულიდან მასალის აღება. თუ კულტურა არ გაკეთდა ან უარყოფითია, მაშინ სხვა ინვაზიური ტესტებზე (ჰისტოლოგიური კვლევა და ურეაზას სწრაფის ტესტი) დადებით შედეგებზე შეიძლება ორიენტირება. ჰისტოლოგიური კვლევის დროს გიმზას მეთოდით ან ვერცხლით შეღებულ მასალაში შესაძლებელია გამოვლინდეს ატროფიული ცვლილებები და ინტესტინური მეტაპლაზია. ზოგჯერ ეჭვის მიტანა შესაძლებელია მაკროსკოპული ცვლილებებითაც. როგორცაა ნოდულარული ლორწოვანი ანტრუმის და ბულბუსის მიდამოში ან ეროზიები და წყლულები. ვინაიდან ბავშვებში ინვაზიური ტესტების, კერძოდ კულტურის, სენსიტიურობა მერყეობს 66-100%-მდე, ხოლო ურეაზას სწრაფი ტესტის სენსიტიურობა 75-100%, ჰისტომორფოლოგიური კვლევის მნიშვნელობა რამდენადმე იმატებს. თუ ყველა ინვაზიური ტესტები უარყოფითია, შესაძლებელია ინფიცირების ფაქტის უარყოფა.

ყველა ტესტი გამოდგება ერადიკაციული თერაპიის ეფექტურობის შესაფასებლად, მხოლოდ ანტისხეულების ტიტრი რჩება გარკვეული დროის მანძილზე მომატებული წარმატებული ერადიკაციის შემთხვევაშიც კი. ცრუ უარყოფითი შედეგების თავიდან აცილების მიზნით გასათვალისწინებელია, რომ ანტიბიოტიკების, მათ შორის პენიცილინების და ცეფალოსპორინების და ანტისეკრეციული საშუალებების მიღება უნდა შეწყდეს 4 და 2 კვირით ადრე ტესტირებამდე შესაბამისად. ცრუ დადებითი შედეგების გამოსარიცხად აშშ და ევროპაში რეკომენდებულია 2 განსხვავებული ტესტის გამოყენება. თუ ჰისტოლოგია და ურეაზას სწრაფი ტესტი განსხვავებულ შედეგებს იძლევა, რეკომენდებულია არაინვაზიური ტესტით (სუნთქვის ტესტი ან განავლის ტესტი) დამატებით კვლევა. გამონაკლისია კულტურა. მისი დადებითი შედეგი რეალობას 100%-ით ასახავს.

რეკომენდაცია 6.

ეზოფაგოგასტროდუოდენოსკოპიის დროს ტესტირებისთვის აუცილებელია ანტრუმიდან და კუჭის სხეულიდან მიღებული ბიოფსიური მასალის ჰისტოპათოლოგიური შესწავლა

რეკომენდაცია 7.

ინფიცირების ფაქტი დადასტურებულად ჩაითვლება თუ დადებითია ბიოფსიური მასალის ჰისტომორფოლოგია პლუს ურეაზას ტესტი ან პოზიტიური კულტურა

სუნთქვის (ურეაზას ტესტი) შესაძლებელია წარმატებით იქნას გამოყენებული როგორც მკურნალობის დაწყებამდე, ისე ერადიკაციის ეფექტურობის შესაფასებლად. ტესტი აკურატულია, სენსიტიური და სპეციფიური, ოღონდ დაცული უნდა იყოს ჩატარების წესები: კუჭი სანყის ეტაპზე უნდა იყოს ცარიელი, შემდეგ გამოსაკვლევ პირს ეძლევა ვაშლის ან ფორთოხლის წვენი ან ლიმონმუყავს შემცველი სითხე, რადგან ურეაზას აქტიობა pH მატების პარალელურად მკვეთრად ეცემა. სადიაგნოსტიკო სითხის (ტრეისერი) მიცემის შემდეგ პაციენტს ეძლევა სასმელი ტრეისერის გარეშე, რათა თავიდან იყოს აცილებული ტრეისერის დაშლა პირის ღრუს ფლორის მიერ. სწორედ ამ ნიუანსების შესრულების სირთულის გამო სუნთქვის ტესტის ჩატარება არ არის რეკომენდებული ჩვილებში და თოდლერებში და ტესტი დაბალ ინფორმატიულია 6 წლამდე ბავშვებში.

რეკომენდაცია 8.

13C-UBT ურეაზას ტესტი რეკომენდებულია ერადიკაციის შედეგების შესაფასებლად

ფეკალიებში ანტიგენის დეტექცია ყველაზე მისაღებია ბავშვთა ასაკში, რადგან სუნთქვის ტესტისგან განსხვავებით არ მოითხოვს ბავშვის თანამონაწილეობას და არ არის ასაკზე დამოკიდებული. ფეკალიების შენახვა ოთახის ტემპერატურაზე 5 დღეზე მეტ ხანს ან გაყინვა თვეების მანძილზე რეკომენდებული არ არის.

რეკომენდაცია 9.

განავალში ანტიგენის დეტექცია იმუნოფერმენტული მეთოდით (ELISA) არაინვაზიური და კეთილსამიერო მეთოდია ერადიკაციის ეფექტურობის შესამოწმებლად

H. pylori ინფექციას ახასიათებს ადრეულ სტადიაზე IgM ანტისხეულების, შემდეგ პერსისტული და ხანგრძლივი IgA და IgG ანტისხეულების ტიტრის მატება. ანტისხეულების დეტექცია შესაძლებელია სისხლში, შრატში, შარდში და ნერწყვში. სეროლოგიური ტესტირება არ გამოდგება ინფიცირების დასადგენად ან მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად, რადგან ანტისხეულების ტიტრის მატება ტიპურია ინფექციის წარმატებული მკურნალობის შემდეგაც თვეების მანძილზე. მიუხედავად იმისა, რომ ეს ტესტები იაფია, ადვილად შესასრულებელი, მათ არ აქვს კლინიკური დატვირთვა განვითარებულ ქვეყნებში, განსაკუთრებით პედაგოგიულ კონტიგენტისთვის. ადრეულ ასაკში ტესტის სპეციფიურობა და სენსიტიურობა ვარირებს ასაკის მიხედვით. IgA ტესტი დადებითია ინფიცირებული ბავშვების მხოლოდ 20-50%-ში, IgG დეტექციაზე დაფუძნებული ტესტები უფრო სენსიტიურია, მაგრამ ჩამორჩება მოზრდილთა მაჩვენებლებს და გაძნელებულია ნორმალური მაჩვენებლების განსაზღვრა განსაკუთრებით 6-8 წლამდე.

რეკომენდაცია 10.

ჰელიკობაქტერის სანინალმდეგო ანტისხეულების (IgG, IgA) განსაზღვრა სისხლის შრატში, სისხლში, შარდში და ნერწყვში არ არის რეკომენდებული კლინიკურ პრაქტიკაში ფართოდ გამოყენებისთვის

რეკომენდაცია 11.

რეკომენდებულია ბიოფსიური მასალის და არაინვაზიური ტესტების ჩატარება მინიმუმ 2 კვირის შემდეგ პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორების მიღების შეწყვეტიდან და 4 კვირის შემდეგ ანტიბიოტიკოთერაპიიდან



რამდენიმე მეტა-ანალიზი მიუთითებს, რომ მოზრდილებში პეპტიური წყლულის მორეციდივე მიმდინარეობის ალბათობა და სისხლდენით გართულებული ეპიზოდების რიცხვი მცირდება ერადიკაციული თერაპიის შემდეგ. მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვებში პეპტიური წყლულის ეტიოლოგია, სინშირე, კლინიკური მანიფესტაცია განსხვავდება მოზრდილებისგან, შეიძლება ვიფიქროთ, რომ რეციდიული მიმდინარეობის რისკი ბავშვებშიც ერადიკაციის შემდეგ შემცირდება. რეკომენდებულია ერადიკაციული თერაპია როგორც პეპტიური მწვავე წყლულის დროს, ისე შეხორცებული წყლულოვანი პროცესის ან ანამნეზში წყლულზე მითითების შემთხვევაში.

რეკომენდაცია 12.

ჰელიკობაქტერ – პოზიტიური პეპტიური წყლულის დროს ერადიკაცია აუცილებელია

ენდოსკოპიით წყლულის გამორიცხვის შემდეგ ჰელიკობაქტერ პოზიტიურ შემთხვევაში დგება დილემა: საჭიროა თუ არა ერადიკაციული თერაპია?

ერთის მხრივ, ჰელიკობაქტერით ინფიცირება არ იწვევს აბდომინურ ტკივილს, ხოლო გასტრიტის შეთხვევაში ერადიკაცია მუცლის ტკივილის ეპიზოდებს არ ამცირებს. მეორეს მხრივ, ჰელიკობაქტერით ინფიცირება მოზრდილებში ზრდის ონკოლოგიის რისკს. დისპეპსიის დროს, რომელსაც საფუძვლად არ უდევს წყლულოვანი დაზიანება ჰელიკობაქტერის ერადიკაციამ შესაძლოა შეამციროს პეპტიური წყლულის განვითარების რისკი. შესაბამისად H. pylori ასოცირებული გასტრიტის მკურნალობის დროს მკურნალობის ტაქტიკა უნდა გადანყდეს ინდივიდუალურად პოტენციური რისკების და სარგებელის გათვალისწინებით, მით უმეტეს ბავშვთა ასაკში

რეკომენდაცია 13.

თუ ჰელიკობაქტერით ინფიცირება დადასტურებულია ბიოფსიაზე დაფუძნებული მეთოდით, მაგრამ პაციენტს არა აქვს პეპტიური წყლული, ერადიკაცია დასაშვებია

პაციენტის ტესტირების მიზანია მისი ჩივილების და კლინიკური სიმპტომების მიზეზის დადგენა. „გატესტე და უმკურნალე“ სტრატეგია (არაინვაზიური მეთოდით დადებითი შედეგის საფუძველზე მკურნალობის ჩატარება) ბავშვთა ასაკში რეკომენდებული არ არის

რეკომენდაცია 14.

ბავშვებში მეთოდი: „გატესტე და მოიცადე“ არ არის სწორი

რეკომენდაცია 15.

ბავშვებს რომელთაც დაუდგინდება ინფიცირების ფაქტი და მისი პირველი რიგის ნათესავებს აქვთ კუჭის კიბო ესაჭიროებათ ერადიკაცია

ევროპის ქვეყნებში მულტისისტემური კვლევებით დოკუმენტურებულად დადასტურდა მაღალი რეზისტენტობა კლარიტრომიცინის და მეტრონიდაზოლის მიმართ. ანტიბიოტიკის მიმართ რეზისტენტობის გათვალისწინება მნიშვნელოვანი ფაქტორია ერადიკაციული თერაპიის ეფექტურობის მისაღწევად. ვინაიდან უმეტეს შემთხვევაში, განსაკუთრებით ქვეყნებში შეზღუდული შესაძლებლობებით და განსაკუთრებით ბავშვთა

ასაკში არ არის შესწავლილი რეზისტენტობის საკითხი, ნაჩვენებია ინიციალური ემპირიული თერაპია შემდგომში კორექციით.

რეკომენდაცია 16.

ერადიკაციული თერაპიის დანიშვნის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს კონკრეტულ ქვეყანაში და რეგიონში ანტიბიოტიკების რეზისტენტობის ხასიათი

ერადიკაციული თერაპიის მიზანია სულ მცირე 90%-იანი ერადიკაცია პირველივე ჯერზე. ასეთი მაღალი წარმატებით ჩატარებული ერადიკაცია ხელს უწყობს ანტიბიოტიკების მიმართ რეზისტენტობის პრევენციას და რეზისტენტული H. Pylori-ის პოპულაციაში გავრცელების თავიდან აცილებას. კონკრეტული პაციენტისთვის კი ასეთი მკურნალობა შეამცირებს შემდგომი მკურნალობის და კვლევის პროცედურების, მათ შორის განმეორებითი ენდოსკოპიის საჭიროებას. მკურნალობის რეჟიმების შესახებ ბავშვთა ასაკში კვლევების რაოდენობა ბევრი არ არის, ამიტომ ხდება მოზრდილთა რეკომენდაციების ექსტრაპოლირება. წინა გაიდლაინების მიხედვით პედაგოგიული კონტიგენტისთვის პირველი რიგის თერაპიად მიჩნეული იყო 2 ანტიბიოტიკის და პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის კომბინაცია. აქტიურად გამოიყენებოდა ამოქსიცილინი და კლარიტრომიცინი, მაგრამ კლარიტრომიცინის მიმართ რეზისტენტობამ შეამცირა ერადიკაციის მაჩვენებლები 65.6%-მდე. გერმანელი ავტორები გამართლებულად მიიჩნევენ წინასწარ მგრძობლობის დადგენას კლარიტრომიცინსა და მეტრონიდაზოლზე. ასეთი მიდგომით სამმაგი თერაპიის ეფექტურობა აღწევს 93%-ს. აქედან გამომდინარე კლარიტრომიცინის შემცველი სამმაგი თერაპია პირველი რიგის თერაპიად ჩაითვლება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კლარიტრომიცინის მიმართ რეზისტენტობა მოცემულ რეგიონში არ არის მაღალი ან თუ წინასწარ დადგინდება ინდივიდის მგრძობელობა კლარიტრომიცინზე.

ალტერნატიულ თერაპიად ითვლება განგრძობითი თერაპია მაგ. ორ ეტაპიანი თერაპია ამოქსიცილინით და პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორით 5 დღე და გაგრძელება სამმაგი თერაპიით: პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორით, კლარიტრომიცინით და მეტრონიდაზოლით ან თინიდაზოლით. პრაქტიკულად ეს არის ქვადროთერაპია. ითვლება, რომ ამოქსიცილინის ინიციალური გამოყენება ამცირებს კლარიტრომიცინის მიმართ რეზისტენტობას. 2005 წელს 74 ბავშვზე ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ სტანდარტულ სამმაგ თერაპიასთან შედარებით ასეთი ორ ეტაპიანი თერაპიის ეფექტურობა უმჯობესია (75.7% და 97.3% შესაბამისად).

ბოლო წლებში ძირითად თერაპიასთან ერთად ან შემდგომ პრობიოტიკების დანიშვნაზე ბევრი ინერება. არის მოსაზრება, რომ პრობიოტიკებით შესაძლებელია ინიციალური მკურნალობის ჩატარებაც პირველი რიგის თერაპიის სახით.

ზოგიერთ ქვეყანაში ბისმუტის პრეპარატების გამოყენება სამმაგ თერაპიაში ასევე პირველი რიგის თერაპიის ალტერნატივად ითვლება.

აზრთა სხვადასხვაობაა თერაპიის ხანგრძლიობასთან დაკავშირებით. თერაპიის გახანგრძლივება აუმჯობესებს ერადიკაციის ეფექტურობას, ამიტომ თერაპია სასურველია გაგრძელდეს 7-14 დღე პრეპარატების ფასის და გვერდითი ეფექტების გათვალისწინებით.



რეკომენდაცია 17.

პირველი რიგის ერადიკაციული თერაპია

ინიციალური სამმაგი თერაპია (ვარიანტი 1)	PPI Amoxicillin Metronidazole	1-2mg/kg 1-ჯერ დღეში 50mg/kg 1-ჯერ დღეში 20mg/kg 1-ჯერ დღეში
ინიციალური სამმაგი თერაპია (ვარიანტი 2)	PPI Amoxicillin Clarithromycin	1-2mg/kg 1-ჯერ დღეში 50mg/kg 1-ჯერ დღეში 20mg/kg/day
ალტერნატიული თერაპია	bismuth subsalicylate ან subcitrate Amoxicillin Metronidazole	8mg/ kg 1-ჯერ დღეში 50mg/kg 1-ჯერ დღეში 20mg/kg 1-ჯერ დღეში
ქვადროთერაპია	• PPI • Amoxicillin 5 დღის განმავლობაში, შემდეგი 5 დღე • PPI • Clarithromycin • Metronidazole	1-2mg/kg 1-ჯერ დღეში 50mg/kg 1-ჯერ დღეში 1-2mg/kg 1-ჯერ დღეში 20mg/kg/1-ჯერ დღეში 20mg/kg/ 1-ჯერ დღეში
მაქსიმალური დღიური დოზა: amoxicillin 2000 mg metronidazole 1000 mg Clarithromycin 1000 mg მიღება 1- 2-ჯერ დღეში 10-14 დღე		

მკურნალობის ეფექტურობაზე და მეორადი, რომელიც წარმოიქმნება ინიციალური მკურნალობის შემდეგ.

არის აზრი, რომ ეს უკანასკნელი ბავშვებში ხშირია. ამიტომ თუ შესაძლებელია რეკომენდებულია კულტურის შესწავლა და საწყისი მგრძობელობის დეტექცია, რაც გააიოლებს მეორე რიგის თერაპიის შერჩევას. თუ ამის შესაძლებლობა არ არის, მაშინ რეკომენდებულია ემპირიული მეორე რიგის თერაპია

ქვადროთერაპია: PPI +metronidazole+amoxicillin+ bismuth.

სამმაგი თერაპია: PPI+levofloxacin (მოXifloXacin)+amoxicillin. ფლოქსაცინების გამოყენება ბავშვთა ასაკში ლიმიტირებულია. მოზრდილებში ამ ანტიბიოტიკების ჩართვის შემთხვევაში ეფექტურობა ქვადროთერაპიის ეფექტურობას უტოლდება

არის აზრი, რომ შესაძლებელია მოხდეს მედიკამენტების დოზის გაზრდა და მკურნალობის გახანგრძლივება

რეკომენდაცია 18.

ვინაიდან კლარიტრომიცინის მიმართ დაფიქსირებულია რეზისტენტობა (>20%) სასურველია მკურნალობის დაწყებამდე განსაზღვრული იყოს მგრძობელობა მის მიმართ

რეკომენდაცია 19.

სამმაგი თერაპიის რეკომენდებული ხანგრძლიობაა 7-14 დღე. გათვალისწინებული უნდა იყოს ფინანსური დანახარჯი, შესაბამისობა და გვერდითი რეაქციების ალბათობა

იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მკურნალობის ჩამთავრების შემდეგ ბავშვს ჩივილები არა აქვს და ასიმპტომურია, ეს არ ნიშნავს, რომ ერადიკაცია წარმატებულია. ეს განსაკუთრებით ეხება ბავშვებს პეპტიური წყლულით. ამიტომ მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება უნდა მოხდეს 13C-UBT ტესტით (სუნთქვის ტესტი) ან ფეკალიებში ანტიგენის დეტექციით ELISA მეთოდით. ენდოსკოპიური მონიტორინგი რუტინულად არ არის ნაჩვენები, თუ არ არის ეჭვი ულცერაციის სხვა მიზეზებზე (ეოზინოფილური გასტროენტეროპათია, კრონის დაავადება) ან გასტროალური კულტურის და ანტიბიოტიკური რეზისტენტობის დეტექციის აუცილებლობა

რეკომენდაცია 20.

თერაპიის ეფექტურობის შეფასება დასაშვებია მკურნალობის დამთავრებიდან 4-8 კვირაში

ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობა შესაძლებელია იყოს პირველადი, რაც უარყოფითად აისახება

რეკომენდაცია 21.

თუ მკურნალობა არაეფექტური აღმოჩნდა რეკომენდებულია სამი გზა:

● თუ ეს პირველადი ენდოსკოპიის დროს არ მომხდარა, განმეორებითი ენდოსკოპია, კულტურა და ალტერნატიული ანტიბიოტიკების შერჩევა მგრძობელობის გათვალისწინებით

● ერადიკაციის სქემის მოდიფიკაცია ანტიბიოტიკის შეცვლით ან ბისმუტის პრეპარატის დამატებით

● მედიკამენტების დოზის და მკურნალობის ხანგრძლიობის გაზრდა

H. pylori გავრცელება ევროპაში და ჩრდილოეთ ამერიკაში ნაკლებია, ვიდრე ევროპის სამხრეთ და აღმოსავლეთის ქვეყნებში, მექსიკაში, აფრიკაში, აზიის ქვეყნებში და ამერიკის აბორიგენულ მოსახლეობაში. ამიტომ რეკომენდებულია ტესტირების ჩვენებები და მკურნალობის რეჟიმები განსხვავებული იყოს განვითარებულ ქვეყნებში და ქვეყნებში შეზღუდული შესაძლებლობებით. ეს გაიძლიანა შექმნილია ევროპისა და ამერიკისთვის და სასურველია იყოს ადაპტირებული სხვა ქვეყნებისთვის.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

Evidence-based Guidelines From ESPGHAN and NASPGHAN for Helicobacter pylori Infection in Children. JPGN. 2011, Volume 53, Number 2, 230-243

რეზიუმე

HELICOBACTER PYLORI ინფექცია ბავშვებში. მართვის რეკომენდაციები

მ.დ. ციცინო ფარულავა, მ.დ. მაია ჩხაიძე, მ.დ. მადია ცანავა, ია ხურცილავა
ი. ციციშვილის სახ. პედიატრიული კლინიკა

კუჭის ფლორაზე პირველად ყურადღება 100 წლის წინ გაამახვილეს, ხოლო ამ ფლორის ასოცირებაზე გასტროიტებთან 1970 წელს. თუმცა ამ ფლორის ჭეშმარიტი არსი მხოლოდ 1982 წელს მეცნიერებმა Marshall და Warren გააჩვენეს, როცა მიღებული იქნა კულტურა და ამ ბაქტერიას დაერქვა ჯერ Campylobacter pyloridis, შემდეგ კი Helicobacter pylori (H. pylori).



დღეს ექვს არ ინვესს ამ მიკროორგანიზმს აქვს დიდი მნიშვნელობა ქრონიკული გასტრიტის, პეპტიური წყლულების, გასტრალური ადენოკარცინომის და ლიმფომის ფორმირებაში.

ბავშვები განსხვავდებიან მოზრდილებისგან ინფექციის გავრცელების, გართულებების რიცხვის, კუჭის ონკოლოგიის მაჩვენებლით, ასევე განსხვავებულია

დიაგნოსტიკური ტესტების ჩვენებები ასაკის მიხედვით, მედიკამენტების შერჩევის რეკომენდაციები და უფრო მაღალია რეზისტენტობა ანტიბიოტიკების მიმართ. მულტიცენტრული კვლევის მონაცემებით, რომელშიც მონაწილეობდა 1233 სიმპტომური ბავშვი დადასტურებული ინფექციით, დადასტურდა, რომ პეპტიური წყლულის გავრცელება ბავშვებში ნაკლებია მოზრდილებთან შედარებით და შეადგენს <5% 12 წლამდე ასაკში და 10% თინეიჯერებში. ჰელიკობაქტერთან ასოცირებული გასტრალური ლიმფომა ბავშვებში ძალზე იშვიათია და მხოლოდ რამდენიმე შემთხვევაა აღწერილი. ბავშვთა ასაკში აბდომინური ტკივილის და დისპეპსიური ჩივილების დიფერენციალური დიაგნოზი გაძნელებულია, რადგან ბავშვებს უჭირთ ტკივილის ლოკალიზაციის და თანმხლების სიმპტომატის ზუსტი აღწერა. მოზრდილებში დადასტურებულია ჰელიკობაქტერის ასოცირება იდიოპათიურ თრომბოციტოპენიურ პურპურასთან, რაც ბავშვებში არ შეიმჩნევა. შესაბამისად H. pylori ინფექციის მართვის ტაქტიკა ბავშვთა ასაკში განსხვავებულ მიდგომას საჭიროებს.

ინფექციის მართვის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს 4 მთავარი კითხვა:

ვის უნდა ჩაუტარდეს ტესტირება;

რომელ ტესტებს უნდა მიენიჭოს უპირატესობა;

ვის ესაჭიროება სპეციფიური თერაპია;

მკურნალობის რომელი რეჟიმი უფრო მისაღები ბავშვებში.

2000 წელს ჯერ ევროპის, შემდეგ ჩრდილოეთ ამერიკის პედიატრიული გასტროენტეროლოგების, ჰეპატოლოგების და ნუტრიციოლოგების საზოგადოების (ESPGHAN, NASPGHAN) მიერ გამოქვეყნდა კონსენსუსი H. pylori ინფექციის მართვის რეკომენდაციების შესახებ ბავშვებში. 2006 წელს შეიქმნა ბავშვთა ასაკში H.P. ინფექციის მართვის გაილაინი. 2011 წელს მოხდა ამ რეკომენდაციების გადახედვა.

ნაშრომში დაწვრილებითაა წარმოდგენილი თანამედროვე რეკომენდაციები, რომელიც დიდ დახმარებას გაუჭევს პედიატრებს, გასტროენტეროლოგებს, თუ ექიმთა ფართო წრეს.

SUMMARY

HELICOBACTER PYLORI INFECTION IN CHILDREN. MANAGEMENT RECOMMENDATIONS

*M.D. TSITSINO FARULAVA, M.D. MAIA CHKHAIDZE,
MD MEDEA TSANAVA, IA KHURTSILAVA
i. Tsitsishvili Pediatric Clinic*

The gastric flora was first focused on 100 years ago, and the association of this flora with gastritis in the 1970s. However, the true essence of this flora was only deciphered by scientists Marshall and Warren in 1982, when the culture was adopted and the bacterium was named first Campylobacter pyloridis and then Helicobacter pylori (H. pylori).

Today there is no doubt that this microorganism is of great importance in the formation of chronic gastritis, peptic ulcers, gastric adenocarcinoma and lymphoma.

Children differ from adults in the prevalence of infection, the number of complications, the rate of gastric oncology, also different

Indications for diagnostic tests by age, recommendations for drug selection, and higher resistance to antibiotics. A multicenter study involving 1233 symptomatic children with confirmed infection found that the prevalence of peptic ulcer was lower in children than in adults and was <5% in children under 12 years of age and 10% in adolescents. Gastric lymphoma associated with Helicobacter pylori is very rare in children and only a few cases have been reported. Differential diagnosis of abdominal pain and dyspeptic complaints in children is difficult because children have difficulty in accurately describing pain localization and accompanying symptoms. The association of Helicobacter pylori with idiopathic thrombocytopenic purpura has been confirmed in adults, which is not observed in children. Accordingly H. pylori infection management tactics require a different approach in children.

There are 4 main questions to consider when managing an infection:

5. Who should be tested;

6. Which tests should be preferred;

7. Who needs specific therapy;

8. Which treatment regimen is more acceptable in children.

In 2000, the European Society, then the North American Society of Pediatric Gastroenterologists, Hepatologists and Nutritionists (ESPGHAN, NASPGHAN) published a consensus on recommendations for the management of H. pylori infection in children. Created in 2006 for children under the age of H.P. Infection Management Guideline. These recommendations were revised in 2011.

The paper presents modern recommendations that will be of great help to pediatricians, gastroenterologists or a wide range of doctors.



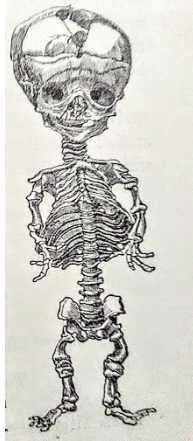
ბავშვთა უსაფრთხო კვების კუთხე

(D ვიტამინი, კალციუმი და რკინა ბავშვთა ასაკში, ყაზოზა, დიარეა ლაქტაციის დროს. დედის კვება და კიდევ სხვა რჩევები)

ნინო თოთაძე, პედიატრი, ნუტრიციოლოგი. მედიცინის აკადემიური დოქტორი. თსსუ კლინიკის პროფესორი.

D ვიტამინი, კალციუმი და რკინა ბავშვთა ასაკში

D ვიტამინის უკმარისობა გავლენას ახდენს მოსახლეობის თითქმის 50%-ზე მეტზე მთელ მსოფლიოში. მსოფლიო მოსახლეობის დაახლოებით 1 მილიარდ ადამიანს, სხვადასხვა ეთნიკური ჯგუფისა და ასაკობრივი ჯგუფი გათვალისწინებით აქვს D ვიტამინის უკმარისობა. მიზეზები: გარე აქტივობების შემცირება, გარემოს შეცვლა-ჰაერის დაბინძურება..... ფაქტორები, რომლებიც ამცირებენ მზის სხივების ზემოქმედებას.



D ვიტამინის უმნიშვნელოვანესი როლი აქვს და ოსტეომალაციის პროფილაქტიკისთვის. ვიტამინი D და მისი აქტიური მეტაბოლიტები (პირველ რიგში D3), კალციუმისა და ძვლების მეტაბოლიზმის გარდა, მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს უჯრედულ მეტაბოლიზმზე სხეულის თითქმის ყველა ორგანოთა სისტემისთვის. მათ შორის მნიშვნელოვანია მისი როლი თანდაყოლილი იმუნური და აუტოიმუნური ფუნქციების დარეგულირებაში.

ცუდი კვების სტატუსი ადრეული ასაკის ბავშვებში მწვავე რესპირატორული ინფექციებისადმი მგრძობილობის კარგად აღიარებული მიზეზია. ბავშვებში D ვიტამინის უკმარისობა მნიშვნელოვნად ასოცირდება მწვავე ქვედა სასუნთქი გზების ინფექციების რისკთან.

D ვიტამინით გამოწვეული მნიშვნელოვანი როლის შესახებ ცოდნა და კვლევები გაიზარდა ბილო წლების განმავლობაში კვლევებით დგინდება ვიტამინი D-ის ჰორმონალური გავლენა ტვინის განვითარებასა და ქცევაზე, რაც ფსიქიკურ ჯანმრთელობისათან არის დაკავშირებული.

Elmer Verner McCollum – ამერიკელი ბიოქიმიკოსი, რომელიც ცნობილია თავისი ნაშრომით ჯანმრთელობაზე კვების გავლენა., კვლევები ვირთაგვებზე. ჟურნალმა Time მას ექიმი ვიტამინი უწოდა. ის წერდა: „ჭამე რაც გინდა მას შემდეგ, რაც შეჭამე მას, რაც საჭიროა“ მანამდე ვიტამინების შესახებ ინფორმაცია ნაკლები იყო. მან 1913 წელს Marguerite Davis-სთან ერთად აღმოაჩინეს პირველად ვიტამინი A, რამაც საფუძველი შექმნა B ვიტამინისა და D ვიტამინის აღმოჩენას და შემოუშავდა მიკროელემენტების ეფექტი კვებაში..

Adolf Otto Reinhold Windaus -ნობელის პრემიის ლაურიატი-მნიშვნელოვანი ნაბიჯები D3 ვიტამინის აღმოჩენისთვის. მან თავისი პატენტები მისცა მერკს და ბაიერს – Merck and Bayer და მათ გამოიტანეს სამედიცინო ვიგანტოლი 1927 წელს.

D ვიტამინის ათვისების გზები: საკვები პროდუქტი. მზის სხივები. დანამატი.

კვება ხელს უწყობს მოზრდილებში D ვიტამინის მარაგების მხოლოდ 10-20% -ს, ეს პროცენტული მაჩვენებელი

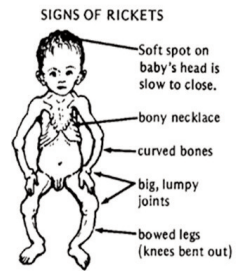
ბელი, კიდევ უფრო მცირეა ბავშვებში.

ყველა ბავშვს D ვიტამინი სჭირდება დაბადებიდან ვიტამინი D ორი ფორმით, ვიტამინი D3 ქოლესტეროლი და ვიტამინი D2 ერგოკალციფეროლი მეტაბოლიზდება (დაბადებისთანავე, ახალშობილებში შეზღუდულია D ვიტამინის მარაგი. შემდეგ, D ვიტამინის მიღება ახალშობილს შეუძლია დედის რძის საშუალებით (0, 5-1, 8 მიკროგრამი ლიტრზე) და დანამატების საშუალებით. ახალშობილებში და ჩვილებში D ვიტამინის უკმარისობამ შეიძლება გამოიწვიოს (რაქიტი), კრუნჩხვები და სუნთქვის გაძნელება. დედის რძე, ვერ უზრუნველყოფს საჭირო დოზით D ვიტამინის მიწოდებას რომელიც ბავშვს სჭირდება, ამიტომ ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჩვილებისთვის დამატებითი წყაროა აუცილებელი.

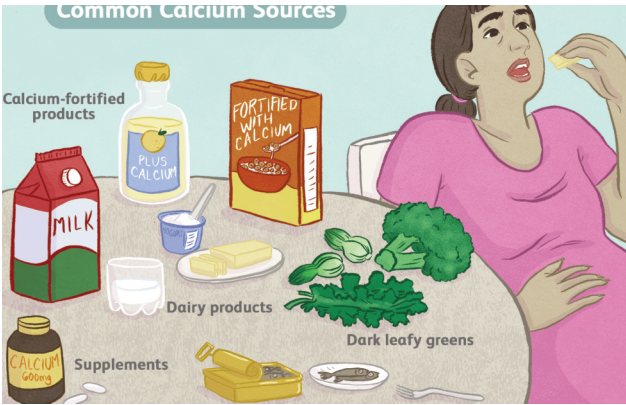
AAP რეკომენდაციას, რომ ყველა ახალშობილსა და ბავშვს უნდა ჰქონდეს მინიმალური 400 სე (საერთაშორისო ერთეული) D ვიტამინი დღეში, დაბადებიდან მაშვევ.

ამერიკის პედიატრიის აკადემია მტკიცედ თვლის, რომ ყველა ბავშვი განსაკუთრებით 6 თვემდე, 1 წლამდე, მაქსიმალურად უნდა იყოს დაცული პირდაპირი მზის ექსპოზიციიდან, ბავშვის კანი მგრძობიარეა და მას ადვილად შეუძლია მიიღოს დამწვრობა. კანი განსაკუთრებით მგრძობიარეა მზის ულტრაიისფერი ზემოქმედებისგან ბავშვობაში. ბავშვობაში მზის ზემოქმედების სტიმულირება მელანომის განვითარების საწყის მუტაციურ ნაბიჯზე ემყარება ეპიდემიოლოგიურ კვლევას, რომ ჩვილი უნდა იყოს დაცული UV-ს ზემოქმედებისგან. გარეთ გაყვანის დროს ბავშვის ჩაცმულობა მნიშვნელოვანია, ტანისამოსი უნდა ფარავდეს სხეულის მნიშვნელოვან ნაწილებს., ტანსაცმელი სასურველია ნატურალური ქსოვილის და ასევე სასურველია ქუდის გამოყენება. მზისგან დამცავი კრემი.-ექვს თვემდე ჩვილებზე მზისგან დამ-

Calcium Deficiencies -Rickets



weakness and deformity of the bones that occurs from **vitamin D deficiency** or **dietary deficiency of Ca and P** in a growing person or animal.



ცავი საშუალებების ფართო გამოყენება ზოგადად არ არის რეკომენდებული, რადგან ჩვილებს აქვთ ძალიან მგრძობიარე კანი-შეიძლება ჰქონდეთ ალერგიული რეაქცია. ექვს თვეზე მეტი ასაკის ჩვილებისთვის მზისგან დამცავი კრემი უნდა იყოს დაცვის ბოლო ხაზი მზის პირდაპირი სხივების თავიდან აცილების მიზნით ტანსაცმლის, ქუდი და ჩრდილის გამოყენების შემდეგ. მზისგან დამცავი კრემი უნდა გამოიყენოთ ყოველ ორ საათში ერთხელ, ან უფრო ხშირად, თუ ის ჩამოცილდა. მაგ. ბანაობა. მზისგან დამცავი კრემი იცავს კანს დაზიანებისაგან, მაგრამ ხელს უშლის ვიტამინის წარმოებას.

12 თვეზე მცირე ასაკის ბავშვებს სჭირდებათ D ვიტამინის 400 სე

12-დან 24 თვემდე ბავშვებში საჭიროა 600 სე ვიტამინი დღეში.

1 წლამდე ასაკის ჩვილებს სჭირდებათ 8, 5-დან 10 მიკროგრამამდე ვიტამინი D დღეში.

1 წლის ასაკის ბავშვებსა და მოზრდილებს სჭირდებათ 10 მიკროგრამი ვიტამინი D

ზოგჯერ D ვიტამინის რაოდენობა გამოხატულია საერთაშორისო ერთეულებად (IU). D ვიტამინის 1 მიკროგრამი ტოლია 40 სე. ასე რომ, 10 მიკროგრამი ვიტამინი D უდრის 400 სე-ს.

ძუძუთი კვებაზე მყოფ ჩვილებს დაბადებიდან 1 წლამდე უნდა მიეცეთ ყოველდღიური დანამატი, რომელიც შეიცავს 8, 5-დან 10 მიკროგრამ ვიტამინ D-ს.

1-დან 4 წლამდე ასაკის ბავშვებს უნდა მიეცეთ ყოველდღიური დანამატი, რომელიც შეიცავს 10 მიკროგრამ D ვიტამინს.

დაახლოებით მარტის ბოლოდან / აპრილის დასაწყისიდან სექტემბრის ბოლომდე,

საკმარისი რაოდენობით ვერ ხდება ვილებთ მზის სხივებით D ვიტამინის აქტივაცია. ეს დრო ვიტამინის საპროფილაქტიკო დოზის მიღების პერიოდია.

ზამთრის თვეებში, D ვიტამინის სინთეზი ბუნებრივად იკლებს.

მზისგან დამცავი საშუალებები ამცირებენ D ვიტამინის გამომუშავებას 95% -ით.

D ვიტამინის უკმარისობის რისკის მქონე ადამიანები, რომელთაც სისტემატიური კონტროლი სჭირდებათ: 1. ზოგი ადამიანი ვერ მიიღებს D ვიტამინს მზის სხივებისგან. კლიმატი.

2. ხშირად ვერ გადის გარეთ – ჯანმრთელობის პრობლემა

3. დაწესებულებები; როგორცაა მოხუცთა თავშესაფრები, ციხეები, საავადმყოფოები...

4. მუქი ფერის კანის მქონე პირებს D ვიტამინის ექ-

ვივალენტური რაოდენობით 10–15-ჯერ მეტი მზის ზემოქმედება სჭირდებათ, ვიდრე ღია კანის ადამიანებში.

5. სარწმუნოება თხოვთ მუდმივად განსხვავებულ ტანისამოსს-დაფარულია სახე, კანი...

6. სამსახურობრივი – ფორმები...

დიდი ხნის განმავლობაში D ვიტამინის ძალიან ბევრი დანამატის მიღებამ შეიძლება გამოიწვიოს ორგანიზმში დიდი ოდენობით კალციუმის დაგროვება (ჰიპერკალციემია). მან შეიძლება შეასუსტოს ძვლები და დააზიანოს თირკმელი და გული.

არ არის რეკომენდებული დღეში 100 მიკროგრამზე მეტი (4000 სე) D ვიტამინი, რადგან ეს შეიძლება იყოს საზიანო. ეს ეხება მოზრდილებს, მათ შორის ორსულ და მეძუძურ ქალებსა და მოხუცებს და 11-დან 17 წლამდე ასაკის ბავშვებს – ექიმთან შეთანხმება.

1-დან 10 წლამდე ასაკის ბავშვებს არ უნდა ჰქონდეთ დღეში 50 მიკროგრამზე მეტი (2000 სე). 12 თვემდე ჩვილებს დღეში არ უნდა ჰქონდეთ 25 მიკროგრამზე მეტი (1000 სე).

კალციუმი – არის მინერალი, რომელიც მნიშვნელოვანია ძვალ-სახსროვანი სისტემის შენებისთვის და განვითარებისთვის. ასევე ხელს უწყობს კუნთების შეკუმშვას, ნერვების სტიმულაციას და არტერიული წნევის რეგულირებას.

კალციუმი მნიშვნელოვანი მინერალია, რომლის შენახვასაც ორგანიზმი იწყებს ჩვილობის ასაკიდან. კალციუმის 99% ინახება ძვლებში. მიღებული მინერალის რაოდენობა ადექვატურია საყრდენ მამოძრავებელი სისტემის შესაბამის ფუნქციონირებისთვის.

ადრეული ასაკის ბავშვებსა და ჩვილებს სჭირდებათ კალციუმი და ვიტამინი D, რომ თავიდან აიცილონ დაავადება-რაქიტი.

კალციუმის ათვისება ხდება საკვებიდან – რძის საკვები პროდუქტები კალციუმის საუკეთესო წყაროებია. რძე, პოჯურტი, ყველი,...

უცხიმო, 1%, 2% რძე შეიცავს დაახლოებით იგივე რაოდენობის კალციუმს, რამდენსაც ცხიმოვანი.

ზოგიერთ ბავშვს არ შეუძლია რძის მიღება. მათ კალციუმი უნდა მიიღონ სხვა საკვებიდან, მაგალითად: კალციუმით გამდიდრებული სოიოს სასმელები, სოიო, ბროკოლი, ყვავილოვანი მწვანე, ხახვი, ჩინური კომბოსტო და სხვა ფოთლოვანი მწვანე, ნუში, თესლეული, თეთრი ლობიო, წითელი ლობიო, ფორთოხალი, ლეღვი და ქლიავი.

იმის გამო, რომ კალციუმი ძალიან მნიშვნელოვანია, კვების კომპანიები მას ხშირად უმატებენ ბურღულეულს, პურს, წვენს და სხვა საკვებს, რომელსაც ბავშვები ღებულობენ. 6 თვეზე მცირე ასაკის ბავშვებს სჭირდებათ 200 მგ კალციუმი დღეში.

6-დან 11 თვის ჩვილებს სჭირდებათ 260 მგ კალციუმი დღეში.

ჩვილების მხოლოდ რძის სახეობები უნდა ჰქონდეთ დედის რძე ან ფორმულა. არ მისცეთ ძროხის რძე, თხის რძე...

1-დან 3 წლამდე ბავშვებისთვის საჭიროა 700 მგ კალციუმი დღეში,

4-დან 8 წლამდე ბავშვებს დღეში 1000 მგ კალციუმი სჭირდებათ,

9-დან 18 წლამდე ასაკის ბავშვებსა და მოზარდებს 1300 მგ კალციუმი სჭირდებათ დღეში

6-12 თვე: მინიმუმ 260 მგ დღეში



- 1-3 წელი: მინიმუმ 700 მგ დღეში
- 4-8 წელი: მინიმუმ 1000 მგ დღეში
- 9-18 წელი: მინიმუმ 1300 მგ დღეში
- > 19 წელი: მინიმუმ 1000 მგ დღეში

ჰიპოკალციემია (ჰყე-poe-kal-SEE-mee-uh) არის სისხლში კალციუმის დაბალი დონე.

კალციუმი სისხლში შეიძლება ძალიან დაბალი იყოს, თუ:

ბავშვის საკვები რაციონი დაბალია კალციუმის შემცველობით... ეს შეიძლება მოხდეს იმ შემთხვევაში, თუ 1 წელზე მცირე ასაკის ჩვილები სვამენ ძროხის რძეს, თხის რძეს... ან ბავშვი იკვებება სახლში მომზადებული საკვებით..

ჰიპოკალციემია უფრო ხშირია ჩვილებში, მცირე მასის დღენაკლ ახალშობილებში ვიდრე უფროს ბავშვებში. რისკ ფაქტორია ასევე დედა დიაბეტის დიაგნოზით.

რკინა – არის მინერალი, რომელიც გვხვდება ყველა ცოცხალ ორგანიზმში. ეს არის ჰემოგლობინის მნიშვნელოვანი კომპონენტი, სისხლის წითელი უჯრედების ნაწილი, რომელსაც უნდა გადასცემდეს ფიტვებიდან ორგანიზმამდე მიაქვს

ორსულობის მესამე ტრიმესტრში სრულფასოვანი ჯანმრთელი ჩვილი დედისგან იღებს იმდენ რკინას, რომ სიცოცხლის პირველი ოთხი თვის განმავლობაში უზრუნველყოფილია. ოთხი თვის შემდეგ საჭიროა კონტროლი-რკინის უკმარისობის რისკი. AAP კლინიკური ანგარიში, რკინის დეფიციტისა და რკინადეფიციტური ანემიის დიაგნოზი და პრევენცია. ჩვილების დოზა 1 მგ / კგ / დღეში თხევადი რკინის დანამატი, სანამ არ მიიღებს საკვებიდან სრულფასოვნად.

თუ ბავშვი ფორმულაზეა: რეკომენდებულია გამოიყენოთ რკინით გამდიდრებული ფორმულა (შეიცავს 4-დან 12 მგ რკინას) დაბადებიდან სიცოცხლის მთელი პირველი წლის განმავლობაში.

ნაადრევე ჩვილებს ნაკლებ რკინის მარაგი აქვთ, ამიტომ მათ ხშირად სჭირდებათ დამატებითი რკინა იმის გარდა, რასაც იღებენ დედის რძით ან ფორმულით.

2010 წელს, AAP-მა დაიწყო რეკომენდაცია, რომ ყველა ბავშვს ჩაუტარდეს კვლევა 12 თვის ასაკში რკინის რაოდენობის განსასაზღვრად რკინადეფიციტური ანემიის გამორიცხვის მიზნით.

ყველა ბავშვს სჭირდება რკინა.. ეს მნიშვნელოვანია ბავშვის განვითარების ყველა ეტაპზე.

რკინის ათვისება შეიძლება ისეთი საკვების მიღებით, როგორცაა ხორცი და მუქი მწვანე ფოთლოვანი ბოსტნეული. რკინა ასევე ემატება ზოგიერთ საკვებს, მაგალითად საკვები ფორმულა და ბურღულეული.

რამდენი რკინა სჭირდებათ ბავშვებს?

ასაკის მიხედვით, ბავშვებს სხვადასხვა რაოდენობით რკინა ესაჭიროებათ:

ჩვილი იბადება რკინის მარაგით, რომელიც დედის სისხლიდან მიიღო მუცლადყოფნის პერიოდში.

ახალშობილებს, რომლებიც ძუძუთი იკვებებიან, დედისგან საკმარისი რკინის მიღება აქვთ 4-6 თვის ასაკამდე. ამ დროს, ჩვეულებრივ, შემოდის მდიდარი საკვებ-დამატებითი კვება, ჩვილებს, რომლებიც არ იღებენ საკმარის რკინას, უნდა მიეცეთ რკინის წვეთები ექიმის დანიშნულებით. ახალშობილებს, რომლებსაც რკინით გამდიდრებული ფორმულა აქვთ, არ სჭირდებათ დამატებით რკინა. 7-12 თვის ასაკის ჩვილებს სჭირდებათ 11 მილიგრამი რკინა დღეში.

1-3 წლის ახალშობილებს ყოველდღე 7 მილიგრამი

რკინა სჭირდებათ. 4-8 წლის ასაკის ბავშვებს 10 მილიგრამი სჭირდებათ, ხოლო 9-13 წლის ასაკის უფროსებს – 8 მილიგრამი.

თინეიჯერ ბიჭებს დღეში 11 მილიგრამი რკინა უნდა მიიღონ, ხოლო თინეიჯერმა გოგონებმა – 15 მილიგრამი. (მოზარდობა არის სწრაფი ზრდის პერიოდი და თინეიჯერ გოგონებს სჭირდებათ დამატებითი რკინა, როდესაც მენსტრუაცია იწყება.

რეკომენდებული დღიური ნორმა:

7-დან 12 თვემდე 11 მგ

1-დან 3 წლამდე 7 მგ

4-დან 8 წლამდე 10 მგ

9-დან 13 წლამდე 8 მგ

14-დან 18 წლამდე 11 მგ (ბიჭებისათვის) 15 მგ (გოგონებისთვის)

რა არის რკინის დეფიციტი?

რკინის უკმარისობაა, როდესაც ადამიანის სხეულს არ აქვს საკმარისი რკინა.

12 თვის ასაკის შემდეგ, ახალშობილებს რკინის უკმარისობა ემუქრებათ, რადგან ისინი აღარ სვამენ რკინით გამდიდრებულ ფორმულას – და, შესაძლოა, ისინი არ იკვებებოდნენ საკმარის რკინის შემცველი საკვებით.

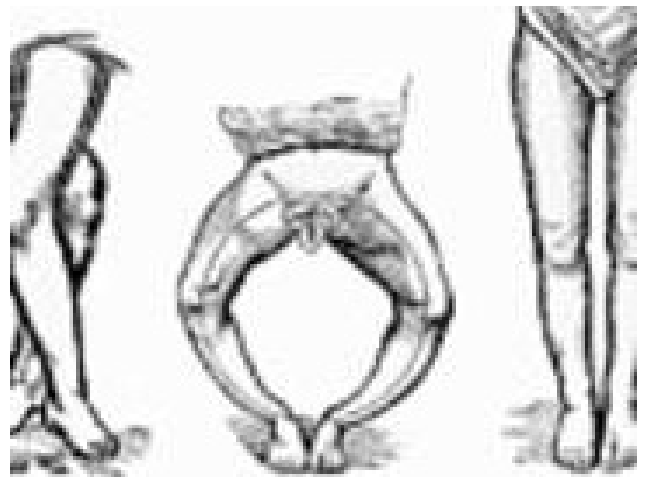
რკინის უკმარისობამ შეიძლება გავლენა მოახდინოს ზრდაზე და შეიძლება გამოიწვიოს სწავლისა და ქცევის პრობლემები. თუ რკინის დეფიციტი არ გამოსწორდა, ამან შეიძლება გამოიწვიოს რკინადეფიციტური ანემია (ორგანიზმში სისხლის წითელი უჯრედების რაოდენობის შემცირება).

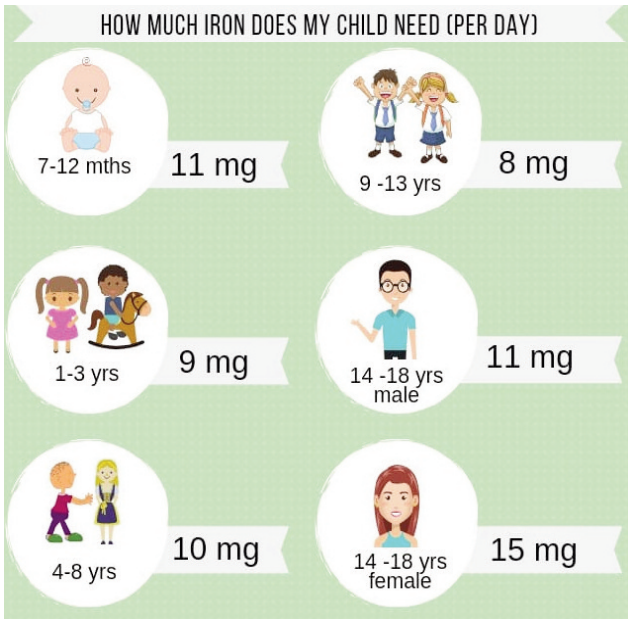
რკინით მდიდარი საკვებია: საქონლის ხორცი, ღორის ხორცი, ფრინველი და ზღვის პროდუქტები. ხმელი ლობიო და ბარდა, გამომშრალი ხილი-ჩირი, ფოთლოვანი მუქი მწვანე ბოსტნეული, რკინით გამდიდრებული ბურღულეული,

(შენიშვნა: ცხოველის წყაროდან მიღებული რკინა უფრო ადვილად ითვისებს ორგანიზმს, ვიდრე მცენარეული წყაროდან მიღებული რკინა).

ძროხის რძე რკინის კარგი წყაროა?

არა, ძროხის რძე არ არის რკინის კარგი წყარო. მიუხედავად იმისა, რომ ძროხის რძეს დაახლოებით იმდენი რკინა აქვს, რამდენადაც ადამიანის რძეს, ის კარგად ვერ შეიწოვება ორგანიზმის მიერ. სასურველია ბავშვებმა მიიღონ რკინით გამდიდრებული მარცვლეული, განსაკუთრებით 18-24 თვის ასაკამდე.





სასურველია რკინით მდიდარი საკვები C ვიტამინის შემცველ საკვებთან ერთად (როგორცაა პომიდორი, ბროკოლი, ფორთოხალი და მარწყვი). ვიტამინი C აუმჯობესებს რკინის შეთვისებას.

როდესაც ჩვილები არ იღებენ საკმარის რკინას... ნელი წონის მატება, □ერმკრთალი კანი, მადის ნაკლებობა, გაღიზიანება, ბავშვები შეიძლება ფიზიკურად ნაკლებად იყვნენ აქტიურები და შეიძლება უფრო ნელა განვითარდნენ. რკინის ნაკლებობამ შეუძლია გამოიწვიოს პრობლემები კონცენტრირებაში, და აკადემიურ მოსწრებაზე.

დრიულ ახალშობილებს რომლებიც იკვებებიან ძუძუთი კვებით ან რომლებიც დაბადებიდან იღებენ რკინით გამდიდრებულ ფორმულას, არ სჭირდებათ რკინის დამატება. დღენაკლმა ახალშობილებმა უნდა მიიღონ რკინის დანამატი 8 კვირის ასაკამდე.

ერთ წელზე მეტი ასაკის ბავშვებს არ სჭირდებათ რკინის

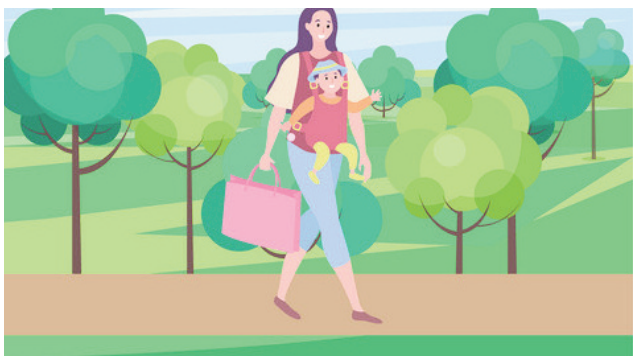
დამატება, თუ ისინი საკმარისად ღებულობენ რკინით მდიდარ საკვებს.

დედის რძეს შეუძლია უზრუნველყოს რკინა.

როდესაც ბავშვი დაახლოებით 4-6 თვისაა, ხშირად მას სჭირდება რკინის დამატებითი წყარო საკვებიდან ან მედიკამენტის სახით რკინა – 1 მგ / კგ დღეში.

გამოყენებული ლიტერატურა:

- <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/vitamins-minerals/vitamin-d.html>
- <https://www.healthychildren.org/English/ages-stages/baby/feeding-nutrition/Pages/Vitamin-Iron-Supplements.aspx#:~:text=The%20current%20AAP%20recommendation%20is,day%20beginning%20soon%20after%20birth.>
- https://www.who.int/elena/titles/bbc/vitamin_d_pneumonia_child/en/
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928729/>
- <https://www.nhs.uk/conditions/vitamins-and-minerals/vitamin-d/>
- [https://wiki.cancer.org.au/policy/Position_statement_Sun_protection_and_infants_\(0-12_months\)](https://wiki.cancer.org.au/policy/Position_statement_Sun_protection_and_infants_(0-12_months))
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3356951/>
- <https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/>
- https://www.who.int/elena/titles/vitamin_d_infants/en/
- <https://www.cdc.gov/nutrition/infantandtoddlernutrition/vitamins-minerals/iron.html>
- <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/iron-deficiency-children#suggestions-for-parents-%E2%80%93-babies>
- <https://kidspluspgh.com/doctors-notes/calcium-for-kids/>
- <https://kidshealth.org/en/parents/hypocalcemia.html>
- <https://kidshealth.org/en/parents/iron.html>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2528681/>
- <https://kidshealth.org/en/parents/calcium.html>
- <https://healthy-kids.com.au/food-nutrition/nutrients-in-food/calcium/>
- https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0027/367731/paed_calcium.pdf





ყაბზობა, დიარეა ლაქტაციის დროს. დედის კვება

ნინო თოთაძე, პედიატრი, ნუტრიციოლოგი.
მედიცინის აკადემიური დოქტორი. თსსუ კლინიკის პროფესორი.

ყაბზობა ჩვეულებრივ შეიძლება დაინყოს ორსულობის პერიოდში, პიკს აღწევს დაბადების შემდეგ, ლაქტაციის პერიოდში. ეს, როგორც წესი, სხვადასხვა ფაქტორების კომბინაციის შედეგია: საჭმლის მომწელებელი სისტემის პრობლემები, არასწორი კვება-ბოჭკოს შემცველი პროდუქტების მცირე რაოდენობის მიღება. (საშუალოდ ქალს ყოველდღიურად 25 გრამი ბოჭკო ჭირდება), ცვალებადი ჰორმონები, მშობიარობის შემდგომი მკურნალობა, დეჰიდრატაცია ან საშოს ნაკერები.

● ბოჭკო, მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ყაბზობის პრევენციაში. იგი შთანთქავს წყალს განავლის დარბილების მიზნით და უზრუნველყოფს განავლის დარბილებას და ხელს უწყობს მის გადაადგილებას ნაწლავებში. ხილისა და ბოსტნეული და სხვა ბოჭკოს შემცველი პროდუქტები უზრუნველყოფს ლაქტაციის დროს ბავშვის სრულფასოვან კვებაში ხელშეწყობას-საჭირო ვიტამინებსა და მინერალების ათვისებას. აუცილებელია სასარგებლო სითხეების მიღება-წყალი. წყალი შეინოვება საჭმლის მომწეებელ ტრაქტში. წყლის ნაკლებობამ შეიძლება გამოიწვიოს მშრალი, მყარი განავალი. გარდა ამისა, სითხის საჭიროება იზრდება ძუძუთი კვების დროს. სასურველია ერთი ჭიქა წყალი ყოველ ჯერზე ძუძუთი კვების დროს. (დღე-ღამის მანძილზე 10-12 ჭიქა).

● ქლიავის მირთმევა, ასევე ქლიავის ჩირი ხელს უწყობს შეკრულობის შემსუბუქებას. ჩირი მდიდარია საკვები ბოჭკოებით, 3 გრამი ბოჭკო მხოლოდ ხუთ ქლიავში. ქლიავი ასევე შეიცავს ბუნებრივ საფალარათო ნაერთებს, მაგალითად სორბიტოლს, რომელიც ხელს უწყობს ნაწლავების მოქმედებას. რკინის პრეპარატებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს შეკრულობას. კარგ კვებას ხშირად შეუძლია დააკმაყოფილოს რკინის მოთხოვნილება ორსულობისა და ლაქტაციის პერიოდში. აუცილებლობის შემთხვევაში სასურველია რკინის მცირე დოზების მიღება მთელი დღის განმავლობაში, ვიდრე ერთდროულად მიღება სადღეღამისო დოზის.

● მკურნალობა

● ბევრ პაციენტს ეხსნება შეკრულობა-ყაბზობა საკვები ბოჭკოს სასურველი დოზის (საკვებით ათვისება) და წყლის რაოდენობის გაზრდით (10-12 ჭიქა).

● ასევე ყოველდღიური ვარჯიშით. მსხვილი ნაწლავის ფლორის შემცველმა პრობიოტიკებმა შეიძლება გააუმჯობესოს ნაწლავის ფუნქცია.

საფალარათო საშუალებები თერაპიის მეორე ხაზია.

● უნდა გაგრძელდეს თუ არა ძუძუთი კვება, როდესაც დედას აღენიშნება დიარეა? დიარეას, ისე როგორც გრიპის ვირუსის დროს რეკომენდებულია გაგრძელდეს ძუძუთი კვება, რადგან დედის რძე შეიცავს ანტიბიოტიკებს, რომლებიც ხელს უწყობს დაიცვას ბავშვი იგივე დაავადებისაგან. თუმცა მნიშვნელოვანია შემდეგი რეკომენდაციების დაცვა:

● აქტიურად სითხის მიღება, ხშირად დაიბანეთ ხელე-ბი, თავიდან აიცილოთ ცემინება/ხველა ბავშვთან კონტაქტის დროს, პირისპირ კონტაქტის შეზღუდვა და ა.შ.

● მიიღეთ ის მედიკამენტები, რომლებიც უსაფრთხოა ლაქტაციის დროს.

● ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს აუცილებელი დროებითი შეჩერების შემდეგ, დედების თერაპიის პირველი 24 საათის განმავლობაში

● ყოველდღე გაინმინდეთ ტუალეტის სავარძლები, სახელურები, ონკანები, ზედაპირები და კარების სახელურები

● არ უნდა გაზიარდეს პირსახოცი, ჭურჭელი, პირადი ნივთები.

● არ არის რეკომენდებული ხილის და მყავე წვენების მიღება,

● არ არის რეკომენდებული საცურაო აუზის გამოყენება სიმპტომების შეწყვეტამდე

● კვების მხრივ რეკომენდებულია:



● ბანანი, ბრინჯი (თეთრი), ვაშლი, კეფირი ან იოგურტი – მდიდარია პრობიოტიკებით, კრეკერი, კვერცხი, ქათამი ან ინდაური კანის გარეშე, კარტოფილი, ხაჭო, თევზი, ავოკადო, თეთრი ლობიო, გვირილის ჩაი.

● განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია პრობიოტიკები, იოგურტი და კეფირი (ფერმენტირებული რძის სასმელი) შეუძლიათ გაამრავლონ ჯანმრთელი ბაქტერიები საჭმლის მომწეებელ ტრაქტში, რომელიც დაკარგულია დიარეის გამო. (არა შაქრის შემცველი)

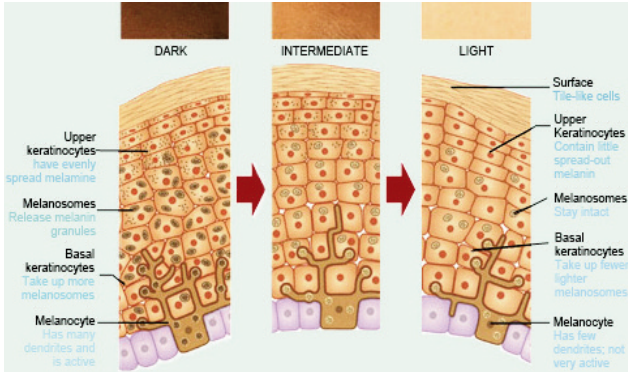
● პრობიოტიკები შეიცავს ცოცხალ ბაქტერიებს, მსგავსი სასარგებლო ბაქტერიებისგან. სიფრთხილით მოვეკიდოთ: დარწმუნდით, რომ კეფირი ან იოგურტი არ არის მდიდარი შაქრით, რადგან შაქრით მდიდარ საკვებს შეუძლია გაუარესოს დიარეის სიმპტომები.

● სასურველია შეიზღუდოს:

● ცხიმოვანი საკვები, უმი ბოსტნეული, უმი ხილი, ძლიერი სანელებლები, ალკოჰოლი და კოფეინი, მათ შორის ყავა, შოკოლადი.

გამოყენებული ლიტერატურა

- <https://www.nhs.uk/conditions/diarrhoea-and-vomiting/>
- <https://www.nhs.uk/conditions/diarrhoea-and-vomiting/>
- <https://www.healthline.com/health/parenting/diarrhea-treatments-while-breast-feeding#The-Takeaway>
- <https://www.nhs.uk/conditions/diarrhoea-and-vomiting/>
- <https://www.nhs.uk/conditions/diarrhoea-and-vomiting/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4036098/>



- <https://www.google.com/search?q=Abdominal+pain+and+gases+in+children+up+to+0-6+months&oq=Abdominal+pain+and+gases+in+children+up+to+0-6+months&aqs=chrome..69i57.400j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- <https://www.positiveparentingconnection.net/when-baby-is-fussy-all-about-colic-gas-and-feeding/2017w>

- <https://www.google.com/search?q=Abdominal+pain+in+children&oq=Abdominal+pain+in+children&aqs=chrome..69i57j69i60l2.263j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/abdominal/Pages/Abdominal-Pains-in-Infants.aspx>
- <https://www.webmd.com/parenting/baby/colic-treatments>
- https://en.wikipedia.org/wiki/Baby_colic
- <https://americanpregnancy.org/first-year-of-life/colic/2019w>
- <https://www.google.com/search?q=Infant+and+baby+colic&oq=Infant+and+baby+colic&aqs=chrome..69i57j0l5.1019j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- <https://www.chop.edu/pages/diet-breastfeeding-mothers-2019w>
- <https://www.medela.com/breastfeeding/mums-journey/-breastfeeding-what-to-eat-2018w>
- <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/infant-and-toddler-health/in-depth/breastfeeding-nutrition/art-20046912>
- <https://prenate.com/the-anti-colic-diet-foods-to-avoid-to-help-combat-infant-colic/>

სამედიცინო კუთხით რამდენად მნიშვნელოვანია სხვადასხვა ჯგუფის პროდუქტები, ვეგეტარიანული ბავშვები

არსებობს ვეგეტარიანელის რამდენიმე მიმართულება:

1. ვეგეტარიანელები, ღებულობენ რძესა და კვერცხს, მაგრამ არახორცს, ფრინველს და თევზს.
2. ვეგეტარიანელები ჭამენ რძეს, კვერცხსა და თევზს, მაგრამ არ ჭამენ ხორცსა და ფრინველს.
3. ვეგანები არ ჭამენ რძეს, კვერცხს, ხორცს, ფრინველს და თევზს.

ვეგეტარიანული დიეტა ხშირად ასოცირდება ჯანმრთელობის რიგ უპირატესობებთან, მათ შორის სისხლში ქოლესტერინის დონის დაწვევა, გულის დაავადებების რისკის შემცირება, არტერიული წნევის დონის შემცირება და ჰიპერტენზიის და 2 ტიპის დიაბეტის რისკი. ვეგეტარიანელებს აქვთ სხეულის მასის დაბალი ინდექსი კარგად დაგეგმილი ვეგეტარიანული კვება შეიძლება იყოს გემრიელი, ნოყიერი და ჯანსაღი, მაგრამ აუცილებელია ვიზრუნოთ იმ ვიტამინებზე და ნუტრიენტებზე, რომლებიც უზუნა მიგველო სწორედ იმ პროდუქტებიდან, რომლებსაც არ ვჭამთ.

1. ხორცი უზრუნველყოფს ცილებს, რკინას, თუთიას და B12 ვიტამინს.

2. რძის პროდუქტები შეიცავს კალციუმს და D ვიტამინს. ომეგა-3-ს.

3. თევზის პროდუქტები მდიდარია D ვიტამინს. ომეგა-3., DHA'.

4. მეძუძურმა ვეგეტარიანელმა დედებმა უნდა მიიღონ ზემოთ ჩამოთვლილი იგივე ნუტრიენტები. ომეგა -3 ცხიმები მნიშვნელოვანია ჩვილების განვითარებისთვის და შეიძლება დაგჭირდეთ ომეგა -3 დანამატი. ვეგან დედებს შეიძლება ყოველდღე დასჭირდეთ B12 ვიტამინი.. ექიმის დანიშნულებით ვიტამინების მიღება დამატებით რეკომენდებულია საჭიროების შემთხვევაში.

B12 ვიტამინი-ამცირებს დადლილობას, ახდენს მესხიერების ფუნქციის ოპტიმიზაციას, მოწესრიგებული ძილი, აუმჯობესებს ნერვული სისტემის მუშაობას და კომუნიკაციის უნარს, ეხმარება სისხლის წითელი

უჯრედების წარმოქმნას, ჩართულია დნმ-ის სინთეზში...

თუთიის დეფიციტმა შეიძლება შეაფერხოს ბავშვის ზრდა და დააზიანოს მისი იმუნური სისტემა.

კალციუმი-ძვალ-სახსროვანი და კუნთოვანი სისტემის განვითარებისთვის, სიმაღლეში ზრდა.

ფრთხილად იყავით ბოჭკოვანი საკვების მიღებაზე ფრთხილად იყავით, ნუ შეივსებთ ბოჭკოს. მიუხედავად იმისა, რომ ხილი და ბოსტნეული ბავშვის კვებაში მართლაც მნიშვნელოვანი ნაწილია, ისინი დაბალკალორიულია და არ აქვთ საკმარისი ენერჯია. ავოკადო არის ენერჯით მდიდარი საკვები, რომელიც უნდა შევიდეს ვეგეტარიანულ კვებაში.

B12 ვიტამინის შემცველი პროდუქტები მოლუსკები, გამდიდრებული ბურღულეული-ქერი, თინუსი, -კვერცხი რძის პროდუქტი, საკვები საფუარი,

ცილოვანი პროდუქტები: თევზი და ზღვის პროდუქტები, კვერცხი, რძის პროდუქტები – რძე, იოგურტი, ყველი, ხაჭო. პარკოსნები, თხილი და თესლი, სოიოს პროდუქტები.

რკინის შემცველი პროდუქტი: რკინით გამდიდრებული ბურღულეული, პარკოსნები – ლობიო, ოსპი, სოიო, ფოთლოვანი ბოსტნეული, ბროკოლი, გამომცხვარი ბატატი, კეშიუ,

შეუთავსეთ რკინა C ვიტამინს. ვიტამინი C ზრდის რკინის შეწოვას. ფორთოხალი, მანდარინი ან სატაცური.

თუთიის შემცველი პროდუქტები: ხამანკები, პარკოსნები, თხილი, გოგრის, თესლი, რძის პროდუქტები, კვერცხი, მთელ მარცვალთ ბურღულეული. შავი შოკოლადი.

კალციუმით მდიდარი პროდუქტები-რძე და რძის პროდუქტები. მწვანე ბოსტნეული. სოიოს ხაჭო, სოიოს ყველი, ლობიო, თხილეული, პური.

ომეგა 3, DHA, ვიტამინი D: სელის, ჩიას, კაკლისა და კანაფის თესლის ზეთები. ზღვის წყალმცენარეები.



პური და ბურღულეული ბავშვთა ასაკში

რატომ არის მნიშვნელოვანი ბავშვებისთვის პურისა და ბურღულეულის მიღება?

პური და ბურღულეული ბოჭკოს, ნახშირწყლების, ცილების, ვიტამინებისა და მინერალების ფართო სპექტრია. მარცვლეული არის ჯანსაღი კვების აუცილებელი ნაწილი, რომელიც უზრუნველყოფს საკვები ნივთიერებებსა და ენერჯის ბავშვის ნორმალური ზრდისა და განვითარებისათვის.

დღის ულუფა

2-8 years	9-11 years	12-13 years	14-18 years	
Boys	4	5	6	7
Girls	4	4	5	7

მარცვლეულის ულუფა (პური და ბურღულეული) ექვივალენტურია:

მარცვლეულის ერთი ულუფა (პური და ბურღულეული) ექვივალენტურია:

1 ნაჭერი პური (40 გრ) -, უნდა იყოს მთლიანი მარცვლეულის ან მაღალი ბოჭკოვანი ხარისხის პური.

- 1/2 ჭიქა მოხარშული ბრინჯი, მაკარონი, კუსკუსი, ქერი, ნინიბურა, (75-120 გრ)
 - 1/2 ჭიქა მოხარშული ფაფა (120 გრ)
 - 2/3 ჭიქა მარცვლეულის ფანტელები (30 გრ) ან 1/4 ჭიქა მუსლი (30 გრ)
- 1 პატარა ინგლისური მაფინი, ერთი ნაჭერი ნამცხვარი ან კრეკერი (35 გრ)

პური რატომ მთელმარცვლიანი?

რატომ გვჭირდება მთლიანი მარცვლეული? ხორბალი, შვრია, ყავისფერი ბრინჯი, სიმინდი (სიმინდი), ქერი, ნინიბურა, ჭვავი და ფეტვი.

კვლევებით დადასტურებულია, რომ რომ ბავშვები, რომლებიც იკვებებიან მთელი მარცვლეულით, აქვთ უფრო დაბალი რისკი ქრონიკული დაავადებების განვითარების-მსიმსუქნე და დიაბეტი.

მარცვლები-სამი საკვები ნაწილისგან – გარსი, ჩანახახი და ენდოსპერმი.

გარსი შეიცავს დიეტურ ბოჭკოებს, ცხიმოვან მჟავებს, ასევე ცილებს, ვიტამინებსა და მინერალებს.

ჩანახახი შეიცავს დიეტურ ბოჭკოს, ვიტამინ E, ფოლატს, ფოსფორს, თუთიას და მაგნიუმს, ასევე არსებით ცხიმოვან მჟავებს. ის ბოჭკოს კარგი წყაროა.

ენდოსპერმი - ნახშირწყლებს, ცილებს და მცირე რაოდენობით ვიტამინებსა და მინერალებს.

ESPGHAN, სურსათის უვნებლობის ევროპული ორგანო (EFSA) რეკომენდაციას უწევს რკინით მდიდარი საკვების შემოღებას 4-6 თვის ასაკიდან.

მნიშვნელოვანია მარცვლეულის გადამუშავების ტიპი, რაოდენობა ხარისხი. განსაკუთრებულად ბოლო წლებში მნიშვნელოვანი ყურადღებაა გამახვილებული მთლიანი მარცვლეულის მნიშვნელობაზე ჩვილი ასაკიდან, რადგან ჯანმრთელობისთვის მთელი მარცვლეულის მოხმარება ბევრად სარგებელია.

მრავალ ქვეყანაში ჩვილი ბავშვებისთვის დამატებით კვებაში მარცვლეული პირველი საკვებია. რადგან 1. ბურღულეული ენერჯის შესანიშნავი წყაროა, რაც ძალზე მნიშვნელოვანია ექვსი თვის ასაკში, როდესაც მხოლოდ ძუძუთი კვება აღარ არის საკმარისი ჩვილის კვების მოთხოვნების დასაკმაყოფილებლად. 2. ბურღულეული შეიცავს მნიშვნელოვან რაოდენობის საჭირო ნახშირწყლებს ბოჭკოს და ცილებს. 3. ასევე წარმოადგენს ვიტამინების, მინერალებისა და ბიოაქტიური ნაერთების წყაროს. მარცვლეული წარმოადგენს რკინის შეთვისების მნიშვნელოვან წყაროს. 4. დადებით როლს ასრულებს მიკრობიოტის განვითარებაზე.

მარცვლეულის მიღება არ არის რეკომენდებული ოთხი თვის ასაკამდე.

რატომ მთელი მარცვლი?

ყველა მარცვალი შედგება სამი ნაწილისგან: მრავალ-შრიანი გარეთა ბოჭკოებით მდიდარი გარსი, მიკროელემენტებით მდიდარი და ლიპიდებით მდიდარი ჩანახახები და სახამებლის შემცველი ენდოსპერმი. მთელ მარცვალში სასარგებლო კომპონენტები შემდეგნაირად ნაწილდება 80-85% ენდოსპერმში, 10-14% გარსში და 2.5-3% ჩანახახში. პირველი ხარისხის პურის ფქვილში დამუშავებული მარცვლეული მხოლოდ ენდოსპერმისგან შედგება, მაშინ როდესაც ბოჭკოების, ვიტამინების, მინერალებისა და სხვა ფიტოქიმიკატების ყველაზე მაღალი წილი გვხვდება მარცვლის გარსსა და ჩანახახში - 15-დან 18-ჯერ მეტია ენდოსპერმის შემცველობასთან შედარებით სასარგებლო ბიოაქტიურ ნაერთები.

რა სასარგებლო კვებით ღირებულება აქვს მთლიან მარცვალს? 1. იმუნური სისტემის სტიმულირება, ანტი-ოქსიდანტური, ანთების საწინააღმდეგო, ნონის კორექცია, სიმსუქნის რისკის შემცირება. გულსისხლძარღვთა დაავადებების, რესპირატორული დაავადებების, ინფექციური დაავადებების რისკის შემცირება. ბოლო დროს, ჯანსაღი მარცვლის პროდუქტის მიღება ასევე უკავშირდება მოზრდილებში კოგნიტური ფუნქციის გაუმჯობესებას. ამიტომ თანამედროვე განმარტებით ტერმინი „მთელი მარცვლეული“ ასოცირდება ისეთ ტერმინებთან, როგორცაა „სასარგებლო“ „ჯანმრთელი“ „მინიმალური დამუშავებით“.

ამიტომაც ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია (ჭHO) რეკომენდაციას უწევს „ სასარგებლო მარცვლეულის მოხმარების გაზრდას“ და დოზირების შენარჩუნებას ასაკობრივი ჭრილის გათვალისწინებით. ასევე ანალოგიურ რეკომენდაციას იძლევა დიდ ბრიტანეთი- ჯანმრთელობის ეროვნული სამსახური (NHS) „სადაც შეგიძლიათ, აარჩიოთ მარცვლეულის მთლიანი მარცვლით.“.

ისტორია

ქერისგან დამზადებული პურები წარმოდგენილია ახალ აღთქმაში..., ველური ხორბლის, გარეული ქერი - იორდანიისში, ძველ ეგვიპტეში პურის დამზადების ფართო მონაცემები დასტურდება მხატვრული გამოსახულებებში ანტიკურ პერიოდში საფუარის ყველაზე გავრცელებული წყარო იყო ცომის ნაწილის (შაქრით და წყლით, იბერიელები იყენებდნენ ლუდისგან, ბერძნული იყო პირველი ლუმელის იდეა,



ანტიკურ დროსაც პურის მრავალფეროვნება არსებობდა. ძველად ბერძნული პური ქერის პური იყო: ხორბლის პური მხოლოდ სადღესასწაულო დღეებისთვის ცხვებოდა. V საუკუნისთვის პურის შექმნა ათენში შეიძლებოდა თონების მალაზიიდან, ხოლო რომში ბერძენი მცხოვრებლები გამოჩნდნენ ძვ.წ. II საუკუნეში.

მეცნიერების ვარაუდით პურის დედოფე ცხობა კი დაახლოებით 5, 000 წლის წინ დაიწყო. ეს ხანგრძლივი პროცესია, რადგან ამ დროს ჯანსაღი ბაქტერიების სელექცია ხდება.

მეცნიერული კვლევები ადასტურებენ, რომ ადამიანებმა ჯერ კიდევ პრეისტორიულ ხანაში დაიწყეს წყლით და უხეშად დაფქვილი მარცვლეულის შერევით მიღებული მასის გახურებულ ქვებზე მომზადება. მეცნიერები ვარაუდობენ, რომ პირველი პური ადამიანებმა სრულიად შემთხვევით მიიღეს.

ხორბალი განსაკუთრებით მაღალია მანგანუმის შემცველობით და ქერს აქვს მსგავსი რაოდენობით თუთია, რკინა, მაგნიუმი და კალიუმი.

ხორბალი და ქერი მდიდარია მინერალებით. ამასთან, ორივე კარგავს მნიშვნელოვან რაოდენობას გადამუშავების დროს, განსაკუთრებით ხორბლის რაფინირებული ფქვილის დაფქვაში. ჩვეულებრივ, რკინას უმატებენ დაფქვილ ხორბლის ფქვილს, რომ შეესაბამებოდეს მთლიანი მარცვლეულის პროდუქტს.

ქერი უფრო მაღალია საკვები ბოჭკოებით, ვიდრე ხორბალი; მეორეს მხრივ, ხორბალი უფრო მაღალია ცილებით. ისინი შეიცავს თითქმის თანაბარი რაოდენობის ცხიმებსა და ნახშირწყლებს.

ვიტამინების შედარება

რაც შეეხება ვიტამინების შედარებას? ხორბალი ბევრად უფრო მაღალია ვიტამინი B5-ით, საკმაოდ მაღალია ვიტამინი B3-ით. მეორეს მხრივ, ქერი საკმარისად უფრო მაღალია ვიტამინი B2 და ვიტამინი B1, ხოლო ხორბალი უფრო მაღალია ვიტამინი B6. ძლივს შეიცავს აგრეთვე ვიტამინ K-ს, ვიტამინ A-ს და E ვიტამინს, რომლებიც ხორბალში არ არის. ამ შინაარსში ქერი არის ტიტულის მფლობელი.

ხორბალი უფრო მაღალია სელენიუმში – ჩვენი ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი ელემენტი. სელენის უმაღლესი სტატუსი აუცილებელია ადამიანის რეპროდუქციის ფუნქციისთვის, აქვს ანტიოქსიდანტიური და ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება, ამცირებს აუტოიმუნური ფარისებრი ჯირკვლის დაავადების რისკს

B ჯგუფის ვიტამინების ჯგუფი ხელს უწყობს სწორ მეტაბოლიზმს, ნერვული და მეტაბოლური სისტემის სწორ ფუნქციონირებას, გვანვდის აუცილებელ ენერჯის და კვებას ჩვენს კანს და სისხლძარღვებს

ქერი უფრო მაღალია საკვები ბოჭკოებით. დიეტური ბოჭკოვანი ამცირებს დიაბეტის ტიპის 2 რისკს, ხელს უშლის ყაბზობას, ხელს უწყობს წონის დაკლებას, ამცირებს ნაწლავის ტრანზიტის დროს, ამცირებს მსხვილი ნაწლავისა და მკერდის კიბოს რისკს, ამცირებს ქოლესტერინს და გულის იშემიური დაავადების რისკს. კვლევის თანახმად დიეტური ბოჭკოებით მდიდარი საკვების მაღალი მიღება ხელს უშლის ნალველკენჭოვან დაავადებას.

<https://foodstruct.com/compare/barley-hulled-vs-wheat>

<https://healthy-kids.com.au/food-nutrition/5-food-groups/breads-cereals/>

https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_bread

რეზიუმე

ბავშვთა უსაფრთხო კვების კუთხე

(D ვიტამინი, კალციუმი და რკინა ბავშვთა ასაკში ყაბზობა, დიარეა ლაქტაციის დროს. დედის კვება და კიდევ სხვა რჩევები)

ნინო თოთაძე,

პედიატრი, ნუტრიციოლოგი. მედიცინის აკადემიური დოქტორი.

თსსუ კლინიკის პროფესორი.

შრომაში დანვრებილია ის საკითხები გადმოცემული, რომელიც ეხება ჯანსაღი ცხოვრების წესის განხორციელებას ბავშვებში, მოზარდებში ახალგაზრდა დედებში და საზოგადოების ფართო წრეში. ეს საკითხებია: – D ვიტამინი, კალციუმი და რკინა ბავშვთა ასაკში,

- ყაბზობა, დიარეა ლაქტაციის დროს. დედის კვება,
- ვეგეტარიანული ბავშვები,
- პური და ბურღულეული ბავშვთა ასაკში

ამდენად, ბავშვთა, მოზარდთა და დედათა კვების სწორ მართვას უმნიშვნელოვანესი როლი ენიჭება თანამედროვე პედიატრიაში.

SUMMARY

SAFE FEEDING OF CHILDREN

(VITAMIN D, CALCIUM AND IRON IN CHILDREN, CONSTIPATION, DIARRHEA DURING LACTATION. MOTHER'S MEAL AND MORE TIPS)

NINO TOTADZE,

Pediatrician, Nutritionist. Academic Doctor of Medicine.

Professor at TSMU Clinic.

The paper details the issues related to the implementation of a healthy lifestyle in children, adolescents, young mothers and the general public. These issues are:

- D Vitamin D, calcium and iron in children,
- Constipation, diarrhea during lactation. Mother food,
- Vegetarian children,
- Bread and cereals in children

Thus, proper nutrition management of children, adolescents and mothers plays an essential role in modern pediatrics.



კარდიოლოგიის თეორიული საფუძვლები

44. ფიზიკური დატვირთვისას გულის წუთმოცულობა იზრდება:

- ა) გულის პარასიმპათიკური სტიმულაციის გაზრდის ხარჯზე;
- ბ) პრედატვირთვის შემცირების ხარჯზე;
- გ) საბოლოო დიასტოლური მოცულობის შემცირების ხარჯზე;
- დ) საშუალო არტერიული წნევის შემცირების ხარჯზე;
- ე) პარკუჭების კუმშვადობის გაზრდის ხარჯზე.

45. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) ენდოკარდიუმი, გულის ღრუების ამომფენი შიგნითა გარსია;
- ბ) ენდოთელიუმი გადადის გულში შემომავალ და გულიდან გამომავალი სისხლძარღვების შიგნითა გარსში (ინტიმაში);
- გ) ენდოთელიუმის ეროზული გარსია;
- დ) სუბენდოკარდიულ, შემაერთებულქსოვილოვან გარსში მოთავსებული არიან ვენები, ნერვები და პურკინიეს ბოჭკოები

46. არტერიული წნევის გაზრდას და გულისცემის სისხშირის გაიშვიათებას ადგილი აქვს:

- ა) ფიზიკური დატვირთვისას;
- ბ) სხეულის ტემპერატურის მომატებისას;
- გ) მაღალ მთაზე ასვლისას;
- დ) ინტრაკრანიალური წნევის მომატებისას.

47. ჩასუნთქვისას კლებულობს:

- ა) მარჯვენა პარკუჭის ავსება;
- ბ) მარჯვენა პარკუჭის წუთმოცულობა;
- გ) სისტემური არტერიული წნევა;
- დ) მარცხენა პარკუჭის კუმშვადობა

48. არტერიული წნევა და გულისცემის სისხშირე ქვეითდება:

- ა) ფიზიკურ დატვირთვისას;
- ბ) ჰიპოქსიის პირობებში;
- გ) ინტრაკრანიალური წნევის მომატებისას;
- დ) სინკოპეს განვითარებისას.

49. ქვემოთ ჩამოთვლილი ნივთიერებებიდან ვაზოპრესული აქტივობა აღენიშნება:

- *ა) ანგიოტენზინ-II;
- ბ) ანგიოტენზინ-I;
- გ) რენინს;
- დ) პროსტაციკლინს;
- ე) ყველა ჩამოთვლილს.

50. ჰიპერნატრიემიის შემთხვევაში:

- *ა) რენინის სეკრეცია მცირდება;
- ბ) ალდოსტერონის სეკრეცია იზრდება;
- გ) ანგიოტენზინ II-ისსინთეზი იზრდება;
- დ) ანგიოტენზინ I-ისსეკრეცია იზრდება.

51. რენინი სინთეზირდება:

- *ა) იუქსტა-გლომერულური აპარატის უჯრედებში;
- ბ) თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქოვანი შრის უჯრედებში;
- გ) თირკმელზედა ჯირკვლის ტვინოვანი შრის უჯრედებში;
- დ) პანკრეასში;
- ე) ჰიპოფიზში

52. ფიზიკური დატვირთვისას გულისწასვლის (სინკოპეს) განვითარება ყველაზე უფრო დამახასიათებელია:

- ა) აორტის ხვრელის სტენოზისთვის;
- ბ) მიტრალური ხვრელის სტენოზისთვის;
- *გ) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიისთვის;
- დ) აორტული ნაკლოვანებისთვის;
- ე) მიტრალური ნაკლოვანებისთვის.

53. გულმკერდის არეში ტკივილი, ზურგში ირადიაციით, ყველაზე მეტად ახასიათებს:

- ა) სტენოკარდიას;
- ბ) მიოკარდიუმის ინფარქტს;
- *გ) აორტის განმშრეველ ანევრიზმას;
- დ) ბრონქოპნევმონიას;
- ე) სეპტიურ ენდოკარდიტს.

54. კიდურების დისტალური ნაწილების ციანოზი, ცივი კანი და გაძლიერებული ოფლიანობა მეტყველებს:

- ა) გულის ან მსხვილი სისხლძარღვების დონეზე მარჯვნიდან-მარცხნივ შუნტის არსებობაზე;
- *ბ) გულის მძიმე უკმარისობის არსებობისას, ვაზოკონსტრიქციის განვითარებაზე;
- გ) მიოკარდიუმის ინფარქტის განვითარებაზე;
- დ) მარცხნიდან მარჯვნივ შუნტის არსებობაზე.

55. მარჯვენა და მარცხენა ხელებზე გაზომილ არტერიულ წნევებს შორის მნიშვნელოვანი სხვაობა ახასიათებს:

- ა) კონის სინდრომს;
- ბ) პარკუჭთაშუა ძგიდის დეფექტს;
- გ) ემბოციის ანომალიას;
- *დ) არასპეციფიურ აორტოარტერიიტს;
- ე) ფალოს ტეტრადას.

56. ქვედა კიდურებზე, ზედა კიდურებთან შედარებით, დაბალი არტერიული წნევა ახასიათებს:

- ა) აორტის სარქველების ნაკლოვანებას;
- *ბ) მუცლის აორტის კოარქტაციას;
- გ) მიტრალურ სტენოზს;
- დ) არასპეციფიურ აორტოარტერიიტს.

57. სისტოლური არტერიული წნევის აწევა და დიასტოლური არტერიული წნევის დაქვეითება ახასიათებს ყველა ჩამოთვლილ დაავადებას, გარდა:

- ა) აორტის სარქველების ნაკლოვანებას;
- *ბ) სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებას;
- გ) ლია ბოტალოს სადინარს;
- დ) არტერიო-ვენურ შუნტებს;
- ე) ჰიპერთირეოზს.

58. ორტოსტატიური ჰიპოტენზია და ტაქიკარდია მიუთითებს:

- ა) გულის უკმარისობის არსებობაზე;
- ბ) აორტის სარქველების ნაკლოვანებაზე;
- *გ) მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირებაზე.

59. მოსვენების მდგომარეობაში ტაქიკარდიის არსებობა მიუთითებს:

- ა) მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირებაზე;
- *ბ) მძიმე გულის უკმარისობის არსებობაზე;
- გ) ჰიპოთირეოზზე;
- დ) მიტრალური ნაკლოვანების არსებობაზე;
- ე) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის არსებობაზე.

60. ერთ-ერთი ქვემო კიდურის იზოლირებული შეშუპება ვითარდება:

- ა) გულის უკმარისობის განვითარებისას;
- *ბ) ქვედა კიდურების ვენების პათოლოგიების დროს;
- გ) კონსტრიქციული პერიკარდიტის შემთხვევაში;
- დ) ზემო ღრუ ვენის ობსტრუქციისას.

61. ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიებიდან დადებითი ვენური პულსი ახასიათებს:

- ა) აორტის სარქველების ნაკლოვანებას;
- *ბ) სამკარიანი სარქველის ნაკლოვანებას;
- გ) მიტრალური სარქველის ნაკლოვანებას;
- დ) მიტრალურ სტენოზს;
- ე) აორტულ სტენოზს.

62. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან სწორია ყველა ჩამოთვლილი გარდა:

- ა) ნორმაში მარცხენა პარკუჭის მწვერვალს საძვერი შეიგრძნობა IV-V ნეკნთაშუა სივრცეში მარცხენა მედიოკლავიკულური ხაზის ოდნავ მედიალურად;
- ბ) გულმკერდის წინა კედელზე მწვერვალს საძვერის დიამეტრი არ აღემატება 3 სმ-ს;
- *გ) მწვერვალს საძვერის მიდამოში, დიასტოლის პერიოდში, მიტრალური ხერხელის სტენოზის ან მიტრალური სარქველის ნაკლოვანებისას შეიგრძნობა ე.წ. დიასტოლური „კატის კრუტუნი“;
- დ) ნორმაში მწვერვალს საძვერის პიკი შეესაბამება აორტული სარქველების გაღებას.

63. გულის აბსოლუტური და შედარებითი მოყრუების საზღვრების თანხვედრა ახასიათებს:

- *ა) ექსუდაციურ პერიკარდიტს;
- ბ) კომბინირებულ მიტრალურ მანკს;
- გ) ექსუდაციურ პლევრიტს;
- დ) ფილტვების ემფიზემას;
- ე) კომბინირებულ აორტულ მანკს.

64. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ე.წ. გაღების ხმანობის შესახებ, სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) „გაღების ხმანობა“ ყოველთვის მოისმინება მიტრალური ხერხელის სტენოზის დროს;
- ბ) უფრო ხშირად, „გაღების ხმანობის“ წარმოქმნის მიზეზი ორკარიანი სარქველის ნაკლოვანებაა;
- *გ) მიტრალური სარქველის „გაღების ხმანობა“ ყველაზე კარგად მოისმინება მკერდის ძვლის მარცხენა – ქვემო კიდესთან;
- დ) „გაღების ხმანობა“ მოისმინება დიასტოლის პერიოდში, II ტონის შემდეგ.

65. IV ტონი შეიძლება მოვისმინოთ ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი პათოლოგიების არსებობისას, გარდა:

- ა) სისტემური არტერიული ჰიპერტენზიის;
- ბ) აორტული სტენოზის;
- *გ) მოციმციმე არიტმიის;
- დ) ჰიპერტროფიული კარდიომიოპათიის;
- ე) მიტრალური სარქველის მწვავედ განვითარებული ნაკლოვანების;
- ვ) მოკარდიუმის ინფარქტის გადატანის შემდგომ.

66. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან ე.წ. განდევნის ტონის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) განდევნის ტონი მოსმინება სისტოლის დასაწყისში, უშუალოდ I ტონის შემდეგ;
- ბ) განდევნის ტონის აღმოცენების მიზეზი აორტისა და ფილტვის არტერიების სარქველების სტენოზი ან აორტისა და ფილტვის არტერიის დილატაციაა;
- გ) ანსხვავებენ აორტულ და პულმონურ განდევნის ტონებს;
- *დ) პულმონური განდევნის ტონი ძლიერდება ამოსუნთქვისას.

მილოცვა CONGRATULATIONS



INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRIC CARDIOLOGY- N1

<https://sppf.info/pdf/cardio-int-2021-1.pdf>

INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRICS

<https://sppf.info/pdf/int-ped-journal-2021-1.pdf>

კლინიკური ლექციები ბავშვთა კარდიო- რევმატოლოგიის საფუძვლები

სტუდენტების, რეზიდენტებისა და ექიმებთანთვის.
აგრეთვე უმაღლეს სასწავლებელთა პედაგოგთათვის



CARDIOLOGY
REVMAATOLOGY

მ.მ.დ. პეტრეშვილი,
აკადემიკოსი
ბიორბი ჩახუნაშვილი
მედიცინის დოქტორი ნინო ჯობაძე
2019

ბავშვთა კარდიო- რევმატოლოგიის საფუძვლები

1

სისხლის მიმოქცევა
(დედა-პლაცენტა-ნაყოფი)

Cardiac Problems in
Perinatology
and Paediatrics;

2

ინსპექცია
პერტუსის
აუსკულტაცია
(ფკპ)

გულ-სისხლძარღვთა
სისტემის
დაავადებები

3

ეკგ-ის კლინიკური
დირექტორები
ბავშვთა
და
მოზარდთა ასაკში-
პედიატრიისა
და
ბ/კარდიო-
რევმატოლოგიაში

წასაკითხია აგრეთვე

4

ინსტრუმენტული
და
ლაბორატორიული
კვლევები:

- ექო გრაფია,
- ეკობიოარსკოპია,
- კარდიოინტერ-
ვალოგრაფია,

Re-გრაფია
და სხვ.

5

Cor

გულ-
სისხლძარღვთა
სისტემის
დაავადებები

6

Rev

შემერთებული
ქსოვილის
დაავადებები

7

სიმპტომების
და
სიმძრომების
(ცხელება
ართრალგია
მიალგია
გამონაყარი
და ა.შ.)

კლინიკური
დირექტორები
ბავშვთა
და
მოზარდთა ასაკში

2014-2019 წწ. წა-
კითხულია კლინიკური
ლექციები ბავშვთა
კარდიო – რევმატო-
ლოგიის საფუძვლები
– (სულ 4-ლექცია),
სტუდენტების, რეზი-
დენტებისა და ექიმებ-
თანთვის. აგრეთვე
უმაღლეს სასწავლე-
ბელთა პედაგოგთათ-
ვის. შესაძლებელია
მსურველებს პრეზენ-
ტაციები ჩაგაწერი-
ნთ.

(„ირ.ციციშვილის
სახ. ბავშვთა ახალი
კლინიკა“ – ლუბლია-
ნას ქ. №21. დიღომი)
რა თქმა უნდა, რო-
გორც ყოველთვის, ეს
იქნება საჩუქრის სა-
ხით.
(სასურველია წინას-
წარ შემითანხმდეთ –
პროფესორი გიორგი
ჩახუნაშვილი)

ერთ-ერთი პირველი ქართული პრეპარატები



ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის კონსულტაციის აუცილებლობა

ადვილად დადლა, საერთო სი-
სუსტე, გულის არეში ჩხვლეტები
ან ტკივილი, ჰაერის უკმარისობის
შეგრძნება, ტაქიკარდია, არითმია,
აუსკულტაციისას შუილები, ანგი-
ნებით, ბრონქიტებითა და ვირუ-
სული ინფექციებით ხშირად მოა-
ვადე კონტიგენტი, ეკგ მონიტო-
რინგით, ყველა სახის ართრალგია,
მაღალი ანტისტრეპტოლიზინი,
სინკოპე, ფიზიკურად დატვირთუ-

ლი ბავშვები (სპორტსმენები, მო-
ცეკვავეები), უკვე დადგენილი სარ-
ქვლოვანი ნაკლოვანებების და
პროლაფსების მონიტორინგი, კარ-
დიო-რევმატოლოგიის კონსულტა-
ცია ტონზილექტომიის ჩატარებამ-
დე.
ზემოთ აღნიშნული კონტიგენტი-
სათვის ელექტროკარდიოგრაფიუ-
ლი კვლევის დინამიკაში დაკვირვე-
ბის აუცილებლობა.

120/180

ალერჯასტი

ფექსოფენადინი



დაამარცხე ალერგია
და შეინარჩუნე
სიფხიზლა!

allerafast



გისურვებთ ჯანმრთელობას და სულიერ სიმშვილას!

☎ 2-900-800

www.aversi.ge