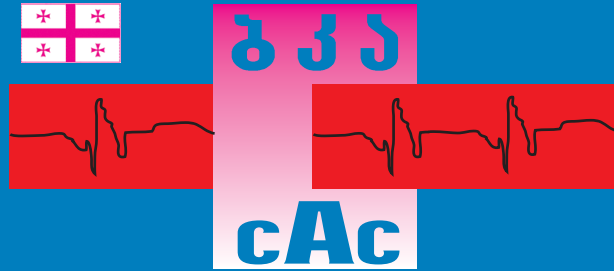


№10

საქართველოს გავფრთხილებული კარდიოლოგთა
ასოციაციის ჟურნალი

JOURNAL OF THE GEORGIAN PEDIATRIC
CARDIOLOGY ASSOCIATION



გავფრთხილებული
კარდიოლოგთა

Pediatric
Cardiology

თბილისი
2016
TBILISI

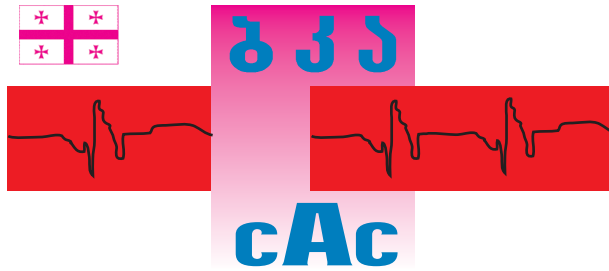
ISSN 1987-9857



9 771987 985000



მთავარი რედაქტორი
მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი,
პროფესორი, აკადემიკოსი
გიორგი ჩახუნავილი



საქართველოს ბავშვთა ხარდიოლოგთა ასოციაცია

ს.ბ.კ.ა. ჩამოყალიბდა თსსუ-ს პედ კლინიკის ბაზაზე 1992 წელს, რეგისტრირებულ იქნა 1999 წლისთვის. აღნიშნული ასოციაცია წარმოადგენს კავშირს, ხუთი ფიზიკური პირის მიერ ჩამოყალიბებულს, რომელიც დაარსდა საქართველოს 1997 წლის სამოქალაქო კოდექსის დებულებების შესაბამისად. „ასოციაციის“ საქმიანობის ვადა განუსაზღვრელია, აქვს დამოუკიდებელი ბალანსი საქართველოსა და უცხოეთის საბანკო დაწესებულებებში. ამ კავშირის მიზნებს წარმოადგენს – ფორმულირების მოძებნა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის რევმატიკული, რევმატული, არარევმატიკული 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 განევა. საქმიანობის საგანს წარმოადგენს გულსისხლძარღვთა უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევა. ე.კ. 15 განხრში, ფაგ – დატვირთვისას, ელექტროგამოთვლით ველომეტრია, პულსური მრუდები, კაპიდარისკოპა, 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 გულისხმიერებასა და შემოქმედებით დამოკიდებულებაზე ამ დარგის მიმართ.





საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია

ს.ბ.კ.ა. ჩამოყალიბდა თსსუ-ს პედკლინიკის ბაზაზე 1992 წელს, რეგისტრირებულ იქნა 1999 წლისთვის. აღნიშნული ასოციაცია წარმოადგენს კავშირს, სხუთი ფიზიკური პირის მიერ ჩამოყალიბებულს, რომელიც დაარსდა საქართველოს 1997 წლის სამოქალაქო კოდექსის დებულებების შესაბამისად. „ასოციაციის“ საქმიანობის ვადა განუსაზღვრელია, აქვს დამოუკიდებელი ბალანსი საქართველოსა და უცხოეთის საბანკო დაწესებულებებში. ამ კავშირის მიზნებს წარმოადგენს – ფორმულირებისმოძებ ნაგულ-სისხლძარღვთა სისტემის რეგმატიული, რეგმატიული, არარეგმატიული დაზიანებების, გულის იშემური დაავადებათა, მოკარდიუმის 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 გულისსხლძარღვთა უსისხლო ინსტრუმენტული კვლევა. ე. კვ. 15 განხრში, ფაგ – 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 აეისრიათ გარკვეული უფლება-მოვალეობები. მონაწილეობის მიღება წესდებით გათვალისწინებული წესით. „ასოციაციის“ მართვაში, ისარგებლონ ასოციაციის კონსულტაციებით და რეკომენდაციებით, მონაწილეობა მიიღონ განხრახულ პროექტებზე, მიიღონ ფინანსური მხარდაჭერა „ასოციაციის“ ფონდებიდან, აგრეთვე – გავიდნენ „ასოციაციიდან“. „ასოციაციის“ მართვის ორგანოს წარმოადგენს „ასოციაციის“ წევრთა „საერთო კრება“, რომელიც მოიწვევა 1 ჯერ წელიწადში, ან საჭიროებისამებრ. თითო წელს მიეკუთვნება თითო ხმა. წინამდებარე წესდება ძალაშია მისი რეგისტრაციის თარიღიდან. ამრიგად, აღნიშნულ ასოციაციის კარდიოლოგიის დარგში აეისრია მნიშვნელოვანი ფუნქცია-მოვალეობები, რომელიც დაფუძნებულია ექიმთა გულისხმიერებასა და შემოქმედებით დამოკიდებულებაზე ამ დარგის მიმართ.

საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის საწევრო კომპლექსური აქციები

1992 წლიდან 1998 წლამდე მიმდინარეობდა პერიოდულად მოსახლეობის პუმანიტარული გასინჯვები. სულ 1998 წლიდან სოციალური პედიატრიის ფონდთან ერთად დაიწყო საქველმოქმედო აქციები. აქციებში მონაწილეობენ: გამოჩენილი ქართველი პედიატრები. მიმდინარეობს ავადმყოფთა ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა და სხვა. ურიგდებით 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 ბავ

შვი. 23.24.01.99წ. აღმოსავლეთ საქართველო. ცენტრი ქ. თელავი. გაისინჯა 3500-ზე მეტი ბავშვი. 12-13-14. 02. 99 თბილისი ტელევიზიის მუშაკთა თვის ღია კარის დღე; გაისინჯა 100-მდე ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები. დედათა და ბავშვთა სადიაგნოსტიკო ცენტრში და აგრეთვე ქალაქის სხვადასხვა პოლიკლინიკებში ჩამოყალიბდა მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები კვირაში ერთჯერ. ქალაქის წამყვან პედიატრიულ კლინიკებში ტარდება მაღალკვალიფიციურ პროფესორ-მასწავლებელთა უფასო კონსულტაციები თვეში ერთჯერ. აქციებში სხვადასხვა პროფილით მონაწილეობდნენ:

1. კანისა და ვენსენეულებათა ინსტიტუტი
2. პარაზიტოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი და სხვ. დაწესებულება მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო პროფილაქტიკური ღონისძიებები დამკურნალობის ეტაპი. ასევე დარიგდება შესაბამისი მედიკამენტები. დაიბეჭდა და გავრცელდა მუნისა და ტილის 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 მუნისა და ტილის საწინააღმდეგო წამლები.

04.04.99წ. ექსპედიცია ფასანაურში კომპლექსურად გაისინჯა 400-ზე მეტი ბავშვი.

07.05.99წ. ექსპედიცია გურიის რეგიონში. ქ. ლანჩხუთი ჩაუტარდათ უფასო ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევა, დაურიგდათ მედიკამენტები.

18.05.99წ. ჩატარდა გასინჯვები ქ. რუსთაველაში (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 გადავიდა ბახმაროდან აჭარის მაღალმთიან რაიონებში (სულ გაისინჯა 750-ზე მეტი ბავშვი) ზღვის დონიდან 2300-2400მ.

17.09.99 წ. ჩატარდა კომპლექსური გამოკვლევები თბილისის უპატრონო ბავშვთა სახლში.

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

2000 წელი

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

23.03.2000 წ. ახალგორი, გაისინჯა 30 ბავშვი.

01.04.2000 წ. მარნეულის რ-ნი სოფ. წერაქვი გაკეთდა სისხლის საერთო ანალიზი, ინსტრუმენტული გა-



მოკვლევები – ექოსკოპია, ენცეფალოგრამა და სხვა. სულ გაისინჯა 1500 ბავშვი და მომვლელი.

15.04.2000. წ. გურჯაანი კომპლექსური გაისინჯვები, გაისინჯა 1200-მდე ბავშვი დარიგდა მედიკამენტები. 29.04.2000 წ. ქ. რუსთავი (კოსტავას №6) გაისინჯა 300-მდე ბავშვი.

05-06-07. 2000 წ. გაისინჯულია ავჭალის კოლონი ის ბავშვები.

20.07-28.07. 2000 წ. წყნეთის ბავშვთა სახლში გაისინჯულია 60 ბავშვი.

21-22-23-7. 2000წ. აბაშის რ-ნი სოფ. საკიეთისა და სამტრედიის რ-ნის აღსაზრდელთა სკოლის ბავშვთა გაისინჯვები.

7-8.08. 2000 წ. ბახმარო-ბუშეში 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 ჩაუტარდა რუსთავის აზოტის ქარხნის თანამშრომელთა ბავშვებს.

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

2002 წელი

10.03. 2002 წ. ახალგორი გაისინჯა 250 ბავშვი.

20-04. 2002წლ. სიღნაღის რ-ნი გაისინჯა 450 ბავშვი

23-24-25-26. 2002წ. ხულო (აჭარა) საპატრიარქოსთან ერთად გაისინჯა 600 ბავშვი და 100 მოზრდილი.

27-28-29. 06. 2002წ. ქ. თბილისი 20 მოზრდილთა პოლიკლინიკა, 10 ბავშვთა პოლიკლინიკა, 121 ბავშვ თაპოლიკლინიკა 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. ზუგდიდი გაისინჯა 290 ბავშვი.

15.10. 2003 წ. რაჭა გაისინჯა 170 ბავშვი.

18. 10. 2003 წ. დმანისი გაისინჯა 180 ბავშვი.

2004 წელი

მარტი-აპრილი-მაისი: კასპი, გურჯაანი, თელავი, ახმეტა, ლაგოდეხი, სიღნაღი, ბოდბე, ასპინძა, ახალციხე, ბორჯომი, თბილისი, ზესტაფონი, ხარაგაული, ჭიათურა გაისინჯა 1728 ბავშვი. სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის მიერ საქართველოს საპატრიარქოს თანადგომით საქართველოს სხვადასხვა რეგიონებში: ზუგდიდი, ხულო, ხელვაჩაური, ქედა, ლანჩხუთი, ოზურგეთი, ინგირი – ჩატარდა საქველმოქმედო აქციები, სადაც გაისინჯა, შესაბამისი კვალიფიციური სამედიცინო კონსულტაცია გაეწია და მედიკამენტები დაურიგდა 2400 ბავშვს.

2005 წელი

მრნეულის რეგიონში, გაისინჯა 700 ბავშვი და 800 მოზრდილი.

18 ივლისი კასპი 450 ბავშვი.

8 ოქტომბერი მცხეთის რაიონი 300 ბავშვი.

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

2006 წელი

2006 წლის 18 თებერვალს კლინიკაში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა მხატვართა კავშირის 20 ოჯახი. მარტში ღია კარის დღე. გაისინჯა ლტოლვილთა 100-ზე მეტი ბავშვი.

აპრილში საგურამოში ელჩების მონაწილეობით ჩატარდა აქცია.

31 მაისს ქ. რუსთავში გაისინჯა 450 ბავშვი.

1-2 ივნისს თსსუ-ში ჩატარდა ღია კარის დღე. გაისინჯა 400 ბავშვი.

მათ ჩაუტარდათ კონსულტაცია და კლინიკო ლაბორატორიული გამოკვლევები.

9-10 ივნისს კასპის რაიონში ჩატარდა გასვლითი გაისინჯვები. (გაისინჯა 300 ბავშვი.

1 ივლისს ცხინვალის რაიონში ომში მონაწილეთა 500 ბავშვი გაისინჯა. სექტემბერ-ოქტომბერში გაისინჯა 120 ბავშვი.

ნოემბერში გაისინჯა ჟურნალისტთა 100-200 ოჯახი.

2007 წელი

მარნეული. უფასო კონსულტაცია ჩაუტარდა 110 ბავშვს. გამოვლინდნენ სქოლიოზით დაავადებული ბავშვები. გადაეცათ ესპანდერები და მეთოდური რეკომენდაციები სამკურნალო ფიზიკულტურის შესახებ. დუშეთი. კანსულტაცია ჩაუტარდა 280 ბავშვს.

ახაშენი. კანსულტაცია ჩაუტარდა 85 ბავშვს.

– ბავშვთა კარდიოლოგია გაისინჯა 400 ბავშვი. მათ ჩაუტარდათ კონსულტაცია და კლინიკოლაბორატორიული გამოკვლევები. 9-10 ივნისს კასპის რაიონში ჩატარდა გასვლითი გაისინჯვები. (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 ივნისი ახმეტა (ქაქუცობა - გაისინჯა 450 ბავშვი, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამის მედიკამენტები

27 ივნისი – საქართველოს სექციის აღდგენა

20 აგვისტო – Stop Russia/ 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 ხელეგნების მოღვაწეების მასტერ-კლასი ბავშვებისთვის

6 დეკემბერი ბერგმანის კლინიკაში უფასოდ გაისინჯა 110 ბავშვი, რომელთაც ჩაუტარდათ შემდეგი გამოკვლევები მუცლის ღრუს ექოსკოპია, ეკგ და სხვა. დარიგდა შესაბამის მედიკამენტები

13.06.2009 ხაშური გაისინჯა 750 ბავშვი

26.12.2009 ბარისახო გაისინჯა 80 ბავშვი

2010 წელი

4 ივლისი – ღია კარის ომში დაღუპულთა ოჯახის წევრები (გაისინჯა 50 ბავშვი)

10 ივლისი – კარაღეთი. გაისინჯა 200 ბავშვი და დაურიგდათ მედიკამენტები.

4 ნოემბერი – წმინდა კეთილმასხური 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 - გა-
ისინჯა 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 დეკემბერი - ჩხორთაყვის რაიონის სოფლები -
გაისინჯა და ვიზიტორებული იქნა 1300 პაციენტი

დღემდე აქციებში სულ გაისინჯა 222 755 ბავშვი და
ათასობით ხანშიშესული. საქველმოქმედო აქციები
გრძელდება.

**ბავშვთა კარდიოლოგიური ასოციაციის მიერ
ჩატარებული პონფერენციები და სიმპოზიუმები:**

**1992 წ. I ბავშვთა კარდიოლოგთა კონფერენცია. I კონ-
ფერენცია „ჩვენთან ერთად ირწმუნე უკეთესი მომავლის
რეალობა“**

01.VI. 99

II კონფერენცია „ჯანმრთელი ბავშვი მშვიდობიანი კავ-
კასია“

25.XII. 99 III კონფერენცია „დღევანდელი ეკონომიკურ-
რი მიმართულებანი პედიატრიაში და მისი პერსპექტივა“
XXI საუკუნის პედიატრია - ინვალიდობის პროფილაქ-
ტიკის მედიცინად უნდა იქცეს.

01. VI. 2000 IV კონფერენცია „ჩანასახიდან ბავშვის უფ-
ლება უნდა იყოს დაცული“

27.III. 2001 შეხვედრა სახალხო დამცველის ოფის- ში
„არასრულწლოვანი დამნაშავეები, მათი უფლებები და რე-
ალობა“

01. 06. 2001 V (XIX) კონფერენცია „მიძღვნილი ბავშვთა
დაცვის საერთაშორისო დღისადმი“

30.03. 99, 01.06. 2000, 01.06. 2001

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

23.04.99.01. 06. 2000

„ბავშვთა კვება XXI საუკუნეში“ სიმპოზიუმი №1, №2.
20. 05. 99. 01. 06. 2000

„ორთოპედული სკოლა“

სიმპოზიუმი №1, №2

17. 12. 99

„მუკოვის ცილოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის
საკითხები“

01. 06. 2000

ახალგაზრდა პედიატრთა XVIII კონფერენცია

28. 02. 2001

ერთობლივი სამეცნიერო კონფერენცია „რესპირატორ-
ულ დაავადებათა თერაპიის აქტუალური საკითხები პე-
დიატრიაში“.

01. 06. 2001

„ჩანასახიდან ბავშვს უფლება აქვს იყოს დაცული“ სიმ-
პოზიუმი №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 „დამიანის გენომის პროექტი“

10. 03. 2002 ახალგაზრდა, მატონიზირებული სასმელი
„ლომისის“ პრეზენტაცია.

6. 11. 2002 საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე:
„მუკოვის ცილოზით და ნივთიერებათა ცვლის კონ-
სტიტუციური მოშლილობით დაავადებულთა სამედი-
ცინო და სოციალური პრობლემები“.

7. 11. 2002 საერთაშორისო კონფერენცია თემაზე: „თა-
ნდაყოლილი ინფექციების თანამედროვე აპექტები“.

4. 04. 2003

პედიატრიის აქტუალური საკითხები. IX კონფერენცია.

1. 06. 2003

I ინტერნეტ-კონფერენცია (X სამეცნიერო-პრაქტი-
კული კონფერენცია) სოციალური პედიატრიის დაც-
ვის ფონდი უფასოდ უშვებს და არიგებს გაზეთს „სო-
ციალური პედიატრია“ და ჟურნალს „სოციალური პე-
დიატრია“ (შუქდება სოციალური, სამედიცინო, პედაგო-
გიური, ფსიქოლოგიური, ფსიქიატრიული, რელიგიური და
სხვა აქტუალური და პრობლემური საკითხები)

**19. 12. 2003 საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგ-
თა II კონგრესი.**

1. 06. 2004. II საერთაშორისო ინტერნეტ-კონფერენ-
ცია. პედიატრიის აქტუალური საკითხები

22. 10. 2004. კონფერენცია თემაზე: „პედიატრიის აქ-
ტუალური საკითხები“, რომელიც ეძღვნებოდა სოცი-
ალური პედიატრიის პრეზიდენტის, გენეტიკოსის ვიქ-
ტორ მოროშკინის ნათელ ხსოვნას.

1. 06. 2005 პედიატრიის აქტუალური საკითხები

XIV კონფერენცია.

9. 09. 2005 თბილისი, მერიოტი II საერთაშორისო
კონფერენცია „ჯანმრთელი ბავშვი მშვიდობიანი
კავკასია“.

2006წ. 1 ივნისი სოციალური პედიატრის დაცვის ფო-
ნდის კონფერენცია. დეკემბერში ახალგაზრდა პედიატ-
რთა 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“ კარ-
დიოლოგიური სექცია (თბილისი).

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

12.06.2009 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის
XX კონფერენცია

18.12.2009 სოციალური პედიატრიის დაცვის ფონდის
XXI კონფერენცია

01.06.10 წალკის XXII და საქართველოს ექთანთა
II კონფერენცია.

03.12.10 პროფესორ ი. კვაჭაძის 85 წლისადმი საიუ-
ბილო 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.



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 pediatricists were participating. Activities included: Instrumental and laboratory research of patients in different regions of Georgia, Medical gifts, several funded emergency operations.

07.01.98 – 07.02.99 Tbilisi, - over 9200 children were examined.

23-24.01.99 East Georgia, - over 3500 children were examined.

12-13-14.02.99 Tbilisi, - over 100 children were examined and gifted medicines. Free consultations by professors were held by Mother and Child Diagnostic Centre and other hospitals once a week, consultations in leading pediatric clinics of the city once in a month. In these activities were also participating: 1. Institute of skin and vein 2. Scientific Institute of Parasitology and others.

12-13-14.03.99 expedition in Poti and Abasha (Qedisi, Marani and other), - 950 children were examined and gifted medicines.

29-30. 01-07.08.99 – 4400 children were examined and gifted medicines.

23-24-25.08.99 Khobi and Zugdidi, - Free instrumental and laboratory examinations were funded. Also medicines against louse and itch were given.

04.04.99 - Expedition in Pasanauri – over 400 children were examined.

07.05.99 – Expedition in Lanchkhuti – Free instrumental and laboratory examinations were held and medicines were gifted.

18.05.99 Rustavi, - 250 children were examined and gifted medicines.

22.06.99 Sagarejo, - 250 children were examined and gifted medicines.

13-14.08.99 Chokhatauri, - over 1500 children were examined.

15.08.99 Bakhmaro, - over 2000 children were examined.

16.08.99 Adjara high-mountain regions, - over 750 children were examined.

17.08.99 Tbilisi, – Examinations in Homeless children house.

16.10.99 Dusheti region, - over 200 children were examined and gifted medicines.

2000.

26.02.2000 Gori, - over 500 children were examined. Different medicines were given out.

23.03.2000 Axalgori, - 30 children were examined.

01.04.2000 Marneuli region (Werakvi), - General blood analysis, instrumental examinations – echoscopy, encephalography were done. Over 1500 children were examined.

15.04.2000 Gurjaani, - 1200 children were examined, medicines were given out.

29.04.2000 Rustavi, - 300 children were examined.

05.06.2000 – Children from Avchala colony were examined.

20-28.07.2000 – Children in Tskhneti Orphanage were examined.

21-22-23.07.2000 – Examinations in Abasha and Samtredia region.

7-8.08. 2000, Bakhmaro-Beshumi – 1925 children were examined.

2001.

15.03.2001. Children of employees of Rustavi Nitrogen Factory were examined.

23.06.2001. Children of employees of Rustavi Nitrogen Factory were examined.

14-15-16.09.2001 Baghdati region (Sairme, Witelkhevi, Rokhi, Ochba, Xani, Zegani, Saqraula) – over 2500 children were examined.

2002.

10.03.2002 Axalgori, - 250 children were examined.

20-04.2002 Signnaghi, - 450 children examined.

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

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

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

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

2003.

05.03.2003 Samtskhe-Javakheti, - 1250 children were examined.

17.04.2003 Werovani, - 450 children were examined.

20.05.2003 Borjomi, - 870 children were examined.

25.06.2003 Mta-Tusheti, - 320 children were examined.

30.07.2003 Bakhmaro, - 630 children were examined.

20.08.2003 Zestaponi, - 210 children were examined.

07.09.2003 Racha, - 170 children were examined.

18.10.2003 Dmanisi, - 180 children were examined.

2004.

March, April, May – Kaspi, Gurjaani, Telavi, Akhmeta, Lagodekhi, Signnaghi, Bodbe, Aspindza, Axaltsikhe, Borjomi, Tbilisi, Zestaponi, Kharagauli, Chiatara – over 1728 children were examined. In different regions (Zugdidi, Khulo, Khelvacharui, Qeda, Lanchkhuti, Ozurgeti/Ingiri), SPPF held charity activities with the help of Patriarchy – over 2400 children were examined and medicines were given out.

2005.

Marneuli region – 700 children and 80 adults were examined.

18th of July, Kaspi – 450 children were examined.

8th of October, Mtskheta – 300 children were examined.

14-15-16th of October, Lentekhi – 850 children and 250 adults were examined.

2006.

18th of February – 20 Painter Union families were examined.

March – over 100 refugee children were examined.





April – Charity activities were held by ambassadors in Guria.
31th of May – 450 children were examined in Rustavi.
1-2th of June - Open door day in TSMU, 400 children were examined. They were held free consultations and laboratory examinations.

9-10th of June, Kaspi - 300 children were examined.

1th of July, Ckhinvali region – 500 children of war participants were examined. In September-October – 120 children.

In November – over 200 of Journalist's families were examined.

2007.

Marneuli – Free consultations for 100 children. Childrens with Scoliosis were shown. They got expander gifts and were recommended how to treat scoliosis.

Dusheti – 250 children were examined.

Akhalsheni–85 children were held consultations.

9-10th of June, Kaspi – 300 children were examined.

1th of July, Ckhinvali region – 500 children of war participants were examined. In September-October – 120 children.

In November – over 200 of Journalist's families were examined.

2008.

1st of June – Open door day (200 children were examined).

2nd of June – Teddy bear (300 children examined).

14th of June, Akhmeta (QaQucoba) - 450 children were examined and gifted medicines. Also examinations like echoscopy of abdominal cavity and ECG were held.

27th of June – restoration of Georgian Section.

20th of August - STOP RUSSIA (meeting at Igoeti)

1st of September, Tbilisi – STOP RUSSIA (meeting of chain)

4th of October – free consultations and examinations. Painters and artists master classes were held.

6th of December – 110 children were examined in Bergman Clinics with echoscopy of abdominal cavity, ECG and other.

2009.

13.06.2009, Khashuri – 750 children were examined.

26.12.2009, Barisakho – 80 children were examined.

2010.

4th of July – Open door day for family members of war victims (50 children were examined).

10th of July, Karaleti – 200 children were examined and medicines were given out.

4th of November – St. King Tamar orphanage children were examined.

3-4th of December, Tbilisi– 400 sportsmen children were examined.

2011.

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

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

2012.

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

22th of December, Tbilisi – 250 children were examined.

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

2013

1-4.06.2013. Tbilisi,Batumi,Gori,Telavi – 1250 children were examined.

17-21.12.2013. Tbilisi – 350 children were examined.

2014.

1st of June ,Tbilisi – 150 children were examined.

28th of December, Tbilisi – 50 children were examined.

2015.

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

11.12.2015. Chkorotscu – 1300 children were examined.

Till today over 222 755 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. Akhalgori, - 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



ორიბინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტიობანი

კარდიოლოგია

საქართველოში ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის სახელმწიფოს სტრატეგიული გეგმის აუცილობლობის შესახებ

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ.ჯობაძე, კ.ჩახუნაშვილი, დ.ჩახუნაშვილი, დ.ტაბუცაძე, კ.ჩახუნაშვილი (საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

საქართველოში ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის თანამედროვე მართვისათვის აუცილებელია სპეციალისტთა დროული და საჭირო რაოდენობითობით მომზადება, რომელიც უშუალოდ ეფუძნება დიპლომის შემდგომი სარეზიდენტო მზადების განხორციელებას.

თანამედროვე ეტაპზე ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის მართვა ითვალისწინებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანების დროულ გამოვლენას, როგორც რევმატიული ასევე არარევმატიული და გულის ანთებითი, თუ არაანთებადი დაავადებათა დროს, პრევენციული ღონისძიებებით (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 1, 6, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

მნიშვნელოვანია, რომ პედაგოგიაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია დროულად არ დიაგნოსტირდება. თუ ამ ოციოდე წლის წინ ფიგურირებდა ბავშვთა ასაკში რევმატიზმისა და გულის თანდაყოლილ მანკთა დიაგნოზები, დღეს კლინიციური პედაგოგებისათვის აღარ არის უცხო ტერმინები – კარდიოპათია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, კარდიტი, ჰიპერტენზია, სპორტსმენ თავული და სხვა, თუმცა მათი ხვედრითი წილი სტატისტიკაში თითქმის არ ფიგურირებს (29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36).

აქედან გამომდინარე, ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიაში რეზიდენტის მომზადების უშუალო მიზანია თანამედროვე სპეციალისტის მომზადება, რომელსაც აქვს მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ისეთი ღონის ფუნდამენტური თეორიული ცოდნა და პრაქტიკული უნარები, რომელიც საჭიროა ბავშვთა კარდიოლოგიურ და რევმატოლოგიურ დაავადებათა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციისათვის (37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49).

ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის სარეზიდენტო პროგრამა გულისხმობს რეზიდენტის მიერ „კარდიო-რევმატოლოგიის“ ყველა სავალდებულო მოდულის გავლას, რომლებშიც მოცემულია მზადების მიზანი, ასათვისებელი საკითხებისა და უნარ-ჩვევების ჩამონათვალი, მზადების ფორმები, მეთოდები, ხარგრძლივობა და შეფასების კრიტერიუმები.

რეზიდენტურაში მომზადებულ სპეციალისტს – ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგს შეეძლება დამოუკიდებლად მიიღოს გადაწყვეტილება ექსტრემალურ სიტუაციაში, გაუწიოს პაციენტს გადაუდებელი დახმარება, დაადგინოს სწორი დიაგნოზი, შეიმუშაოს ავადმ-

ყოფის გამოკვლევისა და მკურნალობის ტაქტიკა, ჩატაროს პროფილაქტიკური ღონისძიებები, განახორციელოს ხანგრძლივი დაკვირვება ავადმყოფზე.

ექიმისა და პაციენტის ურთიერთობების მართვა ძირითადად ექიმის პრეოგატივია ანუ რეზიდენტი პასუხისმგებელია პაციენტის წინაშე წარმოებულ ყველა პროცესზე. ამიტომაც, მას უნდა გააჩნდეს ისეთი თვისებები, როგორიცაა: ინტეგრაციის უნარი, სხვათა პაციენციების უნარი (პაციენტის, მისი ოჯახის წევრების, კოლეგების, ჯანდაცვის მუშაკთა მიმართ გუნდისა და სხვ.). მას უნდა ახასიათებდეს ეთიკის, სოციალურ-ეკონომიკური და სამედიცინო-სამართლებრივ პრობლემათა გაგების, წვდომის თვალსაზრისით მუდმივი ზრდის უნარი.

რეზიდენტი უნდა იყოს გულისხმიერი და ყოველთვის მზად პაციენტის დასახმარებლად ნებისმიერ დროსა და ვითარებაში. დროულად შეასრულოს საიმუშაო, არასოდეს დაამახინჯოს პაციენტთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაცია, იყოს ემპათიური და მგრძობიარე, როგორც პაციენტის, ასევე, მისი ოჯახის მოთხოვნათა და სურვილების მიმართ, თანამშრომლობდეს ჯანდაცვის მუშაკებთან.

რეზიდენტს უნდა ჰქონდეს სურვილი და მზაობა, მიიღოს და შეასრულოს უშუალო ხელმძღვანელის ყველა მითითება და ინსტრუქცია, გაითვალისწინოს კრიტიკა. რეალურად შეაფასოს საკუთარი ძალები, ნაკლოვანებები და არაადეკვატურობა. მას უნდა ჰქონდეს აგრეთვე მზაობა გარკვეული ცვლილებებისადმი, საკუთარი თავისადმი კრიტიკული მიდგომა და სათანადო დასკვნების გამოტანის უნარი, აგოს პასუხი საკუთარი შეცდომებისა და მარცხის გამო, რაც, თავის მხრივ, საკუთარი კომპეტენციის სრულყოფისა და პროფესიული ზრდის ერთ-ერთი უმთავრესი მოტივია.

ამასთან, რეზიდენტს ეკისრება საგანმანათლებლო როლი სტუდენტების, ჯანდაცვის მუშაკთა, პაციენტის ოჯახის წევრთა და საერთოდ საზოგადოების წინაშე. იგი ვალდებულია, მონაწილეობა მიიღოს როგორც სტუდენტთა, წინა კურსის რეზიდენტთა, ასევე, მათ ხელმძღვანელთა შეფასებაში.

ამდენად, ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგია - ეს არის სამედიცინო დისციპლინა, რომელიც:

1. შეისწავლის ბავშვთა და მოზარდთა:
 - ა) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ავებულებას, განვითარებას, ფუნქციას, ასევე გულ-სისხლძარღვთა



სისტემის დაავადებებს: ეტიოლოგიას, პათოგენეზს, კლინიკურ გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკის საკითხებს, მათი პროფილაქტიკისა და მკურნალობის ეფექტურ მეთოდებს, ასევე, სამედიცინო რეაბილიტაციის ასპექტებს;

ბ) რევემატული ჯგუფის, შემავრთველი ქსოვილის დიფუზური დაზიანებით მიიმდინარე დაავადებების ეტიოლოგიას, პათოგენეზის მექანიზმებს, კლინიკური მიმდინარეობის თავისებურებებს, დიფერენციალურ დიაგნოსტიკას, მკურნალობის ასპექტებს, პრევენციისა და რეაბილიტაციის საკითხებს.

2. ბავშვთა კარდიო-რევემატოლოგი არის ექიმი, რომელიც მართავს გულ-სისხლძარღვთა სისტემისა და რევემატული ჯგუფის დაავადებებს პედიატრიულ პაციენტში, განსაზღვრავს ამ დაავადებათა დიაგნოსტიკას, მკურნალობას, პრევენციას და რეაბილიტაციას.

3. ბავშვთა კარდიო-რევემატოლოგის ზოგადი ცოდნაა:

ა) ჯანმრთელი ბავშვების და მოზარდების ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგის პრინციპები, მათი განაწილება ჯანმრთელობისა და რისკის ჯგუფებში;

ბ) ავადმყოფი ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგის პრინციპები, ქრონიკული დაავადებების პროფილაქტიკა;

გ) ბავშვთა პიოგენური აღზრდის პრინციპები;

დ) ნაყოფის, ახალშობილის და ბავშვის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებები;

ე) ორგანიზმის ფუნქციური სისტემების ურთიერთკავშირი და რეგულაცია, ბავშვთა ფიზიოლოგიური განვითარება სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფებში;

ვ) ბავშვთა რაციონალური კვების პრინციპები;

ზ) ბავშვის პათოფიზიოლოგიის, ბიოქიმიის, იმუნოლოგიის, გენეტიკის და ზოგადსამედიცინო პრობლემების საკვანძო საკითხები;

თ) ჰომოსტაზი ნორმისა და პათოლოგიის დროს;

ი) წყალ-მარილოვანი ცვლის, მუავა-ტუტოვანი წონასწორობის ნორმალური მანევრებლები, მათი დარღვევის ტიპები და კორექცია;

კ) სისხლძარღვი, სისხლის მიმოქცევის, სასუნთქი, საჭმლის მომნელებელი, შარდ-სასქესო, ნერვული სისტემის ფიზიოლოგია და პათოფიზიოლოგია;

ლ) ბავშვთა ასაკის დაავადებათა მოსაზღვრე მდგომარეობის თანამედროვე კლასიფიკაცია, კლინიკური სიმპტომატიკა, სომატური და ინფექციური დაავადებების მიმდინარეობის თავისებურებანი სხვადასხვა ასაკობრივ პერიოდებში;

მ) სომატური და ინფექციური დაავადებების და პათოლოგიური მდგომარეობების მკურნალობის თანამედროვე მეთოდები;

ნ) ბავშვთა ასაკის ფარმაკოთერაპიის და ფარმაკოკინეტიკის საფუძვლები, სამკურნალო საშუალებების ძირითადი ჯგუფების მოქმედების მექანიზმები, მათი გამოყენების წევნებები, უკუწვევნებები, გართულებები;

ო) დიეტოთერაპია სხვადასხვა დაავადებების დროს;

პ) ფიზიოთერაპიის, სამკურნალო ფიზიკულტურის და საექიმო კონტროლის საფუძვლები;

ჟ) გადაუდებელი და ინტენსიური თერაპიის, რეანიმაციის პრინციპები საყოფაცხოვრებო, საველე, ამბულატორიის და სტაციონარის პირობებში;

რ) რეაბილიტაციის და დისპანსერული მეთვალყურეობის პრინციპები, სანატორიულ კურორტული მკურნალობა;

ს) კოლეგებთან და პაციენტის მშობლებთან ურთიერთობის ასპექტები;

ტ) მტკიცებულებებზე დაყრდნობილი მედიცინის ასპექტების გამოყენება პრაქტიკაში;

უ) პაციენტების მართვა თანამედროვე პროტოკოლებისა და გაიდლაინების მიხედვით;

ფ) გუნდური მუშაობის პრინციპები;

ქ) მკურნალობის ხარისხის სტანდარტებისა და კლინიკური აუდიტის საკითხები.

4. ბავშვთა კარდიო-რევემატოლოგიის ექიმ-სპეციალისტის ზოგადი უნარ-ჩვევებია:

ა) პაციენტის გასინჯვა, ანამნეზის დაწვრილებით შეკრება;

ბ) ბავშვის ანატომიური და ფიზიოლოგიური თავისებურებანი;

გ) სიცოცხლისათვის საშიში და გადაუდებელი მდგომარეობების ამოცნობა და სწრაფი რეაგირება, მართვა;

დ) სწრაფი ქმედება და სწორი გადაწყვეტილების მიღების უნარი;

ე) პაციენტის დახმარების გაწევის შემდეგ მისი პოსპიტალიზაცია შესაბამის დეპარტამენტში;

ვ) კლინიკური და პარაკლინიკური კვლევების შედეგების სწორი ინტერპრეტაცია;

ზ) სამართლებრივ-ეთიკური ნორმების დაცვა გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტში;

თ) პაციენტის ახლობლებთან ან მშობლებთან პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობის, საფრთხის ან დაავადების გამოსავლის შესახებ დაწვრილებითი ინფორმაციის მიწოდება;

ი) საჭიროების დროს კონფიდენციალობის დაცვა;

კ) ბავშვზე ძალადობის ნიშნების ამოცნობა და სთანადო რეაგირება;

ლ) მკურნალობის ხარისხის უზრუნველყოფა და სამეცნიერო კვლევებში შეძლებისდაგვარად მონაწილეობა.

5. ბავშვთა კარდიო-რევემატოლოგი მოიცავს შემდეგი დაავადებების/პათოლოგიური მდგომარეობების, კლინიკას, დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და პროფილაქტიკას:

ა) I10-I15 არტერიული ჰიპერტენზია;

ბ) I70. 0; E75. 6 ათეროსკლეროზი, დისლიპიდემია;

გ) I20-I25 გულის იშემიური დაავადება და მისი გართულებები;

დ) I25. 5, I42-I43, 8 კარდიომიოპათიები;

ე) I01. 2; I09; I40; I51, 4, მიოკარდიტები;

ვ) I34-I37, Q20-Q25-Q-28-29 გულის შეძენილი მანკები, გულის თანდაყოლილი მანკები და ანომალიები;

ზ) I30-I33. 9 პერიკარდიუმის დაავადებები;

თ) I44, I45, I46, I48, I49 არითმიები (გულის გამტარებლობის, იმპულსის წარმოქმნის დარღვევით მიმდინარე, შერეული დარღვევებით მიმდინარე არითმიები);

ი) I30. 1 ინფექციური ენდოკარდიტი;

კ) I00 – I02, M 790 რევემატიზმი;

ლ) I50, I50. 1 გულის უკმარისობა;

მ) R57. 0 კარდიოგენული შოკი;

ნ) I71, I73, I70, I74 აორტისა და პერიფერიული არტერიული სისტემის დაავადებები;

ო) C38. 0 გულის სიმსივნეები;

პ) I95-I99 სისხლის მიმოქცევის სისტემის სხვადასხვა დაავადებები;

ჟ) I80, I82, I83 ვენური სისტემის დაავადებები;

რ) I89. 1, I89. 8, I89. 9 ლიმფური სისტემის დაავადებები;

ს) I26-I28, J00-J06, J20-J22 ფილტვების სისხლძარღვთა დაზიანებებთან და მცირე წრეში სისხლის მიმოქცევის დარღვევასთან დაკავშირებული პათოლოგიური მდგომარეობები (ფილტვის არტერიის ემბოლია, ფილ-



ტვის არტერიის თრომბოემბოლია, მცირე წრის პირველადი პიპერტენზია, ფილტვისმიერი გული და სხვა);

ტ) P29. 4 პერინატალური და ნეონატალური პერიოდის გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგია -ახალშობილთა გარდამავალი იშემია.

6. აგრეთვე კარდიოვასკულარულ და რევმატიულ დაავადებებთან ხშირად ასოცირებულ შინაგან დაავადებების დიაგნოსტიკას:

ა) J00-J99 სასუნთქი სისტემის დაავადებები;

ბ) E10-E14, E00-E07 შაქრიანი დაიბეტი და სხვა ენდოკრინული დაავადებები;

გ) N17 -N19 თირკმლების დაავადებები;

დ) F45. 3 სომატოფორმული ავტონომიური (vegetatiuri) დისფუნქცია;

ე) J35. 0-J35. 1-J35. 2 ქრონიკული ტონზილიტი, ნუშურების პიპერტროფია

აღენიოდების პიპერტროფია;

ვ) M00-M00. 9; M01-M01. 8; M02- M02. 9; M03-M03. 9-M07 ართრიტები და პოლიართრიტები;

ზ) M08-M08. 9 M08. 9 -M09-M09. 9 იუვენილური ართრიტები;

თ) M10 ნიკრისი (პოდაგრა);

ი) M11 სხვა კრისტალური ართროპათიები;

კ) M13 სხვა ართრიტები;

ლ) M14. 0 ნიკრისული ართროპათია, გამოწვეული ვერმენტიული და სხვა თანდაყოლილი დარღვევებით;

მ) M15 პოლიართროზი;

ნ) M16 კოქსართროზი (მენჯ-ბარძაყის სახსრის ართროზი);

ო) M17 გონართროზი (მუხლის სახსრის ართროზი);

პ) M18 პირველი მაჯა-ნების სახსრის ართროზი;

ჟ) M19 სხვა ართროზები;

რ) M20 ხელისა და ფეხის თითების შექნილი დეფორმაციები;

ს) M21 კიდურების სხვა, შექნილი დეფორმაციები;

ტ) M22 კვირისთავის დაზიანებები;

უ) M23 მუხლის სახსარში დაზიანებები;

ფ) M24 სახსრის სხვა სპეციფიური დაზიანებები;

ქ) M25 სახსრის სხვა დაზიანებები, რომლებიც არ არის კლასიფიცირებული სხვა რუბრიკებში;

ღ) M30 კვანძოვანი პოლიარტერიიტი და მისი მონათესავე მდგომარეობები;

ყ) M31 სხვა ნეკროზული ვასკულოპათიები;

შ) M32 სისტემური წითელი მგლურა;

ჩ) M33 დერმატოპოლიმიოზიტი;

ც) M34 სისტემური სკლეროზი;

ძ) M35 შემაერთებული ქსოვილის სხვა სისტემური დაზიანებები;

წ) M36. 0 დერმატო (პოლი) მიოზიტი სიმსივნური ავადმყოფობის დროს (R00-D48+);

ჭ) M41 სქოლიოზი;

ხ) M43 სხვა მადეფორმირებელი დორსოპათიები;

ჯ) M49. 3 სპონდილოპათია სხვა ინფექციური და პარაზიტული ავადმყოფობების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში;

ჰ) M54. 1 რადიკულოპათია;

ჟ) M54. 2 ცერვიკალგია (კისრის ტკივილი);

რ) M54. 3 იშიაზი;

ს) M60 მიოზიტი;

შ) M61 კუნთის კალციფიკაცია და ოსიფიკაცია;

ჩ) M63. 3 მიოზიტი სარკოიდოზის დროს (D86. 8+);

ც) M65 სინოვიტი და ტენოსინოვიტი;

ძ) M66. 0 მუხლქვეშა კისტის მთლიანობის დარღვევა;

ჰ) M67 სინოვიური გარსისა და მყესის სხვა დაზიანებები;

ჟ) M68. 8 სინოვიური გარსისა და მყესის სხვა დაზიანებანი იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში;

რ) M70 რბილი ქსოვილის ავადმყოფობები დაკავშირებული დატვირთვისთან, გადატვირთვისთან და ზეწოლასთან;

ს) M71 სხვა ბურსოპათიები;

შ) M72 ფიბრობლასტური დაზიანებები;

ჩ) M73 რბილი ქსოვილის დაზიანებები იმ ავადმყოფობათა დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში;

ც) M76. 7 მცირე წვივის ძვლის ტენდინიტი;

ძ) M77 სხვა ენთესოპათიები;

წ) M79. 0 რევმატიზმი, დაუზუსტებელი;

ჭ) M79. 1 მიალგია;

ჯ) M79. 5 რბილ ქსოვილებში დარჩენილი უცხო სხეული;

ჟ) M79. 6 ტკივილი კიდურებში;

რ) M79. 9 რბილი ქსოვილის დაზიანება, დაუზუსტებელი;

ს) M80 ოსტეოპოროზი პათოლოგიური მოტეხილობით;

შ) M81 ოსტეოპოროზი პათოლოგიური მოტეხილობის გარეშე;

ჩ) M83. 2 ოსტეომალაცია გამოწვეული მალაბსორბციით;

ც) M85. 0 ფიბროზული დისპლაზია (შერჩევითი ერთი ძვლის);

ძ) M86 ოსტეომიელიტი;

წ) M87 ოსტეონეკროზი;

ჭ) M91 ბარძაყისა და მენჯის იუვენილური ოსტეოქონდროზი;

ჯ) R95 uecari sikvdili;

რ) J96. 0 სუნთქვის მწვავე უკმარისობა;

ს) R00. 0 ტაქიკარდია;

შ) R00. 1 ბრადიკარდია;

ჩ) R03. 0 პიპერტენზია;

ც) R03. 1 პიპოტენზია;

ძ) R55 კოლაფსი;

წ) R57 შოკი;

ჭ) R52 ტკივილი;

ჯ) R10 მუცლის ტკივილი;

რ) R51 თავის ტკივილი;

ს) R50 ცხელება;

შ) R65. 9 SIRS;

ჩ) I50 გულის მწვავე უკმარისობა;

ც) I47 პაროქსიზმული ტაქიკარდია;

ძ) I46 გულის განჩერება;

წ) T36-50 მედიკამენტური მოწამვლა;

ჭ) T00-07 ტრავმა;

ჯ) T68 პიპოთერმია;

რ) T33-35 მოყინვა.

7. ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგს უნდა შეეძლოს ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების შედეგების ინტერპრეტაცია და კლინიკური შეფასება. კერძოდ:

ა) სისხლის საერთო ანალიზი;

ბ) სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი;

გ) სისხლის კოაგულაციური პარამეტრების ანალიზი;

დ) შარდის საერთო ანალიზი;

ე) სეროლოგიური გამოკვლევები;

ვ) ცილის ფრაქციები და იმუნოლოგიური კვლევა;

ზ) მკავა-ტუტოვანი ბალანსის კვლევა;





- თ) სისხლის აირთა კვლევა;
- ი) ელექტროლიტთა კვლევა;
- კ) ელექტროკარდიოგრამა; სტანდარტული, 24 საათიანი, ეკგ სტრეს-ტესტი; ფონოკარდიოგრაფია, კაპილაროსკოპია, რეოგრაფია, კაპილაროსკოპია, ველოერგომეტრია, კარდიოინტერვალოგრაფია, რეოგრაფია, ფუნქციური სინჯები;
- ლ) ექოკარდიოსკოპია, სახსრების ექოსკოპია, დენსიტომეტრია, სახსრების რენტგენოგრაფია;
- მ) ელექტროენცეფალოგრამა;
- ნ) ულტრაბგერითი გამოკვლევა;
- ო) რენტგენოსკოპია და რენტგენოგრაფია;
- პ) ბიოლოგიურ სითხეთა ციტოლოგიური და ბიოქიმიური კვლევა;
- ჟ) კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- რ) ბირთვულ-მაგნიტური რეზონანსული კვლევა;
- ს) ბიოლოგიურ სითხეთა ბაქტერიოლოგიური კვლევა.

8. ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგის აუცილებელი პრაქტიკული უნარ-ჩვევებია:

- ა) ეკგ;
- ა. ა) 24-სათიანი ეკგ მონიტორირება (ჰოლტერი);
- ა. ბ) ეკგ სტრეს-ტესტი.
- ბ) ექოკარდიოგრაფიული, დოპლერ-ექოკარდიოგრაფიული, ფონოკარდიოგრაფია, კაპილაროსკოპია, ველოერგომეტრია, კარდიოინტერვალოგრაფია, რეოგრაფია, დენსიტომეტრია, ფუნქციური სინჯების მართვა;
- გ) კანქვეშა, ინტრამუსკულური და ინტრავენური ინექციები;
- დ) ცენტრალური ვენების და პერიფერიული სისხლძარღვების პუნქცია და კათეტერიზაცია;
- ე) კარდიოვანიმაციული ღონისძიებები: გულის არაპირდაპირი მასაჟი, ელექტრული კარდიოვერსია, გულის დროებითი ელექტროსტიმულაცია;
- ვ) სიცოცხლის შენარჩუნების ბაზისური ალგორითმი;
- ზ) ვიტალური ფუნქციების შეფასება;
- თ) მონიტორინგის აპარატურის გამოყენება.

ყოველივე ზემო აღნიშნული წარმოადგენს საფუძველს:

1. დაისახოს და დროულად განხორციელდეს ბავშვთა ასაკიდანვე ათეროსკლეროზისა და გულის იშემიური დაავადების პრევენციის მართვის ხუთი ეტაპი:

I ეტაპი – რისკ-ფაქტორების გამოვლენა: ანამნეზი, ანტროპომეტრია, არტერიული წნევის გაზომვა, კვების ხასიათის შეფასება, ემოციონალური ტონუსის გამოკვლევა. ანამნეზში მნიშვნელოვანია აღინიშნოს ბავშვთა დღენაკლულობა (თუ ეს შესაძლებელია) და მისი ხასიათი, ბავშობაში გადატანილი დაავადებები (კარდიტები, რევმატოიდული ართრიტი, კარდიოპათია, ვეგეტოსისხლძარღვანი დისტონია, მიტრალური სარქველის პროლაფსი, გულის თანდაყოლილი მანკო-აღინიშნოს თუ ნაოპერაციებია და როდის), კარდიოპათია ტონილიტების ფონზედა ა. შ. რომელიც ხორციელდება უბნის პედიატრისა და სკოლის ექიმის მიერ(თუ ასეთი არის).

II ეტაპი – ვეგეტატიური ნერვული სისტემის კომპლექსური შეფასება – რეაქტიულობა, მოქმედების ვეგეტატიური უზრუნველყოფა (მეთოდები, კარდიოინტერვალოგრაფია, კლინიკოორთოსტატიკური სინჯი), ქოლესტერინისა და ტრიგლიცერიდების დონის განსაზღვრა სისხლის პლაზმაში, შთ სევმენტისა დათკბილის სხვადასხვა ცვლილებათა განსაზღვრით (რა თქმა უნ-

და, ასაკობრივი თავისებურებების გათვალისწინებით) – წარმოებს უბნის პედიატრის ან უშუალოდ ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგის მიერ.

III ეტაპი – მიმდინარეობს სტაციონარის პირობებში გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კომპლექსური კლინიკურ-ინსტრუმენტული გამოკვლევა ლიპოპროტეინიდების ფრაქციებში ქოლესტერინის განაწილების ანალიზით, ჰემოსტაზისა და ფიბრინოლიზის სისტემის გამოკვლევა. ჩვენებანი ამ ეტაპზე კვლევისათვის არის ქოლესტერინის შემცველობა 4,4 მმოლ/ზე მაღლა, ტრიგლიცერიდების 0,79 მმოლ/ზე მაღლა, ვეგეტო-სისხლძარღვანი დისტონია და კლინიკოორთოსტატიკური სინჯების სხვადასხვა ვარიანტები შთ სევმენტის ფორმის, მისი I ცთომის, თ კბილის სიმაღლისა და სიდრმის განსაზღვრით და გათვალისწინებით (სრულდება ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგების მიერ).

IV ეტაპი – რაციონალური კვებითი დიეტოლოგიური რეჟიმი, დროული კურორტოლოგიური სეზონური მკურნალობა რეაბილიტაციური ღონისძიებებით (თუ ეს უკანასკნელი საჭიროა), რისკის ჯგუფის ბავშვთა იმუნორეაბილიტაცია და სხვა.

V ეტაპი – პრევენციული ღონისძიებების დასახვა და გატარება, სამეცნიერო ანალიტიკური ჯგუფის მიერ მიზანდასახულად შედგენილი დაავადებათა პროგნოზირების გამოყენებით აწარმოებს წამყვანი კლინიკები – სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციებთან (ცენტრები, ასოციაციები და სხვა) ერთად. კორონარული და მიოკარდიალური უკმარისობის შესწავლა, შეკუმშვადობის ფუნქციის და მიოკარდიუმის იშემიის დადგენა – თანამედროვე კარდიოლოგიის ფუნდამენტური კვლევის სფეროებია, ხოლო ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგებისათვის კი უმნიშვნელოვანესი საკითხებია, რომელი მიმართულებითაც აუცილებელია მეცნიერულ კვლევათა წარმართვა.

2. ამთ გარდა, სპორტულ მედიცინაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემა მოითხოვს ასაკობრივად სპორტსმენტთა ვარჯიშთა რაციონალურად წყობას დოზირებული დატვირთვით, შრომისუნარიანობის კონტროლს, რათა თავიდან იქნას აცილებული ახალგაზრდა სპორტსმენტთა დაავადებები.

3. ზემოთქმულიდან გამომდინარე აუცილებლობა მოითხოვს ბავშვთა კარდიო-რევოლოგიაში დამუშავდეს საკითხები, რომლებიც შეეხება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანებას ნორმისა და პათოლოგიის ზღვრებს შორის.

ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგთა მხოლოდ მჭიდრო ურთიერთობითა და თანამშრომლობით თერაპევტებთან, გენეტიკოსებთან, იმუნოლოგებთან, ნევროპათოლოგებთან, ენდოკრინოლოგებთან, ქირურგებთან და სხვათა, შესაძლებელი იქნება ამ დიდი პროგრამების შესრულება, რომლებიც დღეს თანამედროვე ბავშვთა კარდიო-რევოლოგიას მოეთხოვება.

დღეისათვის მრავალი ავტორის მიერ არის შესწავლილი გულის ბიომექანიკა, მიოკარდის მეტაბოლურში და ბიოენერგეტიკა. ამასთან ერთად XX საუკუნის ბოლოს ფუნდამენტური მეცნიერების – ბიოტექნოლოგიის ნახტომისებური განვითარება შესაძლებლობას იძლევა იმ მრავალრიცხოვან მედიკამენტურ მკურნალობაში, რომელიც კარდიოლოგიაში გამოიყენება, ჩართული იქნას ბიოაქტიური ნივთიერებანი ოპიოიდური პეპტიდების სახით, როგორც იმუნური სისტემის რეგულატორნი. აქვე ავლნიშნავთ, რომ საქართველოში უნიკალური პირობებია ფიტოთერაპიისათვის, რომლის



ხედრითი წონაც მსოფლიო მედიცინაში დღითიდღე იზრდება. არ უნდა დაგვავიწყდეს ქართული ფუტკარიც თავისი გრძელი ნესტარით, რომელიც დასაბამიდან გვევლინება ჩვენი არსებობის და ჯანმრთელობის შეუცვლელ თანამგზავრად, მის მიერ მოპოვებული ნატურალური თაფლი, ფიჭა-თაფლი, ყვავილის მტვერი, ფუტკრის რძე, დინდგელი და სხვა.

ამდენად, ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე საქართველოში ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგია სახელმწიფოს სტრატეგიულ გეგმაში უმნიშვნელოვანესი აუცილობლობაა.

ლიტერატურა:

1. **სამაგიდო წიგნი ექიმებისათვის** : საქემო საქმიანობის სამართლებრივი საფუძვლები / [რედ.: გოგა ჩახუნაშვილი]. - თბ.: [ბონაკაუზა], 2001. - 164გვ.; 20სმ. - ISBN 99928-844-44
2. **სამაგიდო წიგნი ექიმებისათვის** : რა უნდა იცოდეს ექიმმა : ცვლილებებითა და დამატებებით 2006 წლის 25 ნოემბრამდე / [რედ. გოგა ჩახუნაშვილი]. - თბ.: [ბონაკაუზა], 2006. - 298გვ.;
3. **გაუფრთხილდი ხერხემალს** / თსსუ; [შემდგ.: რ. სვანიშვილი, ნ. ჭაბაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი [დასხვ.] ; რედ. გ. ელიავა]. - თბ.: [გეორგიკა], 2010. - 63გვ.; სურ. ; 20სმ. - ISBN 978-9941-0-3047-5[MFN:
4. **რა უნდა იცოდნენ მოსწავლეებმა გამაჯანსაღებელი ფიზიკური ვარჯიშების შესახებ** / [ავტ.: რ. სვანიშვილი, ნ. ჭაბაშვილი, ზ. სოფრომაძე [დასხვ.] ; რედ. გ. ელიავა] ; თბილ. სახელმწ. სამედ. უნ-ტი. - თბ.: [გეორგიკა], 2011. - 60გვ. ; 19სმ. - ბიბლიოგრ.: გვ. 59. - ISBN 978-9941-0-3360-5[MFN:
5. **სამაგიდო წიგნი ექიმებისათვის** : რა უნდა იცოდეს ექიმმა : ცვლილებებითა და დამატებებით 2005 წლის 1 ივლისამდე / რედ. გოგაჩახუნაშვილი. - თბ.: ბონაკაუზა, 2005. - 254 გვ. ;
6. **ვალეოლოგია (სანოლოგია-სამედიცინო მიმართულება), რეგორც “ჯანმრთელობის მედიცინა”** / ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი // **სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია**. - თბილისი, 2013. - ISSN 1987-9865. - N15-10-9. - გვ. 52-54. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე. - ლიტ. გვ. 53
7. **დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი** / ივ. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი // **სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია**. - თბილისი, 2013. - ISSN 1987-9865. - N15-10-9. - გვ. 64-66. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე
8. **საქართველოს ეკონომიკის, მეცნიერების და განათლების ჰარმონიული განვითარების პრიორიტეტული მიმართულებები (ფარმაცია, ბიომედიცინა, მედიცინა და სპორტი) კონცეფცია** / გიორგი ჩახუნაშვილი // **სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია**. - თბილისი, 2014. - ISSN 1987-9865. - N16-11-10. - გვ. 56-62. - ორიგინალური სტატიები და სამეცნიერო აქტიობები. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე.
9. “**მარცხენა პარკუჭის სისტოლურ-დიატოლური ფუნქცია და პარკუჭთა რეპოლარიზაციის დისპერსია პათოლოგიური და ადაპტაციური ჰიპერტროფიების დროს**”. „სამკურნალო ფიზიკულტურა და სპორტული მედიცინა“ მ. მ. კ. დისერტაცია. -14. 00. 12 - თბილისი, 2006 წ. თ. ქიშმარია.
10. “**კლინიკურ-მორფოლოგიური მანევრებლების დინამიკა მოზარდ სპორტსმენტა წვრთნისა და რეაბილიტაციის პროცესში**”. 14. 00. 29 – პედიატრია. მ. მ.

- კ. დისერტაცია. თბილისი, 2006 წელი. ხ. ლასარეიშვილი
11. “**სპორტსმენტა ელექტროკარდიოგრაფია**.” თბილისი, 1989 წელი. დ. ტვილიდიანი, რ. სვანიშვილი
12. “**საექიმო კონტროლი და სამკურნალო ფიზიკური კულტურა**”. თბილისი, 2003 წელი. 480 გვერდი. რ. სვანიშვილი
13. „**ბავშვთა ასაკში ზოგიერთი თანდაყოლილი ანთეზადი და შექენილი არა ანთეზადი დაავადებების დროს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კლინიკურ-ინსტრუმენტული დახასიათება, მათ მკურნალობაში პრეპარატ GA – 40-ის ჩართვის შესაძლებლობანი**.” მ. მ. კ. დისერტაცია. თბილისი, 2004წ. ნ. ჯობავა
14. „**კაპილაროსკოპიისა და კარდიოინტერვალოგრაფიით მიღებული მონაცემების დახასიათება**“- ნ. ჯობავა, გ. ჩახუნაშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №5, გვ:16-24; 2011წ.
15. **სპორტსმენტა ანთროპომეტრული და ფუნქციური მახასიათებლები და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ამინომჟავებით გაზდიდრებული ენერგეტიკული სასმელი, ივერიული-ფიტო“-ს მოქმედების ფონზე - საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №5, გვ:24-33; 2011წ**
16. The 26-th International Pediatric association Congress of Pediatrics; South Africa, August 4-9. 2010 „**ტკე clinical significance of ST – segment deviation and T wavw changes in children**” (abstract). - G. Chakhunashvili, n. jobava, k. Chakhunashvili
17. „**USE OF BNP AND NT PROBNP IN EARLY STAGE DIAGNOSIS OF ATHLETE’S CARDIOVASCULAR PATHOLOGIES : LITERATURE OVERVIEW**.” - Iliia NadareiSvili, GeorgeChakhunashvili; journal of the Georgian pediatric cardiology association №4 pages:30-38 2010
18. „**შოსეგმენტის, Tkbilis, დაQ-T ინტერვალის თანამედროვე პრობლემები ბავშვთა და მოზარდთა კარდიოლოგიაში**” – გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი - საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №4 გვ:9-28 2010წ.
19. „**გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციური მდგომარეობა ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობის დროს სპორტსმენტ ბავშვებსა და მოზარდებში (დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის საკითხები)**” – გ. ჩახუნაშვილი, ი. დოლიძე, თ. გოგატიშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №4 გვ:39-41 2010წ.
20. „**ბავშვთა კარდიოლოგია XXI საუკუნეში, კორონარული უკმარისობა და მისი პედიატრიული ასპექტი**” – გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №2 გვ:9-12; 2008.
21. „**გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ნაადრევ მორფო-ფუნქციურ ცვლილებათა დროული გამოვლენა და საწვრთო პროცესების თანამედროვე მართვა მოზარდ სპორტსმენტებში**“-მ. ალთუნაშვილი, გ. ჩახუნაშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №2 გვ:13-14; 2008წ
22. **სპორტული მედიცინა და კინეზოთერაპია – რ. სვანიშვილი, ზ. კახაბრიშვილი; თბილისი 2010წ. გვ:575**
23. **‘cardiovascular system in the sports-children holding prevention arrangments against week rings’- G. chakhunashvili, N. jobava, D. fruidze, D. tabutsadze, M. chkhaidze; journal of the Georgian pediatric cardiology association # 2; page:15-18; 2008**



24. Martin A: Apports nutritionnels conseillés pour la population française. (3ème Ed). Paris, Ed Tec & Doc 608p. 2001.

25. Rokitzki L, Logemann E, Sagredos AN, Murphy M, Wetzel-Roth W, Keul. J: Lipid peroxidation and antioxidant vitamins under extreme endurance stress. *Acta Physiol Scand* 151 :149– 158, 1994

26. Hill AC, Miyake CY, Grady S, Dubin AM. 2011

27.. Effects of a single session of resistance exercise training on specific cardiac and oxidative stress markers

28. Tschann 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

29. “Cardiovascular system in the sports – children holding prevention arrangements against week rings”. G. Chakhunashvili, N. Jobava, D. Pruidze, D. Tabutsadze, V. Kandelaki, M. Chichaidze. Pediatric clinic of State Medical University Tbilisi, Georgia. Profilactic Center for Mother and Child Tbilisi, Georgia

30. Функциональные изменения сердца у юных спортсменов: профилактика и коррекция. Медицинский научно-исследовательский журнал. Корнеева И. Т., Поляков С. Д., ИЦЗДРАМН, Москва 2005г.

31. Детская спортивная медицина. Андреева Т. Г., Феникс, Москва 2007г.

32. Pediatric Cardiology. Walter H. Johnson, James H. Moller. ISBN-13: 9780781728782. 2001 y. 326 pages.

33. 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

34 D. Corrado Publications [http://www. labome. org/expert/italy/university/corrado/d-corrado-202830. html](http://www.labome.org/expert/italy/university/corrado/d-corrado-202830.html)

35. Hill AC, Miyake CY, Grady S, Dubin AM. Accuracy of interpretation of preparticipation screening electrocardiograms. *J Pediatr.* 2011, Jul 9.

36. Мурашко, В. В. Электрокардиография: Учебн. пособие / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 8-е изд. – М.: МЕД-пресс-информ, 2007. – 320 с.: ил

36. Forrest H. Adams M. D. George C. Emmanoulides, M. D. / Heart Disease in Infants Children and Adolescents/ 2008.

37. Cathie E. Gurretta Phd „ნარდიოვასკულარ Nursing holistic Practice “ 2004.

38 Edredby W. Graef M. D. „Manual of Pediatric Therapeutics “ 2003 London.

39 Red Book, 2006.

40 Nelson TextBook of Pediatrics, 2007.

41. Manual of Neonatal Care (Fifth Edition), J. Cloherty, E. Eichenwald, A.

42. Pediatric Infectious Diseases Journal.

43. Школьников Е А „Лечение детей наследственным синдромом удлиненного интервала QT, профилактика внезапной сердечной смерти Методические рекомендации” 2006г.

44. „კარდიოლოგია 2006” samecnero-praqtikli konferenciis masalebi. moskovi 2006w.

45. bavSvTa da mozardTa medicina redaqtori: y. faRava 2012.

46. bavSvTa asakis uxSires daavadebaTa marTva WHO 2013. Editors: Zorc, Joseph J. Title: *Schwartz’s Clinical Handbook of Pediatrics, 4th Edition* Copyright ©2009 Lippincott Williams & Wilkins Front of Book Edito.

47. PEDIATRIC CLINICAL ADVISOR ISBN-13: 978-0-323-03506-4 ISBN-10: 0-323-03506-X Copyright # 2007, 2002 by Mosby, Inc. an affiliate of Elsevier Inc.

48. Nelson –PEDIATRICS 19 th Edition.

49. პერიოდული ლიტერატურა კარდიო-რევმატოლოგიაში:
 ა) [www. Cardiology](http://www.Cardiology);
 ბ) [www. Ecg Infetus](http://www.Ecg Infetus);
 გ) [www Ecg Neonatology](http://www.Ecg Neonatology);
 დ) <http://www. medicusamicus. com>;
 ე) <http://www. med-ed-online. org/>;
 ვ) <http://cardio-journal. ru/>;
 ზ) <http://www. infomedical. ru/car/>;
 თ) <http://www. pulsus. ru/http://www. pulsus. ru/>;
 ი) Medscape Medical Search;
 კ) WWW. sppf. info/cardio Jurnal `bavSvTa kardiologia~ (2007-8-9-10-11-12-13-14-15 ww).
 ლ) http://www. moh. gov. ge/index. php?lang_id=GEO&sec_id=379

რეზიუმე

საქართველოში ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის სახელმწიფოს სტრატეგიული გეგმის აუცილობლოგის შესახებ

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაძე, ძ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, დ. ტაბუცაძე, ძ. ჩახუნაშვილი (საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

აქტუალობა: საქართველოში ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის თანამედროვე მართვისათვის აუცილებელია სპეციალისტთა დროული და საჭირო რაოდენობით მომზადება, რომელიც უშუალოდ ეფუძნება დიპლომის შემდგომი სარეზიდენტო მზადების განხორციელებას.

ნაშრომში დაისახა მიზანი: საქართველოში ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის თანამედროვე მართვისათვის, როგორც სახელმწიფოს სტრატეგიული უცვლლობის ჩვენება.

განსჯა:

დროულად განხორციელდეს ბავშვთა ასაკიდანვე ათეროსკლეროზისა და გულის იშემიური დაავადების პრევენციის მართვის ხუთი ეტაპი.

2. ვინაიდან, სპორტულ მედიცინაში გულ-სისხლძარღვთა სისტემა მოითხოვს ასაკობრივად სპორტსმენთა ვარჯიშთა რაციონალურად წყობას დოზირებული დატვირთვით, აუცილებელია შრომისუნარიანობის კონტროლი რათა თავიდან იქნას აცილებული ახალგაზრდა სპორტსმენთა დაავადებები.

3. აუცილებლობა მოითხოვს XXI საუკუნის დასაწყისში ბავშვთა კარდი-რევმატოლოგიაში დროულად დამუშავდეს საკითხები, რომლებიც შეეხება გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანებას ნორმისა და პათოლოგიის ზღვრებს შორის.

დასკვნა: ამდენად, ყოველივე ზემოთქმულიდან გამომდინარე საქართველოში ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგია სახელმწიფოს სტრატეგიულ გეგმაში უმნიშვნელოვანესი აუცილობლობაა.



SUMMARY

ABOUT IMPORTANCE OF HAVING STATE STRATEGY ABOUT PEDIATRIC CARDIO-RHEUMATOLOGY

G. CHAKHUNASHVILI, N. JOBAVA, K. CHAKHUNASHVILI, D. CHAKHUNASHVILI, D. TABUTSADZE, K. CHAKHUNASHVILI (Georgian Pediatric Cardiology Association)

Actuality: It is necessary to have qualified personnel in certain quantity to be able to execute modern management of pediatric cardio-rheumatology.

Aim: The main goals was to prove importance of cardio-rheumatology as a state necessity.

Discussion: 1. 5 stage management of atherosclerosis and ischemic heart disease should be done in a timely manner. 2. It is important to prevent diseases in young sportsmen by choosing proper training and avoiding cardiovascular overload. 3. Clear distinction must be established between disease and normal status in pediatric cardio-rheumatology .

Conclusion: Therefore, we think, that pediatric cardio-rheumatology is a very important subject, which must be put on national strategy.

შარული ვებეტიური დისფუნქციისა და სისხლარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობა, როგორც პალეოლოგიის თანამედროვე მართვის საუბეველი

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, დ. ტაბუცაძე, კ. ჩახუნაშვილი (საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

დღეს, მეცნიერებაში გაბედულად იკავენს თავის ადგილს ჯანრთელობის მართვა - ფუნდამენტური ინტეგრაციული მეცნიერება ადამიანის ჯანმრთელობის შესახებ; ის სხვადასხვა დონეზე (მოლეკულურ, უჯრედულ, ქსოვილოვან, ორგანულ, სისტემურ, ორგანიზმულ და პოპულაციურ) შეისწავლის ჯანმრთელობის ეტიოლოგიურ არსსა და იმ პროცესებს, მდგომარეობებსა და ფაქტორებს, რომლებიც ახასიათებს და განაპირობებს ინდივიდუალურ და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობას; იძიებს და შეისწავლის ჯანმრთელობის რაოდენობრივ და ხარისხობრივ კრიტერიუმებს, შეიმუშავებს წარმოსახვის, დიაგნოსტიკის, პროგნოზირების, სტაბილურობის, რეგენერაციისა და რეაბილიტაციის მეთოდოლოგიურ მიდგომებს.

ამერიკის შეერთებული შტატების ნაციონალურ პროგრამაში („ხალხის ჯანმრთელობა“) გამოყოფილია სამი ორგანიზაციული პრინციპი:

- 1) ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა, „წინ წაწევა“ (Health promotion),
2) ჯანმრთელობის დაცვა (Health protection) და

3) პროფილაქტიკური მედიცინის სამსახური (Preventive services), რომლებიც ერთმანეთს აკვებს და ეფექტურად აუმჯობესებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სტატუსს.

აღსანიშნავია, რომ ჯანმრთელობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და დღევრძელობის შესახებ დღეს ცალკე მეცნიერებაც კი არსებობს. ამ მეცნიერებას ვალოლოგია ეწოდება. კერძოდ, იგი წარმოადგენს მეცნიერებათა მნიშვნელოვან მიმართულებას:

- 1. ადამიანის ფიზიკური და ფსიქოლოგიური ჯანმრთელობის შესახებ ადაპტაციის პირობებში
2. ადამიანის ფიზიკური და ფსიქიკური ჯანმრთელობის, მისი შრომის უნარიანობის შენარჩუნების რესურსების და მექანიზმების შესახებ.
3. ადამიანის ფსიქიკური და ფიზიოლოგიური ჯანმრთელობის შესახებ სტრესის ვითარებაში.
4. ფიზიკური ჯანმრთელობისა და ასოციალური კეთილდღეობის შესახებ ფსიქიკური ნორმის პირობებში

ზემო თქმულიდან გამომდინარე სწორედ, ამიტომ დღეისათვის უმნიშვნელოვანესია ფარული ვებეტ-

ტიური დისფუნქციისა და სისხლდარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობის განსაზღვრა, რომელიც ვალეოლოგიის მართვაში სათანადო როლს დაიჭერს (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). კლინოლოგიატოლოგიური სინჯების დროს კარდიოინტერვალოგრაფიული ჩანაწერი საშუალებას იძლევა შევფასოთ ვებეტატიური ნერვული სისტემის საწეის ტონუსი და

ვებეტატიური რეაქტიულობის ხასიათი. კერძოდ,

დო1) HH = (AMo / (2Mo * ΔRR)) (დო2)
= (AMo / (2Mo * ΔRR)) (დო2) / (დო1) = K

(ავიღოთ 100 დარტემა ანუ 100 R-R ინტერვალი), სადაც

- 1. Mo = 60 (მუდმივია) /ყველაზე ხშირად შეხვედრილი რიტმი-R-R ანუ P-რიტმი(მაგ. 70 წთ-ში.)
2. A Mo = რიცხვი რამდენჯერაც შეგვხვდა 70, მაგ შეგვხვდა 4ჯერ X 5-ზე, (იგი მუდმივია)
3. ΔRR = 60 /ყველაზე პატარა P - 60 /ყველაზე დიდი P

$$4. \Delta H = \frac{A \cdot M \circ}{2M \circ \cdot \Delta R R}$$

მოსვენებისას (დო)

ე. ი. საბოლოოდ ამ მიზნით გამოიყოფება დაძაბვის ინდექსის (დო1) დამოკიდებულება ერთმდგომარეობასა (დო2) და

მის საწყისი ტონუსისა და ვეგეტატიური რეაქტიულობის ტიპების კომბინაციაზე დაყრდნობით, შესაძლებელია გამოვლენილ იქნას შემდეგი ვარიანტები:

დაძაბვის ინდექსი მოსვენებისას პირობ.ერთეული
ვეგეტატიური წერტილის სისტემის საწყისი ტონუსი ვაგოტონია < 30 საწყისი ტონუსი ნორმა 30-60 საწყისი ტონუსი ნორმა 61-90 საწყისი ტონუსი სიმპატიკოტონია 91-160 და მეტი

ეიტონია + ნორმალური რეაქტიულობა (E+N)

ეიტონია + ჰიპერსიმპატიკოტონური რეაქტიულობა (E+H)

ეიტონია + ასიმპატიკოტონური რეაქტიულობა (E+A)

სიმპატიკოტონია + ნორმალური რეაქტიულობა (S+N)

სიმპატიკოტონია + ჰიპერსიმპატიკოტონური რეაქტიულობა (S+H)

სიმპატიკოტონია + ასიმპატიკოტონური რეაქტიულობა (შ+A)

ვაგოტონია + ნორმალური რეაქტიულობა (V+N)

ვაგოტონია + ჰიპერსიმპატიკოტონური რეაქტიულობა (V+H)

ვაგოტონია + ასიმპატიკოტონური რეაქტიულობა (V+A)

კლინორთოსტატიული სინჯების სიმარტივე, ხელმისაწვდომობა და ინფორმაციულობა განაპირობებს პედიატრიდან მისი ფართო გამოყენებას, ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციის და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობის გამოსაგვინად, რომელიც ვადეოლოგიის დანამედროვე მართვის საფუძველი იქნება.

5. ერთმდგომარეობისას (დო)- მოსვენებასთან (დო) მიმართება-
ითვლება იგივენაირად ში (იხ. ცხრილი №3).

6. (დო2) / (დო1) = K

ვეგეტატიური წერტილი სისტე-

ცხრილი №3

ვეგეტაციული რეაქტიულობის შეფასება ერთოსტატიკული სინჯების დროს (დო/დო)

დაძაბვის ინდექსი მოსვენებისას პირობ.ერთეული	ვეგეტატიული რეაქტიულობა - K		
	ნორმალური	ჰიპერსიმპატიკოტონური	ასიმპატიკოტონური
<30	1-3	> 3	1 >
30-60	1-2,5	> 2,5	1 >
61-90	0,9-1,8	> 1,8	0,9 >
91-160 და მეტი	1,5-0,7	> 1,5	0,7 >

ტიმსტისათვის საჭირო ღამათება

Длительность интервала R - R (с)	ЧСС	Длительность интервала R - R (с)	ЧСС	Длительность интервала R - R (с)	ЧСС	Длительность интервала R - R (с)	ЧСС	Длительность интервала R - R (с)	ЧСС	Длительность интервала R - R (с)	ЧСС
0,30	200,0	0,42	142,8	0,53	113,2	0,65	92,3	0,76	78,9	0,88	68,2
0,31	193,5	0,43	138,5	0,54	111,1	0,66	90,9	0,77	77,9	0,89	67,4
0,32	187,5	0,44	136,4	0,55	109,1	0,67	89,6	0,78	76,6	0,91	65,9
0,33	181,3	0,45	133,3	0,56	107,1	0,68	88,2	0,79	75,9	0,92'	65,1
0,34	176,5	0,46	130,4	0,57	105,3	0,69	86,9	0,80	75,0	0,93	64,5
0,35	171,4	0,47	127,7	0,58	103,4	0,70	85,7	0,81	74,1	0,94	63,8
0,36	166,6	0,48	125,0	0,59	101,7	0,71	84,5	0,82	73,2	0,95	63,1
0,37	162,2	0,49	122",4	0,60	100,0	0,72	83,3	0,83	72,3	0,96	62,5
0,38	157,9	0,50	120,0	0,61	98,5	0,73	82,2	0,84	71,4	0,97	61,9
0,39	153,8	0,51	117,6	0,62	96,5	0,74	81,1	0,85	70,6	0,98	61,2
0,40	150,0	0,52	115,4	0,63	95,2	0,75	80,0	0,86	69,8	0,99	60,6
0,41	146,6			0,64	93,8			0,87	68,9		

Например, интервал R - R = 0, 60 с, следовательно, за 1 мин (60 с) регистрируется 60:0, 60= 100 интервалов R - R. Имеются специальные таблицы, где подсчитана частота сокращений

Определение частоты сокращений сердца в 1 мин (ЧСС) по продолжительности сердечного цикла сердца (интервалу R - R)

Частота ритма	Период новорожденности	10-30 дней	1-12 мес.	1-2 года	2-6 лет	6-12 лет
150-160	0,11	0,11	0,11	0,11	0,13	0,15
130-150	0,11	0,12	0,14	0,14	0,14	0,16
110-130	0,11	0,12	0,14	0,14	0,15	0,16
90-110	0,11	0,13	0,14	0,15	0,16	0,16
70-90		—	—	0,15	0,16	0,18

Максимальная длительность интервала P-Q (R) в секундах в зависимости от возраста и частоты сердечного ритма [М. Гомирато Сандруччи и Г. Боно]



ლიტერატურა:

1. ვალეოლოგია (სანოლოგია-სამედიცინო მიმართულება), როგორც "ჯანმრთელობის მედიცინა" / ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. - თბილისი, 2013. - ISSN 1987-9865. - N15-10-9. - გვ. 52-54. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე. - ლიტ. გვ. 53

2. დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი / ივ. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი // სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია. - თბილისი, 2013. - ISSN 1987-9865. - 15-10-9. - გვ. 64-66. - რეზიუმე ქართ. და ინგლ. ენაზე

3. „ბავშვთა ასაკში ზოგიერთი თანდაყოლილი ანთებადი და შექცვნილი არაანთებადი დაავადებების დროს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის კლინიკურ-ინსტრუმენტული დახასიათება, მათ მკურნალობაში პრეპარატ GA-40-ის ჩართვის შესაძლებლობანი. ” მ. მ. კ. დისერტაცია. თბილისი, 2004წ. ნ. ჯობავა

4. „კაპილაროკოპიისა და კარდიოინტერვალოგრაფიით მიღებული მონაცემების დახასიათება“- ნ. ჯობავა, გ. ჩახუნაშვილი; საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №5, გვ:16-24; 2011წ.

5. 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

6 „USE OF BNP AND NT PROBNP IN EARLY STAGE DIAGNOSIS OF ATHLETE’S CARDIOVASCULAR PATHOLOGIES : LITERATURE OVERVIEW. ” - Iliia Nadarei Svili, George Chakhunashvili; journal of the Georgian pediatric cardiology association №4 pages:30-38 2010

7 „შოსევმენტის, Tkbilis, და Q-T ინტერვალის თანამედროვე პრობლემები ბავშვთა და მოზარდთა კარდიოლოგიაში” – გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი - საქარ-

თველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის ჟურნალი №4 გვ:9-28 2010წ

8. „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 ჟურნალი №4 გვ:39-41 2010წ

9. სპორტული მედიცინა და კინეზოთერაპია –რ. სვანიშვილი, ზ. კახაბრიშვილი; თბილისი 2010წ. გვ:575

10, cardiovascular system in the sports-children holding prevention arrangements against week rings”- G. chakhunashvili, N. jobava, D. fruidze, D. tabutsadze, M. chkhaidze; journal of the Georgian pediatric cardiology association № 2; page:15-18; 2008

რეზიუმე

ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობა, როგორც ვალეოლოგიის თანამედროვე მართვის საფუძველი

ბ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, დ. ტაბუცაძე, მ. ჩახუნაშვილი (საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

აქტუალობა: ჯანმრთელობის, ცხოვრების ჯანსაღი წესისა და დღევანდელი შესახებ დღეს ცალკე მეცნიერება არსებობს. ამ მეცნიერებას ვალეოლოგია ეწოდება, რომლის თანამედროვე მართვა დღევანდელი აუცილებლობაა.

ნაშრომში მიზანი: ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობა, როგორც ვალეოლოგიის თანამედროვე მართვის საფუძველის ახსნა.

განსჯა: დღეისათვის უმნიშვნელოვანესია ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციისა და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობის განსაზღვრა, რომელიც ვალეოლოგიის მართვაში სათანადო როლს დაიჭერს, ვინაიდან კლინიკურ-ინსტრუმენტული სინჯების დროს კარდიოინტერვალოგრაფიული ჩანაწერი საშუალებას იძლევა შევაფასოთ ვეგეტატიური ნერვული სისტემის საწყისი ტონუსი და ვეგეტატიური რეაქტიულობის ხასიათი.

დასკვნა: კლინიკურ-ინსტრუმენტული სინჯების სიმარტივე, ხელმისაწვდომობა და ინფორმაციულობა განაპირობებს პედიატრიიდან მისი ფართო გამოყენებას, ფარული ვეგეტატიური დისფუნქციის და სისხლძარღვოვანი ჰიპერრეაქტიულობის გამოსავლენად, რომელიც ვალეოლოგიის თანამედროვე მართვის საფუძველი იქნება.

SUMMARY

HIDDEN VEGETATIVE DYSFUNCTION AND VASCULAR HYPERACTIVITY AS A FOUNDATION OF MODERN VALEOLOGY

G. CHAKHUNASHVILI, N. JOBAVA, K. CHAKHUNASHVILI, D. CHAKHUNASHVILI, D. TABUTSADZE, K. CHAKHUNASHVILI (Georgian Pediatric Cardiology Association)

Actuality: There is a new subject of valeology which studies health, healthy way of life and long life.

Aim: The aim was to describe management of hidden vegetative dysfunction and vascular hyperactivity.

Discussion: Inclusion of cardiointervalogical transcript in clinical-orthostatic assessment of tonus of nervous system and vegetative reactivity is, to our mind, the most important issue.

Conclusion: Value and low price of clinical-orthostatic tests is the reason for its wide use. While it also can easily detect hidden vegetative dysfunction and vascular hyperreactivity.



რევმატოლოგია

კიდევ ერთხელ იუვენალური იდიოპათიური ართრიტის შესახებ

ბ. ჩახუნაშვილი, თ. კუჭუშიძე, ნ. ჯობაძე, ძ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, (საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

დღევანდელი შრომა განაპირობა არამარტო პედიატრებისა და ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგების მოთხოვნილებამ მეტი გაიგონ თანამედროვე რევმატოლოგიაში რა სიახლეებია, თუ იგივე რჩება იუვენალური იდიოპათიური ართრიტის (იია) კლინიკურ მართვაში, არამედ ჩვენმა სურვილმა, მშობლებისთვისაც აგვეხსნა და მიგვეწოდებინა მათთვის საჭირო ინფორმაცია, რომელიც 1980 წლიდან დღემდე ასეულობით ავადყოფის კატამნეზს და შესაბამის ლიტერატურულ (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14) ანალიზს ყვრდნობა.

იუვენალური იდიოპათიური ართრიტი (იია) არის კრებითი ტერმინი, ე. წ. „ქოლგა, რომელიც აერთიანებს ქრონიკული ართრიტით მიმდინარე დაავადებათა ჯგუფს. იია ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ქრონიკული რევმატიული დაავადებაა ბავშვთა ასაკში. ამავე დროს, იგი მნიშვნელოვანი მიზეზია ხანმოკლე და ხანგრძლივი დროით განვითარებული უნარშეზღუდულობის. დაავადება დიაგნოსტირდება 16 წლამდე ართრიტით დაავადებულ ბავშვებში, როცა დაავადების ხანგრძლივობა არანაკლებ 6 კვირა და სხვა ართრიტის შესაძლო მიზეზები გამორიცხებულია. იია გავრცელებულ შეადგენს 1-დან 22 შემთხვევამდე 100000 ბავშვზე. არსებობს კლასიფიკაციის სამი სხვადასხვა ვარი-

ანტი, რომელიც მოწოდებულია: ამერიკის რევმატოლოგთა კოლეჯის (ACR), ევროპის რევმატიზმის საწინააღმდეგო ლიგის (EULAR) და რევმატოლოგიის საერთაშორისო ლიგის (ILAR) მიერ. კლასიფიკაციის არც ერთი ვარიანტი სრულყოფილი არ არის. პაციენტთა გარკვეული ჯგუფი ვერ თავსდება დაავადებათა რომელიმე ქვეტიპში, რაც გარკვეულ სირთულეებს წარმოქმნის დიაგნოზის ვერიფიცირების პროცესში (ILAR მიხედვით ასეთი პაციენტები გაერთიანებულია ქვეჯგუფში „არადიფერენცირებული ართრიტი“). აღნიშნულ სტატიას საფუძვლად დაედო ILAR კლასიფიკაცია.

იია-ს კლასიფიკაცია

ILAR-ის კლასიფიკაციის მიხედვით გამოყოფილია იია-ის შვიდი ქვეტიპი: სისტემური, ოლიგორტიკულარული, პოლიარტიკულარული RF+ და RF-, ენთეზიტ-დაკავშირებული ართრიტი, ფსორიაზული ართრიტი და „არადიფერენცირებული ართრიტი“. აღნიშნულ კლასიფიკაციას საფუძვლად დაედო მასში გაერთიანებული ქვეტიპების მსგავსი კლინიკური, ეპიდემიოლოგიური და გამოსავლის პროგნოზურობა. სისშირის მიხედვით დაავადების ქვეტიპები გვხვდება – ოლიგორტიკულარული (50-60%), პოლიარტიკულარული (30-35%), სისტემური (10-

20%), ფსორიაზული (2-15%) და ენთეზიტ-დაკავშირებული (1-7%). ქვეტიპების გამოვლინება ხდება დაავადების დაწყებიდან პირველი 6 თვის შემდეგ. მნიშვნელოვანი კლინიკური ნიშნები, რომლებიც გვეხმარება დაავადების დიაგნოზის დადასტურებაში არის ენთეზიტი (ანთებითი ხასიათის გაგა-წელის ტკივილი, საკროილიტი, ფსორიაზი, ცხელება, გამონაყარი და სეროზიტი).

უზიოლოგია და პათოგენეზი

მიუხედავად იმისა, რომ იია-ის გამომწვევი მიზეზები უცნობია, იგი გვევლინება გენეტიკურ პათოლოგიად, სადაც მნიშვნელოვან როლს ასრულებს გენეტიკური, იმუნური და ანთებითი ფაქტორების ერთობლიობა. დაავადების განვითარებას უკავშირებენ ბაქტერიულ და ვირუსულ ინფექციებს, ჰორმონალ დისბალანსს, ფსიქოგენურ სტრესს, იმუნოდეფიციტს, სახსრების ტრავმას და სხვ. განსაზღვრული HLA-ის I და II კლასის ალელები ასოცირებულია იუვენალური იდიოპათიური ართრიტის განვითარების მაღალ რისკთან. I კლასის HLA- 2 ანტიგენი ასოცირებულია ადრეულ განვითარებულ ოლიგორტიკულარულ ართრიტთან გოგონებში. აგრეთვე II კლასის HLA DRBI*08 და DR1*04 და *05 ასოცირებულია პერსისტენტულ და გავრცელებულ ოლიგორტიკულარულ ფორმებთან. HLA-B27 I კლასი დაკავშირებულია ენთეზიტ-ასოცირებულ ართრიტთან. ANA გამოვლინდება პაციენტთა დაახლოებით 40%-ში, განსაკუთრებით გოგონებში ოლიგორტიკულარული დაავადებით. იია-ით დაავადებული პაციენტების დაახლოებით 5-დან 10%-ში რევმატოიდული ფაქტორი დადებითია. ამ დაავადების დროს სისხლის შრატში იმატებს IL-1, 2, 6 შემცველობა. IL-6 მომატებულია სისტემური ფორმის დროს და კორელირებს დაავადების სიმძიმესთან.

ქრონიკული ართრიტების კლასიფიკაცია ბავშვებში

ACR (1977) იია	EULAR (1978) იქრ	ILAR (1997) იია
სისტემური	სისტემური	სისტემური
პოლიარტიკულარული	პოლიარტიკულარული	პოლიარტიკულარული RF+
პაუსიარტიკულარული	პაუსიარტიკულარული	პოლიარტიკულარული RF-
	იუვენალური ფსორიაზული	ოლიგორტიკულარული
		პერსისტენტული
		გავრცელებული
		ფსორიაზული
		ენტეზიტ-დაკავშირებული
		არადიფერენცირებული



ოლიგორტიკულარული იია

პერსისტული ოლიგორტიკული დიაგნოსტიკა როცა პირველი 6 თვის განმავლობაში ზიანდება 5-ზე ნაკლები სახსარი. ამ ჯგუფის პაციენტებს ძირითადად უზიანდებათ ქვედა კიდურების მსხვილი სახსრები, როგორცაა მუხლის და კოჭ-წვივის სახსრები. მონორტიკულარული შემთხვევაში ძირითადად ზიანდება მუხლის სახსარი. ამ დროს სახსრის მოძრაობა თავისუფალია და ტკივილიც იშვიათად აღენიშნებათ. ოლიგორტიკულარულ პაციენტებს, განსაკუთრებით ანტინუკლეარულ ანტიოგენ დადებით გოგონებს, აქვთ მაღალი რისკი უვეიტის განვითარების.

თუ 6 თვის შემდეგ დაზიანდა 5 და მეტი სახსარი, ეს უკვე არის გავრცელებული ოლიგორტიკული. ოლიგორტიკულარულ პაციენტთა დაახლოებით 50%-ს უვითარდება გავრცელებული დაავადება, მათ შორის 30%-ს 2 წლის შემდეგაც კი. გავრცელებული დაავადების რისკ-ფაქტორები მოიცავს კოჭ-წვივისა და სხივ-მაჯის სახსრების დაზიანებას, სიმეტრიული ართრიტის არსებობას, 2-4 სახსრის ართრიტის, მაღალ ელს და ANA ტიტრების მომატებას. გავრცელებული დაავადება ყოველთვის დაკავშირებულია ცუდ პროგნოზთან.

პოლიარტიკულარული იია

პოლიარტიკულარული იია – 5 და მეტი სახსარი პირველი 6 თვის განმავლობაში. გამოყოფენ ორ ქვეტიპს: რევმატიკულ ფაქტორ უარყოფით (20%-30%) და რევმატიკულ ფაქტორ დადებითს (5%-10%). ორივე ტიპით უფრო ხშირად ავადობენ გოგონები, ვიდრე ბიჭები. RF უარყოფითი პაციენტებს ართრიტი უვითარდებათ ადრეულ ბავშვობაში, განსხვავებით RF დადებითი პაციენტებისგან, რომელთაც ართრიტი უვლინდებათ გვიან ბავშვობასა და მოზარდობის პერიოდში. სერონეგატიურ პაციენტებს აქვთ განსხვავებული პროგნოზი. აღნიშნულ ტიპს არ ახასიათებს მჭიდრო კორელაცია HLA სისტემასთან და შესაძლოა მოგვიანებით მოხდეს მათი ზუსტი ტიპირება. სეროპოზიტიურ პაციენტებს, განსაკუთრებით გოგონებს აღენიშნებათ წვრილი სახსრების სიმეტრიული დაზიანება და მძიმე ეროზიული დაავადება. მათ შესაძლოა განუვითარდეთ კანქვეშა კვანძები (არა მგრძობობიარე, ზეწოლით მკვრივი). ართრიტი ჩვეულებრივ მოიცავს მსხვილ და

მცირე ზომის ხელისა და ფეხის სახსრებს, თუმცა ხერხემლის სვეტიც, მათ შორის ხერხემლის კისრის ნაწილი და საფეთქელ-ქვედა ყბის სახსარიც შესაძლოა დაზიანდეს. ქრონიკული უვეიტი ამ დროს იშვიათია ოლიგორტიკული ფორმისაგან განსხვავებით.

იია-ის სისტემური ფორმა

სისტემური ფორმა არის იია-ის ერთადერთი ქვეტიპი, რომელიც არ ხასიათდება მკაცრი ასაკობრივი, სქესობრივი და HLA ასოციაციით. დაავადება იწყება სახსარგარეთა გამოვლინებებით, როგორცაა გამოწყინა, ცხელება, გენერალიზებული ლიმფადენოპათია, ჰემატოსპლენომეგალია, სეროზიტები. პაციენტთა დაახლოებით 10%-ს შესაძლოა გამოუვლინდეს დაავადების მხოლოდ ასეთი მანიფესტაცია, სახსროვანი სინდრომის გარეშე. სისტემური იუვენილური იდიოპათიური ართრიტის დროს წამყვანია 2 კვირიანი ცხელება, როგორც წესი ორპიკიანი. ცხელების დროს დამახასიათებელია ძლიერი შემცივნება, ხოლო უსიცხო პერიოდში ბავშვის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. მნიშვნელოვანია წარმავალი ერთეულ-მატოზური გამონაყარი – ნარინჯისფერ-ვარდისფერი, 2-10 მმ შემოსაზღვრული ლაქები. ძირითადად სხეულზე და კიდურების პროქსიმალურ ზედაპირზე, მათ შორის იდლიისა და საზარდულია მიდამო. გამონაყარი შეიძლება გამწვავდეს სტრესის და თბილი აბაზანის მიღების შემთხვევაში. გამონაყარი იშვიათად ხასიათდება ქავილის შეგრძნებით და იგი არასოდეს არაა პურპურული ელემენტების სახით. სისტემური ფორმის დროს ართრიტი არის პოლიარტიკულარული და გამოვლინდება დაავადების დაწყებიდან 6 თვის განმავლობაში. ზიანდება როგორც მსხვილი, ასევე წვრილი სახსრები. ასიმეტრიული ოლიგო ართრიტი იშვიათია. ლაბორატორიული მონაცემები მოიცავს: ანემიას (შესაძლოა მძიმე), ლეიკოციტოზს, თრომბოციტოზს, ლვიდლის ფერმენტების და ანთების მწვავე ფაზის მარკერების მომატებას. ANA ტიტრი იშვიათად არის დადებითი. სისტემური ფორმის დროს პაციენტთა 60-85%-ს უვითარდება რემისია, ხოლო 37%-ს ქრონიკული დესტრუქციული პოლიარტიკული. დაავადების აქტივობის საშუალო ხანგრძლივობაა 6 წელი. ცუდი პროგნოზული მაჩვენებელია: 6 წლამდე ასაკში დაავადების განვითარება, დაავადების ხან-

გრძლივობა 5 წელი, ლგ მაღალი დონე, პერსისტული სისტემური სიმპტომები (ხანგრძლივი ცხელება ან კორტიკოსტეროიდებით ხანგრძლივი მკურნალობა), თრომბოციტოზი ან დაავადების მიმდინარეობა 6 თვის განმავლობაში. პაციენტები, რომლებიც ცუდად ემორჩილებიან ჩატარებულ მკურნალობას აქვთ გაზრდილი რისკი ამილოიდოზის განვითარების (1.4-9%). სიკვდილიანობის სისხიერე სისტემური ფორმის დროს შეადგენს 0.3%-ზე ნაკლებს, რომლის ძირითადი წილი განპირობებულია მკეროფაგების აქტივაციის სინდრომით და ინფექციით. მკეროფაგების აქტივაციის სინდრომის ტრიგერია ვირუსული ინფექცია, მედიკამენტების დამატება ან შეცვლა, განსაკუთრებით ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები, ოქროს პრეპარატები, სულფასალაზინი, ეტანერცეპტი. პაციენტს აღენიშნება მძიმე ჰეპატოსპლენომეგალია, ლიმფადენოპათია, პურპურა, ლორწოვანი გარსებიდან სისხლდენა, მულტიორგანული უკმარისობა, პანციტოპენია, პროთრომბინის დროის გახანგრძლივება, პიპერფერიტინემია, პიპერტირელიცერიდემია. ელს ყოველთვის დაბალია (მკეროფაგების აქტივაციის სინდრომის საკვანძო ნიშანი), რაც განპირობებულია მოხმარების კოაგულოპათიითა და ლვიდლის დაზიანებით. მკურნალობა მოიცავს პულს-თერაპიას მეთილ-პრედნიზოლონით (30 მგ/კგ მაქ. 1კ), თუ პაციენტი არ პასუხობს ჩატარებულ მკურნალობას, მაშინ ემატება ციკლოსერინი (2-5 მგ/კგ/დღეში). რეფრაქტერიული პაციენტი შესაძლოა იყოს მგრძობობიარე დექსამეტაზონზე და ეტოპოზიდზე.

ენთეზიტ-დაბაჰშირებადი ათრიტი

იუვენილური ანკილოზური სპონდილიტითა და ნაწლავის ანთებითი დაავადებთან დაკავშირებული ართრიტით დაავადებული პაციენტები, განეკუთვნებიან ენთეზიტ-დაბაჰშირებადი ართრიტის ქვეტიპს (ედა). ედა-ს გავრცელების დონეა 12-33 შემთხვევა ყოველ 100 000 მოსახლეზე და უფრო მეტად გავრცელებულია 8 წლის ასაკის შემთხვევაში. დაავადებას აქვს გენეტიკური წინასწარგანწყობა, რაც დასტურდება დაავადებულ პაციენტებში დადებითი ოჯახური შემთხვევების და HLA-27 ანტიგენის არსებობით. დაავადების დამახასიათებელი ნიშნებია ტკივილი, შებოჭილობა და შედეგად ზურვის მოძრაობის



შეზღუდვა. ედა უნდა ვივარაუდოთ ნებისმიერ ბავშვში, რომელსაც აქვს აქსიალური და პერიფერიული ჩონჩხის ქრონიკული ართრიტი, ენთეზიტი (ანთება იმ ადგილებში, სადაც იოგები უკავშირდება ძვალს), ამ დროს RF და ANA სერონეგატიურია. პერიფერიული ართრიტი ჩვეულებრივ ვლინდება ქვემო კიდურების რამოდენიმე სახსარში, რომელსაც წინ უსწრებს აქსიალური ნიშნები, და გაავა-თქმოს სახსრების ართრიტი, რომლის განვითარებას სჭირდება გარკვეული წლები. გაავა-თქმოს სახსრის რადიოგრაფიული ცვლილებები მოიცავს სახსრე ნაპრალის შევიწროებას, ეროზიას, სკლეროზს, მენჯის ოსტეოპოროზს და ექსუდაციურ კომპონენტს. ნაწლავის ანთებითი დაავადების დროს ართროპათია წარმოადგენს დიაგნოსტიკურ სირთულეს, რადგანაც ართრიტი შეიძლება იყოს დაავადების პირველი გამოვლინება. ამ დროს დიაგნოზის გასაღები მოიცავს გასტროინტესტინალურ სიმპტომებს, წონის დაკლებას ან ზრდის შეფერხებას და კან-ლორწოვანის ისეთ ცვლილებებს, როგორც კვანძოვანი ერითემა, აფთოზური სტომატიტი და განგრენოზური პილდერმია. არსებობს ართრიტი-თან დაკავშირებული ანთებითი დაავადების ორი განსხვავებული ფორმა. პირველი, მწვავე პოლიარტიკულარული ფორმა, ძირითადად გამოვლინდება ნაწლავური დაავადების აქტივაციის დროს; როგორც წესი, ართრიტი უმჯობესდება გასტროინტესტინალური დაავადების ჩათვლების შემდეგ. მეორე ფორმაში კი, რომელიც უფრო ტიპურია ედა-თვის, ართრიტი მიმდინარეობს ნაწლავური დაავადებისაგან დამოუკიდებლად. ექსტრა-არტიკულარული გამოვლინებები მოიცავს: წინა უვეიტს, აორტის ნაკლოვანებას, აორტიტს, კუნთოვან სისუსტეს და სუბფერბილურ ტემპერატურას. მწვავე უვეიტი შეიძლება განუვითარდეს პაციენტების 27%-ს, ის ხშირად არის უნილატერალური, მორეციდივე და ვლინდება, როგორც წითელი, მტკივნეული ფოტოფობიური თვალი, ხშირად გართულებების გარეშე. ლაბორატორიული მონაცემებით არის საშუალო სიმძიმის ანემია, ლეიკოციტების რაოდენობის ნორმალური ან ზომიერი მომატება, თრომბოციტოზი და ედს მომატება.

ფსორიაზული ართრიტი

ფსორიაზული ართრიტი არის ქრონიკული ანთებითი ართრიტი, რომლის განვითარების პიკი ვლინდება საშუალო ასაკის ბავშვებში.

ფსორიაზული ართრიტის დიაგნოსტიკება რთულია, ვინაიდან ართრიტი შეიძლება მიმდინარეობდეს გამონაყარის გამოვლინებამდე მრავალი წლით ადრე. ფსორიაზული ართრიტი არის ასიმეტრიული ართრიტი, რომელიც აზიანებს მუხლის, კოჭის, ხელისა და ტერფის მცირე ზომის სახსრებს. ხშირად არის პროქსიმალური და დისტალური ფალანგთაშორისი სახსრების და მყესოვანი გარსის ანთებითი დაზიანება, რის შედეგადაც ვლინდება თითების შესივება, რომელიც ცნობილია „სოსისის თითის“ სახელწოდებით. ექსტრაარტიკულარული გამოვლინებები მოიცავს გამონაყარს, ფრჩხილებზე ცვლილებებს (ჩადრმავებებს, ონიქოლიზის და ზეთოვანი-გამონაყარის ნიშანს) და უვეიტს. ფსორიაზული ართრიტის დროს პაციენტთა 1/3- გამონაყარი უვითარდება 15 წლის ასაკში. ყველა ბავშვს ფსორიაზული ართრიტით უნდა ჩაუტარდეს თვალის მიკროსკოპული გამოკვლევა ყოველ 6 თვეში, რადგანაც შესაძლებელია ასიმპტომური წინა უვეიტი აღმოაჩნდეს პაციენტთა 17%-ს. ლაბორატორიული მონაცემებით ვლინდება ანთების მწვავე ფაზის მარკერების მომატება, ანემია, თრომბოციტოზი. ANA ტიტრი შეიძლება იყოს დადებითი.

ემსტრა-არტიკულარული გამოვლინებები

უვეიტი ქრონიკული წინა არაგრანულომატოზური უვეიტი (ირიდოციკლიტი) ვითარდება პაციენტთა 21%-ში, რომლებსაც აქვთ იუვენილური იდიოპათიური ართრიტის ოლიგოარტიკულარული ფორმა და პაციენტთა 10%-ში, რომელთაც აქვთ პოლიარტიკულარული ფორმა. უვეიტი უფრო ხშირადაა გავრცელებული

ლი გოგონებში, რომელთაც აქვთ ოლიგოარტიკულარული ფორმა და დადებითი ANA ტიტრი. უვეიტი არის ჩვეულებრივ ასიმპტომური, თუმცა შეიძლება გამოვლინდეს კონუქტივიტის, გუგის გაფართოების, თვალის ტკივილის და თავის ტკივილის სახით. უვეიტის დიაგნოზის დადასტურების მომენტში შეიძლება მიმდინარეობდეს იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი ან იყოს ართრიტის საწყისი გამოვლინება. პაციენტებმა იია უნდა გაიარონ რუტინული სკრინინგი, რათა დროულად დაისვას უვეიტის დიაგნოზი. უვეიტის გართულებებია: უკანა სინექია, კატარაქტა, კერატოპათია, მხედველობის დაკარგვა (30%-მდე). იუვენილური იდიოპათიური ართრიტით დაავადებული 703 პაციენტის გამოკვლევამ (კვლევა მიმდინარეობდა 1-დან 5-წლამდე) აჩვენა, რომ პაციენტთა 13%-ს ჰქონდა ოლიგოარტიკულარული ფორმა თანდართული უვეიტით, 4%-ს დაუქვეითდა მხედველობა ერთ თვალში და 17%-ს ორივე თვალში. პოლიარტიკულარული ფორმით დაავადებული პაციენტებიდან 5%-ს, რომელთაც ჰქონდათ თანდართული უვეიტი, მათგან 17%-მა დაკარგა მხედველობა. სისტემური დაავადების მქონე პაციენტებიდან არც ერთს არ დაუდგინდა უვეიტის დიაგნოზი. უვეიტის მკურნალობა მოიცავს ტოპიკურ სტეროიდებს და მიდრიაციკებს, რათა შემცირდეს ანთება და შეჩერდეს უკანა სინექციის განვითარება. ორალური კორტიკოსტეროიდები იხმარება დოზით 2-4 მგ/კგ დღეში, მაქს. 16 იმ პაციენტებში, რომლებმაც არ უპასუხეს ტოპიკურ თერაპიას. ზოგ შემთხვევაში შეიძლება გამოვიყენოთ ინტრავენური პულს-თერაპია მეთილპრედნიზოლონით (30მგ/კგ) სწრაფი ეფექტის მიღების მიზნით. პაციენტებში,

ოფთალმოლოგიური გამოკვლევის სიხშირე იია დროს

ქვეტიპი	დაავადების დასაწყისი	
	< 7 წელი	> 7 წელი
ოლიგოარტიკულარული		
+ANA	მაღალი რისკი	საშუალო რისკი
-ANA	საშუალო რისკი	საშუალო რისკი
პოლიარტიკულარული		
+ANA	მაღალი რისკი	საშუალო რისკი
-ANA	საშუალო რისკი	საშუალო რისკი
სისტემური ფორმა	მაღალი რისკი	მაღალი რისკი



რომლებიც არ პასუხობენ სტეროიდ თერაპიას გამოიყენება მეტოტრექსატი, ციკლოსპორინ და მყესშიდა სტეროიდული ინექციები.

● **მაღალი რისკი** (ოფთალმოლოგიური კვლევა ნაჩვენებია ყოველ 3-4 თვეში); **დაბალი რისკი** (ოფთალმოლოგიური კვლევა ნაჩვენებია ყოველ 12 თვეში); **საშუალო რისკი** (ოფთალმოლოგიური კვლევა ნაჩვენებია ყოველ 6 თვეში).

კვება

კვებით დარღვევები საკმაოდ გავრცელებულია ბავშვებში რევმატოიდული დაავადებების დროს. ყოველდღიური კალორიული მოთხოვნილება ჯანმრთელი ბავშვისათვის არის დაახლოებით 80-დან 120 კკალ/კგ დღეში ცხოვრების პირველ წელს, რომლის შემცირებაც 10 კკალ/კგ შესაძლებელია ყოველ მომდევნო 3 წლის განმავლობაში. რანდომული კვლევებით იუვენილური, იდიოპათიური ართრიტით დაავადებული 33 პაციენტიდან ყველას აღმოაჩნდა საჭირო ენერგეტიკული დონის 50%-ზე ნაკლები. ითა დროს ბავშვებს აღენიშნებათ კუნთოვანი მასის შემცირება და ცხიმოვანი მასის მომატება.

ზრდის შეფერხება

ზოგადად ზრდისა და სქესობრივი მომწიფების შეფერხება საკმაოდ ხშირია იუვენილური იდიოპათიური ართრიტით დაავადებულ პაციენტებში. მიზეზები მულტიფაქტორულია. ბავშვები, რომელთაც აქვთ ხანგრძლივად მიმდინარე სისტემური ითა და პოლიარტიკულარული დაავადება იმყოფებიან მაღალი რისკის ქვეშ ზრდის შეფერხების მხრივ. მნიშვნელოვანია დაავადების ზრდის შეფერხება, რათა ეს არის დაავადების მიმდინარეობის არასასურველი და პერმანენტული შედეგი. რემისიის პერიოდში პაციენტებმა შეიძლება გააგრძელონ ზრდა თუ ეპიფიზალური უბნები ნაადრევად არ იქნა დახურული. კორტიკოსტეროიდებით ალტერნატიულ დღეებში მკურნალობამ ან ყოველდღიურმა 0,5 მგ/მ²-ზე ნაკლებმა დოზამ შეიძლება შეამციროს კორტიკოსტეროიდების არასასურველი ზეგავლენა ზრდაზე. ზრდის პორმონი შეიძლება ეფექტური იყოს ზრდის მძიმე შეფერხების დროს წინასწარ შერჩეულ პაციენტებში. ლოკალური ზრდის შეფერხება შეიძლება იყოს ზრდის ცენტრის დესტრუქციის შედეგი, ისევე როგორც მიკროგნა-

თიის დროს, ასევე ძვლის სიმწიფის დანქარება ან ეპიფიზის ნაადრევი დახურვა და თითების ბრაქიდაქტილიის შემთხვევაში. ქვემო კიდურების გადაჭარბებული ზრდა შეიძლება განვითარდეს იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ მუხლის ქრონიკული ანთება, მეორადი ანთებითი ჰიპერემია. ინტრა-არტიკულარული სტეროიდის ინექციები მუხლში არის სასარგებლო, რადგანაც ისინი აკონტროლებენ ლოკალურ ანთებას და ამასთანავე ამცირებენ კიდურის სიგრძეში არასწორ ზრდას.

ოსტეოპენია/ოსტეოპოროზი

დაავადებისა და კორტიკოსტეროიდის მკურნალობის შედეგად იუვენილური იდიოპათიური ართრიტით დაავადებულ პაციენტებში იზრდება ოსტეოპენიისა და ოსტეოპოროზის რისკი. ოსტეოპოროზი არის ძვლის მინერალუბისა და მატრიქსის დაკარგვა, რასაც შედეგად მოჰყვება ძვლის მინერალური ნივთიერებებით გაღარიბება, რომლის დონე 2,5 SD (სტანდარტული გადახრა) ნაკლებია ასაკისა და სქესის გათვალისწინებით. დაბალი (ძვლის მინერალური შემადგენლობა) ბავშვებში, რომელთაც აქვთ იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი, შეიძლება ასოცირებული იყოს მწვავე დაავადებასთან, ადრეულ ასაკთან, სხეულის მასის დაბალ ინდექსთან, კალციუმისა და ვიტამინ D-ს ნაკლებობასთან და დაბალ ფიზიკურ აქტიუობასთან. დაბალი ფიზიკური აქტიუობა შეიძლება იყოს კავშირში ოსტეოპენიასთან. გოგონათა 5%-ს, რომელთაც აქვთ იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი, პოსტპურტენტალურ პერიოდში გამოუვლდება ოსტეოპენია. ერთ-ერთმა გამოკვლევამ დაადასტურა, რომ ჩონჩხის არასაკმარისი ზრდის მიზეზია დაბალი ფიზიკური აქტიუობა, ვიდრე ძვლის გაზრდილი რეზორბცია. ითა დაავადებულ ბავშვებში ძვლის მინერალური შემადგენლობა არის ნორმალზე დაბალი განსაკუთრებით პრე და პოსტპურტენტალურ პერიოდში. საუკეთესო გზა გართულებების თავიდან აცილებისა არის დაავადების აქტიუობაზე კონტროლი, კალციუმისა და კალციუმის შესაბამისი მიწოდება, ფიზიკური აქტიუობის გაზრდა. პაციენტები, რომლებიც მკურნალობენ ორალური კორტიკოსტეროიდებით დამატებით უნდა დაიწყოთ კალციუმის მიღება 1200-1500მგ და ვიტამინ 400 ერთეული.

ბიფოსფონატების გამოყენება უნდა იყოს ჩართული იმ პაციენტებში, რომელთაც აქვთ განვითარებული ოსტეოპოროზი, თუმცა გათვალისწინებულია აღნიშნულ აგენტთა უსაფრთხოება ბავშვებში.

ფსიქოსოციალური ფაქტორები/ტკივილი

პაიენმა და თანაავტორებმა დაადგინეს, რომ იუვენილური იდიოპათიური ართრიტით დაავადებული ბავშვები თვითრწმენით, მიღწევებისაკენ სწრაფვით, წარუმატებლობის შიშით და ფიზიკური გარეგნობით არ განსხვავდებიან ჯანმრთელობისაგან. იუვენილური იდიოპათიური ართრიტით დაავადებულ პაციენტებიდან თითქმის არც ერთს აღმოაჩნდა დეპრესიის ნიშნები. ეს კვლევა ეწინააღმდეგება შენბერგის კვლევას, რომლის თანახმადაც ასეთი პაციენტების 5%-ს აქვს დეპრესია. შანბერგმა ასევე აღმოაჩინა, რომ ასეთი პაციენტების 10%-ს აღენიშნებათ ფსიქოსოციალური აშლილობა, რომელიც დაკავშირებულია ტკივილის და დაღლილობის სისშირისა და ინტენსიუობის ზრდასთან. ტკივილი არის მთავარი ფაქტორი, რომელიც ზეგავლენას ახდენს იუვენილური იდიოპათიური ართრიტით დაავადებულ პაციენტების ფიზიკურ შესაძლებლობებზე, რათა შეასრულონ ყოველდღიური ცხოვრებისეული საქმიანობები, იარონ სკოლაში და მიიღონ მონაწილეობა გამაჯანსაღებელ პროცესებში. ისეთ პაციენტებს, რომელთაც აქვთ პოლიარტიკულარული ფორმა აღენიშნებათ ტკივილი და შეუბოჭილობა, რაც მიზეზია სკოლის ხშირი გაცდენის და სოციალურ საქმიანობებში ნაკლები მონაწილეობის.

დიფერენციალური დიაგნოზი

იუვენილური იდიოპათიური ართრიტის დიაგნოზი დასტურდება, მხოლოდ მას შემდეგ, რაც გამოირიცხება ართრიტების სხვა შესაძლო მიზეზები, შესაბამისი ანამნეზური, ფიზიკალური და სხვა დიაგნოსტიკური მეთოდების გამოყენებით. მნიშვნელოვანი კლინიკური ნიშნები, როგორცაა სისტემური დაავადების არსებობა და ართრიტების ხასიათი გვეხმარება ერთმანეთისაგან განვსხვაოთ ითა სხვა ართრიტებისაგან. მწვავე ართრიტის დიფერენციალური დიაგნოზი მოიცავს რეაქტიულ ართრიტებს, ანთებით დაავადებებს, ინფექციებს, სისტემურ დაავადებებს, სიმოვიწებს და ტრამვას (ცხრილი). ძალი-

ან როულია იია სისტემური და პოლიარტიკულარული ფორმების დიფერენცირება ისეთი სხვა პოლიართრიტით მიმდინარე სისტემური დაავადებებისაგან, როგორცაა მწვავე რევმატიული ცხელება, სხვადასხვა ვასკულიტები და სისტემური რევმატიული დაავადებები. მწვავე რევმატიულ ცხელებას კლასიკურად ახასიათებს მფრინავი (მიგრატორული) ართრიტი, განსხვავებით იია ართრიტისგან, რომლის დროსაც ართრიტი უფრო მყარია. იია სისტემური ფორმის დროს ცხელება მიმდინარეობს პიკებით და ხასიათდება უფრო ხანგრძლივი მიმდინარეობით. იია დაავადებულ პაციენტებს არასოდეს აქვთ კვანძოვანი ერთემა, რაც დამახასიათებელია მწვავე რევმატიული ცხელებისათვის. ენდოკარდიუმის ცვლილებები მკაცრად მიუთითებს რევმატიზმზე, თუმცა პერიკარდიტი შესაძლოა შეგვხვდეს ორივე შემთხვევაში.

სარკოიდოზი არის ქრონიკული არაკახეოზური გრანულომატოზური დაავადება, შედარებით იშვიათია ბავშვებში, რომელიც გამოვლინდება ცხელებით, ართრიტით, უვეიტიტით, გამონაყართა და ფილტვის პათოლოგიით. ამ დროს ართრიტი ხასიათდება სინოვიალური პიპერტროფიით და სინოვიალური ცისტებით, განსაკუთრებით კოჭ-წვივისა და სხივ-მაჯის სახსრებში. უვეიტი არის გრანულომატოზური, კვანძოვანი პრევიპიტატების სახით. ფიქსირებული მაკულარული ელემენტები განსხვავდება იია სისტემური ფორმის დროს არსებული ტრანზიტორული გამონაყარისგან. სხვა სისტემური დაავადებების დიფერენცირება იია-გან შესაძლებელია კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემებით გათვალისწინებით. სისტემური წითელი მგლურა უპირატესად გამოვლინდება მოზარდობის პერიოდში ცხელებით და მტკივნეული, არაეროზიული პოლიართრიტით, რომელიც აზიანებს მსხვილ და მცირე ზომის სახსრებს. ანტინუკლეარული ანტისხეულების ტიტრი შესაძლოა პოზიტიური იყოს სწმ და იია ოლიგოართრიკულარული და პოლიარტიკულარული ფორმის დროს, აგრეთვე სწმ და იუვენილური ართრიტის სისტემური ფორმა შესაძლოა მიმდინარეობდეს: პოლისეროზიტით, ცხელებით, მაგრამ ჰეპატოსპლენომეგალია და ლიმფადენოპათია, მაღარიული ერთემა, ნეფრიტი, აუტოიმუნური პანციტოპენია, პიპოკომპლემენტემია

და დნმ-ის ორმაგი ჯაჭვის მიმართ ანტისხეულები დამახასიათებელია სწმ-თვის. პაციენტებს სისტემური სკლეროდერმიითა და დერმატომიოზიტით შესაძლოა ჰქონდეთ პოლიართრიტი. მაგრამ საბოლოო დიაგნოზი ვერიფიცირდება დაავადების პროგრესირების შესაბამისად. სისტემური სკლეროდერმიის დროს პაციენტებს აღენიშნებათ მოძრაობის შეზღუდვა მეორადად კანის სკლეროზული ცვლილებების გამო, რაც უნდა განვასხვავოთ ანთებითი ბუნების ართრიტებისგან. ოლიგოართრიტების მრავალრიცხოვანი მიზეზები უნდა გამოირიცხოს იია ოლიგოართრიკულარული ფორმის დიაგნოზის დადასტურებამდე. უმრავლეს შემთხვევაში სხვაობა ეფუძნება წინმსწრები ინფექციის ანამნეზს და 6 კვირამდე ნაკლები ხანგრძლივობის ართრიტების არსებობას. სეპტიური ართრიტი უნდა გამოირიცხოს ნებისმიერ შემთხვევაში, თუ დაავადება დაიწყო ცხელებით, სახსრების ძლიერი ტკივილით, სახსრები ერთემატოზული და შეშუპებულია და თანახვას ანთების მწვავე ფაზის მარკერების მომატება. აუცილებელია სინოვიალური სითხის გამოკვლევა და მკურნალობის დაუყოვნებლივ დაწყება, რადგანაც სეპტიური ართრიტი სწრაფად შეიძლება გახდეს სახსრის დესტრუქციის მიზეზი. გონოკოკური ართრიტისათვის დამახასიათებელია სისტემური მანიფესტაცია (ცხელება, შემცივნება) და გამონაყარი, ასევე ართრიტი და ტენოსინოვიტი, განსა-

კუთრებით კოჭისა და სხივ-მაჯის სახსრების. ძალიან მნიშვნელოვანია ექიმმა შეაგროვოს სექსუალური ცხოვრების ანამნეზი, მშობლების თანდასწრების გარეშე. რეაქტიული ართრიტი არის მწვავე, სტერილური აუტოანთებითი ართრიტი, რომელიც გამოწვეულია T და B ლიმფოციტებით გაშუალებული ჯვარედინ-მორეაგირე ანტიგენებით (მოლეკულური მიმიკრია).

პოსტენტერიტული ართრიტი მხედველობაში უნდა მივიღოთ ნებისმიერ ბავშვში, რომელსაც აქვს ენტერიტი და ქვემო კდიურების მსხვილი სახსრების ართრიტი. რეიტერის სინდრომს უწოდებენ პოსტენტერიტულ რეაქტიულ ართრიტს, რომელსაც თანახვას ამ სინდრომისათვის დამახასიათებელი ექსტრაატიკულარული გამოვლინებები (კონიუნქტივიტი, უროთრიტი). HLA- 27 მკაცრად ასოცირდება პოსტენტერიტულ რეაქტიულ ართრიტთან. პაციენტს, რომელსაც აღენიშნება ხანგრძლივი ცხელება, ართრიტი, ანამნეზში გადატანილი სტრეპტოკოკული ინფექცია და ამავე დროს ვერ აკმაყოფილებს ჯონსის კრიტერიუმებს, შესაძლოა დაესვას პოსტსტრეპტოკოკული რეაქტიული ართრიტის დიაგნოზი. ძალიან ბევრი ვირუსი შესაძლოა გახდეს ართრიტის განვითარების მიზეზი (პარვოვირუსი 19, ჰეპატიტი B, წითურა, ზოსტერი, ჰერპეზვირუსი, ჩუტყვავილა და აივ ინფექცია). კავასაკის დაავადების დროს არ-

ართრიტების დიფერენციალური დიაგნოზი

რეაქტიული	სისტემური
პოსტენტერიტული	კავასაკის დაავადება
რეიტერის სინდრომი	ბენჯეტის დაავადება
რევმატიული ცხელება	ჰენოხ-შონლაინის პურპურა
პოსტსტრეპტოკოკული	შრატისმიერი დაავადება
ანთებითი	სისტემური წითელი მგლურა
იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი	დერმატომიოზიტი
ნაწლავის ანთებითი დაავადება	სისტემური სკლეროდერმია
სარკოიდოზი	სიმსივნეები
ინფექცია	ლეიკემია
სეპტიური	ნეირობლასტომა
ოსტეომიელიტი	ძვლის სიმსივნეები
ლაიმის დაავადება	ოსტეოსარკომა
ვირუსული	იუნგის სარკომა
ბაქტ. საკროილიტი	რაბდოსარკომა
დისკიტი	თრიტი გამოვლინდება ქვემწვავე



ფაზის დროს და უფრო მეტად დამახასიათებელია მუხლისა და კოჭ-წვივის სახსრის დაზიანება, თუმცა შესაძლოა ხელის მტევნის წვრილი სახსრებიც დაზიანდეს. ართრიტს კავასაკის დაავადების დროს შესაძლოა თან ახლდეს ხელის გულებისა და ფეხების დესქამაცია, კანქვეშა შეშუპება, რაც განასხვავებს მას ითა სისტემური ფორმისაგან. იშვიათ შემთხვევაში ამ განსხვავების პოვნა საკმაოდ რთულია. ბენქტის დაავადებაზე ეჭვი მიიტანება, როცა პაციენტს აღენიშნება მორეციდივე პირის დრუს და გენიტალური ორგანოების ლორწოვანის დაწყლულება. პენოს-შონლაინის დროს, როდესაც ართრიტი წინ უსწრებს კანის, თირკმლის და აბდომინალურ მანიფესტაციას საკმაოდ რთულია დიაგნოზის ვერიფიცირება. სისტემური ვასკულიტის დროს ართრიტი იშვიათად ხასიათდება სინოვიალური გამონადენით, უპირატესად დამახასიათებელია პერიარტიკულარული ქსოვილის დაზიანება. დიდი რაოდენობით სხვადასხვა მდგომარეობები მიმდინარეობს ართრალგიითა და მიალგიით. ძვლების ტკივილისა და მგრძობელობის დროს ეჭვი უნდა მივიტანოთ სიმსივნურ პროცესზე. დამის ტკივილები და სუბფებრილური ტემპერატურა, აგრეთვე სიმსივნური პროცესის სასარგებლოდ მეტეკვლეობს. ისეთი სინდრომები, როგორიცაა პატელარფემორალური სინდრომი და ოსგუდ-შლატერის დაავადება დამახასიათებელია მოზარდებისათვის, ისინი გამოვლინდებიან მუხლის ტკივილით განსაკუთრებით დატვირთვის დროს. ფიბრომიალგია და რეფლექსური სიმპათიკური დისტროფია არის ქრონიკული ტკივილის სინდრომი, რომელიც იწყება გვიან ბავშვობასა და მოზარდობის პერიოდში.

მეზურნალობა

იუვენალური იდიოპათიური ართრიტის მკურნალობის მიზანია ტკივილისა და ანთების კუპირება, ფუნქციის შენარჩუნება, ნორმალური ზრდისა და განვითარების უზრუნველყოფა. უკანასკნელ წლებში ითა მკურნალობის პროცესში დიდი პროგრესი აღინიშნა ახალი დაავადების-მამოდიფიცირებელი ანტირევმატიული საშუალებების (Disease-modifying antirheumatic drugs (DMARDs) და ბიოლოგიური თერაპიის პრინციპების დანერგვის თვალსაზრისით. ექიმისა და რეაბილიტაციური თერაპიის ერთობლი-

ვი ძალისხმევა ძალზედ მნიშვნელოვანია, რათა პაციენტს დაეხმაროთ მოძრაობითი ფუნქციის გაუმჯობესებაში, კუნთოვანი სისტემის აღდგენასა და ყოველდღიური აქტივობების უნარ-ჩვევების ათვისებაში.

არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები (NSAID-ს)

იუვენალური იდიოპათიური ართრიტით დაავადებული უმრავლესი პაციენტის საწყისი თერაპია მოიცავს ხანგრძლივად მომქმედი კორტიკოსტეროიდების სახსარში და ინექციების და ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების გამოყენებას. NSAIDs ახდენენ ტკივილისა და ანთების კუპირებას და ჩვეულებრივ ეძლევათ მეორე რიგის საშუალებების გამოყენებამდე 4-8 კვირის განმავლობაში.

- ნაპროქსენი (15-20 მგ/კგ დაყოფილი ორჯერადად; მაქ. 500 ორჯერ)
- დიკლოფენაკი (2-3 მგ/კგ დაყოფილი სამჯერადად; მაქ. 50მგ სამჯერ)
- იბუპროფენი (40 მგ/კგ დაყოფილი სამჯერადად; მაქ. 800მგ სამჯერ)
- მელოქსიკამი (0. 15-0. 3 მგ/კგ ბავშვში; მოზრდილებში 7. 5-15 მგ ერთჯერადად).

აღნიშნული საშუალებები ყველაზე ხშირად გამოიყენებიან და ამავე დროს, ხასიათდებიან კარგი ამტანობით და მცირე გასტროინტესტინალური ტრანქტის ჩივილებით. NSAIDs არჩევა ძირითადად ეფუძნება წამლის გემოს და დღიური ადმინისტრირების რეჟიმს. ნაპროქსენი ყველა ხშირად გამოიყენება განვითარდეს ფოტოსენსიტიური გამონაყარი. ინდომეტაცინი (1-2 მგ/კგ დღეში; მაქ. 200 მგ/დღეში) ყველაზე ხშირად გამოიყენება ითა სისტემური ფორმის და ენთეიტ-დაკავშირებული ართრიტის დროს. ციკლოოქსიგენაზა-2 სელექტიური ინჰიბიტორები სასურველია გამოვიყენოთ იმ შემთხვევაში, თუ ადგილი ექნება მნიშვნელოვან გასტროინტესტინალურ გვერდით გამოვლინებებს. ამჟამად კვლევები მიმდინარეობს ამ პრეპარატების გამოყენების უსაფრთხოებაზე ბავშვთა ასაკში. აღნიშნული პრეპარატების მიღებით იზრდება რისკი კარდიოვასკულარული გართულებების, განსაკუთრებით გულის შეგუბებითი უკმარისობის რისკი. ამ გართუ-

ლებების მექანიზმი აიხსნება COX-2 გზის შემთხვევაში თრომბოციტებში პროსტაგლანდინების სინთეზის ინჰიბირებით და შესაბამისად თრომბოზების განვითარების მაღალი რისკით. გაზრდილი რისკი აგრეთვე შესაძლოა უკავშირდებოდეს ნატრიუმისა და წყლის რეტენციას და სისხლის არტერიული წნევის მომატებას. აღნიშნული ცვლილებები აღმოჩენილ იქნა პრეპარატ როფეკოქსიბის შემთხვევაში, რაც გახდა საფუძველი მისი ფარმაცევტული ბაზრიდან ამოღების. ზოგიერთი მონაცემის მიხედვით ნაპროქსენი განიხილება როგორც კარდიოპროტექტორი, თუმცა ამავე დროს არსებობს მონაცემები განსაზღვრულ პოპულაციაში ნაპროქსენის გამოკვეთილი კარდიოვასკულარული ტოქსიურობის შესახებ.

კორტიკოსტეროიდები

კორტიკოსტეროიდები ძლიერი პოტენციის მქონე ანტიანთებადი საშუალებებია, რომლებიც დიდი სიფრთხილით უნდა გამოვიყენოთ ითა დროს, რადგანაც ხასიათდებიან ისეთი გვერდითი ეფექტებით, როგორიცაა კუშინგოიდიზმი, ჰიპერგლიკემია, იმუნოდეპრესია, კატარაქტა და გლაუკომა, თირკმელზედა ჯირკვლის სუპრესია, პეპტიური წყლული, დისლიპოპროტეინემია, ჰიპერტენზია, ძვლების ავასკულარული ნეკროზი და ცნს-ის დაზიანება. მიუხედავად იმისა, რომ სტეროიდები არის ძირითადი საშუალება სისტემური ითა მკურნალობის დროს, პოლიარტიკულარული ტიპის დროს მათი გამოყენება შეზღუდულია, პაციენტებში ძლიერი ტკივილითა და ფუნქციის მოშლით, იმ დრომდე სანამ მეორე რიგის პრეპარატების ეფექტურობა შეფასდება. იშვიათ შემთხვევებში სისტემური ფორმის დროს, როდესაც არ არის პასუხი ორალურ სტეროიდებზე, გამოიყენება პულს-თერაპია მეთილპრედნიზოლონით (30 მგ/კგ მაქ. 1კგ). დაავადების მიმდინარეობის გაუმჯობესებისთანავე უნდა მოხდეს სტეროიდების დოზის შემცირება (ან გამოვიყენოთ მინიმალური დოზა დაავადების სიმპტომების კონტროლისათვის). ხანგრძლივად მოქმედი გლუკოკორტიკოსტეროიდების ინტრა-არტიკულარული გამოყენება ეფექტური მეთოდია, რათა მინიმალურად შემცირდეს ორალური სტეროიდების გვერდითი ეფექტები. ტრიაამცინოლის პეჟსაცეტრილი (10-40მგ/სახსარზე ან 1-2 მგ/კგ

სახსარზე) ყველაზე ხშირად გამოიყენება და ხასიათდება ართრიტის სიმპტომების კლინიკური გაუმჯობესებით. გვერდითი ეფექტები მოიცავს: ინფექციას, ინექციის ადგილზე კანის ატროფიას და რენტგენოლოგიურად ასიმეტრიულ კალციფიკაციებს. ინექციების უსაფრთხო რაოდენობაა 3 თვეში ერთჯერ მათი გამოყენება, მაგრამ ერთი და იმავე სახსრის ინექცია არ უნდა ჩატარდეს წელიწადში სამჯერ მეტად.

დაავადების მამოიჭვივებამდე ანტირემმატიული საშუალებები (DMARDs)

აღნიშნული საშუალებებიდან ეფექტურობით გამოირჩევა: სულფასალაზინი, მეტოტრექსატი და ეტანერცეპტი. სხვა საშუალებებმა, როგორცაა ჰიდროქსიკლოროქინი, -პენიცილამინი გამოავლინეს უეფექტობა ორმაგი-ბრმა, რანდომიზირებული კვლევების მონაცემებით. ინტრამუსკულარული და ორალური ოქროს პრეპარატები იშვიათად გამოიყენება, რადგან მათ ახასიათებთ ნაკლები ეფექტურობა მეტოტრექსატთან და სხვა DMARDs საშუალებებთან შედარებით და ამავე დროს ხასიათდებიან ძლიერი ტოქსიურობით. სისტემური იია დროს პაციენტებს აღენიშნებათ გაუმჯობესება ინტრავენური ციკლოფოსფამიდით და ინტრავენური იმუნოგლობულინებით მკურნალობის დროს.

სულფასალაზინი

სულფასალაზინი გამოირჩევა ეფექტურობით პლაცებოსთან შედარებით ართრიტის კონტროლისა და ლაბორატორიული მონაცემების გაუმჯობესების თვალსაზრისით. სულფასალაზინი ძირითადად იხმარება ოლიგორტიკულარული ფორმის და HLA-27 სპონდილოართროპათიის მკურნალობის პროცესში, თუმცა უკანასკნელი გამოკვლევებით არ დასტურდება მისი ეფექტურობა. ძირითადი გვერდითი გამოვლინებებია: თავის ტკივილი, გამონაყარი, გასტროინტესტინალური დარღვევები, ძვლის ტვინის სუპრესია და ჰიპოიმუნოგლობულინემია. სისხლის საერთო ანალიზი და ღვიძლის ტრანსამინაზები უნდა განისაზღვროს მკურნალობის დაწყებამდე და მონიტორინგი განხორციელდეს ყოველ კვირაში პირველი 3 თვე შემდეგ ყოველ თვეში შემდეგი 3 თვე და ამის შემდეგ 3 თვეში ერთჯერ.

მეტოტრექსატი

მეტოტრექსატი, ფოლატების ანტაგონისტი არის ყველაზე ხშირად გამოყენებადი მეორე რიგის პრეპარატი იია დაავადებულ პაციენტებში, განსაკუთრებით პოლიარტიკულარული და სისტემური ფორმების დროს. დაახლოებით პაციენტების 80%-ს აღენიშნება თერაპიული ეფექტი მეტოტრექსატზე და ამავე დროს, ადგილი აქვს დაავადების რენტგენოლოგიურ რეგრესიას. ოლიგორტიკულარული გავრცელებული ფორმა ხასიათდება საუკეთესო პასუხით მეტოტრექსატზე. ფსორიაზული ართრიტის დროს აგრეთვე მიიღწევა კონტროლი ართრიტისა და გამონაყარის შემცირების კუთხით. ბავშვებში მეტოტრექსატი აიტანება ძალიან კარგად თუ დოზირებას დაეწევა 0.3 მგ/კგ/კვირაში და თანდათან გაეზრდით მაქ. 1 მგ/კგ-მდე. კანქვეშა ადმინისტრირება უფრო ეფექტურია, ვიდრე ორალური, თუმცა კანქვეშა გამოყენების დროს ადგილი აქვს ეფექტურობის პლატოს განვითარებას 15 მგ/მ² დოზაზე.

გასტროინტესტინალური დარღვევები ხშირი გვერდითი რეაქციებია, რომელიც გვხვდება პაციენტთა 13%-ში. დამატებითი გვერდითი ეფექტები მოიცავს: ჰეპატოტოქსიურობას, პირის ღრუს ლორწოვანი დაწყლულებას, ტერატოგენობას, იმუნოსუპრესიას, ფილტვების დაავადებებს, პანციტოპენიას და მზარდ რისკს ლიმფოპროლიფერაციული დაავადებების განვითარების. ფილტვის დაავადებები ბავშვებში ძალიან იშვიათია და არ არსებობს მონაცემები იია დროს ლიმფომების განვითარებასთან დაკავშირებით. მაშასადამე, აღნიშნული რისკები არსებობს თეორიულ დონეზე. ფოლის მჟავას დამატება ამცირებს გასტროინტესტინალურ და მუკოკუტანეურ გვერდით ეფექტებს მეტოტრექსატის ეფექტურობის შემცირების გარეშე. ღვიძლის ფერმენტები და სისხლის საერთო ანალიზი უნდა ვაკონტროლოთ ყოველ 1-2 თვეში, თუმცა სერიოზული შეუქცევადი ღვიძლის დაზიანება იშვიათია. აღნიშნული პრეპარატის გამოყენება უნდა შეწყდეს თუ ღვიძლის ფერმენტებმა მოიამტეს სამჯერ ნორმასთან შედარებით. პაციენტს უნდა მიეცეს რეკომენდაცია ცოცხალი ვირუსული ვაქცინების გამოყენების დაუშვებლობის შესახებ, რადგან პრეპარატს ახასიათებს იმუნოსუპრესია. პაციენტებს, რო-

მელთაც აქვთ დაავადების 1 წლიანი რემისია, მეტოტრექსატი თანდათან უნდა შევამციროთ, რათა თავიდან ავიცილოთ მისი ხანგრძლივ მოქმედი ტოქსიურობა.

ლეფლუნომიდი

ლეფლუნომიდი იმუნოსუპრესიული საშუალებაა, რომელიც შექცევადი აინჰიბირებს პირიმიდინების სინთეზს. აღნიშნული პრეპარატი გამოიყენება მოზრდილებში რევმატოიდული ართრიტის მკურნალობაში და ბოლო მონაცემებით დაიწყო კვლევები იია დროს მის გამოყენებასთან დაკავშირებით. წინასწარი კვლევის შედეგებით მისი ეფექტურობა თითქმის უტოლდება მეტოტრექსატის ეფექტურობას. გვერდითი გამოვლინებები მოიცავს: დიარეას, ღვიძლის ფერმენტების მომატებას, კან-ლორწოვანის დაზიანებას და ტერატოგენულ ეფექტს.

ბიოლოგიური საშუალებები

ბიოლოგიური საშუალებები, რომლებიც მოიცავს სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორის (სნფ) ინჰიბიტორებს ეტანერცეპტს, ინფლიქსიმასს, ადალიმუმასს, IL-1 ინჰიბიტორს ანაკინრას და უჯრედულ ინჰიბიტორს რიტუქსიმასს (მაბტერა) გამოიყენებიან რევმატოიდული ართრიტისა და იუვენალური იდიოპათიური ართრიტის მკურნალობაში. თითოეული მათგანის გამოყენება დაკავშირებულია იმუნოსუპრესიის საფრთხესთან, შესაბამისად ცოცხალი-ვირუსული ვაქცინების გამოყენება წინააღმდეგ ნაჩვენებია. სნფ ინჰიბიტორების გამოყენების დროს გამოვლინდა ტუბერკულოზის რეაქტივაციის შემთხვევები. აქედან გამომდინარე, მკურნალობის დაწყებამდე აუცილებელია მანტუს სინჯის ჩატარება. თუ მანტუ დადებითია პაციენტს უნდა ჩატარდეს მკურნალობა იზონიაზიდით 1 თვე ბიოლოგიური აგენტებით მკურნალობის დაწყებამდე.

უტანერცეპტი

იია დაავადებული პაციენტების სისხლის პლაზმაში გაზრდილია სნფ-ა და სნფ ხსნადი რეცეპტორების შემცველობა. გარდა ამისა, ამ პაციენტებში იმატებს სნფ-ა შემცველობა სინოვიალურ სითხეში. ეტანერცეპტი არის სნფ-ის ბიოლოგიური ანტაგონისტი.

ორმაგი ბრმა, პლაცებო-კონტროლირებადი კვლევების მონაცემებით, პაციენტები იია პოლიარტიკუ-



ლარული მომდინარეობით, რომლებიც არ დაემორჩილენ მეტორექსატით მკურნალობას, ხასიათდებიან კარგი შედეგებით ეტანერცეპტის გამოყენებაზე, რაც გამოვლინდება ტკივილისა და შეშუპების შედეგების კონტროლით და ლაბორატორიული მონაცემების გაუმჯობესებით. არსებობს მონაცემები, რომ იგი აფერხებს დაავადების რადიოლოგიურ რეგრესიას. დაახლოებით პაციენტთა 3/4, რომელთაც ჰქონდათ ცუდი პასუხი მეტორექსატზე, ემორჩილებიან ეტანერცეპტით მკურნალობას. მკურნალობის დაწყებიდან ორი თვის შემდეგ მდგომარეობის შეფასებით გამოვლინდება საუკეთესო პასუხი ჩატარებულ თერაპიაზე. ეტანერცეპტი 0.4 მგ/კგ (მაქ. 25 მგ) ეძლევა კანქვეშ კვირაში ორჯერ. ეტანერცეპტის გამოყენება განსაკუთრებით რეკომენდირებულია ოლიგორტიკულარული გავრცელებული ფორმის და პოლიარტიკულარული იია დროს, რომელთაც არ ჰქონდათ თერაპიული პასუხი ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებებზე და მეტორექსატით მკურნალობაზე. ეტანერცეპტის ადმინისტრირების დროს აუცილებელია განსაკუთრებული ანტისეპტიური წესების დაცვა. ყველაზე უფრო ხშირი გვერდითი რეაქციებია ინექციის ადგილზე ლოკალური რეაქცია (39%). იშვიათ შემთხვევაში პაციენტები განიცდიან თავის ტკივილს, რინიტს, გასტროინტესტინალურ ჩივილებს და გამონაყარს. სამი შემთხვევაა აღწერილი ვარიცელა ზოსტერის ინფექციის, ერთი მათგანი დამთავრდა ასეპტიური მენინგიტის განვითარებით. თუ შესაძლებელია იმუნიზაცია უნდა ჩატარდეს მკურნალობის დაწყებამდე 3 თვით ადრე. ენარცეფტი კარგი ეფექტურობით ხასიათდება ფსორიაზული-ართრიტის დროს. ამ დროს აღინიშნება ართრიტისა და კანის მანიფესტაციის მნიშვნელოვანი გაუმჯობესება.

ინფლიქსიმაზი

ინფლიქსიმაზი არის ანტი სნფ-ა საწინააღმდეგო მონოკლონალური ანტისეპული. მოზრდილ პაციენტებში დოზირების რეჟიმი შეადგენს 3-დან 10 მგ/კგ 0, 2, 6 კვირას და შემდეგ ყოველ 6-8 კვირაში ერთჯერ. არსებობს წინასწარი მონაცემები პრეპარატის ეფექტურობის, დოზირების და ფარმაკოინეტის შესახებ პედიატრიული ასაკის პაციენტებში. ერთ-ერთი არა-

რანდომიზირებული ღია-ტიპის კვლევით გამოვლინდა ინფლიქსიმაზის და ეტანერცეფტის თანაბარი ეფექტურობა ფსორიაზული ართრიტის, პოლიარტიკულარული ართრიტის და სისტემური ფორმის დროს. გვერდითი ეფექტების სისშირე განსაკუთრებით მაღალი იყო ინფლიქსიმაზის ჯგუფში, მეორე ჯგუფთან შედარებით. შემდგომში კვლევების ჩატარება აუცილებელია, რათა დადგინდეს ამ პრეპარატის სასარგებლო და შესაძლო რისკი.

ალალიმუმაზი

ალალიმუმაზი არის სრული ადამიანის მონოკლონალური სნფ წინააღმდეგ მიმართული ანტისეპული, რომელსაც იყენებენ კანქვეშ ადმინისტრირებისათვის ყოველ 2 კვირაში. უკანასკნელი რანდომიზირებული ორმაგი-ბრმა, პლაცებოკონტროლირებადი კვლევების შედეგებით იგი ავლენს ეფექტურობას იია პოლიარტიკულარული ფორმის დროს.

ანაკინრა

ანაკინრა, რეკომბინანტული IL-1 რეცეპტორების ანტაგონისტი, შესწავლილ იქნა ეტანერცეპტის მსგავსი კვლევის დიზაინით, მაგრამ კვლევის მხოლოდ წინასწარი მონაცემებია ხელმისაწვდომი. პრეპარატზე პასუხი დადასტურებულ იქნა პაციენტთა 54%-ში მკურნალობიდან 4 თვის შემდეგ, მაგრამ სისტემური ფორმის დროს დადებითი პასუხი იყო შედარებით მაღალი (79%). ანაკინრა შესაძლოა იყოს ყველაზე ეფექტური პრეპარატი იია აღნიშნული ქვეტიპის შემთხვევაში.

ალამიანის ანტი-ინტერლეიპინ-6 რეცეპტორების საწინააღმდეგო ანტისეპული

არსებობს მონაცემები, რომ სისტემური იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი IL-6 გაშუალებული დაავადებაა. აღნიშნული ანტისეპულების გამოყენება დღის 8 მგ/მკ მნიშვნელოვნად ამცირებს დაავადების მომდინარეობის სიმძიმეს. თუმცა პრეპარატის გამოყენების უსაფრთხოება საჭიროებს დამატებითი კვლევების ჩატარებას.

აუტოლოგიური ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია

აუტოლოგიური ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სისტე-

მური ფორმის დროს. ამ შემთხვევაში ყოველგვარი დამატებითი მედიკამენტების გარეშე მიიღწევა რემისია, მაგრამ პროცედურის ჩატარება დაკავშირებულია სიკვდილიანობის გარკვეულ რისკთან, რაც განპირობებულია მაცროვანების აქტივაციის სინდრომით. ღეროვანი უჯრედების ტრანსპლანტაცია უნდა განხორციელდეს გარკვეული გამოცდილების მქონე სამედიცინო ცენტრებში, მას შემდეგ რაც მკურნალობის სხვა მეთოდები ამოიწურება.

საბოლოოდ, ყველა პაციენტს ღიაგნობით იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი უნდა მიეცეს საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებები და სახსარშიდა კორტიკოსტეროიდები. ოლიგორტიკულარული პერსისტული ფორმის დროს აღნიშნულ მკურნალობის სქემაზე გამოვლინდება საუკეთესო პასუხი, რის გამოც დამატებითი ჩარევა საჭირო არ არის. პოლიარტიკულარული ფორმით დაავადებული პაციენტებისათვის სასარგებლოა მეტორექსატით ჩატარებული აგრესიული თერაპია. რათა გაუმჯობესდეს ფუნქცია და მოხდეს პერმანენტული დაზიანების პრევენცია. გავრცელებული ფორმის ოლიგორტიკულარული ვარიანტი და ფსორიაზული ართრიტი, რომელიც არ ემორჩილება პირველი რიგის პრეპარატებით მკურნალობას უნდა ემართოს პოლიარტიკულარული პაციენტების მსგავსად. სისტემური ფორმის დროს აუცილებელია ორალური სტეროიდები, რათა სწრაფად მივაღწიოთ სისტემური გამოვლინებების (პერიკარდიტი, პროგრესული ანემია, მალნუტრიცია, პერსისტული ცხელება) კუპირებას. ამ შემთხვევაში მხედველობაში მისადგება მეტორექსატის სარგებელი ართრიტის მკურნალობაში და აგრეთვე, როგორც სტეროიდ დამზოგავი საშუალება. სულფასალაზინი განსაკუთრებით ეფექტურია ენთეზიტ-დაკავშირებული ართრიტის და ოლიგორტიკულარული გავრცელებული ფორმის დროს, როცა არაა პასუხი ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდულ საშუალებებზე. ერთადერთი ბიოლოგიური აგენტი, რომელიც რეკომენდირებულია იუვენილური იდიოპათიური ართრიტის დროს არის ეტანერცეპტი, განსაკუთრებით პოლიარტიკულარული დაავადების დროს, როცა არაა შედეგი მეტორექსატით მკურნალობაზე.

**პითხვები იშვინილურ
იდიოპათიურ ართრიტზე**

– რა დაავადებაა?

– იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი (იია) ქრონიკული დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს სახსრის მდგრადი ანთეზა. სახსრის ანთეზის ტიპური ნიშნებია ტკივილი, შესიება და მოძრაობის შეზღუდვა. „იდიოპათიური“ ნიშნავს, რომ ამ დაავადების გამოწვევი მიზეზი უცნობია, ხოლო „იუვენილური“ ამ შემთხვევაში ნიშნავს, რომ სიმპტომები პირველად 16 წლის ასაკამდე გამოვლინდება.

– რას ნიშნავს ქრონიკული დაავადება?

– დაავადებას ქრონიკული ეწოდება, თუ შესაბამის მკურნალობას მიუხედავად არა სრულ გამოჯანმრთელებამდე, არამედ სიმპტომებისა და ლაბორატორიული გამოკვლევების მონაცემების გაუმჯობესებამდე. ეს ასევე ნიშნავს, რომ დიაგნოზის დასმისას შეუძლებელია ითქვას, თუ რამდენი ხნის განმავლობაში იქნება ბავშვი ავად.

– რამდენად ხშირია?

– იია იშვიათი დაავადებაა და გვხვდება 100. 000-დან დაახლოებით 80-90 ბავშვში.

– რა არის ამ დაავადების გამომწვევი მიზეზი?

– იმუნური სისტემა გვიცავს ინფექციებისაგან (ვირუსებისა და ბაქტერიებისაგან). მისი მოქმედებიდან გამომდინარე, შესაძლებელია უცხო და პოტენციურად საშიშის (რომელიც ნადგურდება) განსხვავება საკუთარი უვნებელისაგან.

მიღებულია, რომ ქრონიკული ართრიტი გამოწვეულია ჩვენი იმუნური სისტემის არანორმალური პასუხით (რაც უცნობი მიზეზითაა განპირობებული). ამ დროს ნაწილობრივ დაკარგულია „უცხო“ და „საკუთარი უჯრედების“ ამოცნობის უნარი და ამის გამო იმუნური სისტემა საკუთარი სახსრების კომპონენტებს აზიანებს.

ამ მიზეზის გამო იია-ს მსგავს დაავადებებს „აუტოიმუნური“ ეწოდება, რაც იმას ნიშნავს, რომ იმუნური სისტემა მოქმედებს საკუთარი ქსოვილებისა და უჯრედების წინააღმდეგ.

თუმცა, იია-ის, ისევე, როგორც ადამიანის უმრავლესი ქრონიკული დაავადების განვითარების ზუსტი მექანიზმი ცნობილი არ არის.

– მემკვიდრეობით გადადის?

– იია არ არის მემკვიდრეობითი დაავადება, რადგანაც იგი მშობლუ-

ბიდან შეიძლება არ გადაეცემა. მიუხედავად ამისა, არსებობს გენეტიკური ფაქტორები, რომელიც მნიშვნელოვან წილად ჯერ კიდევ აღმოსაჩენია, და ისინი ამ დაავადების მიმართ წინასწარგანწყობას განაპირობებენ. სამეცნიერო საზოგადოება შეთანხმებულია მასზე, რომ ეს დაავადება მულტიფაქტორულია, რაც იმას ნიშნავს. რომ იგი არის გენეტიკური წინასწარგანწყობისა და გარეშე ფაქტორების (სავარაუდოდ ინფექციების) კომბინაციის შედეგი. თუმცა, მაშინაც კი როდესაც არის გენეტიკური წინასწარგანწყობა, ერთ ოჯახში ორი ბავშვის დაავადება მეტად იშვიათია.

– როგორ დიაგნოსტიკდება?

– ექიმები სვამენ იია-ის დიაგნოზს, როდესაც დაავადება იწყება 16 წლამდე, ართრიტი გრძელდება 6 კვირაზე მეტხანს (ძირითადად ართრიტის იმ ფორმების გამოსარიცხად, რომელიც შეიძლება ვირუსულ ინფექციას მოსდევდეს) და მისი მიზეზი უცნობია (რაც იმას ნიშნავს, რომ ყველა სხვა დაავადება, რამაც შეიძლება ართრიტი გამოიწვიოს, გამოსარიცხია).

სხვა სიტყვებით რომ ვთქვათ, ტერმინი იია მოიცავს გაურკვეველი წარმოშობის მდგრადი ართრიტის ყველა ფორმას, რომელიც ბავშვობის ასაკში დაიწყო. იია-ში სხვადასხვა ფორმას არჩევენ (იხილეთ ქვემოთ).

იია-ის დიაგნოზი მდგრადი ართრიტის არსებობას ემყარება. ანამნეზის, ფიზიკალური და ლაბორატორიული გამოკვლევების საფუძველზე გულდასმით უნდა გამოირიცხოს ნებისმიერი სხვა მსგავსი დაავადება.

– რა ემართება სახსარს?

– სახსრის გარშემო არსებული სინოვიალური მემბრანა, რომელიც ჩვეულებრივ მეტად თხელია, სქელდება და ივსება ანთებითი უჯრედებით. ამავე დროს მასში სინოვიალური სითხის რაოდენობა იზრდება. ეს იწვევს შესიებას, ტკივილსა და მოძრაობის შეზღუდვას. სახსრის ანთეზის დამახასიათებელი ნიშანია სახსრის გახვევა, რაც თავს იჩენს გახანგრძლივებული მოსვენების შემდეგ. ამის გამო იგი უფრო მეტად დილის საათებში მქადვანდება (დილის შებოჭილობა).

ხშირად ბავშვი ტკივილის შესამსუბუქებლად სახსრის ისეთ მდგომარეობას ირჩევს, რომელიც

გახრასა და მოხრას შორისაა. ასეთ პოზიციას „ტკივილის საწინააღმდეგოს“ უწოდებენ, რითაც ხაზს უსვამენ, რომ მისი შენარჩუნება ტკივილის შემცირებას უწყობს ხელს.

თუ მკურნალობა სწორად არ ჩატარდა, სახსრის ანთეზამ შეიძლება გამოიწვიოს დაზიანება ორი ძირითადი მექანიზმით:

ა) სინოვიალური გარსი შესაძლოა ძალიან გასქელდეს (ე. წ. სინოვიალური პანუსის ჩამოყალიბება) და სხვადასხვა ნივთიერების გამოყოფის შედეგად სახსრის ხრტილისა და ძვლის ეროზია განვითარდეს.

ბ) „ტკივილის საწინააღმდეგო“ პოზიციაში სახსრის დიდხანს დაყოვნება იწვევს კუნთების ატროფიას, კუნთებისა და რბილი ქსოვილების დაჭიმვას ან შეკუმშვას, რასაც მოხრით დეფორმაციამდე მიყვავართ.

– არსებობს თუ არა დაავადების სხვადასხვა ტიპი?

– არსებობს იია-ის რამდენიმე განსხვავებული ფორმა. ისინი ძირითადად განსხვავდება ისეთი სისტემური სიმპტომების არსებობა-არარსებობით, როგორიცაა მალაღლი ტემპერატურა, გამონაყარი, პერიკარდიტი (სისტემური იია-ს დროს) და დაზიანებული სახსრების რაოდენობით (ოლიგორტიკული ან პოლიარტიკული იია). შეთანხმების თანახმად იია-ის სხვადასხვა ფორმას იმის მიხედვით ასხვავებენ, დაავადების პირველი პირველი 6 თვის განმავლობაში თუ რა ნიშნებია გამოხატული. ამიტომ მათ ხშირად განიხილავენ, როგორც სხვადასხვა დასაწყისის ფორმებს.

სისტემური იია. გარდა ართრიტისა, იგი ხასიათდება სისტემური ნიშნების არსებობით (სისტემური ნიშნავს, რომ პროცესში შეიძლება ჩათრეული იქნას სხვადასხვა ორგანო). მთავარი სისტემური სიმპტომია მალაღლი პიკნოციტური ცხელება, მას ხშირად თან ახლავს ნარინჯისფერ-ვარდისფერი გამონაყარი კანზე, რომელიც ჩნდება ტემპერატურის მომატების დროს. სხვა სიმპტომები – კუნთების ტკივილი, ღვიძლის, ელენთის ან ლიმფური კვანძების გადიდება, პერიკარდიტი და პლევრიტი, ართრიტი (ჩვეულებრივ პოლიართრიტი 5 ან მეტი სახსრის დაზიანებით) შეიძლება გამოვლინდეს დაავადების დასაწყისში ან მოგვიანებით. შეიძლე-



ბა დაავადდნენ ნებისმიერი ასაკის ბავშვები.

ავადმყოფთა დაახლოებით ნახევარს სისტემური ნიშნები ახასიათებს. ამ პაციენტებში შორეული პროგნოზი უკეთესადაა მიჩნეული. პაციენტთა მეორე ნახევარში სისტემური სიმპტომები დროთა განმავლობაში ჩაცხრება და სახსრების დაზიანება უფრო მნიშვნელოვანი ხდება. ამ პაციენტების მცირე ნაწილში სისტემური ცვლილებები და სახსრების დაზიანება ერთდროულად მიმდინარეობს.

სისტემური ითა გვხვდება ითების დაახლოებით 10%-ში. ტიპური ბავშვებში და იშვიათად გვხვდება მოზრდილებში.

პოლიარტიკული ითა. დაავადება პირველი 6 თვის განმავლობაში ხასიათდება პროცესში 5 ან მეტი სახსრის ჩათრევი და მას არ ახასიათებს ზემოთ მითითებული სისტემური სიმპტომები. იმისდა მიხედვით სისხლში არის თუ არა ანტისხეულები, რომელსაც რევმატოიდულ ფაქტორს (რფ) უწოდებენ, ანსხვავებენ პოლარტიკული ითა-ს ორ ქვეფორმას: RF-უარყოფითსა და RF-დადებითს.

1) RF-დადებითი პოლიარტიკული ითა ბავშვებში იშვიათია (ითა-თი დაავადებულთა 5%-ზე ნაკლები). იგი განიხილება, როგორც მოზრდილთა RF-დადებითი რევმატოიდული ართრიტის ექვივალენტი (მოზრდილებში ქრონიკული ართრიტის ძირითადი ფორმა). იგი ძირითადად იწყებს სიმეტრიულ ართრიტს, რომელიც თავდაპირველად უმთავრესად მტევნებისა და ტერფების წვრილ სახსრებს აზიანებს და შემდეგ სხვა სახსრებზე გადადის. იგი გოგონებში უფრო ხშირია, ვიდრე ვაჟებში და ჩვეულებრივ იწყება 10 წლის შემდეგ. იგი ხშირად ართრიტის მძიმე ფორმაა.

2) RF-უარყოფითი პოლიარტიკული ითა. იგი შეადგენს ითა-ის 15-20%-ს. ეს კომპლექსური ფორმაა, რომელიც შესაძლოა სხვადასხვა დაავადებას მოიცავდეს. იგი შეიძლება შეგვხვდეს ნებისმიერ ასაკში. ეს კომპლექსურობა განსხვავებულ პროგნოზში აიხსნება.

ოლიგოარტიკული ითა. დაავადების პირველი 6 თვის განმავლობაში იგი ხასიათდება 5-ზე ნაკლები სახსრის დაზიანებით და სისტემური სიმპტომების არ არსებობით. იგი მსხვილ სახსრებს (მუხლისა და იდაყვის) ასიმეტრი-

ულად აზიანებს. ზოგჯერ მხოლოდ ერთი სახსარი ზიანდება (მონოართრიტული ფორმა). ზოგიერთ პაციენტში დაზიანებული სახსრების რაოდენობა პირველი 6 თვის შემდეგ 5-მდე ან მეტად იზრდება. ამ ფორმებს განვრცობად ოლიგოართრიტს უწოდებენ.

ოლიგოართრიტი ჩვეულებრივ 6 წლის ასაკამდე იწყება და ძირითადად გოგონებში გვხვდება. სწორი მკურნალობის პირობებში პროგნოზი სახსრის მხრივ ხშირად კარგია იმ პაციენტებში, რომლებშიც დაავადება რამდენიმე სახსრით შემოიფარგლება და სხვადასხვაგვარია იმ პაციენტებში, რომლებშიც სახსრების დაზიანების განვრცობა აღინიშნება.

ავადმყოფთა განსახდერულ ნაწილს შეიძლება განუვითარდეს მნიშვნელოვანი გართულება თვალის მხრივ – უვეის (თვალის ერთ-ერთი გარსის) წინა ნაწილის ანთება (წინა უვეიტი). იგი გარს აკრავს თვალს და შეიცავს სისხლძარღვებს, რომელიც მას სისხლით ამარაგებს. ვინაიდან უვეას წინა ნაწილი შედგება ირისისა (ფერადი გარსი) და ცილიარული სხეულისაგან, გართულებას ქრონიკული წინა უვეიტი ან ქრონიკული ირიდოციკლიტი ეწოდება.

თუ წინა უვეიტი არ იქნა ამოცნობილი და შესაბამისად მკურნალობა არ ჩატარდა, დაავადება პროგრესირებს და შეიძლება თვალის მეტად სერიოზული დაზიანება გამოიწვიოს. იმის გამო, რომ თვალი ამ დროს არ წითლდება და ბავშვი არ უჩივის მხედველობის გაუარესებას (დაბინდულად ხედვას), მშობლებმა და ექიმებმა შეიძლება ვერ ამოიცნონ ეს დაავადება. ამიტომაც სავალდებულოა ამ დიაგნოზის მქონე ბავშვები (რომლებიც მაღალი რისკის ჯგუფს შეადგენენ) პერიოდულად – ყოველ 3 თვეში ერთხელ შემოწმდნენ ოფთალმოლოგის მიერ განსაკუთრებული ხელსაწყო – ნაპარალოვანი ნათურის მეშვეობით.

ოლიგოართრიტი ითა-ს ყველაზე ხშირი ფორმაა (შემთხვევათა 50%). ანა-დადებითი (იხილეთ ლაბორატორიული გამოკვლევები) ტიპი უვეიტთან კომბინაციაში მხოლოდ ბავშვებისთვისაა ტიპური და არ გვხვდება მოზრდილებში.

ფსორიაზული ართრიტი. იგი ხასიათდება ართრიტისა და ფსორიაზის ან ფსორიაზისათვის დამახასიათებელი ნიშნების კომბინაცი-

ით. ფსორიაზი კანის დაავადებაა, რომელსაც ახასიათებს კანზე აქერცლილი ლაქები. ისინი ძირითადად იდაყვებსა და მუხლებზეა. კანის დაავადება შეიძლება წინ უსწრებდეს ან მოსდევდეს ართრიტის დასაწყისს.

ეს ფორმა რთულია თავისი კლინიკური გამოვლინებებითა და პროგნოზით.

ენტეზიტთან ასოცირებული ართრიტი. მისი ყველაზე ხშირი გამოვლინება არის ოლიგოართრიტი, რომელიც ძირითადად აზიანებს ქვედა კიდურების მსხვილ სახსრებს და ასოცირებულია ენთეზიტთან. ენთეზიტი არის ენთეზის (ძვლების გარშემო არსებული მყესების მიმაგრების ადგილი) ანთება. ამ ფორმის დროს ტიპიული ყველაზე ხშირად ლოკალიზებულია ტერფში, ქუსლის წინ ან უკან. ზოგჯერ ამ პაციენტებში შეიძლება აღინიშნებოდეს მწვავე წინა უვეიტი, რომლის დროსაც, ოლიგოართრიკული ფორმისგან განსხვავებით, აღინიშნება თვალის დაწითლება, ცრემლდენა, სინათლისადმი მგრძობილობის მომატება. პაციენტთა უმრავლესობაში ლაბორატორიული ტესტი HLA B27-ზე დადებითია. დაავადება უპირატესად ვაჟებში გვხვდება და ჩვეულებრივ 7-8 წლის ასაკიდან იწყება. დაავადების მიმდინარეობა სხვადასხვაგვარია. ზოგიერთ პაციენტში დაავადება თანდათან მსუბუქდება, მაშინ როცა სხვებში იგი ვრცელდება ღერძოვან ჩონჩხზე (ხერხემალზე). თავდაპირველად გავათვდოს შესახსრება (ზურგის ქვედა ნაწილი) ზიანდება. ეს ფორმა დაავადებათა იმ ჯგუფს მიეკუთვნება, რომლებიც მოზრდილებშია უფრო ხშირი და მას ხერხემლის დაზიანების გამო სპონდილოართროპათიებს უწოდებენ.

– რა იწვევს ქრონიკულ ირიდოციკლიტს? კავშირშია თუ არა იგი ართრიტთან?

– ისევე, როგორც ართრიტი, თვალის ანთებაც გამოწვეულია არანორმალური იმუნური (აუტოიმუნური) რეაქციით თვალის წინააღმდეგ. მიუხედავად ამისა, ზუსტი მექანიზმი უცნობია.

ეს გართულება ძირითადად აღინიშნება დაავადების ოლიგოართრიკული ტიპის მქონე, უმცროსი ასაკის, ანტინუკლიარულ ანტისხეულებზე (ანა) დადებითი ლაბორატორიული ტესტის მქონე ბავშვებში.

თვალისა და სახსრების დაავადების დამაკავშირებელი მიზეზი ცნობილი არ არის. ამასთანავე უნდა გვახსოვდეს, რომ ართრიტი და ირიდოციკლიტი შეიძლება ერთმანეთისაგან დამოუკიდებლად მიმდინარეობდეს, ასე რომ ნაპრალოვანი ნათურით პერიოდული გამოკვლევა მაშინაც უნდა გაგრძელდეს, როდესაც ართრიტის რემისია გვაქვს (ართრიტისათვის დამახასიათებელი ნიშნები არ აღინიშნება). ირიდოციკლიტის მიმდინარეობას ახასიათებს პერიოდული გამწვავებები, რომლებიც აგრეთვე არ არის დამოკიდებული ართრიტის მიმდინარეობაზე.

ირიდოციკლიტი ჩვეულებრივ მოჰყვება ართრიტის დასაწყისს, ან შეიძლება ართრიტის თანადროულად დადგინდეს. უფრო იშვიათად იგი ართრიტს წინ უსწრებს. ეს ჩვეულებრივ ყველაზე არაკეთილსაზურველი შემთხვევებია. მართლაც, როდესაც დაავადება სიმპტომების გარეშე მიმდინარეობს, ირიდოციკლიტი გამოვლინდება არა ადრეულ სტადიაზე, არამედ მაშინ, როდესაც უკვე ადგილი აქვს კლინიკურ ნიშნებს მხედველობის დარღვევის სახით.

– განსხვავდება თუ არა დაავადება ბავშვებსა და მოზრდილებში?

– უმეტესად კი. პოლიარტიკული RF-დადებითი ფორმა, რომელიც შეადგენს მოზრდილთა რევმატიდული ართრიტის 70%-ს, იიას დროს 5%-ზე ნაკლებია. ადრეული დასაწყისის ოლიგორტიკული ფორმა აღინიშნება იიას დროს შემთხვევათა დაახლოებით 50%-ში, ხოლო მოზრდილებში არ გვხვდება. სისტემური ართრიტი დამახასიათებელია ბავშვებისთვის, ხოლო მოზრდილებში ფრიად იშვიათია.

– რა სახის ლაბორატორიული გამოკვლევებია საჭირო?

– დიაგნოზის დასმისას გამოსადეგია ზოგიერთი ლაბორატორიული გამოკვლევა, რომელიც კლინიკურ გამოვლინებებთან ერთად საშუალებას გვაძლევს უკეთესად განვსაზღვროთ იიას ტიპი და გამოვყოთ ზოგიერთი გართულების, როგორცაა ქრონიკული ირიდოციკლიტი, განვითარების მაღალი რისკის მქონე პაციენტები.

რევმატიდული ფაქტორი (რფ) – აუტონანტისხეულია, რომელიც მდგრადად და მაღალი კონცენტრაციით დგინდება მხოლოდ იიას პოლიარტიკული ფორმის დროს,

რომელიც ბავშვებში მოზრდილთა RF-დადებითი რევმატიდული ართრიტის ტოლფასია.

ანტინუკლეარული ანტისხეულები (ანა) – ძალზე ხშირად დადებითია იიას-ს ოლიგორტიკული ადრეული დასაწყისის დროს. მათი საშუალებით შესაძლებელია ქრონიკული ირიდოციკლიტის განვითარების მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფების იდენტიფიცირება. მათ პერიოდულად (ყოველ სამ თვეში ერთხელ) უნდა ჩატარდეთ თვალის გამოკვლევა ნაპრალოვანი ნათურის საშუალებით.

27 – უჯრედული მარკერია, იგი დადებითია ენთუხიტთან ასოცირებული ართრიტის მქონე პაციენტების 80%-ზე მეტში. მისი სისშირე ჯანმრთელ მოსახლეობაში ბევრად დაბალია (5-8%).

სხვა გამოკვლევები, როგორცაა ერთორციტების დალექვის სინქარე (ედს) ან ჩრექაქტიული ცილა (კრც), განსაზღვრავს ზოგადად ანთების ხარისხს და გამოსადეგია დაავადებათა მართვაში, რომელიც უფრო მეტად კლინიკურ გამოვლინებებს ემყარება, ვიდრე ლაბორატორიულ გამოკვლევებს.

იმისდა მიხედვით, თუ რა წამლებს ღებულობს პაციენტი, შესაძლოა საჭირო იყოს პერიოდული გამოკვლევები (როგორცაა სისხლის ანალიზი, დვიდლის ფერმენტების განსაზღვრა, შარდის ანალიზი და ა. შ), რათა შეფასდეს მედიკამენტების პოტენციური ტოქსიურობა.

პერიოდული რენტგენოლოგიური გამოკვლევა გამოიყენება დაავადების მოსალოდნელი პროგრესირების განსაზღვრისა და აქედან გამომდინარე სამკურნალო დანიშნულების დახვეწისათვის.

– როგორია მკურნალობა?

– იიას-ს მკურნალობის სპეციფიური მეთოდი არ არსებობს. სონტანური რემისიის მოლოდინში (რომელიც უმრავლეს შემთხვევაში ვითარდება, მაგრამ განსხვავებული და წინასწარ განუსაზღვრებადი დროის გავლის შემდეგ) მკურნალობის მიზანს წარმოადგენს ბავშვებისთვის ნორმალური ცხოვრების შესაძლებლობის მიცემა და სახსრებისა და ორგანოების დაზიანების თავიდან აცილება. მკურნალობაში ძირითადად გამოიყენება წამლები, რომელიც სისტემური და/ან სახსრის ანთებას ამცირებს, და სარეაბილიტაციო პროცედურები, რომელიც ხელს უწყობს სახს-

რის ფუნქციის შენარჩუნებასა და დეფორმაციების თავიდან აცილებას.

მკურნალობა კომპლექსურია და საჭიროებს სხვადასხვა სპეციალისტის ურთიერთთანამშრომლობას (პედიატრ-რევმატოლოგი, ორთოპედ-ქირურგი, ფიზიოთერაპევტი, ოფთალმოლოგი).

1) არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატები (ასაპ) – ესენი არის ანთების საწინააღმდეგო და ანტიპროტიკული (სიცხის დამწვევი) სიმპტომური საშუალებები. სიმპტომური ნიშნავს, რომ მათ არ შეუძლიათ დაავადების რემისიის გამოწვევა, მაგრამ მათი საშუალებით შესაძლებელია ანთებით გამოწვეული სიმპტომების კონტროლი. ყველაზე ფართოდ გამოიყენება ნაპროქსენი და იბუპროფენი. ასევე ეფექტური და იაფი ასპირინი მიუხედავად ეფექტურობისა და სიიარვისა, დღესდღეობით უფრო ნაკლებად გამოიყენება ძირითადად მისი ტოქსიურობის რისკის გამო (სისტემური ეფექტები სისხლის მაღალი წნევის დროს, ტოქსიურობა სვიდლის მიმართ, განსაკუთრებით სისტემური იიას-ს შემთხვევაში). ორგანიზმი ამ პრეპარატებს ჩვეულებრივ კარგად იტანს, დისკომფორტი კუჭის მხრივ, რომელიც ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტია მოზრდილებში, ბავშვებში იშვიათად გვხვდება. სხვადასხვა ასაპებს შორის ასოციაციას არ მიუთითებენ, მაგრამ ზოგჯერ, შესაძლოა ერთი ასაპი იყოს ეფექტური იქ, სადაც სხვამ არ იმოქმედა. სახსრის ანთებაზე ოპტიმალური ზემოქმედება მკურნალობის რამდენიმე კვირის შემდეგ აღინიშნება.

2) ინექციები სახსარში – გამოიყენება, როდესაც პროცესში მხოლოდ ერთი ან თითო-ორი სახსარია ჩართული და როდესაც სახსრის გახანგრძლივებელმა გაშეშებამ (ტკივილის შედეგად განვითარებულმა) დეფორმაცია შეიძლება გამოიწვიოს. საინექციო მედიკამენტებია ხანგრძლივი მოქმედების სტროიდული პრეპარატები. პროლონგირებული ეფექტის (ხშირად მრავალი თვე) გამო უმჯობესია ტრიაამცინოლონის ჰექსაცეტონიდი. ადგილობრივი შეწოვის შედეგად მისი სისტემურ სისხლის მიმოქცევაში ჩართვა მინიმალურია.

3) მეორე რიგის პრეპარატები – ისინი ნაჩვენებია იმ ბავშვებში, რომლებსაც ასაპ-ით და სტეროი-



დების ინექციით ადექვატური მკურნალობის მიუხედავად პროგრესირებადი პოლიართრიტი აღენიშნებათ. მეორე რიგის პრეპარატები ემატება მანამდე გამოყენებული ასაპ-ით მკურნალობას, რომელიც, აქედან გამომდინარე, გრძელდება. მეორე რიგის პრეპარატების უმრავლესობის ეფექტურობა სრულად გამოიხატება რამდენიმე კვირის ან თვის მკურნალობის შემდეგ.

პირველი არჩევის პრეპარატია მეტოტრექსატი, ყოველ კვირეული დაბალი დოზირებით გამოყენებისას იგი პაციენტთა უმრავლესობაში ეფექტურია. გააჩნია ანთების საწინააღმდეგო აქტივობა და ასევე ზოგიერთ პაციენტში უცნობი მექანიზმის საშუალებით შეუძლია დაავადების რემისიის გამოწვევა. იგი ჩვეულებრივ კარგად გადაიტანება. ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტია კუჭის გაღიზიანება და ტრანსამინაზების დონის მომატება. შესაძლო ტოქსიურობა მკურნალობის განმავლობაში საჭიროებს მონიტორინგს პერიოდული ლაბორატორიული გამოკვლევებით.

ფოლის მჟავასთან, ვიტამინთან კომბინაცია გვერდითი ეფექტების რისკს ამცირებს.

სალაზოპირინი ასევე ეფექტურია იია-ს დროს, მაგრამ ჩვეულებრივ მეტოტრექსატზე ნაკლები ამიტანობა ახასიათებს. სალაზოპირინის გამოყენების გამოცდილება ბევრად ნაკლებია ვიდრე მეტოტრექსატის. შესაფერისად არ არის შესწავლილი იია-ს დროს ისეთი პოტენციურად გამოსადეგი მედიკამენტების ეფექტურობა, როგორცაა ციკლოსპორინი და ლეფლუნომიდი. ციკლოსპორინი ფრთხილ ეფექტური პრეპარატია სტეროიდ-რეზისტენტული მაკროფაგული აქტივობის სინდრომის სამკურნალოდ. ეს არის სისტემური იია-ს მიმე და სიცოცხლისათვის საშიში გართულება, რომელიც ანთებითი პროცესის მასიური ზოგადი გააქტივების შედეგია.

უკანასკნელ წლებში გაჩნდა ახალი პერსპექტივები ე. წ. ანტი-სნფ-მედიკამენტების შემოღების შემდეგ – ესენი შერჩევითად აბლოკირებენ სიმსივნის ნეკროზის ფაქტორს (სნფ), რომელიც ანთებითი პროცესის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი მედიატორია. ისინი გამოიყენება დამოუკიდებლად ან მეტოტრექსატთან ერთად და ეფექტურია პაციენტთა უმრავლესობაში. მათი ეფექტურობა საკმარისად

სწრაფად ვლინდება და, რამდენადაც ცნობილია, საკმარისად უსაფრთხოა. შორეული პოტენციურად საშიში გვერდი ეფექტების დასაღვენად ხანგრძლივი დაკვირვებაა საჭირო. მათი, ისევე როგორც ყველა მეორე რიგის პრეპარატის დანიშვნა, მკაცრი სამედიცინო კონტროლის პირობებში უნდა წარმოებდეს. ანტი-სნფ-მედიკამენტები მეტად ძვირია.

4) კორტიკოსტეროიდები. ისინი ანთების საწინააღმდეგო ყველაზე ეფექტური წამლებია, მაგრამ შეზღუდულად გამოიყენება, ვინაიდან მათი ხანგრძლივი გამოყენება დაკავშირებულია მეტად მნიშვნელოვან გვერდით მოვლენებთან, მათ შორის ოსტეოპოროზსა და ზრდის შეფერხებასთან. ამავე დროს ისინი მეტად ღირებულოვანია სხვა თერაპიის მიმართ რეზისტენტული სისტემური სიმპტომების, სიცოცხლისათვის საშიში სისტემური გართულებების მკურნალობისათვის და როგორც ე. წ. „ხიდი“ მედიკამენტები – მწვავე მდგომარეობის კონტროლისათვის, როდესაც ვეღოთ მეორე რიგის პრეპარატების ეფექტის განვითარებას. ადგილობრივი (თვალის წვეთები) სტეროიდები იროდიციკლიტის მკურნალობისთვის გამოიყენება. უფრო მძიმე შემთხვევებში შეიძლება მიმართოთ სტეროიდების პერიბულბალურ ინექციას ან მათ დანიშვნას სისტემატიურად.

5) ორთოპედიული ქირურგია. მისი ძირითადი მიზანია სახსრის დესტრუქციის შემთხვევაში სახსრის პროთეზით შენაცვლება და პერმანენტული კონტრაქტურების შემთხვევაში რბილი ქსოვილების ქირურგიული გამონთავისუფლება.

6) რეაბილიტაცია – მკურნალობის არსებითი კომპონენტია. იგი მოიცავს შესაბამის ვარჯიშებს, ასევე დანიშნულების მიხედვით არტაშანის ტარებას, რაც დაგვეხმარება არასასურველი პოზიციის თავიდან აცილებაში. იგი ადრევე უნდა დაიწყო და მიმდინარეობდეს რეუტინულად, რათა შენარჩუნდეს მოძრაობის დონე, კუნთების კვება და ძალა და თავიდან ავიცილოთ, შევამციროთ, ან გამოვასწოროთ დეფორმაცია.

– როგორია მედიკამენტური მკურნალობის გვერდითი მოქმედება?

– იია-ის მკურნალობისთვის გამოყენებული მედიკამენტები ორგა-

ნიზმისათვის ჩვეულებრივ ადვილად ასატანია. კუჭის გაღიზიანება, ასაპ-ის ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტი (რის გამოც იგი ზოგიერთ საკვებთან ერთად უნდა იქნეს მიღებული), მოზრდილებთან შედარებით ნაკლებად გვხვდება ბავშვებში. ასაპ-მა შეიძლება გამოიწვიოს სისხლში ღვიძლის ზოგიერთი ფერმენტის დონის მომატება, რაც, თუ არ ჩავთვლით ასპირინს, სხვა მედიკამენტების გამოყენებისას მეტად იშვიათია.

მეტოტრექსატიც ასევე ადვილად ასატანია. კუჭ-ნაწლავის სისტემის მხრივ გვერდითი ეფექტები, როგორცაა გულისრევა და ღებინება, არ არის ხშირი. პოტენციური ტოქსიურობის მონიტორინგისათვის მნიშვნელოვანია პერიოდულად ზოგიერთი ლაბორატორიული კვლევის ჩატარება (სისხლის ანალიზი, ღვიძლის ფერმენტები და ა.შ.). ყველაზე ხშირი ლაბორატორიული ცვლილებაა ღვიძლის ფერმენტების მომატება, რაც ნორმალურდება მედიკამენტების მოხსნით ან დოზის შემცირებით. ფოლის ან ფოლინის მჟავის დანიშვნა ეფექტურია ღვიძლის მოშავების შესამცირებლად. ჰიპერმგრძობელობის რეაქციები მეტოტრექსატზე მეტად იშვიათია.

სალაზოპირინი შედარებით ადვილად ასატანია. ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტებია კანზე გამოწყარო, პრობლემები კუჭ-ნაწლავის სისტემის მხრივ, ჰიპერტრანსამინაზემია (ღვიძლის მიმართ ტოქსიურობა, ლეიკოპენია (სისხლის თეთრი უჯრედების რაოდენობის შემცირება, რაც ინფექციის რისკს ზრდის). ამ მიზეზთა გამო, ისევე, როგორც მეტოტრექსატის შემთხვევაში, საჭიროა პერიოდული ლაბორატორიული გამოკვლევები.

ანტი სნფ-აგენტები ჩვეულებრივ ადვილად ასატანია. პაციენტებს გულდასმით უნდა უტარდებოდეს მონიტორინგი მიმე ინფექციების შესაძლო განვითარების გამო.

სტეროიდების ხანგრძლივი გამოყენება მნიშვნელოვანი დოზებით დაკავშირებულია მეტად საყურადღებო გვერდით ეფექტებთან, მათ შორის ზრდის შეფერხებასა და ოსტეოპოროზთან. სტეროიდების მაღალი დოზებით გამოყენება მადის შესაძენე მომატებას იწვევს, რასაც სიმსუქნემდე მივყავართ. მნიშვნელოვანია, რომ ვასწავლოთ ბავშვებს ისეთი საკვების მიღება,

რომელიც დააკმაყოფილებს მათ მადას და ნაკლებად კალორიული იქნება.

– რამდენ ხანს უნდა გრძელდებოდეს მკურნალობა?

– იგი უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ დაავადება მიმდინარეობს. დაავადების ხანგრძლივობის წინასწარ განსაზღვრა შეუძლებელია. იია-ს შემთხვევათა უმრავლესობაში რამდენიმე ან მრავალი წლის მკურნალობის შემდეგ სპონტანურად ვითარდება რემისია. იია ხშირად ხასიათდება პერიოდული რემისიებითა და გამწვავებებით, რაც მნიშვნელოვან ცვლილებებს იწვევს. მკურნალობის შეწყვეტა მისაღები მხოლოდ მას შემდეგ რაც მიიღწევა დაავადების ხანგრძლივი და სრული რემისია.

– თვალის გამოკვლევა (ნაპრალოვანი ნათურით) რამდენად ხშირად და რა ხნის განმავლობაში უნდა ტარდებოდეს?

– რისკის ჯგუფის (ანა-დადებითი) პაციენტებში ნაპრალოვანი ნათურით გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს სულ მცირე ყოველ 3 თვეში. ისინი, ვისაც განუვითარდა ირიდოციკლიტი, ექვემდებარებიან უფრო ინტენსიურ კონტროლს, რომლის სისშირე დამოკიდებულია თვალის დაზიანების სიმძიმეზე.

დროთა განმავლობაში ირიდოციკლიტის განვითარების რისკი მცირდება. თუმცა იგი შეიძლება განვითარდეს ართრიტის დაწყებიდან რამდენიმე წლის შემდეგაც. გონივრულია თვალის გამოკვლევა მრავალი წლის განმავლობაში მაშინაც კი, თუ ართრიტი რემისიაშია.

ართრიტისა და ენთეზიტის მქონე პაციენტებში განვითარებული მწვავე უვეიტი გამოხატული კლინიკური ნიშნებით ვლინდება (თვალელების დაწითლება, ტკივილი და სინათლის შიში) და ამიტომაც ადრეული დიაგნოზისათვის ნაპრალოვანი ნათურის გამოყენება ნაჩვენებია არაა.

– როგორია ართრიტის პროგნოზი?

– ართრიტის პროგნოზი დამოკიდებულია მის სიმძიმეზე, იია-ს კლინიკურ ფორმაზე, მკურნალობის დროულობასა და სისწორეზე. უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში იგი შესამჩნევად გაუმჯობესდა მკურნალობის პროგრესის გამო.

სისტემური იია-ს სხვადასხვაგვარი გამოსავალი აქვს. ავადმყოფთა დაახლოებით ნახევარს აქვს

ართრიტის მცირედი ნიშნები და დაავადება ძირითადად პერიოდული გამწვავებებით ხასიათდება. საბოლოო პროგნოზი ხშირად კარგია, ვინაიდან დაავადება ხშირად სპონტანურ რემისიაში გადადის. ავადმყოფთა მეორე ნახევარში დაავადებას ახასიათებს პერსისტირებული ართრიტი, მაშინ, როცა სისტემური სიმპტომები წლებთან ერთად თანდათანობით ქრება. პაციენტთა ნაწილში შეიძლება განვითარდეს სახსრის მიძიმე დესტრუქცია. საბოლოოდ, პაციენტთა ამ მეორე ჯგუფის მცირე ნაწილში სისტემური სიმპტომები რჩება სახსრის დაზიანებასთან ერთად. ამ პაციენტებს ყველაზე ცუდი პროგნოზი აქვთ, შეიძლება განვითარდეს ამილოიდოზი – მიძიმე გართულება, რომელიც საჭიროებს იმუნიტეტის დამორგუნველ ძლიერ თერაპიას.

RF-დადებითი პოლიარტიკულური იია-ს უფრო ხშირად სახსრის პროგრესირებადი დაზიანება ახასიათებს, რამაც შეიძლება მისი დესტრუქცია გამოიწვიოს. RF-უარყოფითი პოლიარტიკულური იია კომპლექსურია კლინიკური გამოვლინებისა და გამოსავლის მიხედვით. თუმცა საერთო პროგნოზი უკეთესია, ვიდრე RF-დადებითი პოლიარტიკულური იია-ს დროს. დაავადებულთა მხოლოდ მეოთხედში ვითარდება სახსრის დაზიანება.

ოლიგოარტიკულური იია-ს, როდესაც დაავადება შემოიფარგლება რამდენიმე სახსრით ხშირად სახსრის მხრივ კარგი გამოსავალი აქვს. პაციენტებს, რომლებშიც ადგილი აქვს სახსრების დაზიანების გავრცელებას, RF-უარყოფითი პოლიარტიკულური იია-ს მქონე პაციენტების მსგავსი გამოსავალი აქვთ.

ფსორიაზული იია-ს მქონე პაციენტთა უმრავლესობაში დაავადება ოლიგოარტიკულური იია-ს მსგავსია, მაგრამ არსებობს დიდი შანსი, რომ დროთა განმავლობაში გახდეს პოლიარტიკულური.

ენთეზოპათიასთან ასოცირებული იია-ს ასევე სხვადასხვაგვარი პროგნოზი აქვს. ზოგიერთ პაციენტში დაავადება რემისიას იძლევა, მაშინ, როცა სხეულში იგი პროგრესირებს და შეიძლება დააზიანოს გავა-თემოს შესახსრება.

ჯერჯერობით სარწმუნო კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემები, რომელთა მიხედვითაც წინასწარ შესაძლებელი იქნება იმის

განსაზღვრა, თუ რომელ პაციენტშია მოსალოდნელი ცუდი პროგნოზი, დაავადების ადრეულ სტადიაზე ხელმისაწვდომი არ არის. ასეთი წინასწარ განმსაზღვრელი მონაცემები კლინიკურად მეტად საინტერესოა, რადგან ისინი მოგვცემს იმ პაციენტების იდენტიფიკაციის საშუალებას, რომლებიც დაავადების დასაწყისიდანვე უფრო აგრესიულ მკურნალობას საჭიროებენ.

– როგორია ირიდოციკლიტის პროგნოზი?

– თუ ირიდოციკლიტს არ ვუმკურნალებთ, მას მეტად სერიოზული შედეგები შეიძლება მოჰყვეს. მათ შორის ისეთი პრობლემებია, როგორცაა თვალის ბროლის შემღვრევა (კატარაქტა) და სიბრმავე. ამავე დროს, თუ მას ადრეულ სტადიაზე ვუმკურნალებთ, იგი ჩვეულებრივ კარგად ემორჩილება გამოყენებული საშუალებებს. პროგნოზის ძირითადი განმსაზღვრელი ადრეული დიაგნოსტიკაა.

– ნებადართულია თუ არა ვაქცინაცია?

– თუ პაციენტს ჩაუტარდა იმუნოუპრესიული მკურნალობა (სტეროიდები, მეტოტრექსატი, ანტი-სნფ და ა.შ.), ვაქცინაცია ცოცხალი, დაუძლურებული მიკროორგანიზმებით (როგორცაა წითელას, წითურას, ყბაყურას, პოლიომიელიტის (Sabin) და BCG ვაქცინაციები) უნდა გადაიდოს იმის გამო, რომ იმუნური დაცვის შესუსტების გამო აცრის მიერ ინფექცია მთელ ორგანიზმში არ გავრცელდეს. ვაქცინები, რომლებიც შეიცავს არა ცოცხალ მიკროორგანიზმებს, არამედ მხოლოდ ინფექციურ პროტეინებს (ტეტანუსის, დიფტერიის, პოლიომიელიტის (შალკ), – ჰეპატიტის, ყივანახველას, პნევმოკოკის, პემფილუსის, მენინგოკოკის ვაქცინები), შეიძლება გამოვიყენოთ. იმუნოუპრესიით გამოწვეული მდგომარეობის დროს ვაქცინაციის წარუმატებლობის მხოლოდ თეორიული რისკი არსებობს.

– შეიძლება დიეტამ დაავადების მიმდინარეობაზე ზეგავლენა მოახდინოს?

– ამის დამადასტურებელი ფაქტები არ არსებობს. ძირითადად ბავშვმა უნდა მიიღოს ბალანსირებული, ასაკის შესატყვისი საკვები. თავიდან უნდა ავიცილოთ ჭარბი კვება იმ პაციენტებში, რომლებიც სტეროიდებს ღებულობენ, რადგანაც სტეროიდები მადას აძლიერებენ.



– მოქმედებს თუ არა პავა დაავადების მიმდინარეობაზე?

– დაავადების გამოვლინებებზე პავის ზემოქმედების დამადასტურებელი ფაქტები არ არსებობს.

– ნებადართულია თუ არა სპორტი?

– ნორმალური ბავშვისთვის სპორტი ყოველდღიური ცხოვრების მნიშვნელოვანი ასპექტია. იია-ს მკურნალობის ერთ-ერთი ძირითადი მიზანია ბავშვებს, რამდენადაც შესაძლებელია, ნორმალური ცხოვრების საშუალება მიეცეს და თავი თანატოლებისაგან განსხვავებულად არ იგრძნოს. აქედან გამომდინარე ძირითადი ტენდენცია არის პაციენტებს მივცეთ საშუალება სპორტის იმ სახეობას ეწეოდნენ, რაც მათ მოსწონთ. ამასთანავე უნდა ვენდოთ მათ, რომ ისინი სახსრის დაზიანების შემთხვევაში სპორტს შეწყვეტენ. რა თქმა უნდა, მექანიკური დაზიანება ანთებითი სახსრისათვის სასარგებლო არ არის. ამავე დროს მიღებულია, რომ ჯობია მიიღოს სახსრის მცირე დაზიანება, რაც სპორტს შეიძლება მოჰყვეს, ვიდრე განვითარდეს ფსიქოლოგიური ტრავმა, რაც ავადმყოფის გამო მგობრებთან თამაშის აკრძალვას მოჰყვება. ასეთი მიდგომა იმ ძირითადი პოზიციის ნაწილია, რომელიც ფსიქოლოგიურად წაახალისებს ბავშვს, რათა მან თავი დამოუკიდებლად იგრძნოს და თავად გაუმკლავდეს დაავადებით გამოწვეულ შეზღუდვებს. ამ მოსაზრების გასთვალისწინებით უმჯობესია უპირატესობა მიენიჭოს სპორტის ისეთ სახეობებს, რომლებშიც სახსრის მექანიკური დაზიანება საერთოდ არ იქნება, ანდა მინიმალური იქნება. მაგალითად ცურვა ან ველოსიპედით სეირნობა.

– შეუძლია თუ არა ბავშვს რეგულარულად იაროს სკოლაში?

– მეტად მნიშვნელოვანია, რომ ბავშვმა რეგულარულად იაროს სკოლაში. არსებობს რამდენიმე ფაქტორი, რამაც შეიძლება ამას ხელი შეუშალოს: გაძინებულ სიარული, ადვილად დადლატკივილი, შებოჭილობა. მასწავლებლებს უნდა აეუხსნათ, თუ რა შეიძლება დასჭირდეს ბავშვებს: შესაბამისი მაგიდები, რეგულარული მოძრაობა სასკოლო საათებში სახსრის შებოჭილობის თავიდან ასაცილებლად, შესაძლოა წერის გაძნელებაც. პაციენტებმა, როცა შესაძლებელია, მონაწილეობა უნდა მიიღონ სპორტულ გაკვეთილებში. ასეთ შემთხ-

ვევაში მხედველობაში უნდა იქნას მიღებული ზემოთ განხილული მოსაზრებები სპორტის შესახებ.

სკოლა ბავშვისთვის იგივეა, რაც მოზრდილისთვის სამსახური. ეს არის ადგილი, სადაც იგი სწავლობს, თუ როგორც გახდეს დამოუკიდებელი, შრომისუნარიანი პირი. მშობლებმა და მასწავლებლებმა ყველაფერი უნდა გააკეთონ, რათა სუსტი ბავშვები ნორმალურად ჩაერთონ სასწავლო პროცესში, ჰქონდეთ კარგი აკადემიური მოსწრება და ასევე კარგი ურთიერთობა თანატოლებთან და მოზრდილებთან.

– ექნება თუ არა ბავშვს მოზრდილობის ნორმალური ცხოვრების საშუალება?

– ეს არის მკურნალობის ერთ-ერთი ძირითადი მიზანი და ამის მიღწევა შემთხვევათა უმრავლესობაში შესაძლებელია. იია-ს მკურნალობა გაუმჯობესდა უკანასკნელი ათი წლის განმავლობაში და მომავალში ზოგიერთი ახალი ძლიერი მედიკამენტი ხელმისაწვდომი გახდება. დღესდღეობით ფარმაკოლოგიური მკურნალობისა და რეაბილიტაციის კომბინაციით შესაძლებელია პაციენტთა უმრავლესობაში თავიდან ავიცილოთ სახსრის დაზიანება.

დიდი ყურადღება უნდა დაეთმოს ფსიქოლოგიურ ზემოქმედებასაც ბავშვსა და მის ოჯახზე. იია-ს მაგვარი ქრონიკული დაავადება მთელი ოჯახისათვის მძიმე დარტყმაა და რაც უფრო სერიოზულია დაავადება, მით უფრო ძნელია მასთან გამკლავება. ბავშვისთვის ძნელი იქნება სათანადოდ გაუმკლავდეს თავის დაავადებას მშობლების გარეშე. ზოგჯერ მშობლები ზეზურუნველობას იჩენენ ავადმყოფი შვილის მიმართ, ცდილობენ ყოველგვარი პრობლემა აარიდონ.

ოპტიმისტური განწყობა (პოზიტიური აზროვნება) მშობლების მხრიდან, რომლებიც ბავშვს საშუალებას აძლევენ რაც შეიძლება მეტად შეინარჩუნონ დამოუკიდებლობა, ყველაზე მეტად ეხმარება მას დაავადებასთან დაკავშირებული პრობლემების გადალახვაში, თანატოლებთან ურთიერთობაში. ისინი უფრო დამოუკიდებელ და გაწონასწორებულ პიროვნებად ყალიბდებიან.

საჭიროების შემთხვევაში ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა ბავშვებს უნდა გაეწიოს პედიატრ-რეგმატოლოგიური ჯგუფის მიერ.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

1. Forrest H. Adams M. D. George C. Emmanoulides, M. D. / Heart Disease in Infants Children and Adolescents/ 2008.
2. Cathie E. Gurreta Phd „ჩარდიოლოგიის სკოლარული Nursing holistic Practice“ 2004.
3. Edredby W. Graef M. D. „Manual of Pediatric Therapeutics“ 2003 London.
4. Red Book, 2006.
5. Nelson TextBook of Pediatrics, 2007.
6. Manual of Neonatal Care (Fifth Edition), J. Cloherty, E. Eichenwald, A.
7. Pediatric Infectious Diseases Journal.
8. Школьникова Е А „Лечение детей наследственным синдромом удлиненного интервала QT, профилактика внезапной сердечной смерти Методические рекомендации“ 2006г.
9. „კარდიოლოგია 2006“ სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენციის მასალები. მოსკოვი 2006წ.
10. ბავშვთა და მოზარდთა მედიცინა რედაქტორი: ყ. ფადავა 2012.
11. ბავშვთა ასაკის უხშირეს დაავადებათა მართვა WHO 2013. Editors: Zorc, Joseph J. Title: Schwartz's Clinical Handbook of Pediatrics, 4th Edition Copyright ©2009 Lippincott Williams & Wilkins Front of Book Edito.
12. PEDIATRIC CLINICAL ADVISOR ISBN-13: 978-0-323-03506-4 ISBN-10: 0-323-03506-X Copyright # 2007, 2002 by Mosby, Inc. an affiliate of Elsevier Inc.
13. Nelson –PEDIATRICS 19 th Edition.
14. პერიოდული ლიტერატურა კარდიო-რევმატოლოგიაში:
 - ა) [www. Cardiology](http://www.Cardiology);
 - ბ) www. Ecg Infetus;
 - გ) [www Ecg Neonatology](http://www. Ecg Neonatology);
 - დ) <http://www. medicusamicus. com>;
 - ე) <http://www. med-ed-online. org/>;
 - ვ) <http://cardio-journal. ru/>;
 - ზ) <http://www. infomedical. ru/car/>;
 - თ) <http://www. pulsus. ru/http://www. pulsus. ru/>;
 - ი) [Medscape Medical Search](http://www. Medscape Medical Search);
 - კ) WWW. sppf. info/cardio უკრნალი „ბავშვთა კარდიოლოგია“ (2007-8-9-10-11-12-13-14-15 წწ).
 - ლ) http://www. moh. gov. ge/index. php?lang_id=GEO&sec_id=379
 - მ) <http://www. aafp. org/afp/980800ap/kraft. html>
 - ნ) <http://www. emedicine. com/emerg/topic767. htm>
 - ო) <http://familydoctor. org/312. xml>
 - პ) http://www. medicinenet. com/health-schonlein_purpura/article. html
 - რ) http://health. yahoo. com/media/mayoclinic/images/image_popup/ans7_hspurpura. jpg
 - ყ) <http://www. nlm. nih. gov/medlineplus/ency/imagepages/19831. htm>

რეზიუმე

კიდევ ერთხელ იუვენილური იდიოპათიური ართრიტის შესახებ

ბ. ჩახუნაშვილი, თ. კუტუბიძე, ნ. ჯობავა, კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი, (საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

აქტუალობა: დღევანდელი შრომა განაპირობა არამარტო პედიატრებისა და ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგების მოთხოვნილებამ მეტი გაიგონ თანამედროვე რევმატოლოგიაში რა სიახლეებია, თუ იგივე რჩება იუვენილური იდიოპათიური ართრიტის (იია) კლინიკურ მართვაში,

ნაშრომში მიზანი: ექიმებისთვის და მშობლებისთვისაც აგვეხსნა და მიგვეწოდებინა მათთვის საჭირო ინფორმაცია, რომელიც 1980 წლიდან დღემდე ასეულობით ავადყოფის კატამნეზს და შესაბამის ლიტერატურულ ანალიზს ეყრდნობა.

განსჯა: იუვენილური იდიოპათიური ართრიტი (იია) არის კრებითი ტერმინი, ე. წ. „ქოლგა, რომელიც აერთიანებს ქრონიკული ართრიტით მიმდინარე დაავადებათა ჯგუფს. იია ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი ქრონიკული რევმატიული დაავადება ბავშვთა ასაკში. ამავე დროს, იგი მნიშვნელოვანი მიზეზია ხანმოკლე და ხანგრძლივი დროით განვითარებული უნარშეზღუდულობის. დაავადება დიაგნოსტირდება 16 წლამდე ართრიტით დაავადებულ ბავშვებში, როცა დაავადების ხანგრძლივობაა არანაკლებ 6 კვირა და სხვა ართრიტის შესაძლო მიზეზები გამორიცხულია. იია გავრცელება შეადგენს 1-დან 22 შემთხვევამდე 100000 ბავშვზე. ყოველივე ეს და სხვა მრავალი საკითხი ნაშრომში განხილულია დაწვრილებით, რომელიც ბოლოს კითვა-პასუხის რეჟიმით ჯამდება.

დასკვნა: შრომა განაპირობებს არამარტო პედიატრებისა და ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგების, არამედ მშობლების მოთხოვნილებას მეტი გაიგონ თანამედროვე რევმატოლოგიაში იუვენილური იდიოპათიური ართრიტის (იია) კლინიკურ მართვაში,

SUMMARY

ONCE MORE ABOUT JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS

G. CHAKHUNASHVILI, T. KUTUBIDZE, N. JOBAVA, K. CHAKHUNASHVILI, D. CHAKHUNASHVILI (Georgian Pediatric Cardiology Association)

Actuality: There is a huge demand among pediatricians and pediatric cardio-rheumatologists for additional modern information about management of juvenile arthritis.

Aim: The aim was to present analysis info of patients recorded since 1980.

Discussion: Juvenile arthritis is a disease in which there is inflammation (swelling) of the synovium in children aged 16 or younger. The synovium is the tissue that lines the inside of joints. Juvenile arthritis is an autoimmune disease.

Conclusion: The article should encourage pediatricians, pediatric cardio-rheumatologists, even parents, to seek information and knowledge regarding this matter.

საინტერესო ურობების კალენდროსკოპი

ვალეოლოგია, როგორც „ჯანმრთელობის გობალი თეორია და პრაქტიკა“

იბ. დოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი (საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია)

ვალეოლოგია არის ინტეგრირებული მეცნიერება, რომელიც შეისწავლის და აერთიანებს ადამიანის სულიერ, ფსიქიკურ და ფიზიკურ ჯანმრთელობას და ამასთანავე, ამყარებს მის უშუალო კავშირს გარეთა გარემოსთან, რელიგიასთან და სოციუმთან.

ვალეოლოგიის სამედიცინო მიმართულებაში განსაკუთრებული როლი ენიჭება სულიერ, ფსიქიკურ და სხეულის პარმონიას და ამიტომ სისტემური მიდგომა მოითხოვს ექიმ-რეაბილიტოლოგისა, ფსიქოლოგისა, ფიზიკური აღზრდის სპე-

ციალისტისა, სპორტის ექიმისა და სასულიერო პირის (მღვდლის) ერთობლივ მუშაობას ადამიანის ჯანმრთელობის ფორმირების, მისი შენარჩუნებისა და განმტკიცების საკითხში (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14).



ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის უზრუნველსაყოფად, მედიცინაში დღემდე არსებული დარგები მაშინ არის ეფექტური, როცა ისინი მხოლოდ კომპლექსურად და ერთობლივად გამოიყენება. აქტიური ცხოვრება ფიზიკური მედიცინის საშუალებები (ბუნების ფიზიკური ძალების ენერგია, პრეფორმირებული ფიზიკური ფაქტორები და მოძრაობითი აქტივობა), რბილქსოვილოვანი ფიზიოლოგიური მანუალური თერაპია, სოციალურად ორიენტირებული ფსიქოთერაპია, სამკურნალო ლოცვები, ფიტოთერაპია, პომეოპათია, დიეტოთერაპია და ა. შ. ადამიანის ჯანმრთელობის ხარისხს განაპირობებს ორგანიზმის დაცვით-კომპენსატორული მექანიზმების დროული და სრულყოფილი ამოქმედება, რომელიც თავის მხრივ დამოკიდებულია შინაგანი ორგანოების ბიოენერგეტიკულ რეზერვებზე. ეს კი მიზანმიმართულად მოითხოვს გამაჯანსაღებელი დისციპლინების მიზნობრივ შესწავლასა და გაერთიანებული ცოდნის შექმნას. ორგანიზმზე ფიზიკური რეაბილიტაციის თერაპიული ზემოქმედების მექანიზმების შესწავლისას განსაკუთრებულად ყურადღება უნდა დაეთმოს ორ მომენტს: 1. ფიზიკურ-ქიმიურ პროცესებს, რომელიც ვითარდება ფიზიკური ფაქტორის ზემოქმედების მიდამოში (ქსოვილში, ორგანოში) და 2. ორგანიზმის დაცვით-კომპენსატორულ მექანიზმებს, რაზედაც რეაგირებს ცოცხალი სისტემა. აქ გასათვალისწინებელია ისიც, თუ რა ენერგიის მატარებელია ფიზიკური სხეული და რამდენად შეესაბამება ის ცოცხალ ქსოვილებში მიმდინარე ფიზიკურ-ქიმიურ პროცესების აქტიურობის ხარისხს.

დღეს, მედიცინას გააჩნია უზარმაზარი მონაცემების ბანკი. ექიმს თავისი მოღვაწეობის სფეროში ინფორმაციის ზოგადი გაცნობის შემთხვევაშიც კი ემუქრება უამრავი მონაცემების ნაკადში დაკარგვა, რაც ხელს უწყობს ადამიანის მთლიანობის შემცირების დანაწევრებას. ამ უდიდესმა ხარვეზმა, თავის მხრივ, განაპირობა მედიცინის გადართვა დაავადებათა პრობლემებზე და ნაკლებად - ადამიანის ჯანმრთელობაზე.

მეცნიერული თვალთახედვით ი. ივანუშკინი (2002) ჯანმრთელობას განიხილავს სამი საფეხურის პოზიციიდან: 1. ბიოლოგიურის, სადაც საწყისი ჯანმრთელობა მოითხოვს ორგანიზმის თვითრეგულაციის

სრულყოფას, ფიზიოლოგიური პროცესების მიმდინარეობის ჰარმონიას და ადაპტაციის მაქსიმუმის ჩამოყალიბებას; 2. სოციალურის, სადაც ჯანმრთელობა განიხილება, როგორც სოციალური აქტივობის საზომი, ადამიანის, როგორც ინდივიდის სამყაროსადმი შემოქმედებითი დამოკიდებულების გათვალისწინებით; 3. პიროვნულის (ფსიქოლოგიურის). აქედან გამომდინარე, ჯანმრთელობა არის არა დაავადების უქონლობა, არამედ, უპირატესი გაგებით მისი უარყოფაა, ფსიქოლოგიური ბარიერის გადალახვის უნარის კლინიკური გამოვლენა (ჯანმრთელობა არის არა მხოლოდ ორგანიზმის მდგომარეობა, არამედ ის წარმოადგენს „ადამიანის ფიზიოლოგიური სიცოცხლის სტრატეგიას“).

ვალეოლოგიის- მეცნიერების ახალი დარგის შემოსვლა ვერ გაეჭვა მწვავე დისკუსიების გამართვას მრავალ მეცნიერთა შორის, რაც უშუალოდ დაკავშირებული იყო მისთვის კუთვნილი ადგილის დასაკავებლად. მეცნიერები ყველაზე ხშირად ცდილობდა მის გაიგივებას ჰიგიენასთან. ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ ჰიგიენური კვლევის ობიექტს არ წარმოადგენს ადამიანის ჯანმრთელობა, მისი ობიექტია ორგანიზმის გარეთა გარემო. ჰიგიენა მიმართული არ არის ჯანმრთელობის კრიტერიუმების შემუშავებისათვის ან ჯანმრთელობის რეზერვების დადგენისათვის, ის შეისწავლის ადამიანის ორგანიზმზე გარეთა გარემო ფაქტორების ზემოქმედებას და მიმართულია პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავებისკენ ცხოვრებისა და შრომის პირობების გასაუმჯობესებლად და ნორმირებისათვის.

ვალეოლოგია არ წარმოადგენს ნოზოლოგიური მედიცინის ალტერნატივას, არამედ არის მისი დამატება, საერთოდ კი მედიცინის საზღვრების გაფართოება; მისი გაერთიანება დაავადებათა თეორიულ-პრაქტიკულ სწავლებასთან (პათოლოგიასთან) კომპლექსში და ადამიანის ყოფითი ცხოვრების გარემო პირობებთან (ჰიგიენასთან) ერთად ვალეოლოგია შეიძლება გახდეს მედიცინის ზოგადი თეორიის დამუშავებისა და პრაქტიკული ჯანდაცვის განვითარების ახალი სტრატეგია.

XX საუკუნის მეორე ნახევარში მედიცინის თეორია მნიშვნელოვანი ფაქტის წინაშე აღმოჩნდა, რო-

მელმაც გადაუდებლად მოითხოვა განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევა პრაქტიკულად ჯანმრთელი ადამიანების ჯანმრთელობის დასაცავად. ჯანმრთელობა, როგორც ცნობილია წარმოადგენს ძალზე რთულ კატეგორიას მისი შეცნობისათვის, შეუძლებელია გაჯანსაღების აქტიური პოზიციის დასაბუთება, თუ მეცნიერება ვერ შეძლებს მის არსში ობიექტურ გარკვევას, ინდივიდუალური ჯანმრთელობის რაოდენობრივი მახასიათებლების დადგენას, რომელთაც სჭირდება მიზანდასახული მართვა. ეს არის ჯანმრთელობის შენარჩუნების მექანიზმების დადგენის ძირითადი პრობლემა.

ისტორიული წარსულის დიდი ფილოსოფოსები აზრს მოკლებულად კი არ ამტკიცებდნენ, რომ ფიზიკური, სულიერი და სხეობრივი ჯანმრთელობა წარმოადგენს ერთსა და იმავე ცნებას. ძველ რომში ადამიანი თანამოსაუბრეს მიესალმებოდა „La vale ! და ამით ჯანმრთელობას უსურვებდა. ამიტომ შესაძლებელია ვალეოლოგიას თამამად ვუწოდოთ ინტეგრალური დისციპლინა, რომელიც ჰარმონიულად აერთიანებს ტრადიციას, როგორცაა ჰარმონია-სიყვარული-სიღამაზე.

დღევანდელი შეხედულებით, ინდივიდუალურ ჯანმრთელობაზე მეცნიერების ძირითადი დებულებები შეიძლება წარმოვადგინოთ შემდეგნაირად: „დეფინიცია: ვალეოლოგია-ინდივიდის ჯანმრთელობის ფორმირების, შენარჩუნებისა და განმტკიცების თეორია და პრაქტიკა“. „ვალეოლოგიის კვლევის საგანია: ინდივიდუალური ჯანმრთელობა, მისი მექანიზმები, მათი მართვის შესაძლებლობები“. „ვალეოლოგიის ობიექტი: ინდივიდუალია, რომელიც იმყოფება ჯანმრთელობის ყველა დიაპაზონში“.

ვსაუბრობთ რა ადამიანის ჯანმრთელობაზე, როგორც სიცოცხლის ფენომენის რეალიზაციის უმაღლეს ფორმაზე, საჭიროა მისი შემეცნების დამახსოვრება და არსებული გარემომცველი გარემოს გონებრივი გარდასახვა, რათა პიროვნებამ შეიგრძნოს თავისი საკუთარი ადგილი შესაბამის და რეალიზებულ აქტიურ სოციალურ გარემოში. უნარის ასეთი გამოვლენა დამახასიათებელია ფსიქიკურად (ემოციურ-ინტელექტუალურად) გაწონასწორებულ ადამიანებში, რომელთა სულიერი მდგომარეობა განაპირობებს ფსიქო-სოციალურ ერთ-

ანობასა და მდგრადობას. გამოძი-
ნარე აქედან, ვალეოლოგიური მე-
თოდოლოგიის (ზოგადი თეორიისა
და პრაქტიკის) საფუძველია შემდე-
გი პრინციპების ჩამოყალიბება და
მათი პრაქტიკაში გათვალისწინება:

ვალეოლოგია ადამიანის ჯანმრ-
თელობას განიხილავს, როგორც
დამოუკიდებელ სოციალურ-სამე-
დიცინო კატეგორიას, რომლის არსი
შეიძლება დახასიათებული იყოს
პირდაპირი მახვენებლებით, როგორც
რაოდენობრივად, ასევე ხარისხობრი-
ვად და რომლის მართვაც იმყოფე-
ბა შესაძლებლობის ფარგლებში;

ჯანმრთელობასა და დაავადებას
შორის არსებობს გარდამავალი
მდგომარეობა. ამასთანავე, ჯანმრ-
თელობა განიხილება, როგორც მე-
ტად ზოგადი კატეგორია დაავადე-
ბისწინა მდგომარეობასა და დაავა-
დებასთან შედარებით. დაავადების-
წინა მდგომარეობა („მესამე მდგო-
მარეობა“) და დაავადება - ჯანმრ-
თელობის კერძო შემთხვევაა, რო-
ცა მისი დონე დაქვეითებულია ან
აღინიშნება მისი დეფექტები;

ადამიანთან და მის ჯანმრთელო-
ბასთან მიდგომა, რომელსაც გამო-
იყენებს ვალეოლოგია, - არის ინ-
ტეგრირებული (სისტემური), ჰო-
ლისტიკური (Holos - მთლიანი). ზე-
მოქმედების მეთოდები- უპირატე-
სად, არამედლიკამენტურია, ბუნებრივი;
სანოლოგიის (სამედიცინო ვა-
ლეოლოგიის) თეორიული პრინცი-
პების დამუშავება პასუხობს მედი-
ცინის ზოგადი თეორიის ფორმირე-
ბის ამოცანას, რომელიც აერთიან-
ებს ჯანმრთელობის, დაავადებისა
და გარდამავალი მდგომარეობების
ფილოსოფიურ გააზრებას.

დაავადებისწინა მდგომარეობა
და დაავადება განიხილება, რო-
გორც ჯანმრთელობის კერძო შემ-
თხვევა, როცა ჯანმრთელობის დონე
ან დაქვეითებულია, ან აღინიშ-
ნება გარკვეული კლინიკურ-მორ-
ფოლოგიური დეფექტები.

ვალეოლოგიაში გამოიყენება
ორგანიზმის სტრუქტურული ორგა-
ნიზაციის სისტემა, რაც უპირატე-
სად ორგანიზმული ხასიათისაა
და მიდგომით- ჰოლისტიკური (ერ-
თმთლიანი).

**ვალეოლოგიის ძირითადი
ამოცანები:**

მიზანდასახული კვლევა-ძიებე-
ბის ჩატარება ინდივიდუალური
ჯანმრთელობის არსის დადგენაზე,
ინდივიდუალური ჯანმრთელობის
პარამეტრების დამუშავება და მა-
თი პრაქტიკაში რეალიზაცია, რაც

პირობადებული უნდა იყოს შექმნი-
ლი მოდულების შესწავლით, მათი
შეფასებისა და პროგნოზირების მე-
თოდების გამოყენებით;

მოსახლეობის ჯანმრთელობის
მდგომარეობაზე სკრინინგისა და
მონიტორინგის სისტემების შემუშა-
ვება უნდა გახდეს „ჯანმრთელო-
ბის ფსიქოლოგიის“ ფორმირების
საფუძველი;

3. ინდივიდუალური ჯანმრთე-
ლობის ფორმირების, შენარჩუნები-
სა და განმტკიცების მეთოდოლო-
გიისა და მეთოდების შემუშავება;

4. ჯანმრთელობის დონის გაზ-
რდის ხარჯზე დაავადებების პირ-
ველადი და მეორადი პროფილაქ-
ტიკის უზრუნველყოფა;

5. ინდივიდუალური ჯანმრთე-
ლობის ხარჯზე ჯანმრთელი პოპუ-
ლაციის დონის ზრდის პროგრამის
შემუშავება;

6. ვალეოლოგიური მიმართუ-
ლების მეთოდებით ჯანმრთელობის
ხარისხის დიაგნოსტიკა, ინდივიდის
ჯანმრთელობის პროგნოზირება
და მართვა.

პრაქტიკულ მედიცინაში სანოგე-
ნეტური და პათოგენეტური რეაქცი-
ების დიფერენცირება ადვილი საქ-
მე როდია, საამისოდ აუცილებელია
ღრმა კლინიკური ცოდნა და დაავა-
დების განვითარების დინამიკის
გათვალისწინებით მისი შესაბამისი
პათოფიზიოლოგიური გამოკვლევა;
ამ ამოცანის სრულად გადაწყვეტა
შესაძლებელია სამედიცინო მეცნი-
ერების თანამედროვე დონის პირო-
ბებში, ოღონდ საჭიროა პრობლემი-
სადმი სახელმწიფოებრივი ყურადღე-
ბის გამოჩენა. სანოგენეტური რეაქ-
ციების სტიმულაციისა და პათოგე-
ნეტური რეაქციების დამუხრუჭე-
ბის მეთოდების ცოდნის დაგროვე-
ბით შესაძლებელი გახდება ადამი-
ანის სხვადასხვა დაავადების ეფექ-
ტური მკურნალობა. ეს კი მედიცი-
ნის შემდგომი განვითარების ბუნებ-
რივ გზად არის მიჩნეული და ამას-
თანავე ძალზე მნიშვნელოვანია სა-
ნოგენეზის პრობლემამ განსაკუთრე-
ბული ყურადღება მიიპყროს ექიმე-
ბისა და მეცნიერ-მუშაკების მხრი-
დან, რა თქმა უნდა, ფართო მასების
ჩართვის ფონზე. აქვე, უნდა აღინიშ-
ნოს ისიც, რომ ადამიანის ჯანმრთე-
ლობისათვის უსაფრთხო გარემოს
შექმნა ყველა, განსაკუთრებით კი
გარდამავალი ეკონომიკის ქვეყნი-
სათვის, ძალზე რთული ამოცანაა, მი-
სი გადაჭრა შესაძლებელია საქარ-
თველოს პარლამენტის, სხვადასხვა
სამინისტროსა და უწყების, ადგი-
ლობრივი თვითმმართველობის ორ-

განოების ერთობლივი ძალისხმევით.

მათი მიზანი უნდა იყოს ქვეყნის
განვითარების გრძელვადიანი სტრატე-
გიის საფუძველზე შეიმუშაოს და
განახორციელოს გარემოს ჰიგიენის
სამოქმედო ეროვნული გეგმა და მო-
სახლეობის ჯანმრთელობის ფორ-
მირებისათვის, მისი შენარჩუნები-
სათვის და განმტკიცებისათვის სა-
ჭირო ღონისძიებების ჩატარება. სა-
ქართველოში ჯანმრთელობის მედი-
ცინის (ვალეოლოგიის) განვითარე-
ბას აფერხებს ის, რომ სახელმ-
წიფოებრივი სტრუქტურების მუშა-
კებს არ აინტერესებთ ერის სიჯან-
სადე. ამასთანავე, ისინი არ აწვდი-
ან ქვეყნის მმართველებს საგანგა-
შო ინფორმაციას იმის შესახებ, რომ
პროგრესულად ნადგურდება ეროვნუ-
ლი გენოფონდი, დადგა დრო, რომ
თანამედროვე ბავშვები და მოზარ-
დები წითელ წიგნში შევიტანოთ.
დღეს გამონათქვამი „ჯანმრთელი
სული ჯანმრთელ სხეულში“ სიტყ-
ვა სიტყვით უნდა იქნეს გააგებელი,
ამაოა მცდელობა ინტელექტის
ზრდისა, როდესაც საფრთხე ექმნე-
ბა მოსახლეობის სიცოცხლეს.

დღეს, კაცობრიობა განიცდის გან-
საკუთრებულ პერიოდს, სადაც ადა-
მიანის შესწავლამდე, ტექნოკრატუ-
ლი ამოცანებიდან გამოძინარე, შე-
იცვალა მეცნიერების ინტერესთა მი-
მართულება ადამიანის ფენომენის
არსზე, მის გარეთა გარემოსთან ურ-
თიერთდამოკიდებულობაზე და ფსი-
ქიკის საიდუმლოების ამოხსნაზე.
XXI საუკუნე უნდა გახდეს ფსიქო-
ლოგიის საუკუნედ. ამ სინთეზურ
წარმოდგენას ადამიანის ბუნებაზე
განაპირობებს დასავლეთისა და აღ-
მოსავლეთის კულტურათა ურთიერ-
თშელწევადობის მცდელობა, რამაც
ხელი უნდა შეუწყოს პლანეტარული
კულტურის ფორმირებას. ადამიანის
არსის შესწავლაში პირველად და-
სავლეთმა შეიტანა ადამიანის სხე-
ულის ცოდნა, ხოლო აღმოსავლეთ-
მა- ერთმთლიანობის პრინციპი.
დღეს, მეცნიერება ცდილობს ძველი
ჭეშმარიტების აღდგენას მათ ენაზე
გადატანის მცდელობით. ეს ხელს
უწყობს დიფერენცირებულ ეტაპი-
დან ინტეგრირებულზე გადასვლას,
რაც ითვალისწინებს მიზანმიმართუ-
ლი სისტემური მიდგომების გამოყე-
ნებას. მხოლოდ ამ პირობების შეს-
რულება განაპირობებს ჰოლისტიკუ-
რი ტრადიციის აღდგენას, რაც საშუ-
ალებას იძლევა უფრო მეტად შევიც-
ნოთ ადამიანის ჯანმრთელობის არ-
სი და მისი ფორმირების მექანიზმე-
ბი, საბოლოო ჯამში კი - ჯანმრთე-
ლობის მეცნიერების (ვალეოლოგი-



ის) აღმავლობამ ხელი უნდა შეუწყოს სრულყოფილი ცოდნის შექმნას, რაც უნდა გახდეს ჯანმრთელობის ზოგადი თეორიის შექმნის წინაპრობა და მისი პრაქტიკაში ეფექტური გამოყენების საფუძველი.

ლიტერატურა:

დოლიძე ი., ვალეოლოგიური განათლება - წარმატებული ქვეყნის საეკონომიკური ბარათი, საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2010, 11;

დოლიძე ი., რეაბილიტოლოგიისა და ვალეოლოგიის ადგილი ჯანმრთელობის სისტემაში, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2010, 4;

დოლიძე ი., სანოლოგია-ჯანმრთელობის მართვის ფუნდამენტური მოძღვრება, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2011, 2;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., ვალეოლოგია (სამედიცინო მიმართულება), როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2013, № 15-10-9;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., სპორტული ვალეოლოგიის განვითარების პერსპექტივები, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2013, № 7;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., ავადღების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2013, № 15-10-9;

დოლიძე ი., სანოლოგიის როლი თანამედროვე მედიცინაში, მედიცინისა და მეცნიერების თანამედროვე პრობლემები, 2014, № 1;

ჩახუნაშვილი გ., ინტეგრალური მეცნიერება, როგორც XXI საუკუნის აუცილებლობა (ვალეოლოგია, სანოლოგია), სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2015, № 17-12-11;

დოლიძე ი., ჯანდაცვის რეორგანიზაცია ჯანმრთელობის კრიტერიუმით- XXI საუკუნის მედიცინის ძირითადი მოთხოვნა, მედიცინისა და მეცნიერების თანამედროვე პრობლემები, 2015, № 3;

ჩახუნაშვილი გ., დოლიძე ი., თანამედროვე მედიცინა და სანოლოგია, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2015, №9;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., ადამიანის ჯანმრთელობა მედიცინის, პიგიენისა და სანოლოგიის მეცნიერულ-პრაქტიკული პოზიციებიდან, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2015, № 17-12-11;

ჩახუნაშვილი გ., დოლიძე ი., ვალეოლოგია, როგორც სამი კარდინალური მიმართულების - სასწავლო, სამეცნიერო და პედაგოგიურ დისციპლინათა ინტეგრირებული მეცნიერება, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2015, № 9;

დოლიძე ი. (ინტერვიუ თინათინ გოცაძესთან), სახელმწიფო ჯანდაცვის კრახი და ვალეოლოგია, როგორც კრიზისიდან გამოსვლის საიმედო გზა, სამედიცინო პოპულარული ჟურნალი: ოჯახის მეურნაელი, 2015, № 10;

ჩახუნაშვილი გ., დოლიძე ი., გონგაძე ნ., ფავლენიშვილი ი., ჯანდაცვის, ფარმაციის, ბიომედიცინისა და სპორტის ინდუსტრია, საქართველო 2050, საქართველოს განვითარების სტრატეგია, 2015, თბილისი (პროექტის ხელმძღვანელი ო. ქუცნაშვილი), 123-133.

რეზიუმე

ვალეოლოგია, როგორც „ჯანმრთელობის ზოგადი თეორია და პრაქტიკა“

ივ. დოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი, საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია

აქტუალობა: ვალეოლოგიის სამედიცინო მიმართულებაში განსაკუთრებული როლი ენიჭება სულიერ, ფსიქიკურ და სხეულის ჰარმონიას და ამიტომ სისტემური მიდგომა მოითხოვს ექიმ-რეაბილიტოლოგისა, ფსიქოლოგისა, ფიზიკური აღზრდის სპეციალისტისა, სპორტის ექიმისა და სასულიერო პირის (მღვდლის) ერთობლივ მუშაობას ადამიანის ჯანმრთელობის ფორმირების, მისი შენარჩუნებისა და განმტკიცების საკითხში.

ნაშრომში მიზანი: ვალეოლოგიის, როგორც ჯანმრთელობის ზოგადი თეორიისა და პრაქტიკის ახსნა.

განსჯა: დღევანდელი შეხედულებით, ინდივიდუალურ ჯანმრთელობაზე მეცნიერების ძირითადი დებულებები შეიძლება წარმოვადგინოთ შემდეგნაირად: „დეფინიცია: ვალეოლოგია-ინდივიდის ჯანმრთელობის ფორმირების, შენარჩუნებისა და განმტკიცების თეორია და პრაქტიკა“. „ვალეოლოგიის კვლევის საგანია: ინდივიდუალური ჯანმრთელობა, მისი მექანიზმები, მათი მართვის შესაძლებლობები“. „ვალეოლოგიის ობიექტი: ინდივიდებია, რომლებიც იმყოფება ჯანმრთელობის ყველა დიაპაზონში“.

დასკვნა: ჯანმრთელობის მეცნიერების (ვალეოლოგიის) აღმავლობამ ხელი უნდა შეუწყოს სრულყოფილი ცოდნის შექმნას, რაც უნდა გახდეს ჯანმრთელობის ზოგადი თეორიის შექმნის წინაპრობა და მისი პრაქტიკაში ეფექტური გამოყენების საფუძველი.

SUMMARY

VALEOLOGY AS GENERAL THEORY AND PRACTICE ABOUT HEALTHINESS

I. DOLIDZE, G. CHAKHUNASHVILI

/Georgian State Institute of Physical Growth and Sports, Georgian Pediatric Cardiology Association/

Actuality: Valeology is a complex subject which incorporates maintenance of spiritual, psychological and bodily harmony. That is why it requires professionals from various fields like: rehab specialist, psychologist, physical development specialist, sports doctor and, in some cases, religious person.

Aim: The aim was to describe valeology.

Discussion: The definition of valeology is following: formation of one’s health, theory and practice of its maintenance and strengthening, The subject of study in valeology is health of an individual, its mechanism and management issues. Object of valeology is an individual in any stage of healthiness.

Conclusion: Development of valeology should support getting more knowledge, which should then may be applied in clinical practice, beyond theory.

სანოზონიზისა და ბაჯანსალების მიქანიზმების რეგულაციის პრინციპები

იბ. ღოღობე, ბ. ჩახუნაშვილი

საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია

ადამიანის ჯანმრთელობა მისი ორგანიზმის ისეთი მდგომარეობაა, როცა მის ორგანოებში და სისტემებში მიმდინარე ყველა ფიზიოლოგიური პროცესი ფუნქციური ერთობლიობით გაწონასწორებულია გარეთა გარემოს სოციალურ-ეკოლოგიურ პირობებთან და არ ეკლინდება დაავადებისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები. ე.ი. შენარჩუნებულია ორგანიზმის შიდა გარემოს მუდმივობა (ჰომეოსტაზი). ეს უკანასკნელი განაპირობებს ორგანიზმში სხეულის ტემპერატურის, ქიმიური შემადგენლობის, არტერიული სისხლის ჟანგბადით გაჯერებისა და ა.შ. შენარჩუნებას საყოველთაოდ მიღებული ნორმის ფარგლებში. თუ ჰომეოსტაზი, გარეთა გარემოში არსებული რისკ-ფაქტორების ორგანიზმზე ზემოქმედების შედეგად ირღვევა, მაშინ განვითარებას იწყებს პათოგენეზური პროცესი(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

ადამიანის ორგანიზმის ჯანმრთელობის ძირითად ნიშნად ითვლება მისი ორგანიზმის გარეთა გარემოს ცვალებად პირობებთან მაღალი შემგუებლობა. ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმს შეუძლია გადალახოს უმძიმესი ფსიქიკური და ფიზიკური დატვირთვები, გაუძლოს გარეთა გარემო ფაქტორების მნიშვნელოვან გადახრებს, რომლის დროსაც თითქმის შეუძლებელია ჯანმრთელი ორგანიზმის წონასწორობიდან გამოყვანა. მიუხედავად ადამიანის ჯანმრთელობის ძირითადი კლინიკური ნიშნებისა, ისიც უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ცნება „ჯანმრთელობა“, ისევე, როგორც ცნება „ნორმა“, პირობითობის მატარებელია.

ნორმასა (ჯანმრთელობასა) და პათოლოგიას (დაავადებას) შორის მკვეთრი საზღვრის გაყვება შეუძლებელია. მაგალითად, ჯანსაღ ორგანიზმში შესაძლებელია ჩაბუდებული იყოს რისკ-ფაქტორი (დაავადების გამომწვევი) და არ იყოს გამოვლენილი დაავადებისთვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები. მაგალითად, ინფექციური დაავადების ინკუბაციური პერიოდი. არის რიგი დაავადებებისა, რომელიც მიმდინარეობს ფარულად მაშინ, როცა ჯანსაღი ორგანიზმი გადადის დაავადების ფაზაში. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება განუვითარდეს სპორტსმენებს, რომელთა ორგანიზმს გააჩნია მაღალი კომპენსატორული და ადაპტაციური შესაძლებლობები. ასეთ პირობებში საკმარის დიდი ხნის მანძილზე შესაძლებელია დაავადების ფარული მიმდინარეობა და არ იმოქმედოს სორტსმენების გუნება-განწყობაზე. ამის გათვალისწინებით, ჯანმრთელი და ავადმყოფი ადამიანები გარკვეულ პერიოდამდე შეიძლება თავს კარგად გრძობდნენ, შეიძლება სპორტსმენმა კიდევაც მიაღწიოს მაღალ სპორტულ შედეგს, მაგრამ იყოს ფარულად მიმდინარე დაავადების განვითარების პროცესში. ცნობილია ის ფაქტიც, რომ ჯანმრთელობასა და დაავადებას შორის არსებობს სხვადასხვა ხასიათის გარდამავალი კლინიკური მდგომარეობები. ექიმს ჯანმრთელობის ხარისხის დადგენის მიზნითა და დასკვნითი დიაგნოზის გამოსატანად ძალზე გაუჭირდება გასცეს სარწმუნო

პასუხი შეკითხვას:თუ სად მთავრდება ჯანმრთელობა და იწყება დაავადება? აქ, უნდა იყოს გათვალისწინებული ადამიანის ორგანიზმის ინდივიდუალური თავისებურებანი (წლოვანება, სქესი, გონებრივ-ფიზიკური დატვირთვები), გარემომცველი ბუნებისა და სოციალურ-ეკონომიკური პირობები, რომელშიც იმყოფება კონკრეტული ადამიანი.

ადამიანის ორგანიზმზე მთელი სიცოცხლის მანძილზე განუწყვეტლივ მოქმედებს ძლიერი ემოციური და ფიზიკური დატვირთვები, გეოფიზიკური ფაქტორები: დაბალი და მაღალი ტემპერატურა, გეომანტიური ველი, მზის რადიაცია. ამ პირობებში ნორმის შენარჩუნება საკმაოდ ძნელი იქნებოდა, თუ არა ორგანიზმში არსებული ფიზიოლოგიური სისტემები, რომლებიც მის მუდმივობას უზრუნველყოფს. ეს სისტემები ევოლუციის პროცესში ჩამოყალიბდა. ისინი სხვადასხვა მექანიზმებით ხელს უწყობს ჰომეოსტაზის შენარჩუნებას, რათა თითოეულ ორგანოს მუდმივად ჰქონდეს ოპტიმალური ფუნქციონირების საჭირო პირობები. მოხვედრის ფაზაში ორგანოები და ორგანოთა სისტემები მინიმალური დატვირთვით, ფიზიკური დაძაბვის გარეშე მუშაობენ, გარეთა ფაქტორთა გავლენით კი ისინი ინტენსიური შრომის რეჟიმზე გადადიან, რომლის დროსაც დაძაბულობა შესაძლოა 10-ჯერაც კი გაიზარდოს. სწორედ ამ დროს ირთვება ფიზიოლოგიური საიმედოობის დამცავი მექანიზმები.

დაავადება არ უნდა იყოს განხილული ჯანმრთელობისაგან იზოლირებულ მდგომარეობად. ნებისმიერი დაავადება იწყება და მიმდინარეობს ორგანიზმში არა მხოლოდ „რღვევით“ პროცესებით (პათოგენეზი), არამედ ცალკეულ მოქმედებათა სანოზონეტური (ორგანიზმის დაცვით-შეგუებითი) მექანიზმების შესუსტებითა და მათი კომპლექსების დეზორგანიზაციით, რაც განაპირობებს ეგრეთ წოდებულ დაავადების წინა მდგომარეობას. ე.ი. „დაავადების წინა მდგომარეობა“ – გარკვეული სანოზონეტური მექანიზმების ფუნქციური აქტივობის დაქვეითება ან მათი კომპლექსების დეზორგანიზაციაა, რასაც ორგანიზმი მიყავს თვითრეგულაციის დარღვევასთან და მისი რეზისტენტობის შესუსტებასთან.

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

ცოცხალი ორგანიზმების შეგუების მნიშვნელოვან ფორმას წარმოადგენს სანოზონეტისა და გაჯანსაღების მექანიზმები, რომლებიც ჩამოყალიბდა ევოლუცი-



ური განვითარების პროცესში – ორგანიზმზე გარეთა გარემოს სხვადასხვაგვარი ზემოქმედებების საპასუხოდ. სანოკენეზისა და გაჯანსაღების მექანიზმები ერთი და იგივე არ არის და ბევრად განსხვავებულია ერთი მეორისაგან, თუმცა მათ შორის საკმარისად არის წარმოდგენილი საერთო თვისებები. სანოკენეზი მნიშვნელოვნად ფართო მცნებაა, ვიდრე გაჯანსაღების მექანიზმები. სანოკენეზი დამახასიათებელია ჯანმრთელი და დაავადებული ორგანიზმისათვის. ამით აიხსნება სანოკენეზისა და გაჯანსაღების მექანიზმების ხარისხობრივი და რაოდენობრივი განსხვავებები, რაც განაპირობებს მათი ფუნქციური რეგულირების თავისებურებებს.

დაავადებისწინა, ლატენტური და პროდრომული სტადიების პერიოდში სანოკენეზი უპირატესად ფუნქციონირებს სხვადასხვაგვარი ფიზიოლოგიური მექანიზმების ამოქმედებით, რაც არეგულირებს ორგანიზმის ნერვულ ტროფიკას, მისი ფიზიოლოგიური სისტემების მიმდინარეობას, წარმართავს იმუნოლოგიურ პროცესებს, თერმორეგულაციას და ა. შ.

დაავადების აქტიურ სტადიაში და მის დასკვნით ფაზაში სანოკენეზი მჭიდროდ ურთიერთმოქმედებს პათოგენეზთან. სანოკენეზი და გაჯანსაღების მექანიზმების რეგულაცია უკვე იქნეს არამარტო ფიზიოლოგიურ, არამედ პათოფიზიოლოგიურ ხასიათს. გაჯანსაღებაში განსაკუთრებულ მნიშვნელოვან როლს ასრულებს კომპენსაციის მექანიზმების დროებითი შეჩერება და პათოგენეტური რეაქციების ბლოკირება.

ამ პერიოდში სანოკენეზისათვის დამახასიათებელია სხვადასხვა ორგანოებისა და სისტემების ფუნქციური დინამიკის რთული გარდაქმნის პროცესების მიმდინარეობა, რის შედეგად ყალიბდება ფიზიოლოგიური და პათოფიზიოლოგიური პროცესების სასარგებლო კომბინაცია, რაც ხელს უწყობს ორგანიზმის დაავადების უკუგანვითარებას და მისი გაჯანსაღების პროცესს.

სანოკენეტურ რეაქციებს მიეკუთვნება, მაგალითად, მომატებული ოფლდენა გარემომცველი გარემოს მაღალი ტემპერატურის პირობებში ან ცხელებისას, საჭმლისმონელებითი და ანთებითი ლეიკოციტოზი, ფიზიკური დატვირთვებისას გულისცემის გაზშირება და ა. შ. სანოკენეტური რეაქციები დამახასიათებელია როგორც ფიზიოლოგიური, ასევე პათოლოგიური მდგომარეობებისას. პათოლოგიური მდგომარეობებისას სანოკენეზური რეაქციები ხელს უწყობს ორგანიზმში წარმოშობილი დარღვევების გადალახვასა და გამოჯანმრთელებას. დაავადების განვითარება და გამოსავალი დამოკიდებულია სანოკენეზისა და პათოგენეზის რეაქციების ურთიერთზემოქმედების ხარისხზე. სანოკენეზში არსებული მექანიზმები უზრუნველყოფს მარეგულირებელი და ენერგეტიკული პოპოლაციის (ორგანიზმის დინამიკური წონასწორობა) შენარჩუნებას.

სანოკენეზში გამოყოფენ პირველად (ადაპტაციურ, დაცვით, კომპენსატორულ) და მეორად (დაცვით, კომპენსატორულ, ტერმინალურ) მექანიზმებს:

პირველადი (ფიზიოლოგიური) სანოკენეზური მექანიზმები ფუნქციონირებს ჯანმრთელ ორგანიზმში და აქტიურდება ორგანიზმზე ზეჭარბი გამღიზიანებლის ზემოქმედების შედეგად.

მეორადი (პათოლოგიური) სანოკენეზური მექანიზმები ორგანიზმში ირთვება პათოლოგიური პროცესის განვითარების პროცესში, ორგანიზმში წარმოქმნილი „რღვევების“ საპასუხოდ.

სანოკენეტური მიმართულების რეაქციებში შეიძლება გამოვყოთ:

- ბარიერული;
- ელიმინირებელი;
- გამანადგურებელი (ფაგოციტოზი, დეტოქსიკაცია);
- ბუფერული;
- იზოლირებელი;
- კომპენსატორული;
- რეგენერაციული;
- ადაპტაციური.

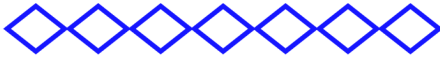
გაჯანსაღება- არა შედეგია, არამედ პათოლოგიური ცვლილებების ლიკვიდაციის პროცესი, რომელიც ხორციელდება შესაბამისი კანონზომიერი, მიზნობრივი მექანიზმების ამოქმედებით.

დაავადებიდან გაჯანსაღებას გააჩნია თავისი კანონზომიერებანი, რომელიც ჩამოყალიბდა ადამიანის ევოლუციური განვითარების პროცესში, რომელიც დაავადების პათოგენეზის შესწავლისას მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას და ორგანიზმის დაცვითი მექანიზმების შეფასების კრიტერიუმების ჩამოყალიბებას. ევოლუციის პროცესში გამოშუშავებული ფიზიოლოგიური რეაქციები ორგანიზმში ქმნის მიზნობრივ ბარიერულ წარმონაქმნებს, წარმართავს შეგუებითი და კომპენსატორული მექანიზმების ამოქმედებას.

ბარიერები-წარმოდგენილია მორფოლოგიური და მორფო-ფუნქციური წარმონაქმნებით, რომლითაც ორგანიზმი იცავს თავს პათოგენური ფაქტორების ზემოქმედებისაგან. მათ მიეკუთვნება კანი, ლორწოვანი გარსები, თავის ქალას ძელოვანი საფარველი, მუცლის წინა კედელი, რეტიკულო-ენდოთელური სისტემა – ყველა ეს მორფოლოგიური წარმონაქმნები, მორფო-ფუნქციურ ბარიერები ქმნის ჰისტოჰემატურ და ჰემატო-ენციფალურ ბარიერებს. ისინი თავისთავად შედგება შემავრთებელქსოვილოვანი ელემენტებითა და კაპილარებით, რაც განთავსებულია სისხლსა და ქსოვილებს შორის, და აგრეთვე სისხლსა, ზურგის ტვინის სითხესა და თავის ტვინს შორის. ჰისტოჰემატური ბარიერი უზრუნველყოფს ქსოვილოვანი სითხის შემაღვინებლობის შენარჩუნებასა და ფიზიკო-ქიმიური თვისებების მუდმივობას, და აგრეთვე აფერხებს მათში სისხლიდან უცხო ნივთიერებების გადასვლას. ჰემატო-ენციფალური ბარიერი იცავს ცენტრალურ ნერვულ სისტემას, ლიქვორში უცხო ნივთიერებებისა ან დარღვეული ნივთიერებათა ცვლის პროდუქტების შეღწევისაგან, რაც შესულია სისხლში. ბარიერები ორგანიზმს არიდებს დაავადების წარმოშობისა და განვითარებისაგან, ხოლო დაავადების ჩამოყალიბებისას ზღუდავენ ორგანიზმში პათოგენური ფაქტორის გავრცელებას და ლოკალიზებას უკეთებენ დაზიანების კერას.

დაცვით-კომპენსატორული პროცესები ორგანიზმში ირთვება მავნე ფაქტორების ზემოქმედების პირობებში და წარმოდგენილია უპირობო (პირობითი) რეფლექტორული რეაქციებით. უპირობო რეაქციები მიმართულია ორგანოს ან ქსოვილის პათოგენური ფაქტორის (ხველა, ცხვირის დაცენინება, თვალის ხამხამი, სისხლძარღვების სპაზმი და ა.შ.); მავნე ფაქტორთან განმეორებითი დაკავშირებისას ვითარდება პირობით-რეფლექტორული რეაქცია (გულისცემის გაზშირება, არტერიული წნევის მომატება, ნერვული ნა, ცრემლდენა). პირობით-რეფლექტორული რეაქციების მოქმედება უფრო გახანგრძლივებულია.

კომპენსატორული პროცესები წარმოიშობა პათო-



გენური ფაქტორის ხანგრძლივი მოქმედებისას და ხასიათდება ორგანოს ჰიპერტროფიის ჩამოყალიბებით, უჯრედების რეზერვების ჩართვით, რეპარაციული რეგენერაციის უნარით (ერთროციტების, ლეიკოციტების დაჩქარებული წარმოქმნით; კარდიომიოციტებში მიოფიბრილებისა და მიტოქონდრიების ახალწარმოქმნით), წყვილი ორგანოების (თირკმლები, ფილტვები) ან მასთან მოსაზღვრე ორგანოსა და სისტემის (ღვიძლის და შარდგამომყოფი სისტემის) ფუნქციური აქტივობის გაძლიერებით.

გაჯანსაღების მექანიზმები: გაჯანსაღება - ეს არის დაავადების შემდეგ ორგანიზმის ნორმალური ცხოველმოქმედების აღდგენის პროცესი, ავადმყოფი ორგანიზმის დარღვეული ფუნქციების აღდგენა და მისი შეუვება გარემომცველ გარემოსთან. გაჯანსაღების მექანიზმებს მიეკუთვნება:

სწრაფი, არამდგრადი (ავარიული) მექანიზმები. ისინი წარმოდგენილია დაცვითი რეფლექსებით – მაგალითად, სტრესის დროს გლუკოკორტიკოიდებისა და კატექოლამინების გამოყოფით;

შედარებით მდგრადი მექანიზმები, რომლებიც მოქმედებს დაავადების მთელი პერიოდის მანძილზე; დამახასიათებელია რეზერვული უჯრედების მატება: ლეიკოციტოზი, ერთროციტოზი; მარეგულირებელი სისტემების ჩართვა – დაქვეითებული თბოპროდუქციის დამყარება გარეთა გარემოში მომატებული ტემპერატურის დროს;

გახანგრძლივებული, მდგრადი მექანიზმები – კომპენსატორული ჰიპერტროფია, ანტისხეულების გამოშვება, ცენტრალური ნერვული სისტემის პლასტიკური თვისებების გამოვლენა, დაცვითი შეკავება, პირობითი რეფლექსების გამოშვება და უპირობო რეფლექსების გაძლიერება. სანოგენეზისა და პათოგენეზის მექანიზმების ცოდნა უზრუნველყოფს ავადმყოფის საიმედო მკურნალობასა და დაავადების პროფილაქტიკას. თერაპიის სანო-პათოგენეზური პრინციპები შეიცავს სიმპტომატურ თერაპიას, დეზინტოქსიკაციურ და იმუნოდეპრესიულ თერაპიას; მკურნალობას, რომელიც მიმართულია ორგანიზმის რეზისტენტობის მომატებისათვის; დესენსიტილიზაციისათვის და ტიპური პათოლოგიური პროცესების მკურნალობისათვის.

დღეს, მედიცინის სფეროში უდიდესი წარმატებების მიუხედავად, მსოფლიოში კატასტროფულად მატულობს მოსახლეობის სიკვდილიანობის სტატისტიკური მაჩვენებელი და ამის მიზეზი დაახლოებით 80 პროცენტში განპირობებულია ქრონიკულად მიმდინარე არაინფექციური დაავადებებით. ქრონიკული პათოლოგიების რიცხობრივი ზრდის მიზეზი არის არასრულყოფილი „განკურნება“, ე. ი. რეაბილიტაციურ ღონისძიებათა დაბალი დონის ეფექტურობა. ეს შექმნილი მდგომარეობა მთლიანობაში უნდა აიხსნას არამარტო ჯანდაცვის სისტემის ორგანიზაციულ-ფინანსური მექანიზმების ნაკლით, არამედ მოძველებული მეთოდოლოგიური მიდგომით, დაავადებისა და გაჯანსაღების პირადული ბიოლოგიური არსის გაგებით, სამედიცინო რეაბილიტაციის ზოგადსახელმწიფოებრივი სისტემის მეცნიერულად დასაბუთებული პრინციპების უქონლობით.

დღეს, უკვე მომწიფდა ახალი მეცნიერული დარგის რეაბილიტაციის პრობლემური საკითხების დამუშავება და მისი დასაბუთებული გადაწყვეტის დრო, როგორც სამეცნიერო დისციპლინისა, რომელიც უშუალოდ უნდა ეფუძნებოდეს სანოგენეზის პროცესის კონცეპტუალური მიდგომების შესწავლას. გაჯანსა-

ღების ფუნდამენტური მექანიზმების ღრმა ცოდნის გარეშე სამედიცინო რეაბილიტაცია თავისი ცალკეული დისციპლინებით ისევე დარჩება, როგორც აქამდე, კონკრეტული სამედიცინო ღონისძიებათა კრებული.

სანოგენეზის თავისებურება მდგომარეობს იმაში, რომ ის დამოუკიდებლად არ ფუნქციონირებს, უშუალოდაა დაკავშირებული ამა თუ იმ დაავადებათა პათოგენეზთან, თუმცა, უნდა ვაღიაროთ ისიც, რომ სანოგენეზი წარმოადგენს შედარებით დამოუკიდებელ ფიზიოლოგიურ პროცესს, რომელსაც გააჩნია მისთვის დამახასიათებელი მექანიზმების ამოქმედების ეტაპები. სანოგენეზის იგნორირებას, როგორც დამოუკიდებელ ფიზიოლოგიურ პროცესს, სანოგენეზური რეაქციების შესწავლის უგულველყოფას და შესაბამისად, ექიმის უუნარობას მიზანმიმართულად და გონიერად მართოს გაჯანსაღების პროცესი, საბოლოო ჯამში მიუყვართ არასრულ განკურნებასთან, ე. ი. დაავადების „ქრონიზაციასთან“. და ბოლოს, სამედიცინო მიმართულების უმაღლესი სასწავლებლები საჭიროებს მიზნობრივ გადახალისებას პროგრამულ სწავლებაში და არანაკლები ძალისხმევით ხელი უნდა შეეწყოს სანოლოგიური (ვალეოლოგიური) განათლების დამკვიდრებას მომავალი ექიმების, და არა მარტო ექიმების, თანამედროვე აზროვნებაში.

ლიტერატურა:

დოლიძე ი., ვალეოლოგია, როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“, საქართველოს სამედიცინო ჟურნალი, 2009, 2;

დოლიძე ი., ვალეოლოგიური განათლება - წარმატებული ქვეყნის სავიზიტო ბარათი, საქართველოს განათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2010, 11;

დოლიძე ი., რეაბილიტოლოგიისა და ვალეოლოგიის ადგილი ჯანმრთეობის სისტემაში, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2010, 4;

დოლიძე ი., სანოლოგია-ჯანმრთელობის მართვის ფუნდამენტური მოძღვრება, ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა, 2011, 2;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., ვალეოლოგია (სამედიცინო მიმართულება), როგორც „ჯანმრთელობის მედიცინა“, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2013, № 15-10-9;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., სპორტული ვალეოლოგიის განვითარების პერსპექტივები, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2013, № 7;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2013, № 15-10-9;

დოლიძე ი., სანოლოგიის როლი თანამედროვე მედიცინაში, მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები, 2014, № 1;

ჩახუნაშვილი გ., ინტეგრალური მეცნიერება, როგორც XXI საუკუნის აუცილებლობა (ვალეოლოგია, სანოლოგია), სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2015, № 17-12-11;

დოლიძე ი., ჯანდაცვის რეორგანიზაცია ჯანმართვის კრიტერიუმებით- XXI საუკუნის მედიცინის ძირითადი მოთხოვნა, მედიცინისა და მენეჯმენტის თანამედროვე პრობლემები, 2015, № 3;

ჩახუნაშვილი გ., დოლიძე ი., თანამედროვე მედიცინა და სანოლოგია, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2015, № 9;

დოლიძე ი., ჩახუნაშვილი გ., ადამიანის ჯანმრთელობა მედიცინის, ჰიგიენისა და სანოლოგიის მეცნიერულ-



პრაქტიკული პოზიციებიდან, სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, 2015, № 17-12-11;

ჩახუნაშვილი გ., დოლიძე ი., ვალეოლოგია, როგორც სამი კარდინალური მიმართულების - სასწავლო, სამეცნიერო და პედაგოგიურ დისციპლინათა ინტეგრირებული მეცნიერება, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2015, № 9;

დოლიძე ი. (ინტერვიუ თინათინ გოცაძესთან), სახელმწიფო ჯანდაცვის კრახი და ვალეოლოგია, როგორც კრიზისიდან გამოსვლის საიმედო გზა, სამედიცინო პოპულარული ჟურნალი: ოჯახის მკურნალი, 2015, № 10;

ჩახუნაშვილი გ., დოლიძე ი., გონგაძე ნ., ფაველნიშვილი ი., ჯანდაცვის, ფარმაციის, ბიომედიცინისა და სპორტის ინდუსტრია, საქართველო 2050, საქართველოს განვითარების სტრატეგია, 2015, თბილისი (პროექტის ხელმძღვანელი ო. ქუცნაშვილი), 123-133.

რეზიუმე

სანოგენეზისა და გაჯანსაღების მექანიზმების რეგულაციის პრინციპები

ი.ბ. დოლიძე, ბ. ჩახუნაშვილი,

საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი, საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაცია

აქტუალობა: თუ პომეოსტაზი, გარეთა გარემოში არსებული რისკ-ფაქტორების ორგანიზმზე ზემოქმედების შედეგად ირღვევა, მაშინ განვითარებას იწყებს პათოგენეზური პროცესი, სწორედ ამიტომ უმნიშვნელოვანესია თანამეროვე ეტაპზე სანოგენეზისა და გაჯანსაღების მექანიზმების რეგულაციის პრინციპების ახსნა.

ნაშრომში მიზანი: სანოგენეზისა და გაჯანსაღების მექანიზმების რეგულაციის პრინციპებისადმი თანამედროვე მიდგომა.

განსჯა: დაავადება არ უნდა იყოს განხილული ჯანმრთელობისაგან იზოლირებულ მდგომარეობად. ნებისმიერი დაავადება იწყება და მიმდინარეობს ორგანიზმში არა მხოლოდ „რღვევითი“ პროცესებით (პათოგენეზი), არამედ ცალკეულ მოქმედებათა სანოგენეზური (ორგანიზმის დაცვით-შეგუებითი) მექანიზმების შესუსტებითა და მათი კომპლექსების დეზორგანიზაციით.

დასკვნა: სამედიცინო მიმართულების უმაღლესი სასწავლებლები საჭიროებს მიზნობრივ გადახალისებას პროგრამულ სწავლებაში და არანაკლები ძალისხმევით ხელი უნდა შეეწყოს სანოლოგიური (ვალეოლოგიური) განათლების დამკვიდრებას მომავალი ექიმების, და არა მარტო ექიმების, თანამედროვე აზროვნებაში.

SUMMARY

PRINCIPLES OF SANOGENESIS AND RECOVERY MECHANISMS

I.DOLIDZE, G.CHAKHUNASHVILI,

Georgian State Institute of Physical Growth and Sports, Georgian Pediatric Cardiology Association/

Actuality: Since the pathological processes tend to develop more frequently, it is very important to define and explain stages, mechanisms of sanogenesis and recovery.

Aim: Modern approach to sanogenesis and recovery.

Discussion: A disease should not just be viewed as a pathological process, but complex process which also includes weakening of sanogenesis and its complexes.

Conclusion: Modern medicine clearly needs to emphasize the importance of sanological processes and increase knowledge among medical personnel and general population.

ალამიანის ჯანმრთელობა ახალშობილიდან იწყება

(ვალეოლოგიური განათლება ბავშვის აღრეული ასაკიდან იწყება)

ბ. ჩახუნაშვილი, ი.ბ. დოლიძე,

ვერომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია

დღეს გადასინჯვას მოითხოვს კლასიკური პედიატრიის მრავალი რეკომენდაცია. ისინი ნაწილობრივად არ შეესაბამება სხვადასხვა ასაკობრივი პერიოდის ბავშვთა ფიზიოლოგიის სპეციფიკურ თავისებურებებს. განსაკუთრებით ეს ეხება ნორჩების ჩართვას აქტიურ მოძრაობაში. ადრეული ასაკის ბავშვებში. გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა ზემოქმედების, დაწყების ვადებისა და ჩატარების მეთოდის შესახებ არსებობს მრავალი ერთმანეთისაგან განსხვავებული შე-

ხედულება. ზოგიერთი ავტორის მონაცემით, გამაჯანსაღებელი ფიზიკური ვარჯიშებისა და მასაჟის დანიშნვის ოპტიმალური დროა 1,5-2 თვის ასაკი (1, 2, 3). ეს მათი განმარტებით, ბავშვის ორგანიზმის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით არის განპირობებული. ზოგიერთი ავტორის რეკომენდაციით, ფიზიკური ვარჯიშების გამოყენება მიზანშეწონილია უფრო ადრეულ სტადიაზე – 2-3 კვირის ასაკიდან (4, 5) და ცალკეულ შემთხვევაში – სიცოცხლის



პირველი დღეებიდანვე (6,7). ამ უკანასკნელთა მტკიცებით, სიცოცხლის პირველივე დღეებში ბავშვისათვის აუცილებელია მოძრაობა, ფიზიკური ვარჯიში, რაც ხელს უწყობს ადამიანის ორგანიზმში არსებული ბიოენერგეტიკული რეზერვების მაქსიმალურ გამოყენებას და განაპირობებს ბავშვის ორგანიზმის მაღალ იმუნობიოლოგიურ მდგრადობას სხვადასხვა დაავადების მიმართ.

სადღეისოდ ექვემდებარება ის ფაქტი, რომ მოზრდილთა მრავალი ქრონიკული დაავადება იწყება ბავშვობის ასაკში და მათ მიმართ განწყობის ობიექტური ნიშნები შეიძლება ახალშობილობის პერიოდშიც გამოვლდნენ.

ადამიანის დაბადებისთანავე, მის ორგანიზმში მოქმედებას იწყებს ორი საპირისპირო ფიზიოლოგიური პროცესი: დაავადება (პათოლოგიური რეაქცია) და ჯანმრთელობა (დაცვით-კომპენსატორული რეაქცია).

ორი კვერცხუჯრედის შეხვედრის მომენტში საძირკველი ეყრება მომავალ ორგანიზმში “სუსტ ადგილებს”, რაც განაპირობებულობს მამისა და დედის, ბუბისა და ბაბუის, სხვა დანარჩენი წინაპრების მემკვიდრეობითობაზე

მომავალი ბავშვის დაავადებები დამოკიდებულია დედის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე, იმაზე, თუ როგორ მიმდინარეობდა ორსულობა და მშობიარობის პროცესი. ყველა აბან, შესაძლებელია გამოიწვიოს ჩვილის ორგანიზმში სერიოზული ფუნქციური გადახრები. ამიტომ, მოველინება თუარა ბავშვი დღის სინათლეს, უკვე მას ჩამოყალიბებული აქვს თავისი დაავადებების პროგრამა. თუმცა ყოველივე ეს, არც თუ ისე პესიმისტურად გამოიყურება. დაავადების შექმნისთან ერთად, საფუძველი ეყრება კომპენსატორული რეაქციების მექანიზმს, რომელიც ეხმარება ორგანიზმს სიცოცხლის გადარჩენაში, მიუხედავად იმისა, გააჩნია თუ არა მას “სუსტი ადგილები”.

მედიცინა- მეცნიერება დაავადებებზე, მათ გამომწვევ მიზეზებზე და საბოლოო შედეგებზე. ვალეოლოგია კი – მეცნიერება ადამიანის ინდივიდუალური ჯანმრთელობაზე, მის შენარჩუნებაზე და განმტკიცებაზე. თუ დაავადების არსი არავისთვის ეჭვს არ იწვევს, მეცნიერული თვალთახედვით გარკვეულ ახსნას მოითხოვს ტერმინის “ვალეოლოგია” და მისი არსის განმარტება. ვალეოლოგია არ არის ნოზოლოგიური მედიცინის ალტერნატივა, არამედ წარმოადგენს მის დამატებას, საერთოდ კი მედიცინის საზღვრების გაფართოებას; ვალეოლოგიის ძირითადი მიზანია ადამიანის თანდაყოლილი დაცვით კომპენსატორული მექანიზმებისა და ენერგეტიკული რეზერვების მაქსიმალური რეალიზაცია, მათი შენარჩუნება, აგრეთვე შესაძლოა მაღალ დონეზე განახორციელოს გარე და შიდა გარემოსთან ადაპტაცია. მისი გაერთიანება დაავადებათა თეორიულ-პრაქტიკულ სწავლებასთან (პათოლოგიასთან) და ადამიანის ყოფითი ცხოვრების გარემო პირობებთან (ბიოენასთან) კომპლექსში, ვალეოლოგია შეიძლება გახდეს მედიცინის ზოგადი თეორიის დამუშავებისა და პრაქტიკული ჯანდაცვის განვითარების ახალ სტრატეგიად.

ადამიანის, როგორც ფიზიკური, ასევე ფსიქიკური ჯანმრთელობა მიზანშეწონილია განხილული იქნეს დინამიკურ ასპექტში (ე. ი. პროცესში, რომელიც ცვალებადია ადამიანის სიცოცხლის მანძილზე). ის ბევრად დამოკიდებულია ასაკობრივ ფიზიოლოგიურ ციკლებზე, რასაც განის ადამიანის ორგანიზმი თავისი განვითარების მანძილზე. ორგანიზმის უნარს წინააღ-

მდეგობა გაუწიოს მანვე ფაქტორების ზემოქმედებას განაპირობებს ადაპტიური მექანიზმების გენეტიკური თავისებურებები და მათი ცვლილებების ხასიათი. თანახმად თანამედროვე შეხედულებისა, განსაკუთრებულ დიდ როლს თამაშობს ადრეული განვითარების პერიოდი. ამ ეტაპზე ფორმირებული პოტენციური უნარი წინააღმდეგობას უწევს ორგანიზმში მანვე ფაქტორების რეალიზებას და მუდმივად განიცდის ფიზიკური სხეულის წვრთნას გარეთა გარემოს სხვადასხვა ფაქტორებთან ბრძოლის პროცესში.

ბავშვის ჯანსაღი სხეულის ჩამოყალიბება ძირითადში იწყება ჩვილის დაბადებისთანავე და მისი სიცოცხლის პირველივე წელს – ბავშვის განვითარების ყველაზე პასუხისმგებ ეტაპზე. განსაკუთრებულად იმ დაბადებულებებში, რომლებიც აღმონდა ფიზიოლოგიურად მოუმწიფებელ და დაუძლეურებელ მდგომარეობაში. ამის მიზეზი შეიძლება იყოს ნაადრევი მშობიარობა, ორსულობის დროს დედის მიერ გადატანილი დაავადებები, დედის ჰიპოკინეზია და სხვა ფაქტორები, რომლებიც ზეგავლენას ახდენს ჩვილის განვითარებას მუცლადყოფნის პერიოდში. ამასთან, იმედი არ უნდა დავკარგოთ, რადგან ბავშვის ორგანიზმი სიცოცხლის პირველივე წელს პლასტიკურია, თავისი განვითარებისათვის გააჩნია დიდი პოტენციური შესაძლებლობები, რათა ადაპტაციის დახიანებული ან შეჩერებული ფუნქციები. მნიშვნელოვანია, არ გამოვკრჩქეს აღნიშნული დრო, დავეხმაროთ ჩვილს შეეგუოს სიცოცხლის ახალ პირობებს (დედის ორგანიზმის გარეშე), დაძლიოს დარღვევები ჯანმრთელობაში და დაეწიოს თავის განვითარებაში ნორმალურ, ჯანმრთელებზე მსგავსს.

დასუსტებული ორგანიზმის ფორმირებისას უდიდეს როლს თამაშობს ბავშვის ადრეული ასაკი (5-8 წლამდე). პედიატრიაში ითვლება, რომ ნერვული სისტემის თავისებურებანი, მორალური განწყობა, ინტელექტუალური განვითარების ნიშნები (სულმცირე 50% შემთხვევაში) სწორედ აღნიშნულ ასაკში ყალიბდება. მაგრამ, ეს მხოლოდ ნიჭიერების გამოვლენად უნდა ჩაითვალოს, რადგან ის შეიძლება განვითარდეს ან იყოს დათრგუნული. ანალოგიურად, ესეხება ფიზიკურ განვითარებასაც. მაგალითად, ადრეული შიმშილი ან ზედმეტი რაოდენობის საკვების მიღება ხშირად ადამიანის სიცოცხლის გვიან ეტაპებზე გამოვლინდება.

ცნობილია შემთხვევები, როცა მიმედ მიმდინარე რაქიტის ადრეული კლინიკური შედეგები მოგვიანებით ასაკში ზემოქმედებას ახდენს ძალზე მრავალფეროვანულ-სისტემურ ურთიერთ დამოკიდებულებას, თანაც, თითქოსდა ისეთისა, როგორცაა სრულიად განსხვავებული ძვლოვანი სისტემის დაავადებები და ახლო მხედველობისაკენ მომეტებული მიდრეკილება. სიბერეში ვლინდება რიგი სხვა მიდრეკილებები: ჰიპერტონიისადმი და გლავუკომისადმი, ავთვისებიანის იმსივნეებისადმი. თუმცა, უკანასკნელი შეიძლება იყოს მნიშვნელოვნად დათრგუნული ჯანსაღი ცხოვრების წესის დაცვით. აქ, უნდა აღინიშნოს ისიც, რომ ადამიანის ორგანიზმის ჯანმრთელობის რეზერვები ამოუწურავი როდია. ის ადამიანთა უმეტესობას ბავშვობაში არასაკმარისად აქვს მობილიზებული, ასაკთან ერთად განიცდის შემცირებას და ადვილად ქრება ხანდაზმულ ასაკში.

ადამიანის ჯანსაღი ცხოვრების წესით, ჩვენ ვქმნით ჯანსაღ სხეულს ჯანსაღი სულისათვის. იოგების რწმენით, პიროვნება არის სული, ხოლო მისი სხე-



ული – სულის სახლი. სულისთვის სასიამოვნოა სუფთა სახლში, ე. ი. სუფთა სხეულში ცხოვრება.

ბავშვებს სიცოცხლის პირველ თვეებში, როგორც წესი, აღენიშნებათ: დაქვეითებული კუნთური ტონუსი, ზოგადი მოღუნება, ნაკლებმოძრაობა. თანდაყოლილი რეფლექსები სუსტად აქვთ გამოხატული. სხვებს კი პირიქით, ორი-სამი თვის ასაკიდან ეწყებათ აღზნებითი პროცესების სიჭარბე: ერღვევით ძილი, ემატებათ კუნთების ტონუსი. ამ პერიოდში სუსტი ჯანმრთელობის ბავშვებს ეშუქება რაქიტის – დაავადების განვითარება. რაქიტის მიმდინარეობას ამიომებს მოძრაობითი აქტივობის დეფიციტი. ამიტომ, ბავშვის ჯანმრთელობის აღსადგენად და შენარჩუნებისათვის საჭიროა დახმარებისათვის მიემართოთ ტანვარჯიშს, მასაჟსა და გაკაუებას. ყველა სახეობის მასაჟის ჩატარებისათვის აუცილებელია მისი მონაცვლეობა ფიზიკურ ვარჯიშებთან. უნდა გვახსოვდეს, რომ ერთ წლამდე ასაკში ყველა ბავშვს ესაჭიროება მასაჟი, ხოლო ერთი წლის ზემოთ – მხოლოდ ჩვენებების მიხედვით (დასუსტებულ, ხშირად მოავადმყოფს). ბავშვის ორგანიზმი სიცოცხლის პირველ წელს განსაკუთრებით გამოირჩევა სიმადლისა და განვითარების მეტად მაღალი ტემპებით, მაღალი მგრძობელობით გარემომცველი გარემოს გარეთა პირობებთან. ამის შედეგად ბავშვი ადვილად ექვემდებარება სხვადასხვახე მთქმედებებს, ხშირად ავადმყოფობს, არაკეთილ სასურველ პირობებს მიყავს სიმადლისა და განვითარების დარღვევებთან. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვების ავადობა დამოკიდებულია დაბადებისას არსებული სხეულის მასაზე, კვების ხარისხზე, ყოფით პირობებზე. ბავშვებში “ჯანმრთელობის ინდექსი” კარგი მოვლისას 10-ჯერ მაღალია, ვიდრე ცუდი მოვლისას. რამდენადაც წლამდე ასაკის ბავშვების უმეტესობა აღზრდას გადის სახლის პირობებში, ამ ფაქტორს გააჩნია გადამწყვეტი მნიშვნელობა.

ოჯახის პირობებში, ვალეოლოგ-პედიატრის (რეაბილიტოლოგის) მეთვალეურების გარეშე მშობლების მიერ განხორციელებულმა არაორდინალურმა და პარადოქსულმა ქცევებმა ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში, რაც ასახვას პოულობს ხელოვნური კვების მიცემაში, დინამიური ტანვარჯიშის ჩატარებაში, ცივი წყლის გადავლებებში, ჩვილის ცურვა-ყვინთვაში და ა. შ. წარმოადგენს სტრესს, რასაც ბავშვი მიყავს თავის ტვინისა და ფსიქიკის განვითარების დარღვევებთან.

უნდა გვახსოვდეს ისიც, რომ მშობლების მიერ ჩვილის დინამიური ტანვარჯიშით მეცადინეობების ჩატარება სარისკო საქმეა, რადგან იზრდება ძირს დაცემის შესაძლებლობები, რომლის შედეგი შეიძლება იყოს, როგორც უწყინარი ჩაღურჯებული ადგილი, ასევე სერიოზული ქალაშიდა სისხლჩაქცევა და სხვა ტრავმები.

დინამიური ტანვარჯიშის უკუჩვენებას წარმოადგენს მენჯ-ბარძაყის სახსრის დისპლაზია, დაავადება, რომლის დროს არასწორადაა განლაგებული მენჯ-ბარძაყის სახსრის ელემენტები, მომატებულია კუნთების ტონუსი, სახსრებში გაზრდილია მოძრაობის მოცულობა, მიზეზი კი შემავრთველი ქსოვილის თავისებურებებშია.

არცერთი ადამიანი, რომელსაც არ გააჩნია სპეციალური განათლება და შესაბამისი მომზადება, არ დაიწყებს ხიდის შენებას, ქირურგიული ოპერაციების ჩატარებას ან თვითმფრინავის მართვას, მაშინ, როცა ბავშვის აღზრდაში ყველას აქვს პრეტენზია იყოს ამ პრო-

ფილის სპეციალისტი, მათ შორის მშობლებსაც. ექიმ-მარეაბილიტოლოგმა ან მანუალურმა თერაპევტმა (სპეციალურად მომზადებულმა სპეციალისტებმა) დროულად უნდა შეაფასოს ჩვილის ფიზიკური მდგომარეობა, წინასწარ განსაზღვროს ყოველდღიური გამაჯანსაღებელი პროცედურების (მასაჟი და ტანვარჯიში) წინააღმდეგევენები და მოსალოდნელი გართულებები. ადრეული ასაკის ბავშვების ორგანიზმის ფიზიკური წვრთნა დინამიური ტანვარჯიშით იწყებს თანდაყოლილი რეფლექსების წინასწარ „ჩართვას“, რომლებიც გენეტიკურად ორიენტირებულია მოსალოდნელი საშიშროებისაგან დასაცავად, ჩვენ, ადამიანები ყოველდღიურად ჩვილს ვუქმნით ღრმა სტრესის გადატანის შესაძლებლობებს და ამით ვნებთ მისი ენერგეტიკული რეზერვების ხანგრძლივ შენარჩუნებას.

ვალეოლოგიური განათლების პირველი ეტაპი იწყება ჩვილის დაბადებისთანავე, რომლის განხორციელებაში უდიდესი როლი ენიჭება მშობელი დედის აღმზრდელობით-პედაგოგიურ ცოდნას ახალშობილის გონებრივ-ფიზიკური აღზრდის პროცესში, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს მის ფსიქოლოგიურ მოტივაციას ჩვილის ჰარმონიულ ფსიქო-მოტორულ განვითარების პროცესს.

დღეს, გადასინჯვას მოითხოვს კლინიკური პედიატრის მრავალი რეკომენდაციები, რაც ნაწილობრივად არ შეესაბამება სხვადასხვა ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვთა ფიზიოლოგიის სპეციფიკურ თავისებურებებს. განსაკუთრებით ეს ეხება ადრეული ასაკის ბავშვების ჩართვას აქტიურ მოძრაობაში (სახლგარეეთელი მეცნიერთა შეხედულებით დასაშვებია სიცოცხლის პირველი დღეებიდანვე), რაც ცენტრალურ ნერვულ სისტემაზე დადებით ზემოქმედებას ახდენს (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16). ნავარჯიშები ბავშვები გაცილებით ადვილად ექვემდებარებიან აღზრდის პროცესს, სწრაფად უმუშავდებათ სწორი დინამიკური სტერეოტიპი და მეორად ინარჩუნებენ ორგანიზმის სტატიკურ და დინამიკურ ფუნქციებს (ცოცვა, ჯდომა, დგომა, სიარული). აქედან გამომდინარე, სპეციალური პროგრამის შედგენით საფუძველი უნდა დაედოს ახალშობილთა ფიზიკური აღზრდის ახალ მეთოდოლოგიას ნეონატალური ვალეოლოგიის სახით.

მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ ადამიანის ჯანმრთელობის რეზერვები ამოუწურავი როდია, მაგრამ უმეტესობას ისინი ბავშვობაში არასაკმარისად აქვს მობილიზებული. მომწიფებულ ასაკში ეს რეზერვები „თვლემენ“ და ყოველივე ამის გამო ადვილად ქრებიან სიბერეში. აქვე, უნდა აღინიშნოს თვალსაჩინო გერმანელი ფილოსოფოსის ფრიდრიხ ჰეგელის ერთადერთი აზრი, რაც მან გამოიტანა „ხალხის ისტორიიდან“ : „თვით ხალხს არ გამოჰქონდა სათანადო გაკვეთილები თავიანთი ისტორიიდან. სამწუხაროდ, ანოლოგიური სიტუაცია ხშირად ეხებოდა ჯანმრთელობას. მასზე ბევრი იწერებოდა, საუბრობდნენ, მაგრამ ცოტანი იყვნენ ისინი, რომლებიც სერიოზულად ზრუნავდა ჯანმრთელობაზე.“

ვალეოლოგიური განათლება წარმოადგენს წარმატებული ქვეყნის სავიზიტო ბარათს. იგი დაფუძნებული უნდა იყოს ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნის მოსახლეობის შესაფერის სოციალურ პირობებზე, ჯანდაცვის, სპორტისა და განათლების სისტემების ვალეოლოგიის პრინციპებით დაფუძნებულ რეორგანიზაციაზე, საზოგადოებრივი აზროვნების კულტურასა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის განხორციელების მოტივაციაზე.



ბამოყენებელი ლიტერატურა:

1. სვანიშვილი რ. საექიმო კონტროლი და სამკურნალო ფიზიკური კულტურა, თბილისი, 2003, 342-343.
2. Грицак Е. Н. Энциклопедия массажа. М. РИПОЛ КЛАССИК. 2003. с. 527.
3. Красикова И. С. Детский массаж. СПб, КОРОНА принт, 2001, с. 11.
4. აფციაური მ. სამკურნალო მასაჟი (მეთოდთა და კლინიკა), თბილისი, "ლევა", 2003, 163.
5. Фонарев М. И. Лечебная физическая культура при заболеваниях детей раннего возраста, Л., Медицина, с. 26.
6. Аршавский И. А. Ваш ребенок у истоков здоровья, М., Советский спорт, 1992, 5-8.
7. Трунов М. В., Китаев Л. М. Экология младенчества, М., 1993, с. 135.
8. ი. კვაჭაძე, მ. გელგვანი, ბავშვთა დაავადებები, 1995, თბილისი, I ტომი, II ნაწილი;
9. ი. დოლიძე, ე. იმნაიშვილი, ფიზიკური აღზრდის ალტერნატიული მეთოდოლოგიის როლი ახალშობილთა ფიზიკური და ფსიქო - მოტორული განვითარების სრულყოფაში, საზრისი, 2004, 14, 142-145;
10. ი. დოლიძე, ე. იმნაიშვილი, ნეონატალური ვალეოლოგია, ახალშობილთა ფიზიკური ფიზიკური აღზრდის ახალი მეთოდოლოგია, საქართველოს გა-

- ნათლების მეცნიერებათა აკადემიის მოამბე, 2004, 7, 187-191;
11. ი. დოლიძე, ადრეული ასაკის ბავშვთა კინეზოთერაპიის თავისებურებანი, ბავშვთა კარდიოლოგია, 2014, № 8, 92-94;
12. ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი, დაავადების პათოგენეზისა და სანოგენეზის სისტემური ანალიზი\სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, თბილისი, 2013, № 15-10-9, 64-66;
13. გ. ჩახუნაშვილი, ინტეგრალური მეცნიერება, როგორც XXI საუკუნის აუცილებლობა (ვალეოლოგია, სანოლოგია)\ სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, თბილისი, 2015, № 17-12-11, 27-31;
14. ი. დოლიძე, გ. ჩახუნაშვილი, ადამიანის ჯანმრთელობა მედიცინის, ჰიგიენისა და სანოლოგიის მეცნიერულ-პრაქტიკული პოზიციებიდან\სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია, თბილისი, 2015, № 17-12-11, 37-40;
15. Аршавский И. А., Ваш ребенок у истоков здоровья\ М., Советский спорт, 1992, 5-8.
16. Дolidze И. Д., Имнаишвили Э. Г., О валеологическом подходе для психо-физического развития новорожденных детей \ GeorgianEngineeringNews, 2004, № 2, 163-165

რეზიუმე

ადამიანის ჯანმრთელობა ახალშობილობიდან იწყება (ვალეოლოგიური განათლება ბავშვის ადრეული ასაკიდან იწყება)

გ.ჩახუნაშვილი, ი. დოლიძე (ევრომეცნიერების საქართველოს ეროვნული სექცია)

აქტუალობა: დღეს გადასინჯვას მოითხოვს კლასიკური პედიატრიის მრავალი რეკომენდაცია. ისინი ნაწილობრივად არ შეესაბამება სხვადასხვა ასაკობრივი პერიოდის ბავშვთა ფიზიოლოგიის სპეციფიკურ თავისებურებებს.

ნაშრომში მიზანი: ადრეული ასაკის ბავშვებში გამაჯანსაღებელ ღონისძიებათა ზემოქმედების, დაწყების ვადებისა და ჩატარების მეთოდის აუცილებლობა.

განსჯა: ვალეოლოგიური განათლების პირველი ეტაპი იწყება ჩვილის დაბადებისთანავე, რომლის განხორციელებაში უდიდესი როლი ენიჭება მშობელი დედის აღზრდელობით-პედაგოგიურ ცოდნას ახალშობილის გონებრივ-ფიზიკური აღზრდის პროცესში, რამაც ხელი უნდა შეუწყოს მის ფსიქოლოგიურ მოტივაციას ჩვილის ჰარმონიულ ფსიქო-მოტორულ განვითარების პროცესს.

დასკვნა: ვალეოლოგიური განათლება წარმოადგენს წარმატებული ქვეყნის სავიზიტო ბარათს. იგი დაფუძნებული უნდა იყოს ეკონომიკურად განვითარებული ქვეყნის მოსახლეობის შესაფერის სოციალურ პირობებზე, ჯანდაცვის, სპორტისა და განათლების სისტემების ვალეოლოგიის პრინციპებით დაფუძნებულ რეორგანიზაციაზე, საზოგადოებრივი აზროვნების კულტურასა და ჯანსაღი ცხოვრების წესის განხორციელების მოტივაციაზე.

SUMMARY

HEALTHINESS STARTS FROM INFANCY

G. CHAKHUNASHVILI, I. DOLIDZE, Euroscience Georgian National Section/

Actuality: Majority of classical recommendations in paediatry require revision since they no more correlate to a child’s normal physiological values.

Aim: The aim was to prove the importance of establishing exact dates and methods for health maintenance.

Discussion: The first stage of valeological intervention starts in infancy with educating mother about physical-mental development and upbringing.

Conclusion: Valeological education is key to being a successful country. It should be based on model of a developed country, in which it incorporates united governance of healthcare, sports and education, and it should help with improvement of general public knowledge and health.



გავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების განვითარების თანამედროვე ტენდენციები

შ. ზარნაძე, ი. ზარნაძე,
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

შესავალი: ბავშვთა მოსახლეობა ყველა ქვეყნის მთავარი საზრუნავია, ჯანმრთელი ბავშვი-ჯანმრთელი საზოგადოების საწინდარია, ჯანმრთელი თაობა განაპირობებს თითოეული ქვეყნის ეკონომიკურ და კულტურულ განვითარებას. ჩვენს ქვეყანაში ბავშვთა ჯანმრთელობა ერთ-ერთ პრიორიტეტს წარმოადგენს.

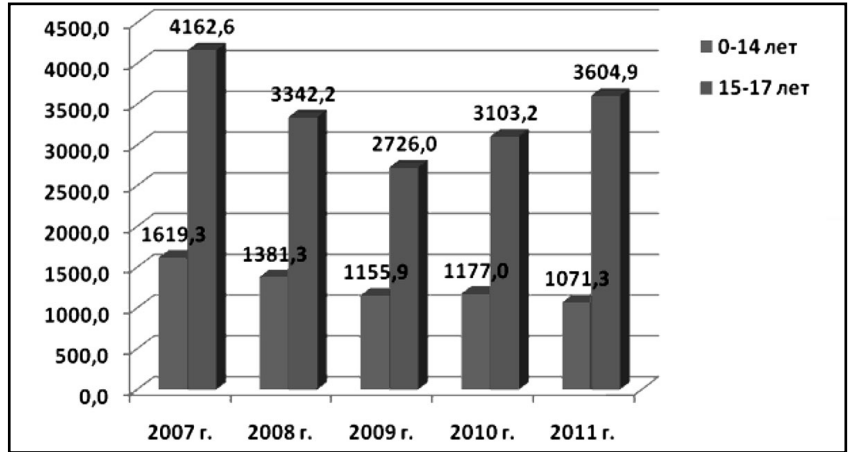
ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის ძირითადი მაჩვენებლები ავადობა, სიკვდილიანობა, ჯანმრთელობის ინდექსი და სხვა მნიშვნელოვანად არის დამოკიდებული ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკურ განვითარებაზე, ცხოვრების წესზე, კულტურასა და ტრადიციებზე. სოციალური მარკერები და ჯანმრთელობა პირდაპირპროპორციულ კავშირშია.

კვლევის მიზანი: ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების განვითარების თანამედროვე ტენდენციების შესწავლა და შეფასება.

კვლევის მეთოდები და მასალა: აღწერილობითი კვლევა, დოკუმენტური ანალიზი.

გამოყენებული იქნა ოფიციალური მასალები, საქართველოსა და ევროპის რეგიონში საერთაშორისო ორგანიზაციების პუბლიკაციები.

კვლევის შედეგები: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ბოლო ხელმისაწვდომი მონაცემებით, კვლების ტენდენციის მიუხედავად, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოში ევროპის ქვეყნების მაჩვენებლებს მნიშვნელოვნად აღემატება, ხოლო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ქვეყნების მაჩვენებლებს



(სურათი. 1. მეგაპოლისების ბავშვთა მოსახლეობის ავადობა პოსტსაბჭოურ სივრცეში).

შორის შუალედურ პოზიციას იკავებს. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური მონაცემებით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა გარდაცვალების შემთხვევების თითქმის 40% ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებზე მოდის.

საქართველოში, ეროვნული სტატისტიკის სამსახურის მონაცემებით, 2014 წელს ეს წილი 94%-ს შეადგენდა. ყველა ზემოაღნიშნული წყაროს მონაცემებით, 0-1 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ასევე კვლების დინამიკით ხასიათდება. გაეროს საავტოტოთაშორისი ჯგუფის უკანასკნელი შეფასებით, 0-5 წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის მნიშვნელობა წლების მანძილზე სტაბილურად მცირდება და 2013 წელს მაქსიმალურად მიუ-

ახლოვდა ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემებს. 2014 წლის საყოველთაო აღწერის შედეგად, დაფიქსირდა მოსახლეობის რიცხოვნობის შემცირება, რამაც გამოიწვია მაჩვენებლების ზრდა.

2012 წლის მონაცემებით, ევროკავშირში 5 წლამდე ბავშვების გარდაცვალების საშუალო მაჩვენებელი ყოველ 1000 ბავშვზე 5-ს შეადგენდა. ასევე, 2012 წლისთვის არსებული მონაცემებით, პოსტსაბჭოთა სივრცეში 5 წლამდე ბავშვების სიკვდილიანობის მაჩვენებელი საქართველოზე მაღალი მხოლოდ ეაზახეთში, თურქმენეთში, ყირგიზეთსა და უზბეკეთში იყო.

დასკვნები დარეკომენდაციები: ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციების გათვალისწინებით:

საქართველოში ყველა ბავშვის სიცოცხლის შენარჩუნების, ჯანმრთელობისა და განვითარების უკეთ უზრუნველსაყოფად, უნდა განხორციელდეს შემდეგი:

- ახალშობილთა სიკვდილიანობა მინეულ იქნეს უპირველეს პრიორიტეტად საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემისათვის.

- დედათა ჯანმრთელობის, ნეონატალური და ზოგადი პედიატრიული ხარისხიანი მომსახურება ხელმისაწვდომი გახდეს ყველა ფეხმძიმე ქალისა და ყველა ბავშვისათვის. საბაზო საშეღავათო პაკეტი, რომე-

ცხრილი 1

წელი	მშობიარობის რაოდენობა	1 წლამდე ახალშობილთა გარდაცვალება	1000 მშობიარობაზე გარდაცვლილთა რაოდენობა
2010	63238	701	11.09
2011	58577	703	12
2012	57695	715	12.39
2013	58445	640	10.95
2014	61275	578	9.43

წყარო: საქართველოს სტატისტიკის ეროვნული სამსახური



ლიც მოიცავს სუბსიდირებულ მედიკამენტებს, უზრუნველყოფილ იქნეს ყველა ფეხმძიმე ქალისა და ექვს წლამდე ასაკის ბავშვისათვის.

● გაიზარდოს დედათა და ბავშვთათვის ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა პროფესიული კვალიფიკაცია ყველა დონეზე.

● გაუმჯობესდეს ფეხმძიმობისა და მშობიარობის რეფერალი (იხ. თავი დედათა ჯანმრთელობის შესახებ).

● განხორციელდეს ფიზიკური ინფრასტრუქტურისა და სამედიცინო აპარატურის მოდერნიზაცია.

● უზრუნველყოფილ იქნეს სამედიცინო განათლების მისაწვდომობა ქალების, ოჯახებისა და თემები-

სათვის, განსაკუთრებით მარგინალიზებული და სოციალურად დაუცველი ჯგუფებისათვის.

● გაგრძელდეს იმუნიზაციის ეროვნული პროგრამის მხარდაჭერა.

● მოხდეს ინვესტირება ჯანდაცვის საინფორმაციო სისტემაში, ზუსტი, სანდო, დეტალიზებული და განახლებადი მონაცემების გენერირებისათვის.

● ჯანდაცვის სისტემის ყველა იმ ფუნქციის გაძლიერება, რომლებიც პირველადი ჯანდაცვის მიდგომას ეფუძნება, განსაკუთრებული აქცენტით ეკონომიკურად მომგებიან ინტერვენციებზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში, მათ შორის

ისეთი ინტერვენციებზე, რომლებიც ორიენტირებულია ჯანმრთელობის პროულარიზაციაზე, ცნობიერების ამაღლებასა და დაავადებათა პრევენციაზე.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

1. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ანგარიშები-2013-2016წ.
2. საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის ინფორმაცია-2009-2014წ.
3. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის ანგარიშები -2010-2014წ.

რეზიუმე

ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების განვითარების თანამედროვე ტენდენციები

*შ. ზარნაძე, ი. ზარნაძე
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი*

აქტუალობა: ბავშვთა მოსახლეობა ყველა ქვეყნის მთავარი საზრუნავია, ჯანმრთელი ბავშვი-ჯანმრთელი საზოგადოების საწინდარია, ჯანმრთელი თაობა განაპირობებს თითოეული ქვეყნის ეკონომიკურ და კულტურულ განვითარებას. ჩვენს ქვეყანაში ბავშვთა ჯანმრთელობა ერთ-ერთ პრიორიტეტს წარმოადგენს.

კვლევის მიზანი: ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების განვითარების თანამედროვე ტენდენციების შესწავლა და შეფასება.

კვლევის მეთოდები და მასალა: აღწერილობითი კვლევა, დოკუმენტური ანალიზი. გამოყენებული იქნა ოფიციალური მასალები, საქართველოსა და ევროპის რეგიონში საერთაშორისო ორგანიზაციების პუბლიკაციები.

დასკვნა: დღეისათვის აუცილებელია დედათა და ბავშვთათვის ჯანდაცვის თანამედროვე კვალიფიციური მართვა, ბავშვთა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მაჩვენებლების განვითარების თანამედროვე ტენდენციების აღიარებით.

SUMMARY

MODERN TENDENCIES OF HEALTH VALUE DEVELOPMENT IN CHILD POPULATION

*SH. ZARNADZE, I. ZARNADZE
Tbilisi State Medical University*

Actuality: Child care is the priority in every country. A healthy child is precondition to healthy society. Healthy generation determines economic and cultural development of all countries. In our country children's health is also a priority.

Aim: The aim was to study and evaluate modern tendencies of health value development in child population.

Methods: Descriptive study, document analysis. Official data and local, international publications were used for the study.

Conclusion: Nowadays the pivotal part would be qualified management of mother and child health, while incorporating newer tendencies of development values.

კვებითი ქსევა ბავშვთა სპორტში

*შ. ზარნაძე, ი. ზარნაძე
თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი*

შესავალი: თანამედროვე მსოფლიოში, მეოცე საუკუნის ბოლოსა და 21-დასაწყისისათვის ინტენსიურად, სხვადასხვა საერთაშორისო რეკომენდაციათა საფუძველზე, ქვეყნები ქმნიან ჯანსაღი კვების დამკვიდრებისათვის სპეციალურ პროგრამებსა და სარეკომენდაციო დოკუმენტებს.

კვებითი ქცევის რეგულირებამ, საზოგადოების აქტიურმა მონაწილეობამ, ბევრ ქვეყანას მნიშვნელოვნად გაუმჯობესა ჯანმრთელობის მაჩვენებლები, მაგალითად აშშ-ში შექმლეს 20%-ით შემცირებინათ სიკვდილის შემთხვევები გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების გამო, ფინეთში, ბოლო

წლებში 50%-ით შემცირდა სიკვდილიანობა და სხვა.

კვლევის მიზანი: ბავშვთა სპორტში კვებითი ქცევის ძირითადი გამოწვევების შეფასება.

კვლევის მეთოდი და მასალა: დოკუმენტური სისტემური ანალიზის საფუძველზე შეფასებული იქნა ბავშვთა სპორტში კვებითი ქცევის

თანამედროვე მდგომარეობა.

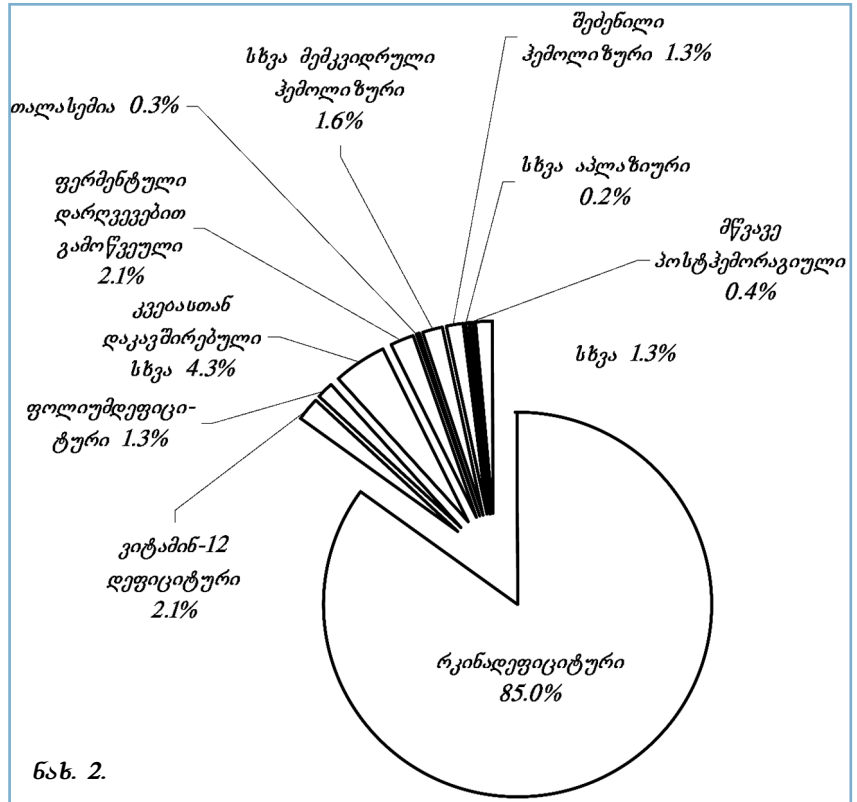
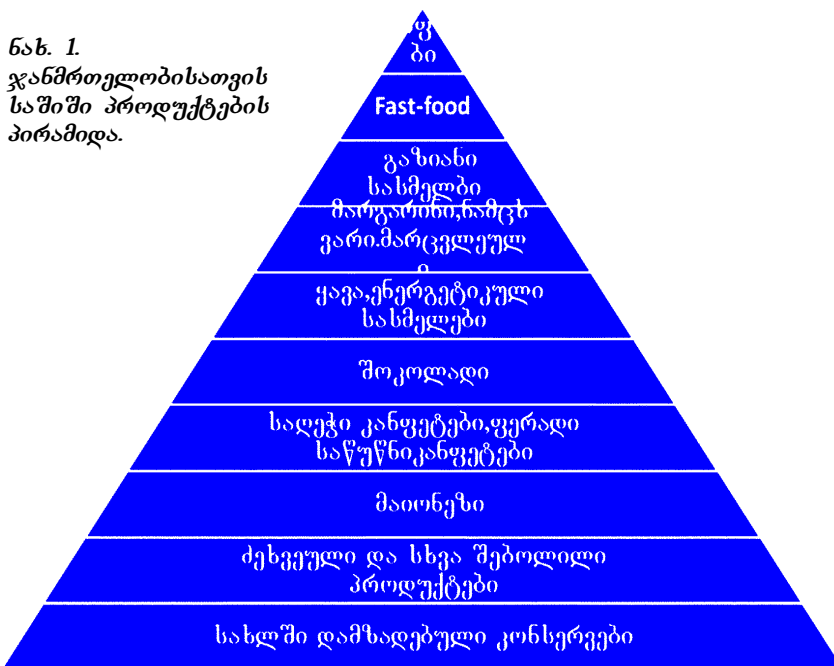
კვლევის შედეგები: ჯანსაღია ისეთი კვება, რომელიც ორგანიზმს ჯანმრთელობისთვის აუცილებელი საკვები ნივთიერებებით უზრუნველყოფს. იგი შეესაბამება ორგანიზმის მოთხოვნილებას ენერგიაზე და ამავე დროს სხეულს ოპტიმალურ წონას უნარჩუნებს. სურსათის დაყოფა ერთმნიშვნელოვნად მავნე და ერთმნიშვნელოვნად სასარგებლო პროდუქტებად წარმოუდგენელია - ამის გადაწყვეტა საკუთარ ორგანიზმს უნდა მიანდოთ. ის თავად გაარკვევს, რომელი პროდუქტია მისთვის სასარგებლო და რომელი - ზიანის მომტანი. ადამიანის სხეული ხომ ძალდაღობას ვერ იტანს.

WHO-მ გამოაქვეყნა ჯანმრთელობისთვის ყველაზე საშიში პროდუქტების სია.

იქ მოხვედრილი ბევრი პროდუქტი ხშირად მოწამელის ან მძიმე ალერგიული რეაქციების განვითარების მიზეზი ხდება, მაგრამ ჯანმრთელი ადამიანებისთვის საშიშროებას არ წარმოადგენს. ექიმების აზრით, ყველაფერი ამ პროდუქტების დოზირებაზეა დამოკიდებული და ასეთი საკვების მცირე რაოდენობით მიღება სავსებით უსაფრთხოა. (ნახ. 1.)

განვითარებასთან ერთად სულ უფრო მტკიცედ მკვიდრდება ე. წ. „დასავლური ცხოვრების წესთან“ დაკავშირებული კვებითი ჩვევები.

ნახ. 1.
ჯანმრთელობისათვის საშიში პროდუქტების პირამიდა.



მისი ყველაზე დამაზიანებელი ფორმაა ე. წ. „სწრაფი კვების“ პრინციპი. იგი იაფად, სწაფად და ადვილად უზრუნველყოფს ადამიანის ენერგეტიკული მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას და დანაყრებას, რითიც იზიდავს მოსახლეობის სულ უფრო ფართო ფენებს. თუმცა საკვების ეს ფორმა ვერ უზრუნველყოფს ჯანსაღ ცხოვრებას, იწვევს ჭარბ-

წონიანობასა და სიმსუქნეს. ამ ტიპის საკვებით ადამიანის ორგანიზმი ჭარბად მოიხმარს ისეთ საკვებ ნივთიერებებს, როგორიცაა რაფინირებული ნახშირწყლები, ნაჯერ ცხიმები და ქოლესტეროლი, ისინი ჭარბწონიანობასა და სიმსუქნესთან ერთად განსაზღვრავენ ძირითადი ქრონიკული დაავადებების (გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, შაქრიანი დიაბეტი, ავთვისებიანი, განვითარებისა და სიკვდილობის რისკს. (ნახ. 2.)

თანამედროვე მიდგომები სპორტსმენთა კვებისადმი ემყარება ასაკს, სქესს, სპორტის სახეობას, კვების ინდივიდუალურ თავისებურებას, ენერჯის საჭიროებას, სხეულის აღნაგობას.

ხანგრძლივი ფიზიკური აქტივობის დროს ენერჯისა და მაკრონუტრიენტების საჭიროება ემყარება შემდეგს: კვებითი და ენერგოგენიკული დახმარება-პროტეინისა და კარბოჰიდრატების გამოყენება წონის შესაბამისად, გლიკოგენისა და პროტეინის გამოყენება ქსოვილთა განვითარებისა და განახლებისათვის.

ხანგრძლივი ფიზიკური აქტივობის დროს ენერჯისა და მაკრონუტრიენტების საჭიროება ემყარება:

სითხის მიღებას ვარჯიშის დაწყებამდე და ვარჯიშის შემდეგ, სითხის ბალანსის შესანარჩუნებლად, დეჰიდრატაციისა და ჰიპონატრიემიის რისკის შემცირებას ცხიმოვანი მუცლისა და ცხიმში ხსნადი ვიტამინების გამოყენებას.

ფიზიკური აქტივობის დროს მნიშვნელოვანია კარბოჰიდრატების შემცველობის კონტროლი და დეჰიდრატაციის თავიდან აცილება.

ამისათვის აუცილებელია:

სისხლში გლუკოზის შენარჩუნება, ვინაიდან კუნთებში გლიკოგენად გარდაქმნა-ვარჯიშის დროს 30-დან 60 გრამამდე საათში მიმდინარეობს.

ვარჯიშის დროს ყოველ 15-20 წუთში იკარგება 150-350 მლ-ი სითხე.

დეტის მიზანია-ადეკვატური ენერჯისა და კარბოჰიდრატების მიწოდება.

კარბოჰიდრატებისა და სითხის გამოყენების თანამედროვე მიდ-

გომებისა და რეკომენდაციების პრინციპები ასეთია:

როდენობა-500მლ-დან- ორ საათიანი ვარჯიშის შემდეგ.

ტემპერატურა-15-22 გრადუსი, 59-72 ფარენგეიტით.

შემადგენლობა-შაქარი 4-8%, სოდა0, 5-0. 7გ.

დასკვნები და რეკომენდაციები: ინდივიდუალური რეკომენდაციები კვების დარგში უნდა ემყარებოდეს: კვალიფიციური ექსპერტების თანამშრომლობას სპორტულ სექციებთან.

ინდივიდუალური კვებითი რაციონის შედგენას ინდივიდუალური თავისებურებების, დატვირთვის, ასაკის, სქესის, ინდივიდუალური ფიზიკური განვითარების მიხედვით.

ბამოყენებული ლიტერატურა და ინტერნეტ რესურსები:

1. Oxford Policy Management - Introduction to Primary Health Care in Georgia –Volume 3

2. United Nations Development Programme - Georgia Human Development Report 2008.

3. The United Nations Association of Georgia Georgia MDG Progress Report 2006.

4. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.

Margaret Thorogood, Yolande Coombes Evaluating health promotion: practice and method. Oxford University Press, Oxford 2004.

5. HEPA EUROPE European network for the promotion of health-enhancing physical activity November 2009.

6. Kickbusch I, Payne L. Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. Health Promot Int. 2003 Dec; 18(4):275-8.

- www.pubmed.gov
- www.who.org
- www.medinfo.com
- www.medportal.com
- www.wikipedia.com
- www.who.int

რეზიუმე

კვებითი ქცევა ბავშვთა სპორტში

შ. ზარნაძე, ი. ზარნაძე, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

თანამედროვე მსოფლიოში, მეოცე საუკუნის ბოლოსა და 21-დასაწყისისათვის ინტენსიურად, სხვადასხვა საერთაშორისო რეკომენდაციათა საფუძველზე, ქვეყნები ქმნიან ჯანსაღი კვების დამკვიდრებისათვის სპეციალურ პროგრამებსა და სარეკომენდაციო დოკუმენტებს. **კვლევის მიზანი:** ბავშვთა სპორტში კვებითი ქცევის ძირითადი გამოწვევების შეფასება.

კვლევის მეთოდი და მასალა: დოკუმენტური სისტემური ანალიზის საფუძველზე შეფასებული იქნა ბავშვთა სპორტში კვებითი ქცევის თანამედროვე მდგომარეობა.

და მისი შედეგების ანალიზით მიღებული

დასკვნები:

ინდივიდუალური რეკომენდაციები კვების დარგში უნდა ემყარებოდეს:

კვალიფიციური ექსპერტების თანამშრომლობას სპორტულ სექციებთან.

ინდივიდუალური კვებითი რაციონის შედგენას ინდივიდუალური თავისებურებების, დატვირთვის, ასაკის, სქესის, ინდივიდუალური ფიზიკური განვითარების მიხედვით.

SUMMARY

FEEDING BEHAVIOR IN SPORTMEN

SH. ZARNADZE, I. ZARNADZE Tbilisi State Medical University

Actuality: In modern world, based on various international recommendations, countries are creating strategies to implement healthy feeding programs and recommendation documents.

Aim: Assessment of main challenges in young sportsmen.

Methods: Based on systemic analysis of various documents, feeding behavior was assessed in young sportsmen.

Conclusion: Individual recommendations should be based upon: cooperation between qualified experts and sport sections. Individual feeding ration should be conjured in accordance with individual features, physical load, sex, age, physical development.



წონის კორექციის პრობლემები მოგარდ სპორტსმენებში

მთავრან ბერიძე, მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

სხეულის წონის კორექცია-რეგულირება ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება თანამედროვე სპორტულ მედიცინასა და სპორტულ პრაქტიკაში, განსაკუთრებით მოზარდი სპორტსმენებისათვის და იმ სახეობებისათვის სადაც არსებობს წონის რეჟიმის რეგლამენტირებული წესები.

ცნობილია, რომ ერთნაირი ფიზიკური მომზადების სპორტსმენებისათვის, აბსოლუტური ძალა მით მეტია რაც მეტია ათლეტის წონა. აბსოლუტური წონის ზრდის მნიშვნელოვანი ფაქტორია კუნთის მასის მატება. ფარდობითი ძალის ზრდის ერთი შეხედვით ყველაზე მარტივი საშუალება სხეულის წონის შემცირებაა. ასეთი მიდგომა სულ უფრო ხშირად გამოიყენება, თუმცა ყოველთვის არ იძლევა სასურველ შედეგს და არცთუ უსაფრთხოა.

დღეისათვის არსებული წონის კლების პრობლემა შესაძლებელია ჩამოვაყალიბოთ რამდენიმე დებულების სახით სახით:

სხეულის წონის სწრაფი კლება წინასაშეჯიბრო მზადების დასკვნით ეტაპზე (სპორტის სახეობებში შეზღუდული წონითი კატეგორიებით);

სხეულის წონის შემცირება მოსამზადებელ ეტაპზე რთულ-კოორდინაციული სპორტის სახეობებში (მხატვ. და სპორტ. ტენარჯიში, ფიგურული სრიალი, წყალში ხტომა, ტრამპლინიდან ხტომა და სხვ);

სპორტსმენის ორგანიზმის ოპტიმალური ფუნქციონალური მანევრებლების აღდგენა წლიური მოსამზადებელი ციკლის საწყის ეტაპზე, ასევე წრთვინის ხანგრძლივი პერიოდით შეწყვეტის შემდეგ;

სპორტსმენის ორგანიზმის მორფოლოგიური მანევრებლების ოპტიმიზაცია ორგანიზმის ბიოლოგიური მომწიფების დამამთავრებელ ეტაპზე.

სპორტული მზადების პერიოდში, სხეულის მასის შემცირების მიზნით გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდი:

პედაგოგიური: აერობული დატვირთვების გაზრდა ენერგოუზრუნველყოფის I და II ეტაპებზე;

დიეტოლოგიური: კვების დღე-ღამური რაციონის ენერგეტიკული ღირებულების და სითხის მოცულობის მნიშვნელოვანი შემცირება;

ფიზიოთერაპიული: ძირითადად თერმული ზემოქმედების გამოყენება;

ფარმაკოლოგიური: ფარმაკოლოგიური კატაბოლური მოქმედების მედიკამენტებისა და ბადების გამოყენება.

სამწუხაროდ, ყველა ზემოთხაზოვლილ საშუალებასა და მეთოდს თან ახლავს მკვეთრად არასასურველი გვერდითი ეფექტი, გარკვეულ ეტაპზე კი მათი გამოყენება საერთოდ არ შეიძლება; ასე მაგალითად: აერობული დატვირთვის გაზრდა და „შრობა“ მოსამზადებელ ეტაპზე უარყოფითად მოქმედებს ძალღვან და კოორდინაციულ თვისებებზე; რაციონის ენერგეტიკული ღირებულებისა და სითხ-

ის მოცულობის შემცირება-შეზღუდვა და თერმული პროცედურები მნიშვნელოვნად ამცირებს სპორტსმენის შრომისუნარიანობასა და ფსიქოემოციურ მდგრალობას; ე. წ. „ცხიმის დამწვევლები“ უარყოფითად მოქმედებენ ცენტრალურ ნერვილ სისიტემასა და კუჭნაწლავის ტრაქტზე. ხშირ შემთხვევაში დაკავშირებულია ღოპინგ-პრეპარატების გამოყენებასთან.

ძირითადად, მიზნის მისაღწევად, ერთდროულად გამოიყენება რამდენიმე მეთოდი, რაც კიდევ უფრო აძლიერებს გვერდით მოვლენებს. ზემოთქმულიდან გამომდინარე იძულებულნი ვართ ვაღიაროთ, რომ დღეისათვის, სპორტსმენთა მომზადების უზრუნველყოფის მეთოდებს შორის (ფიზიოლოგიის პოზიციიდან გამომდინარე) პრაქტიკულად არ არის სხეულის წონის როგორც სწრაფი ისე ხანგრძლივი პერიოდზე გათვლილი წონის კლების უსაფრთხო, ოპტიმიზირებული მეთოდები.

არსებული მდგომარეობის გაუმჯობესების მიზნით გვინდა, შემოგთავაზოთ რამდენიმე მოსაზრება:

წონის კლება (აპრიორი) უნდა ხდებოდეს ცხიმის ხარჯზე. დაუშვებელია ცხიმის შემცველობის შემცირება დასაშვები ზღვარის ქვემოთ. მოცემული ამოცანის შესრულება შესაძლებელია დიეტოლოგიური მეთოდებითა და დამატებითი ფიზიკური დატვირთვების საშუალებით.

დღეისათვის ფართოდ გამოყენებული დიეტოლოგიური მეთოდი, რომელიც გულისხმობს პირველი კერძის ამოღებას, ნახშირწყლების თანდათანობით შემცირებას სრულ ამოღებამდე, ცილის შემცირებას 1/3-ით, ცხიმის შემცირებას 15-20გ.-მდე, სითხის შემცირებას შეჯიბრებამდე 2 კვირით ადრე 1ლ-მდე და შეჯიბრებამდე 2-3დღით ადრე 400-200მლ-მდე მძიმე გავლენას ახდენს სპორტსმენის როგორც ფიზიკურ ასევე ფსიქო-ემოციურ მდგომარეობაზე.

დიეტოლოგიისა და ნუტრიციოლოგიის თანამედროვე მიდევნები საშუალებას გვაძლევს, სპორტსმენთა კვების ინდივიდუალიზაციის პირობებში, აღიმენტარული ფაქტორების გამოყენებით, კვების ადეკვატური რეჟიმისა და ფორმის შერჩევით, შევქმნათ რაციონალური რაციონი; მაქსიმალურად გამოვიყენოთ საკვები პროდუქტების ინდუციური გავლენა მეტაბოლური პროცესების გაძლიერების მიზნით და ისეთი მეტაბოლური ფონის შესაქმნელად რომელიც ხელსაყრელია ჰუმორული რეგულატორების სინთეზისა და მათი მოქმედების რეალიზაციისათვის. (კატექოლამინები, პროსტაგლანდინები, კორტიკოსტეროიდები და სხვ.) და სხვ. მოცემული ფაქტორების გათვალისწინება საშუალებას მოგვცემს მოვახდინოთ სპორტსმენთა წონის კორექცია ოპტიმალურ დროში მაქსიმალური ეფექტით ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხოდ.

სპორტსმენთა კვების რაციონის შედგენისადმი ასეთი მიდგომა საშუალებას მოგვცემს:



არ შეეზღუდოთ საკვების როგორც ერთჯერადი ისე დღიური მოცულობა, გაითვალისწინოთ საგემოვნო თვისებები და კვებითი ქცევები, ამავდროულად შევინარჩუნოთ საჭრო ოპტიმალური კალორიული ღირებულება. აღნიშნული გარემოება მეტად მნიშვნელოვანია სპორტსმენთა ფსიქო-ემოციური მდგომარეობისათვის.

კულინარიული დამუშავების სხვადასხვა მეთოდების გამოყენება საშუალებას მოგვცემს ორგანოლექტიკური თვისებების გარდა მაქსიმალურად შევინარჩუნოთ საკვები ნუტრიენტების რაოდენობა, ამასთან მაქსიმალურად ათვისებად ფორმაში; მინიმუმამდე დავიყვანოთ, პოლივიტამინებისა და მიკროელემენტების კომპლექსთა, სხვა მედიკამენტოზური საშუალებების გამოყენება.

2. მოხმარებული სითხის და ძირითადად წყლის რაოდენობის მნიშვნელოვანი შემცირება არ წარმოადგენს აუცილებლობას წონის კორექციის პროცესში, მეტიც, ყველასათვის ცნობილია, წყლის დეფიციტის (გაუწყლოების) საფრთხე ჯანმრთელობისათვის. მიგვაჩნია, რომ მაქსიმალურად დასაშვები წონის კლება სითხის დეფიციტის გამოწვევის ხარჯზე არ უნდა აღემატებოდეს 600-1200გრ-ს. შეჯიბრის წინა ან შეჯიბრის დღეს.

3. სპორტსმენთა წონის შეფასების პროცესში, ცხიმის წილის განსაზღვრის მიზნით, დამატებით გამოყენებული უნდა იყოს ლიპოტოპომეტრია, რომელ-

იც საშუალებას იძლევა სხეულის სხვადასხვა უბანზე განისაზღვროს ცხიმის შრე; უბნებზე სადაც გამოვლინდება ცხიმის შრის სიჭარბე ადგილობრივად გამოყენებული იყოს ლიპოსაქციის არაქირურგიული მეთოდები. (მუდმივი სამედიცინო კონტროლის ქვეშ)

4. საუნის გამოყენების გარდაუვალობის შემთხვევაში უმჯობესია გამოყენებული იყოს სხვადასხვა მინერალებით გაჯერებული ორთქლი, რაც შეამცირებს ამ ნივთიერებების დეფიციტს ორგანიზმში.

5. განსკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს შეჯიბრის შემდგომ პერიოდში, სპორტული შრომისუნარიანობის აღდგენის დროს წონის კონტროლს.

ლიტერატურა

1. Diet Quality, Nutrient Intake, Weight Status, and Feeding Environments of Girls Meeting or Exceeding Recommendations for Total Dietary Fat of the American Academy of Pediatrics Yoonna Lee, Diane C. Mitchell, Helen Smiciklas-Wright, Leann L. Birch Pediatrics Jun 2001, 107 (6) e95; DOI: 10. 1542/peds. 107. 6. e95
2. Promotion of Healthy Weight-Control Practices in Young Athletes. PEDIATRICS 2005; 116:1557_1564.
3 Catharine Paddock Weight lifting for Youth Athletes 2012
4 Sport Psychology in Practice By Mark B. Andersen Victoria University Melbourne Australia

რეზიუმე

წონის კორექციის პრობლემები მოზარდ სპორტსმენებში

ქეთევან ბერიძე, მედიცინის დოქტორი, პროფესორი

სხეულის წონის კორექცია-რეგულირება ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემად რჩება თანამედროვე სპორტულ მედიცინასა და სპორტულ პრაქტიკაში, განსაკუთრებით მოზარდებში. სპორტსმენთა მომზადების უზრუნველყოფის მეთოდებს შორის(ფიზიოლოგიის პოზიციიდან გამომდინარე) პრაქტიკულად არ არის სხეულის წონის სწრაფი და ხანგრძლივ პერიოდზე გათვლილი წონის კლების უსაფრთხო, ოპტიმიზირებული მეთოდები.

დიეტოლოგიისა და ნუტრიციოლოგიის თანამედროვე მიღწევები საშუალებას გვაძლევს, სპორტსმენთა კვების ინდივიდუალიზაციის პირობებში, ალიმენტარული ფაქტორების გამოყენებით, კვების ადეკვატური რეჟიმისა და ფორმის შერჩევით, შევქმნათ რაციონალური რაციონი; მაქსიმალურად გამოვიყენოთ საკვები პროდუქტების ინდუციური გავლენა მეტაბოლური პროცესების გაძლიერების მიზნით და ისეთი მეტაბოლური ფონის შესაქმნელად რომელიც ხელსაყრელია კუმორული რეგულატორების სინთეზისა და მათი მოქმედების რეალიზაციისათვის. ჩვენს მიერ შემოთავაზებული მეთოდები საშუალებას მოგვცემს მოვახდინოთ სპორტსმენთა წონის კორექცია ოპტიმალურ დროში მაქსიმალური ეფექტით ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხოდ.

SUMMARY

WEIGHT CORRECTION PROBLEMS IN YOUNG ATHLETES

KETEVA N BERIDZE, M. D. Professor

Body weight correction-regulation is one of the major challenges for the modern sports medicine and sports practice, especially in adolescents. There is no safe and optimized method of body mass fast and durable weight loss (from the position of physiology) among athletes training methodology.

The modern achievements of dietetics and nutrition, together with athlete's individual nutrition, alimentary factors, adequate and food regime and procedure, allow us to create a rational, balanced ratio; Maximize the use of inductive effect of food products on metabolic processes in order to strengthen metabolic processes and to create such metabolic background that is favorable for humoral regulators synthesis and realization of their actions. The proposed methods will enable us to adjust the athlete's weight in the optimal time and with the maximum effect ensuring the health safety.



სპორტის ბავშვთა ჯანდაცვის მართვის სკოლის მოსწავლეთა ფიზიკურ ბანკითარებაზე

მდ. პროფ. ქეთევან ბერიძე; ს. ჩიტაშვილი; შ. აბრამიშვილი. ბ. აბულაძე; მ. ლომიძე; ი. სუშუაძე, საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი. ფიზიკური მედიცინისა და რეაბილიტაციის ფაკულტეტი

ფიზიკური აქტივობა წარმოადგენს ჯანსაღი ცხოვრების წესის, ორგანიზმის რეგულაციური და ადაპტაციური მექანიზმების სრულყოფის, პარამონიული ფიზიკური და ფსიქო-ემოციური განვითარების ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორს. მაღალი ხარისხის ფიზიკური და გონებრივი შრომისუნარიანობა გაცილებით ხანგრძლივი დროით უნარჩუნდებათ ადამიანებს, რომლებიც ამა თუ იმ ხარისხით დაკავებულნი არიან ფიზიკულტურითა და სპორტით.

თანამედროვე ცხოვრების წესს (პროცესების ავტომატიზაცია, კომპიუტერიზაცია და სხვ.) მინიმუმამდე დაყავს დღის განმავლობაში ფიზიკური აქტივობა. ბოლო დროს გამოკვლევები აჩვენებენ, რომ სკოლის მოსწავლეები დღე-ღამის განმავლობაში 16-18 საათი იმყოფებიან ნაკლებად მოძრა ანუ უძრავ მდგომარეობაში-ძირითადად ზიან ან წვანან. შესაბამისად, დარჩენილი 6-8 საათი, ხშირ შემთხვევაში, არ გამოიყენება ფიზიკური აქტივობისათვის. უმეტეს შემთხვევაში, სასწავლო პროცესის დასრულების შემდეგ 1,5-3 საათს (და ზოგჯერ მეტსაც) ატარებენ ტელევიზორთან ან კომპიუტერთან. ცხადია, დღის ასეთი განრიგით, დრო სპორტისათვის არ რჩება, ხოლო სპორტის გაკვეთილებისათვის სასკოლო პროგრამით გათვლილი საათები, მხოლოდ უმნიშვნელოდ ახდენენ ჰიპოდინამიის კომპენსაციას. აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ ბოლო წლების განმავლობაში უმეტეს სკოლებში, სხვადასხვა მიზეზის გამო ან საერთოდ არ ტარდება სპორტის გაკვეთილები ან ტარდება არასრულფასოვნად. ჰიპოდინამია იწვევს ადამიანის ფუნქციური შესაძლებლობების დაქვეითებას, საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის, ჩონჩხისა და კუნთოვანი აპარატის დასუსტებას, შინაგანი ორგანოების ფუნქციონირების დარღვევას. არასაკმარისი ფიზიკური აქტივობა იწვევს ყველა სისტემის და მაშასადამე, მთელი ორგანიზმის მუშაობის დარღვევას, რაც ხელს უწყობს სხვადასხვა დაავადების განვითარებას. გარკვეულ გარემოებებში ფიზიკური აღზრდა და სპორტი ხდება ერთადერთ ხელმისაწვდომ საშუალებად ფიზიკური აქტივობისათვის, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელია ადამიანმა დაიკაყოფილოს ბუნებრივი მოთხოვნილება მოძრაობასა და ფიზიკურ დატვირთვებზე.

დღეისათვის კამათს არ იწვევს ის ფაქტი, რომ ფიზ. აღზრდა და სპორტი გავლენას ახდენს ადამიანის, განსაკუთრებით მოზარდის ჯანმრთელობაზე: აძლიერებს და ანვითარებს საყრდენ-მამოძრავებელ, ნერვულ სისტემას, აუმჯობესებს გულ-სისხლძარღვთა, სასუნთქი, საჭმელი სმომწვლელი სისტემების ფუნქციონირებას, აძლიერებს იმუნიტეტს, აუმჯობესებს მეტაბოლიზმს, ცვლის ცხოვრების ხარისხს, დამოკიდებულებას სიცოცხლესთან; ამასთან, ცნობილია, რომ ბავშვთა ფიზიკური განვითარება პირდაპირ ასახავს მათი ჯანმრთელობის ზოგად მდგომარეობას.

ბავშვთა სიმაღლეში ზრდის ინტენსივობა და მისი საბოლოო მაჩვენებელი ძირითადად გენეტიკური ფაქტორითაა განპირობებული, თუმცა მნიშვნელოვანია გარემო ფაქტორების გავლენაც. პოსტნატალურ პერიოდში ზრდის პროცესს არეგულირებს ენდოკრინული სისტემა. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჰიპოფიზის

მიერ პროდუცირებული სომატოტროპული ანუ ზრდის ჰორმონი, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები და ინსულინი. ორ წლამდე ასაკში ზრდის პროცესი ნაკლებად არის დამოკიდებული სომატოტროპული ჰორმონის შემცველობაზე. გარემო ფაქტორები, კერძოდ, კვების დეფიციტი, მისი მნიშვნელოვანი დისბალანსი, შეუცვლელი ამინომჟავებისა, ვიტამინების და მიკროელემენტების ნაკლებობა იწვევს ბავშვის ზრდის შეჩერებას. ზრდის პროცესის, ისევე როგორც ძვლოვანი და კუნთოვანი სისტემის განვითარების უმნიშვნელოვანეს მასტოქსურ ფაქტორს მოძრაობით აქტივობა წარმოადგენს.

ფიზიკური განვითარება ზრდის დინამიკური პროცესია, რომელიც გულისხმობს სხეულის მასის, სიგრძის, თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობის მატებას, სხეულის პროპორციის ცვლილებას და ბავშვის ორგანიზმის ბიოლოგიურ მოქმედებას.

შრომის მიზანი: კვლევის მიზანს წარმოადგენდა დაგვედგინა ბავშვთა ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლებზე სპორტის გაკვეთილების გავლენა.

მასალა და მეთოდები:

კვლევა ჩატარდა თბილისის ორ საჯარო სკოლაში. პირველ სკოლაში სპორტის გაკვეთილი რეგულარულად ტარდება (ძირითადი ჯგუფი), ხოლო მეორეში - პრაქტიკულად არ ტარდება (საკონტროლო ჯგუფი) გამოკვლევა ჩატარდა 10-11 წლის მოსწავლეებს სულ გამოკვლეული იყო 47 მოსწავლე, მათ შორის ძირითად ჯგუფში 25, ხოლო საკონტროლოში - 22.

სკოლების და კონტიგენტის შერჩევა მოხდა შემთხვევითი შერჩევის მეთოდით. (რანდომიზაციის მეთოდით). ჯგუფებს შორის ასაკობრივი, სქესობრივი, სამედიცინო და სოციალური ფაქტორების მიხედვით სარწმუნო განსხვავება არ დაფიქსირებულა, ანუ ჯგუფები იყო ჰომოგენური.

კვლევები შეთანხმებული იყო სკოლის დირექციასთან, მიღებული იყო თანხმობა სამეურვეო საბჭოსაგან. კვლევების განხორციელების პროცესში დაცული იყო სამედიცინო ეთიკის ნორმები.

შევისწავლეთ მოსწავლეთა ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები (თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობა, სიმაღლე და წონა, კუნთოვანი და ცხიმოვანი ქსოვილის და ასევე ხერხემლისა და ტერფის მდგომარეობა).

წონის დასადგენად გამოვიყენეთ მექანიკური სასწორი მოდელი ZT120 (MA120); სიმაღლის გასაზომად გამოვიყენეთ ვერტიკალური სიმაღლის საზომი.

თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობის გაზომვას ვაწარმოებდით სანტიმეტრიან ზონარით.

წონის, სიმაღლისა და გარეშემოწერილობების განსაზღვრისას ვაფიქსირებდით ზედიზედ სამჯერ აღებული მონაცემის საშუალო მაჩვენებელს.

კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის გამოსაზომად განსაზღვრა ხდებოდა ცირკულ-კალიპრით (ბეჭის ძვლის ქვემოთ, მუცელზე ჭიპის გასწვრივ).

ფიზიკური დათვალიერებით შევაფასეთ გულმკერდის ფორმა, ასევე ხერხემლისა და ტერფის მდგომარეობა, კუნთის განვითარება.

მიღებული მონაცემების შეტანა ხდებოდა ჩვენს მიერ შედგენილ სპეციალურ ანკეტებში.



მიღებული მაჩვენებლების შედეგების შესაფასებლად გამოვიყენეთ ცენტრილური დიაგრამები.

მიღებული მონაცემები დამუშავებულია სტატისტიკურად კომპიუტერული პროგრამით PSP-10. განსაზღვრეთ შემდეგი სტატისტიკური მაჩვენებლები: M-საშუალო სტატისტიკური, m-სტანდარტული შეცდომა, p-სარწმუნოების კოეფიციენტი.

მიღებული შედეგები და ანალიზი:

ძირითადი ჯგუფი სულ 25 (11 ბიჭი; 14 გოგო) ბავშვი შედეგები გადანაწილდა შემდეგნაირად

წონა: ნორმა- 62%; ჭარბი - 32%. დეფიციტი - 6%

გულმკერდის გარეშემოწერილობა: ნორმა - 36%; ნორმაზე ნაკლები -24%, ნორმაზე მეტი- 40%

გულმკერდის ფორმა: ნორმა- 64%; ძაბრისებური- 36% სხვა 0.

ხერხემალი: ნორმა - 56%; სქოლიოზი- 44%

კუნთი განვითარებული: ზომიერად - 67%; ძლიერად 3, 5%, ხოლო სუსტად 29, 5 %-ს.

საკონტროლო ჯგუფი: სულ გამოკვლეული იყო 22 ბავშვი

წონა: ნორმა- 37% ; ჭარბი - 47%. დეფიციტი - 16%

გულმკერდის გარეშემოწერილობა - ნორმის ფარგლებში 15% -ს აღენიშნა, ნორმაზე მეტი - 46, 5 %-ს, ხოლო ნორმაზე დაბალი - 38, 5%-ს.

გულ-მკერდის ფორმა - ნორმა- 58 %; ძაბრისებური- 42% სხვა - 0

ხერხემლი: ნორმა - 46% სქოლიოზი - 54%

კუნთი განვითარებული: ზომიერად- 54, 5%; ძლიერად არცერთ მოსწავლეს, ხოლო სუსტად 45, 5 %-ს

რეზიუმე

სპორტის ბავშვთა ფიზიკური განვითარების გავლენა სკოლის მოსწავლეთა ფიზიკურ განვითარებაზე

მდ. პროფ. ქეთევან ბერიძე; ს. ჩიტაური; შ. აბრამიშვილი. ბ. აბულაძე; მ. ლომიძე; ი. სუმბაძე, საქართველოს ფიზიკური აღზრდისა და სპორტის სახელმწიფო სასწავლო უნივერსიტეტი. ფიზიკური მედიცინისა და რეაბილიტაციის ფაკულტეტი

ფიზიკური აქტივობა წარმოადგენს ჯანსაღი ცხოვრების წესის, ორგანიზმის რეგულაციური და ადაპტაციური მექანიზმების სრულყოფის, კარმონიული ფიზიკური და ფსიქო-ემოციური განვითარების ერთ-ერთ ძირითად ფაქტორს. ბოლო წლების განმავლობაში უმეტეს სკოლებში, სხვადასხვა მიზეზის გამო ან საერთოდ არ ტარდება სპორტის გაკვეთილები ან ტარდება არასრულფასოვნად. ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა დაგვედგინა სკოლებში სპორტის გაკვეთილების გავლენა 10-11წლის ბავშვთა ფიზიკურ განვითარებაზე. გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ სკოლაში სადაც ტარდება სპორტის გაკვეთილები, ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები ნორმის ფარგლებში აქვთ: წონა 65%, კუნთთა განვითარება 67%. სქოლიოზი აღენიშნება 44%. საკონტროლო ჯგუფში (სკოლაში სადაც არ ტარდება სპორტის გაკვეთილები) იგივე მაჩვენებლები გადანაწილდა შემდეგნაირად: წონა 37%, კუნთთა განვითარება 54, 5%, სქოლიოზი აღენიშნება 54%.

მიღებული შედეგები გვიჩვენებს სპორტის გაკვეთილების დადებით გავლენას სკოლის მოსწავლეთა ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლებზე.

SUMMARY

THE IMPORTANCE OF SPORTS IN PUPIL'S PHYSICAL DEVELOPMENT

KETEVAN BERIDZE – MD. Professor. S. CHITAUURI; SH. ABRAMISHVILI; G. ABULADZE; M. LOMIDZE; I. SUMBADZE Georgian state teaching university of physical education and sport Faculty of Physical Medicine and Rehabilitation

Physical activity is one of the major factors of healthy lifestyle, the perfection of the body's regulatory and adaptive mechanisms, harmonious physical and psycho-emotional development. In recent years, in vast majority of schools, for various reasons, sports classes either are not delivered at all or are not held properly. The aim of our research was to determine the impact of sports classes on physical development of children of 10-11 years age. The research showed that in schools, where sports classes are held, physical development indices are within a normal range: weight 65%, muscle development 67%. Scoliosis occurs in 44%. In the observing group (in schools where there are no sports classes) the same indicators were distributed as follows: weight 37%, muscle development 54. 5%. Scoliosis occurs in 54%.

The obtained results show a positive effect of sports classes for pupil's physical development indicators.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МАЛИГНИЗИРОВАННЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

С. ДЖАИАНИ,

Институт медицины критических состояний, Тбилиси, Грузия;

Республиканский противосептический центр, Тбилиси, Грузия;

О. МЕРКУЛОВ,

Центр практической хирургии, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация;

Б. ЦУЦКИРИДZE,

Институт медицины критических состояний, Тбилиси, Грузия;

Г. ЦУЦКИРИДZE,

Санкт-Петербургский государственный Университет, Российская Федерация

Актуальность проблемы.

Злокачественное перерождение язвы желудка (ЯЖ) является сравнительно редким, но грозным осложнением язвенной болезни. Малигнизация (озлокачествление) язвы чаще всего наблюдается у больных, страдающих этим заболеванием на протяжении многих лет, когда рак желудка может стать завершающим актом развития болезни.

По данным М. И. Кузина (1987) и ряда других авторов малигнизация ЯЖ составляет 10-15%. Другие авторы приводят более низкие показатели частоты перерождения – 5-8%. Согласно современным данным, малигнизация язвы желудка может не превышать 2-4% [3; 10; 12].

Ранее считалось, что длительно текущие хронические язвы желудка почти всегда являются предраковыми заболеваниями, но в настоящее время признается, что часто «малигнизированная язва» – это первичный, своевременно не установленный рак, который по клиническому течению почти не отличается от хронической ЯЖ и в течение длительного времени может протекать без генерализации процесса и давать периоды ремиссии с заживлением язвы. В связи с этим ВОЗ даже исключил язвенную болезнь желудка из списка фоновых предраковых заболеваний желудка [1; 6; 15].

Неблагоприятны в плане малигнизации язвы большой кривизны и препилорического отдела желудка. ЯЖ диаметром более 2 см должна рассматриваться как потенциально злокачественная. Рак может развиваться в одном из краев язвы на ее дне или из рубца зажившей язвы. Ряд авторов считает, что предраком является не сама язва, а периульцерозный антральный гастрит. Наиболее часто малигнизация ЯЖ встречается среди лиц пожилого и старческого возраста, у которых каллезная язва протекает на фоне ахилии. Малигнизация хронической ЯЖ может наступить в различные сроки язвенного анамнеза, в любом возрасте больного, однако чаще у больных среднего и старшего возраста с многолетней давностью анамнеза язвы [4; 7; 11].

В связи с опасностью малигнизации и трудностями диагностики необходима более активная тактика при ЯЖ. Больному со вновь выявленной язвой необходимо провести интенсивное лечение, желательнее в

условиях стационара, в течение 4-6 недель (А. А. Шалимов, 1987). Если язва не поддается лечению, рекомендуется операция. При уменьшении диаметра язвенной ниши на 50-75% и уменьшении клинической симптоматики продолжают медикаментозное лечение с эндоскопическим и цитологическим контролем через 3-6-12 месяцев, а в последующем 1-2 раза в год [3; 10; 14].

Основную диагностическую роль играет эндоскопия. Она позволяет не только осмотреть язву желудка, но и выполнить прицельную биопсию (материал берут из нескольких секторов язвы). Изучение гистогенеза ранних форм ЯЖ показало, что ранние, еще небольших размеров опухоли в процессе своего развития могут неоднократно изъязвляться и рубцеваться. В ранних стадиях малигнизации не имеют существенного диагностического значения размеры, локализация язвы, наличие или отсутствие свободной соляной кислоты, ни даже эффективность консервативного лечения [2; 8; 13].

Помимо разной частоты перерождения язвы желудка, остаются недостаточно выясненными и многие другие вопросы: диагностика таких язв до операции и во время хирургического вмешательства, особенности морфологической характеристики озлокачествления язв и др. Нерешенным остается вопрос и об объеме операции при подозрении на малигнизацию желудочной язвы - должна ли выполняться субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов или вмешательство можно ограничить резекцией меньшего объема. Требуют уточнения вопросы тактики в тех случаях, когда малигнизация выявляется после операции при гистологическом исследовании препарата [5; 9; 14].

Все эти вопросы послужили основанием для изучения их по материалам собственных клинических наблюдений.

Материалы и методы.

За последние 10 лет в наших клиниках были оперированы 234 больных язвой желудка. Из них у 51 диагностирована малигнизированная язва, что составило 22% к общему числу оперированных больных. При этом у 40 больных (17%) озлокачествление предполагалось уже до операции и получи-

ло подтверждение при морфологическом исследовании резецированного желудка; у 11 больных (4, 7%) малигнизация язвы выявилась только после гистологического исследования препарата.

Среди больных с малигнизированной язвой желудка преобладали мужчины (34 человек) в возрасте 40-50 лет.

Результаты исследования.

При анализе продолжительности заболевания было выявлено, что чаще всего при малигнизации язвенный анамнез был от 1 года до 5 лет (33 больных). Анамнез заболевания от 5 лет и более был у 4 пациентов. Очень короткий анамнез - до одного года наблюдался у 14 больных.

В то же время было подтверждено, что язва может длительное время (5 лет и более) не подвергаться злокачественному перерождению (94 из числа 234 прооперированных).

При определении размера малигнизированной язвы и ее локализации в желудке было выявлено, что наиболее часто диаметр такой язвы был в пределах от 1 до 1,5 см (32 пациента). Нужно подчеркнуть, что малые размеры язвы не исключают возможность развития малигнизации и у 10 наших больных озлокачествление произошло при диаметре язвы менее 1 см.

Малигнизированные язвы локализовались преимущественно на большой кривизне в области тела (16 случаев), антральном и пилорическом отделах желудка (26 случаев). По внешнему виду малигнизированная язва выглядела как углубленный дефект слизистой оболочки желудка, у краев которого наблюдается конвергенция складок. По нашим наблюдениям складки в 40% случаев оказывались истонченными, в 60% - гипертрофированными. Форма язвы была разнообразной, чаще всего овальной, округлой и звездчатой. У части больных язва имела вид кратера без утолщения его края, у других определяется изрытый неровный край по всей окружности язвы или какой-то ее части.

При макроскопическом изучении резецированного желудка обнаружено, что глубина язвенного кратера в стенке желудка была различной: в 12 случаях была поверхностная язва, в 18 - язвы проникали в толщу стенки желудка, в 19 - выходили за пределы желудочной стенки. Дно язвы в 16 слу-

чаях было покрыто некротическими массами серого или бурого цвета с включениями фибрина, в 14 - оно имело вид гранулирующей поверхности. Все это подтверждает мнение о том, что по внешнему виду нельзя уверенно определить, произошло или нет злокачественное перерождение язвы желудка.

При гистологическом исследовании в 27 препаратах атипичные клетки были обнаружены только в крае язвы (в 17 случаях выявлена аденокарцинома, в 10 - низкодифференцированный рак). Из них в 5 случаях изменения ограничивались лишь пределами покровного эпителия слизистой.

Инфильтративная форма ракового процесса с образованием раковых ячеек, начиная от подслизистого и вплоть до серозного слоя желудка, выявлялась в большинстве препаратов. В этих случаях морфологическая диагностика представляла значительные трудности, так как всегда требовалась дифференциация с первичным язвенным раком желудка. Исключить первично-изъязвившийся рак желудка позволяли такие достоверные признаки хронической язвы желудка, как деформация кровеносных сосудов, продуктивный эндартериит и утолщение нервных стволов.

Обсуждение полученных данных.

Анализируя клинические проявления заболевания у больных с малигнизировавшей язвой желудка, мы наблюдали в подавляющем большинстве случаев обычный язвенный болевой синдром. Такой признак малигнизации язвы, как исчезновение периодических болей, связанных с приемом пищи, отмечены лишь у 9 больных.

У 34 человек были выражены диспепсические явления - тошнота, отрыжка. У 22 больных часто возникала рвота. У 38 из 51 больных (75%) отмечалось похудание в течение последнего года, которое у 16 больных выражалось в уменьшении массы тела до 5 кг, у 20 - потеря массы тела была от 5 до 10 кг и у 2 более 10 кг.

Только 13 из 51 (25%) человек жаловались на выраженную повышенную утомляемость. У остальных больных работоспособность была относительно сохранена. Изменение вкуса, в частности отвращение к мясной пище, имело место лишь у 9 больных. Таким образом, нами было еще раз подтверждено, что по клинической картине заболевания нельзя достоверно определить, произошла малигнизация язвы или нет.

Рентгенологические признаки озлокачествления были весьма различны. По нашим наблюдениям, часто у больных обнаруживалось несколько известных рентгенологических симптомов перерождения язвы. Так, у 27 больных были выявлены такие признаки, как уплощенная форма «ниши», несимметричный вал вокруг «ниши», неровное дно «ниши», подрытость краев язвы, обрыв складок в области вала инфильтрации.

Таким образом, анализ наших наблюдений показал, что начальные признаки ракового перерождения язвы практически не

удается выявить не только при клиническом, но и при рентгенологическом исследовании.

Эндоскопическое исследование были проведены всем оперированным больным, в т. ч. 51 с раком желудка. Визуально озлокачественные язвы имели чаще полигональную неправильную форму, края их представлялись неровными, бугристыми, покрытыми полиповидными разрастаниями различной формы и величины. В одних наблюдениях края оказывались подрытыми, в других - дно «наплывало» на край. Частыми признаками малигнизации язвы желудка являлись кровоточивость тканей при контакте с гастроскопом, инфильтрация стенки желудка вокруг язвы, ригидность тканей и конвергенция складок к краям язвы.

Гастробиопсия была произведена всем нашим больным. Биопсия бралась из 6 точек (Yokohama Recommendation at the 10th Asian Pacific Congress of Gastroenterology, Yokohama, 1996):

1. Середина антрального отдела по малой кривизне.
2. Угол желудка.
3. Середина тела желудка по малой кривизне (посередине между углом и кардией).
4. Середина антрального отдела по большой кривизне.
5. Точка напротив угла желудка (по большой кривизне в области антрального отдела).
6. Середина тела по большой кривизне (точка посередине между входом в антральный отдел и дном).

Положительные данные при этом получены у 45. Малигнизация не было выявлено у 5 человек. Малигнизация в этих случаях, как это показал ретроспективный анализ, не была установлена вследствие того, что атипичные разрастания эпителия были обнаружены только в одном из краев изъязвления, визуально ничем не отличавшегося от обычной хронической язвы. Биоптат в этих случаях, по-видимому, брался из неизмененного края язвы. Эти наши данные подтверждают положение о том, что при гистологическом исследовании имеют значение положительные находки, а в случае отрицательных данных биопсии вопрос нельзя считать еще окончательно решенным и диагностика должна быть продолжена во время операции.

Надежным критерием достоверности диагностики и эффективности лечения больных с малигнизировавшей язвой желудка, как и при первичном раке, являются отдаленные результаты оперативных вмешательств. При изучении отдаленных результатов хирургического лечения мы выделили 3 группы больных.

В 1-ю группу (10 пациента) вошли те больные, раковая инвазия у которых не выходила за пределы покровно-язвочного эпителия и слизистой оболочки.

Во 2-й группе (16 пациентов) изменения были достаточно глубокими, раковые клетки обнаруживались в пределах подслизистого, мышечного и серозного слоев.

В обеих группах метастазов в регионарных лимфоузлах не имелось.

3-ю группу составляли 25 больных, у которых выявлены метастазы, в лимфоузлы вне зависимости от степени инвазии желудочной стенки.

Всем 51 больным с озлокачественной язвой желудка были выполнены резекции желудка разного объема.

Радикальная операция (гастрэктомия, субтотальная резекция желудка) осуществлена 39 пациентам. Резекция желудка меньшего объема без соблюдения онкологических процессов оперирования выполнена, 12 больным.

Изучены отдаленные результаты всех больного, из которых 37 человек были оперированы более 5 лет назад. При анализе 5-летней выживаемости выявлено, что отдаленные результаты явно зависели от степени инвазии желудочной стенки и наличия метастазов в лимфоузлах.

Так, у больных 1-й группы 5-летняя выживаемость оказалась высокой как при операциях большого объема с удалением обоих салыников, так и при обычной резекции 2/3 или 1/2 желудка без удаления салыников. В случае большей распространенности злокачественной метаплазии на глубину стенки желудка при обычной резекции на 5-летнюю выживаемость можно рассчитывать не более чем у 62,5% больных. При радикальных операциях в этих случаях 5-летняя выживаемость 67%, при нерадикальных - 50%. При выявленных метастазах озлокачественной язвы желудка 5-летняя выживаемость в среднем достигает лишь 36% и практически не зависит от объема оперативного вмешательства.

Таблица. Данные о выживаемости пациентов по группам.

Группы больных	Всего больных		Радикально оперированные		Не радикально оперированные	
	Число больных	Живы, в т.ч. через 5 лет (P±mp), %	Число больных	Живы, в т.ч. через 5 лет (P±mp), %	Число больных	Живы, в т.ч. через 5 лет (P±mp), %
1-я	10	9 (90%)	7	7 (100%)	3	2 (66,7%)
2-я	16	10 (62,5%)	12	8 (66,7%)	4	2 (50%)
3-я	25	9 (36%)	22	8 (36,4%)	3	1 (33,3%)
Всего	51	28 (54,9%)	41	23 (56%)	10	5 (50%)



Выводы:

1. Критериями для дифференциальной диагностики между хронической язвой, малигнизировавшей язвой и первично-извлеченным раком желудка могут служить только морфологические изменения. Для малигнизировавшей язвы характерны разрастания рубцово-грануляционной ткани с нарушением строения мышечного слоя, поражением сосудов и нервных окончаний стенки желудка в сочетании с атипичными клеточными структурами.

2. Отдаленные результаты оперативного лечения малигнизировавших язв желудка зависят от распространенности раковой инвазии в толще желудочной стенки. При поражении только слизистой оболочки 5-летняя выживаемость достигает 90%, при метастазах в лимфоузлы (вне зависимости от степени инвазии желудочной стенки) – не более 36 %.

3. Операцией выбора при малигнизировавшей язве желудка следует считать радикальную субтотальную резекцию желудка, выполняемую с соблюдением онкологических принципов оперирования.

Ключевые слова: рак желудка, малигнизация, оперативное вмешательство.

ЛИТЕРАТУРА:

Барановский А. Ю., Назаренко Л. И. Неблагоприятные варианты течения язвенной

болезни: Учебно-методическое пособие. СПб: «Диалект», 2006. – 144 с.

Василенко И. В., Садчиков В. Д., Галахин К. А. и др. Предрак и рак желудка: этиология, патогенез, морфология, лечебный патоморфоз. – К.: Книга плюс, 2001. – с. 9–54.

Давыдов М. И., Тер-Ованесов. Современная стратегия хирургического лечения рака желудка. – Современная онкология. – Том 2, N1, 2000. – с. 4–10.

Заридзе Д. Г. Эпидемиология и этиология злокачественных заболеваний в кн. Канцерогенез. – М.: Научный мир, 2000. – с. 26–56.

Исаков В. А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной Helicobacter pylori: IV Маастрихтское соглашение / Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции H. Pylori – Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice. Русское издание. 2012. Вып. 2. – с. 4-23

Кузин М. И., Кузин Н. М., Шкроб О. С. и др.; под редакцией М. И. Кузина. Хирургические болезни. М.: Медицина, 2002. – 784 с.

Стойко Ю. М., Вербицкий В. Г., Карачун А. М. Рак желудка: Учебное пособие. – СПб.: ВМЕДА, 2002. – 26с.

Чернеховская Н. Е. Современные технологии в эндоскопии. М.: Российская меди-

цинская академия последипломного образования, 2004. – 136 с.

Черноусов А. Ф., Поликарпов С. А., Годжело Э. А. Ранний рак и предопухольные заболевания желудка – М.: ИздАТ, 2002. – 256 с.

Щепотин И. Б., Эванс С. Р. Рак желудка: практическое руководство по профилактике, диагностике и лечению. – Киев: «Книга Плюс», 2000. – 227с.

Bonenkamp J. J., Hermans J., Sasako M. and van de Velde C. J. Quality Control of Lymph Node Dissection in the Dutch Randomized Trial of D1 and D2 Lymph Node Dissection for Gastric Cancer. Gastric Cancer. 1998, No. 1. – P. 152–159.

Hatakeyama M., Higashi H. Helicobacter pylori Cag A: a new paradigm for bacterial carcinogenesis // Cancer Science, 2005; 96 (12). – P. 835–843.

Johnson C. D., I. Taylor. Recent Advances in Surgery. Mitsuru Sasako. Surgery for gastric cancer. // Surgery for Gastric Cancer. 2000; 23. – P. 11–21.

Offehaus G, Stadt J, Huibregtse K. et al. Endoscopic screening for malignancy in the gastric remnant: The clinical significance of dysplasia in gastric mucosa. // J. Clin. Pathol. 1984; 37. – P. 81–88.

Parkin D. M., Bray F., Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J. Clin. 2005; 55. – P. 74–108.

რეზიუმე

მალიგნიზირებული კუჭის წყლულის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ზოგიერთი ასპექტები

ს.ჯაიანი, ო.მერკულოვი, ბ. ცუცქირიძე, გ.ცუცქირიძე, თბილისის საქართველო, სან-პეტერბურგი, რუსეთი

1. კუჭის ქრონიკულ წყლულოვან დაავადებას, მალიგნიზირებულ კუჭის წყლულს და კუჭის პირველად წყლულოვან კიბოს შორის დიფერენციალური დიაგნოსტიკის კრიტერიუმში არის მხოლოდ მორფოლოგიური ცვლილებები: ნაწიბურვან - გრანულაციური ქსოვილის ზრდა კუნთოვანი ფენის დარღვევით, სისხლძარღვების დაზიანებით და კუჭის კედლისთვის დამახასიათებელი ნერვული დაბოლოებების დეფორმაციით, ხოლო მათი ერთობლიობა ატიპიურ უჯრედოვან სტრუქტურებთან დამახასიათებელია მალიგნიზირებული წყლულისთვის.

2. კუჭის წყლულოვანი დაავადების ოპერაციული მკურნალობის შორეული შედეგები დამოკიდებულია არა მხოლოდ ოპერაციული ჩარევის სიდიდეზე არამედ კუჭის კედლის სისქეში კიბოს უჯრედების გავრცელებაზე. კუჭის ლორწოვანი გარსის ატიპიური უჯრედებით დაზიანების შემთხვევაში სიცოცხლის ხანგრძლივობა 90% -ში აღწევს 5 წელს, ხოლო ლიმფურ კვანძებში მეტასტაზების დროს 36 %.

3. კუჭის წყლულის დროს მალიგნიზაციის დამტკიცების შემდეგ რეკომენდირებულია რადიკალური სუბტოტალური კუჭის რეზექცია ონკოლოგიური პრინციპების მიხედვით.

SUMMARY

MORPHOLOGICAL CHANGES AS THE CRITERIA FOR THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS BETWEEN CHRONIC ULCER, MALIGNANT ULCER AND PRIMARY ULCERATIVE GASTRIC CANCER

S. JAIANI, O. MERCULOV, B. TSUTSKHIRIDZE, G. TSUTSKHIRIDZE, Tbilisi Georgia. Sank-Peterburg Russia

1. Only morphological changes can serve as the criteria for the differential diagnosis between chronic ulcer, malignant ulcer and primary ulcerative gastric cancer. Sprawl scar, granulation tissue with impaired muscle layer structure, vascular and nerve endings of the stomach wall characterize the ulcerative process and their mix with atypical cellular structures characterizes the malignant ulcers.

2. Long-term results of surgical treatment of malignant gastric ulcers depend not only on the extent of surgical intervention, but on the prevalence of cancer invasion in the thickness of the gastric wall. Only at damage of mucosa, 5-year the survival rate is 90%, at lymph node metastases (regardless of the degree of invasion of the gastric wall) the survival rate is 33%.

3. In the absence of reliable criteria for the degree of destruction of the gastric wall, the choice of operation for malignant stomach ulcer should be considered radical subtotal resection of the stomach, performed in compliance with the oncologic operating principles.

Keywords: stomach cancer, malignancy, surgery.

მთავარი ქსოვილშეთავსების კომპლექსი და ნარკოლეფსიის გენეტიკა

მ. ზიპაშვილი, მ. ბოკუჩავაძე

თსუ სამედიცინო და მოლეკულური გენეტიკის დეპარტამენტი

იმუნური სისტემის დამცველობითი მოქმედება პათოგენის მატარებელი ან მშთანთქმელი უჯრედის გამოცნობაზე და მოკიდებული, ანტიგენწარმდგენი უჯრედები პათოგენური აგენტის ცილის მცირე ფრაგმენტებს-პეპტიდებს თავის ზედაპირზე განათავსებენ და T უჯრედს მათი გამოცნობის საშუალებას აძლევს, ანტიგენწარმდგენი უჯრედის ზედაპირზე პეპტიდები დაკავშირებულია სპეციალურ მემბრანულ გლიკოპროტეინთან, რომლებსაც მასპინძელი უჯრედის გენების გარკვეული კომპლექსი აკოდირებს, აღნიშნული გენები თავდაპირველად ქსოვილის გადანერგვასთან დაკავშირებებით გამოვლინდა, გადანერგვის დროს ქსოვილთა შეთავსებაზე გავლენის გამო, მათ ქსოვილშეთავსებლობის მთავარი კომპლექსი ეწოდათ. ხოლო მათ მიერ კოდირებულ ცილებს, რომლებიც ანტიგენურ პეპტიდებს უკავშირდება ქსოვილშეთავსების კომპლექსის მოლეკულები უწოდეს, ამ გენების კლასტერი მეექვსე ქრომოსომის მოკლე მხარშია ლოკალიზებული. ვინაიდან აღნიშნული მოლეკულები პირველად ლეიკოციტების ზედაპირზე იქნა ნანახი, მათ HLA სისტემის (ადანიანის ლეიკოციტური ანტიგენი) მოლეკულებსაც უწოდებენ დღევანდელი მონაცემებით ცნობილია HLA სისტემის ასობით განსხვავებული ალელი და განუწყვეტილად ხდება სულ უფრო მეტი ახალი ალელის აღმოჩენა, რაც თვის მხრივ მიუთითებს ამ ლოკუსების პოლიმორფულ ბუნებაზე. სტრუქტურული და ფუნქციური განსხვავების გამო სამი ტიპის MHC გვაქვს. MHC1 და MHC2 ადამიანის ქსოვილთა ტრანსპლანტაციისთვის ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს, ასევე აღსანიშნავია MHC2 გენის მონაწილეობა მთელი რიგი დაავადებების განვითარებაში. მეორე კლასის რეგიონი რამდენიმე ლოკუსისგან შედგება, როგორცაა HLA-DP, HLA-DQ და HLA-DR. რომლებიც კოდირებენ უჯრედის ინტეგრალურ მემბრანულ ცილებს, სწორედ ამ ლოკუსების არსებობა განსაზღვრავს ადამიანის დაავადებისადმი წინასწარგანწყობას. MHC მოლეკულის სტრუქტურა თითოეულ ინდივიდში უნიკალურია, გამონაკლისი მხოლოდ ჰომოზიგოტური ტყუილები წარმოადგენენ. ალელებსა და ჰაპლოტიპებს შორის ძლიერ გამოხატული განსხვავება არსებობს პოპულაციებს შორისაც, ალელი ან ჰაპლოტიპი, რომელიც ხშირად გვხვდება ერთ პოპულაციაში, შესაძლებელია იშვიათობას წარმოადგენდეს სხვაში. ალელებისა და ჰაპლოტიპების ასეთი გადანაწილება და სისხირეებს შორის განსხვავება, სხვადასხვა პოპულაციაში MHC-ის ფარგლებში გენეტიკური, გარემო და ისტორიული ფაქტორების კომპლექსური მოქმედების შედეგია. დნმ-ის კვლევის მეთოდების განვითარებამ, კერძოდ კი დნმ-ის სექვენირების მეთოდმა, MHC კლასტერში სხ-

ვადასხვა ალელების ვიზუალიზაციის საშუალება მოგვცა, ამით კი მათი ასოცირება მოვახდინეს სხვადასხვა დაავადებასთან.

ნარკოლეფსია ნიშნავს ხანმოკლე ძილის მგომარეობაში გადასვლას, დაავადება აღწერილია ორი წლის ბავშვებშიც კი, თუმცა შემთხვევათა პიკი აღინიშნება 14-დან 36 წლამდე, ის მეტწილად მამაკაცებში გვხვდება და სავარაუდოდ გენეტიკურ განწყობას უკავშირდება. ზუსტად რა იწვევს ამ დარღვევას და როგორ ექსპრესირდება გარკვეული არ არის, თუმცა გავრცელებულია მოსაზრება ნარკოლეფსიასა და HLA 2 შორის კავშირის შესახებ, ამ კუთხით ნარკოლეფსიის აქტიური შესწავლა მხოლოდ მეოცე საუკუნეში დაიწყო, მიუხედავად იმისა, რომ ამ დაავადებას მეჩვიდმეტე საუკუნიდან იცნობენ (ტომას ვილსი), პირველად ნარკოლეფსიასა და HLA 2 შორის კავშირი იაპონელი პოპულაციის შესწავლის დროს გამოავლინეს, მაგრამ მოგვიანებით ამ გენების არსებობა დადასტურდა ამერიკელ დაავადებულებშიც, განსაკუთრებით მრავალფეროვნებით ხასიათდება აფრო-ამერიკელები, როგორც უკვე აღვნიშნე MHC2 კლასის გენი შეიცავს რამდენიმე ლოკუსს, მათ შორის ნარკოლეფსის მქონე პაციენტებში ყველაზე გავრცელებულია DQ სუბრეგიონის არსებობა, ამიტომაც ამ ლოკუსს მთელ რიგ პოპულაციებში დაავადების მარკერად მიიჩნევენ. ნარკოლეფსიასთან ასოცირებული DQ სუბრეგიონი შეიცავს წყვილ a და b გენს, ამ ორი გენიდან b გენი უფრო აქტიურად მონაწილეობს ნარკოლეფსიის გამოვლინებაში, DQb გენის მეორე ეგზონი, მეორე ინტრონი და მესამე ეგზონი შეიცავენ პოლიმორფულ საიტებს, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან დაავადების გამოვლენაზე. DQB6 განსაკუთრებით მნიშვნელოვანი ფაქტორია ნარკოლეფსიის წინასწარგანწყობისთვის, დაავადებულთა 90%-ს აქვს ეს ალელი, ამ ალელის გავრცელებას საკმაოდ დიდი დიაპაზონი აქვს, იაპონელ პოპულაციაში ის 12%, კავკასიელებში 24%, ხოლო აფრო-ამერიკელებში 38%. მხოლოდ DQB6 არ ახდენს გავლენას დაავადების გამოვლენის ხარისხზე, არამედ მისგან 25კბ სიგრძით დაშორებული DQA მონაწილეობს ამ პროცესში. მეტიც მარტო ამ გენის ქონა არ კმარა დაავადების გამოვლენისთვის, გარემოს ზეგავლენაც გასათვალისწინებელია, ამიტომ როცა ნარკოლეფსიას განიხილავენ ყველა ადიარებს ამ ტოლობას გარემო+HLA=ნარკოლეფსია. მნიშვნელოვანია მეორე ლოკუსიც DR2 რომელიც განაპირობებს ნარკოლეფსიას, ხოლო თუ ორივე იქნა გამოვლენილი ადგილი ექნება ნარკოლეფსიურ-კატაპლექსიურ სინდრომს. HLA2 DR2-სა და RQ1-ს ნარკოლეფსიას შორის კავშირი უფრო ადრე აღმოაჩინეს ვიდრე HLA DR15-სა და DQ6. ახლა დრო ავხსნათ ის მექანიზმი რითაც



HLA განაპირობებს ამ დაავადებას. მოგესხენებათ, ნარკოლეფსია ძილ-ღვიძილის დარღვევით ვლინდება, ძილ-ღვიძილის მარეგულირებელი ცენტრი კი მოთავსებულია ჰიპოთალამუსში, ამ პროცესებს ეს ორგანო ნერვოტრანსმიტერით აკონტროლებს, ეს ნეიროპეპტიდი არის ჰიპოკრეატინი ანუ ორექსინი, კვლევებით დადასტურებულია, რომ 90%-ს ნარკოლეფსიის მქონე პიროვნებებისას აქვს ცერებრო-სპინალურ სითხეში შემცირებული რაოდენობა ამ მოლეკულისა, სწორედ ამ მეთოდს იყენებენ დაავადების სადიაგნოსტიკოდ, (სამწუხაროდ ჰემა-ენცეფალური ბარიერის არსებობის გამო არ შეგვიძლია პირდაპირ ორექსინის შეყვანით ვუმკურნალოთ პაციენტებს, რადგან დანიშნულების ადვილად უბრალოდ ვერ მიადწევს). ახლა ჩვენ უკვე ვიცით, რომ ჰიპოკრეატინის დიდი წვლილი აქვს ნარკოლეფსიის განვითარებაში, მაგრამ როგორ იწვევენ გარემოსა და გენების ურთიერთქმედება ჰიპოკრეატინის დაბალ დონეს ძალიან საინტერესო ფენომენია. გასაგებია, რომ ჰიპოკრეატინის სინთეზი სპეციფიკური გენების გარეშე არ ხდება, მაგრამ მეცნიერებისთვის ეს რუტინული გენები არც ისე საინტერესოა, რადგან მათში განსხვავება არ არის ნარკოლეფსიის მქონე და ჯანმრთელ ადამიანს შორის. უკვე აღიარებულია ნარკოლეფსია აუტოიმუნურ დაავადებად (ყოველ შემთხვევაში ერთ-ერთი ყველაზე დასაბუთებული ჰიპოტეზაა) აი აქ კი მართლაც განუსაზღვრელია HLA მოლეკულების როლი, ანტი-გენის შებოჭვა და Tუჯრედებისთვის წარდგენა HLA მოლეკულების მიერ ძალიან მნიშვნელოვანია თიმუსში ტოლერანტობის ანუ დასწავლის პროცესის ნორმალურად წასამართად და თავის მხრივ იმუნური პასუხის განსახორციელებლად, და როცა ეს მოლეკულები შეცდომით უცხოად აღიქვამენ ჰიპოკრეატინს და რთავენ იმუნურ რეაქციებს მის საწინააღმდეგოდ და ამცირებენ მის რაოდენობას, შედეგად

სახეზეა დარღვევა. თუცა არ შეგვიძლია ასე პროცენტით დარწმუნებით ვთქვათ, რომ ამ გენის ქონა გარდაუდებელია ავადმყოფობა, გენზე გარემო მოქმედებს და ადამიანს წინასწარგანწყობას უქმნის, ამის ნათელი მაგალითია ერთნაირი გენეტიკური ინფორმაციის მქონე ჰომოზიგოტური ტყუპები, მიუხედავად იდენტობისა თუ ერთერთს აქვს ნარკოლეფსია მეორეს მხოლოდ 30% -იანი შანსი აქვს დაავადების ქონის, ოჯახში კი ეს მაჩვენებელი კიდევ უფრო კლებულობს და ხუთ პროცენტამდე ეცემა. გარემო ფაქტორები კი რომლებმაც შეიძლება იმოქმედოს არის ინფექციები, ტრავმები (განსაკუთრებით თავის), სიმსივნეები ალკოჰოლი და სხვა, იაპონიაში გამოვლენილია შემთხვევები, რომლებშიც HLA DQ6 ნეგატიურობის დროსაც გამოვლინდა დაავადება, თუმცა აღსანიშნავი ფაქტია, რომ ამ შემთხვევათა უმეტესობაში დაავადებული ალკოჰოლიკი კაცი გახლდათ. ნანახია ასევე ერთეული შემთხვევები SNP-ით გამოწვეული ნარკოლეფსიისა. სამწუხაროდ მკურნალობა შესაძლებელი არ არის, რამდენადაც ყველა შემთხვევა ინდივიდუალურია, მხოლოდ სიმპტომების შემსუბუქებაა შესაძლებელი. მომავალი გვიჩვენებს მისცემს თუ არა შანსს პერსონალიზებული მედიცინის განვითარება ნარკოლეფსიით დაავადებულ ადამიანებს.

ლიტერატურა:

1. ტომპსონი და ტომპსონი გენეტიკა მედიცინაში, 2008, გვ189-193
2. რუსუდან რუხაძე ჰისტოლოგია, 2009წ. გვ 278-281
3. Silber MH. Autoimmune sleep disorders, Handb Clin Neurol, 2016; 133:317-26.
4. Tafti M, Narcolepsy-Associated HLA Class I Alleles Implicate Cell-Mediated Cytotoxicity, Sleep. 2016 Mar 1; 39(3):581-7
5. Vassalli A. Hypocretin (orexin) biology and the pathophysiology of narcolepsy with cataplexy. lancet neurol. 2015 Mar; 14(3):318-28

რეზიუმე

მთავარი ქსოვილშეთავსების კომპლექსი და ნარკოლეფსიის გენეტიკა

მ. ჰიპაშვილი, მ. ბოკუჩავა

თსუ სამედიცინო და მოლეკულური გენეტიკის დეპარტამენტი

მთავარი ქსოვილშეთავსების კომპლექსი ნორმალური იმუნური პასუხის ჩამოსაყალიბებლად მნიშვნელოვანი კომპონენტია. MHC -ის სინთეზი გენეტიკურად დეტერმინირებულია, ცვლილებები მის გენში კი მთელი რიგი დაავადებების განვითარებისადმი წინასწარგანწყობას განსაზღვრავს, ნარკოლეფსია კი ერთ-ერთი მათგანია. ნარკოლეფსია ქრონიკული ნევროლოგიური დარღვევაა, ამ დროს ტვინს არ შეუძლია ძილ-ღვიძილის ციკლის კონტროლი. მთელს მსოფლიოში უამრავი ადამიანი იტანჯება ამ დაავადებით, მიუხედავად მისი აქტუალურობისა ჯერჯერობით ეფექტური მკურნალობის გზას ვერ მიაგნეს. მომავალი გვიჩვენებს მისცემს თუ არა შანსს პერსონალიზებული მედიცინის განვითარება ნარკოლეფსიით დაავადებულ ადამიანებს.

SUMMARY

THE MAJOR HISTOCOMPATIBILITY COMPLEX AND GENETICS OF NARCOLEPSY

M. CHIPASHVILI, M. BOKUCHAVA

Department of Molecular and Medical Genetics of TSMU

The major histocompatibility complex is one of the most important component of the establishment normal immune response. The synthesis of MHC is genetically determined and the changes in this gene determines predisposition for developing different diseases. narcolepsy is a chronic neurological disorder involving the loss of the brain's ability to regulate sleep-wake cycles. it is widespread all over the world. despite its outbreak, the effective treatment yet is not found. The future will show whether the narcolepsy patients will be given a chance to recover by the development of personalized medicine.

პრაქტიკოსი ექიმებისათვის ეს საინტერესოა

საკვები ღანამატები, ფორტიფიკაციის პოპრამები და მათი ალტერნატიული შესაძლებლობები საქართველოში

პროფესორი ა. ძმუზარელი-ძობაძე მ.დ.; ლ. სირაძე მ.დ.

ფორტიფიცირება არის საკვების გამდიდრება იმ ვიტამინებით, მიკროელემენტებით და მინერალები. რომელთაც დაკარგა საკვებმა გადაშეშების ან შენახვისას. სწორედ ამიტომ ამ ტექნიკურ პროცესს უწოდებენ საკვების გამდიდრებას და/ან აღდგენას. ნუტრიციული დანამატები ნიშნავს საკვებ დანამატებს მოიაზრება სიცოცხლისათვის აუცილებელი მიკროელემენტები, ვიტამინები.

ფორტიფიკაციის მეთოდებია: 1. ბიოფორტიფიკაცია 2. გენეტიკური ფორტიფიცირება – სინტეტიკური ბიოლოგია 3. კომერციული და ინდუსტრიული ფორტიფიკაცია(ფქვილის, ბრინჯის, ხეთის – ამ პროდუქტების, რომლებიც გამოიყენება საკვების მოსამზადებლად), 4. სახლის ფორტიფიკაცია

ჩვენ განვიხილავთ მე-3 მეთოდს: კომერციულ, ინდუსტრიულ ფორტიფიკაციას ფქვილში ფოლიუმის მჟავის და რკინის დამატებს.

ფორტიფიკაციას დაიწყო გასულ საუკუნეში (50-60) მან დიდი წვლილი შეიტანა აფრიკის, სამხრეთ ამერიკის, აზიის ტანხანიაში კენიაში. მილიარობით ღარიბი მოსახლეობის სიცოცხლის შენარჩუნებაში არაბალანსირებული – ღარიბ საკვების გამდიდრებით / ფორტიფიცირებით

ჩვენ საუკუნის ტექნოლოგიურმა მიღწევებმა უზრუნველყო სამეცნიერო – ლაბორატორიული კვლევების ხარისხი და სარწმუნოება. ერთ დროს სასურველი ღონისძიებების ფორტიფიკაციის დაფარული მხარის გამომზეულება. მოგვცა შესაძლებლობა ფორტიფიკაციის დადებითი და უარყოფითი გავლენების ანალიზის..

მსოფლიო სამეცნიერო ლიტერატურაში გამოქყენდა სარწმუნო გამოკვლევები მიკროელემენტების და ვიტამინებით ფორტიფიცირებული ფქვილის მიღებასთან დაკავშირებული დაავადებების ზრდა, მათ შორის არის აუტიზმი, მკერდის, წვრილი და მსხვილი ნაწლავის, პროსტატის სიმსივნე.

შეიცვალა რკინით ფორტიფიცირებული ფქვილის საერთაშორისო გაიდლაინი

რკინით ფორტიფიკაციის დროს რკინა არ უნდა დაემატოს ხორბლისგან დამზადებულ ფქვილს wholemeal flour. რადგან ხორბლის ფქვილი შეიცავს საჭირო რაოდენობის ბუნებრივ რკინას. მიინე მეტალი რკინის ქიმიური ნაერთი ფორტიფიკაციის მიზნით ემატება ფქვილს რომელიც შეიცავს მხოლოდ 5% ხორბალს. დასაბუთებულია რომ ამ ხარისხის ფქვილს გადაშეშების შედეგად უკვე დაკარგული აქვს საკუთარი ბუნებრივი რკინა.

ამავე დროს რკინის დეფიციტის პრევენციისთვის. ფორტიფიცირებულის ფქვილიდან მიღებული პროდუქტიდან რკინა შეიწოვება ძალიან ნელა და იწვევს ინ-

ტოქსიკაციას, დიარეას, ღვიძლის დაავადებებს ბავშვებში, პირის ღრუს. ღრძილების დაზიანებას.

2002 წლიდან ფორტიფიცირებულ ან საკვებ დანამატს ევროკავშირში მოეთხოვებათ, რომ იყოს უსაფრთხო და დოზირებული **სინჯის ადებისას.**

2005 წ. მილიონობით ინგლისის მოსახლემ მათ შორის ექიმებმა და მეცნიერებმა ხელი მოაწერეს პეტიციას მასობრივი პოპულაციაში ფორტიფიკაციის წინააღმდეგ. კერძოდ ადამიანის საჭიროების და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუთვალისწინებლად იძულებულია მიიღოს ფორტიფიცირებული საკვები ე.ი. ირღვევა ადამიანის უღებები.

შედგავდ, მსოფლიო სამეცნიერო სამედიცინო საზოგადოების კვლევების საფუძველზე, უკან დაიწია მასიური ფქვილის ფორტიფიკაციამ და მას ენაცვლება ნუტრიციული დანამატების მიღება აბის, კაფსულის სახით, კვებითი (ნუტრიციული) დეფიციტის პრევენციის და პროფილაქტიკისთვის. ნუტრიციული-კვებითი დანამატების მიღების დროს.

1 განისაზღვრულია მინერალის, ვიტამინის, მიკროელემენტის **მისაღები დოზა და ხანგრძლივობა.**

2. საკვები დანამატის მიღება ფოკუსირებულია რისკ ჯგუფებისთვის **მხოლოდ საჭიროების დროს.**

რადგან რკინა არის მძიმე ტოქსიური მეტალი. მისი დაუზუსტებელი რაოდენობით და ასევე დაუზუსტებელი ბიოლოგიური ფორმით მიღება არის მაღალი რისკის შემცველი ბავშვთა და მოზარდთა მოსახლეობისთვის.

მაგალითად WHO-ის მიერ რეკომენდირებულია ერთკვირიანი პროგრამა ხორციელდება წყნარი ოკეანის დასავლეთ სანაპიროზე, ფილიპინებზე, მალინაზე და რომელიც ამაჟამად მიმდინარეობს საქართველოში.

WEEKLY IRON-FOLIC ACID SUPPLEMENTATION (WIFS) IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: ITS ROLE IN PROMOTING OPTIMAL MATERNAL AND CHILD HEALTH.

რა უნდა გაკეთდეს საქართველოს მოსახლეობის საკვები – (ნუტრიციული) დეფიციტის შესავსებად?

დასაწყოსში მიმდინარე სტატისტიკური კვლევის საფუძველზე, რომელსაც ანხორციელებს დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრი

1. უნდა დადგინდეს მოსახლეობის რა რაოდენობას აქვს საკვების დეფიციტი (ნუტრიციული დეფიციტი)

2. უნდა დადგინდეს რა კვებითი (ნუტრიციული) დეფიციტი აქვს მოსახლეობას. (რომელი ვიტამინის და მიკროელემენტის)

3. ჩატარდეს კვლევა – მონიტორინგი დასრულებული 2 ფორტიფიკაციის პროგრამის შედეგების შესწავლის მიზნით, მოსახლეობის იმ ჯგუფებში, სადაც



განხორციელდა პროგრამა. რათა დადგინდეს ამ ჯგუფებში დაავადებათა სტატისტიკა და მიკროელემენტების დეფიციტი

4. გამოცხადდეს კონკურსი პრევენციის პროგრამის შერჩევისთვის.

5. შერჩეულმა პროგრამ უნდა უზრუნველყოს კრიტერიუმები (ინდიკატორები):

- ახლო და შორეული დადებითი შედეგების უწყვეტობა.
- მინიმალური უარყოფითი გვედითი მოვლენები
- ეკონომიური ეფექტურობა.

საქართველოში პროფესორი ავთანდილ კვეზერელი კოპაძის სამეცნიერო ხელმძღვანელობით დაცული იქნა ლიანა სირაძის მიერ დისერტაცია „რკინის ფარული დეფიციტის და რკინადეფიციტური ანემიის მკურნალობა ბავშვებში რკინიანი მინერალური წყლით კურორტზე და არაკურორტულ გარემოში“ სამეცნიერო კვლევაში შეიქმნა სამიზნე ჯგუფები, კვლევის ადგილი და მკურნალობა-პრევენციის მეთოდი. შედეგების მონიტორინგის ჩატარდა თანამედროვე სამეცნიერო ლაბორატორიული და კლინიკური კვლევები, დადგინდა რომ რკინის შემცველი მინერალურ წყლის ზემოქმედება როგორც კურორტზე ასევე კურორტგარეშე პირობებში. აუმჯობესებს რკინის დონეს ორგანიზმში. გაიცა რეკომენდაციები.

დისერტაციის კვლევის შედეგები მოსხვედრული იქნა კურორტოლოგიის და ფიზიოთერაპიის საერთაშორისო ყრილობაზე ტაშკენტში. შედეგად რუსეთის ფედერაციის სახელმწიფოს მიერ ოფიციალურად კურორტული მკურნალობის ჩვენება-უკუჩვენებაში შეტანილი იქნა რკინის დეფიციტი, როგორც ცალკე ნოზოლოგია და რკინის შემცველი მინერალური წყალი, როგორც მისი ბუნებრივი სამკურნალო ფაქტორი.

დისერტაციის კვლევის შედეგი წარდგენილი იქნა საერთაშორისო კონფერენციებზე მათ შორის WHO-მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის საერთაშორისო ყრილობაზე 2009წ. მოხსენების და პრეზენტაციის ნებართვით.

დისერტაციის კვლევის შედეგების განვითარების მიზნით რამდენჯერმე ჩამოისხა მინერალური წყალი ქარხნული წესით, შესაბამისი ეტიკეტით. მიღებული იქნა წარმოების ლიცენზია, მაგრამ პროექტი ვერ განვითარდა მარკეტინგული სირთულეების გამო.

დისერტაცია, როგორც ინოვაციური წინადადება, ასევე შეტანილი იყო ბელ გეთისის საქართველოს სახელმწიფო პროექტში, მაგრამ ვერ მოხერხდა მისი დაფინანსება პროექტის ფარგლებში.

ჩვენ საქართველოს სახელმწიფოსთვის წარვადგენთ აღნიშნულ, ადამიანისთვის უვნებელ პროექტს, როგორც რკინით ფჭვილის ფორთიფიკაციის ალტერნატივას.

<http://www.food.gov.uk/business-industry/guidancenotes/>
<http://www.food.gov.uk/northern-ireland/niregulation/niguidancenotes/fortfoodsguidancescotni>

[HTTP://THEPALEODIET.COM/FLOUR-FORTIFICATION-FOLIC-ACID-GOOD-IDEA-BAD-IDEA/FOLIC-ACID-SUPPLEMENTATION-AND-FORTIFICATION](http://THEPALEODIET.COM/FLOUR-FORTIFICATION-FOLIC-ACID-GOOD-IDEA-BAD-IDEA/FOLIC-ACID-SUPPLEMENTATION-AND-FORTIFICATION)

U.S. Food and Drug Administration
Federal Food, Drug, and Cosmetic Act

“Controversial EU vitamins ban to go ahead”. Timesonline.co.uk. 2005-07-012. Retrieved 2012-12-05. United States Congress

<https://en.wiki/Food-fortification>
Jump up^ Hossain, M.I., Wahed, M.A., Ahmed, S. Increased food intake after the addition of amylase-rich flour to supplementary food for malnourished children in rural communities of Bangladesh. Food Nutr Bull. 2005; 26(4):323-9.

რეზიუმე

საკვები დანამატები, ფორტიფიკაციის პოპრამები და მათი ალტერნატიული შესაძლებლობები საქართველოში

პროფესორი ა. კვეზერელი-კოპაძე, მ.მ.დ. ლ. სირაძე მ.მ.დ.

ფორთიფიკირება არის საკვების გამდიდრება იმ ვიტამინებით, მიკროელემენტებით და მინერალები. რომლებაც დაკარგა საკვებმა გადამუშავების ან შენახვისას. სწორედ ამიტომ ამ ტექნიკურ პროცესს უწოდებენ საკვების გამდიდრებას და/ან აღდგენას. ნუტრიციული დანამატები ნიშნავს საკვებ დანამატებს მოიაზრება სიცოცხლისათვის აუცილებელი მიკროელემენტები, ვიტამინები.

შრომაში თამამადაა ასახული ავტორთა ხედვა საქართველოში საკვები დანამატების, ფორთიფიკაციის პოპრამებისა და მათი ალტერნატიული შესაძლებლობების შესახებ.

SUMMARY

NUTRITION SUPPLEMENTATION -FORTIFICATION PROGRAMS AND ALTERNATIVE WAY OF PREVENTION IN GEORGIA

Professor AVTANDIL KVEZERELI-KIPADZE MD, PhD. LIANA SIRADZE MD, PhD.

World public health nutrition protection program Fortification had a privilege as a massive method of malnutrition prevention in poor population of world. Nowadays science and tech rapidly development world gives opportunity to public health use more safety methods of prevention to reduce malnutrition such as nutrition supplementation In Georgia Alternative of fortification we present the research PhD study of Liana Siradze MD, PhD scientifically profited method of prevention and treatment iron deficiency with mineral water. Under the guidance professor Avtandil Kvezereli-Kopadze MD, PhD.

Base of this researcher study IDA and ID was involved in official Instruction of Resort Therapy of Russia. The oral presentation was done in the international conference kurortology and physiotherapy in Tashkent and was allowed to oral and poster presentation in WHO conference.

Follow was bottled and received license of production. We the project we apply as safe alternative vs. of iron flour fortification for Georgia.



პრაქტიკოსი ექიმაბისათვის

დღენაკლულთა რეტინოპათია – ტერის სინდრომი

მ.ჭალისური, მ.ჭიპაშვილი, (თსუ, თბილისი)



დღენაკლულთა რეტინოპათია (დრ) ბავშვთა მხედველობის პრობლემის ყველაზე ხშირი მიზეზია. დაავადება როგორც წესი ვითარდება ორივე თვალში. ჯანმოს მონაცემებით, მსოფლიოს მასშტაბით დღენაკლულთა რეტინოპათია აქვს 4 მილიონამდე ბავშვს. დრ-ს ტალღისებური მიმდინარეობა ახასიათებს, რაც დაკავშირებულია სხვადასხვა მოვლენასთან: სამოციან წლებში ახალშობილებში ჟანგბადის ჭარბად იყენებდნენ, შემდგომში – ტექნოლოგიურ წინსვლასა და პერინატალური მედიცინის განვითარებამ იმოქმედა, რის შედეგადაც გაიზარდა უკიდურესად მცირე წონის და გესტაციური ასაკის ახალშობილთა რიცხვი. ამჟამად, საქართველოში დრ-ის ძირითადი მიზეზი, ამ ორი საკითხის კომბინაციაა. პირველად ეს დაავადება 1942წელს დღენაკლულ ბავშვზე აღწერეს. იმ დროისთვის უწოდებდნენ რეტროლენტარულ ფობროპლახიას. ამ დაავადების პროგრესირების ან თვითრეგრესირების მიზეზების შესწავლა დღემდე მიმდინარეობს.

ეტიოლოგია:

დღენაკლულთა რეტინოპათია (დრ) ოფთალმოლოგიური დარღვევაა რომელიც იწვევს მხედველობის დაქვეითებას ან სიბრმავეს. ძირითადად ვითარდება დღენაკლულ ახალშობილებში – წონით 1250გრამი ან ნაკლები, რომლებიც დაიბადნენ გესტაციის 31კვირამდე (სრული ფეხმომობის ვადა მოიცავს გესტაციის 38-42 კვირას).

პათოფიზიოლოგია:

რეტინოპათიას ადრეულ ასაკში რამდენიმე რთული ფაქტორი განაპირობებს. თვალის ჩამოყალიბებას იწყებს ორსულობის მეოთხეხმეტე კვირაზე, როდესაც ბაბურის სისხლძირის იწყებენ ფორმირებას ოპტიკური ნერვის გარშემო, თვალის უკანა მხარეს. სისხლძირები ვითარდება თანდათანობით, ჯერ კიდევ ჩამოყალიბებული რეტინის კდებზე, ამარაგებს მას ჟან-

გბადით და საკვები ნივთიერებით. ორსულობის ბოლო 12 კვირის განმავლობაში, თვალის სწრაფი ტემპით ყალიბდება. როდესაც ჩვილი იბადება დროული, რეტინული სისხლძირები, ძირითადად უკვე ჩამოყალიბებულია (როგორც წესი, ბაბურა დაბადებიდან რამდენიმე კვირიდან – ერთ თვეში ასრულებს ზრდას). მაგრამ თუ ჩვილი ნაადრევად დაიბადა, მანამ სანამ სისხლძირები რეტინის კიდევს მიღწევენ, მათი ნორმალური ზრდა შესაძლოა შეწყდეს. ბაბურის პერიოდში ვერ მიიღებს საკმარის ჟანგბადსა და საკვებ ნივთიერებებს. მეცნიერები მიიჩნევენ, რომ ასეთ შემთხვევაში, ბაბურას პერიოდში აგზავნის სიგნალს ბაბურის სხვა ნაწილებს, კენ საკვები ნივთიერებების მიხედვად, ამის შედეგად კი პათოლოგიური სისხლძირები იწყებენ ზრდას. ახალი, გადაგვარებული სისხლძირები არის დეფექტური, სუსტი, მიდრეკილი სისხლძირისკენ, რაც იწვევს ბაბურის დანაწილებას. როდესაც ნაწიური იკუმშება, ქანაგს რეტინას და იწვევა მის გამოცალკევებას და აშრეებას, რაც ადრეულ ასაკში მხედველობის დაზიანების უმთავრესი მიზეზია.

რაც უფრო ნაადრევად იბადება ბავშვი მით უფრო მაღალია დრ-ის და მათ შორის ტერმინალური სტადიის განვითარების რისკი.

დღენაკლულთა რეტინოპათიის ბანკითარების ხელშეწყობი ფაქტორები:

- ბავშვი რომელიც მცირეწონიანი დაიბადა
- ანემია
- სისხლის გადასხმა
- რესპირატორული დისტრესი
- ხელოვნური ვენტილაციის ინტენსივობა, ხანგრძლივობა და ოქსიგენოთერაპია კუვეზში
- ნაყოფის თანმხლები პათოლოგია, ახალშობილის ზოგადი მდგომარეობა
- დედის გინეკოლოგიური ქრონიკული ანთებითი დაავადებები და სისხლძირები მშობიარობისას

დრ-ის ბანკითარებაში გამოყენებას სამ პერიოდს:

- 1) აქტიური პერიოდი (6 თვემდე ასაკში), ბაბურის სისხლძირების ცვლილებების ჩათვლით (არტერიების შეცვლა, სისხლძირების დაკლავნას, მინისებური სხეულის დაბურვა, მინისებურ სხეულში სისხლჩაქცევები, ბაბურის აშრეების ტრაქციული ფორმირება), იშვიათად ბაბურის მოგლეჯა და გასკდომა (ბაბურის რეგმატოვანი აშრეება) ან მათი შერწყმა.
- 2) უკუგანვითარების პერიოდი (6 თვიდან ერთ წლამდე), შესაძლებელია აქტიური სტადიის ადრეულ პერიოდზე, სანამ მინისებურ სხეულში ცვლილებები დაიწყება.
- 3) ნაწიური პერიოდი (1 წლის შემდეგ), შესაძლებელია თან დაერთოს საშუალო და მაღალი ხა-



რისხის მიოპიის განვითარება, ბადურის აშრეგება და გასკდომა, ბროლის დაბურვის განვითარება, თვალში გაწნევის მომატება, თვალის კაკლების შემცირება (სუბატროფია).

ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა ბროლის და ფერადი გარსის გადანაცვლება წინისკენ, რის გამოც მცირდება თვალის წინა საკანი, ვითარდება რქოვანის დისტროფია და შემდგომ მისი დაბურვა. ზოგჯერ დაავადების ნაწილობრივი რევრესის დროს, ხდება დამახასიათებელი – „კომეტის“ სიმპტომის ჩამოყალიბება, რომელიც წარმოადგენს ტრაქციულ მაკულოპათიას. უფრო სწორად, ბადურის ცენტრალური ნაწილის გადანაცვლება ნაწიბურის დაჭიმულობის გამო საფეთქლის მხარეს. მაგისტრალურ სისხლძირებს აქვს დამახასიათებელი შესახედაობა, ვიწროდ განლაგებული სახით „კომეტის კუდი“, რომლებიც გამოიყოფიან მხედველობის ნერვის დისკს.

დრ კლასიფიკირებულია 5 სტადიად:

პირველი სტადია – ფორმირდება მკრთალი სადემარკაციო ხაზი.

მეორე სტადია – სადემარკაციო ხაზის ადგილზე ფორმირდება სადემარკაციო ქედი.

*მრავალ ჩვილს პირველ და მეორე ეტაპზე დაავადება მკურნალობის გარეშე გაუვლის. მხედველობა საკმაოდ მაღალია.

მესამე სტადია – ექსტრარეტინული ფიბროვასკულური ქსოვილის წარმოქმნა. სისხლძირების არანორმალური მიმართულებით (ცენტრისკენული) ზრდა. ქედისმაგვარ მიდამოზე წარმოიქმნება რუხი ქსოვილი. ბადურის სისხლძირები იჭიმება მინისებრ სხეულში და დაჭიმვისგან შესაძლოა ბადურის აშრეგებაც. ზოგიერთ შემთხვევაში მესამე ეტაპზე დაავადება შესაძლოა მკურნალობის გარეშე უკუგანვითარება განიცადოს. როდესაც ჩვილს მესამე ეტაპი ან დრ-ის „პლუს“ დაავადება უვითარდებათ-სამედიცინო ჩარევა აუცილებელია.

„პლუს ფორმის“ დროს პროცესი ხასიათდება ბადურის სისხლძირების მკვეთრი გაფართოვებით და მათი ჩახვევით, მინისებრი სხეულის შეშუპებით, სისხლჩაქცევებით, ფერადი გარსის სისხლძირების გაფართოვებით. აღნიშნული ფორმის დროს, ხშირად გუგის გაფართოვებაც კი შეუძლებელია. დღემდე ამ ავთვისებიანი ფორმის მკურნალობის ეფექტურობა ძალიან დაბალია. იგი სწრაფად პროგრესირებადი.

მეოთხე სტადია – ბადურის ნაკეცის არსებობა, ბადურის ნაწილობრივი აშრეგება, რომელიც გამოწვეულია ნაწიბურის შეკუმშვით. პათოლოგიური სისხლძირები ბადურას ქაჩავენ თვალის კედლიდან და იწვევენ მის გამოცალკევებას.

მეხუთე სტადია – ბადურის სრული აშრეგება.

მესამე და მაღალ სტადიებში ხშირად სწრაფად მიმდინარეობს პროცესის გაუარესება და მხედველობის შეუქცევადი დაქვეითება. ასეთ შემთხვევაში სამედიცინო ჩარევა აუცილებელია ბადურის აშრეგების თავიდან ასაცილებლად.

დიაგნოსტიკა:

კონტროლი საჭიროა ყველა ახალშობილისთვის, რომელიც დაიბადა 35 კვირამდე, 1250 გრამზე ნაკლები წონით. ეს პროცესი სრულდება სპეციალური გუგის გამაფართოვებლებით, რომლის დროსაც გამოიყენება

სპეციალური ქუთუთოს გამაფართოვებლები (რომ არ მოხდეს თითოთ ზეწოლა). ოფთალმოლოგი სპეციალური სამედიცინო დანადგარით ათვალთვებს ბადურას

მკურნალობა:

მკურნალობა დამოკიდებულია პროცესის სტადიაზე. გამოიყოფენ მკურნალობის 2 ძირითად მიმართულებას:

1. კონსერვატიული-ოფთალმოლოგის მიერ დანიშნული თვალის წვეთები, ხშირად ვიტამინები და ჰორმონებია. მათი ეფექტურობა სუსტადაა გამოხატული.

2. ქირურგიული-ყველაზე ეფექტური და აღიარებული მეთოდია ლაზეროთერაპია ან კრიოთერაპია. ლაზერული თერაპიით წვავენ რეტინის პათოლოგიურ სისხლძირებს.

კრიოთერაპიის დროს, ექიმები იყენებენ ინსტრუმენტს, რომელიც წარმოქმნის გაყინვის ტემპერატურას, რითაც მომენტალურად ეხებიან რეტინას პერიფერიაზე არსებული წერტილების ზედაპირს.

ლაზერული და კრიოთერაპია, ორივე შლის რეტინას პერიფერიულ ნაწილს, ანელებს ან უკუაქცევს გადაგარებული სისხლძირების განვითარებას. საუბედუროდ, მკურნალობის ეს მეთოდები ასევე აზიანებენ გვერდით მხედველობას. მათ მიმართავენ მხოლოდ მხედველობის ძირითადი ფუნქციის შესანარჩუნებლად, რომელიც ვეჭირდება „პირდაპირი“ ხედვისთვის, როგორცაა კითხვა, კერვა, ტრანსპორტის მართვა და ა.შ.

ორივე მეთოდი გამოიყენება ჩვილებში დრ-ის დროს რომლებიც არიან მესამე სტადიაში ან აქვთ „პლუს“ დაავადება. ორივე ჩარევა, თვალის ინვაზიური მკურნალობის მეთოდია, რომელთა შორეული გვერდითი ეფექტები ჯერჯერობით შეუსწავლელია.

ტრანსკრანიალური მაგნიტოთერაპია – ეს მეთოდი კვლევის პროცესშია.

ბზიანი სტადიების დროს, მკურნალობის სხვა მეთოდებია:

სკლერის ბალთა: მოიცავს სილიკონის სარტყელის გადაჭიმვას თვალის ირგვლივ. აღნიშნული მეთოდი ხელს უწყობს ბადურის ჩასწორებას თვალის კედელზე. სკლერის ბალთით ჩარევის შემთხვევაში, სილიკონის სარტყელს სჭირდება რამდენიმე თვის ან ერთი წლის შემდეგ მოშორება, რადგან თვალი განაგრძობს ზრდას. წინააღმდეგ შემთხვევაში ბავშვები გახდებიან ახლომხედველნი. სკლერის ბალთებს იყენებენ IV და V სტადიების დროს.

ვიტრექტომია: ეს მეთოდი მოიცავს მინისებური სხეულის ჩანაცვლებას ფიზიოლოგიური ხსნარით. მინისებური სხეულის ამოღების შემდეგ, ბადურიდან ადვილად ათავისუფლებენ ნაწიბურვან ქსოვილს, რის შემდეგაც რეტინა დუნდება და უბრუნდება თვალის კედელს. ვიტრექტომია მხოლოდ V სტადიაზე ხორციელდება.

ქირურგიული ჩარევის ეფექტურობა მკვეთრად იგრძნობა სიცოცხლის პირველ წელს ჩატარებულ ოპერაციებში. ამასთანავე თვალის ზრდის პირობებიც აღარ არის დარღვეული. უნდა ითქვას ისიც, რომ ტექნიკურად წარმატებულმა ოპერაციამ შესაძლოა შედეგი მაინც არ იქონიოს. ამ სამწუხარო ფაქტში მონაწილეობს: ბადურის ფოტორეცეპტორების განუვითარებლობა, მათი დაზიანება (როგორც დაავადების, ასე



ვე. ქირურგიული ჩარევისას), ცნისის თანხლები პათოლოგიების დროს, მხედველობის ნერვის გამტარი გზებისა და ქერქქვეშა ცენტრების თანდაყოლილი დაზიანება და სხვა.

I-II სტადიის 70-80%ში დრ შესაძლოა თავისით განიკურნოს, თვალის ფსკერზე მინიმალური ცვლილებების დარჩენით. როდესაც თვალში ქსოვილების და სისხლძარღვთა ზრდა საკმაოდ გაგრძელდება, ასეთ სტადიას უწოდებენ ზღვრულს რომელშიც უკვე შეუქცევადი პროცესები იწყება. საჭიროებს სასწრაფო მკურნალობას. ბოლო დროს მსოფლიოში კორტიკოსტეროიდებთან ერთად იყენებენ სისხლმილთა ზრდის ბლოკატორებს. ბავშვი უნდა იმყოფებოდეს ნეონატოლოგიური განყოფილების მეთვალყურეობის ქვეშ. მიუხედავად შორსწასული პროცესისა შესაძლებელია თვითნებურად დაიწყოს გაუმჯობესება, თუმცა ამ შემთხვევაში ბავშვაზე კვალი მეტად გამოკვეთილია.

V სტადიის დროს პათოლოგიური პროცესი შესაძლოა გაგრძელდეს და გართულდეს რქოვანას დაზურვით და მეორადი გლაუკომით. ითვლება, რომ თუ ბავშვს აქვს გადატანილი დრ-ის მსუბუქი სტადიები ან აქვს ნაწიბურვანი სტადია მას არ უვითარდება სრულფასოვანი ბადურა. ასეთ ბავშვებში მაღალია ახლომხედველობის, დისტროფიის ან ბადურის მეორადი აშრევების რისკი.

თანამედროვე მკურნალობის მეთოდი უზრუნველყოფს უარყოფითი შედეგების მნიშვნელოვან შემცირებას.

ბამოყენებული ლიტერატურა:

<https://nei.nih.gov/health/rop/rop>
<http://www.aaio.org/eye-health/diseases/what-is-retinopathy-prematurity>
<http://www.kellogg.umich.edu/patientcare/conditions/retinopathy.prematurity.html#symptoms>
<https://www.doctor-okulist.com>

რეზიუმე

დენაკლულთა რეტინოპათია – ტერის სინდრომი

მ.ჭალისური, მ.ჭიპაშვილი (თსსუ, თბილისი)

ჩვენი თემა ეხება მეტად მნიშვნელოვან საკითხს, რომელიც შემდგომში ცხოვრების სტილსა თუ სტატუსს განუსაზღვრავს ზოგიერთ ადამიანს. ეს დაავადება დენაკლულთა რეტინოპათიაა, რომელსაც ტერის სინდრომის სახელწოდებითაც იცნობენ. ჩვენ შევეცადეთ, ყურადღება გაგვემახვილებინა ამ დაავადების არსსა და მის ძირითად მომენტებზე. საჭიროდ მივიჩნიეთ ამ თემის წინ წამოწევა, რადგან უფრო ფხიზლად ვიყოთ დენაკლულ ახალშობილებთან მიმართებაში, რათა აღნიშნული პათოლოგიის შემთხვევაში დროულად მოხდეს მისი მართვა და შესაბამისი ჩარევა. ამ დაავადების თვალსაჩინო მსხვერპლს/მაგალითს, უბადლო ნიჭით დაჯილდოვებული, ყველასათვის ცნობილი და საყვარელი სტივ უანდერია.

SUMMARY

RETINOPATHY IN PREMATURE INFANTS- TERRY SYNDROME

M.CHALISURI; M.CHIPASHVILI (TSMU, Tbilisi)

Our theme refers to an extremely important subject, which eventually determines lifestyle and status for some individuals. This disease is Retinopathy of Prematurity, known by Terry syndrome. We considered it necessary to cover the basic concepts and aspects of this disorder in order to raise awareness in premature infants, diagnose and treat it in a timely manner. Precise example of this disorder is world-famous singer Stevie Wonder.

ინფორმაცია ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიათვის:

შემუშავებულია:

1. დიპლომის შემდგომი/სარეზიდენტო პროგრამა საექიმო სპეციალობაში „ბავშვთა კარდიოლოგია-რევმატოლოგია“
(ხანგრძლივობა 3 წელი – 33 თვე)

2. დასწრებული უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამები:

ა) „გულის ანთებითი და არაანთებითი შექცეული დაავადებების (კარდიტის, კარდიომიოპათია, ვეგეტო-სისხლძარღვოვანი დისტონია, არტერიული ჰიპერტენზია, არტერიული ჰიპოტონია, მიოკარდიუმის ინფარქტი, გულის იშემიური დაავადება) პათოგენეზის, დროული დიაგნოსტიკის მკურნალობის, პროგნოზირებისა და რეაბილიტაციის თანამედროვე პრინციპები.“

ბ) გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაზიანების დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პროგნოზირებისა და რე-

აბილიტაციის თანამედროვე პრინციპები იუვენალური რევმატოიდული ართრიტის, სისტემური წითელი მკლურას, მიტრალური სარქველის პროლაბირების და გულის რიტმის დარღვევების დროს ბავშვთა ასაკში.

გ) „კარდიომიოპათიის და კარდიტების დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პრევენცია.“

დ) „ელექტროკარდიოგრაფიული ცვლილებების დიაგნოსტიკური ღირებულება ბავშვთა და მოზარდთა კარდიო-რევმატოლოგიასა და სხეულის სპორტული დატვირთვისას (ართიმია, რითმის სრული დარღვევა, კორონარული უკმარისობა, ახალშობილთა ტრანზიტორული იშემია და ა.შ.).“

პროგრამების ხელმძღვანელი

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი ბიორბი ჩახუნაშვილი



კარდიოლოგიის თეორიული საფუძვლები

219. მარცხენა პარკუჭის პიპერტროფიისას: 1). I განხრაში R არანაკლებ 15მმ-ია; 2). avL განხრაში R არანაკლებ 11მმ-ია; 3). avR განხრაში R არანაკლებ 7მმ-ია; 4). V5, V6 განხრებში R > 25მმ.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 2, 4;
- დ) სწორია 2, 4.

220. მარჯვენა პარკუჭის R ტიპის პიპერტროფიის ნიშნებია: 1). V1 განხრაში Rs ტიპის QRS კომპლექსი; 2). გულმკერდის ყველა განხრაში rS ან RS ტიპის QRS კომპლექსი; 3). V1 განხრაში rSR ან RSR ტიპის QRS კომპლექსი; 4). V1 განხრაში qR ტიპის QRS კომპლექსი.

- ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 2, 3;
- *გ) სწორია 1, 4.

221. მარჯვენა პარკუჭის S ტიპის პიპერტროფიის ნიშნებია: 1). V1 განხრაში Rs ტიპის QRS კომპლექსი; 2). V1 განხრაში qR ტიპის QRS კომპლექსი; 3). RS ტიპის ან RS ტიპის QRS კომპლექსი გულმკერდის ყველა განხრაში; 4). rSR ან RSR ტიპის QRS კომპლექსი V1 განხრაში.

- ა) სწორია 1, 2;
- *ბ) სწორია 3;
- გ) სწორია 3, 4;
- დ) სწორია 2.

222. მარჯვენა პარკუჭის RSR ტიპის პიპერტროფიის ნიშნებია: 1). V1 განხრაში RS ტიპის QRS კომპლექსი; 2). V1 განხრაში qR ტიპის QRS კომპლექსი; 3). rS ან RS ტიპის QRS კომპლექსი გულმკერდის ყველა განხრაში; 4). V1 განხრაში rSR ან RSR ტიპის QRS კომპლექსი.

- ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 3, 4.
- *დ) სწორია 4;
- ე) სწორია 2.

223. მარჯვენა პარკუჭის მკვეთრი პიპერტროფიის ნიშნებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მარჯვნივ (ალფა > +110 გრადუსი);
- ბ) III, avF, V1, V2 განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია და უარყოფითი T კბილების წარმოქმნა;
- გ) V1 განხრაში შინაგანი გადახრის ინტერვალის გაზრდა 0,03 წმ-ზე მეტად;
- *დ) გულის ელექტრული ღერძის მობრუნება სიგრიდოვი ღერძის გარშემო საათის ისრის მოძრაობის საწინააღმდეგო მიმართულებით.

224. მარჯვენა და მარცხენა პარკუჭების პიპერტროფიისას, შესაბამისად, გულმკერდის მარჯვენა და მარცხენა განხრებში RS-T სეგმენტის და R(S) კბილის დისკორდანტული ცდომის მიზეზებია:

- ა) პიპერტროფიის შედეგად განვითარებული გულის უკმარისობა;
- ბ) ელექტროლიტური დისბალანსი;
- *გ) პიპერტროფიის შედეგად რეპოლარიზაციის პროცესის დარღვევა;
- დ) გულის კუმშვადი ფუნქციის დაქვეითება.

225. მარჯვენა პარკუჭის პიპერტროფიისას, ქვემოთ ჩამოთვლილი, რომელი ეკ ნიშნები მიგვანიშნებენ მარცხენა პარკუჭის პიპერტროფიის არსებობაზე: 1). V1-V2 განხრებში S კბილის გადრეკვა; 2). გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მკვეთრად მარცხნივ ალფა= -30 გრადუსი; 3). V5-V6 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა.

- *ა) ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

226. მარცხენა პარკუჭის პიპერტროფიისას, ქვემოთ ჩამოთვლილი, რომელი ეკ ნიშნები მიგვანიშნებენ მარჯვენა პარკუჭის პიპერტროფიის შესაძლო არსებობაზე: 1). გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მარჯვნივ ალფა=+100 გრადუსი; 2). V1-V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა (R > 7მმ); 3). V1 განხრაში პისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადის ნიშნები; 4). V1-V2 განხრებში ღრმა S კბილი.

- *ა) სწორია 1, 2, 3;
- ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 2, 4.

227. მარცხენა პარკუჭის სისტოლური გადაბების ნიშნებია: 1). V5-V6 განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია და T კბილის ინვერსია; 2). V1-V2 განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია და T კბილის ინვერსია; 3). V5-V6 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა 35 მმ-ზე მეტად.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 3;
- *ე) სწორია 1.

228. მარჯვენა პარკუჭის სისტოლური გადაბების ნიშნებია: 1). V1-V2 განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია და T კბილის ინვერსია; 2). მაპროფოცირებული ფაქტორის მოხსნის შემდეგ RS-T სეგმენტი და T კბილი სწრაფად უბრუნდება ნორმას; 3). V1-V2 განხრაში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა 7მმ-ზე მეტად.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი
- *ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

229. მიოკარდიუმის იშემიის ეკ ნიშნებია:

- *ა) T კბილის ფორმის და პოლარობის სხვადასხვაგვარი ცვლილებები;
- ბ) RS-T სეგმენტის ცდომა იზოხაზს ზემოთ ან ქვემოთ;
- გ) Q კბილის ამპლიტუდის და ხანგრძლივობის ცვლილებები;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი.

230. გულმკერდის განხრებში მაღალი წვეტიანი T კბილების ჩაწერა: 1). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე; 2). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სუბეპიკარდიულ, ტრანსმურულ და ინტრამურულ იშემიაზე; 3). ნშირად გვსდება ახალგაზრდებში, რაც შესაძლოა ნორმის ვარიანტსაც წარმოადგენდეს; 4). ნშირად ფიქსირდება ხანდაზმულ მამაკაცებში, რაც შესაძლოა ნორმის ვარიანტს წარმოადგენდეს.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 2, 3, 4;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 4.

231. გულმკერდის განხრებში უარყოფითი კორონარული T კბილის დაფიქსირება: 1). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე; 2). მიუთითებს მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბეპიკარდიულ, ტრანსმურულ და ინტრამურულ იშემიაზე; 3). ნორმის ვარიანტი გულმკერდის მარჯვენა განხრებში ბავშვებში; 4). ნორმის ვარიანტი გულმკერდის მარცხენა განხრებში ბავშვებში.

- *ა) სწორია 2, 3;
- ბ) სწორია 1, 3, 4;
- გ) სწორია 1, 4.

232. ორფაზიანი T კბილი, ჩვეულებრივ: 1). ფიქსირდება იშემიური ზონის და ინტაქტური უბნის საზღვარზე; 2). გულმკერდის მარჯვენა განხრებში მოზარდებში, შესაძლოა, ნორმაშიც შეგვხვდეს; 3). გულმკერდის მარჯვენა განხრებში ხანდაზმულ მამაკაცებში ნორმის ვარიანტი.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

233. გულმკერდის განხრებში დებრესიული ან იზოელექტრული T კბილების ჩაწერა მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სუბეპიკარდიულ იშემიაზე;
- გ) ხშირად რეგისტრირდება ნორმაში, განსაკუთრებით ახალგაზრდა ასაკში;
- დ) მარცხენა პარკუჭის ქვედა კედლის სუბენდოკარდიულ იშემიაზე.

234. მიოკარდიუმის იშემიური დაზიანების ეკგ ნიშნა:

- ა) T კბილის ფორმის და პოლარობის სხვადასხვაგვარი ცვლილებები;
- *ბ) RS-T სეგმენტის ცლომა იზოხაზს ზევით ან ქვევით;
- გ) Q კბილის ამპლიტუდის და ხანგრძლივობის ცვლილებები;
- დ) ყველა ჩამოთვლილი.

235. გულმკერდის განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია მიუთითებს:

- ა) მარცხენა პარკუჭის მეკვთრი პიპერტროფიის არსებობაზე;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბეპიკარდიული ან ტრანსმურული იშემიური დაზიანების არსებობაზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიული იშემიის არსებობაზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის ტრანსმურული იშემიური დაზიანების არსებობაზე.

236. გულმკერდის განხრებში RS-T სეგმენტის დებრესია მიუთითებს: 1). მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბენდოკარდიული იშემიური დაზიანების არსებობაზე; 2). მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის სუბეპიკარდიული იშემიური დაზიანების არსებობაზე; 3). მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის ტრანსმურული დაზიანების არსებობაზე.

- *ა) სწორია 1, 3;
- ბ) სწორია 2, 3.

237. ST სეგმენტის ელევაცია და დებრესია 0,5მმ-ით: 1). ყოველთვის მიუთითებს მიოკარდიუმის იშემიური დაზიანების არსებობაზე; 2). შეიძლება აღინიშნოს პრაქტიკულად ჯანმრთელ პირებში; 3). შეიძლება განვითარდეს სხვა კარდიალური პათოლოგიების არსებობისასაც.

- *ა) სწორია 2, 3;
- ბ) სწორია 1, 2.

238. მიოკარდიუმის ნეკროზის ძირითადი ეკგ ნიშნა: 1). T კბილის ფორმის და პოლარობის სხვადასხვაგვარი ცვლილებები; 2). RS-T სეგმენტის ცლომა იზოხაზს ზევით ან ქვევით; 3). პათოლოგიური Q კბილი; 4). QS კომპლექსი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- *გ) სწორია 3, 4.

239. გულმკერდის განხრებსა და I და avL განხრებში პათოლოგიური Q კბილის დაფიქსირება, მიუთითებს:

- ა) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის არატრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არატრანსმურულ ინფარქტზე.

240. გულმკერდის განხრებსა და I, avL განხრებში QS კომპლექსის დაფიქსირება მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის არატრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არატრანსმურულ ინფარქტზე.

241. III, avF და II განხრებში პათოლოგიური Q კბილის დაფიქსირება მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის არატრანსმურულ ნეკროზზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არატრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის წინა-გვერდითი კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე.

242. III, avF და II განხრებში QS კომპლექსის დაფიქსირება მიუთითებს:

- *ა) მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ტრანსმურულ ნეკროზზე;
- ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არატრანსმურულ ნეკროზზე;
- გ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე;
- დ) მარცხენა პარკუჭის წინა-გვერდითი კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე.

243. V7-V9 განხრებში პათოლოგიური Q კბილის დაფიქსირება მიუთითებს: 1). მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის არატრანსმ, ურულ ნეკროზზე; 2). მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის არატრანსმურულ ნეკროზზე; 3). მარცხენა პარკუჭის უკანა-გვერდითი კედლის არატრანსმურულ ნეკროზზე.

- ა) სწორია 1, 2;
- *ბ) სწორია 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3.

244. V7-V9 განხრებში QS კომპლექსის დაფიქსირება მიუთითებს: 1). მარცხენა პარკუჭის უკანა-გვერდითი კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე; 2). მარცხენა პარკუჭის წინა



კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე; 3). მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის ტრანსმურულ ინფარქტზე.

- ა) სწორია 1, 2;
- *ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

245. V1, V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა შეიძლება აღინიშნოს:

- ა) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის განვითარებისას;
- *ბ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-ბაზალური კედლის ინფარქტის განვითარებისას;
- გ) მარცხენა პარკუჭის წინა-სუბტალური კედლის ინფარქტის განვითარებისას;
- დ) მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ინფარქტის განვითარებისას.

246. მარცხენა პარკუჭის ტრანსმურული ნეკროზის სუბციფიური ეგ ნიშნებია:

- *ა) გულმკერდის განხრებში QS კომპლექსი;
- ბ) გულმკერდის რამდენიმე განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი "კორონარული" T კბილი;
- გ) გულმკერდის რამდენიმე განხრებში ST სეგმენტის დეპრესია ან avR, V1 და V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა უარყოფითი T კბილი;
- დ) გულმკერდის რამდენიმე განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

247. მარცხენა პარკუჭის სუბეპიკარდიული ინფარქტის ეგ ნიშნებია:

- ა) გულმკერდის განხრებში QS კომპლექსი;
- *ბ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში QS, Qr ან QR ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი, ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი "კორონარული" T კბილი;
- გ) გულმკერდის რამდენიმე განხრებში ST სეგმენტის დეპრესია ან avR, V1, V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა, უარყოფითი T კბილი;
- დ) გულმკერდის რამდენიმე განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

248. მარცხენა პარკუჭის სუბენდოკარდიული ინფარქტის ეგ ნიშნებია:

- ა) გულმკერდის განხრებში QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;
- ბ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში QS, Qr ან QR ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი, ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი, "კორონარული" T კბილი;
- *გ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის (ეპიკარდიულ) განხრებში ST სეგმენტის დეპრესია ან avR, V1 და V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა, უარყოფითი T კბილი;
- დ) გულმკერდის რამდენიმე განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

249. მარცხენა პარკუჭის ინტრამურალური ინფარქტის ეგ ნიშნებია:

- ა) გულმკერდის განხრებში QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი;
- ბ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში QS, Qr ან QR ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი, ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი "კორონარული" T კბილი;
- გ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის განხრებში ST სეგმენტის დეპრესია ან avR, V1 და V2 განხრებში ST სეგმენტის გუმბათისებრი ელევაცია და ღრმა, უარყოფითი T კბილი;
- *დ) ინფარქტის ლოკალიზაციის შესაბამის გულმკერდის რამდენიმე განხრებში ST სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

250. მიოკარდიუმის ინფარქტის უმწვავეს სტადიას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) "იმეძიური", "გიგანტური" T კბილი;
- ბ) ST სეგმენტის ელევაცია;
- გ) R კბილის ამპლიტუდის შემცირება;
- *დ) პათოლოგიური Q კბილი.

251. მიოკარდიუმის ინფარქტის მწვავე სტადიას ახასიათებს: 1). პათოლოგიური Q კბილი; 2). RS-T სეგმენტის ელევაცია და მასთან შერწყმული დადებითი T კბილი - ე.წ. ერთფაზიანი მრუდი; 3). RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი; 4). QS კომპლექსი.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 4.

252. მიოკარდიუმის ინფარქტის ქვემწვავე სტადიას ახასიათებს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი, გარდა:

- ა) პათოლოგიური Q კბილი;
- *ბ) RS-T სეგმენტის დეპრესია;
- გ) უარყოფითი, კორონარული T კბილი;
- დ) QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი.

253. მიოკარდიუმის ინფარქტის ნაწიურფაზი სტადიისთვის დამახასიათებელია: 1). პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი; 2). T კბილის უწინმენლოდ გამოსატყული ინფერსია; 3). გაღასწორებული T კბილი; 4). დადებითი T კბილი.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 1, 3.

254. მარცხენა პარკუჭის წინა-გვერდითი კედლის ინფარქტის ნიშნებია: 1) I, avL, V5, V6, Q განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის QRS კომპლექსი; 2) I, avL, V5, V6, Q (იშვიათად II, V4) განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი; 3) V1-V3 (ზოგჯერ III, avF) განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია (რეცეპროკული ცვლილებები).

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

255. მარცხენა პარკუჭის წინა-სუბტალური კედლის ინფარქტის ნიშნებია: 1) V1-V3, I, avL განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი; 2) V3-V4 განხრებში პათოლოგიური Q კბილი; 3) V1-V3, I, avL განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

256. მარცხენა პარკუჭის წინა კედლის ინფარქტის ნიშნებია: 1). V3-V4 განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარკუჭოვანი კომპლექსი; 2). V3-V4 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი; 3). III,





avF განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- *ა) სწორია 1, 2;
- ბ) სწორია 1, 3;
- გ) სწორია 2, 3.

257. მარცხენა პარაკუტის წინა გავრცელებული ინფარქტის ეკგ ნიშნებია:1) I, avL, V1-V6, A, D განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი;2) I, avL, V1-V6, A, D განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3) III, avF განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია და დადებითი T კბილი.

- *ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1,3;
- დ) სწორია 2, 3.

258. მარცხენა პარაკუტის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ინფარქტის ნიშნებია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) III, avF, II განხრებში პათოლოგიური Q და QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი;
- *ბ) III, avF, II განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია და დადებითი T კბილი;
- გ) III, avF, II განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;
- დ) I, avF, V1-V4 განხრებში RS-T სეგმენტის დეპრესია და მაღალი, დადებითი T კბილი.

259. მარცხენა პარაკუტის უკანა-ბაზალური კედლის ინფარქტის ნიშნებია:1). V7-V9 განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი;2). V7-V9 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3). V1-V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა, RS-T სეგმენტის დეპრესია და მაღალი დადებითი T კბილი;4). II, III, avF განხრებში Q კბილი ან QS კომპლექსი.

- ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- *ბ) სწორია 1, 2, 3;
- გ) სწორია 3, 4;
- დ) სწორია 2, 3, 4.

260. მარცხენა პარაკუტის უკანა-გვერდითი კედლის ინფარქტის ეკგ ნიშნებია:1). III, II, avF, V5-V6, I, avL, D, Q განხრებში პათოლოგიური Q ან QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი;2). III, II, avF, V5-V6, I, avL, D, Q განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი;3). V1-V2 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა, RS-T სეგმენტის დეპრესია და მაღალი, დადებითი T კბილი;4). V7-V9 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- ა) სწორია ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- *გ) სწორია 1, 2, 3;
- დ) სწორია 3, 4.

261. მარცხენა პარაკუტის უკანა გავრცელებული ინფარქტის ნიშნებია: 1). II, III, avF, V5, V6, V7-V9, D განხრებში პათოლოგიური Q კბილი ან QS ტიპის პარაკუტოვანი კომპლექსი; 2). II, III, avF, V5-V9, D განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T

კბილი; 3) V1-V3 განხრებში R კბილის ამპლიტუდის გაზრდა, RS-T სეგმენტის დეპრესია და დადებითი, მაღალი T კბილი; 4) V1-V3 განხრებში RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი T კბილი.

- *ა) სწორია 1, 2, 3;
- ბ) სწორია 1, 2, 4.

262. ქვემოთ მოყვანილი დებულებებიდან მარჯვენა პარაკუტის ინფარქტის შესახებ სწორია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:

- ა) მარჯვენა პარაკუტის ინფარქტი შედარებით ხშირად ვითარდება უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ინფარქტების დროს;
- ბ) მარჯვენა პარაკუტის იზოლირებული ინფარქტი, ჩვეულებრივ, 12 ეკგ განხრებში არ ვლინდება;
- გ) V3(R)-V4(R) განხრებში აღინიშნება პათოლოგიური Q კბილი, RS-T სეგმენტის ელევაცია და უარყოფითი კორონარული T კბილი;
- დ) V7-V9 განხრებში ზოგჯერ რეგისტრირდება რეციპროკული ცვლილებები;
- *ე) მარჯვენა პარაკუტის ინფარქტის ფონზე ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის განვითარებას ცუდი პროგნოზული მნიშვნელობა აქვს.

263. ქვემოთ ჩამოთვლილი დებულებებიდან რომელია სწორი წინაგულების ინფარქტთან მიმართებაში: 1). წინაგულების იზოლირებული ინფარქტი პრაქტიკულად არ ვითარდება; 2). მარცხენა პარაკუტის ინფარქტის დროს პროცესის წინაგულზე გავრცელებისას ადგილი აქვს სხვადასხვა ტიპის წინაგულოვანი არიტმიების და ატრიოვენტრიკულური ბლოკადის განვითარებას; 3). ამ პათოლოგიის განვითარებისას სტანდარტულ, გაძლიერებულ ერთპოლუსიან ან გულმკერდის განხრებში შესაძლოა დაფიქსირდეს PQ სეგმენტის დეპრესია ან ელევაცია.

- *ა) ყველა პასუხი სწორია;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1,3;
- დ) სწორია 2, 3.

264. მარცხენა პარაკუტის მაღალი-გვერდითი ინფარქტის საგარაუდო დიაგნოზის დასადასტურებლად დამატებით იღებენ:

- ა) ნების განხრებს;
- ბ) V7-V9 განხრებს;
- *გ) V5-V6 განხრებს იღებენ ორი ნეკით მაღლა;
- დ) ლინის განხრას.

265. ეკგ-ზე V1 განხრებში აღინიშნება მაღალი R კბილი, R/S=1,2, ST სეგმენტის დეპრესია და უარყოფითი T კბილი. QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა ნორმის ფარგლებშია. საგარაუდო ეკგ დასკვნაა:

- ა) ეკგ ნორმის ვარიანტი;
- ბ) უკანა-ბაზალური ინფარქტი;
- *გ) მარჯვენა პარაკუტის ჰიპერტროფია ან/და პისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადა;
- დ) უკანა-დიაფრაგმული ინფარქტი.

266. ეკგ-ზე V1 განხრებში აღინიშნება მაღალი R კბილი, R/S=1,5, ST სეგმენტის დეპრესია იზოხაზიდან 2მმ-ით ქვემოთ და დადებითი T კბილი. QRS კომპლექსის ხანგრძლივობა ნორმის ფარგლებშია. ყველაზე უფრო საგარაუდო ეკგ დასკვნაა:

- ა) ეკგ ნორმის ვარიანტი;
- *ბ) უკანა-ბაზალური ინფარქტი;



გ) ჰისის კონის მარჯვენა ფეხის არასრული ბლოკადა;
დ) მარჯვენა პარკუჭის ჰიპერტროფია.

267. II, III და avL განსრუბში აღინიშნება ST სეგმენტის ელევაცია და დადებითი T კბილი (მონოფაზური მრუდი) შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ მიოკარდიუმის ინფარქტი განვითარდა:

- *ა) 12-24 საათის წინ;
- ბ) 24-72 საათის წინ;
- გ) 2 კვირის წინ;
- დ) 1 თვის წინ.

268. პოსტინფარქტული ნაწიბურის ადგილას განმეორებითი ინფარქტის განვითარებისას ეკგ-ზე აღინიშნება: 1). Q კბილის გაღრმავება; 2). Q კბილის ადგილას QS

კომპლექსის ჩამოყალიბება; 3). ST სეგმენტის ელევაცია.

- *ა) ყველა ჩამოთვლილი;
- ბ) სწორია 1, 2;
- გ) სწორია 1, 3;
- დ) სწორია 2, 3.

269. მარცხენა პარკუჭის უკანა-დიაფრაგმული (ქვედა) კედლის ინფარქტისას V1 განსრუბში ST სეგმენტის ელევაცია მიგვანიშნებს:

- ა) უკანა-ბაზალური კედლის ინფარქტის განვითარებაზე;
- *ბ) მარჯვენა პარკუჭის ინფარქტის განვითარებაზე;
- გ) წინა-სუპტალური კედლის ინფარქტის განვითარებაზე;
- დ) უკანა-გავრცელებული ინფარქტის განვითარებაზე.

ბახსენება

ვლადიმერ მარღალიშვილი



დაბადების წელი, თვე და რიცხვი – 1954. 04.04
განათლება – უმაღლესი
განათლება:

– თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიულ ფაკულტეტი (უმაღლესი სამედიცინო განათლების დიპლომი A-I-N 146771) – 1971-1977 წლები.

– სახელმწიფო სერტიფიკატი – პედიატრია №011315-2001 წელი.

სახელმწიფო სერტიფიკატი – საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია №033438 – 2004 წელი.

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის დიპლომი № 017791 – 1983 წელი.

მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორის დიპლომი №008003 – 1997 წელი.

გამოქვეყნებულია 41 სამეცნიერო ნაშრომი, ერთი მონოგრაფია და „რაციონალური წინადადება“.

Institute of Leadership Management – Oxford Policy Management” საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია – სერტიფიკატი № 080047076609 – 27.03.2008 წელი.

სამუშაო გამოცდილება:

01.09.1977-12.11.1979 წწ. – ექიმი-ორდინატორი ამიერკავკასიის რკინიგზის ბავშვთა საავადმყოფოში – ქ. თბილისი, რკინიგზის საავადმყოფო, თვედღორე მღვდლის ქუჩა.

01.11.1979-01.03.1983 წწ. – ექიმი-ასპირანტი (მიზნობრივი) საკავშირო სამედიცინო აკადემიის პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის კარდიოლოგიური განყოფილებაში, ქმოსკოვი, ლომონოსოვის პროსპ. №62.

01.03.1983-30.01.1992 წწ. – კათედრის ასისტენტი სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პოსპიტალური პედიატრიის კათედრაზე – ქ. ბილისი, დილომი, ბავშვთა №2 საავადმყოფო.

01.09.1990-01.09.1993 – პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, კარდიოლოგიური განყოფილება, ქმოსკოვი, ლომონოსოვის პროსპ. №62, მიზნობრივი დოქტორანტი.

01.09.1993-01.09.1997 წწ. – ექიმი სამუშაო ადგილზე რუსეთის სამედიცინო აკადემიის პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის კარდიოლოგიურ განყოფილებაში, ქმოსკოვი, ლომონოსოვის პროსპ. #62.

18.10.1993-31.12.1995 წწ. – ექიმი-პედიატრი (შეთავსებით) რუსეთის სამედიცინო აკადემიის ა.ნ. ბაკულევის სახ. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის სამეცნიერო ცენტრის სამეცნიერო კონსულტაციურ განყოფილებაში – ქმოსკოვი, ლენინის პროსპ. №8.

17.03.1997-15.06.1999 წწ. – უფროსი მცნიერ თანამშრომელი რუსეთის სამედიცინო აკადემიის ა.ნ.ბაკულევის სახ. გულ-სისხლძარღვთა ქირურგიის სამეცნიერო ცენტრის რენტგენო-დიაგნოსტიკურ განყოფილებაში.

ოფლებში – ქმოსკოვი, რუბლიოვის გზატკეცილი №135.

16.03.2000-09.08.2004 წწ. – დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამმართველოს უფროსი ქ. თბილისის მერიის ჯანმრთელობისა და სოციალურ დაცვის საქალაქო სამსახურში – მიცკევიჩის ქ. №29ა.

09.08.2004 წლიდან დღემდე – შპს ქ.თბილისის მერიის „ბავშვთა №13 პოლიკლინიკის“ დირექტორი, რევაზ ლაღიძის ქ. №8; ამაჰად შპს „სამკურნალო-პროფილაქტიკური ცენტრის“ „შუა ქალაქში“ გენერალური დირექტორი.

მოკლევადიანი სასწავლო კურსები, სემინარები და სერტიფიკატები:

დახელოვნების ციკლი პიროვნების სახელობის მე-II სამედიცინო ინსტიტუტის პედაგოგების კვალიფიკაციის ასამაღლებელ ფაკულტეტზე სპეციალობით „ბავშვთა დაავადებები გამომთვლელი ტექნიკით“ (242 საათი, სერტიფიკატი №8212/67 – 21.03.1986-29.03.1986 წელი, ქმოსკოვი.

ორ (2) თვიანი დახელოვნების ციკლი „გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა; ფილტვების ობსტრუქციული დაავადებები“ – რუსეთის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ექიმთა დახელოვნების ფაკულტეტის ფუნქციური დიაგნოსტიკის კათედრა, (სერტიფიკატი დიპლომისათვის №146771-I), მოსკოვი, 1995 წ.

ლექციების სრული კურსი „ბავშვთა ასაკის კარდიორემატოლოგიაში“ – (72 საათი) რუსეთის სამედიცინო აკადემიის პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, მოსკოვი, 20.02.1995 წელი.

რუსეთის სამედიცინო აკადემიის პედიატრიული პროფილის საატესტაციო კომისიის გადაწყვეტილებით – უმაღლესი საკვალიფიკაციო კატეგორია სპეციალობით „პედიატრია“ (შესაბამისი სერტიფიკატებით), 1997 წელი.

„ჯანდაცვის ეკონომიკის საფუძვლები“ – სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი, უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრი, ბორჯომი №003495-10.10.2003; თბილისი №003871-24.04.2004; №003978-22.04.2005 წწ. (ყოველწლიურად 50 კრედიტ საათი)

სახელმწიფო სერტიფიკატი (II ა 72 №033438) სპეციალობაში „საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და ჯანდაცვის ორგანიზაცია“ – 13.10.2004 წელი.

მოწმობა №004514 – „ზოგადი კურსი ჯანდაცვის მენეჯმენტში“ 50 კრედიტ-საათი – სოციალური და ჯანმრთელობის ეროვნული ინსტიტუტი, უწყვეტი სამედიცინო განათლების ცენტრი, თბილისი, 8 ივლისი, 2006 წელი.

სერტიფიკატი უსგ №277 – „პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებების ფინანსური მენეჯმენტი“ – 151 ტიპის უპგ ქულა, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი. თბილისი, 20.12.2006 წელი.

„ღვიძლისა და სხვადასხვა გზების დაავადებები ბავშვთა ასაკში: დიაგნოსტიკა, მართვა“ (სერტიფიკატი №1279 – 09.12.2005 წელი, 25 კრედიტ-საათი), საქართველოს სახელმწიფო სამედიცინო აკადემია. თბილისი.

„ახალგაზრდების რეპროდუქციული ჯანმრთელობა – პრობლემები და პრიორიტეტები“ (სერტიფიკატი № C 0030 – 08.05.2006 წელი, 15 უპგ ქულა), I საერთა-

შორისო კონფერენცია და სკოლა-სემინარი „მოზარდთა გლობალური მედიცინა“. თბილისი.

„მწვავე მოწამვლები: სიმპტომატიკა, პირველადი დახმარება, გართულებები, სპეციფიკური მკურნალობის პრინციპები ბავშვთა ასაკში“ (სერტიფიკატი №866 – 02.06.2006 წელი, 25 I ტიპის უპგ ქულა), თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი, თბილისი.

„პროფესორ ა.კობალაძის სახელობის ყოველწლიური სამედიცინო კონფერენცია“ (სერტიფიკატი №148-06.06.2006 წელი, I ტიპის 10 უპგ ქულა), თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაცია, თბილისი.

„საჭმლის მომნელებელი სისტემის ზოგიერთი ფუნქციური დარღვევის და გენეტიკური დაავადებების მართვის თანამედროვე ასპექტები პედიატრიაში“ (სერტიფიკატი №2006221 – 03.02.2007 წელი, 25 კრედიტ-საათი), ი.ფაღავას სახ. პედიატრიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, თბილისი.

„პედიატრიული ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მართვის თანამედროვე პრინციპები“ (სერტიფიკატი №2006109 – 17.02.2007 წელი, 20 კრედიტ საათი), მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო, თბილისი.

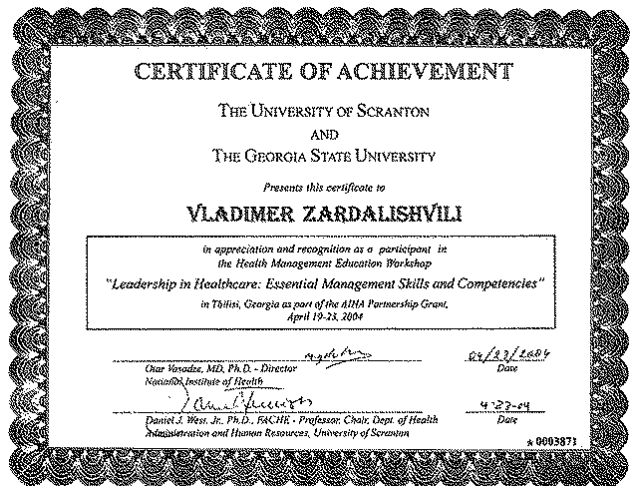
„ვიტამინისმაგვარი ნივთიერებების როლი სხვადასხვა დაავადებების დროს“ – საქართველოს ნუტრიციოლოგიის ასოციაციის სერტიფიკატი, სახელმწიფო აკრედიტაციის №2007309, 10 I ტიპის უპგ ქულა, 15.11.2007 წელი.

„ნაწლავთა შეწოვის ფუნქციის დარღვევით მომდინარე დაავადებათა მართვის თანამედროვე მეთოდები“ – თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, დიპლომის შემდგომი სამედიცინო განათლების და უწყვეტი პროფესიული განვითარების ინსტიტუტი, სახელმწიფო აკრედიტაციის №2007309, 10 I ტიპის უპგ ქულა, თბილისი 16-17.11.2007 წელი.

ჩვენი ვოვა წლების განმავლობაში ასრულებდა ჟურნალებში: „ბავშვთა კარდიოლოგია“ და „სოციალური, ეკოლოგიური და კლინიკური პედიატრია“ თავის მოვალეობას, როგორც რედაქციების აქტიური წევრი და ქართულ პედიატრიაში თავის სიტვას ამბობდა.

მართლაც, რომ ჩვენთვის მწარედ სათქმელია ჩვენთვის - ღმერთმა გაანათლოს.

შენი გულდაწყვეტილი მეგობრები



გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაგა,
კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი

ანონსი

ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის საფუძვლები

(II ტომი – რევმატოლოგია)



CARDIOLOGY
REVMATOLOGY

თბილისი
2014

წინამდებარე დამხმარე სახელმძღვანელოს II - ტომი გ. ჩახუნაშვილი, ნ. ჯობაგა, კ. ჩახუნაშვილი, დ. ჩახუნაშვილი „ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიის საფუძვლები“ (II-ტომი რევმატოლოგია) ქართულ, ინგლისურ და რუსულ ენაზე. თბილისი, გამოცემულია საქართველოს ბავშვთა კარდიოლოგთა ასოციაციის მიერ 2014 წ. გვ.-150.

იგი შედგება დაავადებების მიმოხილვის ორი თავისა და პრაქტიკოსი ექიმებისათვის განკუთვნილი რამოდენიმე თავისაგან. დაავადებების მიმოხილვის პირველ თავში მოცემულია ართრიტი ცხრილებსა და გრაფიკებში, ხოლო კერძო ნაწილში – მეორე თავი ვფიქრობთ არა ტრადიციულად, მაგრამ ორიგინალურად კითხვა-პასუხის რეჟიმში მოწოდებულია იუვენალური იდიოპათური ართრიტი, სისტემური წითელი მგლურა, იუვენალური დერმატომიოზიტი, სკლეროდერმია, იუვენალური სპონდილოართროპათიები, კავასაკის დაავადება, პენოს-შონლაინის პურპურა, იშვიათი იუვენალური პირველადი სისტემური ვასკუ-

მაღე ექიმთა ფართო საზოგადოება მიიღებს კარგ საჩუქარს

ლიტები (კვანძოვანი პოლიარტერიტი, ტაკაიასუ, ვეგენერის გრანულომატოზი, სხვა ვასკულიტები), რევმატიული ცხელება და პოსტსტრეპტოკოკული რეაქტიული ართრიტი, ბეხჩეთის დაავადება, ლაიმის ართრიტი. ამ თავში განხილულია აგრეთვე ტკივილის სინდრომები, გენეტიკურ ანომალიებთან დაკავშირებული მორეციდივე ცხელებები, ოჯახური ხმელთაშუა ზღვის ცხელება, მედიკამენტური თერაპია და AUTOINFLAMMATORY DISEASES. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ შემდეგ თავებში მოწოდებულია პრაქტიკოსი ექიმებისათვის საინტერესო და საჭირო ინფორმაციები და არა მარტო მათთვის.

წიგნში ავტორებმა გამოიყენეს კლინიკური მაგვშვთა რევმატოლოგიის უახლესი მონაცემები, საერთაშორისო კლასიფიკაციები, პირადი მრავალწლიანი კლინიკური, სამეცნიერო და პედაგოგიური გამოცდილება.

წიგნი პირველ რიგში განკუთვნილია სამედიცინო უნივერსიტეტის სტუდენტებისათვის, პედიატრ-რეზიდენტებისათვის, პედიატრებისათვის, იგი ასევე დიდ დახმარებას გაუწევს ამ დარგში მომუშავე სხვა პროფილის ექიმებს და უშუალოდ სუბსპეციალობა ბავშვთა კარდიო-რევმატოლოგიაში მათ გადამზადებას.

რეცენზენტები:

პროფესორი **ირ. ციციშვილი**

პროფესორი

ა.გ. კვხუბერელი-კოპაძე

ერთ-ერთი პირველი ქართული პრეპარატები



პური

გააძინებავლია უსაქინს ანოლქათავით

2014-2016 წწ. წაკითხულია კლინიკური ლექციები ბავშვთა კარდიო – რევმატოლოგიის საფუძვლები – (სულ 4-ლექცია), სტუდენტების, რეზიდენტებისა და ექიმებთანთვის. აგრეთვე უმაღლეს სასწავლებელთა პედაგოგთათვის. შესაძლებელია მსურველებს პრეზენტაციები ჩაგაწერინოთ.

(„ირ.ციციშვილის სახ. ბავშვთა ახალი კლინიკა“ – ლუბლიანას ქ. №21. დიღომი)

რა თქმა უნდა, როგორც ყოველთვის, ეს იქნება საჩუქრის სახით.

(სასურველია წინასწარ შემითანხმდეთ – პროფესორი გიორგი ჩახუნაშვილი)

კლინიკური ლექციები ბავშვთა კარდიო- რევმატოლოგიის საფუძვლები

სტუდენტების,
რეზიდენტებისა და
ექიმებთანთვის. აგრეთვე
უმაღლეს სასწავლებელთა პედაგოგთათვის

შესავალი

- CARDIOLOGY
- REVMA TOLOGY

მმდ. პროფესორი
აკადემიკოსი
გიორგი ჩახუნაშვილი
მედიცინის დოქტორი ნინო ჯაფარიძე
2014

ბავშვთა კარდიო- რევმატოლოგიის საფუძვლები

შესავალი

<p>1</p> <p>სისხლის მიმოქცევა (დედა – პლაცენტა – ნაყოფი)</p> <p>Cardiac Problems in Perinatology and Paediatrics;</p>	<p>2</p> <p>ინსპექციის პერკუსია აუსკულტაცია (ფკპ) და გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები</p>	<p>3</p> <p>ეკგ-ის კლინიკური დირებულუბანი ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში- პედიატრიისა და ბ/კარდიო- რევმატოლოგიაში</p>
--	---	--

წასაკითხია აგრეთვე

<p>(4)</p> <p>ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული კვლევები: • ექო გრაფია, • კაპილაროსკოპია, • კარდიოინტერ- ვალოგრაფია, • Re-გრაფია და სხვ.</p>	<p>(5)</p> <p>Cor</p> <p>გულ- სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებები</p>	<p>(6)</p> <p>Rev</p> <p>შემერთებელი ქსოვილის დაავადებები</p>	<p>(7)</p> <p>სიმპტომების და სიმძრომების (ცხელება ართრალგია მიალგია გამონაყარი და ა.შ.) კლინიკური დირებულუბანი ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში</p>
--	---	---	---



დორადო® Dorado®

ყველაფერი, რაც საჭიროა:

**იშუნიბათისთვის
ზრდისთვის
განვითარებისთვის**

სიროფი
ბანანის გემოთი
200 მლ.

დოზირება და მიღების წესი:
6 თვიდან 4 წლამდე: 2,5 მლ. 1-ჯერ
დღეში;
4-9 წელი: 5 მლ. 1-ჯერ დღეში;
9-14 წელი: 10 მლ. 1-ჯერ დღეში;
14 წელი და ზემოთ: 15 მლ. 1-ჯერ
დღეში;

მიიღება ჭამის დროს.
გამოყენების წინ ბოთლი
შეანჯღრიეთ.

გაიცემა რეცეპტის გარეშე!

უბიკარი Ubicar

L-კარნიტინი + კოენზიმ Q-10

**ორმაგი ძალა
ორმაგი მოქმედება
ორმაგი შედეგი**

სიროფი მოტკბო
გემოთი,
100 მლ-იან
ბოთლში,
მზომი
თავსახურით.

გაიცემა
რეცეპტის გარეშე!

დოზირება და მიღების წესი:
მიიღება 0-2 წლამდე: 10 მლ. 1-ჯერ დღეში.
2 წლიდან ზემოთ და მოზარდილებში: 10 მლ. 1-3-ჯერ დღეში.
გამოყენებამდე ბოთლი შეანჯღრიეთ. მიიღება წყალში და წვეთში განზავებული სახით.