

**თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი**  
**ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**TBILISI STATE MEDICAL UNIVERSITY**

## **საქართველოს სამედიცინო ჟურნალი**

სამეცნიერო-პრაქტიკული, მეთოდოლოგიური ჟურნალი.  
დაარსდა 1922 წელს

## **Медицинский журнал Грузии**

Научно-практический, методологический журнал. Основан в 1922 году

## **Medical Journal of Georgia**

Scientific-practical methodological journal. Was established in 1922

# 3

**ივლისი-სექტემბერი**

**2008**

## შინაარსი

### ბამოსათხოვარი

თამარ დეკანოსიძე

### პროფილაქტიკური მედიცინა

კ. გელაშვილი, რ. კვერენჩილაძე, ნ. ვეფხვაძე, ი. მჭედლიშვილი, ი. ფალავა, რ. ჯავახიძე, ლ. ზირაქიშვილი - პროფილაქტიკური მედიცინის წარსული, აწმყო და მომავალი

### კარდიოლოგია

გ. ტაბიძე, მ. იაკობაშვილი, დ. ბალათურია, თ. ციბაძე - მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების თავისებურებები დიასტოლური დისფუნქციით მიმდინარე გულის ქრონიკული უკმარისობისას.

### პულმონოლოგია, ფიზიოთერაპია

ნ. სააკაშვილი, მ. ტაბიძე, ნ. კაკულია, მ. აფხაზი, ი. კვინიკაძე - ვანადიუმის ელექტროფორეზის გავლენა გახანგრძლივებული პნევმონიის მქონე ავადმყოფთა კარდიოჰემოდინამიკაზე

### ინფექციური სნეულბანი, ეპიდემიოლოგია

ი. მჭედლიშვილი, თ. მჭედლიშვილი, მ. ელოშვილი - საქართველოში მენინგოკოკური ინფექციისა და ბაქტერიული მენინგიტების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის გაუმჯობესების გზები.

### ალერგოლოგია, ფიზიოთერაპია

ნ. სააკაშვილი, ი. თარხან-მოურავი, ნ. ჯაკობია - სანტიმეტრული დიაპაზონის მიკროტალღების ელექტრომაგნიტური ველის გავლენა ბრონქული ასთმის დროს.

### პროფვათოლოგია

რ. კვერენჩილაძე, მ. ციმაკურიძე, ლ. ბაქრაძე, ნ. ხუნაშვილი - თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის პირობების, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მისი გაუმჯობესების ღონისძიებები.

### დიაგნოზოლოგია, ფსიქოთერაპია

ა. ციბაძე, ლ. ცუცქერიძე, რ. ყურაშვილი, მ. კორკელია, დ. ციბაძე - სენსომოტორული და ფსიქოემოციური პროდუქტიულობა არაპროლიფერაციული რეტინოპათიით გართულებული შაქრიანი დიაბეტის დროს.

### პროფესიული განათლება, პროფვათოლოგია

მ. ციმაკურიძე, ვად. სააკაძე, რ. კვერენჩილაძე - მოსაზრებანი უმაღლეს სამედიცინო სკოლაში პროფესიული პათოლოგიის სწავლების შესახებ.

### კომუნალური ფარმაცია

ა. ბაკურიძე, ვ. ერიაშვილი, თ. ჭუმბურიძე, ნ. ნემსინვერიძე, ი. ნურნუშია - კომუნალური ფარმაციის პრობლემები საქართველოში.

### ჯანდაცვის ორგანიზაცია, ნეკროლოგია

მ. შავდია, ე. დარბაისელი, ნ. შავდია. ა. ვაჩიშვილი - ოჯახის ექიმის როლი ასთმის გამოვლენასა და მკურნალობაში.

### იუბილარი

გ. ჩაფიძე, ჯ. მამალაძე - სასიქადულო მამულიშვილი (სიმონ კაპანაძე)

### ბახსენება

თ. კაჭახიძე, ჯ. მამალაძე - მეგობრის ხსოვნას (გურამ ბაქრაძე)

ჯ. მამალაძე, მ. კუტუბიძე - იცხოვრა სიკეთით სხვათა მიმართ (ჯემალ მგალობლიშვილი)

### ნეკროლოგი

გულნარა გერსამია

ლევან ჩარკვიანი



## თამარ ღეკანოსიძე

საქართველოს საზოგადოება, მედიკოსთა დიდი არმია, გულისტკივილით გამოეთხოვა თვალსაჩინო მეცნიერს, პედაგოგს, საზოგადო მოღვაწეს, ეროვნული პათოლოგ-ანატომიური სკოლის ერთ-ერთ ფუძემდებელს, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიის წევრ-კორესპონდენტს, მეცნიერების დამსახურებულ მოღვაწეს, პროფესორ **თამარ ღეკანოსიძეს**.

ქალბატონმა თამარმა სამეცნიერო-პედაგოგიური მოღვაწეობის სახელოვანი გზა განვლო. პიროვნული და მოქალაქეობრივი პოზიცია, როგორც ჭეშმარიტი მამულიშვილისა, მუდამ გამორჩეული და შეურყვნიელი იყო ქვეყნის საკეთილდღეოდ.

1943 წლიდან მოყოლებული, 65 წლის მანძილზე, იგი უდიდესი პატრიოტული შემართებითა და ერთგულებით ემსახურებოდა ეროვნული სამედიცინო მეცნიერების წინსვლას, ქართული სამედიცინო აზროვნების საერთაშორისო აღიარებას.

ახალგაზრდობის წლებიდან მოყოლებული იგი იღვწოდა ეროვნული ცნობიერებისა და სულიერების განსამტკიცებლად, წმინდა ქართული ღირებულებების დასაცავად და დასამკვიდრებლად.

ქალბატონი თამარის მთელი ცხოვრება ნამდვილად სახალხო მოღვაწის დამახასიათებელ

თვისებად შეიძლება მივიჩნიოთ. ეს მისგან უდიდეს პასუხისმგებლობასა და თავდადებას მოითხოვდა. 9 აპრილის ეროვნული ტრაგედიის მძიმე დღეებში, იგი ჩვეული გამბედაობით ნინ ალუდგა საბჭოთა იმპერიის დამსჯელ ძალას და მიუხედავად მის მიმართ ფიზიკური ანგარიშსწორების საშიშროებისა, მეცნიერულად დამაჯერებელი და დასაბუთებული პასუხი გასცა თავისუფლების მოძალადეებს.

ქალბატონ თამარს დიდ ბედნიერებას ჰგვრიდა დემოკრატიული ქვეყნის სასიკეთო მომავალზე ფიქრი. დამოუკიდებელმა საქართველომ თავის პირველ ეროვნული პარლამენტის შემადგენლობაში საპატიო ადგილი მიუჩინა მას, რაც ჭეშმარიტი აღიარება იყო მისი ქვეყნისა და ხალხის სამსახურში განეული დიდი წვლილის გამო.

განუზომლად შთამბეჭდავი იყო ქალბატონ თამარის პიროვნული ხიბლი. მისი ყოველი სიტყვა, საჯარო გამოსვლა, თუ კერძო საუბარი, ღრმად გააზრებული, მაღალპროფესიული, სახელმწიფოებრივი და ეროვნული შეგნების გამომახატველი იყო.

მან თავისი პიროვნული ცხოვრებით მაგალითი მოჰფინა იმ ჭეშმარიტებას, თუ როგორი უნდა იყოს პიროვნება, მეცნიერი, პედაგოგი, საზოგადო მოღვაწე და მამულიშვილი

**„საქართველოს სამედიცინო ჟურნალისა“ და გაზეთ „მედიცინის“ სარედაქციო კოლეგია და საბჭო, რედაქციის თანამშრომლები**



---

 რედაქციისაგან
 

---

ქართველი საზოგადოებრიობა, სამედიცინო ინტელიგენცია მწუხარებით გამოეთხოვა ეროვნული მედიცინის თვალსაჩინო წარმომადგენელს, მკვლევარს, პედაგოგს, საზოგადო მოღვაწეს, საქართველოში პათოლოგანატომიური დარგის ერთ-ერთ ფუძემდებელსა და ორგანიზატორს, ქართველ მედიკოსთა მრავალი თაობის აღმზრდელს, საყვარელ მასწავლებელს, მეგობარს, დამრიგებელსა და თანამდგომს, ქალბატონ თამარ დეკანოსიძეს.

მრავალი წლის მანძილზე, სიცოცხლის ბოლომდე, ქალბატონი თამარი გვერდში ედგა ქართული პერიოდული სამედიცინო პრესის შემოქმედებით კოლექტივს. მისი ავტორობითა და მოქალაქეობრივი შემართებით მრავალი მწვავე პრობლემური საკითხი გახდა საზოგადოებრიობის განსჯის საგანი, რასაც ფართო მკითხველთა მხარდაჭერა ხვდა. ეს იყო ეროვნული თემატიკა თუ ქვეყნის მომავალი, ახალგაზრდა სპეციალისტთა პროფესიული აღზრდა თუ მათი შემდგომი საქმიანობა, მეცნიერული სიახლენი თუ პრაქტიკული რეკომენდაციები და სხვა მრავალი.

ქალბატონ თამარის გარდაცვალებასთან დაკავშირებით გამოვხატავთ ღრმა მწუხარებას, გულისტკივილს და ქართული პერიოდული სამედიცინო პრესის მეშვეობით სამძიმარს ვუცხადებთ ყველას, ვინც პირადად იცნობდა მას და წილად ხვდა პატივი ყოფილიყო მისი მოწაფე, კოლეგა, თანამოაზრე.

დიდი ივანე ჯავახიშვილი ბრძანებდა: „...გულცივი ადამიანი ვერ გააკეთებს ვერასოდეს დიდ საქმეს, უნდა უყვარდეს ყოველ მათგანს თავისი ხალხი, უნდა უყვარდეს მეცნიერებას, უნდა გრძნობდეს პასუხისმგებლობას, რომ შეალიოს თავისი ძალა მეცნიერებასაც და ხალხსაც“. ეს სიტყვები ნამდვილად მიესადაგება ღირსებული ქალბატონის თამარ დეკანოსიძის პიროვნებას, რომელმაც დიდი წვლილი შეიტანა საქართველოში პათოანატომიური მეცნიერების განვითარებაში, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის აღმავლობისთვის, ქართველი ხალხისა და ქართული სახელმწიფოებრიობის განმტკიცებისათვის.

ქალბატონი თამარი იყო სამართლიანი, დიდსულოვანი, დახვეწილი გემოვნების, გულისხმიერი, მიმტევებელი, განათლებული, მზრუნველი, ერუდირებული, შრომისმოყვარე, უერთგულესი, მეგობრობის ეტალონი, რომელსაც ურთულეს პირობებშიც კი არასოდეს დაუკარგავს ადამიანური თანადგომა. მიუხედავად იმისა, რომ სიცოცხლის ბოლო პერიოდში მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა საგრძნობლად შეირყა, ის მაინც დიდი რუდუნებით ენეოდა შემოქმედებით საქმიანობას. ამაზე მეტყველებს თუნდაც ის ბოლო წერილი, რომელიც მან ჩვენი ყურნალის მთავარ რედაქტორს, ბატონ ჯანგირ მამალაძეს და რედაქციის თანამშრომლებს გამოუგზავნა, სადაც ისევ

ქართული ენის სინმინდისათვის მასალის მომზადებასა და პაექრობას აპირებდა. მისთვის ყოვლად მიუღებელი იყო, როცა ქართული ენისათვის გაუმართლებელ ფორმებს იყენებდა ზოგიერთი მკვლევარი. დაულალავად იღვწოდა ქართული ენის ახალი ნორმების ძიებისათვის. ქალბატონ თამარს სწამდა, რომ ქვემარტივი სიტყვაკაზმულობა მოითხოვს ენობრივი ნაკლის დაძლევას. მისი აზრით, როცა რაიმე მხატვრულ ღირებულებას ქმნი, ამისათვის საჭიროა დახვეწილი, ხასხასა ქართული ენით წერა, რომელიც აძლიერებს, ავითარებს და უფრო მოქნილს ხდის ენობრივ ფორმებს, მკვიდრ საფუძველს უქმნის ენის შემდგომ განვითარებას. მწირი ლექსიკა, გაუმართავი წინადადებები, ორთოგრაფიულ-სინტაქსური წუნი უკან ხევს ენასა და საფუძველს ურყევს მას.

ბოლო ჩვენამდე მოწერილ წერილში ის სინანულით წერს: „დარწმუნებული ვარ, ჩემი სიკვდილის შემდეგ „ირ“ ნაწილაკს არავინ მიხედავს და დარჩება ის საქართველოში. ისედაც ქართული არც პოეზია და რც პროზა ძვირად აღარავის უღირს. „ირ“-ნაწილაკიანი სიტყვების, ვაჟასა და აკაკის და სხვა ჩვენთვის ძვირფასთა ლექსების ყღერადობას ერთმანეთისაგან ვინლა გაარჩევს?!“ 25.07.08.

ვაი, რომ ბოლო სურვილის შესრულება ვეღარ შეძლო.



## ჩვენი სულიერი ჩირაღდანი



თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის გამსვლელი სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია ქუთაისში (მარჯვნიდან მარცხნივ - თამარ დეკანოსიძე, ვახტანგ ყიფიანი, ალექსანდრე ციბაძე, ვადიმ სააკაძე).

ელვისებრი სისწრაფით იღვევა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სადღეისოდ ჯერ კიდევ შემორჩენილი რვა ათწლეულის ზღურბლს მიახლოებული აღზრდილთა რიცხვი - უბედნიერესი თაობა, რომელთა ჯგუფს მეც მივეკუთვნები და რომელთა პროფესიულ ჩამოყალიბება-დაოსტატებაში ქართველ მედიკოსთა ბრწყინვალე თანავასკვლავედის იშვიათმა ნიჭმა და თავდადებადებულმა მეცადინეობამ გადამწყვეტი როლი შეასრულა.

ამ შესანიშნავ აღმზრდელ-პედაგოგთა შორის, რომლებმაც იშვიათი ტაქტითა და დაურალავი ძერწვით დაგვაკვალიანეს, დიდ მედიცინაში გზა დაგვილოცეს და სულიერადაც გაგვანათლეს, დღევანდელობას, სამნუხაროდ, მხოლოდ ერთეულებმა მოაღწიეს. და, აჰა, უკანასკნელ მოჰიკანთაგანმაც - ჩვენმა უსაყვარლესმა მასწავლებელმა და სულიერმა ჩირაღდანმა - ქალბატონმა **თამარ დეკანოსიძემაც** ახლახან მიგვატოვა.

ეჭვიც არ მეპარება, რომ არანაირი ამაღლებული ეპისტოლური ნიჭი და დახვეწილი რიტორიკა ვერ ამონურავს ამ იშვიათად გამორ-

ჩეული პიროვნების სიღრმისეულ სულიერების ასახვას, უძლურია სახოვანად ფერწეროს მისი ბუნება, არ ძალუძს თუნდაც უამრავი ნაირფეროვანი ეპითეტებით შეავსოს მისი განუმეორებელი სიდიადე.

უამრავი თაყვანისმცემელი, ყველა, ვინც მის იშვიათ ხიბლს ეზიარა, უეჭველად უნისონში ამყვება და აღიარებს, რომ ქალბატონი თამარის სახით ამ ქვეყნიერებას მოევლინა სრულიად უნიკალური პიროვნება, რომელმაც თანაბარნილად და საოცარი ჰარმონიულობით შეითავსა უამრავი, ერთი შეხედვით თითქოსდა შეუთავსებელი უმნიშვნელოვანესი ნიშანთვისება: ბოზოქარი ერისშვილობა, რაფინირებული ინტელიგენტურობა, უმაღლესი პროფესიონალიზმი, განუღვეველი ენერგია, მჩქეფარე შრომისმოყვარეობა, დახვეწილი მეტყველება, შესაშური რიტორიკის უნარი, სხარტი კლინიკური აზროვნება, საოცარი შარმით შემკობილი პედაგოგიური ხელოვნება, იშვიათი თავმდაბლობა და კეთილშობილება, უსაზღვრო კეთილმოსურნეობა, რკინისებრი უდრეკი მეცნიერული პრინციპულობა, უშიშარი პატრიოტიზმი, სულიერი

სიმტკიცე და სიცოცხლით სავსეობა - სწორედ ამ მახასიათებლების ეგზოტაზონი ურთიერთკავშირით განისაზღვრა ქალბატონი თამარის ფენომენი. ქალბატონისა, რომელიც, მიუხედავად თავისი ვაჟკაცური შემართებისა, უფაქიზესი რუდუნებით ეფერებოდა თითოეულ ეროვნულ განძეულს და ქართული ლინგვისტიკის კეთილ ფერად მოგვევლინა.

აუდიტორიასთან ურთიერთობისას პირველსავე წამებიდან მთლიანად იპყრობდა მსმენელს: ვუსმენდით მთელი მონოლოგის განმავლობაში ზრდადი ყურადღებითა და აღტაცებით - მისი ადამიანური ხიბლი აუნერგელი აურით იყო გაჯერებული და სულიერ აღტაცებულობას გვევლინა.

ქალბატონი თამარის განუმეორებელი ინტელექტის სპექტრი სამამულო კულტურის, ისტორიის, ხელოვნების, სპორტის, ლიტერატურისა და სხვა იშვიათი ნაირფეროვანი ესთეტიკური ღირებულებების სიღრმისეული აღქმით იყო გაჩირაღდებული, თუმცა, ამავდროულად, მსოფლიო კულტურისა და მთელი ცივილიზებული სამყაროს მიღწევების უზუსტესი დამოკიდებულებებითა და შეფასებითაც გამოირჩეოდა.

ქალბატონი თამარის განსაკუთრებული მიმზიდველობა კი აპოგეას მაშინ აღწევდა, როდესაც, თითქოსდა მოულოდნელად, ის საკუთარ იშვიათ ადამიანურ გულუბრყვილობასა და ალალმართლობას ავლენდა, რითაც მისდამი უსაზღვრო სიყვარულისა და პატივისცემის გრძობით

გვახსებდა, გვაბედნიერებდა და სიცოცხლისამდი სიმხნე-სიხალისით გვაჯილდოვებდა.

ქალბატონმა თამარ დეკანოსიძემ გაიელვა მისთვის უსაზღვროდ საყვარელი საქართველოს ცისკიდეზე უძველესი ეროვნული გენოფონდის გამორჩეული ნიმუშის სახით და დაუვინყარი ნიშანსვეტი სამარადისოდ დაამკვიდრა ჩვენს კულტურაში. დაგვიტოვა უდიდესი სიყვარულის და სიამაყის გრძობა მისეული საყვარელი რეფრენის სახით - „გახსოვდეთ, ვისი გორისანი ბრძანდებით!“

რარიგ სიმბოლოურია, რომ ქალბატონი თამარის ეს ეპოქალური ნიშანსვეტი დამკვიდრდა და ულეველი ძალით სამარადისოდ აკაშკაშდა ღირსეულ ადგილას - საქართველოს საზოგადო მოღვაწეთა დიდუბის პანთეონის შუაგულში, საამაყო ერისშვილთა შარავანდედში. აქ მისმა უსაყვარლესმა ქართულმა მიწამ ჩვენი სულიერი ჩირაღდანი კი არ შეანელა, არამედ ცამდე აღმართული სამარადისო ძეგლად მოგვევლინა.

მის აურაცხელ მონაფეებს, აღზრდილებს, კოლეგებსა და ერის დანარჩენ წარმომადგენელს, რომელნიც მისი თანამედროვენი და თანამოაზრენი ბრძანდებოდნენ, სამარადისოდ დაგვრჩა მადლიერი ხსოვნა გულისა ქალბატონ თამარ დეკანოსიძის განუმეორებელი ფენომენის სახით.

დიახ! ვიყავით რა მისი თანამედროვენი - ეს ჭეშმარიტად განუზომელი ბედნიერებაც იყო და ღვთისმიერი ჯილდოც...

**ვადიმ სააკაძე**



## მეტრი, სუპერ-ეპო

ვერც ერთი ზედსართავი სახელი ისე ვერ წარმოაჩენს ქალბატონი თამარის, როგორც მეცნიერისა და პედაგოგის, მამულიშვილისა და საზოგადო მოღვაწის სახესა და უდიდებულესობას, როგორადაც ეპითეტი - მეტრი, ანუ განსაკუთრებული შარავანდედით მოსილი, ადამიანის ზეაღმატებულობის გამოხატულების ცნება. მართლაც ქალბატონი თამარი ისეთ სიმალლეზე იდგა, რომლის მიღწევა საოცნებო და სანუკვარია თვით ყველაზე მაღალი რანგის მეცნიერის, პედაგოგისა და საზოგადო მოღვაწისათვის.

ქალბატონ თამარისათვის დრო და სივრცე უწყვეტ განზომილებას და უსაზღვრო მასშტაბს წარმოადგენდა. იგი დილიდან გვიან ღამემდე მუშაობდა, მუდმივად ცდიდან ცდამდე, ექსპერიმენტიდან ექსპერიმენტამდე ცხოვრობდა. ლექციები, მიკროსკოპი, ლაბორატორია, პრეპარატების გარჩევა ნამდვილი სტიქია იყო მისთვის. გასაოცარი იყო მისი მიგნებები, ანალიტიკური აზროვნებისა და მეცნიერული შეფასებების სიღრმე. მის გარემოცვაში ყოფნისას ერთნაირად მაღლდებოდი, ზემალალ სხვა სამყაროში გადადიოდი.

ახლაც თვანწინ მიდგას როგორ აღტაცებას იმსახურებდა მისი ლექციები და გამოსვლები, კლინიკურ-პათოლოგანატომიური გარჩევები და სემინარები, როგორ იყო იგი აღტაცებული, როდესაც რაიმე საკვანძო საკითხებს ახსნიდა და პრობლემის გადაჭრის გზებს მონახავდა. მასთან არ უნდა წამოგვცდენოდა რაიმე ნუხილი საკუთარი გასაჭირის შესახებ - აღარ მოგეშვებოდა, ზედ გადაგყვებოდა, არ მოგასვენებდა და არც თვითონ მოისვენებდა, ვიდრე გამარჯვებულს არ გიხილავდა.

უკიდევანო იყო თამარის მოღვაწეობის ასპარეზი და სარბიელი. არ რჩებოდა სფერო, მას რომ უშუალოდ მონაწილეობა არ მიელო, ან თანამონაწილე არ ყოფილიყო. რომელი ერთი ჩამოითვალოს: თამარი და სამედიცინო უნი-

ვერსიტეტი, თამარი და სამინისტრო, თამარი და აკადემია, სხვადასხვა საზოგადოებები, პრაქტიკული დაწესებულებები და სხვა. ყველაფერს სწვდებოდა მისი ხელი, ისახებოდა ახალი მიმართულებები და წამოწყებები, იქმნებოდა კომისიები და საბჭოები, კრებავდა და აერთიანებდა ყველაზე უნარიან და შემოქმედადამიანებს. არ მახსოვს სამედიცინო უნივერსიტეტის არც ერთი რექტორი, სამინისტროს არც ერთი მინისტრი, აკადემიის არც ერთი პრეზიდენტი, საავადმყოფოების მთავარი ექიმი, თუ განყოფილების გამგე, რომ მათ გვერდში არ დაეყენებინათ და არ ესარგებლათ ქალბატონ თამარის მაღალი ავტორიტეტით, ერუდიციითა და ინტელექტუალური პოტენციალით.

სწორედ, თამარისეული ცხოვრების წესი და აურა, მისი ნამოქმედარის და ნამოღვაწარის განსაკუთრებულობა, უშრეტი ენერგია და მუდმივი სწრაფვა სრულყოფისა და სიახლეებისადმი ქმნიდა იმ ფენომენს, რომელიც სუპერ-ეგოდ და ზეპიროვნებად იწოდება. საუკნეში ერთეულები თუ იბადებიან ასეთებად. ხანში შესულობის ჟამის დროსაც არ დაკლებია მას ეს შემოქმედებითი მუხტი და პათოსი.

სიკვდილამდე ორი დღით ადრე იგი პროფესორ დიმიტრი კორძაიას, აკადემიკოს თემურ ლეჟავას და ამ სტრიქონების ავტორს აღფრთოვანებით გველაპარაკებოდა იმ ახალი მეცნიერული იდეის ხორცშესხმაზე, რომელიც ეხებოდა ოთხი სხვადასხვა სახის კუნთოვანი სუბსტრატის - მიოკარდის, გულის გამტარი სისტემის, განივიზოლიანი და გლუვი კუნთოვანი ბოჭკოების ანატომიურ-ფუნქციური განსახვავებულობის გენეტიკურ და მოლეკულურ ახსნის ასპექტებს. ამ მიმართებით იგი მისთვის ჩვეული გულმოდგინებით სახავდა გეგმებს ამერიკელ და ქართველ ახალგაზრდა მკვლევართა ერთობლივი გუნდის ჩამოყალიბებაზე, მგზნებარედ საუბრობდა გამოსაცე-

მად გამზადებულ ორ ახალ წიგნზე, რომელშიც მთელი მისი პროფესიული, პიროვნული და მოქალაქეობრივი ფესვები და ფილოსოფიური კრედიო იყო გადმოცემული.

ქალბატონი თამარის შემოქმედებითი ძალის მეოხებით სამედიცინო დარგი და პროფესია, უხვად იყო გამდიდრებული ქართული პროფესიონალური ღირსების წარმოჩენის იმ მაღალი სულისკვეთებით, რაზედაც თაობები უნდა აღიზარდონ.

ქალბატონი თამარის სახელი, როგორც ეპოქალური პიროვნებისა, იმ გამორჩეულ ადგილს დაიკავებს საქართველოს მედიცინის ისტორიაში, როგორც სულმნათ და ზეამაღლებულ მედიკოსებს შეეფერება.

სათანადოდ დაუფასდა ქალბატონ თამარს თავისი ნამოღვაწარი. სახელმწიფოსაგან მას მაღალი პატივი მიეგო: იგი განისვენებს გამორჩენილ ქართველ მოღვაწეთა დიდუბის პანთეონში, არჩეულ იყო წევრ-კორესპონდენტად საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიაში და დაჯილდოებული მრავალი ორდენით, მედლითა და სიგელით. ამჟამად შექმ-

ნილია კომისია, რომელიც გამოსცემს მონოგრაფიას მისი ცხოვრებისა და შემოქმედების შესახებ. არანაკლებ აღსანიშნავია ისიც, რომ მისმა აღზრდილმა მოწაფეებმა და კოლეგებმა ძალღონე არ დაიშურეს, რათა რამდენჯერმე სიკვდილს გამოეტაცათ და სიცოცხლე შეენარჩუნებინათ მისთვის.

ვსარგებლობ შემთხვევით და მინდა უღრმესი მადლობა გადავუხადო აკადემიკოსებს: ნოდარ ყიფშიძეს, ნიკოლოზ ყიფშიძეს, დიმიტრი კორძაიას, გულიკო ჩაფიძეს, სოსო კაპანაძეს, ნინელი ნინუას, ილია თავზარაშვილს, რეანიმატოლოგ გულიკო ქილიფთარს და სხვებს, ასეთები ბევრი იყვნენ - ექიმები და ექთნები, ქალბატონი თამარის მიმართ ავადმყოფობის დროს განუეული გულითადი, უანგარო და უმნიკვლო ზრუნვისა და დახმარებისათვის.

დიდად მეამაყება, რომ ჩემი და უამრავი ჩვენგანის აღმზრდელი და მრჩეველი, დიდებული მეცნიერი და პიროვნება ქალბატონი თამარი იყო.

ნათელში ამყოფოს უფალმა მისი სული!

*ნოდარ ბაქრაძე*





## პროფილაქტიკური მედიცინის წარსული, აწმყო და მომავალი

*კ. გელაშვილი, რ. კვერენჩილაძე, ნ. ვეფხვაძე, ი. მჭედლიშვილი,  
ი. ფალავა, რ. ჯავახაძე, ლ. ზირაქიშვილი*

**საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მაცნეარებათა  
აკადემია; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი;  
ბ. ნათაქის სახელობის სანიტარიისა და ჰიგიენის სამეცნიერო-  
კვლევითი ინსტიტუტი;  
ნ. მახვილაძის სახელობის შრომის მედიცინისა და ეპიდემიის  
სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი;  
ს. პირსალაძის სახელობის სამედიცინო პარაზიტოლოგიისა და  
ტროპიკული მედიცინის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი**

ადამიანის ჯანმრთელობაზე უდიდეს ზემოქმედებას ახდენს ცხოვრების წესი და პირობები (48-50%), გარემო (20-22%) და გენეტიკური ფაქტორები (18-20%), მაშინ როცა ჯანმრთელობის დაცვის წილი მხოლოდ 7-12% შეადგენს [3]. აქედან გამომდინარე, მოსახლეობის ჯანმრთელობის გაუმჯობესების სფეროში ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი როლი ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებს ენიჭება, რაც გულისხმობს ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებასა და ჯანმრთელობისათვის ხელსაყრელი გარემოს შექმნას. ეს მოიცავს უსაფრთხო კვების პროდუქტებითა და სასმელი წყლით უზრუნველყოფას, გააზრებული დემოგრაფიული პოლიტიკის გატარებას, ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებას, პირველადი სამედიცინო ცოდნისა და ჩვევების მისაღებად მოსახლეობის აღზრდასა და წრთვნას; სოციალური სტრესების მოხსნას [4].

ეს საკითხი მეტად აქტუალურია საქართველოსათვის, ვინაიდან მრავალი მწვავე თუ ქრონიკული დაავადების პრევენცია შესაძლებელია ცხოვრების ჯანსაღი წესის პროპაგანდისა და მოსახლეობაში ფართოდ დანერგვის გზით, რაც მთლიანობაში შეამცირებს „ავადობის ტვირთს“. აღნიშნული მიზეზის მისაღწევად აუცილებელია საზოგადოების სხვადასხვა ფენის ფართო ძალისხმევა, რაც გულისხმობს ჯანმრთელობის ხელშეწყობ ღონისძიებებში ჯანმრთელობის დაცვის სექტორის გარდა სხვა სექტორების აქტიურ მონაწილეობასაც.

აქედან გამომდინარე, სამედიცინო მეცნიერებისა და პრაქტიკის პრიორიტეტულ

ამოცანათა შორის უპირველესია ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა და ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება, რაც მისი ნორმალური ყოფა-ცხოვრებისა და საქმიანობის მტკიცე გარანტიაა; ეს უკანასკნელი კი მისი ჯანმრთელობის შენარჩუნების წინაპირობაა. ამ გლობალური ამოცანის რეალიზაციისათვის არის მოწოდებული პროფილაქტიკური მედიცინა, რომლის პრიორიტეტულობა აღიარებულია მრავალი საერთაშორისო შეთანხმებითა და კონვენციით.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის პროგრამის - „ჯანმრთელობა ყველასათვის 21-ე საუკუნეში“ - თანახმად, გაჯანსაღება, დაავადებათა პროფილაქტიკა, მკურნალობა, რეაბილიტაცია და ინვალიდების მოვლა მუდმივად განვითარებადი სტრატეგიის ძირითადი ელემენტებია. ამ სტრატეგიის მიხედვით, ჯანმრთელობის გაუმჯობესების მიზანია თითოეულ ადამიანს მიეცეს გარანტია, რომ დაწყული იქნება მისი ჯანმრთელობის, ჯანსაღ გარემოში ცხოვრების, ავადმყოფობისა და ტრავმებისაგან ეფექტიანი დაცვის უფლებები.

აღნიშნული პროგრამა, პროფილაქტიკური მედიცინის მიმართულებით, ითვალისწინებს პირველი რიგის ამოცანებს, რომელთა რეალიზაცია ხელს შეუწყობს ადამიანისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფას. სტრატეგიული პროგრამის 38 ამოცანიდან უმეტესი ნაწილი სწორედ გარემოსა და ჯანმრთელობის დაცვის საკითხების გადანყვეტას ეთმობა. საყოველთაოდაა აღიარებული, რომ მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მდგომარეობა რეალურად მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული გარემოს პირობებზე.

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსა-

ფრთხი გარემოს უზრუნველყოფა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთ პრიორიტეტად არის აღიარებული, რაც განპირობებულია იმით, რომ გარემოს დაბინძურების თავიდან აცილება და მოსახლეობის ჯანმრთელობასა და ცხოვრების პირობებზე მისი უარყოფითი ზეგავლენის შემცირების პრობლემა დღეს განსაკუთრებით მწვავედ დგას ჩვენს ქვეყანაში [2].

ეკონომიკური კრიზისის პირობებში უკანა პლანზე მოექცა და მოიშალა სხვადასხვა დონის სანიტარიულ-ჰიგიენური და გარემოს დაცვითი ღონისძიებათა სისტემა, რამაც განაპირობა ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნის პრობლემის გამწვავება. ეს პირველ რიგში შეეხება მოსახლეობის უზრუნველყოფას ხარისხიანი სასმელი წყლითა და კვების პროდუქტებით. ამასთან, მოსახლეობის მძიმე მატერიალურმა მდგომარეობამ განაპირობა შიმშილთან, დაბალკალორიულ კვებასთან, საკვების სხვადასხვა კომპონენტის დეფიციტთან დაკავშირებული პრობლემების გამწვავება. სერიოზული მნიშვნელობა შეიძინა ბუნებრივი და ტექნოგენური კატასტროფების, ისევე როგორც საომარი კონფლიქტების შედეგების ლიკვიდაციამ.

ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს შექმნა მიზნად ისახავს ადამიანის ჯანმრთელობაზე გარემოს მავნე ფაქტორების ზეგავლენის შემცირებას და ხელს უწყობს მოსახლეობის გაჯანსაღებას, რითიც უზრუნველყოფს საქართველოს მოქალაქეთა კონსტიტუციური უფლების — ჯანმრთელობისათვის უვნებელ გარემოში ცხოვრების — დაცვას. აღნიშნული მიზნის მისაღწევად, აუცილებელია შემდეგი ამოცანების გადაწყვეტა: ჯანმრთელობისათვის მავნე ფიზიკური, ბიოლოგიური, ქიმიური და რადიოაქტიური დამაბინძურებლების მნიშვნელოვანი შემცირება — ჰაერში, წყალში, ნიადაგში, კვების პროდუქტებში, საყოფაცხოვრებო და საწარმოო გარემოში და გარემოში არსებული დადებითი ფაქტორების ადამიანის ორგანიზმზე კეთილსაიმედო მოქმედების ხელშეწყობა.

ჯანმო-ს განსაზღვრებით, *ჯანმრთელობის ხელშემწყობი გარემო* — ეს არის პირობები, რომელთა შექმნასაც ცდილობენ ქვეყნები ან საზოგადოებები ჯანმრთელობის მიზნის მისაღწევად. მთელი მოსახლეობისათვის ჯანმრთელობის ხელშემწყობი გარემოს კონცეფციაში მოცემულია ჯანმრთელობის დეტერმინანტები და მოიცავს შემდეგს:

- ადგილობრივი გარემო ფაქტორების როლი საზოგადოების ჯანსაღ განვითარებაში;
- მეთოდი, რომელიც ხელს უწყობს ჯანმ-

რთელობას და იცავს გარემოს მავნე ფაქტორებისაგან;

- ჯანმრთელობის კაპიტალის შექმნა საზოგადოების შიგნით;
- სტაბილური განვითარების მნიშვნელობა ჯანმრთელობის შენარჩუნებაში (ხელშეწყობაში);
- ადამიანების მიერ გარემოს ცნების ფართო გაგება;
- ადამიანების მიერ გარემოს შეგრძნება და ჯანსაღი გარემოს აღდგენის ან შექმნის პერსონალური ინტერესი [4].

ძირითადი ყურადღება ექცევა იმას, თუ რამდენად აუმაჯობებს ჯანმრთელობას კარგი გარემო და არა იმას, თუ როგორ ზეგავლენას ახდენს არასასურველი გარემო. ეს მოიცავს ისეთ საკითხებს, როგორიცაა რაციონალური მშენებლობა, ცხოვრების ჯანსაღი წესის ხელშეწყობა, სამრეწველო დაბინძურების აღკვეთა ან შემცირება, ტრანსპორტის მოძრაობისას წარმოქმნილი საშიშროებების შემცირება, მწვევლობის შემცირება და კვების ჩვევების ცვლილება. ნაკლებად განვითარებულ საზოგადოებებში ერთ-ერთი ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხი შეიძლება იყოს ჰიგიენური პირობები და წყლით უზრუნველყოფა, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დაცვის გაუმჯობესება და გადამდები დაავადებების კონტროლი.

საზოგადოების უფლებამოსილების კონცეფცია — განახორციელოს კონტროლი საკუთარი ჯანმრთელობის დეტერმინანტებზე (განმსაზღვრელ ფაქტორებზე), მართლაც წარმოადგენს ჯანმრთელობის ხელშეწყობის კვანძოვან საკითხს. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაცია, *ოტავის ქარტიაზე* დაყრდნობით, ჯანმრთელობის ხელშეწყობას განსაზღვრავს, როგორც „პროცესს, რომელიც საშუალებას აძლევს ადამიანებს გააძლიერონ კონტროლი და გაიუმჯობესონ ჯანმრთელობა“.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, საქართველოს ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებას ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება წარმოადგენს, რომელიც განსაზღვრავს ამ კუთხით გამიზნული პოლიტიკის პრიორიტეტულ მიმართულებებს და ადგენს მათი რეალიზაციის ძირითად გზებს ქვეყანაში არსებული სოციალური მოთხოვნილებებისა და ეკონომიკური მდგომარეობის გათვალისწინებით. ის მიზნად ისახავს ცხოვრების წესის ცვლილებას, რის შედეგადაც შემცირდება ჯანმრთელობისათვის მავნე პროდუქტების გამოყენება (თამბაქო, ალკოჰოლი, ნარკოტიკული ნივთიერებები და ა.შ.) და ჯანმრთელობის საერთო გაუმჯობესების მიზნით გაძლიერდება მოსახლეობის ფიზიკური აღზრ-

და. ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრება ითვალისწინებს როგორც მძლავრ პროპაგანდულ ზემოქმედებას მოსახლეობაზე, ასევე სათანადო სამკურნალო-სარეაბილიტაციო და გამაჯანსაღებელი ქსელის შექმნას.

მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პროფილაქტიკური მიმართულების პრიორიტეტულობა ხაზგასმითაა აღნიშნული საქართველოს მრავალ ფუნდამენტურ დოკუმენტში. ამ მიმართულებით, ქვეყნის სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის აღდგენის შემდეგ, მნიშვნელოვანი საკანონმდებლო მუშაობაა ჩატარებული. კერძოდ, შემუშავებული და დამტკიცებულია მნიშვნელოვანი საკანონმდებლო დოკუმენტი:

- საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“;
- საქართველოს კანონი „საქართველოს სანიტარიული კოდექსი“ (ამჟამად მისი მოქმედება შეჩერებულია);
- საქართველოს კანონი „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“;
- საქართველოს კანონი „სურსათის უვნებლობისა და ხარისხის შესახებ“;
- სოციალურ-ჰიგიენური მონიტორინგის დებულება.

აღნიშნულ დოკუმენტებში პრიორიტეტულადაა აღიარებული ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის საკანონმდებლო საფუძვლები.

ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის საკანონმდებლო ბაზის საფუძველზე შემუშავებულია საპროგრამო დოკუმენტები:

- „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა“;
- „საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა“;
- „საქართველოს გარემოს ჰიგიენის სამოქმედო ეროვნული გეგმა - „გარემო და ჯანმრთელობა“.

მათში მნიშვნელოვანი ადგილი ეთმობა პროფილაქტიკური მედიცინის საკითხებს, ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის ღონისძიებების დამუშავების პრიორიტეტულობის აღნიშვნით [1, 2].

ქვეყნის სახელმწიფოებრივი დამოუკიდებლობის აღდგენიდან განვლილ თითქმის 2 ათწლეულში პროფილური სამეცნიერო-კვლევითი და სასწავლო დაწესებულებების მიერ საკანონმდებლო ბაზის საფუძველზე ჩატარებულია მნიშვნელოვანი სამუშაო პროფილაქტიკური მედიცინის მიმართულებით ქვეყნის ნორმატიულ-მეთოდური ბაზის შესაქმნელად: შემუშავებულია და დამტკიცებულია სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური ნორმატიული აქტები ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის სფეროში (სანიტარიული წესები და ნორმები, ჰიგიენური ნორმატივები, მეთოდური მითითებები და სხვ.).

დღეისათვის ქვეყნის პროფილაქტიკური მედიცინის სფეროში, დადებით მომენტებთან ერთად, აღინიშნება მთელი რიგი პრობლემების არსებობა, რაც მნიშვნელოვანი შემაფერხებელი გარემოებაა ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის პრობლემის რეალიზაციის საქმეში.

უკანასკნელ ათწლეულში ქვეყანაში ჩატარდა ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის სფეროში მომუშავე ჯანდაცვის პრაქტიკული ქსელის - სანიტარიულ-ეპიდემიოლოგიური სამსახურის ინსტიტუციური და ფუნქციური რეფორმა. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის რეორგანიზაციის პერიოდში, ყოფილი საბჭოთა სახელმწიფოს ფუნქციები გადანაწილდა საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტებზე. შემდეგ მოხდა სანიტარიული ზედამხედველობისა და ჰიგიენური ნორმირების დეპარტამენტის ლიკვიდაცია და მისი ფუნქციები გადანაწილდა სხვადასხვა სამინისტროზე, ხოლო რაიონული და საქალაქო სტრუქტურები გადაეცა ადგილობრივი თვითმმართველობის ორგანოებს.

2005 წლის 27 დეკემბრის საქართველოს კანონის „სურსათის უვნებლობისა და ხარისხის შესახებ“ თანახმად, სოფლის მეურნეობის სამინისტროში შეიქმნა სურსათის უვნებლობის, ვეტერინარიისა და მცენარეთა დაცვის ეროვნული სამსახური, რომელიც უფლებამოსილია ევროპული სტანდარტების დონეზე განახორციელოს სურსათის სფეროში ზედამხედველობა, მონიტორინგი და სახელმწიფო კონტროლი საკვების წარმოებისა და მინოდების ყველა რგოლზე - „ფერმერიდან ჩანგლამდე“.

აღნიშნული რეფორმის რეალიზაციიდან განვლილმა დრომ და პრაქტიკულმა გამოცდილებამ გვიჩვენა, რომ ამ მიმართულებით ქვეყანაში ჯერ კიდევ ბევრია გადასაჭრელი პრობლემა. კერძოდ, საქართველოს კანონში „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ (№50.69), რომელიც მოქმედებს 2007 წლის 27 ივნისიდან, მოცემული ღონისძიებები არ სრულდება. მაგალითად, 26-ე მუხლი — პროდუქციის უსაფრთხოების შესახებ. საქართველოს პარლამენტის გადანყვეტილებით, 2010 წლამდე შეჩერებულია საქართველოს სოფლის მეურნეობის სამინისტროს სტრუქტურაში არსებული სურსათის უვნებლობის სამსახურის ფუნქციონირება სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის სფეროში,



ე.ი. კომპეტენტურ სამსახურებს აკრძალული აქვთ 2010 წლამდე ინსპექტირება. ამჟამად სამსახური აწარმოებს მხოლოდ მონიტორინგს - შესაბამის ობიექტებთან შეთანხმებით და მოსამზადებელ სამუშაოებს სანიტარიული ზედამხედველობის განხორციელებისათვის. ეს გარემოება მნიშვნელოვანი ხელშემშლელი ფაქტორია მოსახლეობის ხარისხიანი და ჯანმრთელობისათვის უვნებელი კვების პროდუქტებით უზრუნველყოფის განხორციელებისათვის. ანალოგიური მდგომარეობაა გარემოს სხვა ფაქტორებისა და ადამიანის ცხოვრებისა და საქმიანობის სხვა სფეროებშიც (გარემოს ფაქტორები - წყალი, ატმოსფერული ჰაერი, ნიადაგი და სხვ., დასაქმებული მოსახლეობის შრომის პირობები და ჯანმრთელობა, მოზარდი თაობის ჯანმრთელობა და სხვ.). რაც შეეხება 27-ე მუხლს — ჯანსაღი კვების პოლიტიკას აღნიშნული საკითხის მოსაგვარებლად, ჯანდაცვის სამინისტროს არ გააჩნია შესაბამისი ღონისძიებების გეგმა.

36-ე მუხლის შესაბამისად, ჯანდაცვის სამინისტრო და საქართველოს განათლებისა და მეცნიერების სამინისტრო საგანმანათლებლო, სააღმზრდელო და საგანმანათლებლო-სააღმზრდელო დაწესებულებებისათვის ერთობლივად უნდა ადგენდნენ სანიტარიულ და ჰიგიენურ ნორმებს. ვინაიდან უმრავლეს რაიონსა და ქალაქში ფაქტობრივად არ არსებობს ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანდაცვისა და სანიტარიული ზედამხედველობის დაწესებულებები, რომელთაც, 36-ე მუხლის თანახმად, ევალებათ მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე განთავსებული საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში სანიტარიული ნორმების დაცვის ზედამხედველობა. ეს პუნქტი ფაქტობრივად არ სრულდება. ასევე არ სრულდება კანონის „საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ“ მუხლი 45-ის მე-2 პუნქტი, რომლის შესაბამისად საქართველოს მთავრობას 2008 წლის 1 იანვრამდე უნდა მოემზადებინა და საქართველოს პარლამენტისათვის წარედგინა კანონპროექტი წყლის სააუზო მართვის შესახებ.

გარკვეული ხარვეზები აქვს სანიტარიული ზედამხედველობისა და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის სამსახურების ერთმანეთისაგან იზოლირებულად ფუნქციონირებასაც. უფრო მეტიც, რეფორმის შემდგომ ეტაპზე მოხდა ერთიანი სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახურის დეცენტრალიზაცია საუნწყებო პრინციპით. მართალია, ამ მიმართულებით გადაიდგა ზოგიერთი ნაბიჯი (მოხდა სანიტარიული ზედამხედველობის საუნწყებო სამსახურების ფორმირება სოფლის მეურნეობისა და გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტროებში), მაგრამ რეფორმა ბოლომდე ჯერ კიდევ არ განხ-

ორციელებულა - არ არის შექმნილი ანალოგიური სამსახურები სხვა უწყებებში და არ არის ამ სამსახურების ფუნქციონირების კოორდინირების სტრუქტურა.

ჩვენმა ჯანდაცვამ, დაფუძნებულმა პროფილაქტიკური და სოციალური მედიცინის პრინციპებზე, წარსულში მიაღწია დიდ წარმატებას პარაზიტულ დაავადებებთან ბრძოლის საქმეში. საქართველოში პრაქტიკულად ლიკვიდირებული იყო მალარია, ანკილოსტომიდოზები, მკვეთრად შემცირდა სხვა პარაზიტოზები, მათ შორის ვისცერული ლეიშმანიოზი. დაგროვდა პარაზიტული დაავადებების მიმართ მასობრივი პროფილაქტიკური და სამკურნალო ღონისძიებების დაგეგმვის, ორგანიზაციისა და განხორციელების უნიკალური გამოცდილება.

პარაზიტული დაავადებების გავრცელება უპირატესად სანიტარიული და ეკოლოგიური პრობლემაა. ამიტომ მათ წინააღმდეგ ბრძოლაში ძირითადი მნიშვნელობა დაავადებათა პროფილაქტიკას ენიჭება. ეს კი წარმოუდგენელია გარემოს დაცვის ეფექტური ღონისძიებების წარმოების გარეშე. 90-იან წლებში განვითარებულმა ეკონომიკურმა და ფინანსურმა დეპრესიამ ფაქტიურად ჩაშალა ქალაქებსა და რაიონებში ეპიდემიოლოგიურად დასაბუთებული პროფილაქტიკური ღონისძიებების გატარება, რასაც შედეგად მოჰყვა მალარიის კერების აღდგენა, თბილისში მნიშვნელოვნად იმატა ვისცერული ლეიშმანიოზის შემთხვევებმა, რაც გარკვეულ ეპიდემიოლოგიურ სიახლეს წარმოადგენს. ქვეყნის მოსახლეობაში აღინიშნება პარაზიტოზების სარწმუნო მატება. საჭიროა სტრატეგიულ პროგრამაში პარაზიტული დაავადებების მიმართ ჩამოყალიბდეს არსებული სიტუაციის შეცვლის პროგნოზი, რომელიც გაითვალისწინებს ბუნების ანთროპოგენურ ტრანსფორმაციას, მოსახლეობის მიგრაციასა და პროფილაქტიკური ღონისძიებების მთელი კომპლექსის წარმოებას.

სრულიად უყურადღებოდაა დატოვებული დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველყოფის სფერო - ამ მიმართულებით საქმიანობა პრაქტიკულად არ ხორციელდება; არ ფუნქციონირებს მუშათა წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო გასინჯვების სისტემა, რაც დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის მნიშვნელოვანი წინაპირობაა; არ წარმოებს ეროვნული მეურნეობის ობიექტების სანიტარიული მდგომარეობის ზედამხედველობა.

საქართველოში დასაქმებულთა შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის, შრომის მედიცინის ეროვნული კონცეპტუალური საფუძვლებისა და სტრუქტურის ჩამოყალიბების

მიზნით, სრულდება მხოლოდ ერთი სახელმწიფო პროგრამა „პროფესიულ დაავადებათა პრევენცია და მონიტორინგი“ (შემსრულებელი - ნ. მახვილადის სახელობის შრომის მედიცინისა და ეკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი), პრობლემის აქტუალობიდან გამომდინარე, რაც სრულიად არასაკმარისია.

არ წარმოებს საქართველოს პრეზიდენტის 2005 წლის 22 თებერვლის №93 ბრძანებულებით დამტკიცებული „სოციალურ-ჰიგიენური მონიტორინგის დებულებით“ გათვალისწინებული სამუშაოების რეალიზაცია. აღნიშნული დებულების თანახმად, მონიტორინგის გახორციელების მთავარი ტვირთი აწევს საქართველოს შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს. ამ დროს კი სამინისტროს სტრუქტურაში არ არის შესაბამისი ფუნქციის მატარებელი ერთეული (როგორც კომპეტენციის, ისე უფლებამოსილების თვალსაზრისით). მონიტორინგის განხორციელების ძირითად მიზანს, სხვა მომენტებთან ერთად, წარმოადგენს ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფა. აქედან გამომდინარე, აღნიშნული დებულებით გათვალისწინებული სამუშაოების ჩატარება უაღრესად საშური საქმეა, რაც მნიშვნელოვან ნვლილს შეიტანს გარემოს და, შესაბამისად, მოსახლეობის გაჯანსაღების საქმეში.

უკანასკნელ პერიოდში სათანადო ყურადღება არ ექცევა კანონქვემდებარე აქტების შემუშავებას ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის სფეროში – შეჩერებულია შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამის დაფინანსება, რის გამოც არ ხდება ახალი სანიტარიულ-ჰიგიენური და ნორმატიულ-მეთოდური აქტების შემუშავება. ეს გარემოება სამართლებრივი თვალსაზრისით მნიშვნელოვანი შემაფერხებელი ფაქტორი იქნება გარემოს ობიექტებისადმი სანიტარიული ზედამხედველობის განხორციელების აღდგენის შემთხვევაში.

პროფილაქტიკური მედიცინის მიმართულებით ქვეყანაში არსებობს მრავალი გადაუჭრელი საკითხი, რომელთაგან უპირველესად მიგვაჩნია:

● ქვეყანაში ერთიანი სახელმწიფო სანიტარიული სამსახურის ინსტიტუციური, სტრუქტურული და ფუნქციური ოპტიმიზაცია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მეთოდური ხელმძღვანელობით; ამ მიზნით შესაბამისი საკანონმდებლო ინიციატივის განხორციელება სათანადო კანონებში ცვლილებების შეტანით;

● ევროკავშირის რეკომენდაციების შესაბამისად შექმნილი დარგობრივი სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახურების (საქარ-

თველოს სოფლის მეურნეობისა და გარემოს დაცვისა და ბუნებრივი რესურსების სამინისტროების სტრუქტურაში) საქმიანობის სრული განხორციელება; ანალოგიური სამსახურების შექმნა შესაბამის უწყებებში (შრომის ჰიგიენის, ბავშვთა და მოზარდთა ჰიგიენის საკითხებზე, საცხოვრებელი და საზოგადოებრივი შენობების, კულტურულ-საყოფაცხოვრებო, სპორტულ-გამაჯანსაღებელი, სამედიცინო დაწესებულებების სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის მონიტორინგის განსახორციელებლად) და მათი ინსტიტუციური და ფუნქციური მოწყობის ოპტიმიზაცია;

● გარემოს ჰიგიენის კონცეფციისა და მოქმედების გეგმების განხორციელება ეროვნულ, რეგიონულ და ადგილობრივ დონეზე, ვინაიდან, მიუხედავად საქართველოს გარემოს ჰიგიენის სამოქმედო ეროვნული გეგმის არსებობისა, მისი პრაქტიკული რეალიზაცია არ ხდება;

● საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს სტრუქტურაში სათანადო სამსახურის (სტრუქტურული ერთეულის) შექმნა, რომელიც ქვეყნის მასშტაბით კოორდინაციას გაუწევს სახელმწიფო პოლიტიკის შემუშავებას პროფილაქტიკური მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში;

● დაწყებული სახელმწიფო სანიტარიული ზედამხედველობის სამსახურის ინსტიტუციური და სტრუქტურული რეორგანიზაციის პროცესის დასრულება, რაც ძირეულ კორექციას საჭიროებს ქვეყნის სპეციფიკისა და სამსახურისადმი პირველხარისხის მითხოვნების გათვალისწინებით;

● სანიტარიული ზედამხედველობისა და ეპიდემიოლოგიური კონტროლის სამსახურების ინსტიტუციური მოწყობისა და ურთიერთთანამშრომლობის მოდელის შემუშავება და მისი საფუძვლიანი დასაბუთება;

● გარემოსა და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის მიზნით საუწყებო-თაშორისო საბჭოების შექმნა ეროვნულ და რეგიონულ დონეზე;

● საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრთან კომისიის შექმნა პროფილაქტიკური მედიცინის თვალსაჩინო მეცნიერებისა და პრაქტიკული ქსელის წამყვანი სპეციალისტების მონაწილეობით ჯანდაცვის სამსახურის პროფილაქტიკური მედიცინის მიმართულების ინსტიტუციური და სტრუქტურული ორგანიზაციის წინადადებების შესამუშავებლად;

● საკანონმდებლო და კანონქვემდებარე აქტების შემუშავება და დამტკიცება საქართველოს პრეზიდენტის ბრძანებულებით



დამტკიცებული „სოციალურ-ჰიგიენური მონიტორინგის დებულების“ რეალიზაციისათვის;

- მოსახლეობის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის მიზნით „სოციალურ-ჰიგიენური მონიტორინგის დებულებით“ გათვალისწინებული სამუშაოების რეალიზაციის დანყება;

- მოსახლეობის ჯანმრთელობაზე გარემოს ფაქტორების ზემოქმედების მონიტორინგის უზრუნველყოფა;

- შრომის მედიცინის სამსახურის ინსტიტუციური მოწყობა და სათანადო ღონისძიებების გატარება დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის უზრუნველსაყოფად;

- კვების პროდუქტების უვნებლობისა და უსაფრთხოების უზრუნველყოფის მიზნით სათანადო სამუშაოების დროული დანყება;

- ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის (სანიტარიული ზედამხედველობის) სამსახურების დანესებულებებში სამუშაოდ შესაბამისი პროფესიული განათლებისა და კვალიფიკაციის სპეციალისტების დასაქმება (საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაქულტეტის კურსდამთავრებულები, ჰიგიენური მიმართულების სპეციალისტები);

- პროფილაქტიკური მედიცინის მიმართულებით უწყვეტი პროფესიული განვითარების სისტემაში სპეციალისტთა მომზადებისა და გადამზადების შემდგომი სრულყოფა თანამედროვე მოთხოვნათა გათვალისწინებით.

პროფილაქტიკური მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში ქვეყნის წინაშე მდგომი ამოცანების გადასაწყვეტად მნიშვნელოვანი წვლილი შეაქვს 1995 წელს დაფუძნებულ საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიას. ქვეყნის ჯანდაცვის სტრატეგიული მიმართულების - პროფილაქტიკის - რეალიზაცია-

ში მნიშვნელოვანია სხვადასხვა უწყებრივ დაქვემდებარებაში მოღვაწე პროფილაქტიკური მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის თვალსაჩინო სპეციალისტთა ძალისხმევის გაერთიანება. სწორედ ასეთ სტრუქტურად ჩამოყალიბდა საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია. თავისი არსებობის არც თუ ხანგრძლივი პერიოდის მანძილზე, ქვეყანაში არსებული რთული სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური სიტუაციის ფონზე, აკადემიაში გაერთიანებული სპეციალისტებისა და პროფილური დანესებულებების ძალისხმევით ჩატარებულია მნიშვნელოვანი სამუშაოები ადამიანის ჯანმრთელობისათვის უსაფრთხო გარემოს უზრუნველყოფის სფეროში. აღიარებენ რა პირველად პროფილაქტიკას პრიორიტეტულ მიმართულებად, აკადემიის სპეციალისტები აქტიურად მონაწილეობენ ქვეყნის საკანონმდებლო-ნორმატიული ბაზის შექმნასა და სრულყოფაში, სამეცნიერო და პრაქტიკულ საქმიანობაში პროფილაქტიკური მედიცინისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სფეროში. აკადემიის ძალისხმევით ტარდება სამეცნიერო კონფერენციები საქართველოს სხვადასხვა ქალაქში (თბილისი, ბათუმი, ბორჯომი და სხვ.), გამოცემულია აკადემიის სამეცნიერო შრომათა კრებულები, წინამდებარე გამოცემა ამ კრებულთა V ტომს წარმოადგენს. აკადემიის ეგიდით გამოცემულია სხვადასხვა მონოგრაფია, სამეცნიერო კონფერენციების მასალები და სხვ.

მიგვაჩნია, რომ პროფილაქტიკური მედიცინის წინაშე მდგომი სახელმწიფოებრივი მნიშვნელობის პრობლემების ქვეყნის ხელმძღვანელობის (სათანადო სტრუქტურების) მიერ პრიორიტეტულად აღიარება და ძალისხმევის გაძლიერება მათი რეალიზაციისათვის მნიშვნელოვანი მომენტი იქნება გარემოსა და, შესაბამისად, მოსახლეობის გაჯანსაღების საქმეში.

## ლიტერატურა

1. საქართველოს გარემოს ჰიგიენის სამოქმედო ეროვნული გეგმა - „გარემო და ჯანმრთელობა“. თბილისი: 2003. - 90 გვ.
2. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის ეროვნული პოლიტიკა. თბილისი, 1999.
3. Измеров Н.Ф., Каспаров А.А., Медицина труда. Введение в специальность. М.: Медицина. - 2002. - 392 с.
4. Yassi A., Kjellstrom T., de Kok T., Guidotti T.L, *Basic Environmental Health*, NY: Oxford: University press, 2001. 441 p.



# მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების თავისებურებები დიასტოლური დისფუნქციით მიმდინარე გულის ქრონიკული უკმარისობისას

გ. ტაბიძე, მ. იაკობაშვილი, დ. ბალათურია, თ. ციხაძე

საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია,  
ივ. ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტი,  
აკად. მ. წინამძღვრიშვილის სახელობის კარდიოლოგიის ინსტიტუტი

უკანასკნელი წლების ინფორმაციული მონაცემები გულის ქრონიკული უკმარისობის (გქუ) დროს, მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების პროცესში, დიასტოლური დისფუნქციის მნიშვნელოვან როლზე მიუთითებს (1).

**კვლევის მიზანი:** დიასტოლური დისფუნქციის თავისებურებების შესწავლა მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების პროცესში გულის ქრონიკული უკმარისობის დროს (გქუ).

**მასალა და მეთოდები:** გამოკვლეულია გულის იშემიური დაავადების ფონზე განვითარებული გქუ-ის I და II ფუნქციური კლასის (NYHA-კლასიფიკაციით) მქონე 45 ავადმყოფი. გულის ულტრაბგერითი გამოკვლევა წარმოებდა აპარატ „Ausonics-Sonoranger“-ზე ამერიკის ექოკარდიოგრაფიული საზოგადოების რეკომენდაციით მონოდეტული მეთოდიკით (2).

შეისწავლებოდა: მარცხენა პარკუჭის საბოლოო სისტოლური და დიასტოლური ზომები და მოცულობები, მარცხენა წინაგულის ზომა, პარკუჭთაშუა ძგიდის სისქე, მარცხენა პარკუჭის უკანა კედლის სისქე, მარჯვენა პარკუჭის ზომა. მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასა გამოითვლებოდა R.Devereux-ის ფორმულით. განისაზღვრებოდა დარტყმითი მოცულობა, განდევნის ფრაქცია და მარცხენა პარკუჭის დამოკლების ფრაქცია სისტოლაში.

დოპლერექოკარდიოგრაფია ხორციელდებოდა იმპულსურ რეჟიმში აპარატ „Shimad-SDU-500A“-ზე. დიასტოლური ავსების დოპლერი სპექტრის ანალიზის დროს გამოითვლებოდა: ადრეული დიასტოლური ავსების მაქსიმალური სიჩქარე E, წინაგულოვანი დიასტოლური ავსების მაქსიმალური სიჩქარე - A, შეფარდება E/A. შეისწავლებოდა ასევე: ადრეული ავსების აჩქარებისა და შენელების დრო. რესტრიქციული ტიპის დიასტოლურ დისფუნქციად ითვლებოდა დოპლერული კრიტერიუმი იმ შემთხ-

ვევაში თუ: 1) შეფარდება E/A მეტი იყო 2-ზე ან 2) ადრეული ავსების შენელების დრო ნაკლები იყო 130 მმმ და შეფარდება E/A > 1,0 (3).

ფიზიკური დატვირთვისადმი ტოლერანტობის შეფასება წარმოებდა საავადმყოფოს დერეფანში 6-წუთიანი სიარულის ტესტით, რაც გამოისახებოდა განვლილი მანძილით მეტრებში (4). ავადმყოფთა ცხოვრების ხარისხის შეფასება ხდებოდა მინესოტას სპეციალური კითხვარით „ცხოვრება გულის უკმარისობით“ LWHF (University of Minnesota) (5). სტატისტიკური ანალიზი წარმოებდა სტატისტიკის სტანდარტული მეთოდების გამოყენებით, სტიუდენტის t კრიტერიუმის გამოთვლით. სტატისტიკურად სარწმუნო განსხვავების შეფასება ხდებოდა, თუ  $P < 0,05$ .

**მიღებული შედეგები:** მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ფუნქციის დოპლერექოკარდიოგრაფიული გამოკვლევების შედეგების მიხედვით ავადმყოფები გქუ-ით დაიყო 2 ჯგუფად:

I. მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური ავსების რესტრიქციული ტიპი (n=22 ავადმყოფი) და

II. არარესტრიქციული ტიპი (n=23 ავადმყოფი).

არარესტრიქციული ტიპის მქონე ავადმყოფებს დიასტოლური დისფუნქციის ჰიპერტროფიული ან ფსევდონორმალური ტიპი აღენიშნებოდათ.

გამოკვლევის შედეგების მიხედვით დიასტოლური დისფუნქციის რესტრიქციული ტიპის მქონე ავადმყოფებს გქუ-ის მიძიმე მიმდინარეობა, უფრო მაღალი ფუნქციური კლასი (NYHA) და ფიზიკური დატვირთვისადმი მეტად დაქვეითებული ტოლერანტობა აღენიშნებოდათ (ცხრილი), ამ ჯგუფის ავადმყოფებში სარწმუნოდაა გაზრდილი მარცხენა პარკუჭის რემოდელირების პროცესის ამსახველი პარამეტრები: მარცხენა პარკუჭის მიოკარდიუმის მასის ინდექსი, მარცხენა პარკუჭის

საბოლოო დიასტოლური და სისტოლური ზომა. ამავდროულად, ჯგუფების მიხედვით, მარცხენა წინაგულისა და მარჯვენა პარკუჭის ზომები არსებითად არ განსხვავდება.

გულის კუმშვადი ფუნქციის მაჩვენებლები - განდევნის ფრაქცია და დამოკლების ფრაქცია, დიასტოლური დისფუნქციის რესტრიქციული ტიპის მქონე პაციენტებში მნიშვნელოვნად დაბალია, ვიდრე მეორე ჯგუფში.

ცხოვრების ხარისხის შეფასებისას (LWHF) საყურადღებოა მისი დაბალი დონე რესტრიქციული ტიპის დიასტოლური დისფუნქციის დროს. ამ ჯგუფში ასევე დაბალია ფიზიკური დატვირთვისადმი ტოლერანტობა.

კორელაციური ანალიზის ჩატარებისას კლინიკურ სტატუსს, გულის რემოდელირებ-

როგორც ფუნქციური კლასი (NYHA), ასევე ფიზიკური დატვირთვისადმი ტოლერანტობა მნიშვნელოვნად უარესდება რესტრიქციული ტიპის დიასტოლური დისფუნქციის მქონე ავადმყოფებში, რაც მიუთითებს რესტრიქციული ტიპის პრედიქტორულ მნიშვნელობაზე, პროგნოზის გაუარესებასა და გულის უკმარისობის მძიმე მიმდინარეობაზე.

საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ დიასტოლური დისფუნქცია რესტრიქციული ტიპით პირდაპირ კორელაციურ კავშირშია მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის მომატებასთან და აქედან გამომდინარე, მოკარდიულ სტრესთანაც.

აღსანიშნავია, რომ ჩვენს გამოკვლევებში მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქცია შეისწავლებოდა ავადმყოფებში უკვე დო-

**გულის დიასტოლური დისფუნქციის სხვადასხვა ტიპის მქონე ავადმყოფების კლინიკური და ექოკარდიოგრაფიული მაჩვენებლები**

მაჩვენებლები	I ჯგუფი რესტრიქციული ტიპი	II ჯგუფი რესტრიქციული ტიპი	P
ვკ (NYHA)	2,79±0,7	2,0±0,4	P<0,05
ასაკი (წლები)	55±11	58±7	P>0,05
სიმაღლე (სმ)	169±4	171±5	P>0,05
სხეულის მასა (კგ)	71±7	76±7	P>0,05
სისტოლური არტერიული წნევა	129±18	136±7	P>0,05
დიასტოლური არტერიული წნევა მმ.ვწყ.სვ.	85±1	84±13	P>0,05
გულის შეკუმშვათა სიხშირე (წთ)	87±13	79±13	P<0,05
მარცხენა წინაგულის ზომა (სმ)	4,8±0,4	4,8±0,5	P>0,05
მს საბოლოო დიასტოლური ზომა	6,5±0,7	6,0±0,8	P<0,05
მს საბოლოო სისტოლური ზომა	5,4±0,8	4,72±0,86	P<0,05
მს განდევნის ფრაქცია (%)	35±8	44±7	P<0,05
მს დამოკლების ფრაქცია (%)	17±4	22±φ	P<0,05
მს მოკარდიუმის მასის ინდექსი (გ/მ <sup>2</sup> )	173±34	138±56	P<0,05
მარცხენა პარკუჭის ზომა (სმ)	3,2±0,6	3,0±0,6	P>0,05
6 წუთიანი სიარულის ტესტი	306±64	498±54	P<0,05
ცხოვრების ხარისხის ინდექსი LWHF (ქულები)	58,2±10,1	40,7±6,3	P<0,05

\*სარწმუნოა მაჩვენებელი, თუ P<0,05; არასარწმუნოა, თუ P>0,05

ის ამსახველ პარამეტრებსა და დოპლერექოკარდიოგრაფიულ პარამეტრებს შორის, გამოვლინდა დადებითი კორელაციური კავშირი E/A-ს შეფარდებისა და გქუ ფუნქციურ კლასთან (NYHA-ს კლასიფიკაციით), მარცხენა პარკუჭის მოკარდიუმის მასის ინდექსთან, საბოლოო სისტოლურ და დიასტოლურ ზომებთან. ამასთან, აღინიშნა უარყოფითი კორელაციური კავშირი 6 წუთიანი სიარულის დროს გავლილ დისტანციასთან. პირდაპირი კორელაციური კავშირი დადგინდა შეფარდება E/A და ცხოვრების ხარისხის სუმატულ ინდექსთან (სუმატული ინდექსის გაზრდა ასახავს ცხოვრების ხარისხის შემცირებას).

ამრიგად, გამოკვლევების შედეგებმა ცხადყო, რომ გქუ-ით დაავადებულ პირებში,

კუმენტებული სისტოლური დისფუნქციით. შესაბამისად, გულის სისტოლური ფუნქციის დარღვევას შესაძლოა განეკუთვნებოდეს გარკვეული როლი დიასტოლური დისფუნქციის აღმოცენებაში. ამავდროულად, დადგენილია მოკარდიუმის პროგრესირებული ფიბროზის როლი, როგორც სისტოლური, ასევე დიასტოლური ფუნქციის გაუარესებაში (6).

ამგვარად, ჩვენი გამოკვლევების შედეგები ცხადყოფს, რომ გქუ-ის დროს მარცხენა პარკუჭის რემოდულირების პროცესი უნდა შეფასდეს არა მარტო მარცხენა პარკუჭის დილატაციითა და ჰიპერტროფიით, მარცხენა პარკუჭის შეკუმშვადი ფუნქციის დაქვეითებით, არამედ მარცხენა პარკუჭის დიასტოლური დისფუნქციის ამა თუ იმ ტიპით.

## ОСОБЕННОСТИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ В ПРОЦЕССЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

*Г. Табидзе, М. Якобашвили, Д. Багатурия, Т. Цибадзе.*

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ГРУЗИИ, ТБИЛИССКИЙ, ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИВ. ДЖАВАХИШВИЛИ, НИИ КАРДИОЛОГИИ ИМ. М. ЦИНАМДЗГВРИШВИЛИ

У 45 больных с сердечной недостаточностью, имевших по данным ЭХОКГ признаки систолической и диастолической дисфункции сердца, исследованы функциональный статус, толерантность к физической нагрузке и качество жизни. Группа больных с “рестриктивным” типом диастолической дисфункции характеризовалась более тяжелым течением хронической сердечной недостаточности по всем рассмотренным критериям. В этой группе выявлены более выраженные корреляционные связи функционального класса хронической сердечной недостаточности, дистанции, пройденной во время 6-минутной ходьбы, и суммарного индекса качества жизни с параметрами диастолического наполнения в сравнении с показателями систолической функции левого желудочка. Таким образом, при развитии рестриктивного типа диастолического наполнения ремоделирование левого желудочка достигает такой стадии, когда систолическая дисфункция уже не играет основной роли, а тяжесть состояния больных с хронической сердечной недостаточностью во многом определяется состоянием диастолической функции сердца.

## THE ROLE OF DIASTOLIC DYSFUNCTION IN THE PROCESS OF LEFT VENTRICULAR REMODELING IN CHRONIC HEART FAILURE

*G. Tabidze, M. Iakobashvili, D. Bagaturia, T. Tsibadze*

Functional status tolerance of exercise and life quality was evaluated in patients with chronic heart failure and Echocardiographic signs of systolic and diastolic heart dysfunction. According to all parameters used in the study patients with “restrictive” type of diastolic dysfunction had more severe course of heart failure. In this group functional class, 6-minute walking distance and total index of life quality correlated more closely with parameters of left ventricular diastolic filling, than the parameters of systolic function. So, in restrictive type left ventricular remodeling stage when severity of the patients clinical condition is determined mostly by the state of diastolic function of the heart.

### ლიტერატურა:

1. Xie Y. Y., Berk M. R., Smith M. D. et al. Prognostic value of Doppler transmitral flow patterns in patients with congestive heart failure. *Amer. Coll. Cardiology* 1994, 24: 132-139.
2. John D., De Maria a, Kassio at all. The Committee on M-mode standardization of the American Society of Echocardiography: Recommendations regarding quantitation in M-mode Echocardiography: result of a survey of Echocardiographic measurement *Circulation* 1978, 58; 1072-1083.
3. Pinamoti B. D., Di Lenarda A. Sinagra I. et al. Restrictive left ventricular filling pattern in dilated cardiomyopathy assessed by Doppler Echocardiography: clinical, Echocardiographic and hemodynamic correlation and prognostic implications. *Am. Coll. Cardiol.* 1993., 22. 808-815.
4. Guyatt G. H., Sullivan M. J., Thompson P. L. et al. The 6-minute walk a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure *can. med. ctss.* 1985., 132, 919-923.
5. Rector T. S. Kuba S. H. Cohn J. N. Patients self-assessment of their congestive heart failure part 2: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota Living with heart failure questionnaire. *Heart failure* 1987;10:198-209.
6. Thomas J. D. Doppler Echocardiography and Left ventricular diastolic function. In.: Left ventricular diastolic dysfunction and heart failure. Eds. W. H. Beasch., M.M. LeWinter. Philadelphia, Lea, Febiger, 192-218.





## ვანადიუმის ელექტროფორეზის გავლენა გახანგრძლივებული პნევმონიის მქონე ავადმყოფთა კარდიოჰემოდინამიკაზე

*ნ.სააკაშვილი, მ.ტაბიძე, ნ.კაკულია, მ.აფხაზი, ი.კვინიკაძე*

**საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა  
აკადემია, თბილისის ჯალნაოლოგიური კურორტი - საქართველოს  
კურორტოლოგიის, ფიზიოთერაპიის, რეაბილიტაციისა და  
სამკურნალო ტურიზმის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი**

გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის დარღვევა, გახანგრძლივებული პნევმონიის დროს, იწვევს ჰიპერტენზიას სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში. ეს მდგომარეობა უარყოფითად მოქმედებს გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ფუნქციაზე, რაც თავის მხრივ საგრძნობლად აუარესებს აღნიშნული პათოლოგიის მქონე ავადმყოფთა მდგომარეობას [6, 4, 2, 1, 3, 7, 5].

**შრომის მიზანი:** ვანადიუმის ელექტროფორეზის გავლენის შესწავლა გახანგრძლივებული პნევმონიის მქონე ავადმყოფებზე.

**მასალა და მეთოდები:** გამოკვლეულ იქნა გახანგრძლივებული პნევმონიის მქონე 25-დან 63 წლამდე ასაკის 65 ავადმყოფი, რომელთაგანაც 31-ს აღენიშნებოდა პათოლოგიის კეროვანი ფორმა, 34-ს – ინტერსტიციული.

ავადმყოფთა მკურნალობის კურსი მოიცავდა ვანადიუმის ელექტროფორეზის 14-15 პროცედურას. თითოეული პროცედურის ხანგრძლივობა შეადგენდა 12-14 წუთს. ელექტროფორეზის პროცედურისათვის გამოიყენებოდა ვანადიუმის სულფატის 2%-იანი წყლიანი ხსნარი.

ელექტროფორეზის პროცედურის ჩატარებისათვის გამოიყენებოდა სწორკუთხა ფორმის ორკაპა ელექტროდი, ზომით 4სმX8სმ. ორკაპა ელექტროდ-ანოდის ფირფიტა მოთავსებული ვანადიუმ-სულფატის 2%-იან ხსნარში დასველებულ ჰიდროფილურ საფენში, ფიქსირდებოდა პარავერტიბრულად, ფილტვების ფესვების საპროექციო არეში. ორკაპა ელექტროდ-კათოდის ფირფიტა, მოთავსებული

წყალსადენის თბილ წყალში დასველებულ ჰიდროფილურ საფენში, ფიქსირდებოდა გულმკერდის არეში, ელექტროდ-ანოდის სიმეტრიულად.

ელექტროფორეზის პროცედურის ჩატარებისას, დენის სიმკვრივე შეადგენდა 0,05 მა/სმ<sup>2</sup>-ს. პროცედურები ტარდებოდა ყოველდღე, კვირა დღის გარდა.

**მიღებული შედეგები.** ჩატარებული გამოკვლევებით დადგინდა იქნა, რომ ვანადიუმის ელექტროფორეზით მკურნალობა გახანგრძლივებული პნევმონიის მქონე ავადმყოფებში იწვევს გულის ინდექსისა და დარტყმითი ინდექსის მომატებული სიდიდეების შემცირებას, სისხლძარღვთა კუთრი პერიფერიული წინააღმდეგობის ზომიერ ზრდას, „ფილტვ-ყურის“ მონაკვეთზე სისხლის ნაკადის სიჩქარის მატებას, პათოლოგიურად შეცვლილი პულსის სიხშირისა და არტერიული წნევის სიდიდეების ნორმალიზაციას, ელექტროკარდიოგრაფიული მონაცემების გაუმჯობესებას.

კარდიოჰემოდინამიკის მაჩვენებელთა აღნიშნული დადებითი ძვრები მეტად იყო გამომხატული კეროვანი პნევმონიის დროს (ცხრილი 1 და 2).

მიღებული შედეგების საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ ვანადიუმის ელექტროფორეზით მკურნალობა გახანგრძლივებული პნევმონიის მქონე ავადმყოფებში იწვევს ცენტრალურ და პერიფერიულ ჰემოდინამიკებს შორის ურთიერთობის ნორმალიზაციასა და მიოკარდიუმის ფუნქციის გაუმჯობესებას.



ცხრილი 1

ვანადიუმის ელექტროფორეზით მკურნალობის გავლენა პნევმონიის მქონე ავადმყოფთა კარდიოჰემოდინამიკის მაჩვენებლებზე

მაჩვენებლები		პათოლოგიის ფორმები		
		კეროვანი	ინტერსტიციული	
პულსის სისწორე წუთში (N - 60-80 წთ-ში; 72წთ-ში ± 1,88 წთ-ში)	n	31		
	M±m	მკ-მდე	72,26 ± 1,769	80,71 ± 1,366
		მკ-შემდეგ	69,42 ± 0,777	77,29 ± 1,117
	t	2,384		
	p	< 0,02		
სისხლის სისტოლური არტერიული წნევა, ვწყს. მმ (N-110-150 ვწყს.მმ; 121,20 ვწყს.მმ ± 1,88ვწყს.მმ)	n	31		
	M±m	მკ-მდე	118,10 ± 2,280	125,30 ± 2,488
		მკ-შემდეგ	113,40 ± 1,399	122,20 ± 2,353
	t	2,543		
	p	< 0,02		
სისხლის დიასტოლური არტერიული წნევა, ვწყს. მმ (N-70-90 ვწყს.მმ; 79,20 ვწყს.მმ ± 1,15 ვწყს.მმ)	n	31		
	M±m	მკ-მდე	77,42 ± 1,369	81,76 ± 1,229
		მკ-შემდეგ	72,10 ± 0,686	78,82 ± 1,157
	t	3,503		
	p	< 0,01		
სისხლის საშუალო დინამიკური არტერიული წნევა, ვწყს. მმ (N-87-112 ვწყს.მმ; 97,16 ვწყს.მმ ± 1,43 ვწყს.მმ)	n	31		
	M±m	მკ-მდე	94,74 ± 1,749	100,40 ± 1,765
		მკ-შემდეგ	89,68 ± 0,969	97,35 ± 1,666
	t	3,088		
	p	< 0,01		
გულის ინდექსი, ლ/წთ/მ <sup>2</sup> (N-2,42-3,36 ლ/წთ/მ <sup>2</sup> ; 2,82 ლ/წთ/მ <sup>2</sup> ± 0,09 ლ/წთ/მ <sup>2</sup> )	n	31		
	M±m	მკ-მდე	3,958 ± 0,043	4,772 ± 0,034
		მკ-შემდეგ	2,625 ± 0,155	3,806 ± 0,088
	t	28,596		
	p	< 0,001		
დარტემითი ინდექსი, მლ/მ <sup>2</sup> (N-30,25-56,00 მლ/მ <sup>2</sup> ; 39,16 მლ/მ <sup>2</sup> ± 0,42 მლ/მ <sup>2</sup> )	n	31		
	M±m	მკ-მდე	55,97 ± 1,775	59,72 ± 1,142
		მკ-შემდეგ	37,97 ± 0,502	48,98 ± 1,716
	t	9,760		
	p	< 0,001		
კუთრი პერიფერიული სისხლძარღვოვანი წინააღმდეგობა, პე (N- 25,88-46,29 პე; 34,46 პე ± 0,39 პე)	n	31		
	M±m	მკ-მდე	22,74 ± 0,369	21,05 ± 0,351
		მკ-შემდეგ	32,86 ± 0,508	26,09 ± 0,518
	t	22,533		
	p	< 0,001		
სისხლის ნაკადის მოდრობის დრო „ფილტვ- ყურის“ მონაკვეთზე, წმ (N-3,2-4,2 წმ; 4,09 წმ ± 0,10 წმ)	n	31		
	M±m	მკ-მდე	7,377 ± 0,068	9,468 ± 0,073
		მკ-შემდეგ	3,60 ± 0,034	7,65 ± 0,157
	t	52,944		
	p	< 0,001		

## ცხრილი 2

ვანადიუმის ელექტროფორეზით მკურნალობის გავლენა გახანგრძლივებული პნევმონიის მქონე ავადმყოფთა პათოლოგიურ-ელექტროკარდიოგრაფიულ მაჩვენებლებზე

მაჩვენებლები			პათოლოგიის ფორმები			
			კეროვანი (n=31)		ინტერსტიციული (n=34)	
			ავადმყოფთა რაოდენობა			
			აბს.	%%	აბს.	%%
გულის ელექტრული ღერძის გადახრა მარჯვნივ	მკ-მდე		9	29,03	15	44,11
	მკ. შემდეგ	გაქრა	–	–	–	–
		შემცირდა	6	19,35	4	11,76
		უცვლელი დარჩა	3	9,67	11	32,35
მარჯვენა პარკუჭის გადაძაბვის ნიშნები	მკ-მდე		6	19,35	13	38,23
	მკ. შემდეგ	გაქრა	4	12,90	2	5,88
		შემცირდა	2	6,45	8	23,52
		უცვლელი დარჩა	–	–	2	5,88
ჰისის კონის მარჯვენა ტოტის არასრული ნიშნები	მკ-მდე		1	3,22	3	8,82
	მკ. შემდეგ	გაქრა	1	3,22	1	2,94
		შემცირდა	–	–	2	5,88
		უცვლელი დარჩა	–	–	–	–
ატრიოვენტრიკულური გამტარობის შენელება	მკ-მდე		4	12,90	7	20,58
	მკ. შემდეგ	გაქრა	4	12,90	2	5,88
		შემცირდა	–	–	2	5,88
		უცვლელი დარჩა	–	–	2	5,88
სინუსური ტაქიკარდია	მკ-მდე		4	12,90	7	20,58
	მკ. შემდეგ	გაქრა	4	12,90	2	5,88
		შემცირდა	–	–	2	5,88
		უცვლელი დარჩა	–	–	2	5,88
სინუსური ბრადიკარდია	მკ-მდე		4	12,90	2	5,88
	მკ. შემდეგ	გაქრა	4	12,90	1	2,94
		შემცირდა	1	3,22	2	5,88
		უცვლელი დარჩა	–	–	–	–
პარკუჭოვანი ექსტრასისტოლია	მკ-მდე		–	–	2	5,88
	მკ. შემდეგ	გაქრა	–	–	2	5,88
		შემცირდა	–	–	–	–
		უცვლელი დარჩა	–	–	–	–

## **ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА ВАНАДИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ЗАТЯЖНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ**

***Н.Саакашвили, М. Табидзе, Н.Какулия, М.Абхази, И.Квиникадзе***

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ГРУЗИИ, ТБИЛИССКИЙ  
БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИЙ КУРОРТ - НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
КУРОРТОЛОГИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕБНОГО ТУРИЗМА  
ГРУЗИИ

Обследовано 65 больных затяжной пневмонией в возрасте от 25 до 63 лет, из которых у 31 отмечалась очаговая форма патологии, а у 34 - интерстициальная.

Установлено, что лечение электрофорезом ванадия вызывает у больных указанной патологией нормализацию взаимоотношений между центральной и периферической гемодинамикой.

Улучшение взаимоотношений между центральной и периферической гемодинамикой у больных затяжной пневмонией влечет за собой снижение повышенных величин сердечного и ударного индекса, некоторое увеличение удельного периферического сосудистого сопротивления, ускорение кровотока на участке “легкие-ухо”, нормализацию патологически измененных величин пульса и показателей артериального давления, ослабление, вплоть до исчезновения, патологических электрокардиографических данных.

Указанные положительные явления, вызванные лечением электрофорезом ванадия, оказались более выраженными при очаговой форме хронической пневмонии.

## **THE INFLUENCE OF VANADIUM ELECTROPHORESIS ON CARDIOHEMODYNAMIC VALUES OF PATIENTS WITH PROLONGED PNEUMONIA**

***N.Saakashvili, M. Tabidze, N.Kakulia, M.Abkhazi, I.Kvinikadze***

65 patients at the age of 25-63 have been examined. 31 of them had focal and 34 had interstitial pneumonia. It was stated that the treatment of diseased with pneumonia by Vanadium electrophoresis has improved relationship between central and peripheral hemodynamic parameters, normalized peripheral vessel specific resistance and stroke index, acceleration of blood flow on the region „lung-ear”, normalized pathologic changed pulse rate and dynamic blood arterial pressure, improved electrocardiographic data.

These positive changes of cardiohemodynamic, caused by Vanadium electrophoresis, were more pronounced at local form of chronic pneumonia.

### **ლიტერატურა:**

1. **Алексеев В.Г.** Толерантность к физической нагрузке у больных различными формами пневмонии //12-ый Национальный конгресс по болезням дыхания. - Тезисы докладов. - М., 2002. - С. 28-29.
2. **Бартлетт Дж. Дж.** Пневмония // Инфекции дыхательных путей. - М.: Бинам, 2000. - С. 10-103.
3. **Белов А.А., Лакшина Н.А.** Изменения вентиляционной функции у больных острой и затяжной пневмонией // 12-ый Национальный конгресс по болезням дыхания. - Тезисы докладов. - М., 2002. - С. 12.
4. **Дворецкий Л.И.** Пневмонии // Актуальные вопросы пульмонологии. - Сборник научных трудов. - М.: Ньюзиамед. - АО, 1999. - С. 3-44.
5. **Кудряшев В.А.** Количественная оценка нарушений кровообращения с помощью велоэргометрии при пневмониях // Российский национальный конгресс пульмонологов. - Тезисы докладов. - Иваново, 2006. - С. 34-35.
6. **Caretzky M., Cuuha V.A., Brandsletter R.D.** The Pneumonias. - New York: Springer, 1993. - 356 p.
7. **Dunnill M.S.** Pathophysiology of pulmonary circulation. - Edinburgh: Churchill Livingstone, 2004. - 392 p.



## საქართველოში მენინგოკოკური ინფექციისა და ბაქტერიული მენინგიტის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის გაუმჯობესების გზები

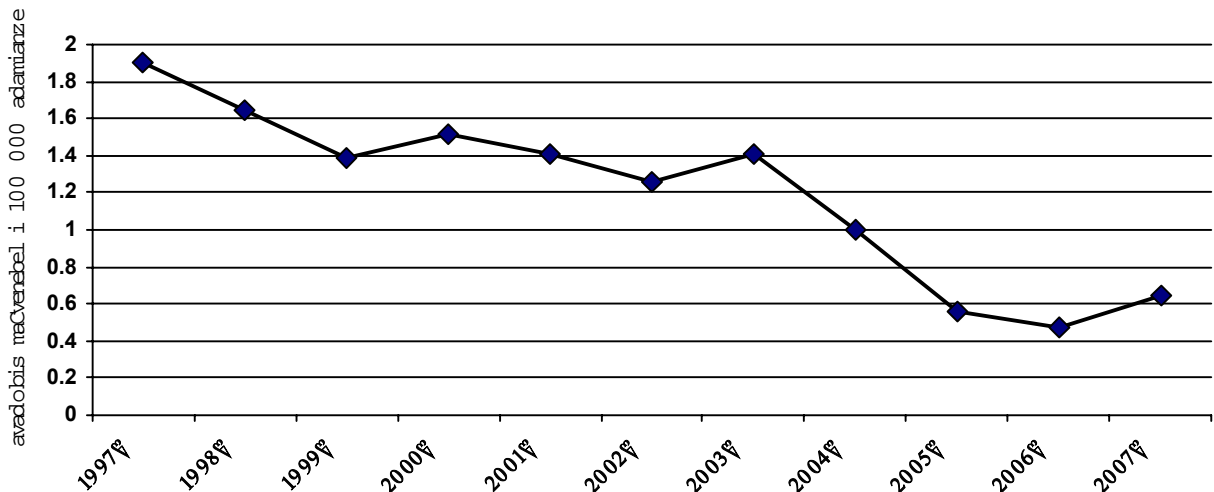
ი. მჭედლიშვილი, თ. მჭედლიშვილი, მ. ელოშვილი

საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია, თსსუ-ის ეპიდემიოლოგიისა და ზიოსტატისტიკის დეპარტამენტი,  
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

მენინგოკოკური ინფექცია ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინფექციური დაავადებაა, რომელიც სერიოზულ ზიანს აყენებს მოსახლეობის ჯანმრთელობას. მისთვის დამახასიათებელია როგორც ლოკალური (ნაზოფარინგიტი), ისე გენერალიზებული ფორმები მენინგიტისა და მენინგოკოკემიის სახით. ნაზოფარინგიტისაგან გასხვავებით, გენერალიზებული ფორმები მძიმე მიმდინარეობით და მაღალი ლეტალობით ხასიათდება. ამდენად, მთელ მსოფლიოსა და ჩვენს მეზობელ ქვეყნებშიც დიდი ყურადღება

ფექციისა და ბაქტერიული მენინგიტების გავრცელების დონე და დასახულ იქნეს გზები, რომლებიც ხელს შეუწყობს მათზე ეფექტური ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის განხორციელებას. მენინგოკოკური ინფექციის ავადობის ოფიციალური სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ მას კლების ტენდენცია ახასიათებს (გრაფიკი) და 2007 წელს, 1997 წელთან შედარებით, ავადობა 2,9-ჯერ შემცირდა. ეს, ერთი მხრივ, შეიძლება აიხსნას ავადობისათვის დამახასიათებელი პერიოდულობით.

მენინგოკოკური ინფექციით ავადობა საქართველოში 1997-2007 წლებში



ღდება ექცევა როგორც მენინგოკოკური ინფექციის მთლიანად, ისე განსაკუთრებით მენინგიტის პრობლემის შესწავლას. საქართველოში ამ საკითხზე მხოლოდ ერთეული შრომები არსებობს (1).

წარმოდგენილი კვლევის მიზანია გაანალიზებულ იქნეს ქვეყანაში მენინგოკოკური ინ-

ცნობილია, რომ ამ დაავადებას ახასიათებს ავადობის დონის პერიოდული მატება და კლება 10-15 წლის ინტერვალით. 1997 წელს ქვეყანაში აღინიშნა ავადობის პერიოდული მატება, რის შემდეგაც ავადობა თანდათან მცირდება. მიუხედავად ამისა, ჩვენი აზრით, ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემები რე-

ალურად ვერ ასახავს ინფექციის გავრცელების ჭეშმარიტ დონეს. ამას ადასტურებს შემდეგი ფაქტები:

1. 2006 წლიდან საქართველოში ოფიციალურად აღარ აღირიცხება მენინგოკოკური ნაზოფარინგიტი, რაც, ბუნებრივია, ამცირებს მენინგოკოკური ინფექციით ავადობის მაჩვენებლებს.

2. ოფიციალური მონაცემებით, 2006 წელს მენინგოკოკური ინფექციის დარეგისტრირებული 22 შემთხვევიდან 21 იყო მენინგოკოკეცემია და მხოლოდ ერთი მენინგოკოკური მენინგიტი. 2007 წელს ეს ციფრები შესაბამისად 30, 29 და 1-ის ტოლია, ანუ ორი წლის მანძილზე მხოლოდ ორ შემთხვევაში დაისვა მენინგოკოკური მენინგიტის დიაგნოზი. მაშინ, როდესაც იგივე ოფიციალური მონაცემებით, 2006 წელს საქართველოში დაფიქსირდა ბაქტერიული მენინგიტის 126 შემთხვევა (მაჩვენებელი 100 ათას მცხოვრებზე 2.74-ის ტოლია), ხოლო 2007 წელს — 99 (მაჩვენებელი 2.15-ს უდრის). სამწუხაროდ, მათი ეტიოლოგიური გაშიფრვა არ ხდება.

ცნობილია, რომ ბაქტერიული მენინგიტები პოლიეტოლოგიური დაავადებაა და შემთხვევების 90-95% განპირობებულია მენინგოკოკებით, პნევმოკოკებით და *Haemophilus influenzae*-ს *b* სეროტიპით (*Hib*). მათ შორის წამყვანი ადგილი, განსაკუთრებით ბავშვებში, მენინგოკოკებსა და *Hib*—ს უკავია (2,3,4). საქართველოში კი 2 წლის მანძილზე მათგან გამოწვეული მენინგიტის სულ 4 შემთხვევაა აღრიცხული. ჩვენი აზრით, გაუშიფრავი ეტიოლოგიის ბაქტერიულ მენინგიტებში, ისევე როგორც სხვა ქვეყნებში, წამყვანი ადგილი მენინგოკოკურ და *b* ტიპის *Haemophilus influenzae*-თი გამოწვეულ მენინგიტებს უნდა ეკავოს.

3. როგორც ეპიდემიურ კერებში, ისე ჯანმრთელ პოპულაციაში, აღინიშნება მენინგოკოკების საკმაოდ ინტენსიური ცირკულაცია. მაგალითად, 2006 წელს გამოკვლეული ჯანმრთელი მოსახლეობის 0.75%-ს ამოეთესა, ხოლო 2007 წელს ეს რიცხვი 5.12%-მდე გაიზარდა. მენინგოკოკების მტარებლობის დონე კი ავადობის რეალური დონის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია.

აღნიშნული მომენტებიდან გამომდინარე, ვფიქრობთ, რომ მენინგოკოკური ინფექციით, განსაკუთრებით მენინგოკოკური მენინგიტით ავადობის დონე ბევრად უფრო მაღალია, ვიდრე ეს ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემებით არის დაფიქსირებული, ამიტომ დღის წესრიგში დგას ამ დაავადების რეალური დონის დადგენა ქვეყანაში და ბაქტერიული მენინგიტის ეტიოლოგიური სრულყოფის გაშიფრვა, რადგან ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის საფუძველი სწორედ დაავადების

შემთხვევების სრული გამოვლენა და აღრიცხვაა. ამისათვის, ჩვენი აზრით, საჭიროა:

ა. კვლავაც სავალდებულო წესით უნდა აღირიცხოს მენინგოკოკური ნაზოფარინგიტით დაავადების შემთხვევები.

ბ. მკვეთრად უნდა გაუმჯობესდეს მენინგოკოკური ინფექციის, განსაკუთრებით კი ბაქტერიული მენინგიტის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა, რაშიც წამყვანი როლი დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულმა ცენტრმა უნდა ითავოს, სადაც თავ-ზურგტვინის სითხისა და სისხლის გამოკვლევა მოხდება როგორც ბაქტერიოლოგიური მეთოდით, ისე აგლუტინაციით და პოლიმერაზის ჯაჭვური რეაქციის გამოყენებით.

გ. მენინგოკოკების კულტურის გამოყოფის შემთხვევაში საჭიროა მისი ტიპირება, რათა დადგინდეს, თუ რომელი სეროჯგუფები უფრო გავრცელებული დღეს საქართველოში. როგორც ცნობილია, დაავადებას ძირითადად იწვევს *A*, *B* და *C* სეროჯგუფები, რომელთა მნიშვნელობა დაავადების გავრცელებაში სხვადასხვა ტერიტორიაზე და დროის სხვადასხვა მონაკვეთში საგრძნობლად მერყეობს (2,3). თანამედროვე ეტაპზე დომინირებული სეროჯგუფების დადგენა მით უფრო მნიშვნელოვანია, რომ ამჟამად მენინგოკოკების ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში ყველაზე ეფექტურ საშუალებად ითვლება აქტიური იმუნიზაცია. მისი დანერგვა კი მანამდე ვერ მოხდება, სანამ არ გაირკვევა დაავადების გავრცელების ჭეშმარიტი დონე და დომინირებული სეროჯგუფები.

დ. ბაქტერიული მენინგიტების ეპიდემიამხედველობის მიზნით, ასევე აუცილებლად მიგვაჩნია, მენინგოკოკების როლის დადგენის გარდა, განისაზღვროს ამ პათოლოგიაში *Hib*-ინფექციის როლიც, რადგან უახლოეს პერიოდში ჯანმოს და სხვადასხვა საერთაშორისო სამედიცინო ორგანიზაციის მხრივ შეიძლება დაისვას საკითხი საქართველოში *Hib* ინფექციის მიმართ აქტიური იმუნიზაციის დანაყოფების შესახებ.

ამრიგად, მენინგოკოკური ინფექციისა და ბაქტერიული მენინგიტების მიმართ ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, უპირველეს ყოვლისა საჭიროა მათი ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ხარისხის გაუმჯობესება, რაც შესაძლებლობას მოგვცემს დავადგინოთ მათი გავრცელების დონე და რაც ასევე მეტად მნიშვნელოვანია, მათი ეტიოლოგიური სტრუქტურა. მხოლოდ ამის შემდეგ არის შესაძლებელი მენინგოკოკური ინფექციის და *Hib*-ით გამოწვეული დაავადების საწინააღმდეგო ვაქცინების გამოყენების საკითხის დაყენება.



## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И БАКТЕРИАЛЬНЫМИ МЕНИНГИТАМИ В ГРУЗИИ

*И. Мchedlishvili, Т. Мchedlishvili, М. Eloshvili*

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ГРУЗИИ,  
ДЕПАРТАМЕНТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И БИОСТАТИСТИКИ ТГМУ,  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЯ БОЛЕЗНЕЙ И ОБЩЕСТВЕННОГО  
ЗДОРОВЬЯ

Анализ данных официальной статистики за 1997-2007 гг. показал, что заболеваемость менингококковой инфекцией в Грузии имеет тенденцию к снижению, что, по нашему мнению, не отражает реальную картину и во многом объясняется теми недостатками, которые имеют место в деле выявления и регистрации инфекционных болезней.

Для улучшения качества эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией и бактериальными менингитами в Грузии необходимо изучение серогрупповой характеристики менингококков, определение этиологической структуры бактериальных менингитов и установление удельного веса менингококков, пневмококков и гемофильных палочек типа Hib этой патологии. С этой целью необходимо значительное улучшение качества лабораторной диагностики как менингококковой инфекции, так и бактериальных менингитов.

## WAYS OF IMPROVING SURVEILLANCE SYSTEM FOR MENINGOCOCCAL INFECTION AND BACTERIAL MENINGITIS IN GEORGIA

*I.Mchedlishvili, T.Mchedlishvili, M.Eloshvili*

Analysis of datas coming from official statistics of the year 1997-2007 explored that the trend of morbidity of Meningococcal infections in Georgia decreases permanently.

Our understanding is a bit different. We think that existing datas do not reflect the reality that is a result of multiple gaps existing in the field of detection and registration of infectious diseases.

In order to improve the quality of surveillance for Meningococcal Infection and Bacterial Meningitis in Georgia, it is absolutely crucial to learn appropriately Serogroup characteristics, to determine structural aetiology of bacterial meningitis as well as the role of pneumococcus, Haemophilus influenza type Hib and meningococcus in developing this pathology.

Main objective and goal is to improve significantly the quality of Laboratory diagnostics for Meningococcal Infections as well as for Bacterial Meningitis.

### ლიტერატურა

1. ზოცვაძე ე. მენინგოკოკური ინფექცია. თბილისი 1995 წ.
2. Королева И.С., Белошицкий Г.В, Закроева И.М. Совершенствование эпиднадзора за менингококковой инфекцией и гнойными бактериальными менингитами в Российской Федерации.// Эпидемиология и инфекционные болезни.-2006-№4-С. 31-35.
3. Платонов А.Е. Николаев М.К. Заболеваемость гнойными менингитами у детей в возрасте до 5 лет в регионах России.//Эпидемиология и инфекционные болезни.-2007-№3-С. 10-18.
4. Hart С.А, Thomson А.Р. J. Meningococcal disease and its managment in children. BMJ, 2006,333 (7570), 685-690.



## სანტიმეტრული დიაპაზონის მიკროტალღების ელექტრომაგნიტური ველის გავლენა ბრონქული ასთმის დროს

ნ. სააკაშვილი, ი. თარხან-მოურავი, ნ. ჯაკობია

საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია, თბილისის ბალნეოლოგიური კურორტი — საქართველოს კურორტოლოგიის, ფიზიოთერაპიის, რეაბილიტაციისა და სამკურნალო ტურიზმის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი

ბოლო ათწლეულში აღინიშნება ბრონქული ასთმით დაავადებისა და პათოლოგიის დამძიმების უწყვეტი ზრდის ტენდენცია (2, 4, 5). ეს მდგომარეობა აქტუალურს ხდის პრობლემას, გამოიძებნოს აღნიშნული პათოლოგიის მკურნალობის ახალი საშუალებები და ამ მიზნისთვის უფრო ფართოდ იქნას გამოყენებული ფიზიოთერაპიული ფაქტორები, რომელსაც არ გააჩნია ფარმაკოლოგიური საშუალებებისათვის დამახასიათებელი ზოგიერთი გვერდითი მოვლენა.

ამასთან დაკავშირებით დიდ ინტერესს იწვევს სანტიმეტრული დიაპაზონის მიკროტალღების ელექტრომაგნიტური ველი (სდმ ემვ). დადგენილია, რომ აღნიშნული ველი ახდენს ანთებისსანინაალმდეგო და ჰიპოსენსიბილიზაციურ მოქმედებას (1, 3). ამიტომ, ჩვენ მიერ გადაწყდა შეგვესწავლა სდმ ემვ გამოყენების მიზანშეწონილობა ბრონქული ასთმის სამკურნალოდ.

**გამოკვლევისა და მკურნალობის მეთოდები.** გამოკვლეულ იქნა ბრონქული ასთმის მქონე 102 ვადმყოფი, რომელთაგანაც 49-ს აღენიშნებოდა დაავადების მსუბუქი, ხოლო 53-ს — საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობა. ავადმყოფებში, კლინიკური მდგომარეობის გამოკვლევის ფონზე, მკურნალობამდე და მკურნალობის შემდეგ, შესწავლილ იქნა: ორგანიზმის ალერგიული და იმუნოლოგიური რეაქტიულობა, ორგანიზმის არასპეციფიკური რეზისტენტობა, გარეგანი სუნთქვისა და კარდიოჰემოდინამიკის მაჩვენებლები, თირკმელზედა ჯირკვლის გლუკოკორტიკოიდული ფუნქცია, ცილის ფრაქციების შემცველობა სისხლის შრატსა და C რეაქტიულ ცილაზე პრეციპიტაციის რეაქციის ინტენსივობა.

მკურნალობის მეთოდიკა მოიცავდა სდმ ემვ დასხივებას პარავერტებრულად, ცალ-ცალკე, თითოეული ფილტვის ჰილუსის მიდა-

მოში 12-14 წუთით. პროცედურის საერთო ხანგრძლივობა შეადგენდა 24-28 წუთს. მკურნალობის კურსისათვის ინიშნებოდა 14-15 პროცედურა.

**მიღებული შედეგების განხილვა.** დადგენილ იქნა, რომ სანტიმეტრული დიაპაზონის მიკროტალღების ელექტრომაგნიტური ველით მკურნალობა იწვევს ბრონქული ასთმის მქონე ავადმყოფებში თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის გლუკოკორტიკოიდული ფუნქციის სტიმულირებას, რასაც სისხლში ახლავს ბიოლოგიურად აქტიური გლუკოკორტიკოსტეროიდ კორტიზოლის ზრდა. ეს ახდენს მადესინსიბილიზებელ და ანთებისსანინაალმდეგო მოქმედებას, რაც ვლინდებოდა ალერგენის შეყვანაზე კანის მომატებული მგრძობელობისა და C რეაქტიულ ცილაზე პრეციპიტაციის რეაქციის ინტენსივობის შესუსტებით, გაქრობამდე; საერთო არასპეციფიკური იმუნოგლობულინ E-ს,  $\alpha_1$  და  $\alpha_2$  — გლობულინების შემცირებით და ალბუმინების მომატებით სისხლის შრატში.

ორგანიზმის სენსიბილიზაციისა და ბრონქებში ანთებითი პროცესის შესუსტება, გაქრობამდეც კი, იწვევდა ბრონქული გამავლობის გაუმჯობესებასა და ჰიპოქსიის შემცირებას.

ბრონქული გამავლობის გაუმჯობესება იწვევდა ფილტვების სარეზერვო შესაძლებლობების ზრდას. ბრონქული ასთმის მქონე ავადმყოფებში, რომლებმაც ჩაიტარეს მკურნალობა სდმ ემვ-ით, აღნიშნული ძვრები ვლინდებოდა ფილტვების სასიცოცხლო ტევადობისა და მაქსიმალური ვენტილაციის, ფორსირებული სასიცოცხლო ტევადობისა და ერთნაშინი ფორსირებული სასიცოცხლო ტევადობის, სუნთქვის შეკავების ცდების სიდიდეების, ამოსუნთქვისა და ჩასუნთქვის სიმძლავრეების ზრდით.

ბრონქული გამავლობის ზრდა ხელს უწყობდა სუნთქვის გაიშვიათებას და არტერიული სისხლის ჟანგბადით გაჯერების ზრდას.

ჰიპოქსიის შემცირება (გაქრობამდე) აუმჯობესებდა ქსოვილების მიერ ჟანგბადის მოხმარებას, რაც ბრონქული ასთმის მქონე ავადმყოფებში, რომლებსაც ჩაუტარდათ სდმ ემგ-ით მკურნალობის კურსი, ინვევდა ვენური სისხლის ჟანგბადით გაჯერების მატებას.

ბრონქული გამავლობის გაუმჯობესება, ფილტვების სარეზერვო საშუალებების მატება, ჰიპოქსიის შემცირება, გაქრობამდეც კი, მანორმალიზებლად მოქმედებდა კარდიოჰემოდინამიკის მაჩვენებელზე, რაც ვლინდებოდა გულისა და დარტყმითი ინდექსების მომატებული სიდიდეების დაქვეითებით; კუთრი პერიფერიული სისხლძარღვოვანი წინააღმდეგობის ზრდით; „ფილტვ-ყურის“ მონაკვეთზე სისხლის ნაკადის სიჩქარის ზრდით.

ორგანიზმის სენსიბილიზაციის, ბრონქებში ანთებითი პროცესისა და ჰიპოქსიის შესუსტება გაქრობამდეც კი, ინვევდა იმუნიტეტის უჯრედული რგოლის და იმუნობიოლოგიური რეაქტიულობის გაძლიერებას, რაც პერიფერიულ სისხლში ვლინდებოდა T-ლიმფოციტებისა და T-ჰელპერების რაოდენობის ზრდით და T-სუპრესორების შემცველობის შემცირებით. იმუნიტეტის უჯრედული რგოლის გაძლიერება მანორმალიზებლად მოქმედებდა ჰუმორული იმუნიტეტის მაჩვენებელზე. ბრონქული ასთმის მქონე ავადმყოფებში, რომლებმაც ჩაიტარეს მკურნალობა სდმ ემგ-ით, ეს პროცესი ვლინდებოდა პერიფერიულ სისხლში ხ—ლიმფოციტების რაოდენობის ზრდით და სისხლის შრატში A და G კლასების იმუნოგლობულინების დაქვეითებული რაოდენობის მატებით. M კლასის იმუნოგლობულინების შემცველობა სისხლის შრატში,

როგორც მკურნალობამდე, ასევე მკურნალობის შემდეგ, მერყეობდა ნორმის ფარგლებში.

ორგანიზმის სენსიბილიზაციის და ბრონქებში ანთებითი პროცესის შესუსტება და იმუნიტეტის უჯრედული რგოლის გაძლიერება ინვევდა ორგანიზმის არასპეციფიკური რეზისტენტობის ზრდას, რაც ბრონქული ასთმის მქონე ავადმყოფებში, რომლებმაც ჩაიტარეს მკურნალობა სდმ ემგ-ით, ვლინდებოდა ფაგოციტური რიცხვისა და ფაგოციტური ინდექსის ზრდით.

ორგანიზმის სენსიბილიზაციის, ბრონქებში ანთებითი პროცესისა და ჰიპოქსიის შესუსტება, გაქრობამდეც კი, აუმჯობესებდა ღვიძლის მეტაბოლურ ფუნქციას, რასაც თან ახლდა სისხლის შრატში β და γ—გლობულინების რაოდენობის მატება.

ორგანიზმის სენსიბილიზაციის, ბრონქებში ანთებითი პროცესისა და ჰიპოქსიის შესუსტება, გაქრობამდეც კი, გარეგანი სუნთქვის ფუნქციის, კარდიოჰემოდინამიკისა და ღვიძლის მეტაბოლური ფუნქციის გაუმჯობესება - მანორმალიზებლად მოქმედებდა კლინიკურ მდგომარეობაზე, რაც ვლინდებოდა ავადმყოფებში ჩივილების შესუსტებით ან გაქრობით, ფილტვების მხრივ - აუსკულტაციური მაჩვენებლების გაუმჯობესებით.

ბრონქული ასთმის მქონე ავადმყოფებში, რომლებმაც ჩაიტარეს მკურნალობა სდმ ემგ-ით, სუბიექტური და ობიექტური მონაცემების გაუმჯობესება მეტად იყო გამოხატული ბრონქული ასთმის მსუბუქი მიმდინარეობის დროს.

სდმ ემგ-ით მკურნალობამ დადებითი გავლენა მოახდინა პათოლოგიის მსუბუქი მიმდინარეობის მქონე ყველა ავადმყოფსა და დაავადების საშუალო სიმძიმით მიმდინარეობის მქონე 49 გამოკვლეულზე.

## ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ПОЛЯ САНТИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА НА БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

*Н. Саакашвили, И. Тархан-Моурави, Н. Джакобия*

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ГРУЗИИ, ТБИЛИССКИЙ БАЛЬНЕОЛОГИЧЕСКИЙ КУРОРТ – НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР КУРОРТОЛОГИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ЛЕЧЕБНОГО ТУРИЗМА ГРУЗИИ

Обследовано 102 больных бронхиальной астмой, из которых у 49 отмечалось легкое течение патологии, а у 53 - среднетяжелое.

Лечение больных заключалось в облучении электромагнитным полем микроволн сантиметрового диапазона (ЭМП МСД), паравертебрально - в области проекции гилюсов каждого легкого, по 12-14 мин. Общая продолжительность процедуры составляла 24-28 мин. На курс лечения назначалось 14-15 процедур. Процедуры проводились ежедневно, кроме воскресных дней.

Установлено, что лечение ЭМП МСД вызывает у больных бронхиальной астмой повышение в крови биологически активного глюкокортикостероида – кортизола, что оказывало противовоспалительное и гипосенсибилизирующее действие.

Снижение, вплоть клинического до исчезновения, признаков сенсibilизации организма и воспалительного процесса в бронхах вызывало усиление иммунобиологической реактивности, клеточного звена иммунитета и неспецифической реактивности организма; нормализующе действовало на показатели гуморального иммунитета; улучшало функцию внешнего дыхания, кардиогемодинамику, метаболическую функцию печени и общее клиническое состояние.

Положительные изменения, вызванные лечением электромагнитным полем волн сантиметрового диапазона, уменьшались по мере степени тяжести патологии.

Лечение ЭМП МСД оказало положительное действие на всех больных с легким течением бронхиальной астмы и на 49 - со среднетяжелым течением заболевания.

## **EFFECT OF CENTIMETRIC RANGE ELECTROMAGNETIC FIELD ON PATIENTS WITH BRONCHIAL ASTHMA**

*N. Saakashvili, I. Tarkhan-Mouravi, N. Jakobia*

Total of 102 patients with bronchial asthma were examined, among them 49 patients were with light form of the pathology and 53 - with moderate-serious form.

The treatment of these patients involved a paravertebral irradiation of hilus projection region of each lung with centimetric range microwave electromagnetic field during 12-14 minutes. The general duration of this process was 24-28 minutes. The course of treatment lasted 14-15 procedures. The procedure was carried on daily except Sundays.

It has been established that the treatment with centimetric range microwave electromagnetic field induced an increase of biologically active glucocorticoid-cortisol in the blood of patients with bronchial asthma which had a desensitizing influence and anti-inflammatory action.

The decrease of sensibilization of the organism and inflammatory process in the bronchus right up to disappearance evoked an intensification of immunobiological reactivity of cellular link of the immunity and non-specific resistance of the organism. At the same time it affected the indices of humoral immunity, improved a function of external respiration and cardiohemodynamics, a metabolic function of the liver and clinical state of the patient.

Positive changes as a result of the treatment with centimetric range microwave electromagnetic field were reduced in accordance with a worsening of the pathology.

The treatment with centimetric range microwave electromagnetic field had a positive action on all the patients with a light duration of bronchial asthma and 49 patients with moderate-serious form of the disease.

### **ლიტერატურა**

1. **Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н.** Общая физиотерапия. – М.: Медпрессинформ, 1999. – 258 с.
2. Новые индустриальные технологии и астма. Эпидемии астмы в России /Л.В. Лусс, А.В. Богова, В.Д. Прокопенко, Н.И. Ильина //International J. on Immunorehabilitation/ - 1999.- N11. - P. 117-121.
3. **Соколова Н.Г., Соколова Т.В.** Физиотерапия. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 2004. – 320 с.
4. **Хайтов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидоревич И.Г.** Иммунология. – М.: Медицина, 2000. – 430 с.
5. **Sim K.M., Kcogh V.F.** Ventilation in severe acute asthma: is there safety in numbers //Thorax. – 2001. – Vol. 49. –P. 297-299.





# თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის პირობები, ჯანმრთელობის მდგომარეობა და მისი გაუმჯობესების ღონისძიებები

*რ. კვერენჩხილაძე, მ. ციმაკურიძე, ლ. ბაქრაძე, ნ. ხუნაშვილი*

**საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ბარამოსა და პროფესიული მედიცინის დეპარტამენტი**

დასაქმებული მოსახლეობის შრომის უსაფრთხო პირობების შექმნა და ჯანმრთელობის დაცვა პროფილაქტიკური მედიცინის, კერძოდ, შრომის მედიცინის ერთ-ერთი პრიორიტეტული მიმართულებაა [3,7,21]. მუშაკთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის განმტკიცებისა და შრომისუნარიანობის ამაღლების ძირითადი საფუძველი შრომის რაციონალური პირობების უზრუნველყოფაა.

საზოგადოების განვითარების თანამედროვე ეტაპზე ეროვნული მეურნეობის სხვადასხვა დარგის სანარმოებში ფორმირებული შრომის პირობების დამახასიათებელი თავისებურებაა სხვადასხვა სახის პროფესიულ ფაქტორთა კომპლექსური მოქმედება [8,10], რაც კანონზომიერად აისახება დასაქმებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის დარღვევების სპეციფიკური სურათის ფორმირებაში [13,18]. ამ ფაქტორთა კომბინირებული მოქმედების გამო, დასაქმებული მოსახლეობის შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის ღონისძიებათა სისტემაში სულ უფრო მნიშვნელოვანია ჯანმრთელობის რისკის ფაქტორთა კომპლექსური შეფასება [19,20], რაც მომუშავეთა შრომისუნარიანობის გაზრდის, აქტიური შრომითი საქმიანობის პერიოდისა და ჯანსაღი სიცოცხლის გახანგრძლივების, ჯანმრთელობის მაჩვენებლების გაუმჯობესებისაკენ მიმართული ღონისძიებების შემუშავების საფუძველია [2,4,17]. ეს კი თავისთავად უმნიშვნელოვანესი სამედიცინო, სოციალური და ეკონომიკური პრობლემაა [11,16].

პროფესიული ფაქტორების მოქმედებაზე ორგანიზმის საპასუხო რეაქციის სპექტრი მრავალფეროვანია და 6 თანმიმდევრული ეტაპისაგან შედგება: 1. უცნობი ხასიათის ძვრები ორგანიზმში; 2. ჯანმრთელობის დარღვევის მორფოლოგიური, ფუნქციური, ბიოქიმიური, იმუნოლოგიური ნიშნები; 3. ავადო-

ბა; 4. ინვალიდობა; 5. გენოტიპის დაზიანების ნიშნები; 6. სიკვდილობა [5]. აღნიშნული ფაქტორების დროული გამოვლენა, პროფილაქტიკური ღონისძიებების შემუშავება და რეალიზაცია დასაქმებულთა ჯანმრთელობის შენარჩუნების მტკიცე გარანტიაა [6,14].

შრომის მედიცინის პროფესიონალების მიერ საქართველოს პირობებში მნიშვნელოვანი კვლევებია ჩატარებული ეროვნული მეურნეობის სხვადასხვა დარგში დასაქმებულთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის მიმართულებით, სათანადო გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შემუშავებით, რომელთა დანერგვა სამედიცინო, სოციალური და ეკონომიკური ეფექტის მქონეა.

თანამედროვე ეტაპზე ნაკლებადაა შესწავლილი მოსახლეობის დასაქმების ისეთი მნიშვნელოვანი სფერო, როგორცაა შიდასაქალაქო ტრანსპორტის ექსპლუატაცია. ეს გარემოება განსაკუთრებით თვალსაჩინო ხდება სადღეისოდ, როდესაც ჩვენი ქვეყნის მოსახლეობის დიდი ნაწილი დედაქალაქში თავმოყრილი, რაც განაპირობებს შიდასაქალაქო ტრანსპორტის როლის გაზრდას, ერთი მხრივ, მისი მასობრივი გამოყენებით, ხოლო მეორე მხრივ სატრანსპორტო საშუალებების ექსპლუატაციაზე დასაქმებული პირების რაოდენობის მატებით.

შიდასაქალაქო ტრანსპორტის ექსპლუატაციაზე დასაქმებულ პირთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის საფუძველზე შესაბამისი ღონისძიებების შემუშავებას დღემდე ნაკლები ყურადღება ექცევა.

თანამედროვე მსხვილ ქალაქებში, მათ შორის თბილისში, შიდასაქალაქო ტრანსპორტის წამყვანი სახეა მეტროპოლიტენი. მსოფლიოს სხვადასხვა ქალაქში 150-წლიანი ექსპლუატაციის გამოცდილების მიუხედავად,

სპეციალურ ლიტერატურაში მეტად მწირი მონაცემებია მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის მედიცინის პრობლემებზე. შესწავლილი არაა რეგიონის კლიმატურ-გეოგრაფიული თავისებურებები, რომელიც გავლენას ახდენს შრომის პირობების ფორმირებაზე, რაც მომუშავეთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზეც აისახება [12].

თბილისის მეტროპოლიტენში, მისი არსებობის 40 წელზე მეტი ისტორიის მანძილზე, შრომის მედიცინის თვალსაზრისით, ცალკეული კვლევები ჩატარდა გასული საუკუნის 70-იან წლებში, რის საფუძველზეც გაანალიზებული იყო ძირითადად ღამის ცვლაში მომუშავეთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის ზოგიერთი ასპექტი, აგრეთვე, შემანქანეთა ორგანიზმის ფსიქოფიზიოლოგიური ფუნქციის ზოგიერთი მაჩვენებელი. კვლევის შედეგად დადგინდა გამოკვლეული კონტინგენტის შრომის არახელსაყრელი რეჟიმის არსებობა, რაც გავლენას ახდენს მომუშავეთა ორგანიზმის ფუნქციასა და ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე [9].

ცალკეული გამოკვლევით დადგენილია თბილისის მეტროპოლიტენის გარემოს ზოგიერთი რისკის ფაქტორის გავლენა მეტროპოლიტენის ექსპლუატაციაზე დასაქმებულთა ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე; დასაბუთებულია კომპლექსური ჰიგიენური და კლინიკური გამოკვლევების ჩატარების აუცილებლობა სამუშაო გარემოსა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესების, სამედიცინო მომსახურების სისტემის შემდგომი სრულყოფის თვალსაზრისით [1,15].

საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურში მიმდინარე კარდინალური რეფორმები, გარკვეულწილად, აისახა თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის უზრუნველყოფის ორგანიზაციაზეც.

თბილისის მეტროპოლიტენის გარემოს მდგომარეობის (მეტეოროლოგიური პირობები, ჰაერში მტვრისა და ტოქსიკური აირების შემცველობა, ხმაურისა და ვიბრაციის დონეები) მონიტორინგს აწარმოებს საუნწყებო ლაბორატორია - თბილისის მეტროპოლიტენის ელექტრომექანიკური სამსახურის ლაბორატორიული ცენტრი. იგი, სათანადო გამოკვლევების ჩატარების საფუძველზე, ადგენს გარემოს მაჩვენებლების შესაბამისობას ჰიგიენურ ნორმატივებთან და, საჭიროების შემთხვევაში, რეკომენდაციებით მიმართავს ობიექტის ადმინისტრაციას. უკანასკნელ პერიოდში მისი უფლებამოსილების არეალი მნიშვნელოვნად შეიკვეცა - მის მიერ წარმოებს მხოლოდ ჰაერის ტემპერატურისა და ტენიანობის კონტროლი. ეს გარემოება მეტად არასახარბიელოა, ვინაიდან ქვეყანაში არ არ-

სებობს ერთიანი სახელმწიფო სანიტარიული სამსახური და არ წარმოებს გარემო ფაქტორების მდგომარეობის სანიტარიული კონტროლი. ამდენად, კონტროლის სფეროს მიღმაა დარჩენილი საწარმოო გარემოს ისეთი მნიშვნელოვანი ფაქტორები, როგორცაა ჰაერში მტვრისა და ტოქსიკური აირების შემცველობა, ხმაური და ვიბრაცია, რაც არასასურველად აისახება მომუშავეთა ჯანმრთელობაზე.

ჯანდაცვის სამსახურის რეფორმამდელ პერიოდში თბილისის მეტროპოლიტენში დასაქმებულთა სამედიცინო მომსახურებას აწარმოებდა საუნწყებო სამედიცინო დაწესებულება - საქართველოს რკინიგზის პოლიკლინიკა. პოლიკლინიკის კლინიციისტა და ლაბორატორიული ცენტრის ჰიგიენისტა მჭიდრო თანამშრომლობის საფუძველზე ტარდებოდა მუშაკთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის სამედიცინო მონიტორინგი - პერიოდული სამედიცინო გასინჯვები, სათანადო რეკომენდაციების შემუშავებით. ამჟამად მეტროპოლიტენის მუშაკთა ჯანმრთელობაზე დაკვირვება - პირველადი სამედიცინო შემოწმება, ხორციელდება სახაზო სამედიცინო პუნქტების მიერ, რომელიც დაკომპლექტებულია საშუალო სამედიცინო პერსონალით (მეტროს სადგურებში „დიდუბე“ და „ვარკეთილი“). მეტროპოლიტენის მუშაკთა სამედიცინო მომსახურების ორგანიზაცია აღნიშნული სქემით აშკარად არასაკმარისია და ვერ უზრუნველყოფს სათანადო ეფექტს.

არსებული სიტუაციის ანალიზმა აჩვენა, რომ თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის კონტროლისა და დაცვის რეალური მდგომარეობა არ შეესაბამება სასურველს, რაც აქტუალურს ხდის შრომის მედიცინის სპეციალისტთა ძალისხმევის გაძლიერებას აღნიშნული მიმართულებით.

თანამედროვე ეტაპზე, ქვეყნის სოციალურ-ეკონომიკური განვითარების მდგომარეობის გათვალისწინებით, თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შემდგომი გაუმჯობესების გადაუდებელ ამოცანათა რიგს მიეკუთვნება:

- თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა შრომის პირობებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის სისტემატური, გეგმაზომიერი შესწავლა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურის შესაბამისი სტრუქტურების მჭიდრო თანამშრომლობის საფუძველზე, სათანადო გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შემუშავებით;

- საწარმოო გარემოსა და შრომითი პროცესის მდგომარეობის სისტემატური კონტროლი;

- საუნწყებო ლაბორატორიის - თბილისის მეტროპოლიტენის ელექტრომექანიკური სამსახურის ლაბორატორიული ცენტრის აღჭურვა კვლევის თანამედროვე აპარატურითა და სხვა საშუალებებით სანარმოო გარემოს ფაქტორების (მეტეოროლოგიური პირობები, ჰაერში მტვრისა და ტოქსიკური აირების შემცველობა, ხმაურისა და ვიბრაციის დონე) მდგომარეობის სრულყოფილი კვლევის მიზნით;

- საუნწყებო ლაბორატორიის სათანადო უფლებამოსილებით აღჭურვა სანარმოო გარემოს რისკის ფაქტორების გამოკვლევისა და შეფასების მიზნით;

- თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო გასინჯვების ორგანიზაცია სათანადო კანონქვემდებარე აქტების მოთხოვნათა სრული დაცვით; მიღებული შედეგების ანალიზი;

- თბილისის მეტროპოლიტენის მუშაკთა რისკის ფაქტორების შეფასებისა და ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესწავლის საფუძველზე კომპლექსური გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შემუშავება;

- შემუშავებული და მონოდებული

ღონისძიებების რეალიზაციისა და ეფექტურობის მონიტორინგი;

- შრომის მედიცინის სამსახურის (ცენტრის) შექმნა (საქართველოს რკინიგზის სტრუქტურაში ან დამოუკიდებლად), რომელიც მოცემულ სფეროში კოორდინაციას გაუწევს ეროვნული მეურნეობის დასაქმებულთა შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული საკითხების რეალიზაციას.

ამდენად, მეტროპოლიტენის ექსპლუატაციაზე დასაქმებულთა შრომისა და ჯანმრთელობის დაცვის საკითხების გადაწყვეტა თანამედროვე სოციალურ-ეკონომიკური პირობების გათვალისწინებით აქტუალურს ხდის კომპლექსური ჰიგიენური და კლინიკურ-ფუნქციური კვლევების ჩატარებას, რის საფუძველზეც დადგინდება სანარმოო გარემოს რისკის ფაქტორების სპექტრი, ჰიგიენურ-კლინიკური შეპირისპირების გზით გამოვლინდება მომუშავეთა ჯანმრთელობაზე მათი გავლენის ხასიათი და ხარისხი. ეს კი მიზანმიმართული კომპლექსური გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების შემუშავების საფუძველს შექმნის, რაც ეროვნული მეურნეობის მოცემულ სფეროში დასაქმებულთა ჯანმრთელობის განმტკიცების წინაპირობაა.

## СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ИЗУЧЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА И ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ТБИЛИССКОГО МЕТРОПОЛИТЕНА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПО ИХ УЛУЧШЕНИЮ

*Р. Кверенчиладзе, М. Цимакуридзе, Л. Бакрадзе, Н. Хунашвили*

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ, ДЕПАРТАМЕНТ  
МЕДИЦИНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ  
ТБИЛИССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Труд и здоровье работников современного вида общественного транспорта - метрополитена требует пристального внимания специалистов медицины труда. Несмотря на 150-летний опыт функционирования метрополитена, вопросы комплексного изучения условий труда и состояния здоровья работников метрополитена с разработкой оздоровительных мероприятий все еще требуют дальнейших исследований и разработок. Сведения литературы не учитывают климато-географические особенности региона, влияющие на формирование факторов риска и, следовательно, на состояние здоровья этих работников. На основании проведенных в 70-ые годы отдельных исследований на базе Тбилисского метрополитена установлены изменения психо-физиологического состояния здоровья работников в результате влияния факторов производственной среды и трудового процесса. Современное состояние охраны труда и здоровья работников Тбилисского метрополитена требует комплексного подхода к решению проблемы, что позволит значительно улучшить положение. В современных социально-экономических условиях среди задач, требующих пристального внимания, первостепенными являются мероприятия, направленные на улучшение контроля факторов риска производственной среды и трудового процесса; оптимизация медицинского обеспечения работающего контингента, в частности, проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в соответствии с требованиями национальных нормативно-методических документов Грузии.

## CURRENT STATE OF THE STUDY OF TBILISI METRO WORKERS' HEALTH AND WORKPLACE CONDITIONS AND KEY ASPECTS OF ITS IMPROVEMENT

*R. Kverenchkhiladze, M. Tsimakuridze, L. Bakradze, N. Khunashvili*

The workplace conditions and the health of the workers' engaged in the most common type of the modern transport industry – metro, require close attention from the occupational health professionals. Despite the 150 year working experience with metro, the issues of studying the workers' state of health and working conditions and developing sanitation measures are not at the satisfactory level. Existing datas and literature do not take into account climate and geographical peculiarities of the region, that have an effect on risk factors and accordingly, on the workers' health. On the basis of the research of Tbilisi metro, that were conducted in the 70s of the last century, some psycho –physiological changes in the workers state of health as a result of the working conditions and environment influence were determined. The current state of securing workers' health requires complex approach of finding the solution, that will provide help for further improvements. At the time of current social and economical conditions, the issues of improving assessment of the risk in the industrial environment and working processes, optimizing the services provided by the working contingent and conducting preliminary and periodical medical examinations in accordance to the governmental normative and methodical document measures, in particular, are of primary importance.

### ლიტერატურა

1. **ბაქრაძე ლ., ციმაკურიძე მ., ზურაშვილი დ., ხაჭაპურიძე დ., მაისურაძე ე.** დასაქმებული მოსახლეობის სამედიცინო დახმარების ორგანიზაციის თანამედროვე მდგომარეობა (თბილისის მეტროპოლიტენის მაგალითზე). //სამეცნიერო შრომათა კრებული./თსსუ. — ტ. Xგ. თბილისი: 2004. — გვ. 57-59.
2. **კვერენჩილაძე რ., სააკაძე ვ., ჯავახაძე რ. და სხვ.** დასაქმებული მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის პრობლემები საქართველოში. //”საქართველოს გარემოს ჰიგიენის ეროვნული პროგრამა”. /ეროვნული კონფერენცია. /მასალები. თბილისი: 2001. - გვ. 203-205.
3. **სააკაძე ვ.** პროფესიული დაავადებები. თბილისი: ზეკარი. - 2000. - 806 გვ.
4. **ციმაკურიძე მ.** სანარმოო გარემოთი გამოწვეული პათოლოგიის სამედიცინო პრევენციის თანამედროვე პრობლემები საქართველოში. //სამეცნიერო შრომათა კრებული. /თსსუ. ტ. XXXIX. — 2003. - გვ. 376-379.
5. **Измеров Н.Ф., Каспаров А.А.** Медицина труда. Введение в специальность. М.: Медицина. - 2002. - 392 с.
6. **Измеров Н.Ф.** Концептуальные подходы к сохранению и укреплению здоровья работающего населения России.// Бюллетень научного совета “Медико-экологические проблемы работающих”. - 2003. - №1. - С. 4-10.
7. **Измеров Н.Ф., Сквирская Г.П.** Социальная ответственность работодателя за здоровье работающих и роль медицины труда в современных условиях. //Медицина труда и промышленная экология. 2003. - №12. – С. 4-8.
8. **Каримова Л.К.** Научные основы системы оценки и управления рисками в нефтехимической промышленности: Автореф. дисс. ... док. мед. наук.- Киев: 1999. - 48 с.
9. **Курашвили М.Е., Саакадзе В.П., Ломтатидзе Н.Г., Кверенчилаძე Р.Г.** Труд, заболеваемость и состояние здоровья рабочих Тбилисского метрополитена, занятых исключительно на ночных работах. //Сб. трудов ТГМИ. – Т. XXIV. Тбилиси: 1975. – С. 92-95.
10. **Липенецкая Т.Д., Дунаева С.А., Полякова С.П.** Межцентральные отношения в коре больших полушарий головного мозга человека при хроническом действии неблагоприятных производственных факторов. //Медицина труда и промышленная экология. 2004. - №8. – С. 23-28.



- 11. Молодкина Н.Н.** Проблема профессионального риска. Оценка и социальная защита. //Медицина труда и промышленная экология. 1998. - №6. – С. 41-48.
- 12. Ретнев В.М.** К вопросу об оценке тяжести и напряженности трудового процесса в медицине труда. //Медицина труда и промышленная экология. 1999. - №10. – С.11-14.
- 13. Ретнев В.М., Шляхецкий Н.С.** Об определении понятий, необходимых при оценке вредного воздействия экологического фактора среды обитания. //Научные чтения “Белые ночи-2003” /Материалы VII Международных научных чтений Международной Академии наук экологии и безопасности жизнедеятельности. - МАНЭБ. - 2003.- С. 97-98.
- 14. Тюрина И.А.** Гигиеническое обоснование оптимизации условий труда при физико-химическом упрочении мощных угольных пластов и последующей их разработке: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М.: 1992. - 22 с.
- 15. Цимакуридзе М.П., Бакрадзе Л.Ш., Кверенчхладзе Р.Г., Кварцхава М.Л., Майсурадзе Э.А.** Принципы охраны труда и здоровья работников Тбилисского метрополитена в условиях новых социально-экономических отношений.//Georgian Medical News. 2006. - #4 (133). - С.105-107.
- 16. Якимова Л.Д.** Состояние и социально-экономические проблемы охраны труда. //Бюллетень Научного Совета “Медико-экологические проблемы работающих”. - 2003. №1. - С. 29-33.
- 17. Яковлева Т.П., Тихонова Г.И., Головкова Н.П.** Влияние условий труда на предстоящую продолжительность жизни работников отдельных профессий. //Медицина труда и промышленная экология. 2004. Т.№4.-С.14-19.
- 18. Abueye C. Kelbessa U. Wolde-Gabriels** Health effect of Cassava consumption in south Elhiopici. // EastAfrican Medical Journal. 75(3):16670. 1998 Mar.
- 19. Bardana E.J., Montaro A.O., Hollaren M.T.**//Occupational asthma. – USA, UK, Canada, 1995. – P. 267-282.
- 20. Chiba S.E., Chiba H.P., Ong C.N.** // Occup. Med. – 1996. – Vol. 46, № 1. – P. 59-64.
- 21. Thomas P.T.** // Toxicol. Subst. J. – 1990. – Vol. 10, N 3. – P. 241-273.



## სენსომოტორული და ფსიქომოციური პროდუქტიულობა არაპროლიფერაციული რეტინოპათიით გართულებული შაქრიანი დიაბეტის დროს

**ა. ციბაძე, ლ. ცუცქერიძე, რ. ყურაშვილი, მ. კორკელია, დ. ციბაძე**

**საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა  
აკადემია,  
საქართველოს დიაბეტის ცენტრი, თბილისის სახელმწიფო  
სამედიცინო უნივერსიტეტი**

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში ხშირად ვლინდება ფსიქოლოგიური პრობლემები და ფსიქიკური დარღვევები, რაც უარყოფითად მოქმედებს დაავადების მიმდინარეობასა და მკურნალობის შედეგზე (1, 2, 3, 4). ჩვენი კვლევების თანახმად, შაქრიანი დიაბეტის ტიპი 1 და ტიპი 2 დროს ხშირია დეპრესიული გამოვლინებები, რაც 53%-ს შეადგენს. გართულების არსებობისას კი ეს გამოვლინებები გაცილებით მეტია, მაგ. არაპროლიფერაციული რეტინოპათიის შემთხვევაში 84,8%-ს აღწევს (5).

ზემოაღნიშნულიდან გამომდინარე, მიზნად დავისახეთ, შეგვესწავლა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პირთა სენსომოტორული და ფსიქომოციური პროდუქტიულობა შემდგომი ადეკვატური სიმპტომატური მკურნალობის ჩასატარებლად.

**მასალა და მეთოდოლოგია.** მეთვალყურეობის ქვეშ იმყოფებოდა შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული 250 ავადმყოფი, რომლებიც დაყოფილი იყვნენ ძირითად (135 პაციენტი) და საკონტროლო (115 პაციენტი) ჯგუფებად. ძირითად ჯგუფში არაპროლიფერაციული რეტინოპათიით გართულებული ტიპი 1 დიაბეტით წარმოდგენილი იყო 40 ავადმყოფი, ხოლო ტიპი 2-ით — 85. საკონტროლო ჯგუფში, გართულების გარეშე, ტიპი 1 დიაბეტი აღნიშნა 56 შემთხვევაში, ხოლო ტიპი 2 — 59-ში. ძირითადი ჯგუფის პაციენტებიდან 29 პირს არ გამოუვლინდა დეპრესია, ხოლო საშუალო სიმძიმის დეპრესიის სიმპტომები გამოუვლინდა 106 პირს. საკონტროლო ჯგუფში მსუბუქი ხარისხის დეპრესიის სიმპტომები გამოუვლინდა 61-ს, ხოლო სიმპტომების გარეშე იყო 54 ავადმყოფი.

აღნიშნული კონტინგენტიდან ფსიქოფიზიოლოგიური კვლევის ჩატარებაზე დათანხმდა ძირითადი ჯგუფის 42 და საკონტროლო ჯგუფის 28 პაციენტი.

სენსორულ-მოტორული რეაქცია შეისწავლებოდა ლანდოლტის ტიპის რგოლების გამოყენებით კომპიუტერულ რეჟიმში. ეკრანის მუქ ფონზე ჩნდებოდა ნათელი რგოლები 3 ან 5 წრილით, კადრის ექსპოზიცია — 36 მმ, ინტერვალის ხანგრძლივობა კადრებს შორის — 1800 მმ. დავალება კი იმაში გამოიხატებოდა, რომ საკვლევ პირს უნდა ეპასუხა სინათლის ყველა სტიმულზე ერთმნიშვნელოვნად — „მაუსის“ მარცხენა ღილაკზე დაჭერით. ფსიქომოციური (ფსიქიკური) დატვირთვისას კი (გარჩევისა და ამორჩევის ამოცანა) — ეკრანის მუქ ფონზე ჩნდებოდა რგოლები 3 ან 5 (კენტი) და 4 (ლუნი) წრილით. გამოკვლევის ობიექტს კენტჭრილიან რგოლებზე უნდა ეპასუხა „მაუსის“ მარცხენა ღილაკზე დაჭერით, ხოლო ლუნჭრილიან რგოლებზე — მარჯვენა ღილაკზე დაჭერით.

კომპიუტერული პროგრამა თითოეულ სიგნალზე არეგისტრირებდა რეაქციის დროს (Rt), სწორი, არასწორი, გამოტოვებული პასუხებისა და შეცდომების რაოდენობას (ე.ი. მუშაობის ხარისხს).

**მიღებული შედეგები და მათი განხილვა.** როგორც აღვნიშნეთ, სენსომოტორული რეაქცია და ფსიქომოციური პროდუქტიულობა შესწავლილ იქნა ძირითადი ჯგუფის 42 და საკონტროლო ჯგუფის 28 ავადმყოფზე. მარტივი სენსომოტორული მუშაობის შესრულებისას, როგორც ძირითადი, ასევე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტები სინათლის სტიმულზე არასწორ პასუხს, პრაქტიკულად, არ იძლე-

ოდნენ, ასევე, მინიმალური იყო გამოტოვებული პასუხთა რიცხვიც (ცხრილი). რაც შეეხება, დეპრესიის სიმპტომების მქონე ავადმყოფებს, ორივე ჯგუფში სინათლის სტიმულზე გამოტოვებული პასუხების რაოდენობა იყო  $11\pm 5,2$  და  $12\pm 4,3\%$ . რეაქციის დროის საშუალო სიდიდე, პრაქტიკულად, არ განსხვავდებოდა არცერთ ჯგუფში.

კვლევის შემდეგ ეტაპს წარმოადგენდა ფსიქომოციური დატვირთვა, რაც მარტივ სენსომოტორულ რეაქციასთან შედარებით საკვლევ პირთათვის უფრო რთული პროცესია. აღნიშნულის მიუხედავად, დეპრესიის არამქონე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტე-

გრამა. თუ დეპრესიის არამქონე პაციენტებში რეაქციის დროის ჰისტოგრამა, როგორც მარტივი სენსომოტორული ამოცანის გადანყვეტისას, ისე ფსიქომოციური დატვირთვის დროს, თითქმის, ნორმალური განაწილების ფორმას ატარებდა. დეპრესიის სიმპტომების მქონე პაციენტებში მარტივი სენსომოტორული ამოცანის გადანყვეტისას ჰისტოგრამა იღებდა უნესრიგო ხასიათს, ფსიქომოციური დატვირთვის შემთხვევაში კი უფრო ორგანიზებული ხდებოდა (თუმცა, მაინც შორს იყო ნორმალური განაწილებისაგან).

ამგვარად, შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულ პაციენტებში, როგორც საკონტროლო,

**ტიპი 1 და ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტთა მუშაობის ხარისხი სენსომოტორული და ფსიქომოციური დატვირთვის დროს**

ტიპი 1 და ტიპი 2 შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტები n=64		სენსომოტორული რეაქცია			ფსიქომოტორული დატვირთვა		
		არასწორი პასუხი	გამოტოვებული პასუხი	რეაქციის დრო	არასწორი პასუხი	გამოტოვებული პასუხი	რეაქციის დრო
ძირითადი ჯგუფი n=42	დეპრესიის ნიშნების გარეშე n= 18	0	3±1	452,3±2,5	11,3±3,7	8,2±2,1	726,7±11,5
	გამოხატული დეპრესიის სიმპტომები n=24	0	11±5,2	448±4,8	19,3±5,1	11,7±1,7	747,11±9,7
საკონტროლო ჯგუფი n=28	დეპრესიის ნიშნების გარეშე n= 19	0	2±1	430,6±3,6	2±1,5	5±1	620±7,4
	გამოხატული დეპრესიის სიმპტომები n=9	0	12±4,3	451,2±3,8	18±2,4	9±3	712,5±6,9

ბი უშვებდნენ შეცდომათა უმნიშვნელო რაოდენობას ( $2\pm 1,5\%$ ), რაც უახლოვდებოდა ჯანმრთელი პირების მონაცემებს, მაშინ როდესაც დეპრესიის სიმპტომების მქონე საკონტროლო ჯგუფის პაციენტებში დაშვებულ შეცდომათა რაოდენობა  $17\pm 2,4\%$ -ს აღწევდა. ამ უკანასკნელ ქვეჯგუფში გამოტოვებულმა პასუხებმა  $9\pm 3,5\%$  შეადგინა. რაც შეეხება ძირითად ჯგუფს, საგრძნობლად მაღალი იყო, როგორც დაშვებულ შეცდომათა, ისე გამოტოვებული პასუხების რაოდენობაც.

განსაკუთრებით ინფორმაციული აღმოჩნდა სინათლით გამღიზიანებელზე რეაქციის დროის ხანგრძლივობის განაწილების ჰისტო-

ისე ძირითად ჯგუფში მარტივი სენსომოტორული ამოცანის გადანყვეტის დროს გამოვლინდა გონებრივი პროდუქტიულობის დაქვეითება სინათლის სტიმულზე გამოტოვებული პასუხების რიცხვის ზრდით და რეაქციის დროის ჰისტოგრამის უნესრიგო განაწილებით. ეს, სავარაუდოდ, იმაზე მეტყველებს, რომ აღნიშნულ კონტინგენტში შეიმჩნევა ყურადღების კონცენტრაციის დაქვეითება ერთფეროვანი ამოცანის გადანყვეტისას.

საინტერესოა, რომ პაციენტთა აღნიშნული კონტინგენტი უფრო ადვილად სძლევს მრავალფეროვანი ამოცანის გადანყვეტას

ფსიქომოციური დატვირთვის დროს, ვიდრე ერთფეროვანი, მონოტონური სამუშაოს შესრულებას მარტივი სენსომოტორული ამოცანის გადანყვეტისას.

გამოკვლევებმა დაადასტურა, რომ რეაქციის დროის ჰისტოგრამა უფრო ნათლად

ასახავს პიროვნების შესაძლებლობასა და დამოკიდებულებას ამოცანის გადანყვეტის მიმართ, ანუ ინდივიდურ, სპეციფიკურ რეაქციას გარჩევისა და ამორჩევის ამოცანის შესრულებისას, ვიდრე ჰომოგენურ ჯგუფებში მონაცემთა საშუალო მახასიათებლები.

## СЕНСОМОТОРНАЯ И ПСИХОМОТОРНАЯ ПРОДУКТИВНОСТЬ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА, ОСЛОЖНЕННОГО НЕПРОЛИФЕРАТИВНОЙ РЕТИНОПАТИЕЙ

*А. Цибадзе, Л. Цуцкиридзе, Р. Курашвили, М. Коркелия, Д. Цибадзе*

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ГРУЗИИ, ЦЕНТР ДИАБЕТА ГРУЗИИ, ТБИЛИССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Цель:** исследования изучить сенсомоторную и психомоторную продуктивность пациентов с сахарным диабетом (СД) и установить частоту депрессии на фоне непролиферативной диабетической ретинопатии (НДР). **Материалы и методы:** обследовано 250 пациентов с СД, которых подразделили на 2 группы: I группа, основная – 135 пациентов с ретинопатией (40 – СДТ1 и 85 – СДТ2) и II группа, контрольная – 115 пациентов без ретинопатии (56 – СДТ1 и 59 – СДТ2). В I группе депрессия не выявлена у 29 человек, хотя симптомы депрессии средней тяжести имели 106 лиц. Во II группе симптомы легкой формы депрессии обнаружены у 61 пациента, отсутствие симптомов наблюдалось у 54 больных. Из общего числа обследованных на проведение психо-физиологического обследования дали согласие 42 пациента из I группы и 28 – из II. Соматомоторная реакция оценивалась в компьютерном режиме с помощью кругов Ландольта. **Результаты:** При выполнении простой соматомоторной работы пациенты обеих групп не проявляли неверной реакции в ответ на световые стимулы. Количество пропущенных ответов также было минимальным. В обеих группах среди пациентов с симптомами депрессии, количество пропущенных ответов в момент стимулирования светом составило  $11 \pm 5,2\%$  и  $12 \pm 4,3\%$ , соответственно. Особый интерес представляет гистограмма распределения длительности реакции на световые раздражители. Если при отсутствии депрессии распределение носило нормальный характер, то на фоне депрессии во время принятия решения при простых сенсомоторных задачах, гистограмма носила хаотический характер; при этом, она принимала относительно организованный характер на фоне психо-эмоциональной нагрузки. **Заключение:** На фоне ДР и депрессии у пациентов I и II групп выявлено понижение умственной продуктивности при решении сенсомоторных задач.

## SENSOMOTOR AND PSYCHOMOTOR PRODUCTIVITY IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND NON-PROLIFERATIVE RETINOPATHY

*A. Tsibadze, L. Tsutskiridze, R. Kurashvili, M. Korkelia, D. Tsibadze*

**The aim:** to study sensomotor and psychomotor productivity of patients (pts) with diabetes mellitus (DM) and to determine the prevalence of depression in those with diabetic retinopathy (DR). **Materials and Methods:** Totally 250 pts with DM were allocated to 2 groups (Gr.) Gr1, study group (n=135) – pts with DR (40DMT1 / 85DMT2), and Gr.2, control group (n=115) – pts without DR (56DMT1 / 59DMT2). In Gr.1 29 pts had no



symptoms of depression, while remaining 106 had signs of mild depression. In Gr.2 – 54 pts had no signs of depression, and 61 – had mild depression. Out of these pts 42 Gr.1 and 28 Gr.2 pts agreed to undergo psychophysiological testing. Somatomotor reaction was assessed in computer regimen with the use of Landolt type circles. **Results:** while fulfilling simple somatomotor work both group pts had no wrong reaction to light stimuli. Total number of missed questions was also very low. At the same time, pts with the signs of depression from the both groups had missing answers in reply to light stimuli (11=5.2% and 12=4.3%, respectively). Reaction of distribution histograms to light stimuli distribution was normal, its presence resulted in chaotic character when simple somatomotor decisions had to be made, though it looked relatively in order when psychomotor load was added. **Conclusion:** In DM pts with DR and depression, both from study and control groups, decrease in cognitive productivity while solving somatomotor tasks, was observed.

### ლიტერატურა:

1. **Андрюшенко А.В.** Депрессии\Современная психиатрия – 1998 –No2. – С.21-24.
2. **Дубинцева Э. Б., Андрюшенко А. В.** Депрессии\ Современная психиатрия. – 1998. – No2. – С.10-14.
3. **Мосолов С. Н.** Депрессии в общей соматической практике\ Медицина для всех. 1997. No2(4). – С.19-21.
4. **Сиронов С. Д., Корнилова Т. В., Суркова Е. В., Двойнишникова О.И., Анциферов М. Б.** Психологические особенности больных сахарным диабетом типа 2; проблемы терапевтического обучения\ Проблемы эндокринологии. – 2001. – т. 47. – No6. – С. 27-33.
5. **Коркелия М.Т., Цибадзе А.Д., Нанейшвили Г.Б.** Сенсомоторная и психоэмоциональная продуктивность на фоне сахарного диабета тип 1\ Georgian Medical News. – 2005. No10. – С.85-88.



## მოსაზრებანი უმაღლეს სამედიცინო სკოლაში პროფესიული კათოლოგიის სწავლების შესახებ

*მ. ციმაკურიძე, ვად. სააკაძე, რ. კვერენჩილაძე*

**საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა  
აკადემია; თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
ბარამოსა და პროფესიული მედიცინის დეპარტამენტი**

ქვეყნის განვითარების თითოეულ ახალ სოციალურ-პოლიტიკურ, შესაბამისად, ისტორიულ ეტაპს ცხოვრების ნებისმიერ სფეროში თან სდევს გარკვეული ცვლილებები, რაც განსაკუთრებით მკაფიოდ აისახება ხოლმე კულტურისა და განათლების დარგში. ამ მხრივ უკანასკნელი ათწლეულების მანძილზე საქართველოში განვითარებული მოვლენები გამონაკლისს არ წარმოადგენს.

ამ თვალსაზრისით, უმაღლესი განათლების სისტემაში, მრავალი მიმართულება აღმოცენდა და დამკვიდრდა. ამკარად შეინიშნება ამგვარი მცდელობა უმაღლესი სამედიცინო განათლების სისტემაშიც. თითოეული სამედიცინო დისციპლინა – ფუნდამენტური თუ კლინიკური მიმართულების – განსხვავებულ იერსახესა და შინაარსს იძენს: ჩნდება ახალი ასპექტები, სწავლების სილაბუსების შევსება წარმოებს მსოფლიოში უკანასკნელ პერიოდში სამედიცინო მეცნიერების მიღწევების გათვალისწინებით, ეტაპობრივად ხდება ცალკეული დარგის გაღრმავება როგორც ვერტიკალური, ისე ჰორიზონტალური მიმართულებით.

ამ თვალსაზრისით ფრიად საყურადღებოა სამეცნიერო-ტექნიკურ პროგრესთან მჭიდროდ დაკავშირებული მედიცინის დარგი – პრევენციული მედიცინა.

ცნობილია, რომ ნებისმიერ მოვლენას გააჩნია როგორც დადებითი, ისე უარყოფითი მახასიათებლები. ამ თვალსაზრისით არც სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესი წარმოადგენს გამონაკლისს. მრეწველობისა და სოფლის მეურნეობის, ტექნიკური დარგების, ფიზიკისა და დიდი ქიმიის სწრაფმა და შეუქცევადმა განვითარებამ, მრავალი პროგრესული ხასიათის მიღწევებთან ერთად, წარმოშვა სრულიად ახალი ფიზიკური და ქიმიური ფაქტორი, რომელიც ინვესს გარემოს დაბინძურებას, რაც სერიოზულ საშიშროებას უქმნის ადამი-

ანის ჯანმრთელობას. სწორედ ამიტომ არის, რომ მთელ მსოფლიოში პრევენციული მედიცინის ცალკეული მიმართულების განვითარება პრიორიტეტულადაა მიჩნეული, რადგან, ადამიანის ჯანმრთელობის დაცვის თვალსაზრისით, დაავადებათა პროფილაქტიკა გაცილებით უფრო ადვილია და შედარებით ნაკლებ მატერიალურ ხარჯებთანაა დაკავშირებული, ვიდრე განვითარებული დაავადებით დასნეულებულ პირთა მკურნალობა და რეაბილიტაცია.

პრევენციული მედიცინის ერთ-ერთ კერძო მიმართულებას შრომის მედიცინა წარმოადგენს, რომლის შემადგენელი ნაწილებია შრომის ჰიგიენა და პროფესიული პათოლოგია.

პროფესიული პათოლოგია (პროფკათოლოგია) – კლინიკური მედიცინის დამოუკიდებელი დისციპლინაა, რომელიც მედიცინის დანარჩენი დისციპლინებისაგან განსხვავებით, ეტიოლოგიური პრინციპის მიხედვით, გამოიყო ზოგადი პათოლოგიიდან თანმიმდევრული დიფერენცირების გზით, მეცნიერებისა და ტექნოლოგიების მიღწევებით განპირობებული მრეწველობისა და სოფლის მეურნეობის სწრაფ ზრდა-განვითარებასთან დაკავშირებით.

პროფესიული პათოლოგია მაინტეგრირებული დისციპლინაა, რადგან მოიცავს ისეთ ნოზოლოგიურ ფორმებს, რომელიც მიმდინარეობს სასუნთქი, ნერვული, გულ-სისხლძარღვთა, კუჭ-ნაწლავის, საშარდე, ძვალ-სახსროვანი, ენდოკრინული სისტემების, მხედველობისა და სმენის ანალიზატორების, ფსიქოემოციური სფეროს, კანის, სისხლის, სხვა ორგანოებისა და სისტემების უპირატესი, იშვიათად კი – იზოლირებული დაზიანებით.

პროფესიული პათოლოგიის თეორიული და პრაქტიკული საკითხები ჯეროვან ცოდნას მოითხოვს მედიცინის დარგის პრაქტიკულად ყველა სპეციალისტისაგან, ვინაიდან პროფესი-

ული დაავადებების კლინიკურ სურათში უმრავლეს შემთხვევაში აღინიშნება ორგანიზმის სხვადასხვა სისტემისა და ორგანოს ერთდროული დაზიანება, რაც ხშირ შემთხვევაში შეიძლება დიაგნოსტიკური შეცდომის, არაადეკვატური მკურნალობის, დაავადების შეუქცევადი პროგრესირების მიზეზი გახდეს – პროფესიული, ზოგჯერ კი სრული მძიმე ინვალიდობის განვითარებით.

გასული საუკუნის 50-იანი წლებიდან პროფესიული პათოლოგია, როგორც დამოუკიდებელი დისციპლინა, ისწავლებოდა მხოლოდ სანიტარიულ-ჰიგიენურ ფაკულტეტზე, რომელიც მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში პროფილაქტიკური მედიცინის, პრევენციული მედიცინის, სამედიცინო-პროფილაქტიკური მედიცინის, საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტების სახელწოდებითაა ცნობილი. ამ ფაკულტეტზე პროფპათოლოგიის სწავლება მიმდინარეობდა ფართო პროგრამით ოთხი სემესტრის განმავლობაში – IV-V კურსზე, მოგვიანებით კი – IV-VI კურსზე - ეტაპობრივად და სახელმწიფო გამოცდების გზით ატესტაციის წესით; თუმცა კურსდამთავრებულებს პრაქტიკულად უფლება ეძლეოდათ ემუშავათ მხოლოდ ექიმ - ჰიგიენისტად ნებისმიერი მიმართულებით (კომუნალური, რადიაციული, ბავშვთა და მოზარდთა კვების, შრომის ჰიგიენა), მაგრამ ექიმ-პროფპათოლოგად მუშაობა ეკრძალებოდათ, მიუხედავად იმისა, რომ იმ პერიოდში პროფპათოლოგიის სწავლებას წინ უძღოდა სხვა კლინიკური დისციპლინების (თერაპია, ქირურგია, ნევროლოგია, მეან-გინეკოლოგია და სხვ.) სწავლება საკმაოდ ფართო პროგრამით. ამგვარი პარადოქსი გაგრძელდა მომდევნო პერიოდშიც, სახელდობრ, 70-იანი წლებიდან პროფპათოლოგია, როგორც სავალდებულო დისციპლინა, საქართველოში შეტანილ იქნა ყველა ძირითადი ფაკულტეტის სასწავლო გეგმაში (გარდა ფარმაცევტულისა) – სამკურნალო, პედიატრიული, მოგვიანებით სამხედრო-სამედიცინო, ფსიქოსომატური მედიცინის, ხოლო სტომატოლოგიურ ფაკულტეტზე – არჩევითი დისციპლინების ნუსხაში. მიუხედავად იმისა, რომ სამკურნალო ფაკულტეტზე პროფპათოლოგია ისწავლებოდა გაცილებით შემოფარგლული ფორმით (36 საათი, ნაცვლად 92-ისა საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტზე), სამკურნალო ფაკულტეტის კურსდამთავრებულებს უფლება ეძლეოდათ ემუშავათ ექიმ-პროფპათოლოგად, ხოლო პროფილაქტიკური მედიცინის ფაკულტეტის კურსდამთავრებულებს ამ სპეციალობით მუშაობა მაინც ეკრძალებოდათ. საქმე მხოლოდ 90-იანი წლებიდან გამოსწორდა, როდესაც პროფილაქტიკური მედიცინის ფაკულტეტის VI კურსზე

შემოღებულ იქნა სუბორდინაციის ცალკეული ციკლი - ჰიგიენაში, ეპიდემიოლოგიასა და პროფპათოლოგიაში. პროფპათოლოგიაში IV-V კურსზე მიღებულ ცოდნას სტუდენტები აღრმავებდნენ ამ დისციპლინის სუბორდინატურაში სწავლით (320 აკადემიური საათი) და სახელმწიფო გამოცდის ჩაბარების შემდეგ, კურსდამთავრებულს უფლება ეძლეოდა ემუშავა ექიმ-ჰიგიენისტად, ექიმ-ეპიდემიოლოგად და ექიმ-პროფპათოლოგად.

2003 წლიდან კვლავ გაგრძელდა სასწავლო გეგმებისა და, შესაბამისად, პროგრამების შესწორება-ტრანსფორმირება, რომლის შედეგად, სადღეისოდ, გათვალისწინებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ფაკულტეტზე ბაკალავრიატისა და მაგისტრატურის ინსტიტუტის ჩამოყალიბება: სწავლება გათვალისწინებულია ოთხი წლის განმავლობაში. ბაკალავრს უფლება აქვს იმუშაოს სპეციალისტად ჰიგიენასა და ეპიდემიოლოგიაში. პროფესიული პათოლოგია კი ისწავლება დამამთავრებელ კურსზე 100 საათის მოცულობით, რაც ჩვენი აზრით, სრულიად საკმარისია და გამართლებული იმისათვის, რომ შრომის მედიცინის დარგში მომუშავე სპეციალისტს ჰქონდეს სრული წარმოდგენა მისი მოვალეობების არეალსა და ცალკეულ ასპექტზე შრომითი რესურსების ჯანმრთელობის სრულყოფილი დაცვის შესახებ, საერთო ხასიათის დაავადებების პროგნოზირების, ხოლო პროფესიული ხასიათის დაავადებების თავიდან აცილების სწორი წარმართვით - ცოდნის შემდგომი გაღრმავებით მაგისტრატურის ცალკეულ მიმართულებაში.

ამასთანავე, საზგასმით აღსანიშნავია, რომ სწორადაა დაგეგმილი რეზიდენტურის ინსტიტუტის შემოღება პროფესიულ პათოლოგიაში მედიცინის ფაკულტეტის კურსდამთავრებულთათვის, რაც განმტკიცებულია ექიმთა სპეციალობის ნუსხაში ექიმ-პროფპათოლოგების ნომენკლატურის სავესებით ლოგიკური შენარჩუნებით.

სადღეისოდ, ამ ფაკულტეტზე მიღებული პროგრამით პროფესიული პათოლოგიის სწავლება მკვეთრადაა შემცირებული და დაყვანილია 30 საათამდე, რაც გაუმართლებლად ზღუდავს მინიმალური დაგეგმილი პროგრამის სწავლებისა და მით უფრო ათვისების შესაძლებლობას.

პროფესიული პათოლოგია მოიცავს ნოზოლოგიურ ფორმათა დიდ ნუსხას, რომელთა შორის საქართველოს პირობებში გვხვდება მინიმუმ 50 დასახელებამდე. ბუნებრივია, რომ დიპლომამდელი მომზადების პერიოდში ამგვარი შეკვეცილი პროგრამით სრულყოფილი სწავლება შეუძლებელიცაა და გაუმართლებელიც, მაგრამ ზოგადი წარმოდგენის მისაღწე-

ბად აუცილებელია საერთო ფორმატის გაზრდა მინიმუმ ოთხ კრედიტამდე მაინც (8 აკადემიური საათი სალექციო, დანარჩენი 52 საათი - პრაქტიკული მეცადინეობა). ამასთან, ცალკეულ კლინიკურ დისციპლინაში რეზიდენტურის გავლისას სავსებით გამართლებულია გარკვეული მოდულების დათმობა იმ პროფესიული დაავადებისათვის, რომელიც ე.წ. პირობით პროფესიულ დაავადებათა ჯგუფს მიეკუთვნება. მაგ., ნევროლოგიაში, ოტორინოლარინგოლოგიაში, ოფთალმოლოგიაში, დერმატოლოგიაში, ფსიქიატრიაში, ოჯახის ექიმის მომზადებაში.

რეზიდენტურის მომზადების პროცესში ამგვარი მიდგომით პროფესიული პათოლოგია, როგორც მაინტეგრირებელი სამედიცინო მეცნიერება, სრულყოფილად იქნება წარმოდგენილი ექიმ - სპეციალისტების მომზადების პროცესში.

აღსანიშნავია, აგრეთვე, რომ პროფესიული პათოლოგია მჭიდრო ურთიერთკავშირშია შრომის ჰიგიენასთან და გამართლებული იქნება, რომ მედიცინის ფაკულტეტზე ჰიგიენის კურსის სწავლებისას ჯეროვანი ყურადღება დაეთმოს შრომის ჰიგიენის სწავლებას; უფრო მეტიც, შეძლებისდაგვარად, მიზანშეწონილი იქნება ამ ფაკულტეტზე შრომის ჰიგიენას დაეთმოს მინიმუმ 2 კრედიტი მაინც, სწავლების პროცესში დარგის წამყვანი სპეციალისტების ჩართვით.

ჩვენი ქვეყნის აღმშენებლობის რთულ, გარდამავალ პერიოდში თანმიმდევრულად ფორმირდება ახალი შიგასახელმწიფოებრივი ურთიერთობები, იხვეწება არსებული ცხოვრების წესი, იცვლება საკუთრების ფორმები, ყალიბდება შეზღუდული პასუხისმგებლობის საწარმოები და ორგანიზაციები, ვითარდება საბაზრო ეკონომიკის მიმართულებები, ადგილი აქვს საზოგადოების დემოკრატიზაციას და ეროვნული მეურნეობის მარ-

თვის დეცენტრალიზაციას, ფართოვდება მოსახლეობის სავალდებულო სამედიცინო დაზღვევის არეალი. ყოველივე ეს კი დაუინებით მოითხოვს მომუშავეთა სოციალური დაცვის ახალი ფორმების შემუშავებას, დანერგვასა და შრომითი რესურსების სამედიცინო დახმარების სრულყოფას.

სამეცნიერო-ტექნიკური პროგრესისა და ქვეყანაში მიმდინარე სოციალურ-ეკონომიკური ტრანსფორმაციების ფონზე წარმოიშვა მრავალი ახალი სახის პროფესიული მავნეობა. პროფესიული დაავადებების ნუსხა შეივსო ახალი ფორმის პროფესიული პათოლოგიით, რის გამოც ეს დარგი საჭიროებს ჯეროვან ყურადღებას უკვე სპეციალური სამედიცინო განათლების პირველივე ეტაპიდან.

ამ მიმართულებების განხორციელებით მრავალი დადებითი პერსპექტივა ისახება: მედიცინის ფაკულტეტის კურსდამთავრებული ჯეროვან ცოდნას მიიღებს შრომითი რესურსების ჯანდაცვის მიმართულებით; მაღალი კვალიფიკაციის შრომის მედიცინის სპეციალისტები ეფექტურად განახორციელებენ მშრომელთა ჯანმრთელობის დაცვას; შედეგად კი - სახელმწიფო დაზოგავს გაუმართლებელ მატერიალურ დანახარჯებს პროფესიული პათოლოგიით დასნეულებულ პირთა რეაბილიტაციასა და საპენსიო ანაზღაურებაზე; წარმოება შეინარჩუნებს კვალიფიციურ მშრომელთა კონტინგენტს, რომელიც აწარმოებს მაღალი ხარისხის პროდუქციას, მატერიალურად აძლიერებს წარმოების ბაზისს და სახელმწიფოს; ოჯახი შეინარჩუნებს ჯანმრთელ მარჩენალს, ხოლო თავად მომუშავე პირი განახორციელებს საკუთარი ჯანმრთელობის დაცვის კონსტიტუციურ უფლებას.

დემოკრატიული ქვეყნის მშენებლობისას პრევენციული მედიცინის დარგის აღნიშნული მიმართულებით წარმართვა, უდავოდ, პერსპექტიული და მნიშვნელოვანია.



## **СООБРАЖЕНИЯ ПО ПОВОДУ ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В СИСТЕМЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

*М. Цимакуридзе, Вад. Саакадзе, Р. Кверенчиладзе*

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ГРУЗИИ,  
ДЕПАРТАМЕНТ МЕДИЦИНЫ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
МЕДИЦИНЫ ТБИЛИССКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА

Профессиональная патология - самостоятельная дисциплина клинической медицины, предметом изучения которой являются заболевания, развивающиеся под воздействием вредных факторов производственной среды (физических, химических, биологических, производственной пыли) или обусловленных особенностями трудового процесса. Эти заболевания протекают, как правило, сочетанным поражением различных систем и органов, вследствие чего подобные больные практически могут оказаться в ареале медицинского обеспечения врача-клинициста любой специальности, у которого должны быть определённые знания в области профпатологии для своевременной правильной ориентации и направления подобных больных в специализированную профпатологическую клинику. Именно поэтому, подготовка медицинских кадров в системе высшего медицинского образования должна проводиться продуманно и в достаточном объёме (не менее четырёх кредит-часов) уже на этапе преддипломной подготовки студентов медицинского факультета, а для специального освоения специальности врача-профпатолога в институте резидентуры-не менее двухлетней последипломной учёбы. Целесообразно в систему постдипломного обучения врачей вводить специальные профпатологические модули в программы соответствующих резидентур (неврология, ото-рино-ларингология, офтальмология, дерматология, психиатрия и др.). Важно, чтобы в системе преддипломной подготовки студентов медицинского факультета в должном объёме-не менее двух кредит-часов-проводилось также обучение основным принципам превенции профессиональных заболеваний путём включения специальности -гигиена труда.

## **ASSUMPTIONS ABOUT TEACHING PROFESSIONAL PATHOLOGIES IN THE SYSTEM OF HIGHEST MEDICAL EDUCATION**

*M. Tsimakuridze, V. Saakadze, R. Khverenchkhiladze*

Professional pathology is an independent discipline of the clinical medicine. It's mainly focused on studying diseases that develop under the influence of harmful industrial factors (physical, chemical, biological, industrial dust) under the peculiarities of the work process. During the development process these diseases damage different systems and organs, that's why the patient may apply to a physician of any speciality, who should have necessary knowledge in professional pathology in order to understand the state of the patient and send him to a specialized occupational clinic. For this reason the training of future physicians should be organized with care and it should last for a reasonable time (not less the 4 credit hours) at the level of pre-diploma education, for preparing a physician specialized in occupational pathologies the process should last no less than 2 years of post diploma practice. In post diploma education it is necessary to include occupational pathology modules. It is important that the physician in post diploma education had training in general principles of preventing occupational pathologies with introduction of industrial hygiene.



## კომუნალური ფარმაციის პრობლემები საქართველოში

ა.ბაკურიძე, ვ. ერიაშვილი, თ.ჭუმბურიძე, ნ. ნემსინვერიძე, ი.წურწუმია

**საქართველოს პროფილაქტიკური მედიცინის მეცნიერებათა აკადემია, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის სოციალური და კლინიკური ფარმაციისა და ფარმაცევტული ტექნოლოგიის დეპარტამენტები**

ლიტერატურის მონაცემებით ცნობილია, რომ პაციენტთა დიდი ნაწილი, რომელიც მიმართავს აფთიაქს ფარმაცევტს სთხოვს სამედიცინო დახმარებას. ბუნებრივია, აფთიაქი არ არის რთული სამედიცინო პროცედურების ჩატარების ადგილი, მაგრამ იმ ქვეყნებში, სადაც აფთიაქებში კლინიცისტ-ფარმაცევტები მუშაობენ შესაძლებელია პირველადი სამედიცინო დახმარების მიღება, შედარებით მარტივი პრობლემების გადაწყვეტა. მაგალითად, ინგლისში, ჩატარებული გამოკითხვის საფუძველზე, ყოველდღიურად 10 პაციენტი მაინც ღებულობს კონსულტაციას ფარმაცევტისგან, რაც ქვეყნის მასშტაბით შეადგენს 100 000 შემთხვევას დღეში (სმიტი და თანაავტორები 1990წ).

ტერმინი „კომუნალური ფარმაცია“, შედარებით ახალია, იგი შემოვიდა კლინიკური ფარმაციის განვითარების შემდგომ და გულისხმობს არა სანიტარიულ ნორმებს, არამედ აფთიაქში კლინიცისტი ფარმაცევტის კონსულტაციას, რჩევის მიცემას, კომუნალური მომსახურების განევას. ეს უკანასკნელი საგრძნობლად ამალღებს მოსახლეობის წამლით უზრუნველყოფის ხარისხის გაუმჯობესებას.

ფარმაცევტთა საერთაშორისო ფედერაციის (FIP) მასალებით, კომუნალური ფარმაციის პრაქტიკა გულისხმობს იმ შესაძლებლობებს, რომლითაც ფარმაცევტი პაციენტისათვის ხდება ჯანდაცვის სფეროს მომსახურების ყველაზე ხელმისაწვდომი სპეციალისტი. ის უზრუნველყოფს პაციენტის მკურნალობის მენეჯმენტს და სამედიცინო მომსახურების სწორი მიმართულებით წარმართვას. პაციენტის ინფორმირებას ურეცეპტო წამლებით თვით-მკურნალობის შემთხვევებში, კონსულტაციას და მონიტორინგს. ამგვარი მიდგომა საშუალებას აძლევს ფარმაცევტს ითანამშრომლოს პაციენტთან და ჯანდაცვის სფეროს პროფე-

სიონალებთან მკურნალობის სწორი გზის შერჩევასა და რეალიზაციაში.

ფარმაციის დარგში ერთ-ერთი წამყვანი ობიექტის უნივერსიტეტის (აშშ) კომუნალური ფარმაციის სამაგისტრო პროგრამის შეფასებების კრიტერიუმებია:

- პაციენტის მდგომარეობის შეფასება – 10%;
- მედიკამენტური მკურნალობის შეფასება – 10%;
- მედიკამენტური მკურნალობის მონიტორინგი – 15%;
- კომუნიკაციები – 5%;
- გადანყვებილების მიღება ფარმაკოთერაპიის პროცესში – 5%;
- პროფესიული ეთიკა და ქცევა – 10%;
- დამოუკიდებელი სწავლება – 5%;
- სოშგ წარმოება – 15%;
- ფარმაცევტული ინფორმირება – 10%;
- ზოგადი ფარმაცევტული უნარ-ჩვევები – 15%;

საქართველოში არსებული სოციალურ-პოლიტიკური ფაქტორების გათვალისწინებით, მოსახლეობის საკმაოდ დიდ ნაწილს არა აქვს საშუალება დროულად მიმართოს ექიმს, ჩაიტაროს გამოკვლევები, მიიღოს ექიმის დანიშნულება. გასათვალისწინებელია, აგრეთვე, ზოგიერთი პაციენტის შიშის ფაქტორი ექიმისა და სამედიცინო დაწესებულების წინაშე. ყოველივე ეს ზრდის ფარმაცევტის პასუხისმგებლობის დონის ამალღებას.

ჩვენ მიერ ჩატარებული კვლევის მიზანს შეადგენდა იმის გარკვევა, თუ რა სახის პრობლემებია აფთიაქში კომუნალური ფარმაციის თვალთახედვით; კომუნალური მომსახურების ხარისხი თბილისის აფთიაქების მაგალითზე. საჭირო ინფორმაცია მოვიპოვეთ 10 აფთიაქის ანკეტირების საფუძველზე. ჩვენს მიზანს

შეადგენდა გამოგვევლინა ის სუსტი ადგილები და ხარვეზები, რომელთა აღმოფხვრით ამაღლება მომსახურების ხარისხი.

ჩატარებული კვლევა ცხადყოფს, რომ აფთიაქში შემოსული პაციენტების დაახლოებით 40% არ გააჩნია ექიმის დანიშნულება და ამიტომ მედიკამენტის არჩევისათვის ისინი კონსულტაციისათვის ფარმაცევტს მიმართავენ.

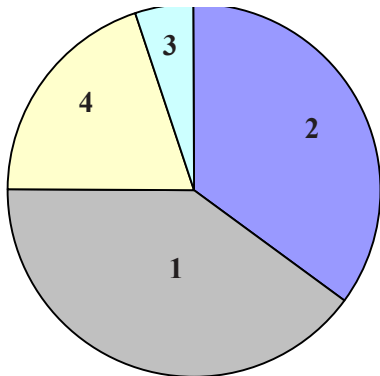
„უდიაგნოზო“ პაციენტები ხშირ შემთხვევაში ფარმაცევტისგან რეკომენდაციას ითხოვენ და უკმაყოფილებას გამოხატავენ იმის გამო, რომ ფარმაცევტი ასეთ შემთხვევაში არ ვერ აიღებს თავის თავზე წამლის დანიშნვის პასუხისმგებლობას (ყველაზე მარტივი შემთხვევების გარდა).

ექიმის დანიშნულებით შემოსულ პაციენტთა 20%-მდე ფარმაცევტს თხოვს შეცვალოს გამოწერილი მედიკამენტი მისთვის ეკონომიურად უფრო ხელმისაწვდომი პრეპარატით. ხოლო რაც შეეხება წამლების ურთიერთქმედე-

ყოველდღიურად პაციენტები მიმართავენ აფთიაქს წნევის გაზომვის თხოვნით, ზოგჯერ შემოდიან ინიექციის გაკეთების თხოვნით (იხილეთ ნახატი).

გამოკითხვის მასალების მიხედვით არც ერთ აფთიაქში არ ხდება შაქრის დონის განსაზღვრა. შაქრის დონის განმსაზღვრელი აპარატები და ჩხირები ყველა აფთიაქში არ იყიდება; პაციენტებს აგზავნიან სპეციალიზებულ აფთიაქში. თუმცა არც იქ არ არის ამ სახის მომსახურება.

ზემოაღნიშნულიდან შეიძლება დავასკვნათ, რომ, სამწუხაროდ, კომუნალური მომსახურების დონე თბილისის აფთიაქებში საკმაოდ დაბალია. მისი ხარისხის გაუმჯობესებისათვის პირველ რიგში საჭიროა, უფრო საფუძვლიანად იქნეს შესწავლილი მომხმარებელთა მოთხოვნილებები. მაშინ როდესაც ფარმაცევტული ფირმების მარკეტოლოგები და შესაბამისი სამსახურები პაციენტების



**ნახ.** ანკეტის მონაცემების მიხედვით ფარმაცევტისა და პაციენტის ურთიერთობის ხასიათი:

- 1 - წამლის შერჩევა პაციენტის ჩივილის შესაბამისად - 40%;
- 2 - წამლის მიღების წესების განმარტება, გვერდითი ეფექტების შესახებ ინფორმირება - 35%
- 3- მარტივი სამედიცინო მანიპულაციები - 5%;
- 4 - წამლის შეცვლა უფრო იაფი ანალოგით - 20%.

ბასთან დაკავშირებულ საკითხებს, პაციენტების უმრავლესობა თვითონ ეცნობა წამლის ინსტრუქციას. ძირითადად ინტერესდებიან უკუჩვენებებით.

წამლის მოქმედებასთან დაკავშირებული პრეტენზიების უმრავლესობა დაკავშირებულია ექიმის დანიშნულების არასწორ გაგებასთან და დოზირების რეჟიმის დაუცველობასთან.

რაც შეეხება პირველადი სამედიცინო დახმარების განევას სააფთიაქო პირობებში ეს შედარებით იშვიათი მოვლენაა. თითქმის

მოზიდვის მიზნით ქმნიან ფასდაკლების ბარათებს. სასურველი იქნებოდა პაციენტების მოთხოვნილებათა გათვალისწინებით სწორედ კომუნალური მომსახურების დონის ამაღლება. პაციენტი, რომელიც მიიღებს კვალიფიციურ დახმარებას, კონსულტაციას და კმაყოფილი დარჩება მომსახურებით, კიდევ მოვა ამ აფთიაქში, რაც, თანამედროვე ფარმაცევტული ბაზრის კონკურენციის პირობებში, მეტად აქტუალურ და პერსპექტიულ მიმართულებად გვევლინება.

## ПРОБЛЕМЫ КОММУНАЛЬНОЙ ФАРМАЦИИ В ГРУЗИИ

*Бакуридзе А., Эриашвили В., Чумбуридзе Т., Немсицверидзе Н., Цуцумия И.*

АКАДЕМИЯ НАУК ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ ТБИЛИССКИЙ ГОС.  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ, ДЕПАРТАМЕНТЫ СОЦИАЛЬНОЙ И  
КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАЦИИ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ

Под термином коммунальная фармация подразумевается оказание пациентам квалифицированной помощи в выборе лекарственных средств, также оказание коммунальных услуг (измерение давления инъекции и т.д.). Учитывая социально-политическую обстановку страны, часть населения не имеет материальных средств для своевременного обращения к врачу. Избегая обращения в больницу или поликлинику, якобы по пустякам, пациентами руководит чувство страха перед врачами и финансовыми затратами. Не всем пациентам доступно в домашних условиях измерять артериальное давление, уровень глюкозы в крови, выполнение инъекций. Целью исследования являлось изучение состояния коммунального обслуживания населения на примере аптек города Тбилиси. На основании проведенного анкетированного опроса сотрудников аптек, выявлен низкий уровень коммунального обслуживания населения. Такие услуги, как измерение уровня глюкозы в крови, вообще не практикуются; в основном измеряется давление, реже выполняются инъекции; проблемы связаны с тем, что в аптеках не предусмотрены подобные виды услуг, нет соответственных нормативных актов.

## PROBLEMS OF COMMUNITY PHARMACY IN GEORGIA

*Bakuridze A., Eriashvili V., Chumburidze T., Nemsitsveridze N., Tsurtsunia I.*

The community pharmacy practice setting provides the opportunity for pharmacists to be “the most accessible health care providers”. To achieve this, pharmacist, must be able to provide cognitive services, such as disease management, triage of patients to pharmacist-directed care or referral to medical services, individualized patient education including non- prescription self-care, counseling, and patient follow up and monitoring.

Today community pharmacists face number of problems in Georgia and this article can be unical point for exploration of some of them FIP congress focuses on increasing the role of pharmacist as medical professional in the managment and prevention of diseases, and provide patient- focused care.

### ლიტერატურა

1. რ.მასხარაძე, ნ.მენაბდე, ლ.ხოლოდოვი. ფარმაკოკინეტიკის საფუძვლები. თბილისი. 2000.
2. თ.კეზელი, რ.მასხარაძე. კლინიკური ფარმაცია ფარმაკოთერაპიით. თბილისი. 2001
3. ვ. ერიაშვილი. სოციალური ფარმაცია. თბილისი 2001.
4. Camferlag Report. London. 1986.
5. Bertran G.Kazung. Basic and clinical Pharmacology. Baltimore. VIIed 1998.
6. Linda L. Hart, Dick R.Gourley, Eric T.Herfindal. Workbook for Clinical Pharmacy and Therapeutics. Fifth edition. Baltimore. 1992.





## ოჯახის ექიმის როლი ასთენიის გამომვლენასა და მკურნალობაში

*მ. შავდია, ე. დარბაისელი, ნ. შავდია, ა. ვაჩიშვილი*

ონაოპრავინციის ცენტრის პალიატიური მზრუნველობის კლინიკა

*(რეცენზენტი - პროფესორი ი. ბაქრაძე, მეც. მეცნ. დოქტორი ი. აბესაძე)*

ასთენია ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი სიმპტომია, რომლის გამოც პაციენტები ოჯახის ექიმებს მიმართავენ. იგი ვლინდება არანორმალური, სპონტანური სისუსტით, რაც დაკავშირებული არაა ფიზიკურ დატვირთვასთან (1,3,7). პაციენტები მას ხშირად ჩვეულ მოვლენად მიიჩნევენ და იწყებენ თვითმკურნალობას, ხოლო ექიმები ზოგჯერ როგორც რაღაც ბანალურს ისე აღიქვამენ.

ასთენიური მდგომარეობისას აუცილებელია გამომწვევი მიზეზის დადგენა, რადგან შესაძლოა იგი განპირობებული იყოს ორგანული პათოლოგიით. მაგალითად, ავთვისებიანი სიმსივნით, შიდს-ით, ტუბერკულოზით. ტერმინალურ სტადიაში მყოფი პაციენტებისათვის პროგრესული სისუსტე წარმოადგენს კვდომის პროცესის ნაწილს. ვითარდება ინტოქსიკაციის, ინფექციური და სხვა მიმე დაავადებებისას, აგრეთვე, ემოციური, ფიზიკური და გონებრივი გადაღლისა და გადატვირთვისაგან, ხანგრძლივი შიმშილის შედეგად.

ასთენიის დადგენაში ოჯახის ექიმებს ენიჭებათა გადამწყვეტი როლი. კერძოდ, მათ კარგად იციან პაციენტები, მათი ავადმყოფობის ისტორია და აქვთ წარმოდგენა განვითარებული პროცესის შესახებ, რაც ასთენიის მიზეზი გახდა. ამიტომ, ოჯახის ექიმებს ყველაზე მეტად შეუძლიათ დაეხმარონ პაციენტს სხვადასხვა სიმპტომის ან თვითნებურად მიღებული წამლების გახსენებაში, გამოიკვლიონ და ყოველმხრივ შეაფასონ მათი კლინიკური მდგომარეობა, რათა ზუსტად დაადგინონ ორგანული პათოლოგიის ან კლინიკური ანომალიის ფაქტი. ამდენად, ოჯახის ექიმებისათვის აუცილებელია ასთენიის გამოვლენის, მიზეზებისა და მკურნალობის ცოდნა, რისთვისაც ჩვენ სპეციალურად შევისწავლეთ შესაბამისი ლიტერატურა (1,10).

**იმისათვის, რომ გამოვავლინოთ ასთენია უნდა ვიცოდეთ:**

● ასთენია არაა დადლილობა. დადლილობა - ფიზიკური დატვირთვის შედეგად წარ-

მოშობილი მოთენთილობის ნორმალური შეგრძნებაა, რაც ფიზიოლოგიურია და დასვენების შემდეგ თავისთავად ქრება;

● ასთენია არის ანომალური, სპონტანური მოთენთილობა, რომელიც ვითარდება ფიზიკური დატვირთვის შედეგად და, დასვენების მიუხედავად, გრძელდება ხანგრძლივად. იგი პათოლოგიურია;

● კუნთოვანი (ფიზიკური) ასთენია ხშირად დაკავშირებულია ფიზიკური და სექსუალური ენერჯის დაკარგვასთან;

● შეუწყვეტელი და ყოველდღიური ასთენია დამახასიათებელია სომატური პათოლოგიისათვის;

● დილით გაღვიძებისას არსებული ასთენია, რომელიც იცვლება გადაღლილობის პერიოდებით, დამახასიათებელია ფუნქციური პათოლოგიისათვის.

### ასთენიის მიზეზები და ცრუ გამოვლენა

● აუცილებელია ნათლად შესამჩნევი „იზოლორებული“ ასთენიის დადგენა, რომელიც შესაძლოა გამოიხატოს: ცხელებით, სხეულის მასის დაქვეითებით, ოფლიანობით, ართლარგიით, ქავილით, ხველებით. ამ დროს საჭიროა სრული კლინიკური გამოკვლევა, რადგან აღწერილი დარღვევები გარკვეულწილად მიუთითებს ორგანული პათოლოგიის არსებობის შესახებ;

● თუ პაციენტი დაკავებული იყო თვითმკურნალობით, ასთენია შესაძლოა განვითარებულიყო ბეტა-ბლოკატორების, დიურეტიკების, ჰიპოტენზიური ან საფალარათობის მიღების შედეგად;

● პაციენტის ცხოვრების წესისა და პიროვნული თავისებურებების ცოდნა მნიშვნელოვანია ფუნქციური ასთენიის დიაგნოსტიკისათვის. მას ინვეს ნერვული დაძაბულობა, სამუშაო დღის ძალიან დიდი ხანგრძლივობა, ჰიპერაქტივობა (სპორტის ჩათვლით), უძილობა და ა.შ.;

● კუნთოვანი და ნერვული სისტემის სხვადასხვა დაავადება ინვეს ორგანული ხასი-

ათის კუნთოვან სისუსტეს ანუ ცრუ ასთენიას. ამიტომ, შეცდომით ასთენიად შეიძლება მიჩნეული იყოს: მიასთენია, კორტიკოსტეროიდების ხანგრძლივ მიღებასთან დაკავშირებული მიოპათია, გენეტიკური მიოპათია, ლამბერტ-იტონის სინდრომი, შედარებით იშვიათად კი - პოლიმიოზიტი; ცრუ ასთენიად ასევე შეიძლება მიჩნეული იყოს ნერვული სისტემის პათოლოგიები - მრავლობითი სკლეროზი, ამიოტროფული ლატერალური სკლეროზი, პოლინევრიტი, პარაპარეზი, შარკო-მარი-ტუტას დაავადება (5).

**ასთენიის შესწავლა** - გამოკვლევის მოცულობა და მიმართულება დამოკიდებულია პაციენტის ასაკსა და ცხოვრების წესზე. ახალგაზრდებში, რომელთა ცხოვრების წესი არაა დამაკმაყოფილებელია, ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი ფუნქციური გენეზის ასთენიაზე და სათანადო გამოკვლევა ჩატარდეს. ასაკოვანი პაციენტის შემთხვევაში, რომლის ჯანმრთელობის მდგომარეობა უარესდება, საჭიროა სწრაფი და დეტალური გამოკვლევა.

ასთენიის დროული გამოვლენის მიზნით, ქვემოთ მოგვყავს მისი ნაირსახეობები.

**ორგანული ბუნების იზოლირებული ასთენია** ანუ მეტაბოლური წარმოშობის სისუსტე. სტანდარტულმა ბიოქიმიურმა კვლევამ (გლიკემია, კრეატინემია, ელექტროლიტების დონე) შეიძლება გამოავლინოს: 1. ჰიპერგლიკემია - შაქრიანი დიაბეტის პირველი დეკომპენსაციისას; 2. ჰიპერკრეატინემია - თირკმლის უკმარისობისას; 3. ჰიპერკალციემია - ძვლებში ონკოლოგიური დაავადებების მეტასტაზებით, აგრეთვე, ჰიპერთირეოიდიზმით; 4. ჰიპონატრემია - გამოწვეული დიურეტიკებით და ადჰ-ს არაადეკვატური სეკრეციით, რაც სიმსივნის არსებობაზე მიუთითებს.

**ენდოკრინული წარმოშობის ასთენია.** ნებისმიერ ენდოკრინულ დარღვევას შეუძლია გამოიწვიოს ასთენია. მისი არსებობა ყოველთვის არ მიუთითებს, რომ საქმე გვაქვს ენდოკრინული პათოლოგიის შორს წასულ ფორმასთან. ზოგჯერ ასთენია არის ჰორმონული და მეტაბოლური დარღვევის გამოვლენა. ამიტომ, საჭიროა თირეოტროპული ჰორმონისა და კორტიზონის დონის განსაზღვრა, რაც დაგვეხმარება, რომ გამოვავლინოთ ენდოკრინული გენეზის ასთენიის 2 ძირითადი მიზეზი: თირეოიდიული დისფუნქცია და ადისონის დაავადება. ქვემოთ განვიხილავთ ენდოკრინული ასთენიის სამ ფორმას, რომელიც ყველაზე ხშირად გვხვდება კლინიკურ პრაქტიკაში.

**ასთენია და მელანოდერმია** საფუძველს იძლევა, რომ ვიფიქროთ ადისონის დაავადებაზე. ენდოკრინული ბუნების ასთენიის ტიპური ფორმა ჩვეულებრივ ყალიბდება, როგორც თირკმელზედა ჯირკვლის ნელა განვითარებადი უკმარისობის (ადისონის დაავადება) შედე-

გი. როგორც აღვნიშნეთ, ასთენია შესაძლოა განპირობებული იყოს ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, ინტელექტუალური და სექსუალური მიზეზებით, მაგრამ არასდროს არ არის იზოლირებული. იგი ხშირად ასოცირებულია მელანოდერმიასთან, უპირატესად სხეულის ღია ნაწილებზე, შერწყმულია საკვების მონელების დარღვევასთან (ანორექსია, ყაბზობა) და სხეულის მასის დაკლებასთან. ჩვეულებრივ, დიაგნოზი ეფუძნება სისხლის პლაზმამი კორტიზონის დონის დაქვეითებას. იმის გამო, რომ კორტიზოლემიის დონე დილით ძალიან ვარიაბელურია, თავისუფალი კორტიზოლის შესწავლა რეკომენდებულია სადღეღამისო შარდში (ნორმა 20-60 მკგ/დღელამეში). კორტიზოლის ნორმალური დონე იმის საფუძველია, რომ გამოვრიცხოთ ასთენია, მაშინ როდესაც დაბალი მაჩვენებლებისას აუცილებელია კორტიზოლემიის შემოწმება, რომელიც სინაქტინის ინიექციის სტიმულაციაზე სისხლის პლაზმამი აკტჰ-ს მაღალ შემცველობისას არ პასუხობს. დიაგნოზის დასმის შემდეგ აუცილებელია მიზეზის გამოვლენა. ჩვეულებრივ ეს ტუბერკულოზია, მაგრამ უფრო ხშირად მიზეზად გვევლინება ავტოიმუნური ადენოკორტიკული დესტრუქცია.

**ასთენია და კორტიკოსტეროიდიული თერაპია.** პრაქტიკაში ხშირია შემთხვევები, როდესაც კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის შემდეგ ვითარდება ასთენია. იგი შესაძლოა განვითარდეს კორტიკოსტეროიდების მაღალი თერაპიული ან შემანარჩუნებელი დოზების შედეგად გამოწვეული თირკმელზედა ჯირკვლის მეორადი უკმარისობით, ან კორტიკოსტეროიდების (რომლებიც კუნთებში აძლიერებს მეტაბოლიზმს და კალიუმის გამოყოფას ასტიმულირებს, უშუალო მოქმედებითაც, აგრეთვე, ძირითადი დაავადების განვითარებით, მაგალითად ჰორტონის დაავადების.

**დისთირეოიდიზმი.** ენდოკრინული პათოლოგიის ყველაზე ხშირი მიზეზი, რომელიც იწვევს დაღლილობას, ფარისებრი ჯირკვლის დისფუნქციაა (ჰიპო- ან ჰიპერფუნქცია). ჰიპოთირეოზზე ეჭვი შეიძლება მივიტანოთ ნონის ზომიერი მატებისას, კანის სიმშრალისას, სიცვიის გადაუტანლობისას, ყაბზობისადმი და ბრადიკარდიისადმი მიდრეკილებისას. ჰიპოთირეოზისას ასთენია კავშირშია სხეულის მასის კლებასთან, გაძლიერებულ ოფლიანობასთან, დიარეასთან, ტაქიკარდიასთან, სითბოს გადაუტანლობასთან, სხვა კლინიკური ფორმები ნაკლებად თვალსაჩინოა: პერიკარდიტი, საჭმლის მონელების დარღვევა გაუვალობის ტიპის, ფსევდომიოტონია, გონების დაბინდვა ან კომა, ზოგჯერ შესაძლოა გინეკოლოგიური დარღვევები ჰიპერთირეოზის ერთადერთი გამოვლინება იყოს. რიტმის დარღვევამ და გულის უკმარისობა, ფსევდოდამბლამ ან ფსიქიკურმა გადახრამ ჰიპერთირეოზის დიაგნოზის დას-

მა შეიძლება გაართულოს. ყველა ამ შემთხვევაში აუცილებელია განვსაზღვროთ **T3** და **T4** შემცველობა, რომელთა შეფარდება ყველაზე კარგად ასახავს ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციას (ჰიპერთირეოზის დროს მაღალი, ხოლო ჰიპოთირეოზისას - დაბალი).

**ასთენიის ცხელებითი ფორმა** - ვლინდება ორგანიზმში სხვადასხვა ინფექციის არსებობის შემთხვევაში. კერძოდ, ე.წ. „ვერაგი“ ინფექციური ენდოკარდიტი ხშირად ვითარდება გულის სარქველების პროთეზზე. ორგანიზმში ინფექცია შესაძლოა შეტანილი იყოს უროლოგიური ან გასტროენტეროლოგიური მანიპულაციებისას, ინსტრუმენტული გზით, შინაგან ორგანოებზე ოპერაციული ჩარევისას. ენდოკარდიტი უპირატესად ვითარდება სტრეპტოკოკების მიზეზით, მაგრამ არის ინფიცირების შემთხვევები იშვიათი მიკროორგანიზმებით - კოკსიელებით ან ქლამიდიებით. ტუბერკულოზი ასევე იწვევს მიასთენიასა და გახანგრძლივებულ ცხელებას; ტუბერკულოზს ხშირად აქვს ფილტვს გარეთა ლოკალიზაცია (ღრმა განგლიორული, შარდის გამომყოფი გზები, სახსრები, გენიტალიის ორგანოები), რაც ზოგჯერ დიაგნოსტიკურ სირთულეებს იწვევს. ასთენიის ცხელებითი ფორმისას ასევე უნდა გვახსოვდეს მწვავე ბრუცელოზიც, თუმცა იგი ამჟამად იშვიათად გვხვდება.

**ინფექციური წარმოშობის ასთენია.** შეიძლება აღინიშნოს სიყვითლის გარეშე მიმდინარე მწვავე ვირუსული ჰეპატიტის (**A, B, C**) ან ქრონიკული ვირუსული ჰეპატიტის გამწვავების დროს.

იმუნური მგრძობელობის ვირუსისადმი სეროპოზიტიური პასუხისას შიდს-ის სიმპტომების განვითარებამდე აღინიშნება იზოლირებული ასთენია, რაც ზოგჯერ დაავადების პირველი ნიშანია.

ლიტერატურაში ქრონიკული სისუსტის სინდრომის ცნებისადმი მრავალი კითხვაა: მასში იგულისხმება 6 თვეზე მეტ ხანს მიმდინარე გამოხატული ასთენია, დაკავშირებული ცხელებასთან, მიაღვასთან, გულისრევასთან, გუნება-განწყობისა და ძილის დარღვევასთან, ოფლიანობასთან, კისრის ლიმფადენოპათიასთან; ზოგჯერ ეს სიმპტომები შედეგია ისეთი ცნობილი ინფექციებისა, როგორცაა: მონონუკლეოზი, ენტერო- ან პოლივირუსული ინფექციები და ა.შ.

**ჰემატოლოგიური წარმოშობის ასთენია.** სისხლის საერთო ანალიზი და ელექტროფორეზი საშუალებას გვაძლევს ასთენია დავუკავშიროთ შემდეგ მდგომარეობებს: 1. ქრონიკულ ანემიას (ჰემოგლობინის დონე 8 გ/დლ-ზე ნაკლები), რომელიც ხშირად გამოწვეულია რკინის დეფიციტით; 2. ქრონიკულ მიელოლეიკემიას, რომლის დროსაც ასთენია მუდმივი ხასიათისაა და სანყის სიმპტომად

ითვლება; 3. მწვავე ლეიკემიას ასთენიით, აგრეთვე, მიელოდისპლაზიურ სინდრომს ლეიკემიის ტრანსფორმაციის სტადიაში; 4. კალერის (მიელომურ) დაავადებას, როდესაც ასთენია ჰიპერკალციემიის გარეშე ერთადერთი სიმპტომია. 5. სიმსივნეს.

**ასთენია, როგორც ავთვისებიანი სიმსივნის ერთადერთი სიმპტომი.** სისუსტის მექანიზმი აიხსნება სიმსივნური უჯრედების მიერ ანომალიური ნივთიერებების გამომუშავებით, რაც ჩვეული მეტაბოლიზმის დარღვევასა და კუნთოვანი ქსოვილის ფუნქციის მოშლას იწვევს. მისი მაგალითია სიმსივნური ინტოქსიკაცია, რაც ონკოპაციენტთა 85-90%-ში გვხვდება. ზოგჯერ ის შესაძლოა გამოვლინდეს პირველ სიმპტომად: თირკმლებში, საკვერცხეებში, ღვიძლში, ფილტვებში ან ლიმფოიდურ სისტემაში ღრმად განთავსებული პირველადი კიბოს დროს; ფილტვის ან ღვიძლის მეტასტაზებისას; აგრეთვე, პაციენტთა მკურნალობის გვერდითი მოვლენების (ქირურგიული, ქიმია-, იმუნო- და სხივური თერაპია) შედეგად, თუმცა მკურნალობის დასრულებიდან ორ კვირაში ხშირად თავისთავად ქრება.

**ფუნქციური ბუნების იზოლირებული ასთენია.** ზემოთ აღწერილი მდგომარეობების სანინალმდეგოდ ასეთი ტიპის ასთენია პირველადია; ის შეიძლება დაკავშირებული იყოს ფსიქიკურ დარღვევებთან (რეაქტიული ნევროზი, დეპრესია, იპოქონდრია), ინსომნიასთან (ქრონიკული უძილობა, ნევროზი, მოუსვენრობა, ცვალებადი მუშაობა) ან ფიზიკურ გადატვირთვასთან (სპორტში გადაჭარბებული ვარჯიში).

**ფილტვ-გულის დაავადებები და ასთენია.** როდესაც დაკავშირებულია დისპნოესთან, მიუთითებს ამ ორგანოების დაზიანების შესახებ, განსაკუთრებით თუ თვალნათელი ანემია არ არის გამოხატული.

**ფსიქოგენური მიზეზები და დეპრესიული მდგომარეობები.** განსაკუთრებით ხშირია ასაკოვან ადამიანებში, რომელთათვისაც დამახასიათებელია დაღლილობა, აპათია, ინიციატივის დაკარგვა. ახალგაზრდებში კლინიკა უფრო მრავალფეროვანი და ატიპურია. მოხუცების გამოკვლევისას საყურადღებოა: დილის მოღუნება ხომ არ მცირდება საღამოთი, აქვს თუ არა ინსომნია გამთენიისას, სომათიზაცია, გონებრივი სისუსტე. თუ დეპრესია ახალი დაწყებულია ან რეაქტიულია, პასუხი მკურნალობაზე უკეთესია. ხანშიშესულებში ფართოდ გამოიყენება ანტიდეპრესანტები, ხოლო დეპრესიის სიმპტომები მკურნალობას კარგად არ ემორჩილება.

**ინტელექტალური დარღვევები და ასთენია.** 50 წლის ზემოთ მრავალი ადამიანი უჩივის მეხსიერების გაუარესებას, კონცენტრაციის უნარის დაქვეითებას. საბედნიეროდ, მათი



უმრავლესობა შეპყრობილი არაა ალცჰეიმერის დაავადებით. პაციენტებისათვის ტვინის ფიზიოლოგიის კარგი ახსნა, გამხნეება, რჩევები გონებრივი ჰიგიენისათვის, სრულყოფილი საზოგადოებრივი ცხოვრება უფრო ნაყოფიერია, ვიდრე ანქსიოლიტებისა და საძილე საშუალებების გამოყენება.

**ცხოვრების წესი და ასთენია.** ცხოვრების წესი შეიძლება დაკავშირებული იყოს გადაჭარბებულ და ზოგჯერ გადაუტანელ გადატვირთვასთან სამსახურში, საზოგადოებაში, სახლში. პაციენტის ჰარმონიულ მდგომარეობაში დასაბრუნებლად აუცილებელია მულტიდისციპლინური მიდგომა. ამ დროს საჭიროა, რომ ექიმმა მჭიდრო კავშირში ითანამშრომლოს ფსიქოლოგთან და სოციალურ მუშაკთან. მედიკამენტების ჩვენება ამ სიტუაციაში შეზღუდულია.

**იატროგენური ასთენია.** სამწუხაროდ, ექიმის დანიშნულებები ხშირად არის ასთენიისა და სხვადასხვა დარღვევის მიზეზი. მაგალითად, ორთოსტატური ჰიპოტენზია, რომელზეც ქვემოთაა საუბარი. მრავალი წამალი მოქმედებს კუნთების ტონუსზე. იატროგენულ ასთენიას იწვევს ისეთი პრეპარატების უკონტროლო დანიშვნა, როგორცაა ბეტა-ბლოკატორები, ანტიჰიპერტენზიული, ჰიპნოტიკური, ანქსიოლიტური და დიურეტიკული. ერთდროულად რამდენიმე პრეპარატის მიღების შემთხვევაში, ზოგჯერ ძნელია იმის დადგენა, თუ რომელი მათგანი იწვევს ასთენიას.

**ფიზიოლოგიური ასთენია.** როდესაც პაციენტი მთელ სხეულში აღნიშნავს ტანჯვას. ორგანული წარმოშობის პათოლოგიის გამორიცხვის შემდეგ, უნდა ვიფიქროთ ფიზიოლოგიურ ასთენიაზე. მას ასევე უწოდებენ ფიზიოლოგიურ ასთენიას ან იდიოპათიურ დიფუზურ პოლიალგიურ სინდრომს (*Herisson*). მისი ძირითადი სიმპტომებია დიფუზური პოლიალგია, ძილის შეზღუდვა, ძილის დარღვევა და განსაკუთრებით ასთენია. დაღლილობის გრძობა პრაქტიკულად აღინიშნება მუდმივად, კონცენტრირების ან ფიზიკური მცდელობისას სისუსტე ძლიერდება. ამ მდგომარეობების ეტიოლოგია და პათოგენეზი დღემდე ურთიერთსაწინააღმდეგო რჩება. ძილის დარღვევა ძალიან ხშირად აღინიშნება, რის გამოც წამოყენებული იყო ჰიპოთეზა ძილის აღდგენის შესახებ. ბევრი მკვლევარი აღნიშნავს გარემოს როლს, განსაკუთრებით დიდ მნიშვნელობას ანიჭებენ ხმაურისა და სტრესის გავლენას. ამ მონაცემების ფონზე და ტკივილდაყურებითი და ანთების საწინააღმდეგო თერაპიის შეზღუდული შედეგების გამო, ზოგიერთი ავტორი გვთავაზობს ერთიან მიდგომას მკურნალობისადმი (სითბური და რელაქსაციური პროცედურების ჩათვლით). აუცილებელია აღინიშნოს, რომ ქრონი-

კულ სისუსტესა და გაურკვეველი წარმოშობის ფიზიოლოგიის საერთო გამოვლინებები აქვთ: ზოგადი ასთენია, ართრომიალგია, ძილის დარღვევა. **Goldberg**-მა თავისი კვლევით აჩვენა, რომ ქრონიკული სისუსტით შეპყრობილ პაციენტთა 70% შეესაბამება ფიზიოლოგიის კრიტერიუმს.

**ორსულთა ასთენია.** ძალზედ ხშირი ჩივილია, რომლითაც ორსულები მიმართავენ ექიმს. უპირველეს ყოვლისა აუცილებელია ორგანული მიზეზის გამორიცხვა, რადგან მას შეუძლია გააუარესოს ქალისა და ნაყოფის პროგნოზი. ფუნქციური ასთენიის დროს, უმრავლეს შემთხვევაში, მდგომარეობა მნიშვნელოვნად უმჯობესდება დასვენების შემდეგ, დიეტის დაცვის, ცხოვრების პირობების გაუმჯობესებისა და მათ ფონზე ჩატარებული ფსიქოთერაპიით.

**მოხუცებულთა ასთენია.** ამ ასაკში ადამიანებსა და მათ ახლობლებს ასთენია სიბერის განუყოფელ ატრიბუტად მიაჩნიათ (6-10). ექიმები მას აღიქვამენ როგორც ბანალურს, რასაც უკავშირებენ ორგანოთა ფიზიოლოგიურ დაბერებას, მათი ფუნქციების ჩაქრობას, მწარმოებლობის დაქვეითებასა და სისუსტის სუბიექტურ შეგრძნებას. ეს მიდგომა არასწორია, რადგან მწარმოებლობის დაქვეითება (ექსტრემალური სიტუაციებისადმი ადაპტაციის უნარის დაქვეითება) ფიზიოლოგიური მოვლენაა, ხოლო დაღლილობის შეგრძნება ასეთი არ არის. მოხუცებულთა ასთენიის განვითარება ადასტურებს, რომ ადგილი აქვს სომატური ან ფსიქიკური ბუნების დარღვევას ან ცხოვრების წესის თავისებურებებითაა განპირობებული, ანტიასთენიური პრეპარატების მიღებით.

**ორთოსტატული ჰიპოტენზია.** ხანშიშესულთა ასთენია ხშირად მიმდინარეობს ლიპოთიმით და მკვეთრად გამოხატული სისუსტით (საწოლში თავს უკეთესად გრძობენ). ამ მდგომარეობის დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა არტერიული წნევის გასინჯვა ჯერ მწოლიარე, შემდეგ კი ფეხზე დგომისას და ერთდროულად პულსის დათვლა დისავტონომიის გამოვლენისათვის (ვეგეტატიური დისფუნქცია, პარკინსონის დაავადება, სტილ-რიჩარდსონის დაავადება, შაიადრეიჯერის დაავადება). ორთოსტატული ჰიპოტენზიის განვითარების ძირითადი მიზეზი შეიძლება იყოს წამლები.

**არასაკმარისი კვება.** ეს მნიშვნელოვანი და ნაკლებად ცნობილი მიზეზი დაკავშირებულია როგორც არასაკმარისი კვებასთან, ისე პათოლოგიური პროცესით გამოწვეულ შინაგანი კატაბოლიზმის გაძლიერებასთან. სხეულის მასის კლება, დიეტის დარღვევა და სისხლში ალბუმინის 35 გ/ლ-ზე ქვემოთ დაკლება მიუთითებს არასაკმარისი კვებასა და შესაბამისი კორექციის საჭიროებაზე.

**ენდოკრინული დაავადება.** ჰიპერ- და



ჰიპოთირეოიდიზმი პირველია, რომელზეც შეიძლება ვიფიქროთ. დიაგნოზი ამ დროს ეფუძნება თირეოტროპული ჰორმონის დონის განსაზღვრას. თირკმელზედა ჯირკვლის ან ჰიპოფიზის წინა ნილის უკმარისობა გვხვდება გაცილებით იშვიათად, თუ პაციენტი არ არის ნამკურნალევი დიურეტიკებით (ჰიპონატრიემია, ჰიპერკალემია). არ უნდა დაგვავიწყდეს დარღვევები პარათირეოიდული ჯირკვლის მხრივ, განსაკუთრებით ჰიპერკალციემიის ფონზე არსებული ჰიპერპარათირეოიდიზმის დროს.

**ზოგადი მიდგომა ასთენიისადმი.** სისუსტის მიზეზის დადგენის შემდეგ, ექიმმა დაუყოვნებლივ უნდა გაითვალისწინოს 3 ძირითადი პრინციპი: მიზეზის მკურნალობა - მწვავე და ქრონიკული ორგანული დაავადების, სწორი კვება, ზოგიერთი დანიშნულების მოხსნა (დიურეტიკი, ბეტა-ბლოკატორი და ა.შ.). პაციენტს მდგომარეობიდან გამოსვლაში უნდა დავეხმაროთ ბუნებრივი კინეზოთერაპი-

ის, ჰიდროთერაპიისა და ფსიქოთერაპიის მეტოდებით, ასევე ზოგიერთი არაჰორმონული მედიკამენტური საშუალებებით, მაგალითად ციტრულინის მალატი (სტიმოლი).

**ჩატარებული მიმოხილვის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ:**

1. ასთენია მრავალფაქტორული ბუნებისაა და იგი აღმოცენდება სხვადასხვა მიზეზით;

2. ასთენიაზე ხშირ ჩივილს უნდა მიექცეს განსაკუთრებული ყურადღება, რადგან იგი შეიძლება ფარავდეს უფრო სერიოზულ სიმპტომებს (როგორც ორგანულის, ისე ფუნქციური ხასიათისას);

3. სათანადო შეფასება უნდა მიექცეს კვების რეჟიმს, წონის ცვლილებას, ლაბორატორიულ ტესტებს და იატროგენულ შემთხვევებს;

4. ადეკვატური მკურნალობა ეფუძნება პათოფიზიოლოგიურ მონაცემებს, რისთვისაც აუცილებელია პაციენტის მრავალმხრივი და სრულფასოვანი გამოკვლევა შესაბამისი კლინიკური ანალიზით.

## РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ЛЕЧЕНИИ УТОМЛЯЕМОСТИ

*М.Шавдия, Э.Дарбаисели, Н. Шавдия, А.Вачеишвили*

КЛИНИКА ПАЛЛЯТИВНОГО УХОДА ЦЕНТРА ОНКОПРЕВЕНЦИИ

Астения - жалоба, часто предъявляемая пациентами семейным врачам. При наличии астении необходимо исключить органические причины, способные ухудшить прогноз. При функциональной астении в большинстве случаев состояние значительно улучшается после отдыха, при соблюдении диеты, улучшении условий жизни, на фоне психотерапии и применения антиастенических препаратов. Часто астения пациентами и окружающими воспринимается как обычное явление и поэтому нередки случаи самолечения. Однако астения - это ненормальная, спонтанная слабость, возникающая без предшествующей нагрузки. Поэтому обязательно выяснение причины, так как астения может быть проявлением и органической патологии. Семейный врач, способный оценить эту жалобу, играет основную роль в обследовании и лечении подобных больных. Хорошо зная своих пациентов, их историю болезни и имея представление о процессе, послужившем основой для возникновения астении, семейный врач, как никто другой, способен точно выявить органическое или функциональное заболевание, наличием которой пациент пренебрегает, помочь больному вспомнить те или иные симптомы или факт самопроизвольного приема медикаментов. В подобных случаях семейный врач должен всесторонне обследовать и оценить клиническое состояние пациента. Описаны проявления астении у пожилых и беременных, ятрогенная астения, а также особенности астении, возникающей при эндокринологической патологии, на фоне инфекций, онкологических заболеваний и т.д. Для метаболического лечения астении авторы рекомендуют прием препарата малат цитрулина (стимол).

## THE ROLE OF A FAMILY DOCTOR IN THE TREATMENT OF FATIGABILITY

*M.Shavdia, E.Darbaiseli, N. Shavdia, A.Vacheishvili*

Asthenia - is a very common complaint made by patients during their visits to a family doctors. The organic causes which can make prognosis poor should be first off all excluded. In most patients with functional asthenia their condition considerably improves after rest or a diet, under better living conditions, with psychotherapy and use of antiasthenic drugs. Often fatigue with patients and the people surrounding them is perceived as normal, so patients often resort to self-treatment. However, the cause of fatigue or, more precisely, asthenia, i.e. abnormal, spontaneous weakness arising without previous load, have to be clarified, as the symptom may be a manifestation of organic pathology. The family doctor of general practice that can evaluate the complaint, plays a major role in the examination and treatment of patients with asthenia. Being well aware of their patients, their history and consequently understanding of the process, which served as a basis for the arising asthenia family doctor as no one else can accurately identify organic disease or clinical anomaly, neglected by the patient, help the patient recall any symptoms or the fact of receiving medicine without prescription, a doctor can conduct a survey and eventually fully assess the patient's clinical condition. On the basis of the literature review recommended on diagnostic steps, to be taken in case of asthenia, we describe manifestation of asthenia in elderly patients and pregnant, iatrogenic asthenia, as well as, the specifics of asthenia occurring in endocrinological pathology or on the background of infections, cancer etc. For the metabolic treatment of asthenia citrulline malate (Stimol) is recommended.

### ლიტერატურა

1. პალიატიური მზრუნველობა - სამედიცინო და ორგანიზაციული ასპექტები (რ.ღვამიჩავას რედაქციით). თბილისი.-2003.-138 გვ.
2. **მ.შავდია.** ონკოლოგიის ენციკლოპედიური ლექსიკონი. თბილისი: ფავორიტი, 2004- 408 გვ.
3. პალიატიური მზრუნველობა (სახელმძღვანელო ექიმებისთვის, დ.კორძაიას რედაქციით), თბილისი: პოლიგრაფი 2005.-235 გვ.
4. **M.Shavdia et al.** Symptom prevalence in patients with advanced cancer, Annals of Oncology, Abstracts of the 31st ESMO Congress, Istanbul, Turkey, 29.IX-3.X. 2006, vol.17, sup 1.9; 931P.
5. **L.Emmanuel, F.Ferris, CF. Von Cuntzen, J.Von Roenn.** EPEC-O. Participant's Handbook, Module 3k: Symptoms - Fatigue; Chicago.-2005. p. 1-10.
6. **A.Ciurana.** Diagnosis of fatigability, [www.rmj.ru/articles\\_2789](http://www.rmj.ru/articles_2789). p. 1-3.
7. **M.Berthel.** Asthenia in elderly patients, [http://www.rmj.ru/articles\\_2789](http://www.rmj.ru/articles_2789). p. 3-5.
8. **Jean-Lois Wemeau.** Asthenia in Endocrinology. [www.rmj.ru/articles-2789](http://www.rmj.ru/articles-2789). p. 6-7.



## სასიდადო მამულიშვილი



დიდი ილია ჭავჭავაძე ბრძანებდა: “გონიერი და წინდახედული დასაწყისი წამლობისა საჭიროა ყოველთვის და ყოველ ჟამს, რაკი სატკივარი შენიშნულია და ცნობილი”.

ამ ბრძნულ ილიასეულ სენტენციაში ექიმის გონივრულობა და წინდახედულობა იმ წარმართველ ძალად იგულისხმება, რომელმაც სასიკეთო შედეგი უნდა მოუტანოს მას პროფესიულ საქმიანობაში.

პროფესორი **სიმონ (სოსო) კაპანაძე** ამ თვისებების სრულყოფილი მფლობელია. ის სრულფასოვნად გრძნობს საკუთარ თავს იმ გარემოში, როდესაც მისი ყოველი ქმედება თანმიმდევრულად მიმართულია სხვათა სასიკეთოდ.

70 წლის იუბილარის ყოველდღიური ყოფა გაუღენთილია განცდებითა და მზადყოფნით თანაუგრძნოს სნეულს. პაციენტის მკურნალობისას მიღწეული წარმატება მას დიდ სიხარულს გვრის. ამიტომ არის სოსო კაპანაძე აღიარებული როგორც სახალხო მკურნალი და საზოგადო მოღვაწე.

ზოგიერთი მონაცემი მისი ბიოგრაფიიდან: დაიბადა 1938 წლის 27 მაისს, ქალაქ ფოთში (რამდენიმე ათეული წლის შემდეგ ფოთელები მას საპატიო მოქალაქედ აირჩევენ). ცნობილი მშენებლის, საქართველოს დამსახურებული ინჟინრის, ბატონ დავით კაპანაძის ოჯახში.

ოქროს მედალზე დაამთავრა თბილისის მე-3

საშუალო სკოლა და სწავლა გააგრძელა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტზე, რომელიც წარმატებით დაამთავრა 1962 წელს.

ინსტიტუტის დამთავრებისთანავე, საექიმო საქმიანობას იწყებს იმერეთის ერთ-ერთ ულამაზესი სოფლის - ღორეშას საუბნო საავადმყოფოს გამგედ.

ახალგაზრდა ექიმისათვის მეტად წარმატებული იყო სოფლად მუშაობის პერიოდი. სოფლური ცხოვრების სპეციფიკა, მოსახლეობასთან ხალასი დამოკიდებულება. ყოველივე ეს იქ ჩასული დამწყები მკურნალისთვის ცხოვრებისეული და პროფესიული გამოცდილების სკოლად იქცა.

ორი წლის შემდეგ, სოფელი სიყვარულითა და სინანულით გამოეთხოვა სოსო კაპანაძეს. იწყებოდა ახალი ეტაპი საექიმო საქმიანობისა. ის თბილისის მე-7 კლინიკური საავადმყოფოს თერაპიულ განყოფილებაში ორდინატორად იწყებს მუშაობას.

მე-7 კლინიკური საავადმყოფო იმხანად ექსპერიმენტული და კლინიკური თერაპიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტის კლინიკური ბაზა იყო, სადაც მოღვაწეობდნენ ეროვნული თერაპიული სკოლის სახელოვანი წარმომადგენლები. მათმა მაღალმა პედაგოგიურმა უნარმა, პირადულმა ეთიკურ-ზნეობრივმა თვისებებმა, მდიდარმა გამოცდილებ-

ბამ და დახვეწილმა პროფესიულმა აზროვნებამ ყოვლისმომცველი გავლენა იქონია ახალგაზრდა ექიმის სამომავლო კარიერაზე.

თერაპიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი, რომელიც შეიქმნა 1961 წელს აკადემიკოს ნოდარ ყოფშიძის თაოსნობით, იმ დროისათვის სამედიცინო აზროვნების ერთ-ერთი ცნობილი ცენტრი იყო საერთაშორისო მასშტაბით. 1966 წელს თერაპიის ინსტიტუტში, პირველად საქართველოში, შეიქმნა მიოკარდიუმის ინფარქტის განყოფილება მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტით შეპყრობილ პაციენტთა სპეციალიზებული სამედიცინო დახმარების მიზნით. აქედან იწყება ახალგაზრდა ექიმის ს.კაპანაძის პროფესიული აღმავლობის გზა – მიოკარდიუმის ინფარქტის განყოფილების დისერტაციის – „მიოკარდიუმის განმეორებითი ინფარქტები“ – წარმატებით დაცვა. 1975 წელს ინიშნება დედაქალაქის მთავარ თერაპევტად და ოცი წელიწადი შეუცვლელად უძღვებოდა ქალაქის თერაპიულ სამსახურს. 1981 წელს, საქართველოს წამყვან კარდიოლოგებთან ერთად, მიენიჭა სახელმწიფო პრემია მიოკარდიუმის მწვავე ინფარქტის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე ეფექტური მეთოდებისა და მოწინავე გამოცდილების თბილისის პირობებში დანერგვისათვის, ხოლო 1988 წელს საქართველოს დამსახურებული ექიმის საპატიო წოდება ენიჭება. 1994 წელს ბატონი სოსო იცავს სადოქტორო დისერტაციას თემაზე – „იშემიური დაზიანების შემოფარგვლა მიოკარდიუმის ინ-

ფარქტის დროს“. ამ შრომას ხარისხების მიმნიჭებელი საბჭოს წევრთა ერთსულოვანი მხარდაჭერა ხვდა წილად.

1997 წელს გადაუღებელი კარდიოლოგიის ცენტრში გაიხსნა გულ-სისხლძარღვთა კათეტერიზაციის ლაბორატორია და პირველად საქართველოში ფართოდ დაინერგა გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალტექნოლოგიური ინვაზიური და ინტერვენციული (სელექციური კორონაროგრაფია, ტრანსლუმინალური ბალონური ანგიოპლასტიკა და სტენტირება) მეთოდები. ამ სიახლის კარდიოლოგიურ პრაქტიკაში დანერგვამ საფუძველი შეუქმნა გულის იშემიური დაავადების მკურნალობის ქირუ-



**ცნობილი ჟურნალისტი და საზოგადო მოღვაწე რუსლან რუსია და პროფესორი სოსო კაპანაძე**

ფილების უმცროსი მეცნიერ მუშაკიდან – წამყვან სპეციალისტამდე.

1994 წელს, ქართველ კარდიოლოგთა დიდი ძალისხმევითა და დარგში მიღწეული წარმატებათა საერთაშორისო აღიარების შედეგად, თბილისში დაარსდა თანამედროვე დონის გადაუღებელი კარდიოლოგიის ცენტრი. ბატონი სოსო დღიდან დაარსებისა ცენტრის დირექტორის მოადგილედ ინიშნება. ამ პოსტზე საქმიანობას ის 32 წლის საექიმო და სამეცნიერო მოღვაწეობის გამოცდილებით შეუდგა.

მანამდე იყო საექიმო საქმიანობაში მიღწეული ზოგიერთი საგულისხმო წარმატებები: 1974 წელს მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად

ფარქტის დროს“. ამ შრომას ხარისხების მიმნიჭებელი საბჭოს წევრთა ერთსულოვანი მხარდაჭერა ხვდა წილად.

1997 წელს გადაუღებელი კარდიოლოგიის ცენტრში გაიხსნა გულ-სისხლძარღვთა კათეტერიზაციის ლაბორატორია და პირველად საქართველოში ფართოდ დაინერგა გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალტექნოლოგიური ინვაზიური და ინტერვენციული (სელექციური კორონაროგრაფია, ტრანსლუმინალური ბალონური ანგიოპლასტიკა და სტენტირება) მეთოდები. ამ სიახლის კარდიოლოგიურ პრაქტიკაში დანერგვამ საფუძველი შეუქმნა გულის იშემიური დაავადების მკურნალობის ქირუ-



რგიული მეთოდების განვითარებას. 2001 წელს გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრში შეიქმნა კარდიოქირურგიული განყოფილება, ფართოდ დაინერგა კორონარული შუნტირების ოპერაციები. გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების ფართო დანერგვამ, მეორადი კორონარული პრევენციის აქტიურად წარმართვამ, საგრძნობლად გააუმჯობესა საქართველოში გულის იშემიური დაავადებით პაციენტების პროგნოზი და შეამცირა ლეტალობა მიოკარდიუმის ინფარქტის დროს. 2004 წელს საქართველოში გულის იშემიური დაავადების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მაღალტექნოლოგიური (ინვაზიური და ინტერვენციული) მეთოდების დანერგვისათვის, ცენტრის თანამშრომლებთან ერთად, პროფ. ს.კაპანაძეს მიენიჭა (მეორედ) საქართველოს სახელმწიფო პრემია. 2003 წელს მის მიერ გამოქვეყნდა მნიშვნელოვანი მონოგრაფია – „ათეროსკლეროზის დაუმკვიდრებელი რისკის ფაქტორები და პათოგენეზური თერაპიის ახალი პერსპექტივები“, რომელშიც ამ მიმართულებით განაზოგადა თავისი პრიორიტეტული გამოცდილება.

დროთა განმავლობაში ბატონი სოსოს სამეცნიერო-პრაქტიკული მოღვაწეობის პოტენციული მნიშვნელოვნად გაიზარდა. მისი ბიოგრაფიული მონაცემები შეტანილია კემბრიჯის უნივერსიტეტის „ინტერნაციონალური ბიოგრაფთა ცენტრის“ 1997 წელს XXV საიუბილეო კრებულში და მიენიჭა ოქროს მედალი. 1998 წელს მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვის საქმეში შეტანილი პირადი დიდი წვლილის, ნაყოფიერი სამეცნიერო-პრაქტიკული და საზოგადოებრივი მოღვაწეობისათვის ბატონი სოსო „ღირსების ორდენით“ დაჯილდოვდა. 2002 წელს განსაკუთრებული დამსახურებისათვის ქართული მედიცინის წინაშე გადაეცა ჯანდაცვის სამინისტროს „საპატიო მედალი“.

მეტად მასშტაბურია ბატონი სოსოს საზოგადოებრიობასთან საქმიანი ურთიერთობა. მისი პიროვნული თვისებებიდან გამომდინარე, ყველგან კეთილი გული შეაქვს და კეთილი გულითვე პასუხობენ. უყვართ მისი მოსმენა. სიკეთეს არავის არ დაუკარგავს და თავისი გულის სიტბოსაც ზედ დააყოლებს.

ყოველივე ამის შედეგია ჩვენი ქვეყნის სახელოვანი ადამიანების დიდი პატივისცემა და

სიყვარული მის მიმართ. სასიქადულო მწერალმა ნოდარ დუმბაძემ “მარადისობის კანონის” პირველი ეგზემპლარი შემდეგი წარწერით უძღვნა მის მკურნალს – „სოსო კაპანაძეს! ამ ქვეყნად ჩემი მეორედ მოსვლის უშუალო მონაწილეს, უზომო მადლიერებით და სიყვარულით” – ნოდარ დუმბაძე, 27 დეკემბერი, 1979 წელი.

ასეთივე სიტბოთი არის გაჟღენთილი ცნობილი ჟურნალისტისა და საზოგადო მოღვაწის რუსლან რუსიას ლექსის სტრიქონები:

“ნამლით კი არა, გულით მკურნალობთ გულს – ტანჯვით, დარდით, გარჯით გადაღლილს. სხვათათვის მუდამ რომ გულმზიანობთ იქნებ იმადაც გარჯა არა გლით?”

კიდევ ერთი სასიქადულო პოეტის გამონათქვამი ბატონი სოსოს მისამართით: “ბატონო სოსო არ დამავინყდება, პალატაში რომ მობრძანდით და გამამხნევეთ – ნირნამხდარი და “სიკვდილისა მეჭველი”. მიგულეთ თქვენს ძმად! ტარიელ ჭანტურია.

ასეთია, გულწრფელი სურვილები იმ ადამიანის მიმართ, რომელიც ავადმყოფის სიცოცხლის შენარჩუნებისათვის ერთგულებასა და თავდადებას იჩენს.

ბატონი სოსო საქართველოს სამედიცინო-სოციალური მეცნიერებათა აკადემიისა და კავკასიის ხალხთა მეცნიერებათა აკადემიის ნამდვილი წევრია. საქართველოს ინტერნისტთა საზოგადოების გამგეობის, საქართველოს კარდიოლოგთა ასოციაციის პრეზიდიუმის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის „კარდიოლოგიის“ დარგში სამეცნიერო ხარისხების მიმნიჭებელი სპეციალიზებული საბჭოს, ევროპის კარდიოლოგთა ასოციაციისა და საერთაშორისო საზოგადოება „ათეროსკლეროზის“ წევრია. როგორც აღვნიშნეთ არჩეულია ფოთის საპატიო მოქალაქედ. 159 სამეცნიერო-პრაქტიკული ნაშრომის ავტორია.

ბატონი სოსო დროის შესაფერისი მოღვაწეა, განსწავლული პიროვნება და ჭეშმარიტი მოქალაქეა, რომელიც თავისი თავდადებითა და ნიჭიერებით ხელს უწყობს საქართველოში კლინიკური და თეორიული კარდიოლოგიის წინსვლასა და განვითარებას.

ვუსურვებთ წარმატებულ კლინიციკს, მეცნიერს, საზოგადო მოღვაწეს მხნეობას და დიდ მიღწევებს ეროვნული მედიცინის სამსახურში.

**გ.ჩაფიძე,**

გადაუდებელი კარდიოლოგიის ცენტრის დირექტორი, პროფესორი

**ჯ.მამალაძე,**

„საქართველოს სამედიცინო ჟურნალის“ მთავარი რედაქტორი, პროფესორი



## მემორიის ხსოვნას



რჩეულთა ხვედრია მათი სახელის მოხსენება და პატივის მიგება ამქვეყნიური ცხოვრების წინაშე ვალმოხდის შემდეგ.

**მურამ ბაქრაძე**, თავისი რაინდული ბუნების წყალობით, მოქალაქეობრივი ვალი მოიხადა ქვეყნის, ხალხის წინაშე, პროფესიული მოვალეობა - პაციენტების, ავადმყოფების მიმართ. სიყვარული და თანადგომა არ დაუკლია მეგობრების, კოლეგების, თანამოაზრეებისათვის. ყველა გაჭირვებულს გვერდში ედგა და ღირსეულად ამაყოფდა ამით.

მისი პიროვნების პირველსაყენის სიკეთე, კაცთმოყვარეობა წარმოადგენდა. ეს მისი ბუნების შინაგან აუცილებლობასა და ყოველდღიურ ცხოვრებისეულ მოვალეობას შეადგენდა.

გურამ ბაქრაძე, თბილისში, ტრადიციულ ოჯახში დაიბადა. 1953 წელს წარჩინებით დაამთავრა დედაქალაქის პირველი საშუალო სკოლა და იმავე წელს თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტის სტუდენტი გახდა.

სწორედ აქედან იწყება ჩვენი ნაცნობობა მასთან და შემდგომში მეგობრობამაც ბუნებრივად იჩინა თავი. სტუდენტობის პერიოდში ჩვენს თვალწინ ყალიბდებოდა ახალი სამყარო. ეს ის ხანაა, როდესაც საექიმო განათლებას დაწაფებული ახალგაზრდობა გარემოცულია სახელოვან პედაგოგთა მზრუნველობით, პიროვნული მაგალითებით, ავადმყოფისადმი სიბრალულითა და თანადგომით, საექიმო პროფესიისადმი სიამაყის გრძნობით. ახალგაზრდა კაცის თვალთ აღქმული ეს მოვლენები სასიკეთო გავლენას ახდენს მის მომავალ კარიერაზე.

გურამმა ჩინებულად აულო ალლო საექიმო პროფესიის სიკეთეს, მის საკაცობრიო ჰუმანიზმს, რადგან მასში არსებული პიროვნული თვისებების მასაზრდოებელ ძალას სწორედ ეს იდეალები წარმოადგენდა.

გურამ ბაქრაძის საექიმო აზროვნების ზოგიერთი ინდივიდუალური თვისება შესანიშნავად გამოვლინდა მის პროფესიულ და პედაგოგიურ ოსტატობაში. კერძოდ, ნიჭიერება, ზოგადი განათლება, ნოვატორული ძიების უნარი, საკოლექციო და პრაქტიკული მასალის გადაცემის ჩინებული ფლობა, მისთვის ჩვეული ხავერდოვანი იუმორი, ხმატკბილი გალობა და სხვა.

გურამ ბაქრაძის სამეცნიერო და პედაგოგიური მოღვაწეობა უშუალოდ იყო დაკავშირებული ექიმთა დახელოვნების თბილისის სახელმწიფო ინსტიტუტთან, ორთოპედიისა და ტრავმატოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ცენტრთან. აქ ის ჩამოყალიბდა როგორც დასტაქარი, მკვლევარი, პედაგოგი. ყოველივე ეს მისი პროფესიული ოსტატობის შემადგენელ ნიშან-თვისებად იქცა.

არცთუ ხანგრძლივი ამქვეყნიური ცხოვრებით იცხოვრა გურამმა. შვიდ ათეულ წელზე ოდნავ მეტი წლის ასაკში ეზიარა მარადისობას. მოგონებად დარჩა მისი პიროვნული სამყარო, ემოციური განწყობა. იცხოვრა ყველა იმ თვისებით, რომელიც ქართველი ადამიანის შინაგან ბუნებაში დევს.

სამწუხაროდ, დღეს გულისტკივილით ვიგონებთ იმ ადამიანს, რომელმაც სიცოცხლეშივე ფართოდ გაულო გულის კარი ყველას, თავდადებით ემსახურა ქვეყანას, პროფესიას და ვალმოხდელი წავიდა ჩვენგან.

**თენგიზ კაჭახიძე**  
**ჯანგირ მამალაძე**



## იცხოვრა სიკეთით სხვათა მიმართ



გარდასულ დროთა მეხსიერებას შემორჩა მოგონება იმ ადამიანის შესახებ, რომელმაც იცხოვრა სიკეთით, სიყვარულითა და მისეული ხიბლი და კაცთმოყვარეობის უხვი მაგალითები დაგვიტოვა.

დღევანდელი ყოფიდან საუბარი ამგვარი ადამიანის შესახებ სასიკეთო გავლენას ახდენს ყველა ჩვენგანზე.

**ჯეპალ მგალობლიშვილი**, გასული საუკუნის 60-იანი წლების დასაწყისში, საქართველოს პოლიტექნიკურ ინსტიტუტში ავტომობილებისა და საავტომობილო მეურნეობის სპეციალისტის ნოდების მინიჭების შემდეგ, შეუნელებელი ინტერესით ეზიარა პროფესიულ საქმიანობას.

დედაქალაქში დაბადებულ და გაზრდილ ჭაბუკს კარგად ესმოდა შრომისადმი ერთგულება, თანატოლებთან თანადგომა, უფროსი თაობის მიმართ პატივისცემითა და სუბორდინაციით მოპოვებული პიროვნული ავტორიტეტის ფასი.

მოკრძალება და პატივისცემა სხვათა მიმართ, ჩვეული სისადავე და თავმდაბლობა არა

მარტო გენეტიკური, არამედ მისი თვისების შემადგენელი ნაწილი იყო. „მეგობრობა მხოლოდ იმას შეუძლია, ვისაც ძალუძს ვინმე ან რაიმე უანგაროდ უყვარდეს“ კონსტანტინე გამსახურდიას ეს ცნობილი სენტენცია უპირობოდ ესადაგება მის პიროვნებას, ამიტომ აღიარეს ბატონი ჯემალი სასურველ და საიმედო პარტნიორად საქმეშიც და მეგობრობაშიც.

განსაკუთრებულად გამორჩეული იყო ჯემალ მგალობლიშვილის პიროვნული თვისებები როგორც ხელმძღვანელისა. ყველგან, სადაც კი უმუშავია მას, მიუხედავად მოსაგვარებელ საკითხთა სირთულისა და მასშტაბურობისა, მისთვის ჩვეული ზომიერებითა და პროფესიონალიზმით ერთვებოდა პრობლემათა ეფექტურად დაძლევისათვის, რაც სასურველი შედეგით იყო გარანტირებული.

ხანგრძლივი პერიოდი იღვანა ბატონმა ჯემალმა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სისტემაში. 1979 წლიდან მოყოლებული, თითქმის ორ ათეულ წელზე მეტი ხნის განმავლობაში, ხელმძღვანელობდა სამინისტროს ავტოსატრანსპორტო გაერთიანებას. 1991

წლიდან ინიშნება საქართველოს ჯანდაცვისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროს მომარაგებისა და ტრანსპორტის რესპუბლიკური გაერთიანების გენერალურ დირექტორად, ხოლო აღნიშნული გაერთიანების რეორგანიზაციის შემდეგ სახაზინო საანარმოდ „მედავტოსერვისცენტრის“ გენერალურ დირექტორად.

მისი ცხოვრებისა და მოღვაწეობის ბოლო პერიოდი ემთხვევა ქვეყანაში, ჩვენს საზოგადოებაში მიმდინარე ურთულეს პროცესებს. მისი მოქალაქეობრივი პოზიცია თავისუფალი, დემოკრატიული ქვეყნის აღმშენებლობის, სასიკეთო მომავლისათვის ბრძოლისათვის მზადყოფნაში გამოიხატა.

ეროვნული ცნობიერებისადმი ერთგულებით იცხოვრა და იღვანა ბატონმა ჯემალმა. მისი ამქვეყნიური არსებობის ყველა მონაკვეთი ქვეყნისა და ხალხის მიმართ

თავდადების, მეგობრების, კოლეგებისადმი თანადგომის ჩინებული გამოხატულება იყო.

აი როგორ შეფასებას აძლევდა ბატონ ჯემალს საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ხელმძღვანელობა მის მიმართ გაცემულ ოფიციალურ დოკუმენტში: „ჯემალ მგალობლიშვილი ნიჭიერი და კარგი ორგანიზატორია, გამოირჩევა საქმის ცოდნით, ენერგიულობით, სათანადო პრინციპულობითა და მომთხოვნელობით, ყურადღებითა და თავმდაბლობით“.

არც თუ ხანგრძლივი ცხოვრებით იცხოვრა ბატონმა ჯემალმა. სამწუხაროდ, ის ვერ მოესწრო მისი მრავალი ჩანაფიქრის განხორციელებას, მაგრამ დარჩა სახელი და საქმენი ადამიანისა, რომლის გახსენება და პატივის მიგება ყველას ვალია, რადგან მან დატოვა პირადული მაგალითი მომავლისათვის.

**ჯანგირ მამალაძე,**  
პროფესორი





---

**ნეკროლოგი**


---

საქართველოს საზოგადოებრიობა, ქართველი მედიკოსები გულისტკივილით გამოეთხოვნენ ეროვნული ონკოლოგიური სკოლის თვალსაჩინო მოღვაწეებს - ქალბატონ **გულნარა გერსამიასა** და ბატონ **ლევან ჩარკვიანს**.

„საქართველოს სამედიცინო ჟურნალის“ სარედაქციო კოლეგია და საბჭო, რედაქციის თანამშრომლები უერთდებიან მათი გარდაცვალებით გამოწვეულ მწუხარებას და თანაუგრძნობენ განსვენებულთა ოჯახებს

ვაქვეყნებთ მათი სახელოვანი ცხოვრებისა და მოღვაწეობის ამსახველ ზოგიერთ ეპიზოდს.

## გულნარა გერსამია



ქალბატონი გულნარა იყო მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი, პროფესორი, მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწე, მედიკურ-ბიოლოგიური აკადემიის აკადემიკოსი, ნიუ-იორკის მეცნიერებათა აკადემიის ნამდვილი წევრი, მსოფლიო საერთაშორისო აკადემიის აკადემიკოსი, სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი, პროფ. ა. ღვამიჩავას სახელობის ნაციონალური ცენტრის პათანატომიის განყოფილების გამგე.

დაიბადა 1924 წელს თბილისში. 1941 წ. წარმატებით დაამთავრა თბილისის მე-8 საშ. სკოლა, 1946 წელს კი თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტის პედიატრიული ფაკულტეტი. ინსტიტუტის დამთავრებისთანავე მუშაობა დაიწყო საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს რესპუბლიკურ ონკოლოგიურ დისპანსერში ქირურგ-ორდინატორად.

პრაქტიკული მოღვაწეობა დაიწყო 1946 წლიდან. ის ექვსი წლის განმავლობაში (1952 წლამდე) მუშაობდა, როგორც ქირურგი ონკოლოგი, შემდეგ კი სათავეში ჩაუდგა საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის სამინისტროს ონკოლოგიური დისპანსერის პათომორფოლოგიურ ლაბორატორიას. აკადემიკოს ვლადიმერ ჟღენტის რეკომენდაციით, 1959 წელს, მან საქართველოში ახლად დაარსებულ ონკოლოგიის ინსტიტუტში ჩამოაყალიბა პათომორფოლოგიური ლაბორატორია და არჩეულ იქნა ამ ლაბორატორიის ხელმძღვანელად.

1959 წელს დაიცვა საკანდიდატო, ხოლო 1968 წელს სადოქტორო დისერტაცია, 1970 წელს მიენიჭა პროფესორის წოდება.

1976 წელს ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრის შექმნისას მოხდა ლაბორატორიის რეორ-

განიზაცია. ქალბატონი გულნარა არჩეულ იქნა აღნიშნული ლაბორატორიის ხელმძღვანელად.

მისი შრომები გამოქვეყნებულია კიბოს სანინაალმდეგო არაერთი საერთაშორისო კონგრესის მასალებში.

პროფ. გ. გერსამიას სამეცნიერო-კვლევითი მუშაობის პროდუქტს წარმოადგენს 250-ზე მეტი სამეცნიერო ნაშრომი. შრომების ძირითად მიმართულებას წარმოადგენს სიმსივნეების თერაპიული პათომორფოზი პრაქტიკულ და თეორიულ ასპექტში.

პროფ. გ. გერსამია დაულალავად ენეოდა, აგრეთვე, პედაგოგიურ მუშაობასაც. მისი ხელმძღვანელობით ლაბორატორიაში შესრულებულ იქნა 35 სადოქტორო და საკანდიდატო დისერტაცია. მის მიერ აღზრდილ და დახელოვნებულ იქნა მრავალი სხვადასხვა პროფილის ექიმი, რომლებიც ამჟამად მუშაობენ სხვადასხვა პროფილის ლაბორატორიასა და კლინიკაში, მათ შორის საზღვარგარეთაც.

პროფ. გ. გერსამია იყო პათოლოგ-ანატომთა, ონკოლოგთა და რადიოლოგთა საზოგადოებების წევრი. მრავალი წელი იყო საქართველოს ონკოლოგთა რესპუბლიკური და თბილისის სამეცნიერო საზოგადოების გენერალური მდივანი. წლების მანძილზე იყო ონკოლოგიის სამეცნიერო ცენტრის, სამეცნიერო-საატესტაციო საბჭოს სწავლული მდივანი. ხელმძღვანელობდა ონკოცენტრის საკოორდინაციო საბჭოს. ზემოთ აღნიშნული ხანგრძლივი მეცნიერული მოღვაწეობის საფუძველზე პროფ. გ. გერსამიას მიღებული აქვს უამრავი ჯილდო. ის აქტიური წევრი იყო საზოგადოება „თბილისელის“ ქალთა საკრებულოში.

ყველაფერი ზემოგანხილული გახდა საფუძველი იმისა, რომ პროფ. გერსამია:

1983 წელს საქართველოს უმაღლესი საბჭოს პრეზიდიუმის ბრძანებით იღებს მეცნიერების დამსახურებული მოღვაწის წოდებას.

1987 წელს სამამულო ქირურგიის განვითარების საქმეში შეტანილი წვლილისათვის ჯილდოვდება გრიგოლ მუხაძის საპატიო მედლით.

1993 წელს ადგილობრივად გავრცელებული ფილტვის კიბოს ქირურგიული მკურნალობის სამეცნიერო ნაშრომისათვის იღებს ანდრო ღვამიჩავას სახელობის პრემიას.

1994 წელს ხდება საქართველოს მედიკურ-ბიოლოგიური აკადემიის აკადემიკოსი.

1996 წელს საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის მიერ საქართველოში ონკოლოგიური სამსახურის დაარსებიდან 50 წლისთავთან დაკავშირებით ხანგრძლივი და ნაყოფიერი მუშაობისათვის ჯილდოვდება საპატიო სიგელით.

1997 წელს ქართული ონკოლოგიის მეცნიერების განვითარებისათვის, საქართველოს პრეზიდენტის მიერ ჯილდოვდება ლისეზის ორდენით.

1997 წელს შეტანილია ქართულ ენციკლოპედიაში.

1999 წელს საუკეთესო სამეცნიერო ნაშრომისათვის რადიოლოგიის დარგში ენიჭება ამირან ჩაჩავას სახელობის პრემია.

2000 წელს თბილისის მერიის განკარგულებით ჯილდოვდება „თბილისის ერთ-ერთი გულუბნის მედლით“.

2002 წელს ქართული მედიცინის წინაშე განსაკუთრებული დამსახურებისათვის ჯანდაცვის მინისტრის მიერ ჯილდოვდება საპატიო მედლით.

ქალბატონი გულნარას სახელს უკავშირდება ონკომორფოლოგიის ჩამოყალიბება და განვითარება საქართველოში და ის სამართლიანად ითვლება მის ერთ-ერთ ფუძემდებლად.

მისი დაკარგვა, უდავოდ, დიდი დანაკლისია, როგორც ონკოლოგიის ნაციონალური ცენტრის კოლექტივისა და პათანატომიური საზოგადოებისათვის, ასევე თითოეული იმ ადამიანისათვის, ვისთანაც ქალბატონ გულნარას ჰქონდა შეხება.





## ლევან ჩარკვიანი

ქართულმა სამედიცინო საზოგადოებამ, საქართველოს მეცნიერებათა აკადემიამ, ონკოლოგიის ეროვნულმა ცენტრმა დაკარგა სახელოვანი მეცნიერი, აკადემიკოსი, მრავალი სამეცნიერო აკადემიის წევრი, სახელმწიფო პრემიის ლაურეატი, საქართველოს და თბილისის ონკოლოგთა და საქართველოს გინეკოლოგ-ონკოლოგთა საზოგადოებების – თავკაცი; გინეკოლოგიურმა კლინიკამ ხელმძღვანელი და მასწავლებელი, დიდი დასტაქარი და გულისხმიერი ექიმი; ქართველმა მოსახლეობამ დიდი მკურნალი, ხოლო მთლიანად საქართველომ დიდი ერისკაცი და საზოგადო მოღვაწე - ლევან იოსების ძე ჩარკვიანი.

ლევან ჩარკვიანი სახელოვანი ჩარკვიანების დინასტიის წარმომადგენელია. მისი მამა, ბატონი იოსები ერთ-ერთი პირველი პროფესორი, მეან-გინეკოლოგი იყო და მისი სახელი მიკუთვნებული აქვს ბათუმის სამშობიარო სახლს. ამ ოჯახში ცხოვრობს და მოღვაწეობს მრავალი ექიმი, პროფესორი და ახალგაზრდა, მომავალი ექიმი...

ლევან ჩარკვიანი დაიბადა 1923 წელს. 1940 წელს დაამთავრა ბათუმის №8 საშუალო სკო-

ლა და ჩაირიცხა სამედიცინო ინსტიტუტის სამკურნალო ფაკულტეტზე, რომელიც წარჩინებით დაამთავრა 1944 წელს. განაწილებით მუშაობა დაიწყო აჭარის მაღალმთიან სოფელ რიყეთის საექიმო უბნის გამგედ. 1945-47 წლებში ის ხელმძღვანელ სამუშაოზე ინიშნება - ბათუმის რაიონის ჯანმრთელობის განყოფილების გამგედ. ამ დროს ჩაეყარა საფუძველი ქალთა მოსახლეობის კიბოს სანიტააღმდეგო პროფილაქტიკურ გასინჯვებს. 1948-49 წლებში ის გადადის კლინიკაში სამუშაოდ და ამზადებს საკანდიდატო დისერტაციას აკად. - სერებროვისა და ლ. შაბადის ხელმძღვანელობით და იცავს 1951 წელს. 1954 წლიდან ის ბათუმის სამშობიარო სახლის მთავარი ექიმა და შეთავსებით ეწევა პედაგოგიურ მუშაობას. 1963 წელს კი დაიცვა სადოქტორო დისერტაცია.

მისი სადოქტორო დისერტაცია იყო საბჭოთა კავშირის მასშტაბით პირველი სოლიდური ნაშრომი კიბოს ეპიდემიოლოგიაში, რამაც განსაკუთრებული პოპულარობა მოუტანა სამეცნიერო სარბიელზე. იგი გამოდის მოხსენებებით უკრაინაში (1961), მოსკოვში (1962) და სხვა.

1964 წელს მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორს ლ. ჩარკვიანს კონკურსით ირჩევენ საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტის გინეკოლოგიური განყოფილების ხელმძღვანლად, სადაც ის სიცოცხლის ბოლომდე მუშაობდა. მისი ხელმძღვანელობით კლინიკა ერთ-ერთი მონინავე და საჩვენებელი დაწესებულება გახდა მთელ საბჭოთა კავშირში.

1965 წელს თბილისის ონკოლოგიის სამეცნიერო-კვლევით ინსტიტუტში ლ. ჩარკვიანის ხელმძღვანელობით ჩამოყალიბდა სსრკ სამედიცინო აკადემიის გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიური კვლევის საერთაშორისო ცენტრი, რომელიც შემდეგში ეკონომიურ ურთიერთდახმარების ქვეყნების (ეუქ) და სსრკ ამერიკის თანამშრომლობის ცენტრად იქცა გინეკოლოგიური კიბოს ეპიდემიოლოგიის დარგში.

ლ. ჩარკვიანი საქართველოში პირველად აკეთებს საშვილოსნოს გაფართოებულ ოპერაციებს (ე.წ. ვერთჰემის ოპერაცია). მას უკვე აღიარებენ პირველ ქირურგ-გინეკოლოგად არა მარტო ჩვენს ქვეყანაში, არამედ მის ფარგლებს გარეთაც. გამოჩენილმა ქართველმა ქირურგმა ირაკლი მგალობლიშვილმა მას ოქროს ლანცეტი უძღვნა წარწერით.

გინეკოლოგიურ კლინიკაში, ორმოცი წლის მანძილზე, ჩატარებულია 2500-ზე მეტი ასეთი ოპერაცია. შესწავლილ და დამუშავებულია თითოეული ეტაპი, დახვეწილი და მოდიფიცირებულია ცალკეული დეტალები, შექმნილია სპეციალური ინსტრუმენტი. ეს საკითხები ფორმდებოდა ბატონი ლევანის ხელმძღვანელობით მისი მონაწილეობით საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაციებად. მონაფეები კი მრავლად ჰყავდა საქართველოში და საბჭოთა კავშირის გარეთ - ავღანეთში, უნგრეთში და ა.შ.

ლ. ჩარკვიანისა და მის მიერ ჩამოყალიბებულ ონკო-გინეკოლოგიური სამსახურის (შემდგომში კი სკოლის) ავტორიტეტმა განაპირობა მრავალი საკავშირო და საერთაშორისო სიმპოზიუმის სამუშაო თათბირის (1969, 1971, 1985, 1986, 1990, 1996) და საბჭოთა კავშირ-ამერიკის ეპიდემიოლოგიური შეხვედრის (1975, 1979) მოწყობა. მონაწილეობა რუმინეთისა და ბულგარეთის ონკოლოგთა კონგრესებზე (1969), ჰიუსტონი (1970) X საერ-

თაშორისო კონგრესზე, ბაქოში (1975), ტალინში (1972), სადაც ის აირჩიეს ჟურნალ „Вопросы онкологии“ სარედაქციო საბჭოს წევრად, იტალიაში (1974) ონკოლოგთა XI საერთაშორისო კონგრესზე, ამერიკის ქალაქ ბეტესდაში (1977) ამერიკა-სსრკ პირველ სამუშაო თათბირზე, სადაც მისი მოხსენება ძირითადი და მეთოდოლოგია პროფილაქტიკის საკითხებზე სპეციალურად ითარგმნა ინგლისურად; კიბოს XII საერთაშორისო კონგრესზე ბუენოს-აირესში (1978) და ა.შ. და ა.შ.

ბატონ ლევანს გამოქვეყნებული აქვს 13 კოლექტიური და დამოუკიდებელი მონოგრაფია, მისი ხელმძღვანელობით მომზადებულია და დაცულია 30 საკანდიდატო და სადოქტორო დისერტაცია, გამოქვეყნებულია 340-ზე მეტი სამეცნიერო ნაშრომი.

გინეკოლოგიური კლინიკა და მისი მეცნიერები აქტიურად თანამშრომლობენ ბერლინის, ბუდაპეშტის, პრალის, პადუას (იტალია) სამეცნიერო ცენტრებთან და ხდება თანამშრომელთა გაცვლა-გამოცვლა.

80-იანი წლებიდან განყოფილება აქტიურად ებმება ტროფობლასტური დაავადებებისადმი მიძღვნილ კონგრესში. სიდნეი (ავსტრალია-1992), სეული (სამხ. კორეა - 1996), იერუსალიმი (ისრაელი - 1998), ამერიკა (2001).

პროფ. ლ. ჩარკვიანი არჩეულია იტალიის მეცნ-გინეკოლოგთა საზოგადოების საპატიო წევრად, ყაზახეთის, ბელორუსის ონკოლოგთა სამეცნიერო საზოგადოების საპატიო წევრად. ევროპის გინეკოლოგ-ონკოლოგთა საზოგადოების საპატიო წევრად, საქართველოს გინეკოლოგ-ონკოლოგთა საზოგადოების პრეზიდენტად, საქართველოს და თბილისის ონკოლოგთა საზოგადოების თავმჯდომარედ.

ბატონი ლევანი ითვლება საქართველოს მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის ერთ-ერთ დამფუძნებლად და პირველ აკადემიკოსად, მისი ბიოგრაფია შეტანილია საერთაშორისო ცნობარში „მსოფლიოს გამოჩენილი ადამიანები“.

ბატონ ლევანს მიღებული აქვს მთავრობის მრავალი ჯილდო.

ბატონ ლევანს დიდება და აღიარება სიცოცხლეშივე ეღირსა. დღეს გინეკოლოგიური კლინიკა აკადემიკოს ლ. ჩარკვიანის სახელს ატარებს.





სარედაქციო კოლეგიისა და  
საბჭოს თავმჯდომარე -  
გიორგი მენაბდე  
მთავარი რედაქტორი -  
ჯანპირ მამალაძე

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ РЕДАКЦИОННОЙ  
КОЛЛЕГИИ И СОВЕТА -  
Г.Т. МЕНАБДЕ  
ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР -  
ДЖ.А. МАМАЛАДЗЕ

THE CHAIRMAN OF EDITORIAL  
BOARD AND COUNCIL -  
G. MENABDE  
CHIEF EDITOR -  
J. MAMALADZE

**სარედაქციო კოლეგია:**

ზაზა ბერიშვილი,  
ნოდარ ბაქრაძე,  
კლარა გელაშვილი,  
ოთარ გერზმავა,  
შოთა გოგოხია,  
თამარ დეკანოსიძე (მთავარი  
რედაქტორის მოადგილე),  
ფრიდონ თოდუა,  
პალიკო კინტრაია,  
დიმიტრი კორძაია,  
გია ლობჯანიძე,  
ვადიმ სააკაძე (მთავარი  
რედაქტორის მოადგილე),  
ირაკლი ფაველენიშვილი,  
მერაბ ქავთარაძე,  
ეთერ ქემერტელიძე,  
ლევან ქურციკაშვილი,  
ზეზვა ლულუნიშვილი,  
ნოდარ ყიფშიძე,  
რომან შაქარიშვილი,  
რამაზ შენგელია,  
გულნარა ჩაფიძე (მთავარი  
რედაქტორის მოადგილე),  
დავით ჭავჭავანიძე,  
სიმონ ხეჩინაშვილი,  
რამაზ ხეცურიანი

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

З.Л. Беришвили,  
Н.Д. Бакрадзе,  
К.Д. Гелашвили,  
О.Х.Герзмава,  
Ш.Д. Гогохия,  
З.Г. Гугунишвили,  
Т.И. Деканосидзе (зам.  
гл.редактора),  
М.Н. Кавтарадзе,  
Э.П. Кемертелидзе,  
П.Я. Кинтраиа,  
Н.Н. Кипшидзе,  
Д.Дж. Кордзаиа,  
Л.С. Курцикашвили,  
Г.В. Лобжанидзе,  
И.В. Павленишвили,  
В.П. Саакадзе (зам. главного  
редактора),  
Ф.И. Тодуа,  
Р.Г. Хецуриани,  
С.Н. Хечинашвили,  
Д.Г. Чавчанидзе,  
Г.Э. Чапидзе,  
Р.Р. Шакаришвили,  
Р.М. Шенгелиа (зам. главного  
редактора)

**EDITORIAL BOARD:**

Z. Berishvili,  
N. Bakradze  
D. Chavchanidze,  
G. Chapidze,  
T. Dekanosidze,  
K. Gelashvili,  
O. Gerzmava,  
Sh. Gogokhia,  
Z.Gugunishvili,  
M. Kavtaradze,  
E. Kemertelidze,  
S. Khechinashvili,  
R. Khetsuriani,  
P. Kintraia,  
N. Kipshidze,  
D. Kordzaia,  
L. Kurtsikashvili,  
G. Lobjanidze,  
I. Pavlenishvili,  
V. Saakadze,  
R. Shakarishvili,  
R. Shengelia,  
P. Todua

**სარედაქციო საბჭო:**

- ა. ალადაშვილი (თბილისი)
- მ. აპოსტოლოვი (ბულგარეთი)
- ი. ბერაძე (თბილისი)
- მ. ბოხუა (თბილისი)
- რ. გაგუა (თბილისი)
- გ. გეგეშიძე (სამტრედია)
- ლ. გუჯაბიძე (თბილისი)
- ჯ. გუჯაბიძე (თბილისი)
- ა. დიამანდოპულოსი (საბერძნეთი)
- ი. ელიაშვილი (ტყიბული)
- ნ. ემუხვარი (თბილისი)
- გ. ვასაძე (თბილისი)
- გ. ვეკუა (თბილისი)
- ნ. ვეფხვაძე (თბილისი)
- ო. ზურაბიშვილი (პარიზი)
- ო. თოიძე (თბილისი)
- ზ. თოფურია (თბილისი)
- ს. კაპანაძე (თბილისი)
- ი. კვაჭაძე (თბილისი)
- ა. კვეზერელი-კოპაძე (თბილისი)
- რ. კვერენჩილაძე (თბილისი)
- ვ. კიკნაძე (თბილისი)
- ნ. კინტრაია (თბილისი)
- ზ. კირტავა (თბილისი)

- ა. კოჭლამაზაშვილი (თბილისი)
- ლ. მანაგაძე (თბილისი)
- ვ. მარგველაშვილი (თბილისი)
- ი. მეგრელაძე (თბილისი)
- მ. მიხაილი (ისრაელი)
- გ. მუსაშავერია (თბილისი)
- ი. მჭედლიშვილი (თბილისი)
- ქ. ნემსაძე (თბილისი)
- თ. სანებლიძე (მარნეული)
- რ. სეფიაშვილი (მოსკოვი)
- რ. სურმანიძე (ბათუმი)
- მ. ტატიშვილი (თბილისი)
- ა. ტუვეიდი (ვაშინგტონი)
- ი. ფალავა (თბილისი)
- ე. ქართველიშვილი (თბილისი)
- ბ. ქობულა (თბილისი)
- ვ. ყიფიანი (თბილისი)
- რ. ყურაშვილი (თბილისი)
- ა. ჩართოლანი (მესტია)
- თ. ჩხიკვაძე (თბილისი)
- ლ. ჭელიძე (თბილისი)
- ნ. ხატიაშვილი (თბილისი)
- ა. ხომასურიძე (თბილისი)
- ნ. ჯავახიშვილი (თბილისი)

## ახალი ნიბნები

1. **ზურაბ ხელაძე** - კრიტიკული მედიცინა, გამომცემლობა „უნივერსალი“. 2007 წ.
2. **ნ. ლეზანიძე, ს. ქაჯანია** - ანესთეზიოლოგია და რეანიმატოლოგია, კითხვებსა და პასუხებში.
3. **ლინ ს. ბიკლი** - ბეიტსის კლინიკური გამოკვლევის საფუძვლები, თსსუ, 2007 წ.
4. **ჯონ ვ. კლოჰარტი** - ნეონატოლოგია, 2008 წ.
5. **თ. ჩიქოვანი** - იმუნოლოგია, 2007 წ.
6. **ტომასონი და ტომასონი** - გენეტიკა მედიცინაში, 2008 წ.
7. **ო. გერზმავა** - საზოგადოებრივი ჯანდაცვა და მენეჯმენტი, 2008 წ.
8. **ავტორთა ჯგუფი** - ფსიქოლოგიის საფუძვლები, 2007 წ.
9. **ლ. მეტრეველი** - ფუნქციური ნეიროანატომიის საფუძვლები, 2007 წ.
10. **კ. მარდალაიშვილი, თ. გარამია** - ყბა-სახის ავთვისებიანი სიმსივნეები, თსსუ, 2008 წ.
11. **რ. შინგელია** - დანუნებული ქვის მონასტერი, გამომცემლობა „საქართველოს მაცნე“, 2008 წ.

**ნიბნების შექმნა შეგიძლიათ**  
**თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის**  
**ადმინისტრაციული კორპუსის ჯიხურში, ვაჟა-ფშაველას 33.**




---

2008 წლის №2-ში ლატვიური კომპანია „Grindeks“-ის მიერ გამოქვეყნებულ მასალაში „უძილობა და მისი მკურნალობა“ დაშვებულია უზუსტობა. სიტყვა „ფარმაციის“ ნაცვლად უნდა ეწეროს „ფარმაცევტული“; თეა სხირტლაძე არის კომპანიის ხელმძღვანელი და არა პრაქტიკოსი ექიმი.

---

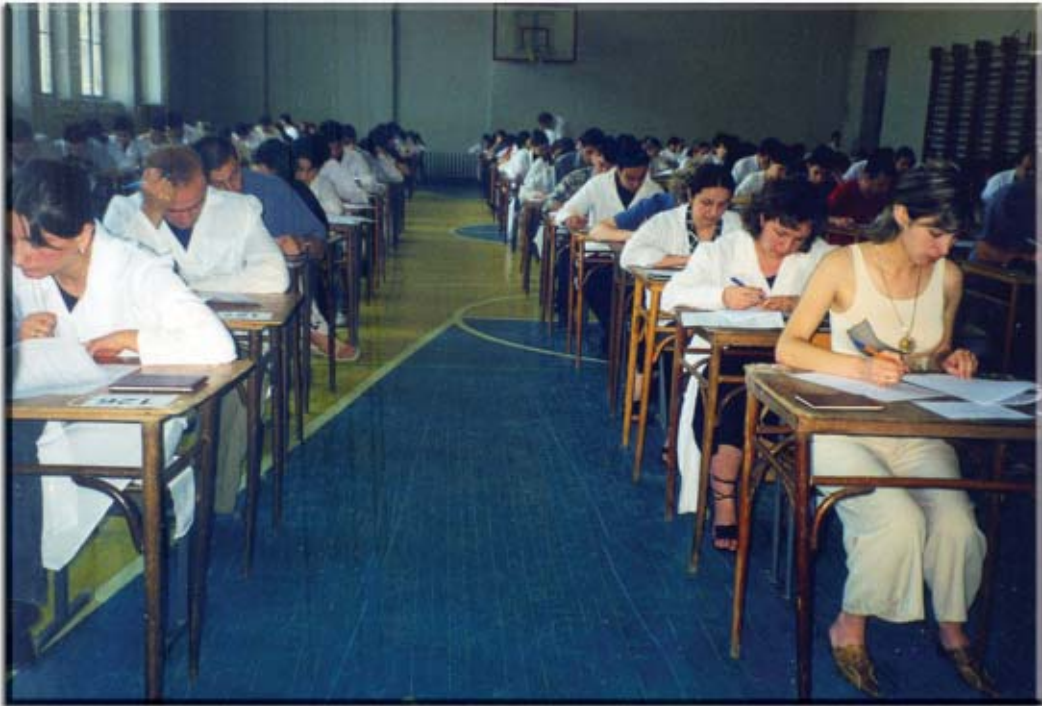
**რედაქციის მისამართი: თბილისი, ვაჟა-ფშაველას გამზ. 33**  
**АДРЕС РЕДАКЦИИ: ТБИЛИСИ, ПРОСПЕКТ ВАЖА-ПШАВЕЛА 33**

---

**ხელმოწერილია დასაბეჭდად: 30.09.08 წ., ფორმატი 70 X 108 1/16**  
**ფიზიკური ნაბეჭდი თაბახი 5.0**  
**საალრიცხვო-საგამომცემლო თაბახი 3,5, ტირაჟი 300,**  
**ფასი სახელმეკრულეზო**

---

ՈՏԸՎԵԼՈՒ 76184



չիւստիս յետո՛ւ կոնքրետ  
կ'ու յսեպրմս!