

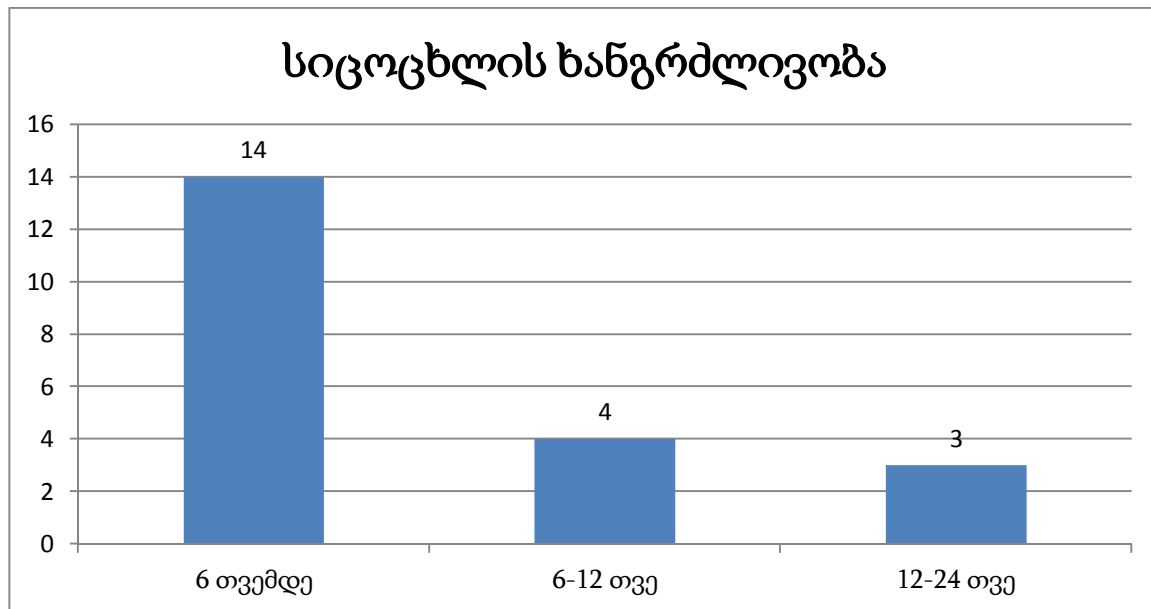
**აღნიშნულ დოკუმენტში განხილულია სახელმწიფო ზრუნვაში მყოფი ბავშვების სამედიცინო საჭიროებები ჰიდროცეფალიასა და ზურგის ტვინის თანდაყოლილ თიაქართან დაკავშირებით**

აღნიშნული დიაგნოზებით სახელმწიფო ზრუნვაში შემოსული ბენეფიციარების რაოდენობა

წელი	ბავშვების რაოდენობა
2008	5
2009	7
2010	5
2011	12
2012	7
სულ	36

2008-2012<sup>1</sup> წლებში ჰიდროცეფალიის/ზ. ტვინის თიაქრის დიაგნოზით შემოსული 36 ბავშვიდან - 14 ბავშვი დღესდღეობით არის ჩვილ ბავშვთა სახლში, 1 რეინტეგრირდა, 21 გარდაიცვალა. ამ 21 ბავშვიდან შემოსვლიდან 6 თვის განმავლობაში გარდაიცვალა 14, ხოლო შემოსვლიდან 6-12 თვის ვადაში 4 ბავშვი, 3 ბავშვი კი გარდაიცვალა 1-დან 2 წლამდე<sup>2</sup>.

აღნიშნული მონაცემების მიხედვით დაღუპულ ბავშვთა 70 % გარდაიცვალა შემოსვლიდან პირველ 6 თვეში.



<sup>1</sup> სექტემბრის ჩათვლით

<sup>2</sup> სხვა მიზეზებით იგივე პერიოდის განმავლობაში გარდაცვლილი ბავშვების რაოდენობა შეადგენს 38

აღსანიშნავია, რომ თბილისის ჩვილ ბავშვთა სახლში მოხვედრის შემდეგ ბავშვებს სამედიცინო მოსახურებას უწევს პროვაიდერი კლინიკა (იაშვილის სახელობის ბავშვთა კლინიკური საავადმყოფო). ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურება მთლიანად იფარება სახელმწიფო დაზღვევის მიერ (უშუალო პროვაიდერია სადაზღვევო კომპანია „ალფა“). მიუხედავად იმისა, რომ ჰიდროცეფალიის შუნტირების ოპერაციები ტარდება, ზოგ შემთხვევაში კლინიკა უარს ამბობს ოპერაციებზე მოსალოდნელი მძიმე გართულებებისა და დიდი რისკის გამო. ამ ყველაფრის მიზეზი არის დაგვიანებული ოპერაციების დაბალი ეფექტურობა და მათი მოსალოდნელი გართულებები, რომლებიც ოპერაციიდან მალევე საკმაოდ მძიმედ ვლინდება და ასეთ შემთხვევებში ინფექციური პროცესები და დეკომპენსაცია<sup>3</sup> იწვევს ტერმინალურ მდგომარეობას.

**პრობლემის მოგვარების გზებში** ძირითადად განიხილება პრევენციული და შედეგებთან გამკლავების ღონისძიებები. პრევენციულ მექანიზმებში პირობითად მოაზრება ადრეული და მოგვიანებითი პრევენცია. ადრეული პრევენცია გულისხმობს ნაყოფის განვითარების დარღვევის თავიდან აცილების მიზნით ფოლიუმის მჟავას (ე-ვიტამინი) დეფიციტის შევსებას. მოგვიანებითი კი გულისხმობს დაბადების შემდგომ პირველ 24 საათში ზურგის ტვინის თიაქრის არსებობისას ოპერაციის გაკეთებას ჰიდროცეფალიის განვითარების თავიდან აცილების მიზნით. ამ უკანასკნელის მიზანია ზურგის ტვინის თიაქარზე ოპერაციული ჩარევა, რათა მოხდეს თავ-ზურგ ტვინის სითხის ცირკულაციის მოშლისა და შესაბამისად ჰიდროცეფალიის განვითარების პრევენცია. მსგავსი ჩარევის ეფექტურობა საერთაშორისო პრაქტიკის გამოცდილებით შეადგენს 80%-ს და ამ შემთხვევებში თავიდან ვიცილებთ ჰიდროცეფალიის ფორმირებასა, მძიმე გართულებებსა და უნარების შეზღუდვას.

ფოლიუმის მჟავის დეფიციტის პრევენციის პროგრამები, როგორც ჩვენთვის ცნობილია, უკვე ხორციელდება საქართველოში, თუმცა ზემოთ მოყვანილი სტატისტიკა ცხადყოფს რომ სახელმწიფო ზრუნვაში შემოსული ბავშვების რაოდენობა არათუ შემცირდა არამედ მცირედ გაიზარდა ბოლო 5 წლის მანძილზე. შესაბამისად გადასახედა პრევენციის პროგრამის მიერ მოსახლეობის, განსაკუთრებით კი მოწყვლადი ჯგუფების მოცვის ეფექტურობა.

<sup>3</sup> იგულისხმება თავ-ზურგ ტვინის სითხის მიმოქცევის მოშლა

რაც შეეხება დაბადებიდან პირველ 24 საათში ოპერაციულ ჩარევას აქ საქმე გაცილებით რთულად არის და მდგომარეობს შემდგომში: ბავშვის დაბადებისას, როდესაც არის ექვი ზ.ტვინის თიაქარზე საჭიროა ძვირადღირებული ინსტრუმენტული გამოკვლევა, რათა დაისვას საბოლოო დიაგნოზი და გადაწყდეს ოპერაცია. რადგანაც არ არსებობს ამ გამოკვლევების დაფინანსების მოქნილი და სწრაფი მექანიზმი, ოჯახებს თავად უწევთ მოიძიონ სახსრები<sup>4</sup>, რაც როგორც წესი გვიანდება და ვერ ესწრება პირველ 24 საათში. შემდგომ ოჯახების მიერ ხდება მიტოვების შესახებ გადაწყვეტილების ფორმირება, რასაც ადასტურებს ჩვენი გამოცდილებაც<sup>5</sup>. მიტოვების მიზეზს წარმოადგენდა სწორედ ის, რომ არსებული ჯანდაცვის სისტემა ვერ უზრუნველყოფდა გართულების პრევენციას და ასევე ისიც, რომ ამ დაავადების პროგნოზი დეკომპენსირების შემთხვევაში ძალზედ მძიმეა. ამ პრობლემის მოგვარებისათვის რეკომენდებულია სახელმწიფო გზამკვლევი სამედიცინო დაწესებულებებისათვის და სევე მოქნილი სახელმწიფო დაფინანსება რათა უზრუნველყოფილი იქნას ზურგის ტვინის თიაქრით დაბადებული ბავშვების დაუყოვნებელი დიაგნოსტიკა და ოპერირება მათი ცხოვრების პირველ 24 საათში, რაც 80% -ით შეამცირებს ჰიდროცეფალიის შემდგომ პროგრესირებას.

რაც შეეხება პრევენციის არაეფექტურობის შემთხვევაში არსებულ საჭიროებებს აქ, როგორც ზემოთ მოყვანილი ცხრილიდან ჩანს, გარკვეულ შემთხვევებში საჭირო იქნება ჰოსპისის ტიპის მომსახურება ტერმინალური პაციენტებისათვის. აღნიშნულმა სერვისმა უნდა შეძლოს ადეკვატური პალიატიური მკურნალობის გაწევა, რაც დღემდე არ მიეწოდებათ ასეთ ბავშვებს. ჩვენი გამოცდილებით ტკივილის მართვის დეფიციტი (მათ შორის ოპიოიდების გამოყენებით) აყენებს დამატებით ტრავმასა და ტანჯვას ტერმინალურ პაციენტებს, რაც ამცირებს მათ სიცოცხლის ხარისხსა და ხანგრძლივობას. აქედან გამომდინარე მოსალოდნელია, რომ ადეკვატური ზრუნვის პირობებში გაიზარდოს ბენეფიციარების სიცოცხლის ხარისხი და ხანგრძლივობა!

<sup>4</sup> ინფორმაციის წყაროა ინტერვიუ იაშვილის სახელობის ბავშვთა კლინიკის ნევროლოგებთან და ნეიროქირურგებთან

<sup>5</sup> სახელმწიფო ზრუნვაში მსგავსი პრობლემებით მოხვედრილი ბავშვების დიდი უმრავლესობა საბოლოოდ იყვნენ მიტოვებული ჯერ კიდევ მათი სამშობიაროში ყოფნის პერიოდში.

**დასკვნა:**

- არაეფექტურია ამ პრობლემის შედეგებთან გამკლავების ჭრილში განხილვა
  - o ბავშვების მიტოვება ხდება ადრეულ ეტაპზე სამშობიაროში
  - o სახელმწიფო ზრუნვაში მსგავსი პრობლემებით მოხვედრილი ბავშვების დიდი უმრავლესობა საბოლოოდ არიან მიტოვებულები ჯერ კიდევ მათი სამშობიაროში ყოფნის პერიოდში.
  - o რეინტეგრაციის ერთეული შემთხვევა ბოლო 5 წლის მანძილზე ადასტურებს მიტოვების შეუქცევად და მაღალ რისკს.
  - o შესაბამისად ადრეული ჩარევის მომსახურებათა ეფექტურობა არაეფექტურია<sup>6</sup>.
- მიუხედავად არაეფექტურობისა - ბავშვებს რომელთაც აქვთ აღნიშნული სამედიცინო საჭიროებები და ამჟამად იმყოფებიან სახელმწიფო ზრუნვაში აუცილებელი მიწოდოთ ადეკვატური სამედიცინო სერვისი რომელიც მოიცავს:
  - o შუნტირების ოპერაციის ჩატარებას დადებითი ჩვენების შემთხვევაში<sup>7</sup>
  - o პალიატიური<sup>8</sup> და ინტენსიური საექთნო მომსახურება იმ ბავშვებისათვის რომლებიც არ არიან ტერმინალური პაციენტები თუმცა საჭიროებენ სიმპტომურ მკურნალობას ოპერაციის უკუჩვენების ან ოპერაციის შემდგომი გართულებების გამო.
  - o ჰოსპისის ტიპის მზრუნველობა იმ შემთხვევებში როდესაც ოპერაცია უკუნაჩვენებია და პროგნოზი მძიმეა (ტერმინალური პაციენტებისათვის ზრუნვის, ტკივილის მართვისა და სხვა სამედიცინო მანიპულაციების მიწოდება)
- დამატებით შეფასდეს ფოლიუმის მჟავას დეფიციტის პრევენციის პროგრამის ეფექტურობა და საჭიროებისამებრ გაძლიერდეს
  - o ჩატარდეს ყველა ამ ბავშვის დედათა რეტროგრადული<sup>9</sup> გამოკვლევა იმის დასადგენად თუ რამდენად იყო „ფოლიუმის“ პროგრამით პრევენციის განხორციელება შესაძლებელი.
- დღესდღეობით პრევენციისათვის საჭირო მოსახურება არსებობს და ასევე არსებობს სახელმწიფოს მზაობა, რათა 6 წლამდე ბავშვების სამედიცინო საჭიროებები სრულად

<sup>6</sup> ჩვენი გამოცდილებით სერვისი მიეწოდა ერთ რეინტეგრირებულ ბავშვს, რომელიც მოგვიანებით ოჯახში გარდაიცვალა მძიმე მდგომარეობის გამო.

<sup>7</sup> ასეთი ოპერაციები ტარდება და უნდა გაგრძელდეს საჭიროებისამებრ

<sup>8</sup> ! ეს არ არის ჰოსპისის ტიპის მომსახურება - შესაბამისად დაგეგმვისას გასათვალისწინებელია, რომ ეს სერვისი გაზრდის პაციენტის სიცოცხლის ხანგრძლივობასა და ხარისხს!

<sup>9</sup> გასათვალისწინებელია სირთულეები რაც ასეთი კვლევის ტექნიკურ მენეჯმენტსა და სანდოობას უკავშირდება . . .

იყოს დაფარული. პრობლემა რომელიც მგდომარეობს არსებული დაფინანსების მექანიზმების მოუქნელობაში უნდა აღმოიფხვრას, რათა ბავშვთა უფლებების კონვენციის შესაბამისად ბავშვს მიეწოდოს ქვეყანაში არსებული სამედიცინო მოსახურება.

- არსებული სადაზღვევო სისტემა ვერ უზრუნველყოფს ადეკვატურ სისწრაფეს და მოქნილობას<sup>10</sup> ამიტომ რეკომენდებულია ცენტრალიზებული პროგრამული დაფინანსება.

რისკები:

- აღნიშნული ოპერაციების შესრულება ტექნიკურად შესაძლებელია მხოლოდ საქართველოს რამდენიმე ქალაქში - უფრო ზუსტად კი თბილისში და შესაძლოა ქაუთაისშიც. შესაზამისად მექანიზმების შემუშავებისას და პროგრამული დაფინანსების დაგეგმვისას გასათვალისწინებელია ის სირთულებიც, რაც უკავშირდება დისტანციებს, პაციენტების რეგიონებიდან ტრანსპორტირებისათვის საჭირო დროსა და რესურსებს.

---

<sup>10</sup> განსაკუთრებით რეაგირებას დაბადებიდან პირველ 24 საათში და ასევე დიაგნოსტიკის ხარჯებს ჰოსპიტალიზაციემდე. . .