

## კონცეპტუალური მოსაზრებები შესავალის მაგივრად

კრიტიკული მდგომარეობა ჯანმრთელობის მოშლის იმგვარი ფორმაა როცა სიცოცხლე საფრთხეშია და სპეციალური სამედიცინო დახმარების დაუყოვნებლივ გამოყენების გარეშე დროის უახლოეს მომავალში დამთავრდება სიკვდილით. კრიტიკული მდგომარეობა შეიძლება დაიყოს სამ სტადიად:

– მონოორგანული უკმარისობის ანუ სასიცოცხლო ფუნქციათა შედარებითი დეკომპენსაციის სტადია.

– პოლიორგანული უკმარისობის ანუ სასიცოცხლო ფუნქციათა დეკომპენსაციის სტადია.

– ტერმინალური მდგომარეობა, რომელიც თავის მხრივ შედგება აგონიის, კლინიკური სიკვდილის და ადრეული პოსტრეანიმაციული პერიოდისაგან.

კრიტიკული მედიცინა სწავლობს კრიტიკულ მდგომარეობათა აღმოცენების მიზეზებს და განვითარების მექანიზმებს, ქმნის და პრაქტიკულ საქმიანობაში იყენებს კრიტიკულ მდგომარეობათა პრევენციის, დიაგნოზის და მკურნალობის მეთოდებს.

კრიტიკული მედიცინის ისტორია შეიძლება დაიყოს სამ სტადიად:

– პარამეცნიერული კვლევის სტადია წინასწარმეტყველ ელისეიდან ანდრეას ვეზალიუსამდე.

– თეორიული საფუძვლების შექმნის სტადია ანდრეას ვეზალიუსიდან “მექანიკური სტუდენტის ისტორიამდე”.

– პრაქტიკული სამედიცინო სამსახურის ჩამოყალიბების სტადიად, რომელიც “მექანიკური სტუდენტის ისტორიიდან” დღემდე გრძელდება.

იმ ფაქტს, რომ კრიტიკული მედიცინის ჩამოყალიბება ჯერ კიდევ არ დამთავრებულა მიუთითებს მისი სხვადასხვა სახელწოდებებიც. აშშ-სა და საქართველოში მას ჰქვია “კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინა” ანუ “კრიტიკული მედიცინა”, ევროკავშირის ზოგიერთ ქვეყანაში მიღებულია ტერმინი “ინტენსიური თერაპია”, ხოლო პოსტკომუნისტურ ქვეყნებში – “რენიმატოლოგია”. ამ თვალსაზრისით შესაძლოა დადგა დრო როცა კრიტიკულ მდგომარეობათა მედიცინას ყველა ქვეყანაში ერთიანი სახელი ჰქონდეს. ჟურნალი “კრიტიკული მედიცინა” მნიშვნელოვან ადგილს დაუთმობს ამ საკითხის გარშემო დისკუსიას და მოვუწოდებთ სხვადასხვა ქვეყნების კრიტიკული მედიცინის წარმომადგენლებს მონაწილეობა მიიღონ კონსესუსის გამომუშავებაში.

თუმცა არის სხვა პრობლემაც: კრიტიკული მედიცინა (სწავლება სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობათა შესახებ) და ანესთეზიოლოგია (სწავლება ტკივილის შესახებ) ორი ერთმანეთისგან მკვეთრად განსხვავებული მიზნებისა და ამოცანების მატარებელი სპეციალობებია. იმის გამო, რომ კრიტიკულ მედიცინის ტექნოლოგიებს (ხელოვნური სუნთქვა, მაგისტრალური სისხლძარღვების კათეტერიზება და სხვა) სხვებზე უკეთ ანესთეზიოლოგები ფლობდნენ, კრიტიკული მედიცინა ანესთეზიოლოგიის სამსახურის წიაღში ჩაისახა. მაგრამ ეს არ ნიშნავს, რომ მათი თანაცხოვრება უნდა გაგრძელდეს სამუდამოდ. ანესთეზიოლოგია და კრიტიკული მედიცინა თანამედროვე მედიცინის

ყველაზე ინტელექტუალური დარგებია. თითოეულ მათგანში დღეისათვის დაგროვილია ინფორმაციის იმდენად დიდი მარაგი რომ არათუ მოკვდავი ექიმის, არამედ გენიოსი ექიმის თავის ტვინსაც კი არ ძალუძს მათი სრულყოფილად აღქმა და რეალიზება. ასე რომ თითოეულისათვის განვითარების ალტერნატიული გზის შესაქმნელად მათი ერთმანეთისგან გამოყოფაა საჭირო. ჟურნალი “კრიტიკული მედიცინა” ასევე დაუთმობს ადგილს დისკუსიას ანესთეზიოლოგიისა და კრიტიკული მედიცინის “განქორწინების” აუცილებლობის შესახებ. საქართველოს გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ ამ თვალსაზრისით უფრო ძნელი ექიმთა ქვეცნობიერში გაბატონებული იმპერატივების მსხვრევაა, ვიდრე სხვა წინააღმდეგობების, თუნდაც ბიუროკრატიულის, გადალახვაა.

კრიტიკულ მედიცინის სადისკუსიო პრობლემებია აგრეთვე ტექნოლოგიური პროცესის სიძვირე, სირთულე, მისი აგრესიულობა პერსონალის მიმართ და სხვა, რომლებიც ასევე საჭიროებენ განხილვას.

მივესალმები რა ჟურნალ “კრიტიკული მედიცინის” მკითხველებს, მინდა მადლობა გადაუხადო სარედაქციო კოლეგიის წევრებს, რომელთა უმეტესობა ჩემი მეგობარი ან მოსწავლეა. მე ვფიქრობ ერთობლივი ძალისხმევით ჩვენ შევძლებთ კრიტიკული მედიცინის პროგრესისათვის ხელშეწყობას.

## **Conceptual consideration instead of preface**

Critical condition is a form of health distraction when one’s life is under a danger and can end with death without special medical care. Critical condition can be divided into three stages:

- Monoorganic insufficiency stage or, stage of comparative decomposition of life functions.
- Polyorganic insufficiency stage or decomposition of life functions.
- Terminal situation, which consists of the phases of: agony, clinical death and early post reanimation.

Critical care medicine is the part of general medicine that studies critical conditions, reasons they come from and create all the materials and methods concerning prevention, diagnosis and treatment of such conditions.

The history of critical care medicine is divided into three steps:

- Stage of Para-scientific research, from biblical Elisey to Andrea.Vezalius
- Stage of theoretical cal bases, from Andrea. Vezalius to “Mechanic student history”

-Formation of practical medicine, that continues up today. The fact that critical care medicine is still on its way of creation is an explanation for its few names in different counties like: “Critical Care Medicine”, or “Critical medicine” in United States of America and Georgia, “Intensive Care Medicine” in European Union, “Reanimatology” in post-soviet countries. Therefore, it is understandable that above-mentioned different names cause some confusion and require consensus to be reached. It would be expedient, if representatives of critical care medicine would present their opinion concerning the above-mentioned problem. The journal of “Critical Medicine” is ready to publish any

acceptable ideas without hesitation. That will help to find one common name for Critical Care Medicine and medical staff working in this branch. In fact, there is another problem: Critical Care Medicine (studies about peril of one's life), is closely connected to Anesthesiology (studies about pain). These two parts of medicine are very different in aims and purposes. Because of several components of critical care medicine technology (Artificial breathing, catheterization of blood vessels and etc) anesthesiologists, as medical practitioners know critical care medicine better than others, but it doesn't mean that coexistence of critical care medicine and anesthesiology has to be continued forever. The diversity of information in different fields of medicine complicates its comprehension not only, for ordinary medical practitioners, but for geniuses as well. Probably it is time to pave the way for separate development of critical medicine in every country. Georgian experience shows that it is difficult to destroy physicians' unconscious mind, as they regard themselves partly as anesthesiologists and partly critical care medicine doctors. Is there a time for anesthesiology to separate with critical care medicine and by which forms is it possible? The journal of critical medicine is ready to take part in the above discussion as it concerns the main problem: Has formation of critical medicine as an independent medical branch finished, or is it still continuing?

There are other problems in Critical care medicine: High price of technological process, its difficulties and its aggressive character to personal. This and other questions need to be answered.

I welcome every reader of this newborn journal and I would like to thank the members of editorial board most of which are my friends or my students. I hope that in cooperation we shall be able to advance the development of critical care medicine.