



დაავადებათა კონტროლის და  
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის  
ეროვნული ცენტრი

2015, მაისი N5, ტომი 19

# ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი

## 1. ტუბერკულოზი

### ტუბერკულოზი

ინფექციური დაავადებაა, რომელსაც იწვევს ტუბერკულოზის მიკობაქტერია, ზომით 1-5  $\mu\text{m}$ . ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის შემცველი ნაწილაკები ჩვეულებრივ ჰაერში საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში რჩება და შესაბამისად, შეიძლება მოხდეს მათი გავრცელება ოთახში ან შენობაში. ინფექციური პროცესი ვითარდება, როდესაც ჰაერში არსებული ტუბერკულოზის მიკობაქტერია ადამიანის პირის ღრუს ან ცხვირის გზით ხვდება რესპირატორულ ტრაქტში, ბრონქებში და აღწევს ალვეოლებს. ჩვეულებრივ, ორგანიზმის იმუნური რეაქციის შედეგად, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის შემდგომი გამრავლება და დაავადების ჩამოყალიბება იშვიათია.

გამომწვევი უხშირესად აზიანებს ფილტვებს (ფილტვის ტუბერკულოზი), თუმცა შეიძლება პათოლოგიური პროცესი ლოკალიზებული იყოს ნებისმიერ ორგანოში (ფილტვგარე ტუბერკულოზი).

დაავადება უფრო ხშირია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში და განსაკუთრებით გავრცელებულია შრომისუნარიანი ასაკის პოპულაციაში (წყარო: ეპიდზედამხედველობის მონაცემთა ბაზა).

საქართველოში ტუბერკულოზი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელ ათწლეულში გარკვეული პროგრესი იქნა მიღწეული ტუბერკულოზის ინციდენტობისა და სიკვდილობის შემცირების მიმართულებით, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკაციით, საქართველო კვლავ მიეკუთვნება რეზისტენტული ტუბერკულოზის მაღალი ტვირთის მქონე 27 ქვეყანას.

**ტუბერკულოზის გადაცემის გზა.** აქტიური ტუბერკულოზით დაავადებული პირი სუნთქვის პროცესში და განსაკუთრებით ლაპარაკის, სიცილის, მოქნარების, ხველების დროს გამოყოფს ბაქტერიებს ჰაერში. ახლოს მყოფი პირი ჩაისუნთქავს მიკრობის შემცველ ჰაერს და ამ გზით ხვდება მის ფილტვებში მიკობაქტერია, რამაც შეიძლება დაინფიცირება გამოიწვიოს.

**ტუბერკულოზი ძირითადად ვრცელდება ჰაერით!**

**დაავადების გადადების პრევენციის საუკეთესო საშუალებაა:**

**კარგი ვენტილაცია** - ოთახის ხშირი და სწორი განიავება ისე, რომ ჰაერის ნაკადი მიემართებოდეს შენობიდან გარეთ. მხოლოდ ამ გზით მცირდება პაციენტის მიერ გამოყოფილი მიკრობების შემცველობა ჰაერში, აგრეთვე **დაავადებულისთვის ცალკე ოთახის ან კუთხის გამოყოფა** - ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ ბაცილგამომყოფ პაციენტთან ურთიერთობის ხანგრძლივობისა და სიმჭიდროვის შემცირება.

**მკურნალობის დაწყებიდან 2-3 კვირის შემდეგ, მკურნალობის ადეკვატური სქემის შერჩევისა და სამკურნალო რეჟიმის სწორად დაცვის პირობებში, როგორც წესი, პაციენტი აღარ არის ბაცილგამომყოფი!**

არსებობს შემთხვევები, როდესაც ტუბერკულოზის (ტბ) მიკობაქტერია ორგანიზმში მრავალი წლის განმავლობაში რჩება, ყოველგვარი სიმპტომების გარეშე. ასეთ შემთხვევებს ტუბერკულოზის ლატენტურ ინფექციას ანუ **ლატენტურ ტუბერკულოზს** უწოდებენ. ლატენტური ტუბერკულოზის მქონე ადამიანი უსიმპტომო და არაგადამდებია. ლატენტური ტუბერკულოზის გამოვლენა შესაძლებელია სხვადასხვა იმუნური სინჯით, მათ შორის ტუბერკულოზის კანის ტესტის, მანტუს სინჯის მეშვეობით. ჩვეულებრივ, ლატენტური ტუბერკულოზის მქონე პირების 5-10%-ს ცხოვრების მანძილზე აქტიური ტუბერკულოზი უვითარდებათ. აქტიური ტუბერკულოზის განვითარების რისკი განსაკუთრებით მაღალია ინფიცირებიდან პირველი რამდენიმე წლის განმავლობაში (ჯანმო-ს მონაცემები).

**პათოგენეზი.** ზემო სასუნთქი გზებში ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის მოხვედრისას დაავადების განვითარებისაგან ორგანიზმს იცავს მუკოცილიარული ბარიერი. თუმცა გარკვეულ პირობებში ტუბერკულოზის მიკობაქტერია გადალახავს მუკოცილიარულ ბარიერს და ხვდება ფილტვის ალვეოლებში, სადაც გამრავლებას იწყებს და აყალიბებს პნევმონიურ ფოკუსს. ინფიცირებიდან 2-8 კვირის განმავლობაში იმუნური სისტემა მიკობაქტერიის შეჭრის საწინააღმდეგოდ ააქტივებს უჯრედულ პასუხს - მაკროფაგებისა და ლიმფოციტების მეშვეობით, რაც აფერხებს მიკობაქტერიის გამრავლებას. მაკროფაგების არასაკმარისი აქტივაციისას ფაგოციტოზი არაეფექტურია, მიკრობის გამრავლება არაკონტროლირებადია და იწვევს დაავადების განვითარებას - პირველად ტუბერკულოზს. ეს პროცესი შეიძლება ორგანიზმის სხვადასხვა ნაწილში განვითარდეს, თუმცა ყველაზე ხშირად ფილტვები ზიანდება.

**ფილტვის ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი სიმპტომებია:** ხველა (მ.შ. სისხლიანი ნახველით) 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული; სხეულის ტემპერატურის მატება (37-38°C) 2 კვირაზე მეტად გახანგრძლივებული; ღამის ოფლიანობა; წონის კლება; უმადობა; სისუსტე; ტკივილი მკერდის არეში. არ არის აუცილებელი, რომ ყველა სიმპტომი ერთდროულად არსებობდეს.

**ფილტვგარეთა ტუბერკულოზის სიმპტომები დამოკიდებულია პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციაზე.**

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდებია:

- რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რომელიც საშუალებას გვაძლევს, დავადგინოთ დააზიანა თუ არა ბაქტერიამ ფილტვის ქსოვილი;
- ნახველის ანალიზი, რომლითაც ვიგებთ, მრავლდება თუ არა ორგანიზმში მიკრობი.

### ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია და გავრცელება

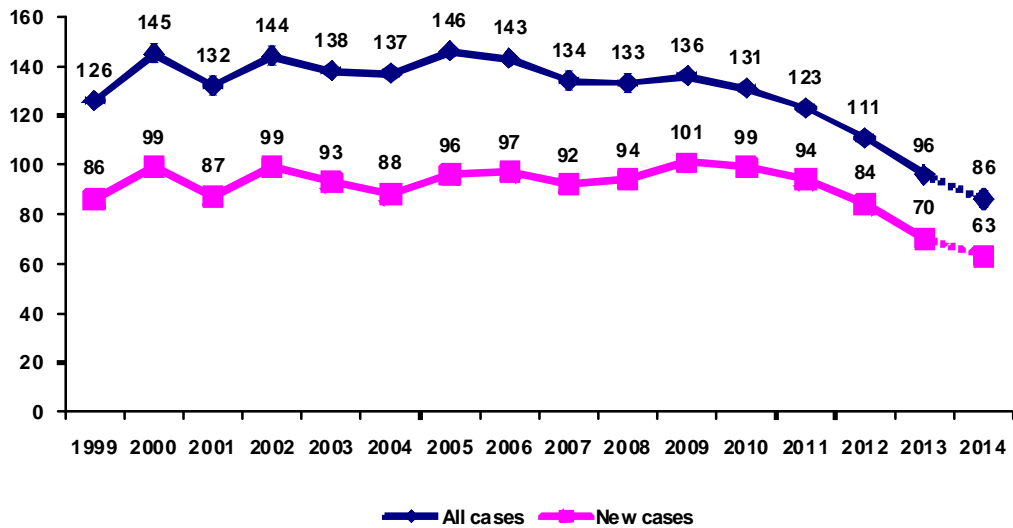
ტუბერკულოზი ჯერ კიდევ რჩება მსოფლიო ჯანდაცვის პრობლემად. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაანგარიშებით, მსოფლიოში აქტიური ტუბერკულოზით ყოველწლიურად ავადდება 9 მილიონამდე ადამიანი და იღუპება 2 მილიონზე მეტი. პრობლემას ქმნის ასევე ტუბერკულოზის არსებული, მაგრამ გამოუვლენელი შემთხვევები, რომლის რიცხვიც 3 მილიონს აღწევს.

გლობალურად ახალი შემთხვევების 3,6%-სა და ნამკურნალები შემთხვევების 20%-ში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი აღინიშნება. MDR-TB – 10%-ში - ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზი აღინიშნება (XDR-TB), რასაც ჩვენს ქვეყანაში ზრდის ტენდენცია აქვს და ბოლო მონაცემებით 15%-ს გადააჭარბა. აივ ინფექციის პრევალენტობა ახალ MDR შემთხვევებში - 5,2% შეადგენს.

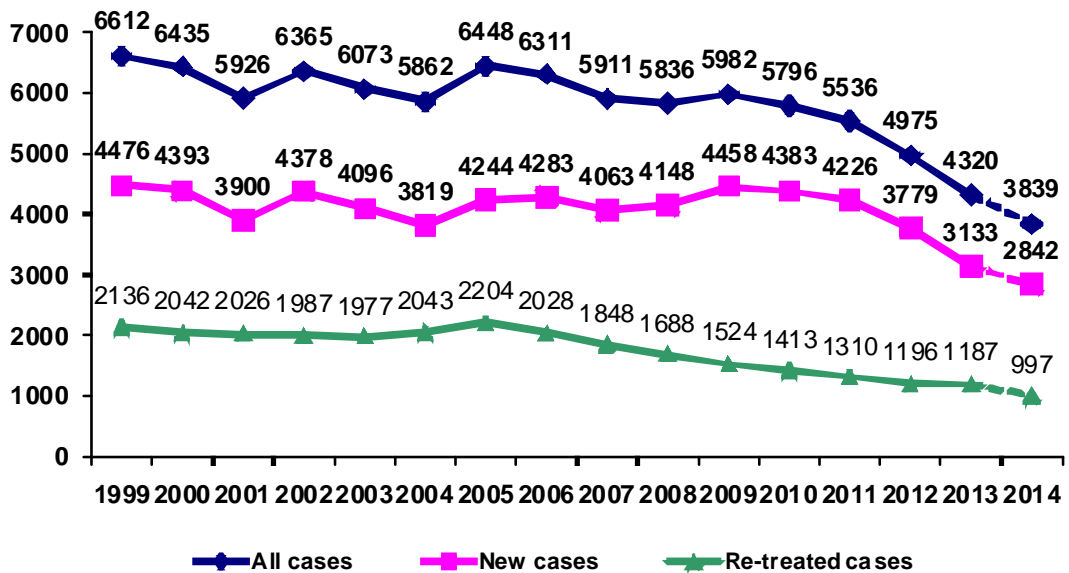
ტუბერკულოზის წამლისადმი რეზისტენტული ფორმები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის თვალსაზრისით უდიდეს საფრთხეს ქმნის და დღეისათვის მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს. მულტირეზისტენტობა მნიშვნელოვნად ართულებს ტუბერკულოზის ეპიდემიას, ვინაიდან ასეთ შემთხვევებში საჭიროა უფრო ხანგრძლივი (20-24-თვიანი) მკურნალობის კურსი, არა სპეციფიკური ანტიტუბერკულოზური, არამედ ფართო სპექტრის საკმაოდ ტოქსიური მედიკამენტებით. ჯანმო-ს სტატისტიკური მონაცემებით, საქართველო ერთ-ერთია მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მხრივ მაღალი ტვირთის მქონე მსოფლიოს 27 ქვეყანას შორის. 2014 წლის მონაცემებით, მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი შეადგენს 11,2%-ს ახალ შემთხვევებში და 38,1%-ს წარსულში ნამკურნალებ პაციენტებში.

ტუბერკულოზი ყველა ქვეყანაში მეტ-ნაკლებად მწვავე პრობლემას წარმოადგენს პენიტენციური სისტემისათვის. მიმდინარე აქტიური სკრინინგი საშუალებას იძლევა დროულად გამოვლინდეს ტუბერკულოზი პატიმრებში, რადგან დახურულ სივრცეში ინფექციის გავრცელების რისკი იზრდება. ამდენად, ციხის შიგნით და გათავისუფლების შემდეგ ტუბერკულოზის გავრცელების პრევენციისათვის აუცილებელია პენიტენციურ სისტემაში ტუბერკულოზის შემთხვევათა ადრეულ გამოვლენასა და მკურნალობაზე მიმართული ძალისხმევის გაძლიერება.

გრაფიკი 1. ტუბერკულოზის შემთხვევათა მაჩვენებელი (100,000 მოსახლეზე) საქართველოში



გრაფიკი 2. ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევები (აბსოლუტურ რიცხვებში), საქართველო



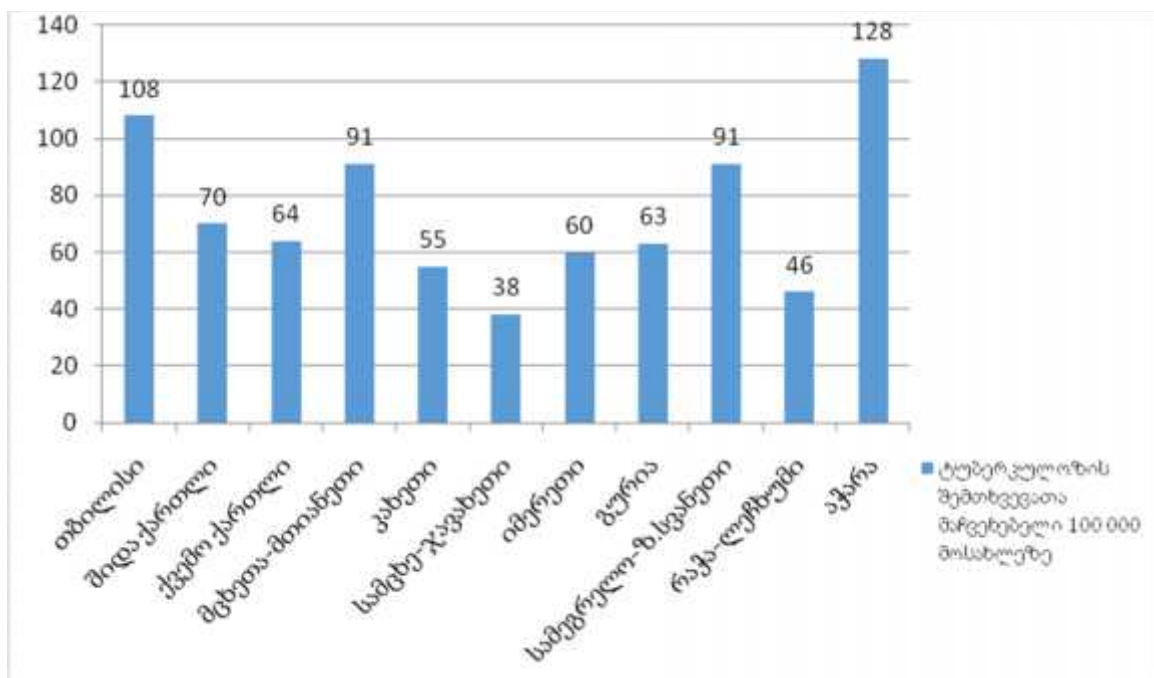
როგორც გრაფიკიდან ჩანს, ტუბერკულოზის რეგისტრირებული შემთხვევების კლება განპირობებულია როგორც ახალი, ასევე ნამკურნალები შემთხვევების შემცირებით. თუ შევადარებთ 2013 და 2014 წლის მონაცემებს, სურათი ასეთია: რეგისტრირებული შემთხვევები 11%-ით არის შემცირებული, საიდანაც ახალი შემთხვევების კლება შეადგენს 9%-ს, ხოლო ნამკურნალები შემთხვევების - 16%-ს. ეს ტენდენცია ბოლო

რამდენიმე წელია, რაც აღინიშნება. განმეორებითი შემთხვევების უფრო ინტენსიური კლება შეიძლება განვიხილოთ, როგორც გაზრდილი წარმატებული მკურნალობის შედეგი.

**ლეტალობის მაჩვენებელი, როგორც დაავადების გამოსავალი**, ბოლო ათი წლის განმავლობაში 3-4 %-ის ფარგლებში მერყეობს და ეს მაჩვენებლები მნიშვნელოვნად არ იცვლება.

ტუბერკულოზის გავრცელება რეგიონების მიხედვით სპეციფიკურობით არ გამოირჩევა. თუმცა, შედარებით მაღალი გავრცელება აღინიშნება აჭარაში, თბილისში, სამეგრელოსა და იმერეთში. ბოლო მონაცემების მიხედვით ყველა სახის ტუბერკულოზის გავრცელება რეგიონებში გრაფიკულად შემდეგნაირად არის წარმოდგენილი.

**გრაფიკი 3. ტუბერკულოზის შემთხვევათა განაწილება საქართველოს რეგიონებში 2014 წელი**



2014 წელს დარეგისტრირებული ტუბერკულოზის საერთო შემთხვევებს (3886) შეადგენს 2720 მამაკაცი (70%) და 1166 ქალი (30%).

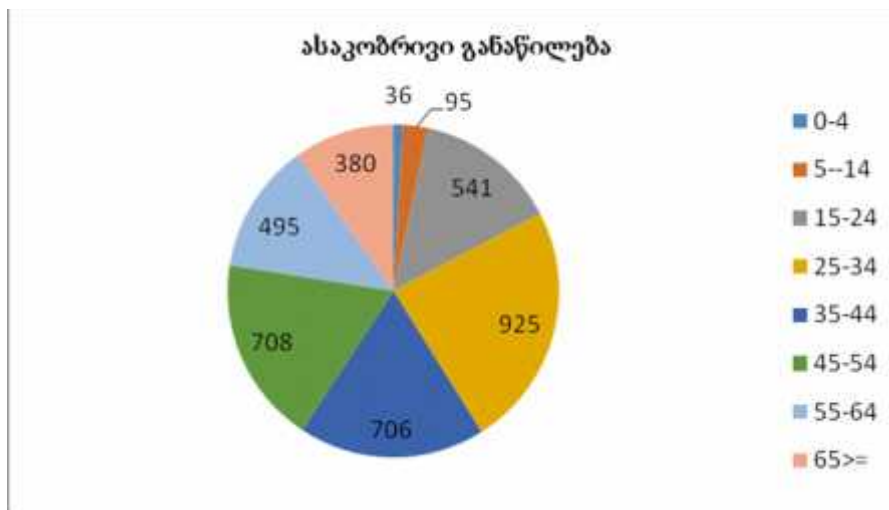
### **ტუბერკულოზი და ასაკი**

ტუბერკულოზური დაავადების ასაკობრივ თავისებურებად ითვლება მისი პიკური გავრცელება ახალგაზრდულ და აქტიურ ასაკში, უფრო მეტად 24-55 წლებს შორის, რაც

ტუბერკულოზის გადაცემის გზებიდან გამომდინარე ადვილად ახსნადია - ადგილი აქვს მეტ კომუნიკაციას ადამიანებს შორის. ასევე განსხვავებულია გავრცელება სქესთა შორის. გავრცელება მამაკაცებში საშუალოდ სამჯერ მეტია ქალებთან შედარებით და ეს განსხვავება გაცილებით დიდია პიკურ (ახალგაზრდულ და საშუალო) ასაკში. ტუბერკულოზის სქესის მიხედვით განსხვავებული გავრცელების საფუძველი შესაძლებელია იყოს ის, რომ ქალებთან შედარებით მამაკაცთა პოპულაციაში მეტია ალკოჰოლის, ნარკოტიკული საშუალებების, თამბაქოს მოხმარება, რაც იმუნიტეტის დაქვეითების ხელშემწყობი ფაქტორია. ბავშვებსა და ხანდაზმულ ასაკში სქესის მიხედვით ტუბერკულოზის გავრცელების განსხვავება მინიმალურია. საყურადღებოა, რომ ბავშვთა ასაკში ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასმა უფრო რთულია, რადგან დაავადებისათვის დამახასიათებელი სიმპტომატიკა მკვეთრად არ არის გამოხატული. ამ დროს უდიდესი მნიშვნელობა აქვს ეპიდემიოლოგიური კავშირების შესწავლას ანუ ახლო კონტაქტების ეპიდკვლევას.

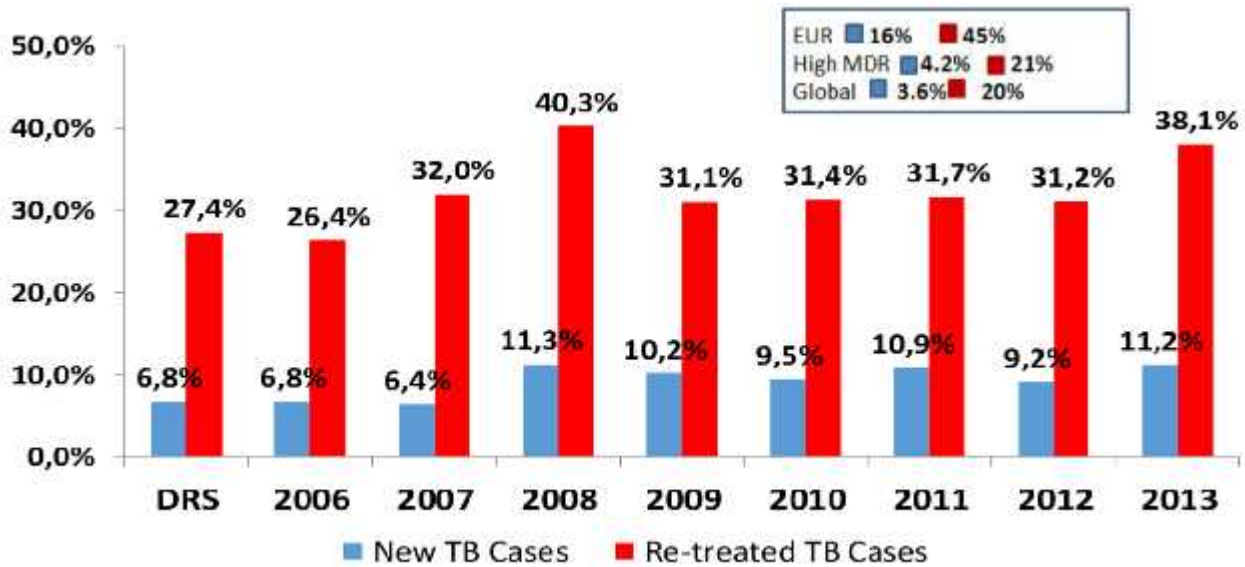
2014 წელს რეგისტრირებულ ტუბერკულოზის შემთხვევათა განაწილებას ასაკობრივ ჭრილში ასეთი სახე აქვს:

გრაფიკი 4. ტუბერკულოზის ასაკობრივი განაწილება, საქართველო, 2014



მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობაზე უნივერსალური ხელმისაწვდომობის მიუხედავად, პაციენტების თითქმის მესამედი მკურნალობას არ ასრულებს, რაც ცუდი გამოსავლებისა და ინფექციის შემდგომი გავრცელების წინაპირობაა. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გადამდები ფორმით დაავადებული პაციენტების დიდი რაოდენობა თავისთავად ქმნის პირველადი რეზისტენტობის აღმოცენების და შემდგომი გავრცელების პირობებს.

გრაფიკი 5. M/XDR ტუბერკულოზის ახალი და ნამკურნალები შემთხვევების ხვედრითი წილი ტუბერკულოზის საერთო შემთხვევებში, საქართველო



მკურნალობის გამოსავლები განსხვავდება სენსიტიური (რეგულარული) ტუბერკულოზისა და მულტირეზისტენტული (M/XDR) ტუბერკულოზის შემთხვევებში.

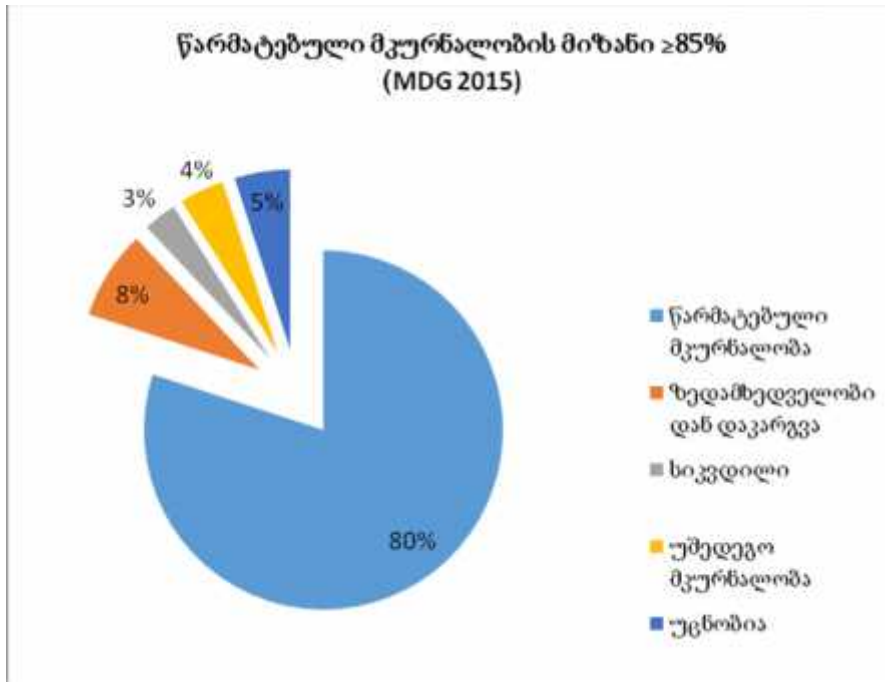
მკურნალობის გამოსავლები ტუბერკულოზის დაავადებისათვის სპეციფიკურია და შემდეგ კატეგორიებს მოიცავს:

- განკურნება;
- დასრულებული მკურნალობა;
- წარმატებული მკურნალობა;
- უშედეგო მკურნალობა;
- სიკვდილი;
- ზედამხედველობიდან დაკარგვა (შეწყვეტილი).

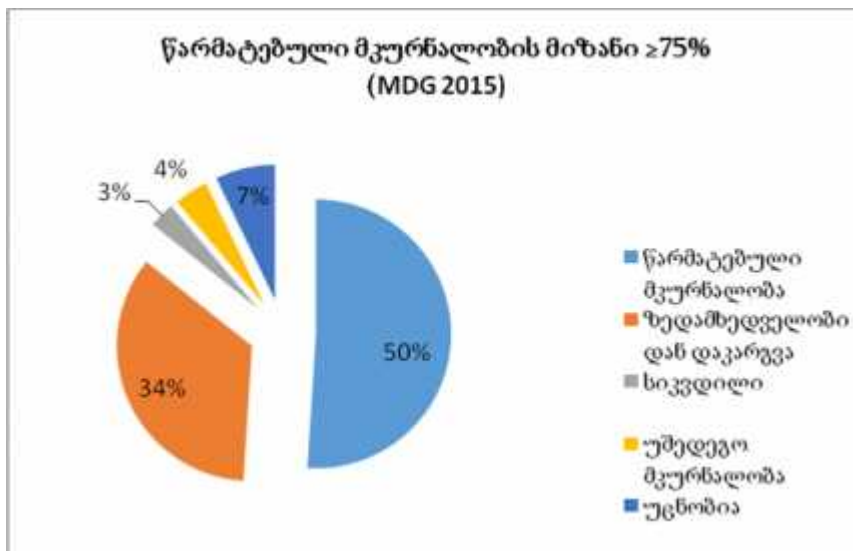
ტუბერკულოზის დაავადების გამოსავალი დამოკიდებულია მრავალ ფაქტორზე:

- ტუბერკულოზის ფორმა წამლის მიმართ მგრძობელობის მიხედვით (სენსიტიურია თუ რეზისტენტული);
- ახალი შემთხვევაა თუ წარსულში ნამკურნალები;
- მკურნალობის რეჟიმის დაცვა;
- ორგანიზმის ზოგადი მდგომარეობა და იმუნური სტატუსი;
- სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა;
- სხვა დროებითი ან ხანგრძლივად მოქმედი ფაქტორები.

გრაფიკი 6. მკურნალობის გამოსავლები (%) ახალ ნაცხ/კულტურა დადებით შემთხვევებს შორის, საქართველო, 2013



გრაფიკი 7. მთავარი გამოწვევა - M/XDR- TB ზედამხედველობიდან დაკარგვის მაღალი მაჩვენებელი - 34% (2011), საქართველო



მკურნალობის გამოსავლებიდან განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს შეწყვეტილი მკურნალობის ხვედრით წილზე, რომელიც შედარებით მართვადი

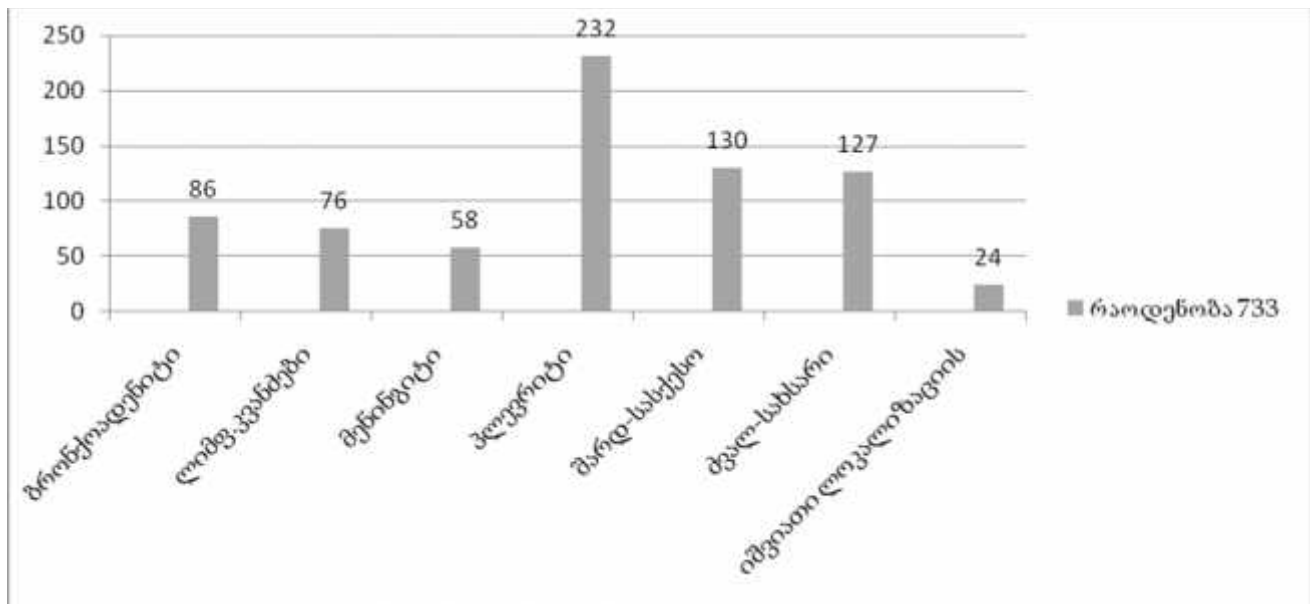


კატეგორიაა და რომელზეც მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული მეორადი რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზის გავრცელება. 2014 წელს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურმა გააფართოვა აქტივობა ამ მიმართულებით.

გასულ წელს მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის დიაგნოზი (MDR) დაუდგინდა 418 პაციენტს, საიდანაც ფილტვში ლოკალიზაციით არის 379 და ფილტვგარეთა ფორმით - 40.

2014 წელს საქართველოში დაისვა 3037 ფილტვის და 766 ფილტვგარეთა ტუბერკულოზის დიაგნოზი. ფილტვის ტუბერკულოზის საერთო რაოდენობაში 1607 მგბ(+) და 1430 მგბ(-) დარეგისტრირდა.

გრაფიკი 8. ფილტვგარეთა ტუბერკულოზის შემთხვევათა განაწილება, საქართველო, 2014



იშვიათი ლოკალიზაციის ტუბერკულოზს მიეკუთვნება ტუბერკულოზური პერიკარდიტი, მეზოადენიტი, ოტიტი, სარძევე ჯირკვლის, აბდომინალური და სხვ.

2014 წელს დზეის-ის ბაზაში დარეგისტრირდა 1081 მგბ(+) ფილტვის ფორმის მქონე პაციენტი, რომელთა კონტაქტები გამოკვლეული იქნა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების მიერ. კონტაქტების ტიპის მიხედვით 83,6% შეადგენს ოჯახურ კონტაქტებს, სხვა მჭიდრო კონტაქტები - 13%-ს, ხოლო უცნობია კონტაქტის ტიპი 2,7%-ში. 2013 წლის ანალოგიური მონაცემები ასე გამოიყურება: ოჯახურ კონტაქტებს შეადგენს - 70%, სხვა მჭიდროს (მათ შორის პროფესიული) - 2,6%, უცნობი შეადგენს 27,4%-ს. ეს შედარება თვალსაჩინოს ხდის, რომ გარდა ოჯახური კონტაქტების კვლევისა, ეპიდემიოლოგები აქტიურად ჩაერთნენ სხვა მჭიდრო კონტაქტების კვლევის პროცესშიც, რაც უთუოდ წინგადადგმული ნაბიჯია დაავადების გავრცელების პრევენციის

თვალსაზრისით. აღსანიშნავია, რომ ინდექს-პაციენტზე მოსული კონტაქტების საშუალო რაოდენობა გაიზარდა წინა წელთან შედარებით 2,5-დან 3,2-მდე.

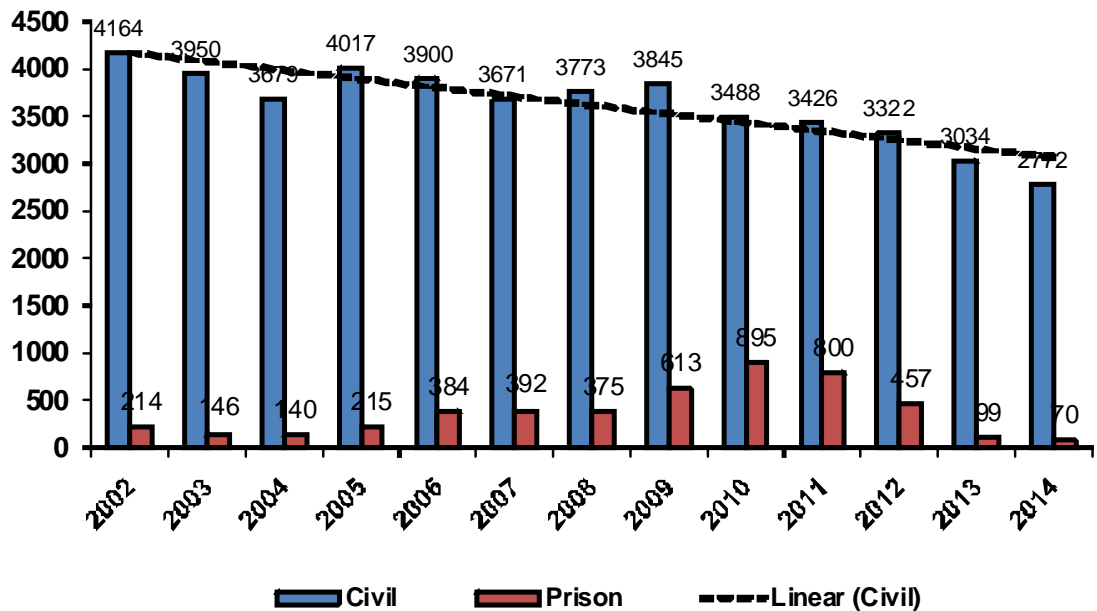
კონტაქტირებულები სქესის მიხედვით ასე ნაწილდება: 41% მამაკაცი და 59% ქალი.

### ტუბერკულოზი პენიტენციურ სისტემაში

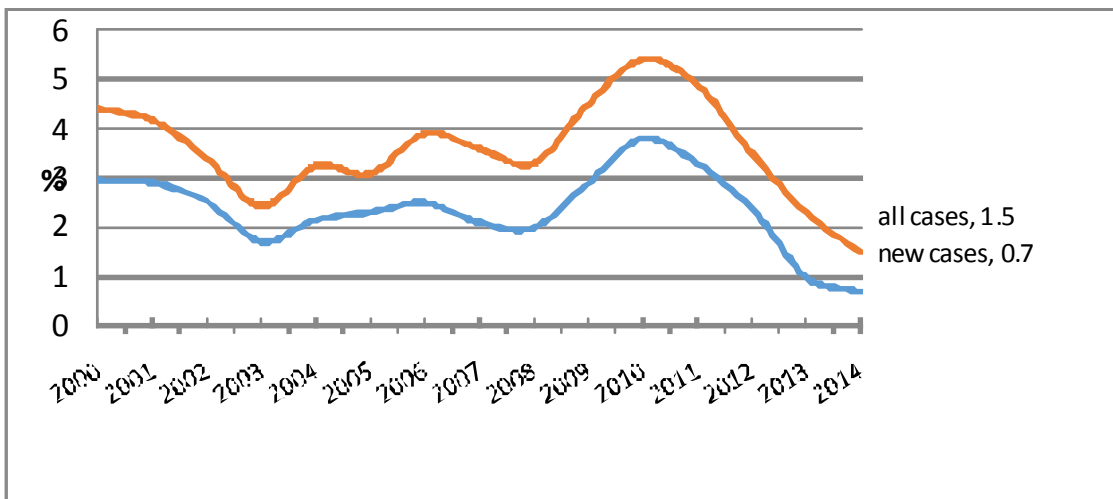
ციხეში ტუბერკულოზის გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორებია:

- ჩაკეტილი სივრცე;
- მიუხედავად არაჰომოგენური წარმომავლობისა, ცხოვრების ერთნაირი წესი; არასწორი დღის რეჟიმი, ალკოჰოლის, ნიკოტინის ჭარბი მოხმარება, ნარკოტიკების მოხმარება;
- თანმხლები დაავადებები (ჰეპატიტი “C” და “B”, აივ-ინფიცირება და სხვა), რომლებიც იმუნური სისტემის დასუსტებას იწვევენ, რაც ხელს უწყობს სხვადასხვა დაავადებების მიმღებლობას;
- არასწორი დამოკიდებულება ტბ დაავადების მიმართ, რაც განპირობებულია ტბ -ის შესახებ მწირი ცოდნით და ინფორმაციით პატიმრებს შორის

გრაფიკი 9. ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების განაწილება სამოქალაქო სექტორსა და ციხეებში (აბსოლუტურ რიცხვებში), საქართველო, 2002-2014



გრაფიკი 10. ტუბერკულოზი ციხეებში (100 პაციენტზე), საქართველო, 2000-2014



ტუბერკულოზის ეფექტური პროგრამა ციხეში აუცილებელია როგორც პაციენტების გამოვლენის და მკურნალობის, ასევე, პენიტენციური სისტემის შიგნით და სამოქალაქო სექტორში ტუბერკულოზის გავრცელების პრევენციისათვის.

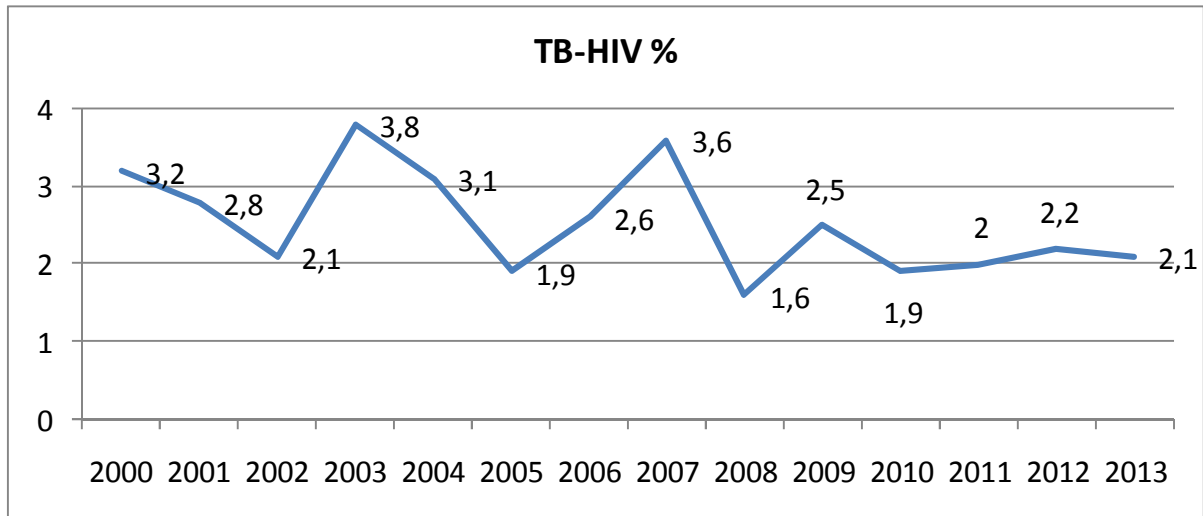
2004 წლიდან პენიტენციურ სისტემაში დაინერგა ე.წ. „შესვლის სკრინინგი“ სპეციალური კითხვარით, რასაც, საჭირო შემთხვევებში მოჰყვება გულმკერდის რენტგენოგრაფია, კლინიკური გასინჯვა და ნახველის ანალიზი. 2008 წლიდან ციხეში რეგისტრირებული შემთხვევების მაჩვენებელი მკვეთრად გაიზარდა. ეს შესაძლებელია აიხსნას, როგორც მრავალჯერადი მასობრივი სკრინინგით, ასევე პაციენტთა რიცხვის მკვეთრი ზრდით, რაც ციხეში ინფექციის გავრცელებისთვის ხელსაყრელ პირობებს ქმნის.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრსა და სასჯელაღსრულების, პრობაციისა და იურიდიული დახმარების საკითხთა სამინისტროს ჯანდაცვის დეპარტამენტს შორის გაიზარდა კოორდინაცია, რაც ხელს უწყობს ეფექტური მექანიზმების შემუშავებას ციხიდან გამოსული პაციენტების მკურნალობის უწყვეტობის უზრუნველსაყოფად.

### აივ ინფექცია/შიდსისა და ტუბერკულოზის კოინფექცია

აივ ინფექცია/შიდსისა და ტუბერკულოზის კოინფექცია არის მნიშვნელოვანი პრობლემა საქართველოში. აივ ინფიცირებულთა სიკვდილის წამყვანი მიზეზი არის ტუბერკულოზი და შეადგენს 21%-ს. ახლად დიაგნოსტირებულ აივ პაციენტებს შორის ტუბერკულოზის გავრცელება აღინიშნება შემთხვევათა 16-17%-ში.

გრაფიკი 11. აივ ინფექციის გავრცელება ტუბერკულოზით დაავადებულებს შორის, საქართველო, 2000-2013



ჯანმო-ს რეკომენდაციით აივ ტესტირება უნდა ჩატარდეს ყველა დიაგნოსტირებულ ტუბ.პაციენტს იმის მიუხედავად, თუ რომელი ფორმის ტუბერკულოზის დიაგნოზი დაესვა მას. თუმცა 2014 წელს ტესტირება ჩატარდა მხოლოდ 65%-ს.

გაცილებით მაღალია აივ ინფექციის გავრცელება რეზისტენტული ფორმის ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებში და შეადგენს 5,3%-ს.

ჯანდაცვის სექტორში განხორციელებული რეფორმები პირდაპირ აისახა „ტუბერკულოზის მართვის“ სახელმწიფო პროგრამაზე.

- ამბულატორიული მკურნალობა სახელმწიფო დაწესებულებების პრივატიზაციის ფონზე გადაეცა კერძო მფლობელობაში არსებულ სამედიცინო დაწესებულებებს;
- განხორციელდა ტუბერკულოზის ამბულატორიული მომსახურების ინტეგრაცია ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში;
- ლაბორატორიული კვლევების მნიშვნელოვანი ნაწილის განხორციელების ვალდებულება გადაეცა დკსჯეც-ის ლაბორატორიებს;
- შეიცვალა დაფინანსების სქემები ამბულატორიული მკურნალობის ფარგლებში და ნაცვლად ბიუჯეტით დაფინანსებისა, განისაზღვრა ერთეული მომსახურების ჯგუფის მიხედვით დაფინანსება;
- გაძლიერდა ეპიდზედამხედველობის კომპონენტი, რომელიც ხორციელდება აქტიური ეპიდზედამხედველობის გზით და მოიცავს ყველა ახლად გამოვლენილი მგბ (+) შემთხვევის საშუალოდ 5 კონტაქტის გამოკვლევას.

მონაცემთა წყაროდ გამოყენებულია ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის კლინიკური ბაზა, დკსჯეც-ის აივ/შიდსის, ტუბერკულოზის, ჰეპატიტებისა და სგგდ-ის სამმართველოს ბაზა (პროგრამული ეპიდ.მონაცემებით), დზეის-ის ბაზა და ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგიული დოკუმენტი.

შენიშვნა: რადგან კლინიკური ბაზის საბოლოო დამუშავება ხდება ივნისის თვეში, 2014 წლის მონაცემები არ არის საბოლოო სახით, თუმცა მნიშვნელოვნად არ შეიცვლება.

**ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის ღონისძიებათა სრულყოფის სადღეისო ამოცანებად მიგვაჩნია:**

1. დაავადების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკებისას გამომწვევის სრული იდენტიფიკაციის უზრუნველყოფა;
2. მოლეკულური კვლევის ინტენსიფიკაცია ტუბერკულოზის გამომწვევთა გენეტიკური იდენტიფიკაციის მიზნით, რასაც არსებითი მნიშვნელობა ენიჭება ეპიდემიოლოგიურ კვლევაში;
3. თანამშრომლობა ქვეყნის ვეტერინარულ სამსახურთან შინაურ პირუტყვში ტუბერკულოზის გავრცელების შესახებ არსებული ინფორმაციის მიღების მიზნით.

**The main goals and measures for the prevention of TB are:**

1. Laboratory diagnoses of the disease, should be guaranteeing complete identification of the causative agent;
2. Enhancement of molecular investigation, for the genetic identification of Mycobacterium Tuberculosis, has significant role in epidemiological researches;
3. Collaboration with the veterinarian services of the country, to obtain information on distribution of tuberculosis among domestic animals (pets).

მასალა ეპიდ ბიულეტენისთვის მოგვაწოდა გადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის, აივ/შიდსი, ტუბერკულოზი, ჰეპატიტები და სგგდ სამმართველოს მთავარმა სპეციალისტმა ცირა მერაბიშვილმა.

**ტულარემია ზოონოზური დაავადებაა, რომლის გამომწვევია მცირე ზომის ბაქტერია *Francisella tularensis*.**



ტულარემია ჩრდილოეთ ნახევარსფეროს მრავალ ქვეყანაშია დაფიქსირებული. ენდემური კერები დიდი ხანია არსებობს რუსეთში, ყაზახეთსა და თურქმენეთში, ხოლო საქართველოში ტულარემია პირველად დაფიქსირდა საბჭოთა ჯარის ნაწილში, 1946 წელს. მას შემდეგ ადგილი ჰქონდა როგორც ცალკეულ შემთხვევებს, ასევე წყალთან დაკავშირებულ ორ ეპიდემიას, 1984 წელს ქვეყნის სამხრეთ და 2007 წელს ცენტრალურ ტერიტორიაზე.

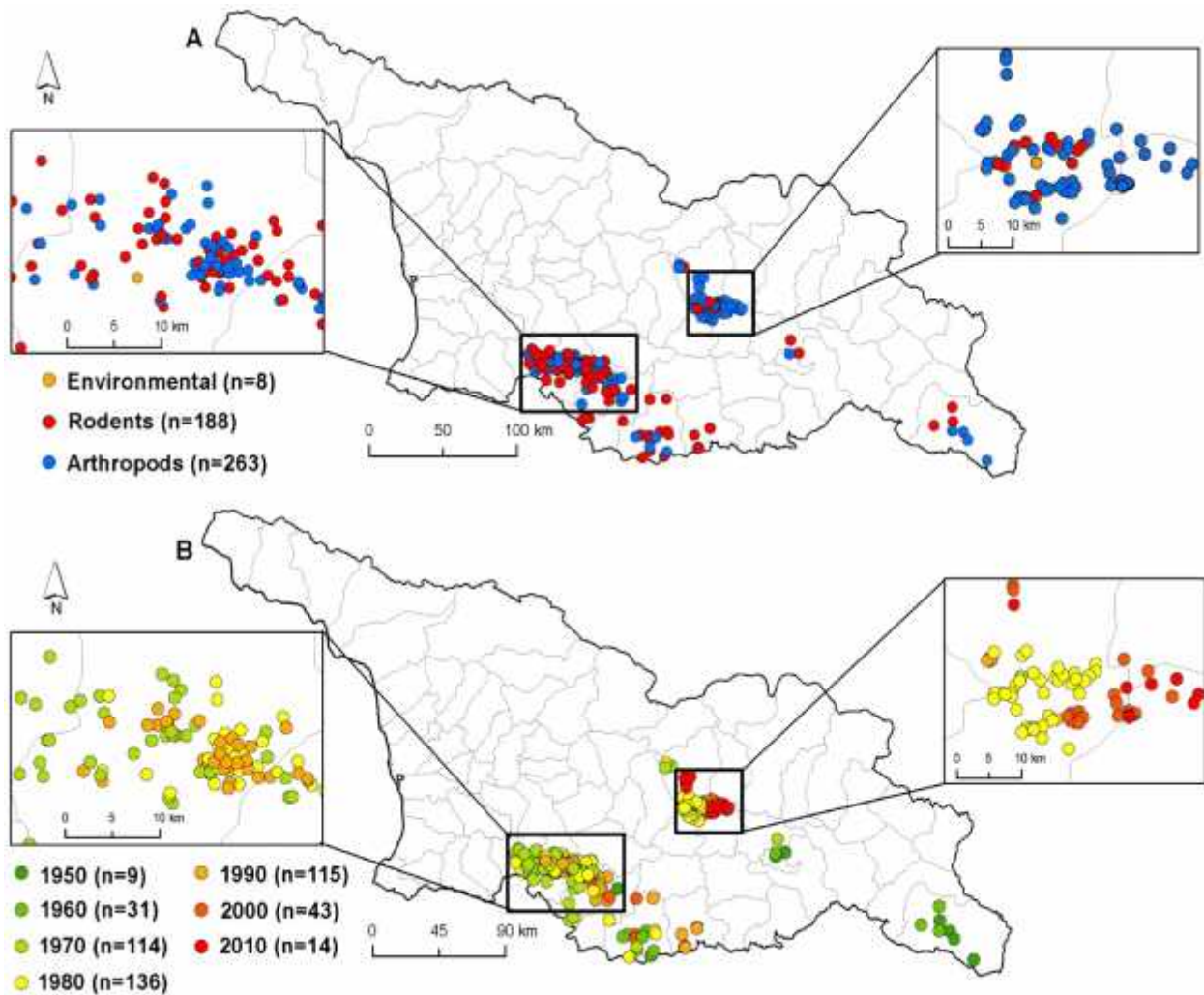
დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ეროვნული ცენტრი, მუდმივად აწარმოებდა და დღესაც ახდენს განსაკუთრებით საშიში ინფექციების კერებზე დაკვირვებას. ამ გზით გამოვლინდა ტულარემიის ორი ბუნებრივი კერა, ერთი ქართლ-კახეთის, ხოლო მეორე სამცხე-ჯავახეთის ტერიტორიაზე.



**სურათი 2:** A-ჯავახეთი პლატო და B-შიდა ქართლის ტულარემიის კერა.

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის საარქივო ჩანაწერებიდან მოძიებულ იქნა ისტორიული მონაცემები ადამიანებში დაფიქსირებული ეპიდ აფეთქებებისა და 465 შტამის არსებობის თაობაზე. აღნიშნული მონაცემები მოიცავდა დეტალურ აღწერილობას ვექტორების გავრცელებისა და გარემოს მახასიათებლების შესახებ. პოტენციური გეოგრაფიული ცვლილებების გამოსავლენად გაანალიზდა სივრცული, კლიმატური და ეკოლოგიური პარამეტრები და მოხდა მათი რუკაზე დატანა გეოგრაფიული ინფორმაციული სისტემების (გის) გამოყენებით.

*Fransicellae Tularensis* გავრცელება გადამტანების (A) და დეკადების (B) მიხედვით საქართველოში



მასალა ტულარემიაზე მოგვაწოდა აივ/შიდსის პროგრამების კოორდინატორმა, ეპიდემიოლოგმა ირმა ბურჯანაძემ.

## ეპიდ მაცნე

### 2014-15 წლების გრიპის სეზონი დასრულდა

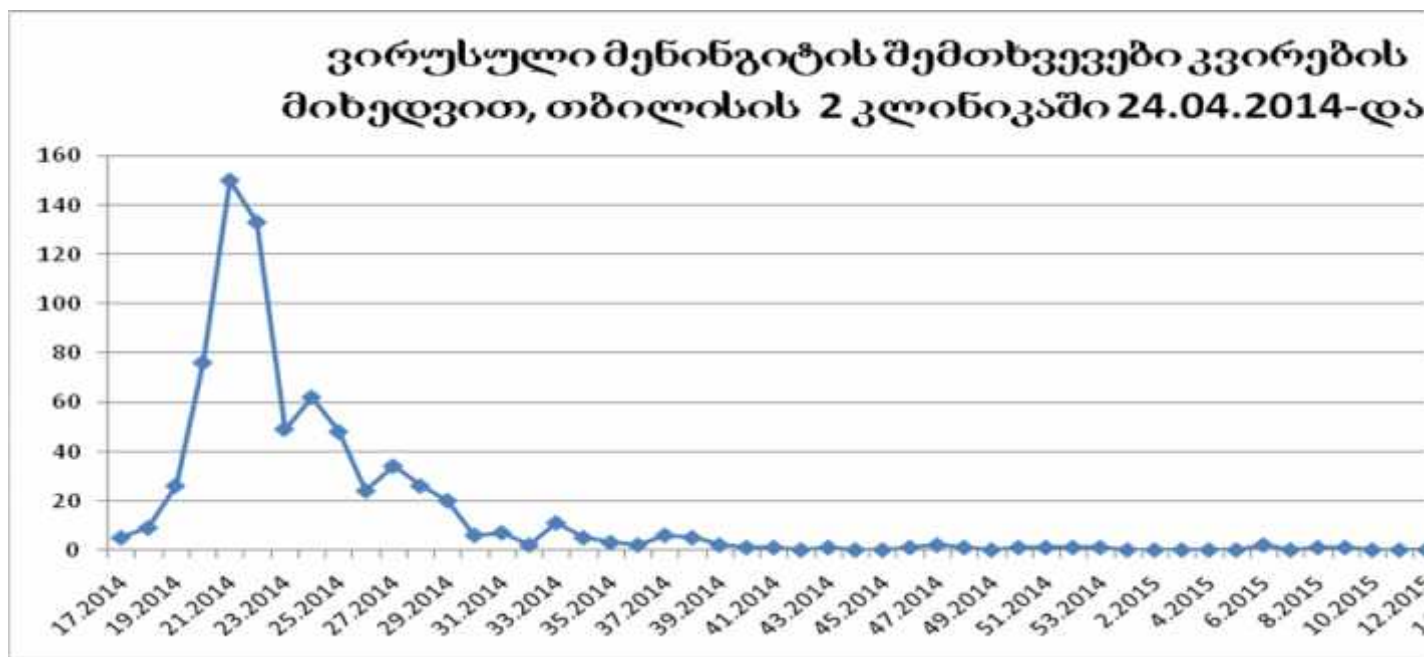
2014-2015 წლის გრიპის სეზონზე სულ ლაბორატორიულად დადასტურდა 225 გრიპის შემთხვევა, მათ შორის: 33 - A/H109pdm; 7- A/H3; 185 –B.

ამავე სეზონზე დაფიქსირდა გრიპით ლეტალობის ლაბორატორიულად დადასტურებული 10 შემთხვევა: 9 შემთხვევაში - A/H1 გრიპის ვირუსი, 1 შემთხვევაში B ტიპის გრიპის ვირუსი.

2014-15 წლების გრიპის სეზონზე სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში განხორციელდა გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია წინასწარ განსაზღვრულ რისკ ჯგუფებში. სულ აიცრა 8 000 ბენეფიციარი.

### ასეპტიური მენინგიტები საქართველოში ვირუსული მენინგიტის შემთხვევები (თბილისის ორ კლინიკაში) ჰოსპიტალიზაციის თარიღის მიხედვით 25 მაისის მდგომარეობით

18.05-24.05-ს შეტყობინებულია ვირუსული მენინგიტის 1 შემთხვევა. თბილისში მცხოვრები, 14 წლის პაციენტი ჰოსპიტალიზებულია.



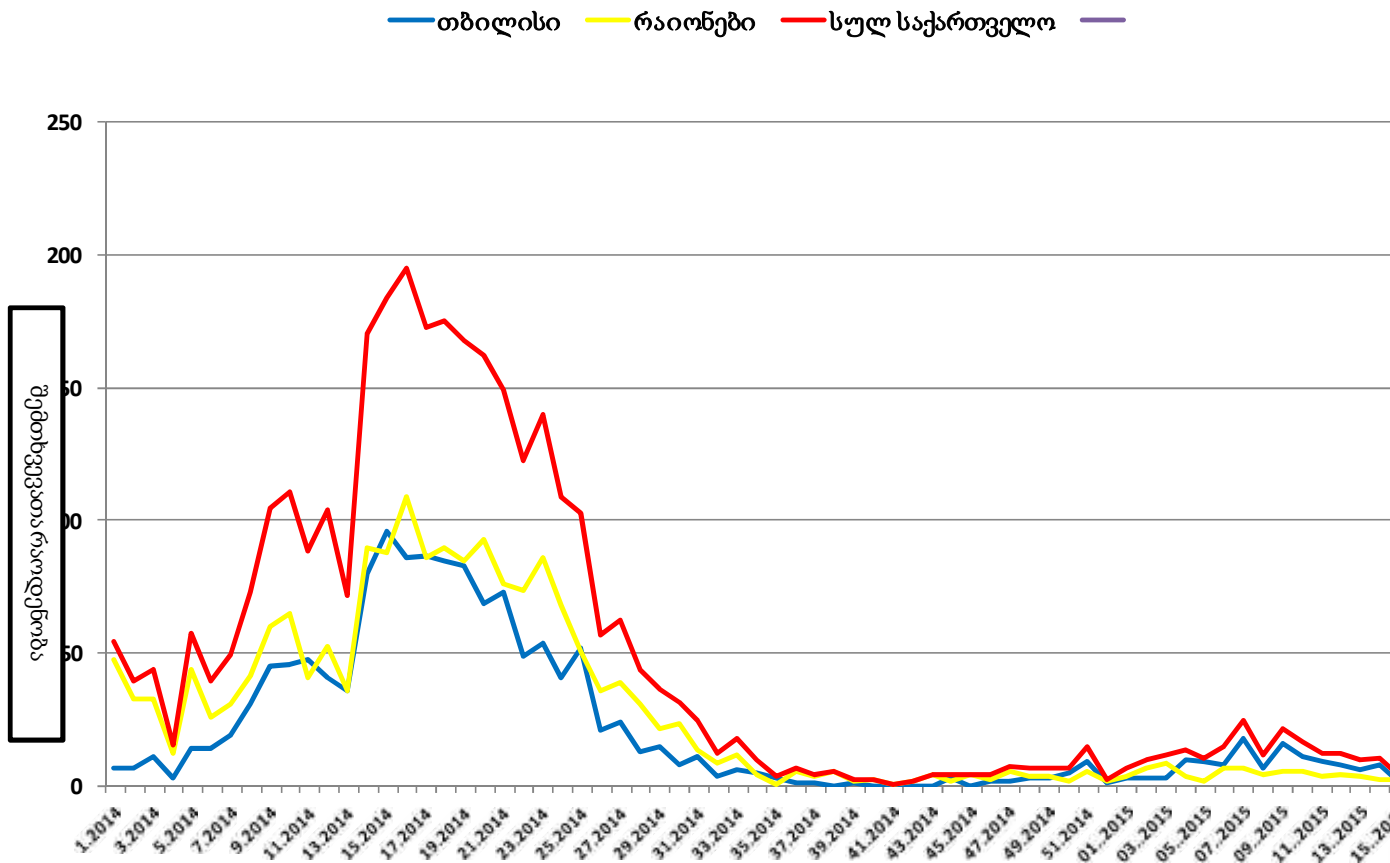
### წითელას შემთხვევები

დღეისათვის (25.05.2015) ქვეყანაში აღრიცხულია წითელას 11386 შემთხვევა, ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე- 253,4.

თბილისი: დღეისათვის (25.05.2015) აღრიცხულია წითელას 5293 შემთხვევა, ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე- 450,0.

წითელას შემთხვევების რაოდენობა კვირების მიხედვით 01.01.2014-24.05.2015





კვირები

25.05.2015-თვის ეპიდჩვენებით ჩატარებული წყე აცრების რაოდენობა (საქართველოს მთავრობის განკარგულების N41-20.01.2015 თანახმად):

სულ საქართველო:

	გეგმა	შესრულება	მოცვა
2-6 წელი	1383	862	62.3%
7-13 წლის	2400	1403	58.5%
14 წლის	16953	4356	25.7%
15-29წლის	153969	7874	5.1%
კონტაქტირებულები	0	183	
სამედიცინოპერსონალი	787	37	4.7%
სხვა კონტინგენტი	0	2	
სულ	175492	14717	8.4%

მათ შორის თბილისი:

	გეგმა	შესრულება	მოცვა
2-6 წელი	591	577	97.6%
7-13 წლის	1088	682	62.7%
14 წლის	9907	2395	24.2%
15-29წლის	93306	1004	1.1%

კონტაქტირებულები	0	137	
სამედიცინოპერსონალი	0	0	
სხვა კონტინგენტი	0	2	
სულ	104892	4797	4.6%

ტუბერკულოზის 2 შემთხვევა ერთ სივრცეში:

1. 16 წლის, მე-9 კლასის მოსწავლე. 22.04.2015 დაუდგინდა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი მგბ(-).
2. 17 წლის, მე-11 კლასის მოსწავლე. 21.05.2015 მე-5 დაუდგინდა ფილტვის ინფილტრაციული ტუბერკულოზი რღვევის ფაზაში, მგბ(-), GenExpert (+).

ორივე სკოლა ერთ სივრცეშია განთავსებული. დაწყებულია ეპიდკვლევა საზ.ჯანდაცვის თბილისის სამსახურის მიერ.

**2012-2015 წლებში დარეგისტრირებული ტუბერკულოზის (ყველა ფორმა) შემთხვევები, მათ შორის ბავშვთა ასაკის რიცხოვრივი მაჩვენებლები და პროცენტული ხვედრითი წილი საერთო შემთხვევებში (2015 წლის 25 მაისის მდგომარეობით)**

წელი	დარეგისტრირებული შემთხვევები	6-18 წლის ჯგუფი	ხვედრითი წილი (%)
2012	5138	342	6,7%
2013	4392	282	6,4%
2014	3866	220	5,7%
2015	1326	89	6,7%

ცხრილში შეტანილია ტუბერკულოზის ყველა ფორმა. 89-დან 46 არის ტუბერკულოზის ფილტვის ფორმა, საიდანაც მგბ(+) შემთხვევები შეადგენს 16-ს.

მასალა ეპიდ მაცნესთვის მოგვარდა: გადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის უფროსმა ხათუნა ზახაშვილმა

*„ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი“ წარმოადგენს საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის პუბლიკაციას.*

*ბიულეტენში გამოქვეყნებული მონაცემები ემყარება დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ხელთ არსებულ მასალებს. გამოცემასთან დაკავშირებულ საკითხებზე, ბიულეტენში მასალის გამოქვეყნების ჩათვლით, მიმართეთ „ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენის“ რედაქციას მისამართზე: თბილისი, ასათიანის 9, დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი. „ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი“ წარმოადგენს საზოგადოებრივ საკუთრებას. გამოყენებული მასალებით სარგებლობისა და მათი რეპროდუქციისთვის სპეციალური ნებართვა საჭირო არ არის, მაგრამ სასურველია მონაცემების წყაროს მოხსენიება.*



სარედაქციო კოლეგია:

- ბ. კაციტაძე - რედაქტორი
- ი. ზედგინიძე - მენეჯერ-რედაქტორი
- პ. იმნაძე
- ხ. ზახაშვილი
- ლ. სტურუა
- შ. ცანავა
- მ. ცინცაძე



# Epidemiology Bulletin

National Center for Disease  
Control and Public Health

Ministry of Labour, Health  
And Social Affairs of Georgia

**Epidemiology Bulletin**

2015/Vol.19 N5