

ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი

1. საკეისრო კვეთა

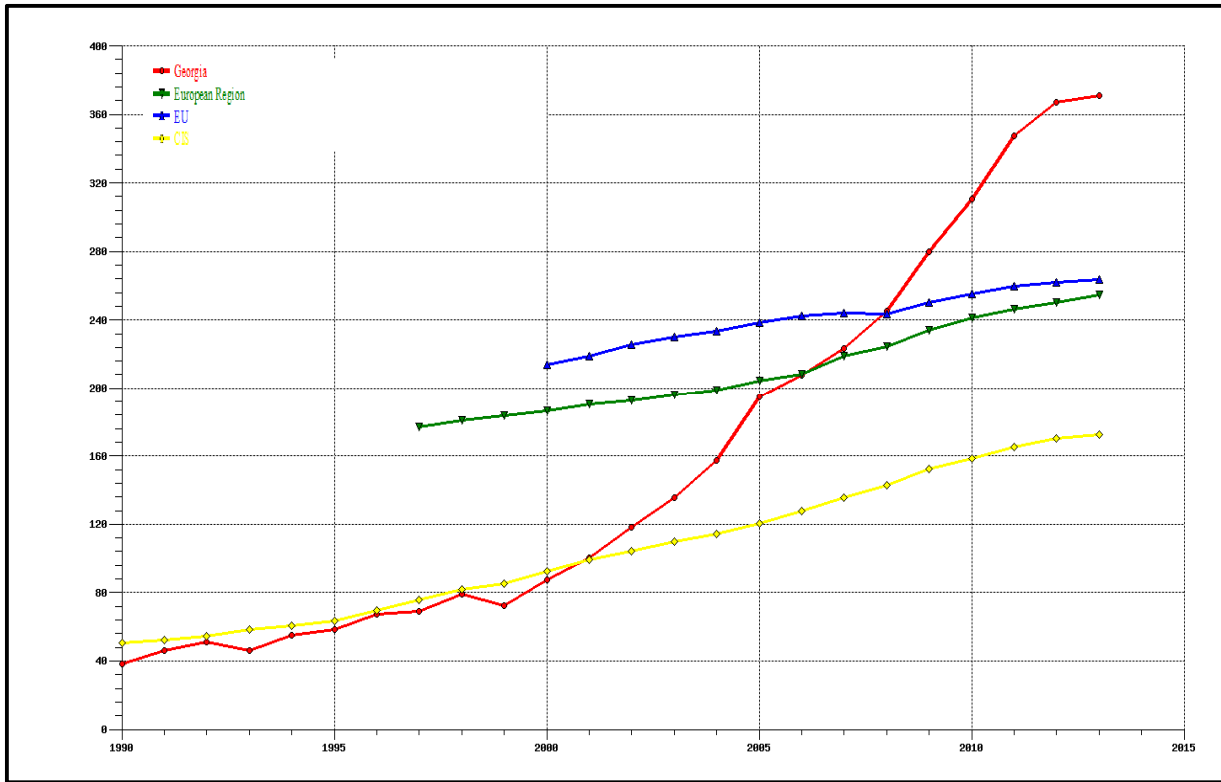
2015, ნოემბერი №12, ტომი 19

საკეისრო კვეთა

ისტორიულად საკეისრო კვეთა ასოცირებული იყო ორსულობისა და პერინატალური გამოსავლის გაუმჯობესებასთან. ამ მეთოდის გამოყენება მართლაც ამცირებს სიკვდილიანობას იმ ქვეყნებში, სადაც მაღალია დედათა და პერინატალური ავადობა და სიკვდილიანობა [1]. თუმცა ბოლო დროინდელმა მტკიცებულებებმა აჩვენა, რომ განვითარებულ ქვეყნებში და ასევე იმ განვითარებად ქვეყნებში, სადაც საკეისრო კვეთის მაჩვენებელი მაღალია, იგი ნაკლებად უკავშირდება პერინატალური გამოსავლების გაუმჯობესებას. რადგანაც საკეისრო კვეთა თავისთავად მოიცავს გარკვეულ რისკებს დედისა და პერინატალური ავადობის თავალსაზრისით, იგი ასევე ზრდის რისკს მომავალი ორსულობისთვის.

ბოლო ათწლეულების განმავლობაში საკეისრო კვეთების რაოდენობა მნიშვნელოვნად გაიზარდა მთელს მსოფლიოში. ევროპაში საკეისრო კვეთებით დასრულებული მშობიარობების რაოდენობის მაჩვენებელმა ასევე განიცადა მნიშვნელოვანი მატება, 1997 იგი შეადგენდა 172.49 1000 ცოცხალშობილზე, ხოლო 2013 წელს ის გახდა 263.38 1000 ცოცხალშობილზე.

სურათი 1: საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი 1000 ცოცხალ შობილზე ევროპაში, დსთ-სა და საქართველოში



წყარო: World Health Organization Regional Office for Europe European health for all database (HFA-DB) 2015

როგორც სურათიდან ჩანს, საკეისრო კვეთების რაოდენობა იზრდება როგორც ევროპაში ასევე დსთ-ს ქვეყნებში, განსაკუთრებით მაღალია საქართველოში. საქართველოში საკეისრო კვეთების მაჩვენებელი 1000 ცოცხალშობილზე ყოფილ საბჭოთა კავშირში პირველ ადგილზეა.

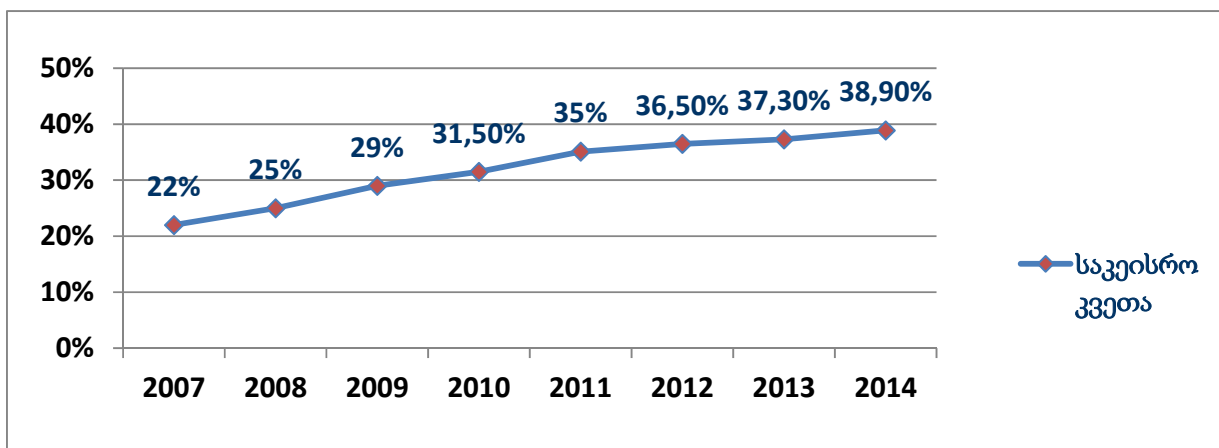
1985 წელს ჯანმრთელობის საერთაშორისო საზოგადოების მიერ საკეისრო კვეთების იდეალურ პროცენტულ მაჩვენებლად მიჩნეული იქნა 10%-15%. მას შემდეგ საკეისრო კვეთების რაოდენობა გაიზარდა როგორც განვითარებულ, ასევე განვითარებად ქვეყნებში. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, არსებობს მტკიცებულებები, რომლებიც ადასტურებენ, რომ საჭიროების შემთხვევაში საკეისრო კვეთის ოპერაცია ამცირებს გართულებებს დედის თუ ახალშობილის მხრივ. თუმცა, არ არსებობს მტკიცებულებები, რომლებიც წარმოადგენენ სარგებელს იმ შემთხვევაში, როცა საკეისრო კვეთა ხორციელდება პაციენტის მოთხოვნით. აქვე უნდა გვახსოვდეს, რომ საკეისრო კვეთა, ისევე როგორც ნებისმიერი ოპერაციული ჩარევა ასოცირებულია მოკლე და გრძელვადიან რისკებთან, რომლებიც შეიძლება გამოვლინდნენ მოგვიანებით და უარყოფითი გავლენა მოახდინონ ქალისა და ბავშვის ჯანმრთელობაზე და მომავალ ორსულობაზე [2].

2015 წელს ჯანმო-ს მიერ შემუშავებული იქნა დოკუმენტი საკეისრო კვეთების მაჩვენებლების შესახებ, რომლის დევიზიც არის „უმჯობესია, მთელი ძალისხმევა მიმართული იყოს იქითკენ, რომ საკეისრო კვეთა ხელმისაწვდომი იყოს ორსულებისათვის საჭიროების შემთხვევაში, ვიდრე მივაღწიოთ საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის გარკვეულ ნიშნულს.“ დოკუმენტში წარმოდგენილია, რამდენიმე დასკვნა:

- საკეისრო კვეთა წარმოადგენს ეფექტურ იარაღს დედათა და ბავშვთა სიკვდილიანობის შემცირებისათვის, მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ მსგავსი ჩარევის აუცილებლობა დადასტურებულია სამედიცინო ჩვენებით;
- საერთო პოპულაციის დონეზე საკეისრო კვეთების რაოდენობა 10-15% მეტი არ ასოცირდება დედათა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაჩვენებლის შემცირებასთან;
- საკეისრო კვეთა შესაძლებელია დაკავშირებული იყოს მნიშვნელოვან და ზოგიერთ შემთხვევაში მუდმივ გართულებასთან, უნარშეზღუდულობასა და სიკვდილიანობასთან განსაკუთრებით იმ არეალში, სადაც სპეციფიკური დანიშნულების ჯანდაცვის სერვისებზე ხელმისაწვდომობა დაბალია, როგორცაა მაგალითად უსაფრთხო ქირურგიული ჩარევა და გართულებების ქირურგიული მკურნალობა;
- საკეისრო კვეთა ხელმისაწვდომი უნდა იყოს ორსულთათვის საჭიროების შემთხვევაში, ვიდრე მივაღწიოთ საკეისრო კვეთების მაჩვენებლის გარკვეულ ნიშნულს;
- საკეისრო კვეთების ეფექტი დედის და ახალშობილის მხრივ ავადობაზე, პედიატრულ, ფსიქოლოგიურ და სოციალურ კეთილდღეობაზე ჯერ კიდევ უცნობია და დამატებით კვლევებს საჭიროებს.

ბოლო ათწლეულის მანძილზე საქართველოში საკეისრო კვეთების რაოდენობა მკვეთრად გაიზარდა.

სურათი 1: საკეისრო კვეთების პროცენტული წილი მშობიარობებთან მიმართებაში, საქართველო, 2007-2014 წწ.

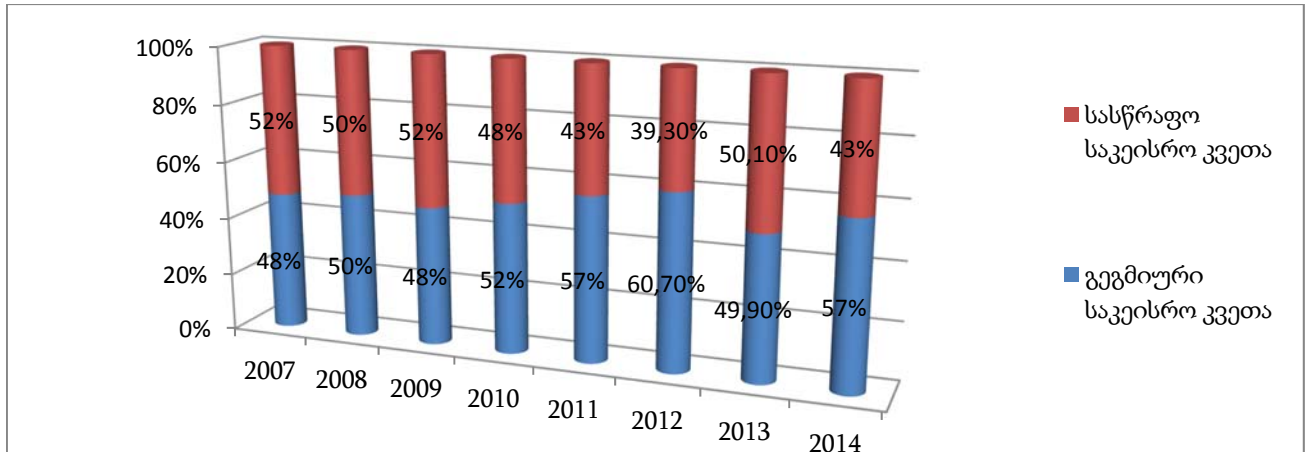


წყარო: საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი, 2014

როგორც წარმოდგენილ სურათზე არის მოცემული 2007 წელთან შედარებით 2014 წელს საკეისრო კვეთების რაოდენობა გაიზარდა 16.9%-ით [3].

2014 წელს საქართველოში მშობიარობათა 38.5% დასრულდა საკეისრო კვეთით, მათ შორის გეგმიური საკეისროს იყო 46.40%, ხოლო სასწრაფო 53.60%

სურათი 2: გეგმიური და სასწრაფო საკეისრო კვეთების თანაფარდობა, საქართველო, 2007-2014 წლები

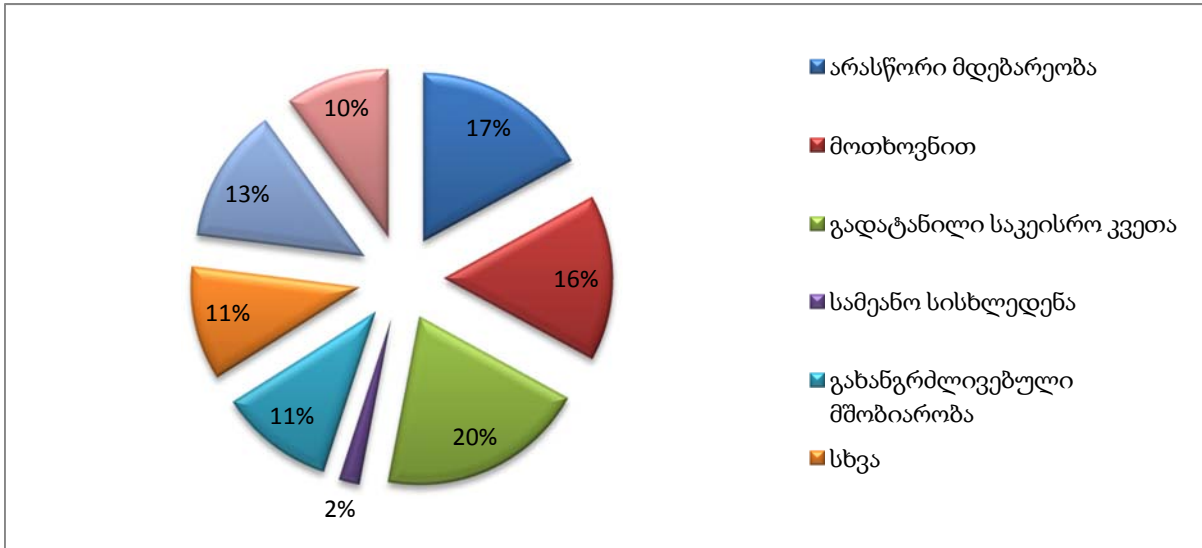


წყარო: საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი, 2013

საკეისრო კვეთებს შორის მნიშვნელოვანი წილი მოდის პირველად საკეისრო კვეთაზე, რამაც ბოლო საანგარიშო წელს შეადგინა მთლიანი საკეისროს კვეთების 56%.

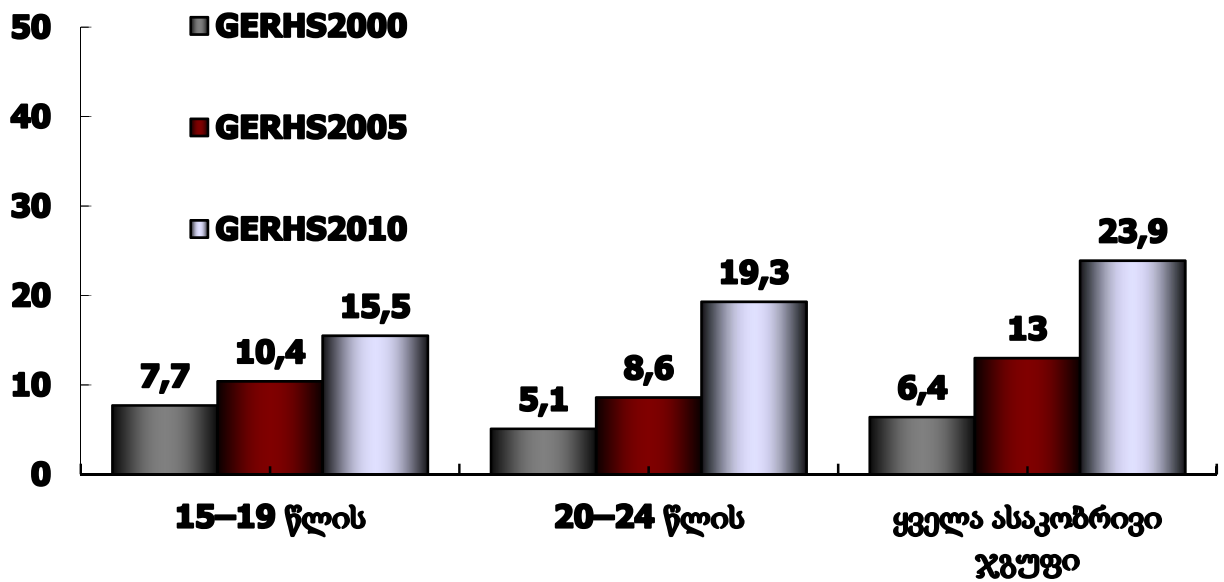
2010 წელს ჩატარებულმა რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა, რომ საკეისრო კვეთის განხორციელების მიზეზები არის სხვადასხვა. მიზეზთა შორის ყველაზე მაღალია გადატანილი საკეისროს კვეთა – 20% და ასევე საკეისრო კვეთების 17% განხორციელებული ნაყოფის არასწორი მდებარეობის გამო. ამავე კვლევამ დაადასტურა, რომ მაღალია ე.წ. მოთხოვნით საკეისრო კვეთების პროცენტი (16%) [4].

სურათი 25: საკეისრო კვეთის მიზეზები 2010



წყარო: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

სურათი 26: საკეისრო კვეთით მიმდინარე მშობიარობების წილი (%) ყველა მშობიარობიდან ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით



წყარო: რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010

საკეისრო კვეთების რაოდენობის მაჩვენებლის ზრდა დადასტურდა ასევე სხვადასხვა წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევებით. საკეისრო კვეთების რაოდენობა გაიზარდა ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, რაც ასევე დასტურდება ოფიციალური

სტატისტიკით. განსაკუთრებით საყურადღებოა, რომ საკეისრო კვეთის მაჩვენებლები გაიზარდა 20-24 წლის ასაკობრივ ჯგუფში, სადაც უმეტეს წილად მშობიარობა უნდა მიმდინარეობდეს ფიზიოლოგიურად.

2010 წელს ჩატარებული იქნა „საქართველოში საკეისრო კვეთების მიზეზთა კვლევა“, ჰოლანდიის სამეფოს დაფინანსებით, „მატრას“ პროექტის ფარგლებში. კვლევამ შეისწავლა, როგორც საკეისრო კვეთების გეოგრაფიული ვარიაციები, ასევე რაოდენობრივი ცვლილებები სამედიცინო დაწესებულებების მიხედვით და აჩვენა, რომ საკეისრო კვეთების პროცენტული წილი ზოგ დაწესებულებაში 50%-ს აჭარბებს. მხოლოდ რამდენიმე კლინიკაა ქვეყანაში, სადაც სრულდება ჯანმო-ს მიერ რეკომენდირებული სტანდარტი, ანუ საკეისრო კვეთების წილი არის 15%-ზე ნაკლები ან ტოლი. ამ მდგომარეობის ერთ-ერთი მთავარი მიზეზია ის, რომ ზოგიერთი დაწესებულება (აკმაყოფილებს ნებისმიერ პაციენტის მოთხოვნას საკეისრო კვეთასთან დაკავშირებით) და არ ახდენს მის კონსულტირებას საკეისრო კვეთასა და მშობიარობის შესახებ. ასევე არ არის გამორიცხული ფინანსური სტიმულირების შემთხვევებიც (99).

იგივე კვლევამ აჩვენა, რომ ქალების ინფორმირებულობის დონე ძალიან დაბალია, ჭარბობს შიში, რაც განაპირობებს ზოგი მათგანის მიერ საკეისრო კვეთის მოთხოვნას, სამედიცინო ჩვენების არარსებობის შემთხვევაში. ამიტომ აუცილებელია სამედიცინო სერვისების გაუმჯობესება და მეან-გინეკოლოგების კვალიფიკაციის ამაღლება.

განხილვა

სამეცნიერო პროგრესმა, სოციალურმა და კულტურულმა ცვლილებებმა, კანონმდებლობის ცვლილებასთან ერთად გამოიწვია ფუნდამენტური ცვლილებები საკეისრო კვეთებისადმი მიდგომაში. უპირველეს რეკომენდაციას წარმოადგენს, ის რომ ყველა ორსულს საჭიროების შემთხვევაში გარანტირებული ჰქონდეს საკეისრო კვეთის ოპერაციაზე ხელმისაწვდომობა. საერთო პოპულაციაში საკეისრო კვეთების პროცენტული რაოდენობის მაჩვენებელი წამოადგენს აღნიშნული სერვისის ხელმისაწვდომობის ინდიკატორს. იგი ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნას შეფასების ინსტრუმენტად ჯანდაცვის პოლიტიკის შემქმნელებისა და სახელმწიფო ჩინოვნიკების მიერ დედათა და ჩვილთა ჯანმრთელობის შეფასებისთვის, გადაუდებელი სამედიცინო სერვისების და სამედიცინო რესურსების გამოყენებისთვის. ჩვენს ქვეყანაში, საკეისრო კვეთის ოპერაციაზე ხელმისაწვდომობა თითქმის უნივერსალურია. როგორც ოფიციალური სტატისტიკა ადასტურებს, ყველა რეგიონში, ისევე როგორც რაიონში ხელმისაწვდომია აღნიშნული ოპერაციის ჩატარება. არჩევითი საკეისრო კვეთების რაოდენობის მნიშვნელოვანმა მატებამ ბოლო ათწლეულის მანძილზე მიუთითა, მასზე რომ საკეისრო კვეთების რაოდენობა საქართველოში ხელმისაწვდომია არა მარტო მათთვის ვისაც ჩვენება გააჩნია, არამედ მათთვისაც ვისაც უბრალოდ სურვილი აქვთ გაიკეთონ საკეისრო კვეთა.

საკეისრო კვეთა ისევე როგორც ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა გულისხმობს მთელ რიგ გართულებებს. ხოლო თუ გავითვალისწინებთ, რომ საკეისრო კვეთის შემთხვევაში შესაძლებელია ადგილი ქონდეს, როგორც დედის მხრივ ისე ნაყოფის მხრივ გართულებებს, ამ შემთხვევაში მდგომარეობა გაცილებით საყურადღებოა. მაგალითად შესაძლებელია დედის მხრივ განვითარდეს ისეთი მშობიარობის შემდგომი გართულება, როგორცაა თრომბოემბოლია ან ინფექცია, პოსტოპერაციული გართულებები და გაზრდილი რისკი შემდეგი ორსულობის შემთხვევაში [?]. საქართველოში ე.წ. მოთხოვნით საკეისრო კვეთების ზუსტი რაოდენობა უცნობია, თუმცა შეგვიძლია ვივარაუდოთ, რომ გაზრდილი გეგმიური საკეისრო კვეთის ოპერაციათა რაოდენობის მნიშვნელოვანი ნაწილი სწორედ ასეთი სახის საკეისრო კვეთებს წარმოადგენს. ასევე უცნობია იმ გართულებების ხასიათი, რომელიც დადგა არჩევითი ანუ მოთხოვნით საკეისრო კვეთის ოპერაციის განხორციელების შედეგად. ჩვენ შეგვიძლია ვიმსჯელოთ საერთაშორისო მტკიცებულებებით, რომლებიც ცალსახად მიუთითებენ, რომ საკეისრო კვეთის შემდეგი პერიოდი ხშირად უკავშირდება ინფექციას, ანესთეზიასთან ასოცირებულ რისკებს, ასევე ძუძუთი კვების დაწყების სიძნელებებს [5].

კვლევამ, რომელიც ჩატარდა 21 ქვეყნის 287 სამედიცინო დაწესებულებაში აჩვენა, რომ საკეისრო კვეთების რაოდენობათა მატება მჭიდრო კორელაციაშია ადამიანის განვითარების ინდექსთან (HDI), კერძოდ საკეისრო კვეთების სიხშირემ მოიმატა იმ ქვეყნებშიც სადაც აღინიშნება HDI-ის მატება, ამასთან თავად ქვეყნის შიგნით შეიმჩნევა სხვაობა ინტელექტუალურად განვითარებულ ჯგუფებს შორის. საკეისრო კვეთები მეტია იმ ჯგუფებში, რომლებიც გამოირჩევიან განვითარების მაღალი ინდექსით [1]. საქართველოში 2010 წელს ჩატარებულმა კვლევამ „მატრას“ პროექტის ფარგლებში აჩვენა, რომ საკეისრო კვეთების რაოდენობა ასევე მაღალია მაღალი და საშუალო შემოსავლების მქონე მოსახლეობის კვინტილებში. იმავე კვლევის მიხედვით რესპოდენტთა უმეტესობა აღნიშნავდა ცოდნის ნაკლებობას, კერძოდ, საკეისრო კვეთა გადატანილ ქალთა აბსოლუტური უმრავლესობა აღნიშნავდა, რომ ისინი არ იყვნენ ინფორმირებული ოპერაციის შემდგომი გართულებების შესახებ (6).

პირველი საკეისრო კვეთა არის გარანტირებული რისკი მომდევნო საკეისრო კვეთისათვის, ვინაიდან ქვეყანაში არ არის დანერგილი ე. წ. “TOLAC”-ის მეთოდი ანუ ვაგინალური მშობიარობა საკეისრო კვეთის შემდეგ, რაც დასტურდება ოფიციალური სტატისტიკით. განმეორებითი საკეისრო კვეთების პროცენტული შემცველობა მთლიანად საკეისრო კვეთებს შორის 2007 წლიდან 2014 წლამდე გაიზარდა 9%-ით. განმეორებითი საკეისრო კვეთების დაახლოებით ნახევარი მოდის სასწრაფო საკეისრო კვეთაზე. განსაკუთრებით საყურადღებოა განმეორებითი საკეისრო კვეთების რაოდენობა ახალგაზრდა ქალებს შორის. როგორც საქართველოში 2010 წელს ჩატარებული რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევამ აჩვენა, საკმაოდ ხშირია საკეისრო კვეთის შემთხვევები 15-24 წლის ახალგაზრდა ორსულთა შორის. თურქეთში ჩატარებული კვლევის მიხედვით, ახალგაზრდა დედებში ჩატარებული საკეისრო კვეთა ზრდის placenta previa-სა და placenta accrete-ს განვითარების რისკს. ამავე დროს ახალგაზრდა დედებში გადატანილი საკეისრო კვეთა კორელაციაშია ნაყოფის დაბალ წონასთან, ნაადრევ მშობიარობასთან და სხვა გართულებებთან. ზოგადად კი მოზარდთა ასაკში

დედობა და შვილის ყოლა დაკავშირებულია ავადობისა და სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელთან ზოგად პოპულაციასთან შედარებით [7].

საკეისრო კვეთა არ უნდა იყოს განხილული როგორც ბავშვის სწრაფი და უმტკივნეულო გაჩენის ალტერნატიული გზა, არამედ ის უნდა იყოს ოპერაციის განხორციელების გადაწყვეტილება მიღებული განსაკუთრებული სიფრთხილით. დანიაში ჩატარებულმა კოჰორტულმა კვლევამ, რომელიც მოიცავდა 1982 წლიდან 2010 წლის პერიოდს და დაფუძნებული იყო დანიური რეგისტრის მონაცემების ანალიზზე, აჩვენა, რომ საკეისრო კვეთა მცირედ ზრდის მკვდრადშობადობისა და ექტოპიური ორსულობების რიცხვს (8).

ხშირად საქართველოში, მშობიარობის საკეისრო კვეთით დასრულება განიხილება, როგორც ადამიანის ბაზისური უფლება საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ თავად მიიღოს გადაწყვეტილება და დაცული იყოს მისი ავტონომია. თუმცა გვაფიქვდება, რომ პაციენტს, ამ შემთხვევაში ორსულს/მშობიარეს, აქვს უფლება მიიღოს სამედიცინო მომსახურების გამწვევისგან სრული, ობიექტური, დროული და გასაგები ინფორმაცია (კანონი პაციენტის უფლებების შესახებ მუხლი 18, პუნქტი 1). არსებობს მტკიცებულებები, რომ სწორედ ანტენატალურ პერიოდში ორსულთა მომზადება მშობიარობისთვის და მომავალი დედობისთვის წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან პრობლემას. თუკი ქალი იქნება ინფორმირებული საკეისრო კვეთის შემდგომ დედის და ნაყოფის მხრივ ინტრაოპერაციული და პოსტოპერაციული გართულებების შესახებ, ასეთ შემთხვევაში იგი მიიღებს ინფორმირებულ გადაწყვეტილებას.

ქვეყნის მთავარი საზრუნავი უნდა იყოს მოთხოვნით ანუ არა სამედიცინო ჩვენებით განხორციელებული საკეისრო კვეთების რაოდენობის შემცირება. ამისათვის უპირველეს ყოვლისა აუცილებელია მოსახლეობის განათლება. შეუფასებელია მედიისა და სხვა საინფორმაციო საშუალებების როლი ამ სფეროში. განსაკუთრებული აქცენტი უნდა გაკეთდეს ახალგაზრდების განათლებაზე. სხვადასხვა საინფორმაციო საშუალებებითა და მოსახლეობის ცნობიერების ამაღლებისათვის მოწოდებული მეთოდებით უნდა ხდებოდეს მათთვის ინფორმაციის მიწოდება ზოგადად რეპროდუქციული ჯანმრთელობის საკითხებზე და მათ შორის საკეისრო კვეთის შესახებ.

ჯანმოს მიერ რობსონის კლასიფიკაცია საკეისრო კვეთების შეფასების, მონიტორინგისა და ასევე დაწესებულებებს შორის შედარებისათვის იდეალურ სისტემად არის მიჩნეული. 2011 წელს ჯანმოს მიერ ჩატარებული იქნა საკეისრო კვეთების კლასიფიკაციის სისტემატური მიმოხილვა და რობსონის კლასიფიკაცია მიჩნეული იქნა საუკეთესოდ. აღნიშნული სისტემა ქალს ახასიათებს 10 სხვადასხვა კატეგორიის მიხედვით. კატეგორიები დაფუძნებულია ხუთ ბაზისურ სამედიცინო მახასიათებელზე, როგორცაა: მშობიარობის რიგითობა პირველადი, განმეორებადი, გადატანილი საკეისრო თუ საკეისრო კვეთის გარეშე; მშობიარობის სახეობა (სპონტანური, აღძრული თუ მშობიარობის დაწყებამდე ჩატარებული საკეისრო კვეთა); გესტაციური ასაკი (დროული თუ ნაადრევი); ნაყოფის წინმდებარეობა; ნაყოფთა რაოდენობა; კლასიფიკაცია არის მარტივი, ყველა ქალი სამშობიაროში შესვლისთანავე შეიძლება იქნას კლასიფიცირებული ბაზისურ მონაცემებზე დაყრდნობით. ამჟამად ჯანმოს ექსპერტთა ჯგუფის მიერ მიმდინარეობს მუშაობა გაიდლაინზე, რომელიც შესაძლებელს გახდის

რობსონის კლასიფიკაციის სამედიცინო დაწესებულებებში იმპლემენტაციას და შედეგების ინტერპრეტაციას, ასევე ტერმინებისა და დეფინიციების სტანდარტიზაციას. საქართველოში რობსონის კლასიფიკაციის დანერგვისა და გამოყენების შესახებ კარგი იქნება თუკი იმსჯელებს პროფესიული ასოციაციები.

Resume

C-section: Since 1985, the international healthcare community has considered the ideal rate for caesarean sections to be between 10% and 15%. Caesarean sections have become increasingly common in both developed and developing countries. When medically justified, a caesarean section can effectively prevent maternal and perinatal mortality and morbidity. However, there is no evidence showing the benefits of caesarean delivery for women or infants who do not require the procedure. As with any surgery, caesarean sections are associated with short and long term risk which can extend many years beyond the current delivery and affect the health of the woman, her child, and future pregnancies. These risks are higher in women with limited access to comprehensive obstetric care.

In recent years, governments and clinicians have expressed concern about the rise in the numbers of caesarean section births and the potential negative consequences for maternal and infant health. In addition the international community has increasingly referenced the need to revisit the 1985 recommended rate.

ლიტერატურა:

1. The Lancet. International caesarean section rates: the rising tide. Comment. Vol.3 May 2015
2. World Health Organization. 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates
3. საქართველოს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრი, 2014
4. რეპროდუქციული ჯანმრთელობის კვლევა, საქართველო, 2010
5. Mylonas I., Friese K., Indications for and Risks of Elective Cesarean Section Deutsches Ärzteblatt International Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 489–95
6. საკეისრო კვეთების ოპერაციული კვლევა, მატრა, ჰოლანდიის სამეფო
7. Kaplanoglu M., Karateke A., UnB., Akgor U., Baloglu A., Complications and outcomes of repeat cesarean section in adolescent women Int J Clin Exp Med 2014;7(12):5621-5628
www.ijcem.com /ISSN:1940-5901/IJCEM0002715
8. M. O'Neill., Agerbo E., Kenny C. L., Henriksen B. T., Kearney M. P., Greene A. R., Mortensen P. B., Khashan S. A., Cesarean Section and Rate of Subsequent Stillbirth, Miscarriage, and Ectopic Pregnancy: A Danish RegisterBased Cohort Study

მასალა ეპიდ ბიულეტენისთვის მოგვაწოდა არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის სამმართველოს უფროსმა ლელა შენგელიამ.

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:

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

Epidemiology Bulletin

**National Center for Disease
Control and Public Health**

**MINISTRY OF LABOUR, HEALTH
AND SOCIAL AFFAIRS OF GEORGIA**

2015/Vol.19 N12

