

ეპიდემიოლოგიური ბიულეტენი

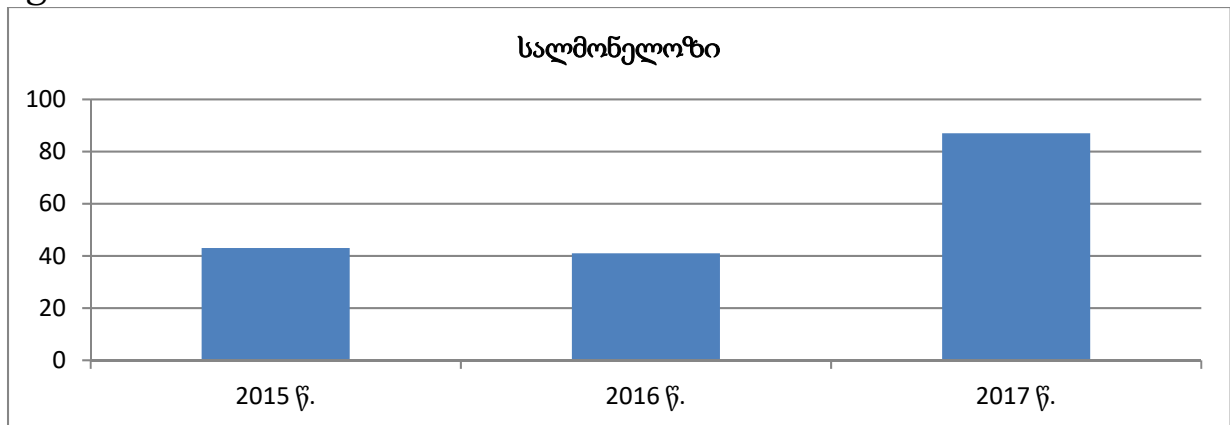
2017, აგვისტო-სექტემბერი № 8/9 ტომი 21

1. სალმონელოზი
2. სავარაუდო ინფექციური
წარმოშობის დიარეები (სიწდ)
3. წითელასმიერი პანენცეფალიტი

სალმონელოზი

2017 წლის პირველ ნახევარში აღრიცხულ-რეგისტრირებულია სალმონელოზის 87 შემთხვევა (ინციდენტობა 2,3), პრაქტიკულად ორჯერ მეტი, ვიდრე გასული 2016 წლის ანალოგიურ პერიოდში (41 შემთხვევა, ინციდენტობა 1,1). 2015 წლის 6 თვეში საქართველოში აღრიცხული იყო სალმონელოზის 43 შემთხვევა (ინციდენტობა 1,1).

სურათი 1.



2017 წელს სალმონელოზის შემთხვევები გამოვლინდა თბილისში (80), იმერეთში (4), კახეთში (2), ქვემო ქართლში (1).

საანგარიშო პერიოდში ქ. თბილისში ადგილი ქონდა სალმონელოზის ერთ ეპიდემიოლოგიურ შემთხვევას: მარტის თვეში, გამოვლინდა დაავადების 52 შემთხვევა (ერთი სარიტუალო სუფრის წევრები). ყველა დაავადებული იყო მოზრდილი ასაკის. პაციენტთა ლაბორატორიული (ბაქტერიოლოგიური) კვლევით 4 პაციენტის კლინიკურ ნიმუშებში დადასტურდა *Salmonella typhimurium*. ეპიდკვლევის შედეგად, რისკ ფაქტორთა ანალიზის საფუძველზე დაავადების მაღალი შანსი მიღებულ იქნა: ქათმის სალათთან (OR=4,5; CL 1,5-14,1) და ისპანახის მხალთან მიმართებაში (OR=3,3; CL 1,1-9,7).

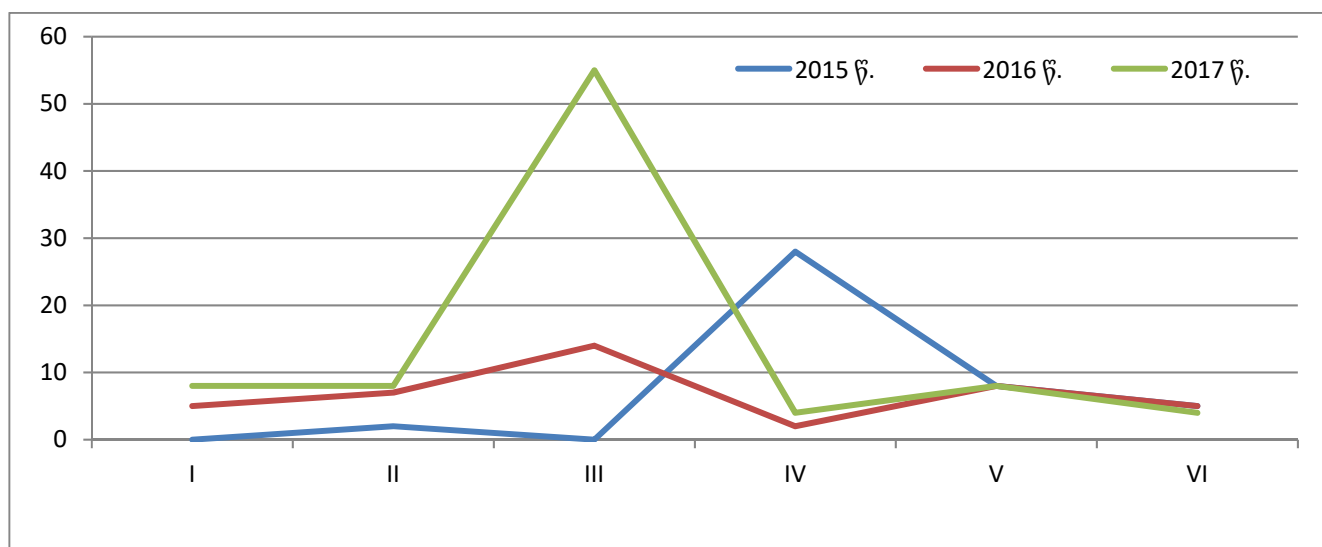
2016 წელს სალმონელოზის შემთხვევები გამოვლინდა თბილისში (18), იმერეთში (10), შიდა ქართლში (4), ქვემო ქართლსა და მცხეთა-მთიანეთში (3-3), კახეთში (2), აჭარაში (1).

საანგარიშო პერიოდში დაფიქსირდა სალმონელოზის ორი ეპიდაფეთქება:

- ქ. თბილისში, აპრილში, ერთ ოჯახში გამოვლინდა დაავადების 4 შემთხვევა, მათგან 14 წლამდე ასაკის 3. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგად 2 შემთხვევაში დადასტურდა დაავადების გამომწვევი *Salmonella enteritidis*. საექვო რისკ ფაქტორად მიჩნეული იქნა კრემიანი ფუნთუშა.
- გორის რაიონის სოფ. ფხვენისში, მარტში, ერთ ოჯახში დაავადდა 4 პირი. ყველა მოზრდილი. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგად 2 შემთხვევაში დადასტურდა დაავადების გამომწვევი *Salmonella typhimurium*. ჩატარებული კვლევის მიუხედავად სავარაუდო რისკ ფაქტორი ვერ გამოვლინდა.

სურათი 2.

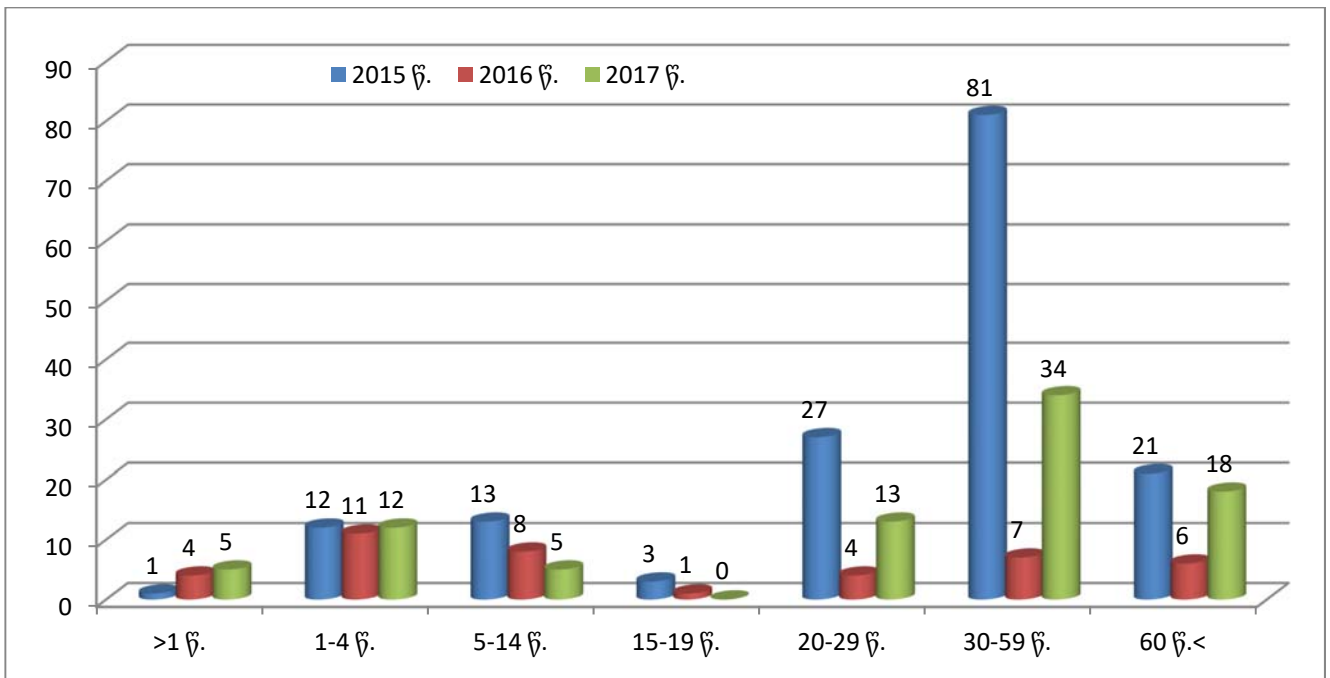
სალმონელოზის შემთხვევების განაწილება თვეების მიხედვით 2015-2016-2017 წ.წ. 6 თვე



როგორც მონაცემების მიხედვით ჩანს, 2015-2016-2017 წწ. დაავადების შემთხვევათა განაწილება თვეების მიხედვით არ გამოხატავს დაავადებისათვის დამახასიათებელ სეზონურობას. 2015-2016 წლების აპრილში და მარტში დაავადებათა პიკი განპირობებულია ეპიდაფეთქებების დროს გამოვლენილი შემთხვევებით (ქ.თბილისი და გორის რაიონი).

სურათი 3.

სალმონელოზის შემთხვევათა ასაკობრივი განაწილება 2015-2016-2017 წ.წ. 6 თვე



ტრადიციულად, მიმდინარე წელს სალმონელოზური ინფექციის შემთხვევათა უმეტესობა 0-14 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში აღირიცხა, მოზრდილ ასაკში კი დაავადების შემთხვევები გამოვლინდა ეპიდემიოლოგიის დროს.

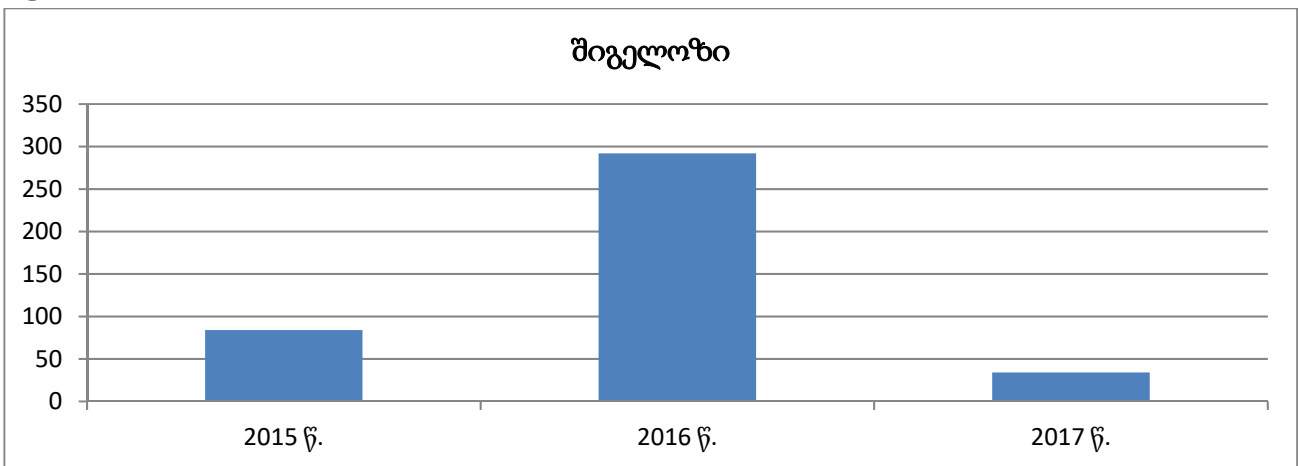
შიგელოზი

2017 წლის პირველ ნახევარში ქვეყანაში აღირიცხა შიგელოზის 34 შემთხვევა (ინციდენტობა 0,9), რომელთაგან 13 გამოვლინდა თბილისში, 19 შემთხვევა ქვემო ქართლში, მცხეთა-მთიანეთსა და იმერეთში თითო შემთხვევა. საერთოდ არ აღრიცხულა შემთხვევები აჭარის ა.რ, გურიის, კახეთის, შიდა ქართლის, სამეგრელო-ზემო სვანეთის, სამცხე-ჯავახეთსა და რაჭა-ლეჩხუმ ქვემო სვანეთის რეგიონებში.

საანგარიშო პერიოდში ადამიანთა ჯგუფური დაავადების (ეპიდეფეთქება) შემთხვევა არ გამოვლენილა.

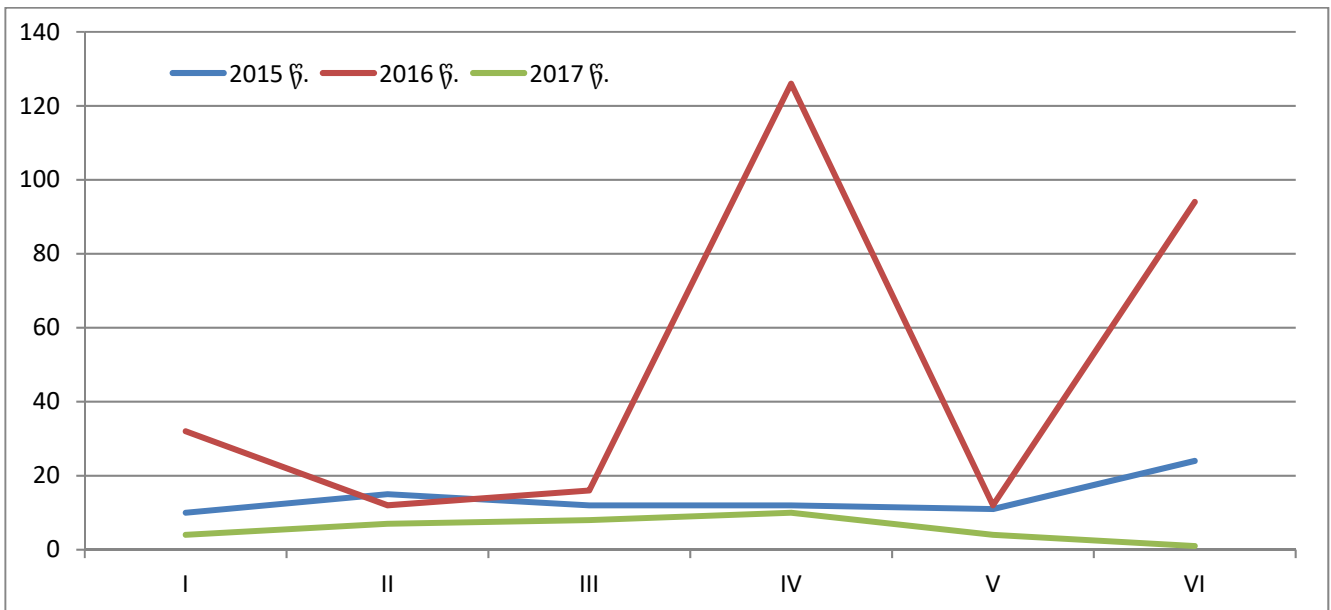
2016 წლის პირველ ნახევარში ქვეყანაში აღირიცხა შიგელოზის 292 შემთხვევა (ინციდენტობა 7,8), რომელთაგან 135 გამოვლინდა თბილისში, 121 სამეგრელო-ზემო სვანეთში, 22 შემთხვევა ქვემო ქართლში, 11 შემთხვევა იმერეთში. 2 მხარეში კი კახეთსა და შიდა ქართლში იყო ერთეული შემთხვევები. საერთოდ არ აღრიცხულა შემთხვევები აჭარის ა.რ. გურიის, სამცხე-ჯავახეთსა და რაჭა-ლეჩხუმ ქვემო სვანეთის რეგიონებში.

სურათი 1.



სურათი 2.

შიგელოზის შემთხვევების განაწილება თვეების მიხედვით 2015-2016-2017 წ.წ. 6 თვე



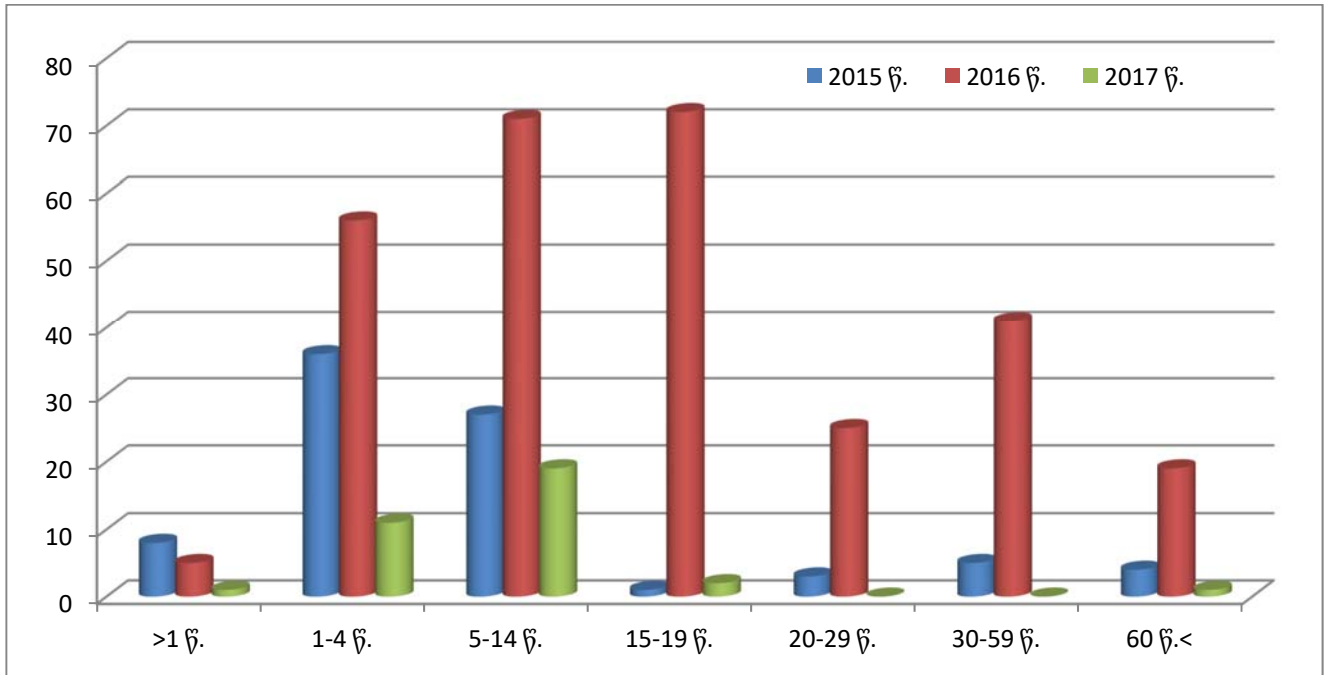
განვლილი სამი წლის პირველ ნახევრებში შიგელოზით შემთხვევათა განაწილებას თვეების მიხედვით არატიპიური სახე აქვს და დაავადებისათვის დამახასიათებელი სეზონურობა გამოხატული არ არის.

რაც შეეხება 2016 წელს, დაავადების შემთხვევათა მატებას წინა წელთან შედარებით, გამოწვეულია აფეთქებებით, რომელიც დაფიქსირდა:

- ქ. ზუგდიდში, აპრილში, გამოვლინდა დაავადების 111 შემთხვევა, 0-14 წლის ასაკის 51. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგად 5 შემთხვევაში დადასტურდა *Shigella sonnei*. დაავადების გამომწვევ საგარაუდო რისკ ფაქტორად მიჩნეულ იქნა სასმელი წყალი, რაც დადასტურდა სურსათის ეროვნული სააგენტოს მიერ ჩატარებული კვლევებითაც.
- ქ. რუსთავში, ივნისში, გამოვლინდა დაავადების 73 შემთხვევა. 0-14 წლის ასაკის 0, შემთხვევათა უმეტესობა დაფიქსირდა 15-19 წლის ასაკობრივ ჯგუფში - 56 შემთხვევა. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგად 13 შემთხვევაში დადასტურდა *Shigella sonnei*. დაავადების გამომწვევ რისკ ფაქტორად მიჩნეული იქნა ქათმის სალათი (RR=2.6; 1.4 - 4.7, 95% CI). აღნიშნული პროდუქტის დაბინძურება დადასტურებულ იქნა სე სააგენტოს მიერ ჩატარებული ლაბორატორიული ტესტირებით.
- ქ. რუსთავში, მარტში, ერთ ოჯახში გამოვლინდა დაავადების 5 შემთხვევა, აქედან 0-14 წლის 3. ბაქტერიოლოგიური კვლევის შედეგად 3 შემთხვევაში დადასტურდა *Shigella sonnei*. დაავადების გამომწვევი საგარაუდო რისკ ფაქტორი ვერ გამოვლინდა.

სურათი 3.

შიგელოზის შემთხვევათა ასაკობრივი განაწილება 2015-2016-2017 წ.წ. 6 თვე



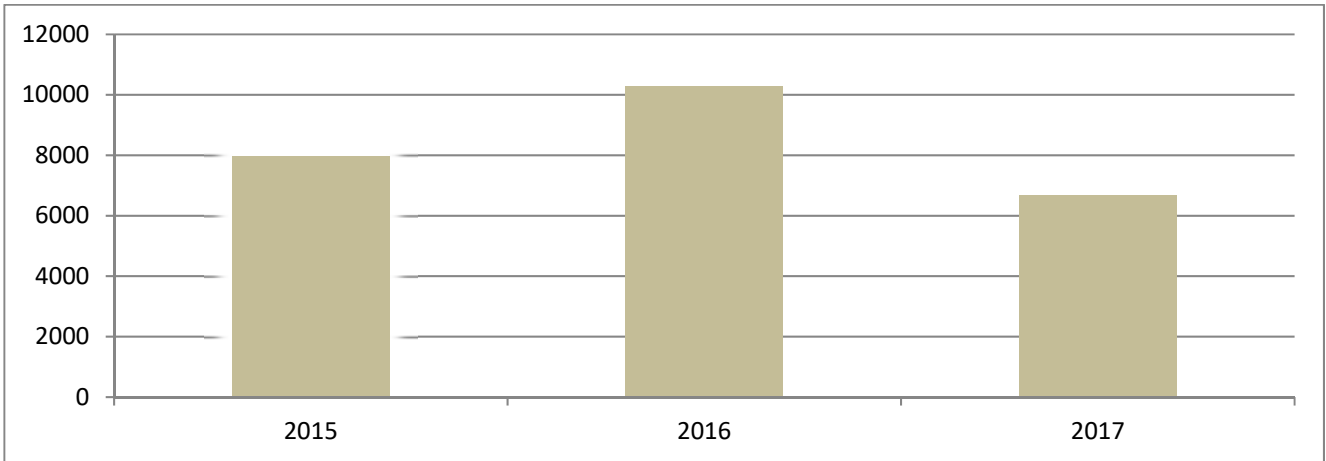
2017 წელს შიგელოზით ავადობის შემთხვევები 0-14 წლის ასაკობრივ ჯგუფში გამოვლინდა (97%), რაც დაავადებისთვის ტიპური და დამახასიათებელია.

2016 წლის ანალოგიურ პერიოდში შიგელოზით დაავადებულთა მატება მოზრდილ ასაკობრივ ჯგუფებში გამოიკვეთა.

სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეები (სიწდ)

2017 წლის პირველ ნახევარში ქვეყანაში აღირიცხა სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეების 6655 შემთხვევა (ინციდენტობა 178.9), 2016 წლის ანალოგიურ პერიოდში 10262 შემთხვევა (ინციდენტობა 275.8), 2015 წელს კი 7976 შემთხვევა (ინციდენტობა 213,7).

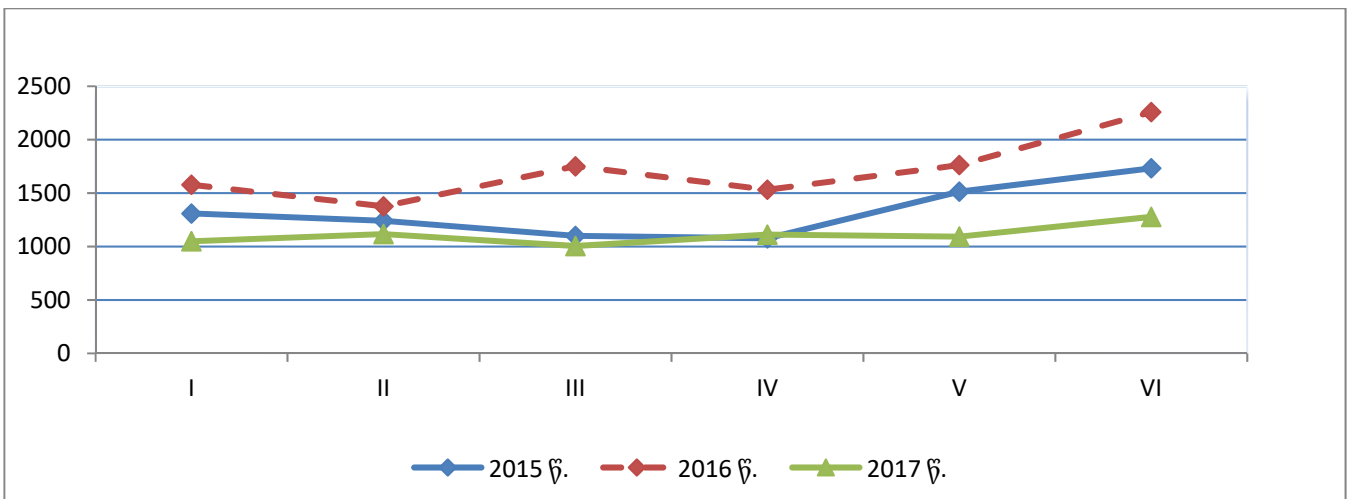
სურათი 1. სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეები 2015-2016-2017 წ.წ.



მიმდინარე წელს, 2015-2016 წლების ანალოგიურად, წარმოდგენილი მონაცემების თანახმად, დაავადების შემთხვევის უმრავლესობა აღირიცხება აჭარაში (ინციდენტობა 611.6) და იმერეთში (ინციდენტობა 377.6). ორივე მხარეში მაღალი მაჩვენებელი ძირითადად განპირობებულია ერთეული შემთხვევების მატებით, თუმცა აჭარაში გამოვლინდა რამდენიმე ჯგუფური შემთხვევაც:

- ქ. ბათუმში, ორი ეპიდაფეთქება (ოჯახური კერები) 3-3 შემთხვევით;
- ხელვაჩაურში, ერთი ეპიდაფეთქება 5 შემთხვევით (ელექტროგადამცემი ანძების მონტაჟის მუშები).

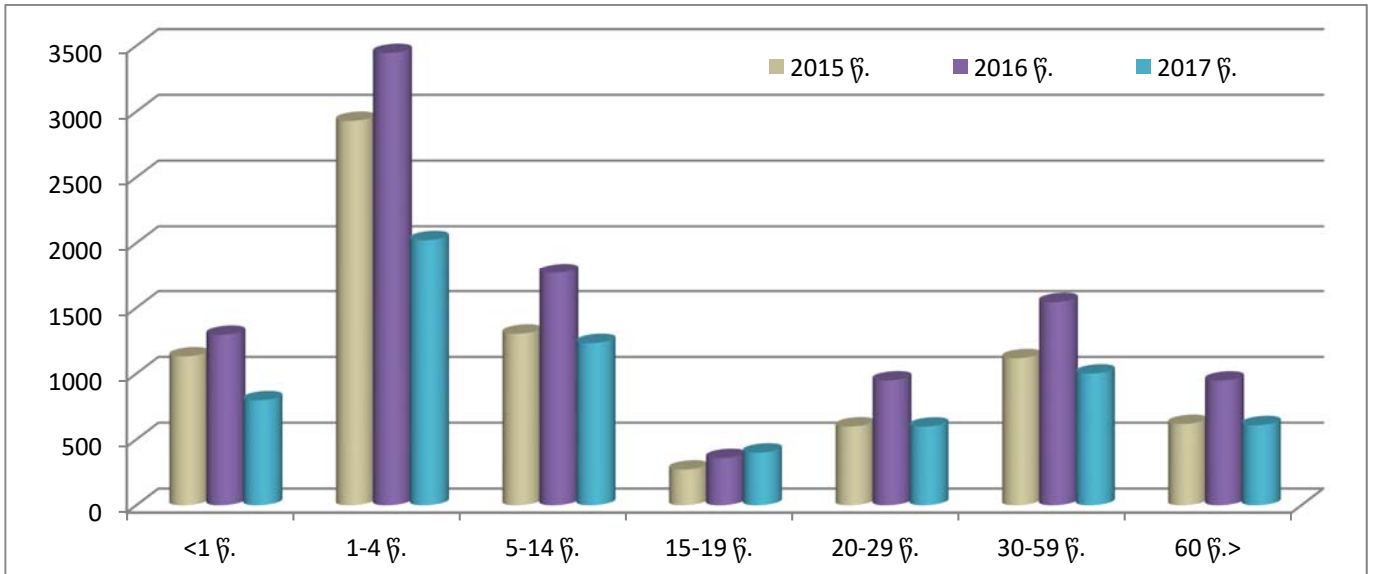
სურათი 2. სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეების შემთხვევათა განაწილება თვეების მიხედვით 2015-2016-2017 წ.წ. 6 თვე



ზოგადად ნაწლავთა ინფექციებისთვის დამახასიათებელი სეზონური მატება იწყება წლის თბილი პერიოდის დადგომისთანავე, რაც მოცემულ დიაგრამაზეც გამოიკვეთა.

სურათი 3.

სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეების შემთხვევათა განაწილება ასაკობრივ ჯგუფებში
2015-2016-2017 წ.წ. 6 თვე



2017 წ. საანგარიშო პერიოდში შემთხვევათა რაოდენობის კლება ყველა ასაკობრივ ჯგუფშია გამოკვეთილი, თუმცა 0-14 წლის ბავშვთა ხვედრითი წილი სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეების მთლიან რაოდენობაში სამივე წელს პრაქტიკულად თანაბარია და საშუალოდ 60-65%-ს შეადგენს.

მასალა ეპიდ ბიულეტენისთვის მოგვარდა დესჯც-ის მართვადი, რესპირატორული და ზოონოზური დაავადებების სამმართველოს მთავარმა სპეციალისტმა: მარინა ლაშქარაშვილმა

წითელასმიერი პანენცეფალიტი

წითელას, გარდა მაღალი კონტაგიოზურობისა და უბიკვიტარულობისა, სპეციფიკური პროფილაქტიკის პრაქტიკაში დანერგვამდე ლეტალობის საკმაოდ მაღალი მაჩვენებელი ახასიათებდა. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ წინა ათწლეულებში ვირუსოლოგიური კვლევების განვითარების დონე ყოველთვის არ იძლეოდა ლეტალობის მიზეზების სრულყოფილი ანალიზის შესაძლებლობას. წითელას ტიპური გართულებების პათოგენეზი და კლინიკა ინფექციურ პათოლოგიაში საკმაოდ დეტალურადაა წარმოდგენილი და მათთან დაკავშირებული გაურკვეველი საკითხების რიცხვი მინიმალურია. რაც შეეხება წითელასმიერ პანენცეფალიტს, იგი ყველაზე იშვიათი (წითელათი ინფიცირებული 10 000 ადამიანიდან 1-ს ემართება) და შესაბამისად შედარებით ნაკლებად შესწავლილი გართულებაა. უპირველეს ყოვლისა გასათვალისწინებელია გადატანილ დავადებათა და პანენცეფალიტის განვითარებას შორის დროის მონაკვეთის გართულებებისათვის არატიპური სიდიდე (6-15წელი).

გარდა ამისა, მიუხედავად ფაქტობრივი მასალის შთამბეჭდავი მასივისა, წითელასმიერი პანენცეფალიტის განვითარების მექანიზმი ბოლომდე დაზუსტებულად ვერ ჩაითვლება. კერძოდ, დასადგენია ნერვულ ქსოვილებში ვირუსის პერსისტირების განმაპირობებელი ფაქტორების ჩამონათვალი (ჩვეულებრივ წითელას გადატანიდან დაახლოებით 30დღის შემდეგ ვირუსი ორგანიზმში აღარ მოიპოვება). აღნიშნული შესაძლოა უკავშირდებოდეს, როგორც, გამომწვევის, ისე, მაკროორგანიზმის თავისებურებებს.

სკლეროზირებადი ლეიკოენცეფალიტი ანუ წითელას პანენცეფალიტი (დავსონის დაავადება-Dawson disease) თავის ტვინის ანთების იშვიათი და ქრონიკული ფორმაა. გვხვდება ძირითადად ბავშვებსა და მოზარდებში. ეს დაავადება ფიქსირდება მთელ მსოფლიოში, (შედარებით ნაკლებად დასავლეთის ქვეყნებში). აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ პანენცეფალიტის უიშვიათესი შემთხვევები აღინიშნება წითელაზე ვაქცინირებულებშიც (1 შემთხვევა დაახლოებით ნახევარი მილიონზე აცრილებში). და ასევე აუცრელებში ეს მაჩვენებელი 7-დან 300-მდე მერყეობს.

წითელასმიერი პანენცეფალიტის პათოგენეზი საბოლოოდ შესწავლილად ვერ ჩაითვლება. არსებული მონაცემები გარკვეულწილად ურთიერთსაწინააღმდეგო ხასიათისაა. კერძოდ, დაფიქსირებულია ვირუსის ნუკლეოკაფსიდის ჭარბი რაოდენობა და პარალელურად ცილების მაკოდირებელი გენების შეზღუდვა, რაც თავის მხრივ, გამორიცხავს იმუნიტეტის გააქტიურებას (ეს თეზისიც წინააღმდეგობრივია), ვირუსი აქტივდება და ინფექციური პროცესი ვითარდება, როგორც ენცეფალიტი.

პანენცეფალიტი შესაძლოა გამომჟღავნდეს წითელას გადატანიდან რამდენიმე (საშუალოს 6-15) ასიმპტომური წლის შემდეგ და გაგრძელდეს თანდათან პროგრესირებადი ფსიქონევროლოგიური დაზიანებით, შეტევებით, მიოკლონიით, ატაქსიით (მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევით), ფოტომგრძობელობით, კუნთოვანი სპაზმითა და კომით. დამახასიათებელია აგრეთვე ჰალუცინაციები, უძილობა და ტემპერატურა. არჩევენ 4 სტადიას. 1-ელ სტადიაზე ვლინდება, ხასიათის ცვალებადობა, ცხელება, თავის ტკივილი. ეს სტადია შეიძლება გაგრძელდეს 6თვე. მე-2 სტადიაზე ვლინდება გადაადგილების პრობლემები და კუნთების სპაზმი. ასევე შეინიშნება კრუნჩხვები და დემენცია. მე-3 სტადიაზე მოძრაობის კოორდინაციის დარღვევები უფრო მძიმდება. მე-4 სტადიაზე ზიანდება თავის ტვინის ნაწილები, რომლებიც აკონტროლებს სუნთქვას, გულის რიტმს და სისხლის წნევას, რასაც მოსდევს კომა და შემდეგ სიკვდილი, დაახლოებით 3წელიწადში.

დაავადების დამახასიათებელ მიმდინარეობას ასახავს ელექტროენცეფალოგრამა, რომელიც გვიჩვენებს თავის ტვინის დისფუნქციების ფართოდ გავრცელებას, ორივე ჰემისფეროში თეთრი ნივთიერებისა და თავის ტვინის ღეროს დაზიანებას. დიაგნოზი დამყარებულია სიმპტომებზე და ელექტროენცეფალოგრამის ტესტის შედეგზე. ტარდება თავის ტვინის MRI, სპინალური სითხის გამოკვლევა ვირუსის შემცველობაზე და ანტისხეულების ტიტრის შემოწმება.

თითოეული სტადიის მიმდინარეობა რამდენადმე ინდივიდუალურია და სიმპტომების წინასწარ განსაზღვრა რთულია. წითელასმიერ პანენცეფალიტთან მეტ-ნაკლებად წარმატებული ბრძოლა შესაძლებელია, მხოლოდ დაავადების 1-ელ სტადიაზე. ზოგადად პანენცეფალიტის მკურნალობა არ არსებობს, მაგრამ საკმარისად ადრე გამოვლენილი დაავადება ემორჩილება მკურნალობას და დარჩენილი სიცოცხლის განმავლობაში მედიკამენტების მიღებით შესაძლებელი ხდება დაავადების ბლოკირება. პანენცეფალიტის მკურნალობა წარმოებს ინტერფერონითა და სპეციფიკური ანტივირუსული პრეპარატებით. II სტადიიდან დაავადება უკურნებელია.

წითელას საწინააღმდეგო აცრა პანენცეფალიტის პრევენციის ერთადერთი საშუალებაა

რეზიუმე:

შეჯამების სახით, უნდა ითქვას, რომ წითელასმიერი პანენცეფალიტი მიუხედავად მისი იშვიათი სიხშირისა, მეტად მძიმე და მაღალი ლეტალობის მქონე დაავადებაა. უხშირესად, მასზე ეჭვის მასზე ეჭვის მიტანა რთულია და ამის გამო იგი ყურადღების მიღმა რჩება. მოსახლეობისა და ამასთანავე ექიმთა საზოგადოების მხოლოდ მცირე ნაწილისთვის თუ არის ცნობილი ამ დაავადების შესახებ.

ბიულეტენის საშუალებით, მედიცინის მუშაკებს შევახსენებთ წითელასმიერი პანენცეფალიტის არსებობასა და მისი მნიშვნელობას.

Resume:

To sum up, in spite of low frequency of panencephalitis, it's a very heavy and high mortality disease. Very often, panencephalitis stays without attention because of difficulties to bring suspicion. Population and Medical society have a very little information about panencephalitis.

With the help of Bulletin, it's possible to remind of importance of panencephalitis to medical worker.

მასალა ეპიდ ბიულეტენისთვის მოგვაწოდეს გადამღებ დაავადებათა დეპარტამენტის სტაჟორები: ქეთევან ქავთარაძე და ხატია გიორგანაშვილი.

„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:

- ი. ზედგენიძე - მენეჯერ-რედაქტორი
- გ. კაციტაძე - 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

2016/Vol.20 N8/9