

ივანე ჯავახიშვილის სახელობის თბილისის სახელმწიფო
უნივერსიტეტი



თამარ გელხვიძე

განსაკუთრებით საშიში პათოგენებით გამოწვეულ დაავადებებზე
ზედამხედველობა საქართველოში

სამაგისტრო პროგრამა:

საზოგადოებრივი ჯანდაცვა

სამაგისტრო ნაშრომი შესრულებულია საზოგადოებრივი ჯანდაცვის
მაგისტრის აკადემიური ხარისხის მოსაპოვებლად

ნაშრომის ხელმძღვანელი: შოთა ცანავა

MD,PHD თსუ ასოცირებული პროფესორი

თბილისი, 2019

ანოტაცია

თემის აქტუალობა: განსაკუთრებით საშიში ინფექციების (გსკ) ეპიდზედამხედველობის თემა აქტუალურია საქართველოში, რადგან საშიში ინფექციების გამოვლენის შემთხვევები საკმაოდ ხშირია ქვეყანაში. აღნიშნულის გამო, დიდი ყურადღება ეთმობა განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შესწავლას და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარებას. პრობლემის აქტუალობა განპირობებულია ინფექციათა სიხშირით, საკმაოდ რთული კლინიკური მიმდინარეობით და მაღალი ლეტალური მაჩვენებლით. განსაკუთრებით ხშირია, იმ პათოგენებით გამოწვეული ინფექციერ დაავადებათა რაოდენობა როგორცაა: ბოტულიზმი, ჯილეხი ბრუცელოზი. საქართველოში ჯილეხით ადამიანთა დაავადების შემთხვევები რეგისტრირდება ყოველწლიურად. ბოლო წლებში შემთხვევების განაწილება გვხვდება შემდეგი თანმიმდევრობით: (2012 წელი -142 შემთხვევა, 2013 წ. – 143 შემთხვევა, 2014 წ. – 57 შემთხვევა, 2015 წ. - 57 შემთხვევა, 2016 წ. – 27 შემთხვევა, 2017 წ.- 35 შემთხვევა, 2018 წ. – 25 შემთხვევა). შემთხვევათა კლება გამოწვეულია, ცხოველთა ვაქცინაციის სახელმწიფო პროგრამით, რომელსაც სურსათისთვის ეროვნული სააგენტო ახორციელებს. ერთეულ შემთხვევაში, სამედიცინო მომსახურებისთვის გვიანი მიმართვიანობის გამო, რეგისტრირდება თითო ლეტალური შემთხვევა (2011, 2013, 2017)¹.

მართვადი ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლა ძირითადად ეყრდნობა იმუნიზაციას , მაგრამ გარდა ვაქცინაციისა ამ ინფექციების ელიმინაციისა და კონტროლისთვის აუცილებელია ეპიდზედამხედველობის სისტემის გამართული ფუნქციონირება.

ჰიპოთეზა: სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის დაწყების წინ მიღებული ინფორმაციის საფუძველზე გამოითქვა ვარაუდი, რომ საქართველოში მოსახლეობა არ ფლობს საკმარის ინფორმაციას გსკ გავრცელების და პრევენციული ღონისძიებების შესახებ. ასევე გამოითქვა ვარაუდი, რომ ლუგარის კვლევიტ ცენტრზე ვრცელდება მცდარი

¹ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი <http://www.ncdc.ge/Pages/user/LetterContent.aspx?ID=2ffbcbff-75a3-491a-bb9c-5fddb13d3d18> (ნანახია: 19.01.2019)

ინფორმაცია სიციალური მედიის საშუალებებით. ყოველივე ეს მოსახლეობაში აზრთა სხვადასხვაობას იწვევს.

ნაშრომში წარმოდგენილია განსაკუთრებით საშიშ ინფექციების გამომწვევი მიზეზები, განვითარების რისკები და ადამიანის დაინფიცირებისაგან თავის დაცვის შესაძლებლობები საქართველოში.

ნაშრომის მიზანი: განსაკუთრებით საშიში ინფექციების მიმართ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დადგენა, აგრეთვე საქართველოში არსებული ეპიდზედამხედველობის სისტემის შესახებ მოსახლეობის ცოდნის დონის შეფასება, მოსახლეობის დამოკიდებულების განსაზღვრა ლუგარის კვლევითი ცენტრის შესახებ.

ნაშრომის ამოცანები

1. განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შესახებ გამოქვეყნებული ლიტერატურული წყაროებისა და სტატისტიკური ინფორმაციის შეკრება, სისტემატიზაცია, აღწერა, შედარება და ანალიზი;
2. საქართველოში მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულების განსაზღვრა გსპ თან დაკავშირებით;
3. მცირე მასშტაბის ონლაინ კვლევის ჩატარება მოსახლეობაში;
4. დასკვნების მომზადება ლიტერატურული წყაროების, სტატისტიკური მონაცემებისა და სხვა საინფორმაციო მასალების ანალიზის საფუძველზე.

კვლევის მეთოდები: სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ჩატარებული კვლევისთვის გამოყენებულ იქნა შემდეგი მეთოდები: ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, სისტემატიზაცია, ანალიზი. ონლაინ კვლევა რესპოდენტების მოსამიებლად გავრცელდა სოციალური ქსელის მეშვეობით, კვლევის შედეგად მიღებული პირველადი მონაცემები დამუშავდა კომპიუტერული პროგრამის SPSS სტუდენტებისთვის რეკომენდებული ვერსიით. რესპოდენტთა შერჩევისთვის გამოყენებულ იქნება შემთხვევითი შერჩევა. გამოიკითხა 200 რესპოდენტი, (რესპოდენტთა რაოდენობა განისაზღვრა სპეციალური ფორმულით, რომელიც მოცემულია ვებ-გვერდზე <http://www.openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm>). კვლევა ჩატარდა თბილისში .

სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში შესწავლილი ლიტერატურული წყაროებისა და ჩატარებული კვლევის შედეგების საფუძველზე მომზადდა დასკვნები და რეკომენდაციები.

Supervision over the diseases caused by particularly dangerous pathogens in Georgia

Gelkhviidze tamari

სარჩევი

| | |
|--|-----------|
| შესავალი | 6 |
| თავი 1. ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა, არსი და მნიშვნელობა | 9 |
| 1.1 გაანსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხა | 12 |
| 1.2 ინფექციურ დაავადებათა შემთხვევების გამოვლენა და რეგისტრაცია | 16 |
| თავი 2. განსაკუთრებით საშიში ინფექციები | 27 |
| 2.1 გ.ს.პ გავრცელება მსოფლიოში | 44 |
| 2.2 ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები | 46 |
| თავი 3. ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევითი ცენტრი | 49 |
| თავი 4. მცირე მასშტაბის კვლევა | 53 |
| დასკვნები | 71 |
| რეკომენდაციები | 71 |
| გამოყენებული ლიტერატურა | 74 |
| დანართები | 76 |
| ინფორმაცია რესპოდენტისთვის | 77 |

შესავალი

ადრეულ საუკუნეებში მოსახლეობაში მასობრივად იყო გავრცელებული განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადებები (შავი ჭირი, ყვავილი, ჯილეხი და სხვ.) ამიტომ უპირატესი ყურადღება, მათი გამომწვევი მიზეზების შესწავლას ეთმობოდა.²

სხვადასხვა ეპიდემიების აღწერის შედეგად შენიშნეს, რომ მთელი რიგი დაავადებების წარმოშობა და გავრცელება არ იყო დაკავშირებული ადრინდელ ეპიდემიებთან და ისინი ვითარდებოდა გარკვეულ ტერიტორიაზე გარკვეულ დროს. ინფექციური დაავადებების გამომწვევი მიკროორგანიზმების აღმოჩენის შემდეგ კი ეპიდემიოლოგია მთლიანად გადავიდა ინფექციური დაავადებების შესწავლაზე. (6)

ჩვენს ერამდე მე-4 საუკუნეში მოღვაწეობდა დიდი მოაზროვნე ფუკიდიდე, რომელიც მიიჩნევდა, რომ დაავადებათა მასობრივ გავრცელებას უწყობდა ხელს მოსახლეობის დიდი სიმჭიდროვე ქალაქებში. მან აღწერა საბერძნეთში შავი ჭირის ეპიდემია. მიუხედავად იმისა, რომ ადრეულ საუკუნეებში, როგორც მთლიანად მედიცინა, ისე ეპიდემიოლოგია სუსტად იყო განვითარებული, ბევრ ქვეყანაში ტარდებოდა მნიშვნელოვანი ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები, მაგალითად: ძველ რომში სისტემურად ხდებოდა ქუჩის დასუფთავება და ნაგვის გატანა, ასევე კონტროლი საკვები პროდუქტების ხარისხზე. (3)

მე-19 საუკუნის შუა პერიოდში ინგლისელმა ექიმმა ჯონ სნოუმ შეისწავლა ეპიდემიოლოგიური მეთოდის გამოყენებით ქოლერის გავრცელების თავისებურებანი. კვლევის საფუძველზე ჯონ სნოუმ დაასკვნა, რომ ქოლერა ვრცელდებოდა წყლით. მის მიერ გატარებული ღონისძიებების შედეგად შემცირდა საშიში ინფექციის რაოდენობა.(3)

მე-19 საუკუნის ოთხმოციანი წლებიდან დაიწყო მსოფლიოში მიკრობიოლოგიური აღმოჩენების ერა. პასტერის, კოხის, მეჩნიკოვის, ერლიხის გამოკვლევებმა დაადასტურა

² ი.ჭედლიშვილი დ.გელოვანი ეპიდემიოლოგია, თბილისი,2016

მოს აზრება, რომ უმრავლესი ეპიდემიური დაავადება იყო ინფექციური ბუნების, რამაც ბიძგი მისცა განსაკუთრებით ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიის სწრაფ განვითარებას.(6)

ფართო ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებებმა, მოსახლეობის მატერიალურ-საყოფაცხოვრებო და კულტურული დონის ამაღლებასთან ერთად შესაძლებელი გახადა მრავალი განსაკუთრებით საშიში ინფექციის შემცირება და ზოგიერთი დაავადების ლიკვიდაცია. აღარ გვხვდება პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფი, შავი ჭირი, მსოფლიოში ლიკვიდირებულია ყვავილი. 1958 წელს ჯანდაცვის მსოფლიო ანსამბლემ მიიღო რეზოლუცია ყვავილის ლიკვიდაციის შესახებ. 1980 წელს კი მოხსნეს ყვავილის საწინააღმდეგო გეგმიური აცრები. მნიშვნელოვნად შემცირდა ჯილეხით და მალარიით დაავადების შემთხვევები. გეგმიურად ხორციელდება ბრძოლა დიფტერიასთან, წითელასთან, პოლიომიელიტთან.³

ტრანსმისიულ დაავადებათა გავრცელების შემცირებისკენ მიმართული პროფილაქტიკური ღონისძიებების ორგანიზაციაში მნიშვნელოვანი იყო ე. პავლოვსკის მოძღვრება შავი ჭირის, ლეიშმანიოზის, ენცეფალიტისა და სხვა საშიში ინფექციური დაავადებების ბუნებრივი კეროვნების შესახებ. (6)

საქართველოში ეპიდემიოლოგიური სკოლის ჩამოყალიბება დაკავშირებულია პროფესორ კონსტანტინე კაციტაძის სახელთან. მის სახელთან არის დაკავშირებული საქართველოში ისეთი საშიში დაავადებების წინააღმდეგ ბრძოლა, როგორცაა პარტახტიანი და შებრუნებითი ტიფი, მუცლის ტიფი, დიფტერია და სხვა.(3)

სანიტარული ზედამხედველობის ორგანიზაციის შესახებ პირველი დოკუმენტი შეიქმნა 1922 წელს. მეორე დოკუმენტი, რომლითაც დაწესდა მიმდინარე და წინასწარი სანიტარული მეთვალყურეობა გამოქვეყნდა 1927წელს. მას ჰიგიენის მამამთავარმა აკადემიკოსმა ა. სისინმა „სანიტარული საქმის კონსტიტუცია“ უწოდა. (ვ.კაციტაძე, 1983)⁴

³ ი.მჭედლიშვილი ეპიდემიოლოგია თბილისი 2010

⁴ ვ. კაციტაძე ჰიგიენა თბილისი 1983

მეოცე საუკუნის მეორე ნახევარში მიღწეულ იქნა მნიშვნელოვანი წარმატებები ინფექციური დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში. ჯანმოს ოფიციალური მონაცემებით მსოფლიოში, ყოველწლიურად, ინფექციური დაავადებით ავადდება 1,5 მილიარდზე მეტი ადამიანი. ბუნებრივია, რომ ინფექციური დაავადებები მნიშვნელოვანი პრობლემაა საქართველოსთვის, რომელიც განვითარებად ქვეყნების რიცხვს მიეკუთვნება. ამ ჯგუფის ქვეყნებში კი ეს დაავადებები უფრო ფართოდაა გავრცელებული, ვიდრე განვითარებულ ქვეყნებში. (საქართველოს სამედიცინო ჟურნალი, 2010) დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სფეროში წამყვან ორგანიზაციას წარმოადგენს. ორგანიზაციის ისტორია სათავეს საქართველოში შავი ჭირის სადგურის დაარსების თარიღიდან (1937წელი) იღებს. 1992 წელს, შავი ჭირის საწინააღმდეგო საქართველოს სადგური განსაკუთრებით საშიში პათოგენების კვლევით ცენტრად გარდაიქმნა. რაც დღეს მოქმედებს დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის (დკსჯც) სახელით.

თავი 1. ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა, არსი და მნიშვნელობა

ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა წარმოადგენს საინფორმაციო სისტემას, რომელიც აწვდის ჯანდაცვის ორგანოებს ცნობებს, რომლის საფუძველზეც უნდა შემუშავდეს ღონისძიებები მოსახლეობაში დაავადებათა პროფილაქტიკის და ავადობის დონის შესამცირებლად. ხაზგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურისათვის ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა წარმოადგენს ინსტრუმენტს, რომლის საშუალებითაც ისინი მეთვალყურეობას უწევენ მოსახლების ჯანმრთელობის მდგომარეობას, რათა დაისახოს მათი საქმიანობის პრიორიტეტული მიმართულება და პრინციპები და შემუშავდეს პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების რაციონალური გეგმა. ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ძირითადი დებულებები მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის სისტემური შეგროვება ანალიზი, ინტერპრეტაცია და გავრცელება ეხება როგორც გადამდებ ისე არაგადამდებ დაავადებებს.⁵

ინფექციურ დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა არის გარკვეულ ტერიტორიაზე დაავადების ეპიდემიურ პროცესზე უწყვეტი კომპლექსური მეთვალყურეობა (დაკვირვება) პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების ეფექტურობის ასამაღლებლად.

ეპიდზედამხედველობის მიზანია, შეისწავლოს დაავადებათა გავრცელების თავისებურებები და მოგვცეს შეფასება მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფში დაავადების/დაავადებათა აღმოცენებისა და გავრცელების ალბათობაზე. მათი ეფექტური კონტროლისა და პროფილაქტიკისთვის.

ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის ამოცანებია :

- ❖ ინფექციური დაავადების სოციალურ-ეკონომიკური მნიშვნელობის განსაზღვრა;

⁵ ი.მჭედლიშვილი დ.გელოვანი ეპიდემიოლოგია, თბილისი,2006

- ❖ გავრცელების მაშტაბების და ხასიათის შეფასება;
- ❖ ავადობის დინამიკის ტენდენციის და მისი ტემპების განსაზღვრა;
- ❖ იმ ტერიტორიების გამოვლენა, სადაც ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია არ არის კეთილსაიმედო;
- ❖ მოსახლეობის იმ კონტიგენტის გამოვლენა, რომელთა დაავადების რისკი მაღალია გამომდინარე მათი სამუშაო და საყოფაცხოვრებო პირობებისგან;
- ❖ ადექვატური პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების შემუშავება, მათ რეალიზაციის ეტაპების დაგეგმვა;
- ❖ განხორციელებული პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების მასშტაბების, ხარისხის და ეფექტურობის კონტროლი მათი რაციონალური კორექტირების მიზნით;
- ❖ ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის პროგნოზი; (5)

ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემა შეიძლება წარმოვიდგინოთ, როგორც შემდეგი ღონისძიებების ერთობლიობა, რომლებიც ასეთი თანმიმდევრობით ხორციელდება:

- დაკვირვება ადგილზე, ინფორმაციის და რეგისტრაცია;
- ინფორმაციის გადაცემა ვერტიკალურად, ე.ი ქვემდგომი ორგანოების მიერ ზემდგომი ორგანოებისთვის;
- ინფორმაციის გაცვლა ჰორიზონტალურად, ანუ და დაინტერესებულ უწყებებსა და ორგანიზაციებს შორის;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის შეფასება;
- მმართველობითი გადაწყვეტილებების შემუშავება და გასატარებელი ღონისძიებების კორექტირება⁶

მთლიანობაში შეიძლება ითქვას, რომ ნებისმიერი დაავადების ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის სისტემა შემდეგი ალგორითმით ფუნქციონირებს: ინფორმაციის შეგროვება -ინფორმაციის გადაცემა და გაცვლა- ეპიდემიოლოგიური ანალიზი (რეტროსპექტულად და ოპერაციული)-პროგნოზირება- მმართველობითი გადაწყვეტილებების მიღება(დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლის

⁶ ი.მჭედლიშვილი ეპიდემიოლოგია თბილისი, 2006

სტრატეგია და ტაქტიკა)-გატარებული პროფილაქტიკური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების შეფასება. ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის განხორციელების დროს უპირველესი საკითხი, რომელიც დროულ მოწესრიგებას საჭიროებს, არის დაავადებათა სრული და დროული რეგისტრაციის და აღრიცხვის მოწესრიგება. ამის გარეშე შეუძლებელია მოსახლეობის ჯანმრთელობის შესახებ რეალური ინფორმაციის მოპოვება. თავის მხრივ რეგისტრაციისა და აღრიცხვის მოწესრიგებისათვის აუცილებელია ავადმყოფთა სრული გამოვლენა, რაც დამოკიდებულია: ა)კლინიკისტა კვალიფიკაციაზე. ექიმ კლინიკისტებს უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი ცოდნა და უნარი, რომ გამოავლინონ არა მარტო დაავადების ტიპური, არამედ წაშლილი ფორმებიც. აუცილებელია ინფექციური დაავადებების დროს, ეპიდემიოლოგიური მონაცემების დროული მოპოვება და მათი სრულად გამოყენება. ინფექციური დაავადების დიაგნოზის დასმის შემთხვევაში ექიმი ვალდებულია სასწრაფოდ საქმის კურსში ჩააყენოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახური. საქართველოში მოქმედი კანონმდებლობის თანახმად ეს უნდა მოხდეს სასწრაფო შეტყობინების საშუალებით. მას აგზავნის სამედიცინო საქმიანობის ყველა სუბიექტი, განურჩევლად დაქვემდებარებისა საკუთრების ფორმისა, მათ შორის ლაბორატორიები და კერძო პრაქტიკის მქონე ექიმები. შეტყობინებას დაქვემდებარებული ყველა ინფექციური დაავადება იყოფა ორ ჯგუფად:

- 1) სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებები;
- 2) ყოველთვიურ შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებები;

საერთაშორისო კონვენციებს დაქვემდებარებული, განსაკუთრებით საშიში ან მასთან გათანაბრებული ინფექციებისას შეტყობინება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ცენტრში დაუყოვნებლივ უნდა გაიგზავნოს. (5)

ეს დაავადებებია :

1. შავი ჭირი,
2. ქოლერა
3. ყვითელი ცხელება
4. ჰემორაგიული ვირუსული ცხელებები,

5. ტულარემია,
6. ჯილეხი,
7. ცოფი,
8. ყვავილი,
9. მძიმე მწვავე რესპირატორული სინდრომი,
10. ტკიპისმიერი ენცეფალიტი,
11. გრიპი,
12. ჰიდროფობია⁷

ბ) საზოგადოების სამედიცინო განათლებაზე. თუ ავადმყოფმა ადამიანმა არ მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას, ბუნებრივია, რომ დაავადება რჩება გამოვლენის გარეშე. თანამედროვე სიტუაციაში, როდესაც გაიოლებულია სხვადასხვა სახის ინფორმაციის, მათ შორის სამედიცინო ინფორმაციის მოპოვება პაციენტი არჩევს თვით მკურნალობას რასაც შედეგად შეიძლება მოყვეს საზოგადოებაში ინფექციური დაავადების სწრაფი და ინტენსიური გავრცელება. ამიტომ, აუცილებელია, რომ გაიზარდოს მოსახლეობის თვითშეგნება და მათ ყველა შემთხვევაში დროულად მიმართონ სამედიცინო დაწესებულებას. აგრეთვე, მნიშვნელოვანია სამედიცინო მომსახურების ხელმისაწვდომობა რაც ბუნებრივია ხელს უშლის დაავადებათა სრულ გამოვლენას და აღრიცხვას.(5)

1.1 განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხა

საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო ადგენს განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხას და შეიმუშავებს განსაკუთრებით გავრცელებული დაავადებების, ეპიდემიოლოგიური შესწავლის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ღონისძიებებს. განსაკუთრებით საშიში გადამდები დაავადების არსებობაზე დასაბუთებული ეჭვის დასადასტურებლად მოქალაქეთა შემოწმების

⁷ ი.მჭედლიშვილი დ.გელოვანი ეპიდემიოლოგია.თბილისი, 2016

საჭიროებისას მოსახლეობა ვალდებული არის ჩაიტარონ ყველა სათანადო გამოკვლევა. გამოკვლევის ჩატარებისას დაცული უნდა იქნას მოქალაქეთა ღირსება და მათი უფლებები. (5)

განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხა:

- 1) ბოტულინის ნეიროტოქსინის მაპროდუცირებელი Clostridium-ის სახეობები-
Botulinum neurotoxin produsing species of Clostridium
- 2) ბრუცელოზის გამომწვევები:
 - ✓ მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვის ბრუცელოზის გამომწვევი-Brucela abortus;
 - ✓ ღორის ბრუცელოზის გამომწვევი-Brucela suis;
 - ✓ წვრილფეხა რქოსანი პირუტყვის ბრუცელოზის გამომწვევი-Brucela melitensis.
- 3) ებოლას ვირუსი-Ebola virus.
- 4) თურქელის ვირუსი-Foot and mouth disease virus.
- 5) თხის ყვავილის ვირუსი-Goat pox virus.
- 6) კიასანურის ტყის დაავადება-Kyasanur forest disease.
- 7) ლასას ცხელების ვირუსი-Lassa fever virus.
- 8) ლუჰო ვირუსი-lujo virus.
- 9) მაიმუნის ყვავილის ვირუსი-Monkeypox virus.
- 10) მარბურგის ვირუსი-Marburg virus.
- 11) მელიოიდოზის გამომწვევი-Burkholderia pseudomalle.
- 12) მიკოპლაზმა კაპრიკოლუმ-Mycoplasma capricolum.
- 13) მიკოპლაზმა მიკოიდეს-mycoplasma mycoides.
- 14) მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვის კვანძოვანი დერმატიტის ვირუსი-Lumpy skin disease virus.
- 15) მსხვილფეხა რქოსანი პირუტყვის ჭირის ვირუსი-Rinderpest virus.
- 16) მცირე ყვავილის ვირუსი-Variola major virus.

- 17) მძიმე მწვავე რესპირაციულ სინდრომთან ასოცირებული კორონავირუსი- SARAS-COV.
- 18) ნატურალური ყვავილის ვირუსი-Variola major virus.
- 19) ნიპას ვირუსი-Nipah virus
- 20) ნიუკასტელის დაავადების ვირუსი-Newcastle disease virus.
- 21) ომსკის ჰემორაგიული ცხელების-Omsk hemorrhagic fever.
- 22) პარტახტიანი ტიფის გამომწვევი-rickettsia prowazekii.
- 23) პანდემიური გრიპის ვირუსი-Reconstructed influenza virus
- 24) რიფტის ველის ცხელების ვირუსი -Rift valley fever virus.
- 25) სამხრეთ ამერიკის ჰემორაგიული ცხელების ვირუსები-South American hemorrhagic fever viruses:
 - ✓ გუანარიტო
 - ✓ მაჩუპო
 - ✓ საბია
 - ✓ ჩაპარე
 - ✓ ხუნინი
- 26) ტკიპისმიერი ჯგუფის ენცეფალიტის ვირუსები-Tick-borne encephalitis complex virusis.
- 27) ტულარემიის ჩხირი-Francisella tularensis.
- 28) ფრინველის გრიპის ვირუსი-Avian influenza virus.
- 29) ქოთაოს გამომწვევი-Burkholderia mallei.
- 30) Q ცხელების გამომწვევი-Coxiella burneti.
- 31) ღორების ვეზიკულური დაავადების ვირუსი-Swine vesicular disease virus.
- 32) ღორების აფრიკული ცხელების ვირუსი-African swine fever virus.
- 33) ღორის კლასიკური ცხელების ვირუსი-Classical swine fever virus.
- 34) ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების ვირუსი-Crimean-congo haemorrhagic fever virus.
- 35) შავი ჭირის ჩხირი-Yersinia pestis.
- 36) ცხენის აფრიკული ჭირის ვირუსი-African horse sickness virus.

- 37) ცხენის აღმოსავლური ენცეფალიტის ვირუსი-Eastern equine encephalitis virus.
- 38) ცხენის ვენესუელური ენცეფალიტის ვირუსი-Venezuela equine Encephalitis virus.
- 39) ცხვრის ყვავილის ვირუსი-Seep pox virus.
- 40) წვრილფეხა მცოხნელების ჭირის ვირუსი-Peste des petits ruminants virus.
- 41) ჯილეხის ჩხირი-Bacillus anthracis.
- 42) ჰენდრას ვირუსი-Hendra virus.⁸

არსებობს განსაკუთრებით საშიში პათოგენებით გამოწვეულ დაავადებებზე ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებული ეროვნული სისტემის ფუნქციონირების წესი, რომლის მიზანიც არის, დროულად გამოავლინოს ბიოლოგიური საფრთხე, დაადგინოს საფრთხის გამომწვევი მიზეზი და წყარო და დროულად მოახდინოს იმ სახელმწიფო ორგანოების ფორმირება, რომლებიც პასუხისმგებელნი არიან საფრთხის შემცირებასა და ლიკვიდაციაზე. ინფექციურ დაავადებებზე ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებული ეროვნული სისტემა:

1. განსაზღვრავს ინტეგრირებულ ეპიდზედამხედველობის სისტემაში მონაწილე ორგანოებსა და თითოეული სტრუქტურის უფლება-მოვალეობებს;
2. განსაზღვრავს სხვადასხვა სექტორის ურთიერთქმედების ზოგად პრინციპებს, ინფორმაციის რეგისტრაციისა და გაცვლის წესს და აზუსტებს პროცედურებს.
3. ადგენს ამ სისტემაში შემავალი ორგანოების მოქმედების ადმინისტრაციულ-ტერიტორიულ არეალს.⁹

ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებულ ეროვნულ სისტემაში მონაწილე ორგანოებს მიეკუთვნებიან:

1. სსიპ-ლ.საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი და მისი ტერიტორიული ერთეულები;

⁸ საქართველოს კანონი, „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“ 74-ე მუხლი
http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30-03.

⁹ საქართველოს მთავრობის დადგენილება N336
http://gov.ge/files/411_50489_770698_336.9.07.15.

2. მუნიციპალიტეტებთან არსებული საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრები/სამსახურები;
3. სსიპ-საქართველოს სოფლის მეურნეობის ეროვნული სააგენტო და მისი ტერიტორიული ორგანოები;
4. სსიპ- შემოსავლების სამსახური;
5. საქართველოს გარემოსა და ბუნებრივი რესურსების დაცვის სამინისტრო.

ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებულ ეროვნულ სისტემაში მონაწილე თითოეული ორგანო პასუხს აგებს:

1. შემთხვევის დროულ აღმოჩენაზე;
2. შემთხვევის დროულ რეგისტრაციაზე;
3. შემთხვევის შესახებ დროულ შეტყობინებაზე;
4. შემთხვევის ეპიდკვლევასა და ინფორმაციის დროულ განახლებაზე;
5. შემთხვევის ლაბორატორიულ კვლევასა და ლაბორატორიული ღონისძიებების დეტალურ ასახვაზე;
6. მონაცემთა ანალიზსა და ინტერპრეტაციაზე;
7. საპასუხო ქმედებასა და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარებაზე; (8)

ამ ქვეპუნქტში მითითებული ვალდებულებები ხორციელდება დაავადებებზე ზედამხედველობის ინტეგრირებული ელექტრონული სისტემის მეშვეობით, კანონმდებლობით განსაზღვრული წესის შესაბამისად.

1.2 ინფექციურ დაავადებათა შემთხვევების გამოვლენა და რეგისტრაცია

ინფექციურ დაავადებათა მართვის ეფექტურობა დამოკიდებულია ეპიდზედამხედველობის სისტემის ფუნქციონირებაზე. ეპიდზედამხედველობის სისტემა მოიცავს: შემთხვევათა/ეპიდაფეთქებათა გამოვლენას, რეგისტრაციას, კვლევას,

დადასტურებას, მონაცემთა ანგარიშგებას, ანალიზს, საპასუხო მზადყოფნასთან დაკავშირებულ ქმედებებს, უკუკავშირსა და კომუნიკაციას.

ეპიდზედამხედველობის სისტემა უნდა იყოს საკმარისად ზუსტი და მოახდინოს კონკრეტული დაავადების ყველა შემთხვევის სწორი იდენტიფიცირება, თუმცა ექსპერტები ვარაუდობენ, რომ შემთხვევების ნაწილი სხვადასხვა მიზეზის გამო ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიღმა რჩება. ეს მნიშვნელოვნად აფერხებს, ქვეყნის მიერ აღნიშნული დაავადებების წარმატებული კონტროლისა და აღმოფხვრისკენ მიმართულ ძალისხმევას, რაც თავის მხრივ გააუმჯობესებდა მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობას და შეამცირებდა ავადობასა და სიკვდილიანობასთან დაკავშირებულ დანახარჯს,

ეპიდზედამხედველობის სისტემის მონაცემების სარგებლიანობა დამოკიდებულია მათ ერთან ფორმატზე, სიმარტივესა და დრულობაზე. ცენტრალური და მუნიციპალური საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პერსონალი დაავადებათა გავრცელების შესახებ ინფორმაციას იყენებს ტენდენციების ზუსტი განსაზღვრის და ეფექტურობის შეფასების მიზნით. გადამდები დაავადებების მდგომარეობების შემთხვევათა განსაზღვრებები წარმოადგენს მათი დადასტურებისა და კლასიფიკაციის ერთიან კრიტერიუმებს, რომლებიც საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებმა(ცენტრებმა) და ცალკეულმა დაწესებულებებმა უნდა გამოიყენონ ეპიდზედამხედველობის მიზნებისთვის.

შემთხვევების განმარტება/შემთხვევის დადასტურება და კლასიფიკაცია:

საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის შესაბამისი თანამშრომლების მიერ განსაკუთრებით საშიშ დაავადებათა კლასიფიცირება უნდა მოხდეს 3 კატეგორიად: შესაძლო, სავარაუდო და დადასტურებული, რომლებიც განისაზღვრება სამედიცინო დაწესებულებიდან მიღებული ანგარიშის/შეტყობინების საფუძველზე და ითვალისწინებს

ამ კონკრეტულ შემთხვევასთან დაკავშირებულ ლაბორატორიულ და ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს. (5)

შესაძლო შემთხვევა- ითვლება ნებისმიერი შემთხვევა, რომლის კლინიკური სიმპტომები ემთხვევა შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადების აღწერილობას ანუ შემთხვევა, რომელსაც აქვს დაავადებასთან ასოცირებული ტიპიური კლინიკური სურათი. შესაძლო შემთხვევის განსაზღვრება, დაეხმარება სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელს, მიაკუთვნონ ესა თუ ის კონკრეტული შემთხვევა შეტყობინებას დაქვემდებარებულ დაავადებას. როდესაც მიმწოდებელი აღმოაჩენს (ეჭვს მიიტანს) სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადების შესაძლო შემთხვევაზე, მან უნდა შეატყობინოს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს (ცენტრს). (5)

სავარაუდო შემთხვევა - შემთხვევა, რომელსაც ახასიათებს დაავადებასთან ასოცირებული ტიპიური კლინიკური სურათი და ეპიდემიოლოგიური კავშირი დადასტურებულ შემთხვევასთან ან სკრინინგული ლაბორატორიული ტესტირების დადებითი შედეგები. შემთხვევის კლასიფიცირება, როგორც სავარაუდო ამ შემთხვევას მეტად სარწმუნოს ხდის. (5)

დადასტურებული შემთხვევა- შემთხვევა, რომელსაც აქვს დაავადებასთან ასოცირებული ტიპიური კლინიკური სურათი და დადებითი ლაბორატორიული შედეგი. მიღებული იმ მეთოდით, რომელიც განსაზღვრულია შემთხვევათა განსაზღვრების დადასტურების კლასიფიკაციის კრიტერიუმით(მე-7 მუხლის მე-2 პუნქტი).¹⁰

დაავადებათა დადასტურების მაჩვენებლებს იყენებენ ეპიდზედამხედველობის მენეჯერები რეგიონულ და ეროვნულ დონეზე იმისთვის რომ:

- შეაფასონ ეპიდზედამხედველობის სისტემის განვითარების დონე სხვადასხვა რეგიონსა თუ დაწესებულებაში;
- განახორციელონ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის დაცვის გრძელვადიანი ინტერვენცია(მაგ: პოლიტიკის შეცვლა, მასობრივი კამპანიები)

¹⁰ მეთოდური მითითებები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურისთვის, გადამებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობა და კონტროლი საქართველოში, თბილისი, 2010

- დაგეგმონ ეპიდზედამხედველობის /ლაბორატორიული სისტემის გაძლიერებისკენ მიმართული ქმედებები;
- სამედიცინო პრაქტიკის პირებმა განსაზღვრონ ზუსტი კლინიკური დიაგნოზი;
- შეაფასონ დაავადებათა აღმოფხვრისკენ მიმართულ ძალისხმევათა წარმატება. (8)

ეპიდზედამხედველობისა და საპასუხო რეაგირების თვალსაზრისით შეტყობინებას დაქვემდებარებული ყველა დაავადება იყოფა 2 ჯგუფად:

ა) სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებები/მდგომარეობები;

ბ)ყოველთვიურ შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებები/მდგომარეობები;

სასწრაფო შეტყობინება ნიშნავს დაავადების შესახებ ინფორმაციის სასწრაფო(იმავე სამუშაო დღეს, ნებისმიერ შემთხვევაში გამოვლენიდან არაუგვიანეს 24სთ-ისა) გადაცემას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის ზედა რგოლისათვის დაავადების კლინიკურად ან ლაბორატორიულად გამოვლენისთანავე. (3)

ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესებს დაქვემდებარებული და განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ნუსხით დამტკიცებული ადამიანის დაავადებების შემთხვევები ექვემდებარება დაუყოვნებლივ შეტყობინებას დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში. ყველა შემთხვევის გამოკვლევისას გამოიყენება შემთხვევის გამოკვლევის საერთო ფორმა. სასწრაფო შეტყობინების დიაგნოზის საფუძველზე, გამოიყენეთ დაავადების სპეციფიკური შემთხვევის გამოკვლევის ფორმა (ჯილენის,ბოტულიზმის,შავი ჭირის,ტულარემიის).

სასწრაფო შეტყობინების ბარათი

სასწრაფო შეტყობინების ბარათი N58/1 (სტანდარტული ფორმით) გამოიყენება ჯანმრთელობის დაცვის სისტემის ყველა დონეზე. მას ავსებს:

- ✓ სამედიცინო პირი,რომელმაც ეჭვი მიიტანა ან გამოავლინა, რომელიმე დაავადების შესაძლო, სავარაუდო ან დადასტურებული შემთხვევა;

- ✓ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების (ცენტრის) მიერ, რომლებმაც უნდა გააგზავნონ ინფორმაცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეპიდზედამხედველობის სისიტემის ზედა დონეებზე. (6)

სასწრაფო შეტყობინების ბარათის შესავსებად საჭირო მონაცემები უნდა შეგროვდეს სამედიცინო ისტორიებიდან და 60/A ჟურნალიდან. სასწრაფო შეტყობინება შესაძლოა განხორციელდეს ტელეფონოგრაფიით ან დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებული ელექტრონული სისტემით. გაცემული ინფორმაცია უნდა შეესაბამებოდეს სასწრაფო შეტყობინების ბარათის ფორმატს. ასეთ შემთხვევაში არ არის აუცილებელი ბარათის ქაღალდის ვერსიის დამატებითი გაგზავნა. (5)

დიდ სამედიცინო დაწესებულებებში შემთხვევათა გამოვლენა ხდება სხვადასხვა ექიმის მიერ. ყველა ექიმი ვალდებულია შემთხვევის გამოვლენისთანავე დაუყოვნებლივ შეავსოს სასწრაფო შეტყობინების ბარათი. აღნიშნულ დაწესებულებებში შეტყობინების გაგზავნა რეკომენდებულია დაევალოს ერთ პასუხისმგებელ პირს, რომელიც შეკრებს ინდივიდუალურ შეტყობინებებს ყველა ექიმისგან და შემდეგ ერთიანად შეატყობინებს რაიონის/ ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს (ცენტრს).

ნიმუშების აღება , შენახვა და ტრანსპორტირება

ნიმუშების აღება უნდა მოხდეს სათანადოდ მომზადებული, შესაბამისი კომპეტენციის სამედიცინო პერსონალის მიერ. უმეტეს შემთხვევაში ეს სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლის პრეროგატივაა. სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი პასუხისმგებელია, პაციენტისგან მოიპოვოს შესაბამისი ნიმუშები მკურნალობის დაწყებამდე. თუ სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელი განიცდის შესაბამისი ნიმუშების ასაღები კომპლექტების ნაკლებობას, მაშინ რაიონის/ქალაქის ან (რეგიონული) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურმა უნდა უზრუნველყოს მათი მიწოდება. დაუშვებელია მკურნალობის დაყოვნება, პაციენტის ჯანმრთელობის საზიანოდ. (6)

ნიმუშების აღება, შენახვა და უსაფრთხო ტრანსპორტირება ზემდგომ ლაბორატორიულ დონეზე უნდა მოხდეს ბიოუსაფრთხოების არსებული რეგულაციების მკაცრი დაცვით

და იგი წარმოადგენს ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების პასუხისმგებლობას. ეპიდაფეთქების დროს, დამატებითი ნიმუშის ასაღები მასალების მიწოდება შესაძლებელია დკ&სჯეც-ის მიერ. (6)

ლაბორატორიული დადასტურების/შეტყობინების ბარათი

გადამდებ დაავადებათა ლაბორატორიული დადასტურების /შეტყობინების ბარათი N58/2 (სტანდარტული ფორმატით გამოიყენება)

- ✓ ლაბორატორიების მერ , მიუხედავად მათი დაქვემდებარებისა და საკუთრების ტიპისა;
- ✓ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების მიერ, რომლებმაც უნდა გააგზავნონ ინფორმაცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეპიდზედამხედველობის სისტემის ზედა დონეზე.

ლაბორატორიები, რომლებიც გამოავლენენ /დადასტურებენ შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადების შემთხვევას ვალდებული არიან დაექვემდებარონ იგივე მოთხოვნებს, კერძოდ სასწრაფოდ (იმავე სამუშაო დღეს, ნებისმიერ შემთხვევაში გამოვლენიდან არაუგვიანეს 24სთ-ის განმავლობაში) შეატყობინოს შემთხვევის შესახებ ადგილობრივ საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურს (ცენტრს). შეტყობინება კეთდება ლაბორატორიული პასუხის შედეგზე პასუხისმგებელი პირის მიერ სტანდარტული ფორმის გადამდები დაავადებათა ლაბორატორიული დადასტურების/შეტყობინების ბარათი N58/2 საშუალებით. (5)

როდესაც, დაავადების ერთი ეპიზოდის დროს პაციენტისგან აღებულია 1-ზე მეტი სახის ნიმუში, ან ჩატარებულია 1-ზე მეტი ტესტი, იგზავნება ერთი შეტყობინების ბარათი. ყველა მასალის დასახელებისა და იმ ტესტების მითითებით, რომელთა ჩატარებისას მიღებულია დადებითი შედეგი. ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი/მენეჯერი, მიუხედავად უწყებრივი დაქვემდებარებისა პასუხისმგებელი არიან საკუთარი პერსონალისთვის შემთხვევათა შეტყობინების ზემოაღნიშნული მოთხოვნების შესახებ ინფორმაციის მიწოდებაზე და მათ შესრულებაზე. (5)

ყოველთვიურ ანგარიშგებას ახორციელებენ შესაბამისი ადმინისტრაციულ ტერიტორიული ერთეულების საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურები. ყოველთვიური ანგარიში შეიცავს აგრეგირებულ რიცხვით მონაცემებს, როგორც სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული რიგი დაავადების (რომლის მიღებაც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებს შეუძლიათ აღრიცხვის N60/B ჟურნალის და ეპიდ. კვლევის ბარათიდან), ასევე ყოველთვიურ შეტყობინებას დაქვემდებარებული ზოგიერთი დაავადების შესახებ (მაგ. გრიპი, საშიში ინფექციები, ამებიაზი და სხვს მონაცემთა აგრეგირება უნდა მოხდეს სამედიცინო დაწესებულებების მიერ მოწოდებული ყოველთვიური შეტყობინებიდან ფორმა 58/3. (5)

მონაცემთა ანალიზი

მიღებულ მონაცემთა დროული ანალიზი საშუალებას იძლევა :

- ✓ მოხდეს პრობლემათა გამომწვევი მიზეზების იდენტიფიცირება და გამოინახოს მათი გადაჭრის ყველაზე ადეკვატური გზები.
- ✓ მოხდეს ტენდენციათა იდენტიფიცირება, რათა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესაბამისმა უწყებებმა სასწრაფოდ მოახდინონ ადეკვატური ზომები.
- ✓ თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისად, ეპიდემიოლოგიური ვითარების გათვალისწინებით წარიმართოს განსაკუთრებით საშიში ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებები.
- ✓ შეფასდეს დაავადებების პრევენციისა და კონტროლის ღონისძიებების პროგრამების ხარისხი, შუალედური და ხანგრძლივი პერიოდისთვის.

ანალიზის არსი და მასშტაბი განისაზღვრება შემდეგით:

- ✓ ადგილზე საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის დონით;
- ✓ ანალიზის ჩატარების თვისებით: რუტინული (ყოველთვიური ან წლიური) ან სასწრაფო (მაგ. აფეთქების დროს).

განსაკუთრებით საშიში ინფექციათა სრულყოფილი სტატისტიკისთვის საჭიროა ეპიდზედამხედველობის შემდგომი დაგვარად ზუსტი მონაცემების არსებობა.

მონაცემთა ანალიზი ჩვეულებრივ ხორციელდება დროის, ადგილის მახასიათებლების მიხედვით. სასწრაფო ანალიზი (დაავადებათა აფეთქების დროს), როგორც წესი წარმოებს რაიონის/ქალაქის, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის მიერ, როცა ადგილი აქვს. (7)

- ✓ შეტყობინებას დაქვემდებარებული ნებისმიერი დაავადებების/მდგომარეობების დროს ლეტალურ გამოსავალს, მისი გამომწვევი მიზეზების დადგენის მიზნით;
- ✓ შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებების/მდგომარეობების აფეთქებებს;

ანალიზი მოიცავს შემთხვევათა დაჯგუფებას დაავადების დაწყების თარიღის მიხედვით, შემთხვევათა ტერიტორიულ განაწილებას მაღალი რისკის ტერიტორიების დადგენის მიზნით. დაავადებათა და ლეტალური შემთხვევების დაყოფას ასაკობრივი ჯგუფების, სქესის, იმუნიზაციის სტატუსის, ორგანიზებულობის და სხვა ცნობილი რისკის ფაქტორების მიხედვით, რათა დადგინდეს თუ ვინ არის მაღალი რისკის ქვეშ და განისაზღვროს ინფექციის გავრცელების სამუშაო ჰიპოთეზა, მისი კონტროლის/ პროფილაქტიკის ყველაზე ადეკვატური ზომების გატარების მიზნით. სასწრაფო ანალიზი ფორმდება წერილობითი სახით, ინახება ადგილზე 5 კალენდარული წლის განმავლობაში და წარედგინება ზემდგომ ორგანიზაციას მოქმედი კანონმდებლობისა და მოთხოვნის შესაბამისად.

რუტინული ანალიზი- წარმოებს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის ყველა დონეზე და ჩვეულებრივ ეყრდნობა შეტყობინების და ანგარიშების ფორმებში წარმოდგენილ მონაცემებს (ყოველთვიურ, წლიურ, ანგარიშის ფორმებს, ფ. N 58/1

58/2 58/3 ეპიდკვლევის ბარათებს და სხვა). (10)

მიზეზების ცოდნა უზრუნველყოფს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მიერ შესაბამისი ღონისძიებების გატარებას მომავალში ლეტალური შემთხვევების თავიდან აცილების მიზნით. ინფექციურ დაავადებებით სიკვდილის მიზეზების ანალიზი მოიცავს შემთხვევების შესახებ ინფორმაციის განხილვას (სამედიცინო ისტორია, შეტყობინება, 60/A ჟურნალის ჩანაწერები) და შემდეგი შესაძლო მიზეზების გამოკვლევას.

ამჟამად, საქართველოში დაავადებათა კონტროლის გაუმჯობესების გამო ძალზე მცირეა ინფექციურ დაავადებათა ლეტალური შემთხვევები. ჯანმრთელობის სფეროს ხელმძღვანელებმა, რომელთა დაწესებულებებიც ახდენენ მაღალი ლეტალობის მაჩვენებლის რეგისტრაციას მოცემული დაავადებისთვის, საჭიროა სასწრაფო ზომები მიიღონ ჯანმრთელობის დაცვის მომსახურების ხელმისაწვდომობის, დროული მკურნალობისა და მკურნალობის სტანდარტული სქემების შესაბამისად.

ავადობის რეგულარული მონიტორინგი რეკომენდებულია ჩატარდეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებში(ცენტრებში) და სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებელ თითოეულ დაწესებულებაში, რომელიც ჩართულია ეპიდზედამხედველობის პროგრამაში და ემსახურება 5.000 ან მეტ ადამიანს. (11)

მონიტორინგი ჩვეულებრივ ხორციელდება ექიმების, რომელიც უშუალოდ არიან ჩართულნი დაავადებათა გამოვლენისა მკურნალობის პროცესში და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების უფლებამოსილი პირების მიერ. მონაცემებს რეგულარულად ამოწმებს დაწესებულების მთავარი ექიმი/მენეჯერი და გადაწყვეტილებების მიღების მიზნით ნებისმიერი ფორმით გადასცემს მოცემული ტერიტორიულ ადმინისტრაციული ერთეულის ჯანმრთელობის სფეროს ხელმძღვანელებს და სხვა აღნიშნული ინფორმაციით დაინტერესებულ პირებს.

უკუკავშირი და გაანალიზებული ინფორმაციის გავრცელება

საქართველოში მონაცემთა გადაცემა ჩვეულებრივ ხდება დაწესებულებებიდან სისტემის ზედა დონეებზე ეროვნული დონის ჩათვლით. საჭიროა მუდმივად წარმოებდეს ზედა დონეების მიერ მიღებული და გაანალიზებული ინფორმაციის მიწოდება ქვედა დონის დაწესებულებებისათვის. თუ დაწესებულების პერსონალი არ იღებს ინფორმაციას იმის შესახებ, თუ როგორ იქნა გამოყენებული მათ მიერ გადაცემული მონაცემები ან რა მნიშვნელობა ქონდა ამ მონაცემებს ეპიდზედამხედველობის მიზნებისთვის, მათ შესაძლოა იფიქრონ, რომ ანგარიშგება არ არის მნიშვნელოვანი. ყოველივე ამის გამო პერსონალი შესაძლოა გახდეს ნაკლებად მოტივირებული სანდო მონაცემების შეგროვებისა და მათი შემდგომი ანგარიშგების თვალსაზრისით.

უკუკავშირი განამტკიცებს ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენელთა ეპიდზედამხედველობის სისტემაში მონაწილეობას. უკუკავშირი შეიძლება იყოს ვერბალური (მაგ: სატელეფონო ზარი, პერსონალის შეხვედრა) ან წერილობითი (მაგ: ანგარიში, ბიულეტენი).

რაიონის/ქალაქის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებმა (ცენტრებმა) ჩვეულებრივ შეიძლება გამოიყენოს სიტყვიერი უკუკავშირი ცალკეული სამედიცინო დაწესებულებისათვის მონაცემთა ხარისხის შესახებ ინფორმაციის გასავრცელებლად. წერილობითი უკუკავშირის საჭიროება შესაძლოა გაჩნდეს ფართომასშტაბიანი ეპიდემიების დროს. რეგიონის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურების(ცენტრებისთვის) რეკომენდებულია, როგორც სიტყვიერი, ასევე წერილობითი უკუკავშირის რეგულარული გამოყენება. რეგიონის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობისა და ეპიდზედამხედველობის სისტემის მუშაობის წერილობითი ანალიზი უნდა ჩატარდეს ყოველ 6 თვეში . (5)

ეპიდზედამხედველობის სავარაუდო ინდიკატორები განსაკუთრებით საშიშ ინფექციათა ზედამხედველობის სისტემის შესაფასებლად

1)ანგარიშგების ინდიკატორი: საშუალებას იძლევა შეფასდეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებისა და ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა ჩართულობა ეპიდზედამხედველობის სისტემაში. (5)

2)უკუგდებულ შემთხვევათა მოიტორინგი: საშუალებას იძლევა შეფასდეს თუ რა რაოდენობის შესაძლო შემთხვევები იქნა შეტყობინებული, გამოკვლეული და გამოირიცხა როგორც შემთხვევა. (5)

3)EIDSS-ის მუშაობის ინდიკატორი: საშუალებას იძლევა შეფასდეს EIDSS-ის რეალური მუშაობა და გამოვლინდეს არსებული პრობლემები. (5)

✓ პროცენტული რაოდენობა ობიექტისა , რომლებზეც არის მოქმედი EIDSS-ის სადგური;

- ✓ პროცენტული რაოდენობა ობიექტებისა, რომლებიც იყენებენ EIDSS-ს, ანუ კვარტალში ერთჯერ მაინც აქვთ გაკეთებული რაიმე შეტყობინება სისტემაში. (5)

4) მიმართვიანობის ინდიკატორი: საშუალებას იძლევა შეფასდეს საზოგადოების განწყობა/ცოდნა სამედიცინო მომსახურების საჭიროებაზე; (5)

5) შეტყობინების დროულობის ინდიკატორი: საშუალებას იძლევა შეფასდეს საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებისა და ჯანდაცვის მომსახურების მიმწოდებელთა მუშაობის დროულობა. რეკომენდებულია გაკეთდეს ყველა ნოზოლოგიისთვის ერთად (ჯამურად) და ცალკეული ნოზოლოგიისთვის ცალ-ცალკე, თუ შეტყობინებათა რაოდენობა მოცემულ პერიოდში აღემატება 10-ს. (5)

6) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის რისკის შეფასების ინდიკატორი: შეფასება კეთდება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ წელიწადში ერთხელ.

7) შემთხვევის კვლევის ადექვატურობის ინდიკატორი: შემთხვევებისა და ლაბორატორიული ნიმუშების თანაფარდობა. რეკომენდებულია აწარმოოს დესჯეც IT ჯგუფმა, ყოველკვარტლურად.

8) ეპიდკვლევის სრულყოფილების ინდიკატორი: რეკომენდებულია აწარმოოს დესჯეც IT ჯგუფმა, ყოველკვარტლურად.

9) ლაბორატორიული მუშაობის ინდიკატორები: სინჯების ადექვატურობის ინდიკატორი. აკეთებს თითოეული ლაბორატორიული ერთეული კვარტალში 1-ჯერ.

10) შემთხვევის კვლევის დროულობის ინდიკატორი: შეფასება კეთდება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ წელიწადში ერთხელ. (5)

გადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის ჟურნალი -N60/B (საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურებისთვის (ცენტრებისთვის)

გადამდებ დაავადებათა/მდგომარეობათა ყველა შემთხვევა, რომელიც კლინიკურად დიაგნოსტირებული ან ლაბორატორიულად დადასტურებულია,

ექვემდებარება სასწრაფო შეტყობინებას, ადგილობრივი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურის მიერ რეგისტრირდება გადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის ჟურნალში N60/B, ჟურნალი ინახება რაიონის/ქალაქის, ა/რ (რეგიონის) საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურში (ცენტრში) და წარმოადგენს სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული გადამდები დაავადებების რეგისტრაციის ოფიციალურ ფორმას. სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული ყველა დაავადება/მდგომარეობა შეტყობინებისთანავე რეგისტრირდება 60/B ჟურნალში. (3)

თავდაპირველად ივსება 60/B ჟურნალის 1-10 გრაფები. დანარჩენი გრაფები ივსება ქმედებათა და მოპოვებულ ინფორმაციათა შესაბამისად. სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული ყველა დაავადება/მდგომარეობა შეტანილ უნდა იქნას დაავადებათა ეპიდზედამხედველობის ინტეგრირებული ელექტრონული სისტემის (დეიეს) მონაცემთა ბაზაში. დეიეს-ი მოიცავს თითოეული შემთხვევისთვის საიდენტიფიკაციო კოდით ურთიერთდაკავშირებულ ეპიდემიოლოგიურ და ლაბორატორიულ მონაცემებს. გადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის ჟურნალები (60/A) (60/B) უნდა ინახებოდეს შესაბამის დაწესებულებაში 5 წლის მანძილზე. ელექტრონული ვერსის შემთხვევაში წელიწადში ერთხელ სავალდებულოა მისი ამობეჭდვა და ქალაქის ფორმით შენახვა ზემოთ აღნიშნული ვადით. (6)

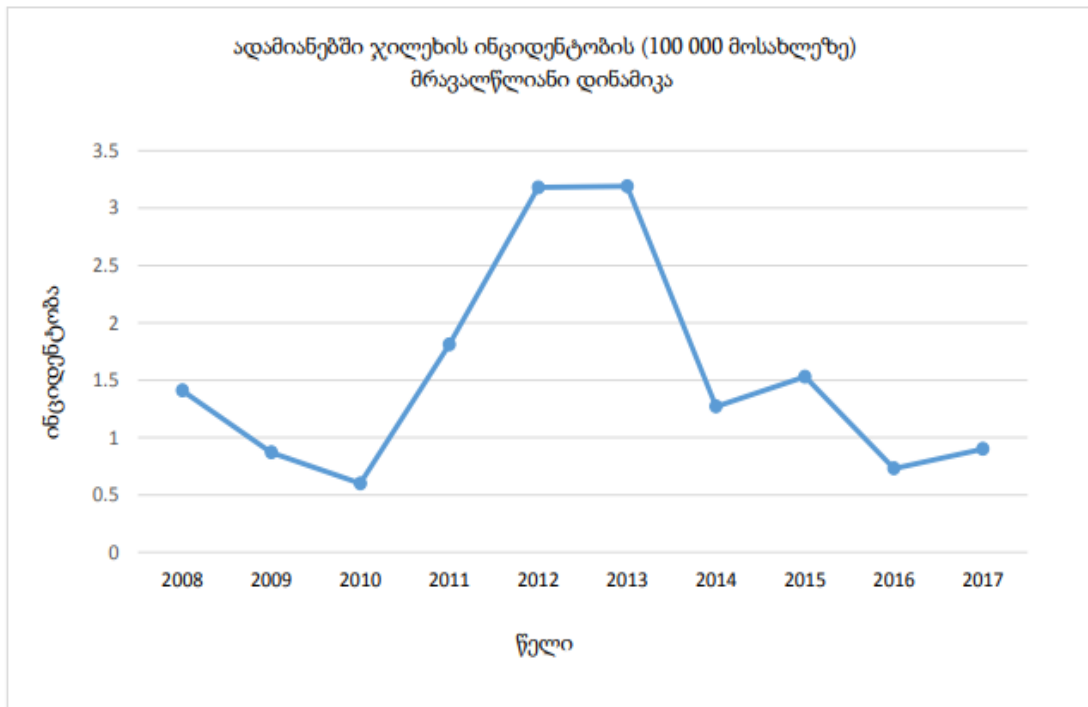
თავი 2. განსაკუთრებით საშიში ინფექციები

ჯილეხი

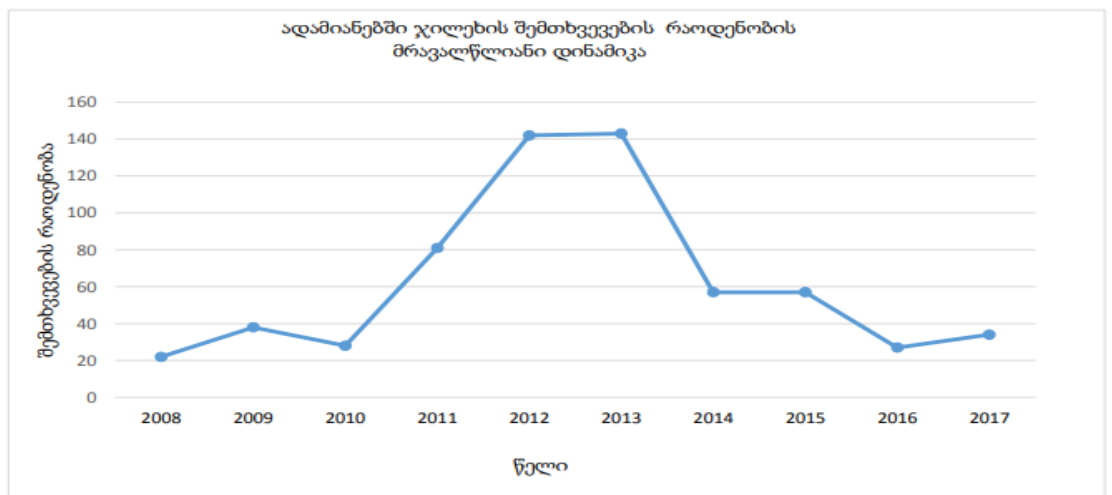
ჯილეხი ბაქტერიული ეტიოლოგიის განსაკუთრებით საშიში ზოონოზური ინფექციაა. დაავადების გამომწვევია გრამ-დადებითი ბაქტერია *Bacillus anthracis*. ჯილეხი ისტორიულად მთელ საქართველოშია აღწერილი. მისი ეპიდზედამხედველობა და რეგისტრაცია 1881 წლიდან წარმოებს. რეგისტრირებულ შემთხვევათა აბსოლუტური უმრავლესობა კანის ფორმაზე მოდის. ჯილეხის პრევენციისთვის არსებობს ცოცხალი სპორების შემცველი ვაქცინა, რომელიც იძლევა ვირულენტური შტამებისგან დაცვის საშუალებას. (22)

საქართველოში ჯილეხის ადამიანის შემთხვევების დინამიკა

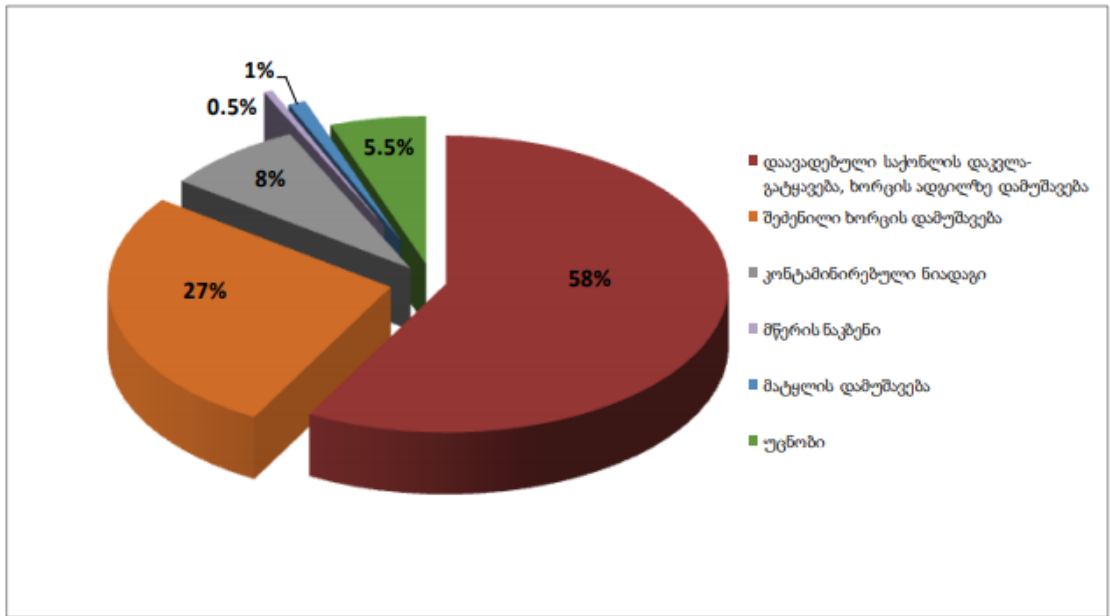
2008-2017 წლებში საქართველოში რეგისტრირებულია ჯილეხის ადამიანთა დაავადების 629 შემთხვევა, ბოლო ათი წლის განმავლობაში 5 შემთხვევა დასრულდა ლეტალურად. დადასტურებული კლინიკური შემთხვევების მიხედვით ქვემო-ქართლი, კახეთის და სამცხე ჯავახეთის რეგიონებთან ერთად შეიძლება ჩაითვალოს ჯილეხის ერთ-ერთ ყველაზე მაღალი რისკის ტერიტორიებად. 2008-2017 წლებში შემთხვევების 58% დაკავშირებულია დაავადებული საქონლის დაკვლა-გატყავებასა და ხორცის დამუშავებასთან. (19)



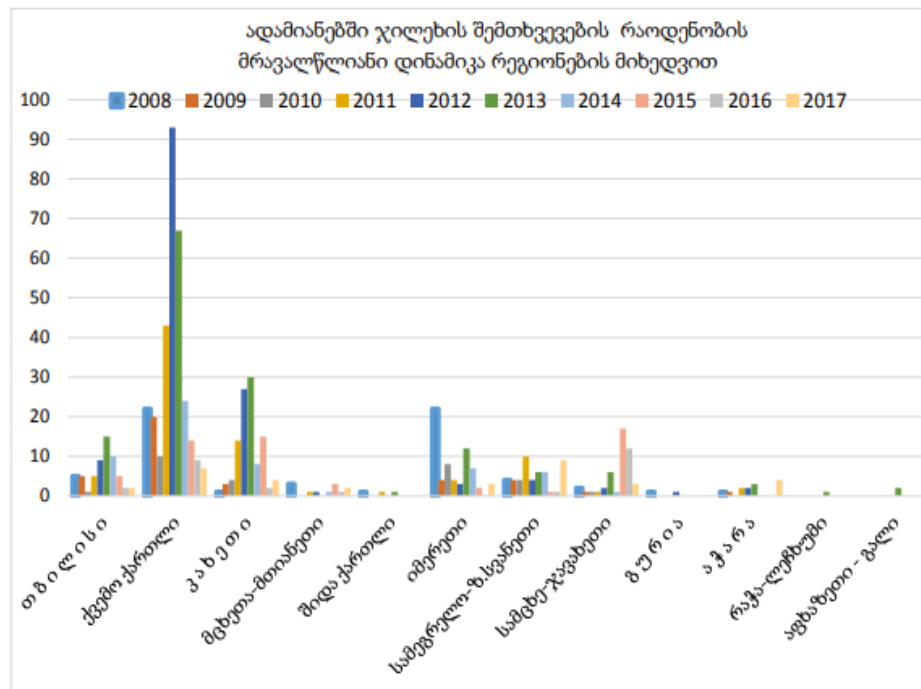
სურათი 2. ადამიანებში ჯილხის ინციდენტობა, 2008-2017 წწ



სურათი 3. ადამიანებში ჯილხის შემთხვევების რაოდენობა, 2008-2017 წწ



სურათი 5. ადამიანებში ჯილეხის შემთხვევათა განაწილება ინფიცირების რისკის ფაქტორების მიხედვით, 2008-2017 წ.წ.



11

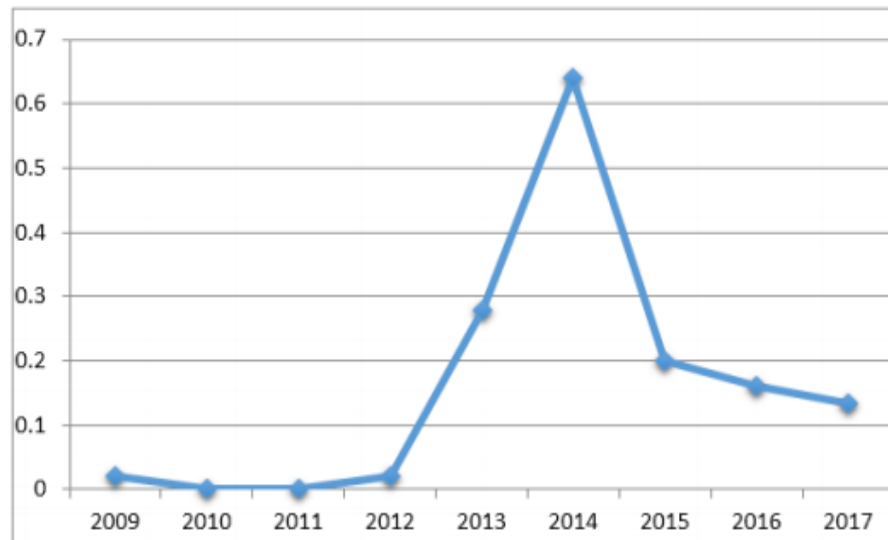
ყირიმ კონგოს ჰემორაგიული ცხელება

ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელება მსოფლიოში ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც საშიშ პათოგენთა ნუსხას მიეკუთვნება. ენდემური კერები გავრცელებულია აფრიკაში, აზიაში, ბალკანეთში, ახლო აღმოსავლეთსა და თურქეთში. დაავადების გამომწვევია ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების ვირუსი. (11)

2014 წელს აღმოსავლეთ საქართველოში ადგილი ჰქონდა ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების აფეთქებას. მთლიან მოსახლეობაში აღირიცხა ჰემორაგიული ცხელების 24 შემთხვევა. 2016 წელს ზედამხედველობა დამყარდა ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელების 41 საექვო შემთხვევაზე, რომელთაგან 2 დასრულდა ლეტალურად. 2017 წელს შემთხვევების რაოდენობა შემცირდა, აღირიცხა 5 შემთხვევა.(5).

¹¹ ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, საქართველო 2016

ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელება, ინციდენტობა 100000 მოსახლეზე, საქართველო



წყარო: დეკჯეც

12

ებოლა

ებოლას გამომწვევი არის რნმ შემცველი ვირუსი, რომელიც მიეკუთვნება ფილო ვირუსების ოჯახს. ოჯახი შედგება 3 გვარის და 5 სახეობისგან.¹²

პათოგენური ფილოვირუსები მხოლოდ ეკვატორული აფრიკის ნაწილში არის ენდემური. 2016 წელის თებერვალში 31000 შემთხვევა გამოვლინდა და აქედან 13000 ადამიანი გარდაიცვალა (რაც სიკვდილიანობის 40% ია), რომელთა უმეტესი ნაწილი 2014-2015 წელს დაიწყო. მას შემდეგ რაც 1967 წელს აღმოაჩინეს ფილო ვირუსი დაფიქსირდა 50 შემთხვევა, როდესაც ადამიანი იყო მასპინძელი ამ ვირუსის. მიაჩნიათ რომ, ღამურები წარმოადგენენ ერთგვარ რეზერვუარს, თუმცა არ არსებობს იმის მტკიცებულება, რომ დაავადება ვრცელდება ჰაერწვეთოვანი გზით. მეცნიერებმა გამოიგონეს ვაქცინა, რომელიც თავგებს ებოლას მომაკვდინებელი ვირუსისგან იცავს.

¹² ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, საქართველო 2017

მეცნიერების განცხადებით, ეს არის ებოლას პირველი ვაქცინა, რომლის ქმედითუნარიანობა დიდხანს გასტანს და შესაბამისად, იგი წარმატებით დაიმკვიდრებს თავის ადგილს. (5)

საქართველოში ებოლას ვირუსული ინფექციების გავრცელების რისკი უკიდურესად დაბალია, მიუხედავად ამისა, ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლისა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრში შეიქმნა ებოლას ზედამხედველობის სპეციალური შტაბი და რეაგირების ჯგუფები. (19)

შავი ჭირი

განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადებაა, რომელის გამომწვევია, ბაქტერია *Yersinia pestis*. კაცობრიობას განსაკუთრებით დაამახსოვრდა შავი ჭირის 3 პანდემია.¹³ ეგვიპტესა და ბიზანტიის იმპერიაში პირველი პანდემიის დროს დაიღუპა 100 მილიონი ადამიანი. მეორე პანდემია, „შავი სიკვდილის“ სახელითაა ცნობილი, როდესაც დასავლეთ ევროპასა და აფრიკაში, დაიღუპა 60 მილიონზე მეტი ადამიანი. ორივე პანდემიის დროს დაავადება გავრცელდა საქართველოშიც და სერიოზული ზიანი მიაყენა მოსახლეობას. მესამე პანდემიამ ინდოეთში 12 მილიონი ადამიანი იმსხვერპლა.

საქართველო ითვლება შავი ჭირის ბუნებრივ კერად, მთელი სამხრეთი საქართველო (ნინოწმინდა, ახალქალაქი, დმანისი), აღმოსავლეთ საქართველო (დედოფლისწყაროს რაიონი, სიღნაღი, გარდაბანი) შედის ამ კერაში. კერებზე ზედამხედველობის სრულყოფისთვის მიზანშეწონილია მთლიანად ბუნებრივი კერის, როგორც გეოგრაფიული რეგიონის, ეპიზოოტური სიტუაციის პერმანენტული კონტროლი. ეს კი მოითხოვს მოსაზღვრე ტერიტორიების მონიტორინგის მონაცემების რეგულარული გაცვლის აუცილებლობას. (20)

¹³ ზოცვაძე ე. ინფექციური დაავადებები თბილისი 2000წ.

1937 წელს საქართველოში დაარსდა შავი ჭირის საწინააღმდეგო სადგური. ბუნებრივ კერაში მუდმივად ახორციელებენ პროფილაქტიკურ და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებებს.¹⁴

ყვავილი

მწვავე ვირუსული დაავადება; მიეკუთვნება საკარანტინო ინფექციებს. გამომწვევი variola მიეკუთვნება poxviridae-ს ოჯახს. 1978 წლიდან ყვავილი მსოფლიოში არსად არ დაფიქსირებულა. 1980 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ყვავილის ლიკვიდაცია გამოაცხადა.¹⁵ ყვავილით დაავადება ვაქცინაციის დაწყებამდე პანდემიებს და ყოვლისმომცველ პანიკასაც კი იწვევდა. მისი გამომწვევი ძალიან ვირულენტურია, იწვევს მძიმე დაავადებას და ამიტომ გამომწვევი დღეისათვისაც საშიშროებას წარმოადგენს, მითუმეტეს რომ, დედამიწის მოსახლეობა სულ უფრო მგრძობიარე ხდება მისდამი, რაც ვაქცინის მარაგის შეზღუდვის პირობებში, ადამიანიდან ადამიანზე უწყვეტი გადაცემის საშიშროებას წარმოადგენს. მართალია ყვავილი აღარ არსებობს, მაგრამ ბიოტერორიზმის მზარდი საფრთხის პირობებში ეპიდზედამხედველობის გაგრძელება აუცილებელია.

2018 წლის მონაცემებით დიდ ბრიტანეთში პირველად დაფიქსირდა მაიმუნის ყვავილის 2 შემთხვევა. ევროპის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის განცხადებით, მაიმუნის ყვავილის ორი შემთხვევის დაფიქსირება დროის ხანმოკლე პერიოდში საკმაოდ უჩვეულია. მიუხედავად ამისა, დაავადების ზოგად პოპულაციაში გავრცელების საფრთხე დაბალია, რადგან ადამიანიდან ადამიანზე საკმაოდ რთულია გადაცემა. (19)

საკონტროლო ღონისძიებები:

1. პრევენციული ღონისძიებები;
2. ვაქცინაცია;
3. საგანმანათლებლო მუშაობის ჩატარება.

¹⁴ მჭედლიშვილი ი. ეპიდემიოლოგია თბილისი 2010

¹⁵ ლალი დათეშიძე,შენგელია ვასილ ქართული სამედიცინო ენციკლოპედია, თბილისი ,2005წ

4. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები: ყველა შემთხვევის სწრაფი გამოვლენა, კარანტინი, რგოლური ვაქცინაციის სტრატეგიის განხორციელება. (3)

მალარია

მალარია მსოფლიოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას წარმოადგენს და გლობალური კლიმატური ცვლილებების, მოსახლეობის მზარდი მიგრაციის ფონზე სულ უფრო მეტი ქვეყნისთვის ხდება პრობლემა. ამჟამად მალარიაზე ენდემურია ასზე მეტი ქვეყანა. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით ყოველწლიურად მალარიით ავადდება 200 მილიონამდე ადამიანი.

მალარია ძველი დროიდან ფართოდ იყო გავრცელებული საქართველოში, წარმოადგენდა საშიშროებას ეროვნული უსაფრთხოებისათვის, იწვევდა მაღალ სიკვდილიანობას და უზარმაზარ ეკონომიკურ დანაკარგებს. 1920-იან წლებში მოსახლეობის დაახლოებით 30% იყო დაავადებული კოლხეთის დაბლობსა და ალაზნის ველზე. შემთხვევათა დიდი ნაწილი ლეტალურად სრულდებოდა.¹⁶ საქართველოში 1924 წელს დაარსდა პარაზიტოლოგიის ინსტიტუტი. რის შემდეგაც კომპლექსური ღონისძიებების ჩატარებამ განაპირობა მალარიის მკვეთრი შემცირება. 1961 წელს მალარია პრაქტიკულად აღმოიფხვრა და 1970 წელს მიღწეულ იქმნა სრულყოფილი და მყარი ელიმინაცია. თუმცა 2000წლიდან საქართველოში ჯანდაცვის სამინისტრომ აამუშავა მალარიის კონტროლისა და პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამა, შემთხვევების უმეტესობა იყო აღმოსავლეთ საქართველოში, ხოლო დასავლეთში ფიქსირდებოდა ერთეული შემთხვევები. 2004-2009 წლამდე რეგისტრირებული შემთხვევების რაოდენობა 472-დან 1-მდე შემცირდა.(5)

მრავალწლიანი მცდელობის შემდეგ, მკვლევარების მიერ შექმნილმა ვაქცინამ პირველი კლინიკური ცდა წარმატებით გაიარა. მის მიერ გამოვლენილი ეფექტურობა 100% უახლოვდება.

ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები:

¹⁶ (<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f0446d83-7b58-42f9-a4a2-2c25acb3a850>)

1. მალარიის კონტროლის ეროვნული პროგრამების მხარდაჭერა;
2. მალარიაზე ცნობიერების ამაღლება;
3. მალარიის კონტროლისთვის მონაცემებზე დაფუძნებული გაიდლაინების, სტრატეგიებისა, ნორმების შემუშავება;
4. მალარიის კონტროლის კვლევების განხორციელება;
5. ეფექტური და ხელმისაწვდომი მედიკამენტების, ასევე სადიაგნოსტიკო საშუალებების ხელმისაწვდომობის შესაძლებლობა. (5)

ბოტულიზმი

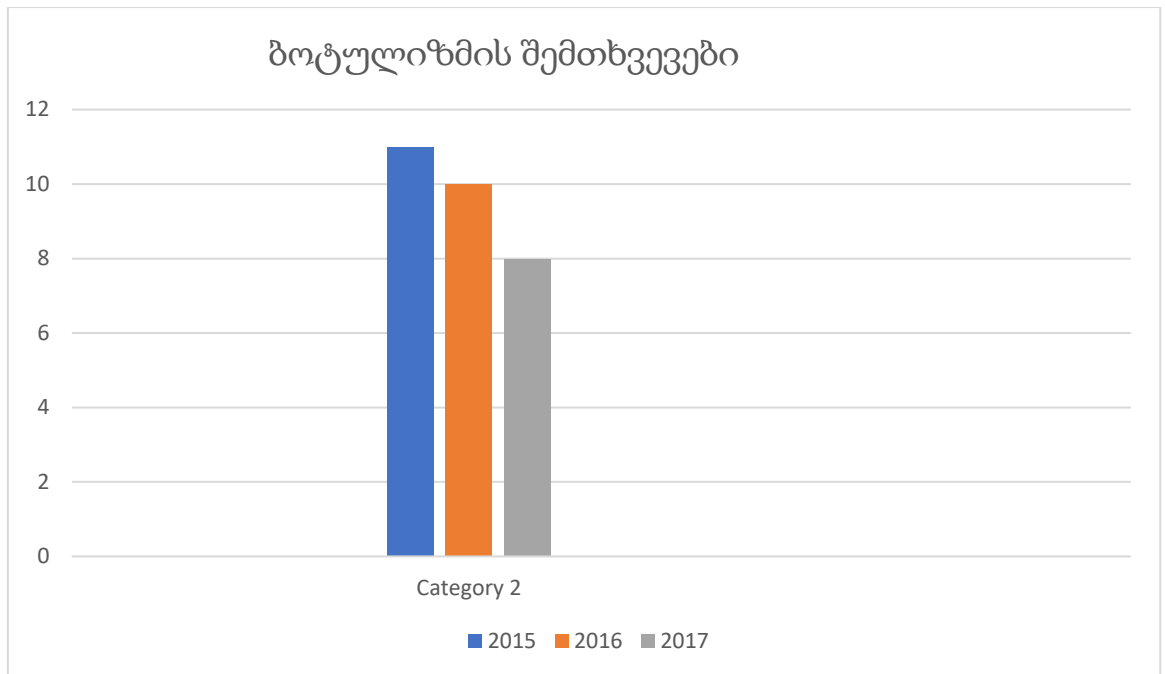
ბოტულიზმი მძიმე ტოქსიკურ-ინფექციური დაავადებაა. მისი გამომწვევია, *Clostridium botulinum*. ბოტულიზმი არის მთელ მსოფლიოში გავრცელებული დაავადება. ამერიკის შეერთებულ შტატებში ტოქსინის ტიპის შემთხვევების გეოგრაფიული განაწილება ემთხვევა გარემოში არსებული ორგანიზმის ტიპების განაწილებას. B ტიპი გავრცელებულია და შეიძლება გამოიწვიოს რესპირატორული უკმარისობა და სიკვდილი.¹⁷ ჩვენს ქვეყანაში ხშირია, ბოტულიზმის შემთხვევები, დაავადების ინციდენტების მაღალ მაჩვენებელს სავარაუდოდ განაპირობებს: სიღარიბე, რომელიც მოსახლეობის მნიშვნელოვან ნაწილს აიძულებს დააკონსერვონ ბოსტნეული და საშინაო პირობებში საკვები პროდუქტების შენახვის არასრულფასოვანი ტექნოლოგიები. საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ამ პრობლემის საპასუხოდ დკსჯეც-მა დაიწყო მრავალწლიანი პროგრამა, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო პერსონალისა და მოსახლეობის ცოდნის ამაღლებას ბოტულიზმის პრევენციის საკითხებში. ასევე ბოტულიზმის ეპიდზედამხედველობის, ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის შესაძლებლობების ზრდას. (5)

ბოტულინოტოქსინის, როგორც ბიოტერორისტული საფრთხის მქონე აგენტის გამოყენების მაღალი რისკი და საქართველოში ბოტულიზმის მაღალი მაჩვენებელი განაპირობებს ეპიდზედამხედველობის საჭიროებას ქვეყანაში.

ბოტულიზმის კონტროლის ზოგადი ღონისძიებებია:

¹⁷ Harrison's Infections Disease 17th edition , chapter 434, 2016

1. პაციენტის მოვლისას დაცული უნდა იყო სტანდარტული პროცედურები, რადგან დაავადების ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა არ ხდება;
2. ტოქსინის ინაქტივაცია, კონტამინირებული საკვების ადუღება .
3. ექსპოზიციის წყაროს გამოვლენა და მონიტორინგის დაწესება. (5)



წყარო: დკსჯ

ბრუცელოზი

ბრუცელოზი ზოონოზური ინფექციაა, რომელიც მთელ მსოფლიოში გავრცელებულია. ბრუცელოზით ადამიანის ინფიცირება უმეტესად უკავშირდება ინფიცირებულ ცხვართან, თხასთან ან მსხილფეხა რქოსან პირუტყვთან კონტაქტს. ბრუცელოზით მოსახლეობის დაავადების გეოგრაფიული განაწილება შემოიფარგლება იმ ტერიტორიებით, სადაც ზემოთ აღნუშნული ცხოველების დიდი პოპულაციაა. ბრუცელოზის ეპიდაფეთქება ზოგჯერ ძნელად ამოსაცნობია, რადგან დაავადება როგორც, ადამიანებში ისე ცხოველებში ხშირად უსიმპტომოდ მიმდინარეობს.

ეპიდზედამხედველოის საჭიროება

საქართველოში 21-ე საუკუნის პირველ ათწლეულში ყოველწლიურად 90-დან 200-მდე მწვავე ბრუცელოზის შემთხვევა რეგისტრირდება. ამასთან აღნიშნული რაოდენობა დაავადების არასპეციფიკური კლინიკური ნიშნების, მოსახლეობისათვის ანტიბიოტიკების საყოველთაო ხელმისაწვდომობის და ანტიბიოტიკების არარაციონალური გამოყენების გამო არ ასახავს ბრუცელოზის გავრცელების რეალურ სურათს. (5)

მიზეზები/ძირითადი რისკის ფაქტორები - ბრუცელოზით დაავადების რისკი მაღალია დაავადებულ ცხოველთან კონტაქტისას (მოვლა, მოწველა, მშობიარობისას დახმარება, დაკვლა), მისი თერმულად დაუმუშავებელი რძის, მისი პროდუქტების და ხორცის საკვებად გამოყენებისას. (5)

გადაცემის გზები - კონტაქტური - დაავადებულ ცხოველთან კონტაქტი; საკვებით - ინფიცირებული თერმულად დაუმუშავებელი (აუდუღარი, მოუხარშავი) ცხოველური პროდუქტების გამოყენებით (რძე, ყველი, არაჟანი, ხაჭო, კარაქი, ხორცი);

ვექტორული - შესაძლებელია ინფექციის გადაცემა ტკიპებით; ასპირაციული გზით - ბრუცელას ბაქტერიებით დასენიანებული მტვრის, მშრალი ნაკელის, მატყლის ნაწილაკების პირის, ცხვირისა და თვალის ლორწოვანზე მოხვედრისას.

მტვრის შესუნთქვისას, კონტამინირებული წყლის სასმელად გამოყენებისას.

ერთი მომენტი ბრუცელოზის ისტორიიდან: ხმელთაშუა ზღვაში, კუნძულ მალტაზე, სადაც ინგლისის შეიარაღებული ძალების ერთ-ერთი გარნიზონი იდგა, ავადდებოდნენ და იღუპებოდნენ ჯარისკაცები ე.წ. „მალტის ცხელებით“, მათი სიკვდილის მიზეზებს, წლების განმავლობაში იძიებდა კომისია. კომისიის ერთ-ერთმა წევრმა, დავით ბრუსემ, ამ დაავადებით მკვდარი ჯარისკაცის ელენთიდან დამზადებული ნაცხების მიკროსკოპირებისას უთვალავი რაოდენობის პატარა ზომის მიკროორგანიზმები აღმოაჩინა. ასეთივე მიკრობები აღმოაჩინა მან ავადმყოფი ჯარისკაცის ელენტაშიც. სწორედ ესენი იყვნენ ამ დაავადების აღმძვრელები. დადგინდა, რომ ჯარისკაცები ავადდებოდნენ თხის უმი რძის კვების შედეგად. რძის აკრძალვის შემდეგ, ახალდაავადებულთა გამოვლინება შეწყდა. დაავადების სახელწოდებაც —

„ბრუცელოზი“ ამ მეცნიერის საპატივცემულოდ და მისი სახელის უკვდავსაყოფად არის შექმნილი. ეს 120 წლის წინათ იყო. აქედან იწყება ამ ინფექციის ყოველმხრივი შესწავლა და მის წინააღმდეგ მიზანმიმართული ბრძოლა, ამ საქმეში დიდი შრომაა გაწეული და წარმატებებიცაა მიღწეული. ამის მიუხედავად, ამ ინფექციის წინააღმდეგ ბრძოლა პრობლემატურია დღესაც, როგორც ვეტერინარული, ისე ადამიანთა ჯანმრთელობის დაცვის სამსახურისთვისაც. (27)

ბრუცელოზი ზოგჯერ პროფესიული დაავადება ხდება, ზოოჰიგიენური და სანიტარული ჰიგიენური პირობების დარღვევის დროს ბრუცელოზით ავადდებიან: ვეტერინარი ექიმები, მწყემსები, ზოოინჟინრები, ხორცკომბინატისა და სასაკლავოს თანამშრომლები, ტყავზე, მატყლზე მომუშავენი და მონადირეები.

პრევენციული ღონისძიებები

ბრუცელოზისაგან საუკეთესო დაცვა - თვითონ ცხოველის დაცვაა ბრუცელოზისაგან!

- Ø ჩაუტარეთ თქვენს ცხოველს გამოკვლევები ბრუცელოზზე;
- Ø ავადმყოფი ცხოველის გამოვლენისას დაუყოვნებლივ განაცალკევეთ დაავადებული ცხოველი ჯანმრთელისაგან და მიმართეთ ვეტერინარს;
- Ø ცხოველი მშობიარობისას იყოლიეთ იზოლირებულად. ნაადრევი ან/და გართულებული მშობიარობისას მიმართეთ ვეტერინარს;
- Ø დაიცავით პირადი უსაფრთხოება და ცხოველების მოვლისას გამოიყენეთ სპეციალური ტანსაცმელი (რეზინის ხელთათმანი, ხალათი, წინსაფარი, ჩექმები, ნიღაბი), განსაკუთრებით მშობიარობის, დაკვლა-დამუშავების, სადგომის დასუფთავების, მატყლის დამზადების დროს;
- Ø ნუ მიიღებთ აუდუღარ რძეს, აუდუღარი რძით დამზადებულ რძის პროდუქტებს, ჭყინტ ყველს და თერმულად დაუმუშავებელ ხორცს საკვებად;
- Ø ბრუცელოზით დაავადებული შინაური ცხოველის რძით დამზადებული ყველი მოათავსეთ მინიმუმ 60 დღე მარილწყალში;
- Ø ვეტერინარის რჩევით ჩაუტარეთ თქვენს შინაურ ცხოველებს ვაქცინაცია. (5)

ბ) პაციენტის და კონტაქტების კონტროლი - პაციენტმა კლინიკური ნიშნების გამოვლენისთანავე უნდა მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას, რათა ექიმის მიერ მოხდეს დროული კლინიკური დიაგნოსტიკა და შესაბამისი მკურნალობა, ზუსტი დიაგნოსტიკისათვის კი აუცილებელია კლინიკური დიაგნოზი დადასტურებული იყოს ლაბორატორიული კვლევის საფუძველზე. (5)

ბრუცელოზი სავალდებულო/სასწრაფო შეტყობინებას დაქვემდებარებული დაავადებაა. ერთეული შემთხვევების გარდა, შესაძლებელია დაფიქსირდეს დაავადების ჯგუფური შემთხვევები და ეპიდემიოქეზები. ყველა საექვო შემთხვევა/შემთხვევები ექვემდებარება რეგისტრაციას გადამდებ დაავადებათა რეგისტრაციის ჟურნალ 60/A-ში და სასწრაფო შეტყობინებას (გამოვლენიდან 24 საათის განმავლობაში) შესაბამის ეპიდემიოლოგიურ სამსახურში ნებისმიერი ხელთარსებული საშუალებით („სასწრაფო შეტყობინების ბარათი“ - ფორმა N58/1, ტელეფონი, ფაქსი, თუ ელ-ფოსტა). შეტყობინების მიღებისთანავე ეპიდემიოლოგი იწყებს შემთხვევის/შემთხვევების კვლევას სტანდარტული ეპიდკვლევის ბარათის შესაბამისად. კონტაქტებად უნდა ჩაითვალოს ის პირები რომელთაც ქონდათ იგივე ექსპოზიცია რაც ავადმყოფს (იგივე პროდუქტის საკვებად გამოყენება ან კონტაქტი იმავე ცხოველთან). მათი მეთვალყურეობის ქვეშ აყვანა დაავადების (განსაკუთრებით სუბკლინიკური ფორმების) დროულად გამოსავლენად. (5)

გ) ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები - ინფექციის წყაროს მოძიება და ლიკვიდაცია.

დ) ბუნებრივი მოვლენების ზეგავლენა - არ შეესაბამება

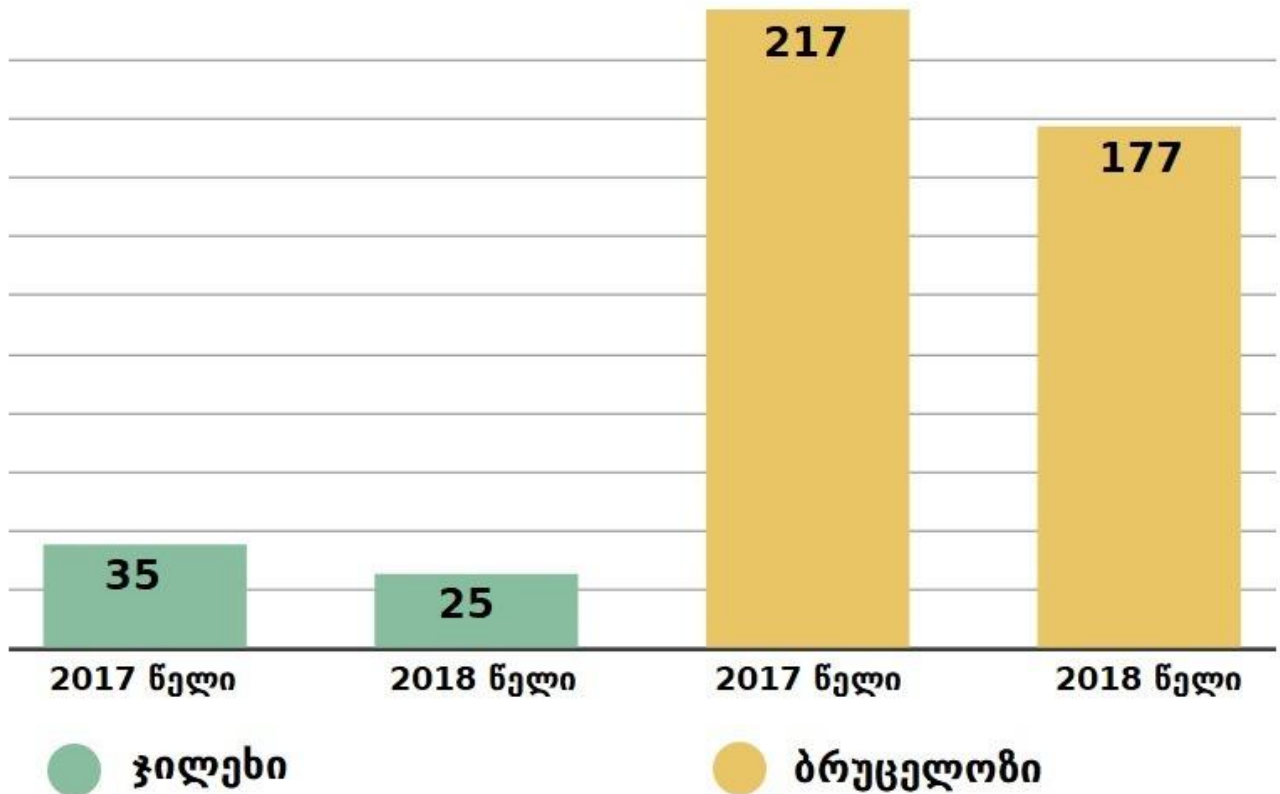
ე) საერთაშორისო ღონისძიებები-სათანადო კონტროლი ცხოველებისა და მათი პროდუქტების ექსპორტ/იმპორტზე.

სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მიმდინარეობს წვრილფეხა პირუტყვის უფასო ვაქცინაცია ბრუცელოზის საწინააღმდეგოდ, რაც პრეპარატის თვალში

ჩაწვეთების თანამედროვე მეთოდით საქართველოში პირველად ხორციელდება. ბრუცელოზის საწინააღმდეგო ღონისძიებები „ბრუცელოზის პრევენციისა და კონტროლის“ გრძელვადიანი სტრატეგიის შესაბამისად ხორციელდება, რომელიც გარემოს დაცვისა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროს, სურსათის ეროვნული სააგენტოს და საერთაშორისო ორგანიზაციების ექსპერტების მონაწილეობით 2015 წელს შემუშავდა. აღნიშნული პროგრამის ფარგლებში მსხვილფეხა პირუტყვის სერომონიტორინგი (სისხლის ნიმუშების კვლევა) და ვაქცინაცია უკვე მეოთხე წელია მიმდინარეობს და სადიაგნოსტიკო კვლევები 545 ათას, ხოლო ვაქცინაცია 400 ათასამდე მსხვილფეხა პირუტყვს ჩაუტარდა. (3)

ბრუცელოზის საწინააღმდეგო ღონისძიებები ხელს შეუწყობს დაავადების და მისგან გამოწვეული ეკონომიკური ზარალის შემცირებას, უზრუნველყოფს ბაზარზე უვნებელი ცხოველური წარმოშობის სურსათის განთავსებას და მოსახლეობის ჯანმრთელობის დაცვას. საქართველოში ბოლო წლებში ბრუცელოზის სტატისტიკა გაუმჯობესებულია. თუ 2017 წელს 100 000 მოსახლეზე 217 შემთხვევა დაფიქსირდა, 2018 წელს ეს მაჩვენებელი 177 შემთხვევამდე ანუ (18%) არის შემცირებული. (19)

ჭილეხის და ბრუცელოზის შემთხვევები 100 000 მოსახლეზე 2017-2018 წელი



ტულარემია

ტულარემიის გამომწვევია გრამ-უარყოფითი ბაქტერია *Francisella tularensis*. ბუნებრივ პირობებში ტულარემიით ინფიცირება, ჩვეულებრივ დაკავშირებულია მასპინძლის დაზიანებულ კანში, თვალის, სასუნთქი გზების, ან კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ლორწოვან გარსში გამომწვევის შეჭრასთან. აღნიშნული შეიძლება განაპირობოს სასოფლო-სამეურნეო სამუშაოების წარმოების დროს აეროზოლიზაციამ, ინფიცირებული ცხოველების ლეშთან კონტაქტმა, კონტამინირებული საკვების ან წყლის მიღებამ. (6)

ეპიდზედამხედველობის საჭიროება

ტულარემია არაურბანული დაავადებაა და ხშირად იწვევს ეპიდემიებს. წარსულში დაფიქსირებული იყო დიდი ეპიდემიები. მე -20 საუკუნის 30-იან წლებში ევროპასა და საბჭოთა კავშირში წყალთან დაკავშირებული ტულარემიის ეპიდემიების დროს გამოვლინდა *F.tularensis* მიერ მოსახლეობის მნიშვნელოვანი ნაწილის დასნებოვნების

უნარი. მეორე მსოფლიო ომის დროს, ადამიანებში ასე ათასი ტულარემიის შემთხვევა დაფიქსირდა. 1966-67 წლების ზამთარში შვედეთში ტულარემიის ასობით შემთხვევა დაფიქსირდა. ძირითადად დაავადნენ ფერმერები, რომლებიც ინფიცირებული მღწელების მიერ კონტამინირებულ თივას ინახავდნენ. საქართველოში ტულარემიის ბუნებრივ კერას წარმოადგენს ქართლის დაბლობების მთელი ტერიტორია. 2007 წლის იანვარში კასპის რაიონში აღინიშნა წყლით გამოწვეული ტულარემიის ეპიდემიის დასაწყისი, რომლის დროსაც დაახლოებით 30 ადამიანი დაავადდა. (5)

ტულარემიის გამომწვევი, როგორც ბიოტერორისტული აგენტის მნიშვნელობა.

F.tularensis აეროზოლის სახით მაღალი ინფიცირების უნარით ხასიათდება; რესპირატორული ტრაქტით დაინფიცირებული დოზა შეიძლება ძალიან მცირე იყოს - 10-50 მიკროორგანიზმი. 60-იან წლებში შეერთებულ შტატებში შემუშავდა იარაღი, რომელსაც შეეძლო აეროზოლური *F.tularensis* გავრცელება. 1969 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის შეფასებით 50 კგ ვირულენტური *F. tularensis*-ის აეროზოლით გავრცელება განვითარებული ქვეყნის 5 მილიონიან ქალაქში გამოიწვევდა დაავადების დაახლოებით 250.000 შემთხვევას. (5)

ტულარემიის კონტროლის ზოგადი ღონისძიებები:

დადასტურებული მონაცემები იმის შესახებ, რომ *F. tularensis* ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა არ არსებობს. ამიტომ, უსაფრთხოების სტანდარტული ღონისძიებები აუცილებელი დამცავი საშუალებებით შემოიფარგლება. ტულარემიის კლინიკური მანიფესტაცია შეიძლება, დაგვეხმაროს გადაცემის გზის განსაზღვრაში. მაგ: ტულარემიის ფილტვის ფორმა ვითარდება ჰაერ-წვეთიანი გადაცემის გზის დროს, ოროფარინგიალური - საკვებისმიერი გზის დროს. თუ გადაცემის გზის დროს გამოვლინდა მღწელებთან ექსპოზიცია, საჭიროა მღწელების კონტროლის მიზნით ზომების მიღება. თუ გადამტანად მიჩნეულია სისხლმწოვი ფეხსახსრიანები, მაშინ საჭიროა მათზე ზედამხედველობის და კონტროლის კოორდინირება; თუ ეჭვია, რომ გადაცემა წყლით ხდება, გამოყენებამდე წყალი უნდა გადადუღდეს; მოსახლეობის საინფორმაციო განათლება ფეხსახსრიანებისგან თავდასაცავად. მოსახლეობამ უნდა გამოიყენოს ხელთათმანები ცხოველის გატყავების და დამუშავების დროს.

პოტენციური ექსპოზიციის, ან ბუნებრივ ინფექციასთან ექსპოზიციის მქონე პირები უნდა იყვნენ დაკვირვების ქვეშ. რადგან, ტულარემია მაღალკონტაგიოზური დაავადებაა და მაღალია რისკი მის კულტურებზე მომუშავე ლაბორატორიული პერსონალის დაინფიცირებისა, ამიტომ, უნდა ხდებოდეს მათი ტემპერატურის კონტროლი. უკანასკნელ ათწლეულში ფიქსირდება ტულარემიით ავადობის მხოლოდ ერთეული, სპორადული შემთხვევები. 2017 წელს დაფიქსირდა ტულარემიით ავადობის 13 შემთხვევა. 2018 წელს დაავადების შემთხვევები ქვეყანაში არ დაფიქსირებულა. (8)

2.1 გსპ გავრცელება მსოფლიოში

განსაკუთრებით საშიში ინფექციები მსოფლიოში ფართოდ არის გავრცელებული, კერძოდ:

ჯილეხი განსაკუთრებით ხშირია ცენტრალური და სამხრეთ ამერიკის, სუბსაჰარული აფრიკის, ცენტრალური და სამხრეთ-დასავლეთ აზიის, სამხრეთ და აღმოსავლეთ ევროპის სასოფლო-სამეურნეო რეგიონებში. მიუხედავად იმისა, რომ აშშ-სა და კანადაში თითქმის ყოველწლიურად აღინიშნება ჯილეხის აფეთქებები შინაურ თუ გარეულ ბალახისმჭამელ ცხოველებში, ადამიანის ინფიცირების შემთხვევები ორივე ქვეყანაში იშვიათია. მსოფლიო მასშტაბით, ადამიანებში ყველაზე ხშირად (95-99%) ჯილეხის კანის ფორმა ვლინდება. (29)

ჯილეხი იშვიათია ამერიკის შეერთებულ შტატებში, თუმცა სპორადული შემთხვევები მაინც ვლინდება გარეულ და შინაურ ბალახისმჭამელ ცხოველებში, მაგალითად მსხვილფეხა რქოსან პირუტყვებსა და ირმებში. ჯილეხი უფრო ხშირია განვითარებად და იმ ქვეყნებში, რომელთაც არ აქვთ ვეტერინარული ჯანდაცვის პროგრამები ჯილეხის საწინააღმდეგო ვაქცინით ცხოველების რუტინული იმუნიზაციისთვის. (29)

ჯილქები გავრცელებულია შემდეგ ქვეყნებში:

ავსტრალია, ავღანეთი, აზერბაიჯანი, არგენტინა, აშშ, ბანგლადეში, ბრაზილია, ბოლივია, ბოცვანა ბენინი, ბოსნია-ჰერცეგოვინა, ბულგარეთი, ბურკინა-ფასო, ბუტანი, განა, გვინეა, გვინეა-ბისაუ, ეთიოპია, ერაყი, ეკვადორი, ერიტრეა, ვიეტნამი, თურქეთი, იორდანია, ისრაელი, ინდოეთი, ირანი, ინდონეზია, კანადა, კენია, კონგოსდემოკრატიული რესპუბლიკა, კოტ-დიუვარი, კოსტა-რიკა, ლესოტო, მონღოლეთი, მონტენეგრო, მაროკო, ნამიბია, ნიგერი, ნიკარაგუა, პაკისტანი, პაპუა ახალი გვინეა, რუსეთი, სიერა ლეონე, სამხრეთ აფრიკის რესპუბლიკა, სენეგალი, სერბეთი, სირია, ტანზანია, ტოგო, ურუგვაი, უნგრეთი, ყაზახეთი, ყირგიზეთი, შვედეთი, ჩინეთი, ცენტრალურაფრიკის რესპუბლიკა, ჰაიტი. (19)

ცხოველთა დაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (OIE) მონაცემებით, დედამიწის ხუთივე კონტინენტის 193 სახელმწიფოდან მხოლოდ 38-ია თავისუფალი ბრუცელოზისგან. ორმოცდაათ ქვეყანაში დაავადების ერთეული შემთხვევებია აღწერილი. სამხრეთ ამერიკის ქვეყნებში, კანადაში, აშშ-ს თითქმის ყველა შტატში გვხვდება ბრუცელოზი და წელიწადში 100-200 შემთხვევაა ფიქსირებული. საუდის არაბეთში, რომელიც წარმოადგენს მაღალ ენდემურ ზონას, ყოველწლიურად ფიქსირებულია ადამიანის ბრუცელოზის 8000 შემთხვევა. ზოგიერთმა ქვეყანამ განსაკუთრებით ევროპულმა, (ინგლისი, დანია, გერმანია, ფინეთი, შვეიცარია, გერმანია, ნორვეგია, სლოვენია, რუმინეთი) მიაღწია ბრუცელოზის სრულ ლიკვიდაციას ცხოველებში და ადამიანებში. (27)

ყირიმ-კონგოს ჰემორაგიული ცხელება მსოფლიოში ფართოდ გავრცელებული დაავადებაა, რომელიც საშიშ პათოგენთა ნუსხას მიეკუთვნება. ენდემური კერები გავრცელებულია აფრიკაში, აზიაში, ბალკანეთში, ახლო აღმოსავლეთსა და თურქეთში. (30)

მალარია მსოფლიოში საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ერთ-ერთ ძირითად პრობლემას წარმოადგენს და გლობალური კლიმატური ცვლილებების, მოსახლეობის მზარდი მიგრაციისა და ტვირთბრუნვის მატების ფონზე სულ უფრო მეტი ქვეყნისათვის ხდება პრობლემა. ამჟამად, მალარიაზე ენდემურია ასზე მეტი ქვეყანა.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, ყოველწლიურად მალარიით ავადდება 200 მილიონამდე ადამიანი და მათ შორის 660000 (უმეტესად აფრიკის კონტინენტზე საჰარის უდაბნოს სამხრეთით მდებარე ქვეყნებში) ამ დაავადებისაგან კვდება. დაავადება მკვეთრად ენდემური ხასიათისაა, ანუ იმ გეოგრაფიულ ზონებშია გავრცელებული, სადაც გავრცელებულია კოლო ანოფელესი. ეს ზონები ძირითადად ტროპიკული და სუბტროპიკულია, ტენიანი და ცხელი კლიმატით. (19).

2.2 ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები

განსაკუთრებით საშიში ინფექციების პრევენციისა და პრობილაქტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარებას. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები ეს არის მეცნიერების თანამედროვე ეტაპზე დასაბუთებული რეკომენდაციების ერთობლიობა, რომელთა საშუალებითაც ხდება მთლიანად მოსახლეობაში და მის ცალკეულ ჯგუფებში ინფექციურ დაავადებათა გავრცელების აღკვეთა, შემცირება და ლიკვიდაცია. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების შემადგენლობა და ხასიათი სამედიცინო მეცნიერების განვითარებასთან ერთად იცვლება. მაგალითად, მეოცე საუკუნემდე არ ხდებოდა სანიტარულ-ჰიგიენური და ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების დიფერენციაცია. დღეისათვის ისინი ცალკეა გამოყოფილი, ხოლო ის სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებები რომლებიც მიმართულია ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკისკენ, შედიან ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებათა სისტემაში. (3)

ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარება ხდება, როგორც მთელ მოსახლეობაში ან მის ცალკეულ ჯგუფებში, ისე გარკვეულ ობიექტებზეც. დღეისათვის ყველა ის ობიექტი, სადაც ხდება ეპიდემიოლოგიური კონტროლი, იყოფა 2 ჯგუფად: ეპიდემიოლოგიურად მნიშვნელოვანი ობიექტები და დანარჩენი. პირველ ჯგუფში ის ობიექტები შედის, რომლებიც წყლით და საკვები პროდუქტებით ამარაგებენ მთელ ქალაქს. მეორე ჯგუფში ის დაწესებულებები შედიან, სადაც სანიტარული პირობების დარღვევამ შეიძლება გამოიწვიოს დაავადებათა გავრცელება მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფებში. ასეთებია, სასადილოები, სასურსათო მაღაზიები, ბავშვთა სახლები, სამშობიარო სახლები. (6)

ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები ორ ჯგუფად იყოფა: პროფილაქტიკური და საკუთრივ საწინააღმდეგო. ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები არის მეცნიერებულად დასაბუთებული ღონისძიებების ერთობლიობა, რომლებიც გამოიყენება ინფექციური დაავადების წინააღმდეგ ბრძოლის საქმეში მათი აღმოცენებისა და გავრცელებისას. ხოლო პროფილაქტიკური ღონისძიებები ტარდება მანამ, სანამ აღმოცენდება ინფექციური დაავადება, რათა არ დაუშვას მისი განვითარება. ღონისძიებებს მიეკუთვნება გეგმიური აცრები, დეზინფექცია, დერატიზაცია, დეზინსექცია, საზღვრების სანიტარული დაცვა საზღვარგარეთიდან ინფექციურ დაავადებათა შემოტანის აღსაკვეთად. (6)

ეპიდემიური პროცესის განვითარებისთვის, აუცილებელია ეპიდემიოლოგიური ტრიადის არსებობა: ინფექციის წყარო, გადაცემი მექანიზმი, მიმღები ორგანიზმი. ამათგან ერთ-ერთი ფაქტორის მოცილებას მოსდევს ეპიდემიური პროცესის შეწყვეტა. ამიტომაც, ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებები იმ შემთხვევაში იქნება ეფექტური, თუ ისინი მიმართულია ინფექციის წყაროს გასაუვნებლად, გადაცემის მექანიზმის გასაწყვეტად და მოსახლეობის რეზისტენტობის ასამაღლებლად. მაშინ, როდესაც ისმება განსაკუთრებით საშიში ინფექციური დაავადების დიაგნოზი, აუცილებელია ავადმყოფის, სასწრაფო იზოლაცია. მისი მიზანია არ დაუშვას ინფექციის შემდგომი გავრცელება. მთელი რიგი დაავადებისას იზოლაცია უნდა მოხდეს ინფექციურ საავადმყოფოში, ანუ ჰოსპიტალიზაცია ყველა შემთხვევაში სავალდებულოა (მუცლის ტიფი, ქოლერა, პოლიომიელიტი) , როგორც აღინიშნა, ეპიდსაწინააღმდეგო ღონისძიებების ეფექტურობა მნიშვნელოვნად განპირობებულია იმით, თუ რამდენად სრულად და დროულად იქნება გამოვლენილი ინფექციური დაავადება. (3)

თავი 3. ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევითი ცენტრი

საქართველო, სადაც ჯერ კიდევ საბჭოთა დროიდან ინახებოდა განსაკუთრებით საშიში პათოგენური შტამები და შენარჩუნებული იყვნენ მათზე მუშაობის გამოცდილების მქონე სპეციალისტები, განიხილებოდა, როგორც ტერორისტების შეღწევის მიმართ მოწყვლადი ქვეყანა. ჩვენზე გაავრცელდა სენატორ რიჩარდ ლუგარის მიერ 1991 წელს შემუშავებული ბიოლოგიური საფრთხის შემცირების საერთაშორისო პროგრამა. მისი არსი გამოიხატებოდა იმ სპეციალისტების კონტროლში, რომლებიც პოტენციურად შეიძლებოდა გამოეყენებინათ ბაქტერიოლოგიური იარაღის წარმოებაში. 2002 წელს საქართველოსა და აშშ-ის თავდაცვის სამინისტროებს შორის გაფორმდა შეთანხმება „ბიოლოგიური იარაღის შექმნასთან დაკავშირებული ტექნოლოგიებისა და პათოგენების დარგში თანამშრომლობისა და ამ სფეროში ინფორმაციის გაუვრცელებლობის შესახებ”¹⁸

ამ შეთანხმების ფარგლებში ბოლო 13 წლის განმავლობაში ადამიანისა და ცხოველთა ჯანმრთელობისა და ბიოუსაფრთხოების სფეროში ხორციელდება უპრეცედენტო ფინანსური და ტექნიკური დახმარების პროგრამა. ქვეყანაში მოეწყო თანამედროვე დონეზე აღჭურვილი ბიოუსაფრთხოების ლაბორატორიული ქსელი ადამიანისა და ცხოველთა საშიშ დაავადებათა გამომწვევი პათოგენების დიაგნოსტიკისთვის. რიჩარდ ლუგარის სახელობის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის კვლევითი ცენტრი დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის უახლესი შენობაა, რომელიც სრულ ექსპლუატაციაში 2013 წლის აგვისტოში შევიდა. ლუგარის ცენტრი ქვეყნის ლაბორატორიული ქსელის უმაღლესი დონის დაწესებულებაა, რომელიც წარმოადგენს საქართველოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის რეფერალურ ლაბორატორიას. (9)

ლუგარის ლაბორატორიის გარდა, საქართველოს ლაბორატორიული ზედამხედველობის სისტემაში შედის ჯანდაცვის სამინისტროს სტრუქტურის 11 და

¹⁸ ლუგარის ლაბორატორია საქართველოში რისკები და შესაძლებლობები, გლობალური კვლევების ცენტრი თბილისი, 2016წელი

სოფლის მეურნეობის სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული 11 ლაბორატორია. მათ, ამერიკული კლასიფიკაციით, უსაფრთხოების პირველი დონე აქვს მინიჭებული და მდებარეობს რაიონულ ცენტრებში. ლუგარის ცენტრი აერთიანებს თანამედროვე დონეზე აღჭურვილ ბიოუსაფრთხოების მე-2 და მე-3 დონის ლაბორატორიებს, რომელთა მიზანია, ადამიანისა და ცხოველთა საშიშ დაავადებათა გამომწვევი პათოგენების დროული აღმოჩენა და იდენტიფიკაცია „ერთიანი ჯანმრთელობის პრინციპით“. (9)

ბიოუსაფრთხოების მე-3 დონის (BSL-3) ზონაში განთავსებულია ბაქტერიოლოგისა და ვირუსოლოგიის ლაბორატორიები და ასევე განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ეროვნული საცავი, სადაც უსაფრთხოდაა დაცული ადამიანისა და ცხოველის დაავადების გამომწვევი განსაკუთრებით საშიში პათოგენები. ლუგარის ცენტრი ერთადერთი BSL-3 ლაბორატორიაა არა მხოლოდ საქართველოში არამედ მთელს კავკასიის და აზიის რეგიონში, ყველა კლინიკურ-ლაბორატორიული, დიაგნოსტიკური და სამეცნიერო კვლევა, რომელიც საჭიროებს BSL-3 ლაბორატორიების გამოყენებას ხორციელდება ლუგარის ცენტრში. (8)

ბიოუსაფრთხოების მე-2 დონის (BSL-2) ზონა მოიცავს შემდეგ ლაბორატორიებს: ზოგადი ბაქტერიოლოგიის, ვირუსოლოგიის, სეროლოგიის, მოლეკულური გენომის, უჯრედული კულტურების, პარაზიტოლოგიის ლაბორატორიებს. ცენტრში ფუნქციონირებს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) აკრედიტირებული 3 ვირუსოლოგიური ლაბორატორია (პოლიომიელიტის, გრიპის, წითელა, წითურას) გარდა ამისა ფუნქციონირებს გარე, საერთაშორისო ხარისხის კონტროლით ლაბორატორიები: როტა ვირუსების, ინვაზიური მენინგიტის, მალარიის, დიფტერიის და სალმონელოზის დიაგნოსტიკაში.¹⁹

ლუგარის კვლევითი ცენტრის სტრატეგიული მიზნები და ამოცანები

¹⁹ ჯანმრთელობის დაცვა მოლეკულური სტატისტიკური მიმოხილვა 2017წ
<http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=bcbec72f-4bd1-4d46-be16-2de227576b58>

ცენტრის მიზანია, მთელი ქვეყნის მასშტაბით გადამდები დაავადებებით განპირობებული ავადობისა და სიკვდილიანობის შემცირება, გარემოს საზიანო ზემოქმედებისა და ქცევითი რისკ-ფაქტორების შეფასება, კორექცია მოსახლეობის ჯანმრთელობის სტატუსის გაუმჯობესების მიზნით.

კვლევითი ცენტრის ამოცანებია:

1. განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამომწვევთა აღმოჩენის, ზედამხედველობისა და რეაგირების ერთიანი ლაბორატორიული სისტემის გამართული ფუნქციონირება;
2. სამეცნიერო კვლევების ჩატარება საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის, ეპიდემიოლოგიის, ბიოლოგიური უსაფრთხოების, ეპიზოოტოლოგიის, გარემოს ჯანმრთელობის პრობლემებზე;
3. გადამდები დაავადებების ერთიანი ეპიდემიოლოგიის სისტემის ფუნქციონირების უზრუნველყოფა; ეპიდემიოლოგიის, ეპიდემიების მიზეზების დადგენა; განსაკუთრებით საშიში და სხვა ინფექციების კერებში ეპიზოოტოლოგიის, ენტომოლოგიური კვლევების ჩატარება;
4. ლაბორატორიული საქმიანობა, ეროვნული რეფერალური ლაბორატორიების ორგანიზება და ფუნქციონირება; განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებთან დაკავშირებული საქმიანობა და ლაბორატორიების ბიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფა; ბაქტერიების და ვირუსების ეროვნული კოლექციის (საცავის) ორგანიზება და ფუნქციონირება; ჰოსპიტალიზებული და ამბულატორიული პაციენტების ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა; გარემოს ობიექტების, ინფექციის რეზერვუარების და გადამტანების ლაბორატორიული კვლევა; მიკროორგანიზმების და გადამტანების საწინააღმდეგო საშუალებების, საკვები ნიადაგების, იმუნობიოლოგიური პრეპარატების დამზადება, მათი ხარისხის კონტროლი; დეზინფექტანტების ეფექტიანობის და სტერილობის განსაზღვრა;
5. ბიოლოგიური უსაფრთხოების უზრუნველყოფაში და მის მონიტორინგში მონაწილეობის მიღება; პათოლოგიური ბიოლოგიური აგენტების კლასიფიკაციის და განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებზე საქმიანობის სტანდარტების შემუშავებაში მონაწილეობის მიღება. (9)

განსაკუთრებით საშიში დაავადებების ლაბორატორიის მიმართულებით

- განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გამომწვევების დეტექცია და იდენტიფიკაცია ბიოუსაფრთხოების მაღალი დონის (BSL3) პირობებში შესაბამისი სტანდარტული ოპერაციული პროცედურების თანახმად.
- განსაკუთრებით საშიში პათოგენების ლაბორატორიაში ინფექციური და პოტენციურად საშიში ბიოტური და აბიოტური ნიმუშების / სინჯების გამოკვლევის უზრუნველყოფა უახლესი ლაბორატორიული ტექნოლოგიების მეშვეობით;
- განსაკუთრებით საშიშ პათოგენებზე თანამედროვე სტანდარტების შესაბამისი სამეცნიერო-კვლევითი სამუშაოების ჩატარება;
- სამეცნიერო კვლევებში მონაწილეობა, პუბლიკაციების მომზადება. (9)

ბიოუსაფრთხოების და განსაკუთრებით საშიში პათოგენების დეპარტამენტი

ლუგარის კვლევითი ცენტრის ქვედანაყოფია ბიოუსაფრთხოებისა და განსაკუთრებით საშიში პათოგენების დეპარტამენტი. განსაკუთრებით საშიში პათოგენების სამსახური წარმოადგენილია დკსჯეც-ის სტრუქტურული ერთეულით, რომელიც 60 წელზე მეტია ახორციელებს განსაკუთრებით საშიში პათოგენების კვლევას. კვლევის სამსახური წარმოადგენს ისტორიული შავი ჭირის საწინააღმდეგო საკავშირო სამსახურის „მემკვიდრეს“ რომელის საქმიანობა დკსჯეც-ს ქვეყნის ეპიდემიოლოგიური უსაფრთხოების ძირითად და უმნიშვნელოვანეს რგოლად აქცევს. ბაქტერიებისა და ვირუსების ეროვნულ საცავში გაყინულ მდგომარეობაში ინახება საქართველოს ტერიტორიაზე იზოლირებული ადამიანისათვის პათოგენურ მიკროორგანიზმთა (შავი ჭირის, ჯილეხის, ტულარემიის, ქოლერის, ბრუცელოზის და ა.შ) შტამები და ტოქსინები. ბაქტერიებისა და ვირუსების ეროვნული საცავი წარმოადგენს საქართველოში განსაკუთრებით საშიში პათოგენების გადაადგილების, უსაფრთხოების წამყვან დაწესებულებას. განსაკუთრებით აღნიშვნის ღირსია ის ფაქტი, რომ აღნიშნულ საცავში განთავსდება არამარტო ადამიანებისათვის პათოგენური აგენტები, არამედ ცხოველთათვის პათოგენურ მიკროორგანიზმთა შტამებიც, რომლებზეც მონიტორინგს დიდი მნიშვნელობა აქვს ქვეყნის ეკონომიკური კეთილდღეობისთვის.(9)

თავი 4. მცირე მასშტაბის კვლევა: „მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულება გსპ მიმართ“

სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის პერიოდში ჩატარებული იქნა მცირე მასშტაბის კვლევა 2019 წლის აპრილი/მაისში, რომლის საშუალებითაც, შეფასდა მოსახლეობის ცოდნა - დამოკიდებულება განსაკუთრებით საშიში ინფექციების მიმართ. კვლევა ჩატარდა 3 ეტაპად. პირველ ეტაპზე მოხდა კითხვარის ფორმულირება და შეთანხმება დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის, ეთიკის კომისიასთან, მეორე ეტაპზე რესპოდენტთა გამოკითხვა და მესამე ეტაპზე მიღებული მონაცემების დამუშავება, ანალიზი და შედეგების საფუძველზე დასკვნებისა და რეკომენდაციების მომზადება. სამაგისტრო ნაშრომზე მუშაობის დროს გამოყენებული იყო შემდეგი მეთოდები: ლიტერატურული წყაროების მოძიება, შეკრება, სისტემატიზაცია, ანალიზი, ონლაინ კვლევა რესპონდენტების მოსაძიებლად გავრცელდა ინფორმაცია სოციალური ქსელების მეშვეობით.

კვლევის სუბიექტი – წარმოდგენდა თბილისში მცხოვრები ადამიანები, ონლაინ კითხვარის საშუალებით გამოიკითხა 200 რესპოდენტი, რესპონდენტები გამოიკითხნენ შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით.

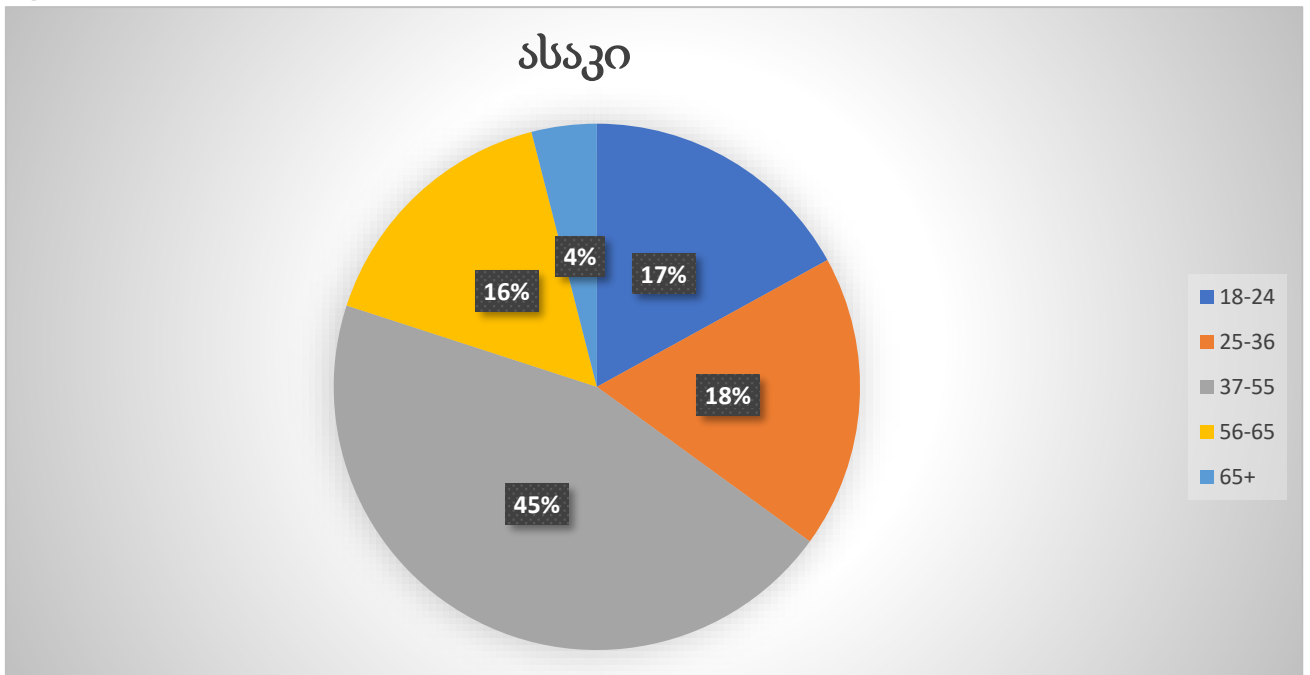
კვლევის ინსტრუმენტი – კვლევის ჩასატარებლად შემუშავებულ იქნა კითხვარი, სულ 25 კითხვა, რომელთაგან პირველი 7 კითხვა მოიცავდა რესპოდენტთა მახასიათებლებს. კვლევის ინსტრუმენტში დასმული კითხვების მიხედვით შესაძლებელია მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულების შეფასება გ.ს.პ მიმართ.

კვლევის შედეგები – შედეგები წარმოდგენილია გრაფიკების სახით, სადაც წარმოჩნდა, როგორც რესპოდენტთა მახასიათებლები, ასევე გამოკითხვის შედეგები.

რესპოდენტთა მახასიათებლები- რესპოდენტთა უმრავლესობა შეადგენს მდედრობითი სქესის, 37-55 ასაკობრივი ჯგუფის, უმაღლესი განათლების, თბილისში მცხოვრებ, დაოჯახებულ, დასაქმებულ მოსახლეობას. უნარშეზღუდულობის გარეშე.

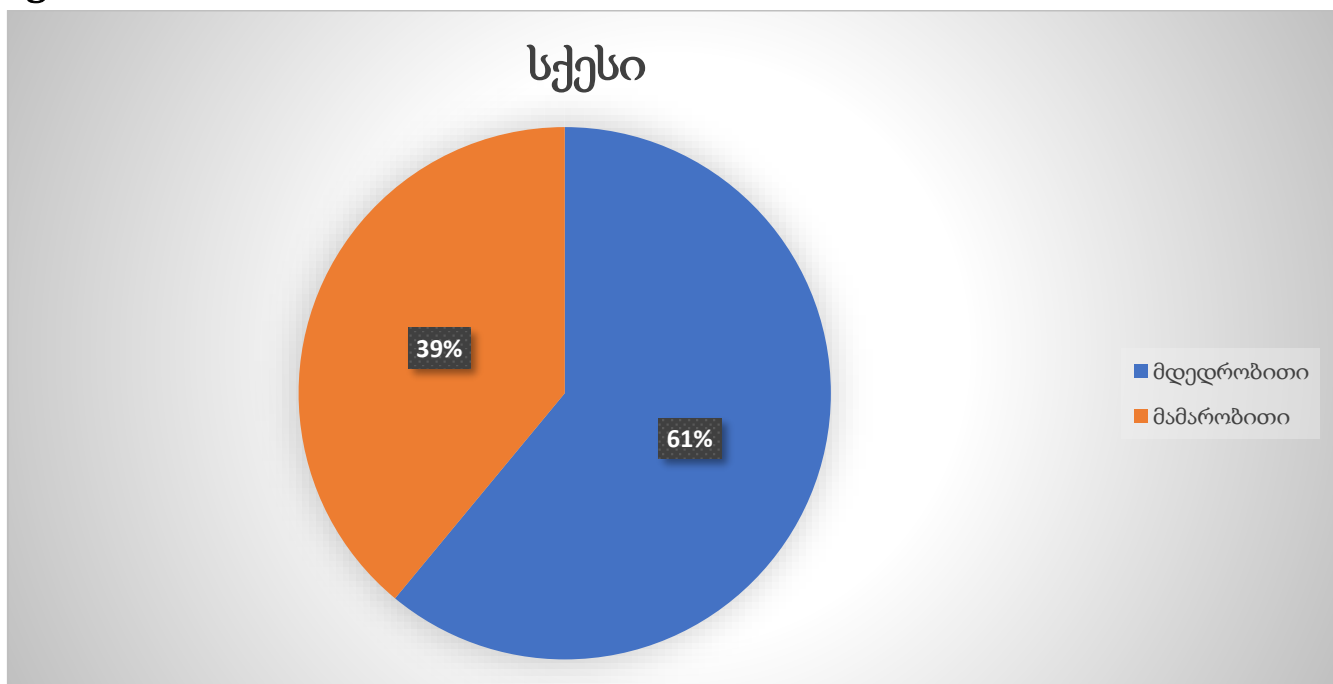
1.რესპოდენტების განაწილება მოხდა შემდეგ ასაკობრივ კატეგორიებში: 18-24 წელი 17%, 25-36 - 18 %, 37-55 წლამდე -45%, 56-65 - 16%, ხოლო 65+ 4%.

სურათი 1.



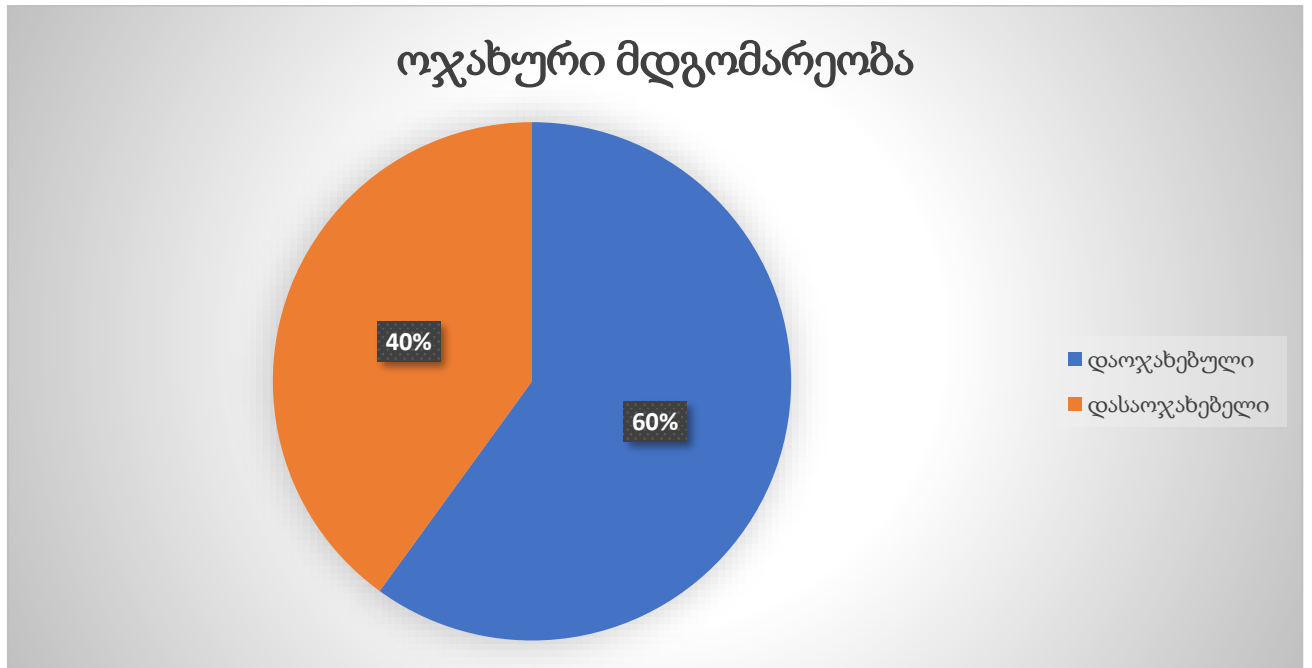
2) გამოკითხულთა უმეტესობა იყო მდებრობითი სქესის 61%, შესაბამისად, მამრობითი სქესის იყო 39%.

სურათი 2.



3) რესპოდენტთა უმრავლესობა იყო დაოჯახებული 60%, ხოლო დასაოჯახებელი 40%.

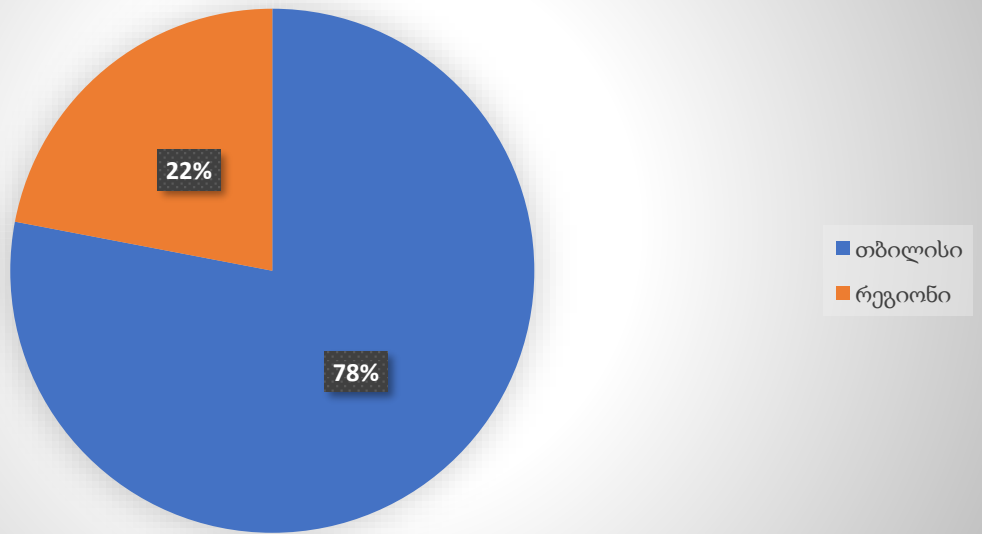
სურათი 3.



4) რესპოდენტთა უმეტესობამ საცხოვრებელ ადგილად თბილისი მიუთითა (78%), რეგიონში ცხოვრობს გამოკითხულთა 22%.

სურათი 4.

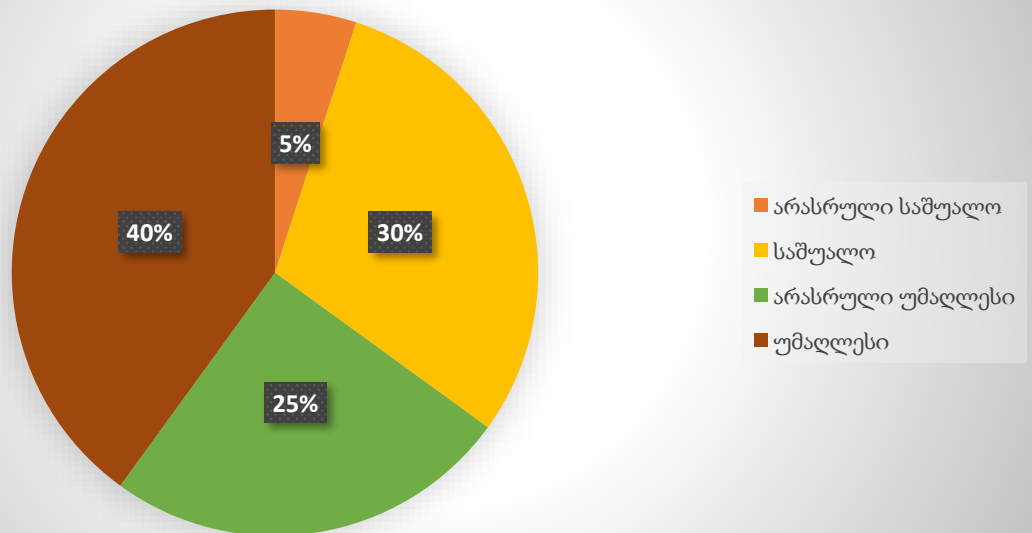
საცხოვრებელი ადგილი



5) გამოკითხულთა 40% აქვს უმაღლესი განათლება,საშუალო 30%,არასრული საშუალო 5%.

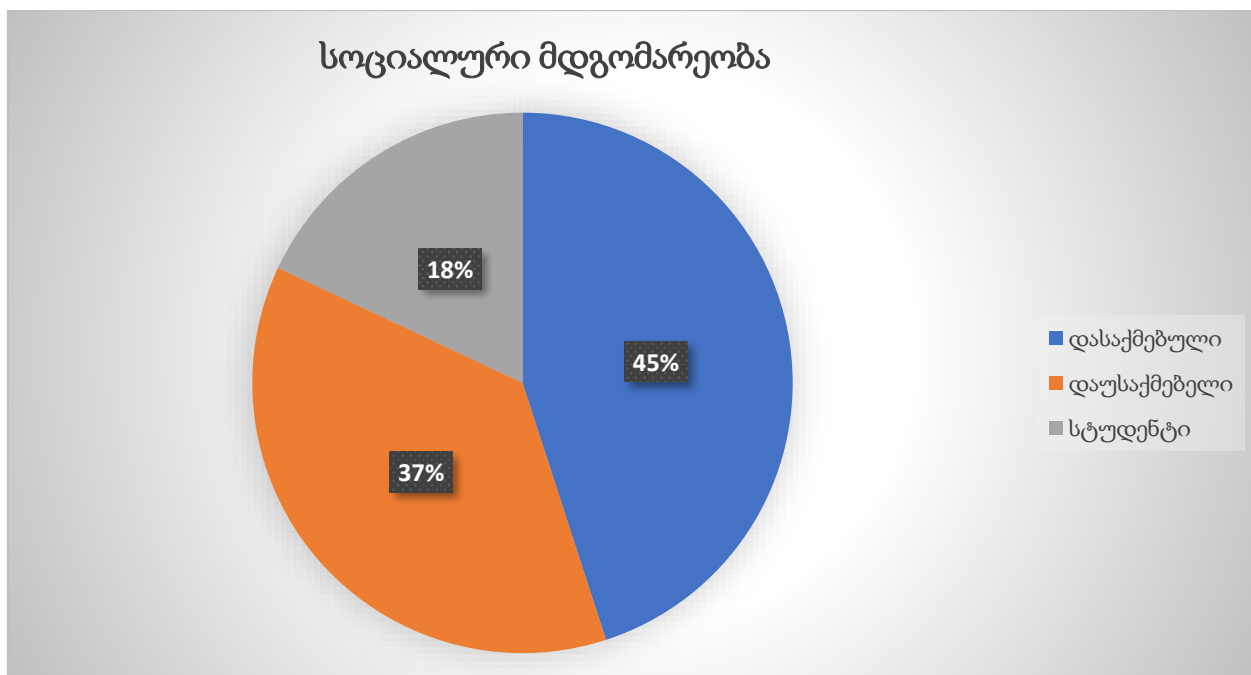
სურათი 5.

განათლება



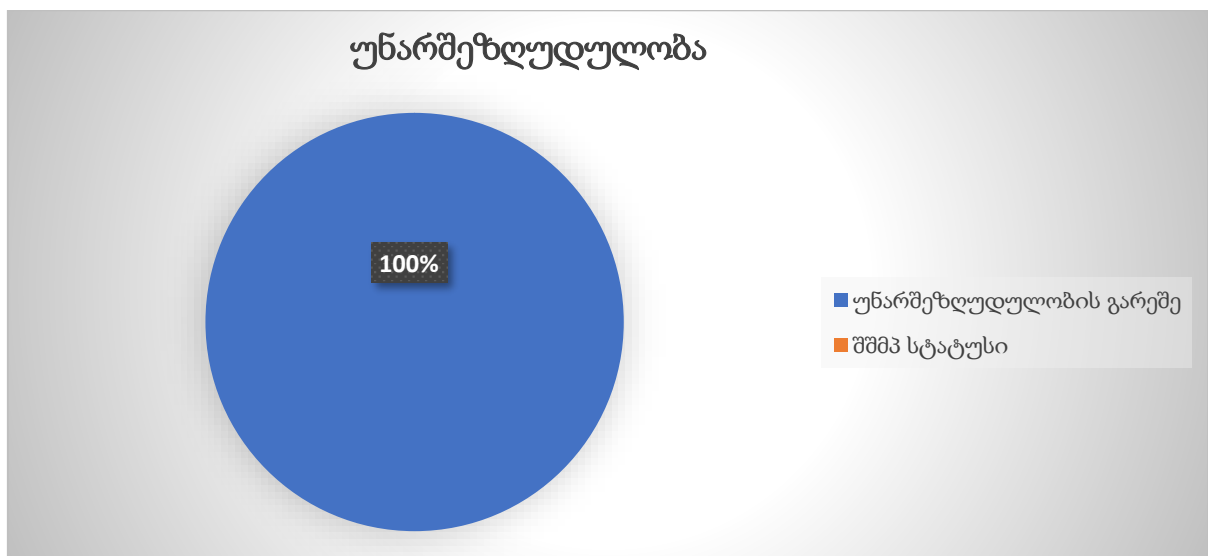
6) რესპოდენტთა უმრავლესობა დასაქმებულთა - (45%), დაუსაქმებელია - (37%), ხოლო სტუდენტი (18%).

სურათი 6.



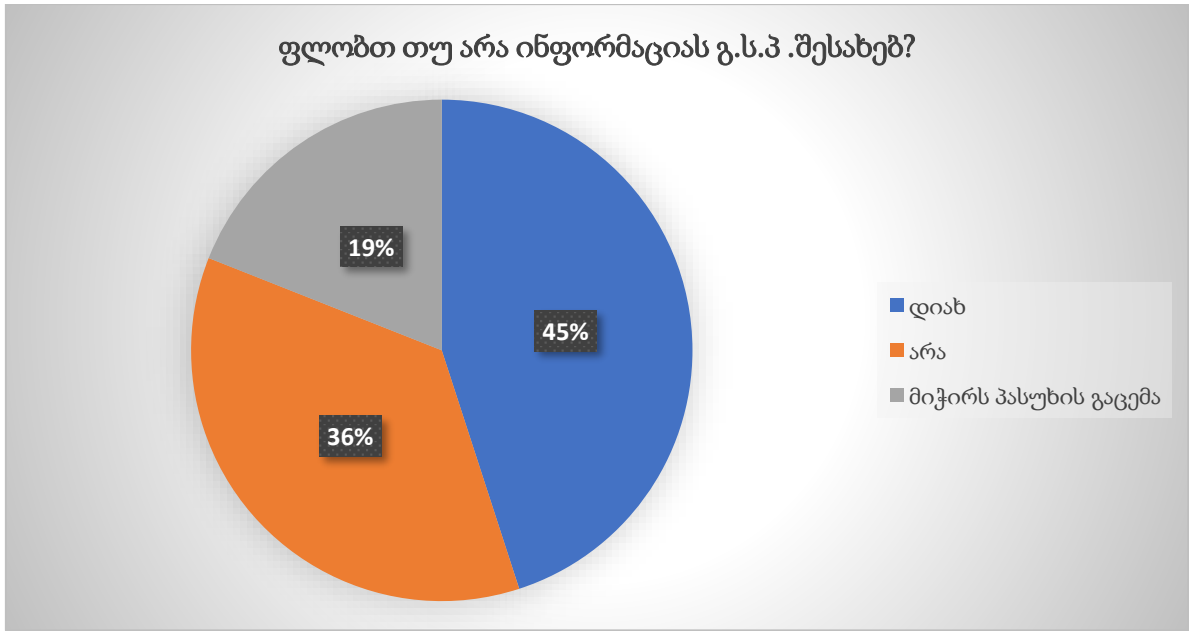
7) რესპოდენტთა შორის შშმპ სტატუსის მქონე პირი არ შეგვხვედრია.

სურათი 7.



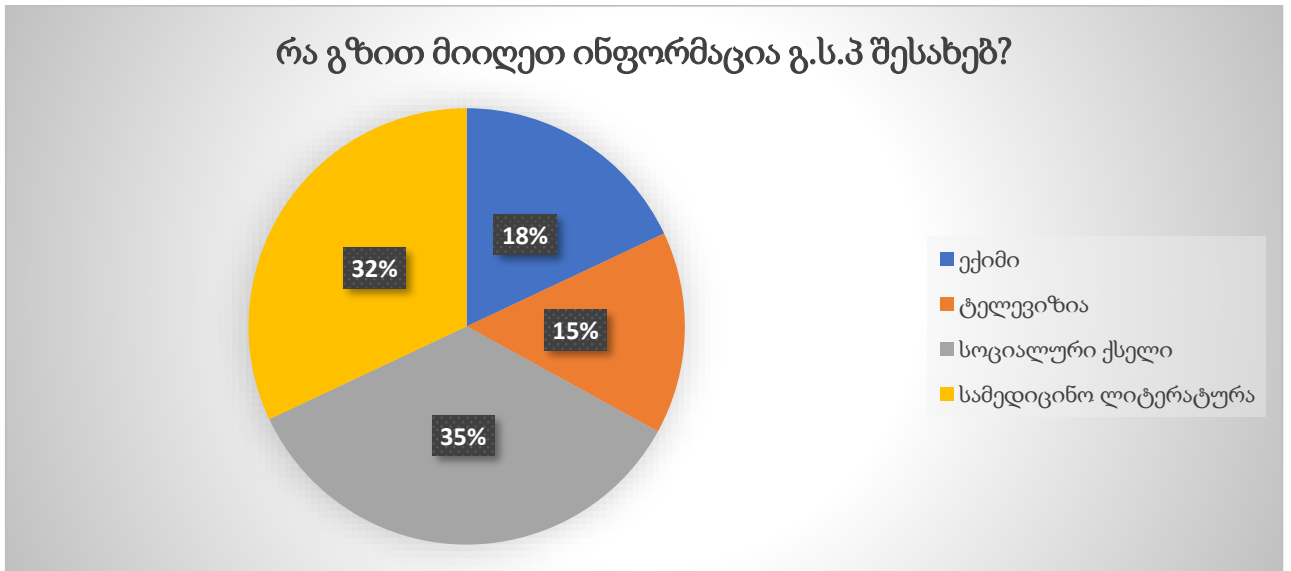
8) კითხვაზე, ფლობთ თუ არა ინფორმაციას განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შესახებ, გამოკითხულთა 45% ფლობს ინფორმაციას გ.ს.პ შესახებ, არ ფლობს 39%, ხოლო მიჭირს პასუხი გაცემა 19%.

სურათი 8.



9) კითხვაზე, რა გზით მიიღეთ ინფორმაცია განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შესახებ , რესპოდენტებმა უპასუხეს: ექიმი 18%, ტელევიზია 15%, სოციალური ქსელი 35%, სამედიცინო ლიტერატურა 32%.

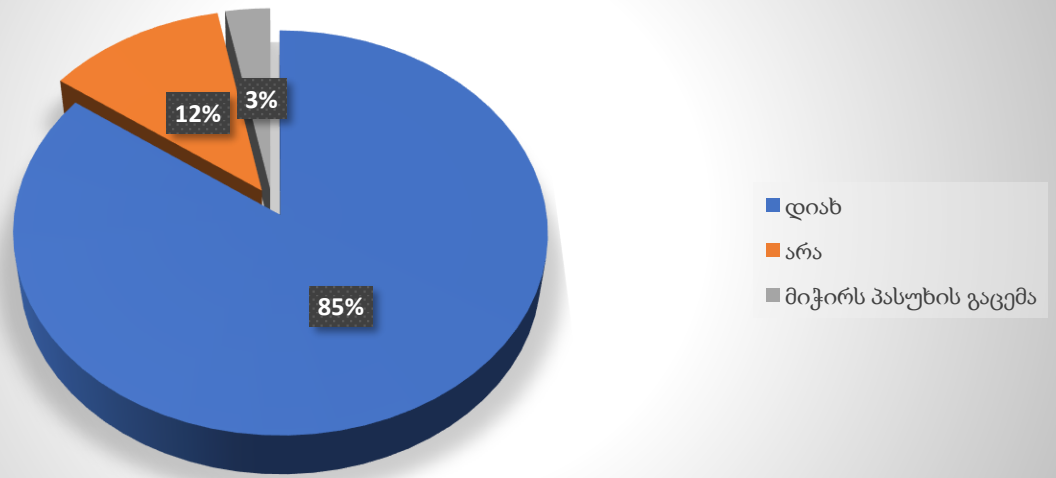
სურათი 9.



10) კითხვაზე, უქნის თუ არა საფრთხეს გ.ს.პ ადამიანის ჯანმრთელობას, რესპოდენტთა 85%-მა უპასუხა დიახ, , 12%-მა არა, მიჭირს პასუხის გაცემა 30%.

სურათი 10.

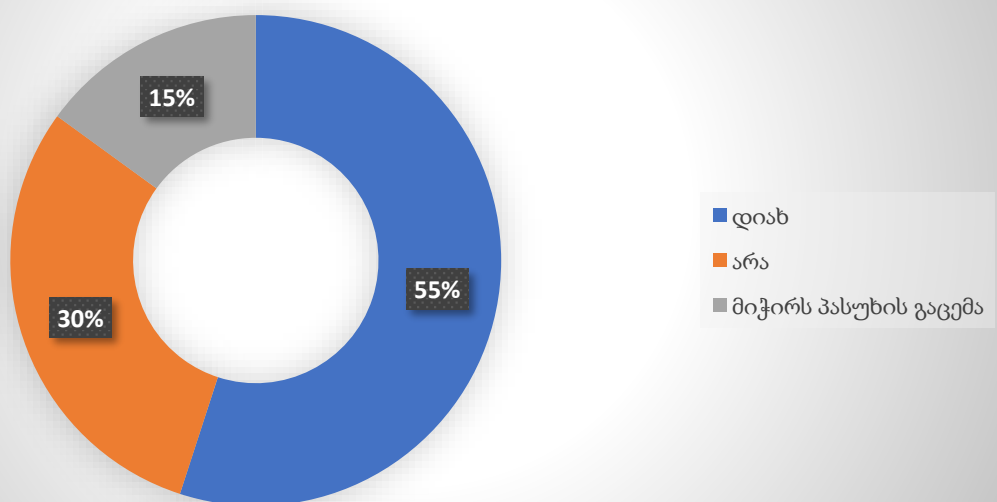
უქმნის თუ არა საფრთხეს გ.ს. პ ადამიანის ჯანმრთელობას?



11) კითხვაზე არის თუ არა მაღალი სიხშირით გ.ს.პ გავრცელებული საქართველოში, გამოკითხულთა 55%-მა უპასუხა დიახ, არა 30%-მა, ხოლო მიჭირს პასუხის გაცემა 15%-მა.

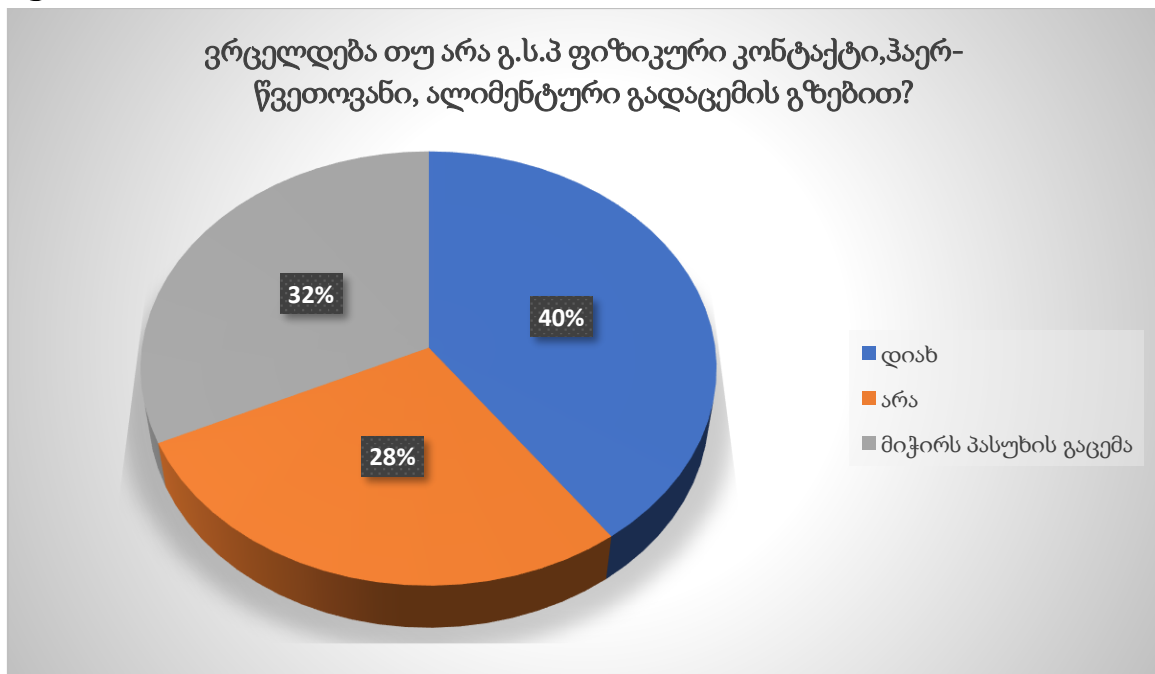
სურათი 11.

არის თუ არა გ.ს.პ მაღალი სიხშირით გავრცელებული საქართველოში?



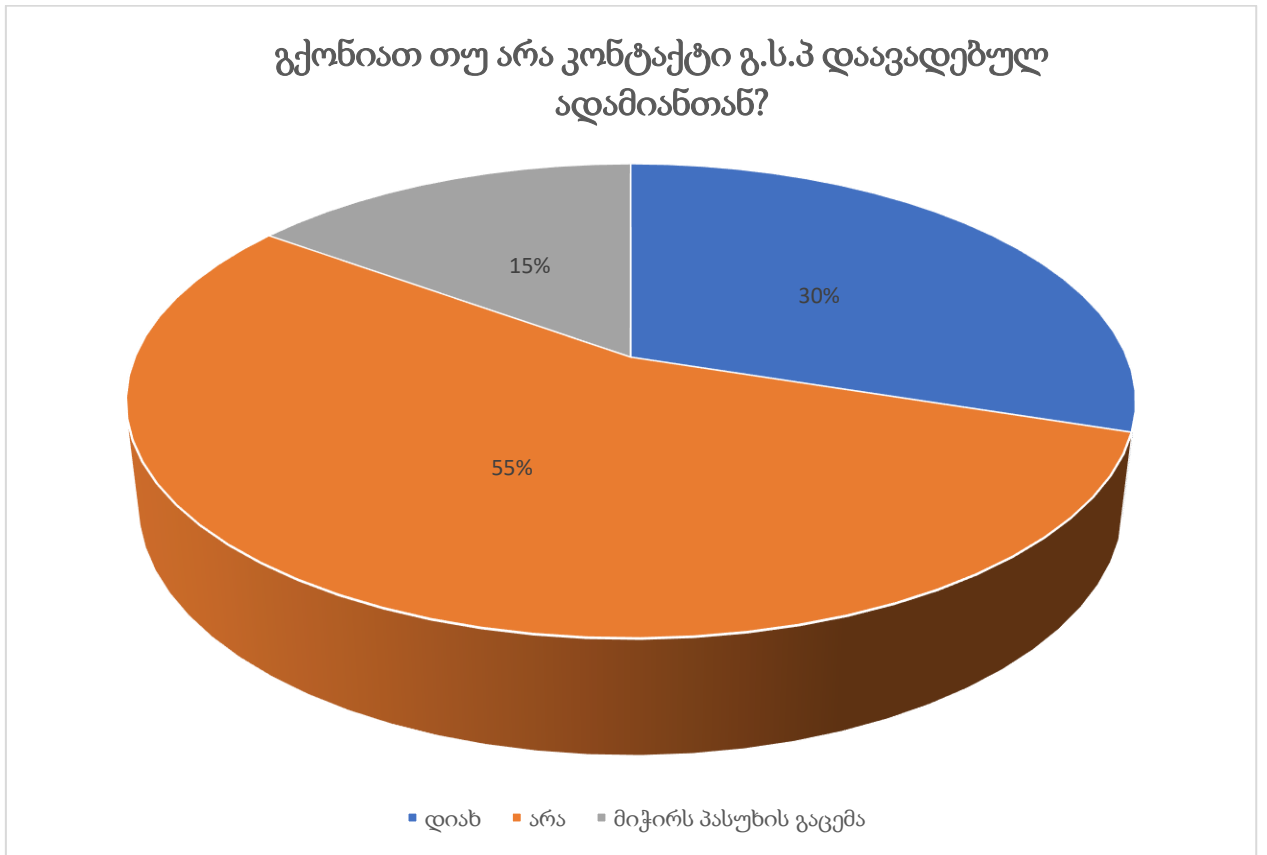
12) კითხვაზე, ვრცელდება თუ არა გ.ს.პ ფიზიკური კონტაქტი, ჰაერწვეთოვანი, ალიმენტური (საკვებისმიერი) გადაცემის გზებით, რესპოდენტთა 40%-მა უპასუხა დიახ, არა 28%-მა, მიჭირს პასუხის გაცემა 32%-მა.

სურათი 12.



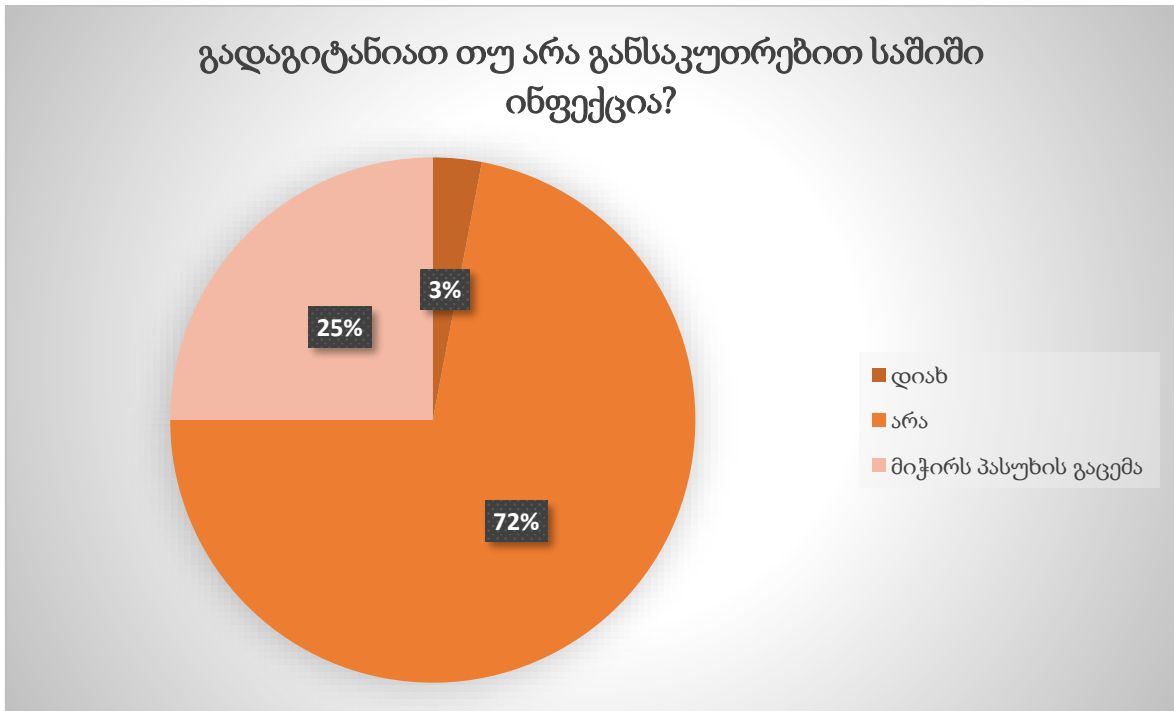
13) კითხვაზე, გქონიათ თუ არა კონტაქტი გ.ს.პ დაავადებულ ადამიანთან, რესპოდენტთა 30%-მა უპასუხა დიახ, არა 60%-მა, მიჭირს პასუხის გაცემა 15%-მა.

სურათი 13.



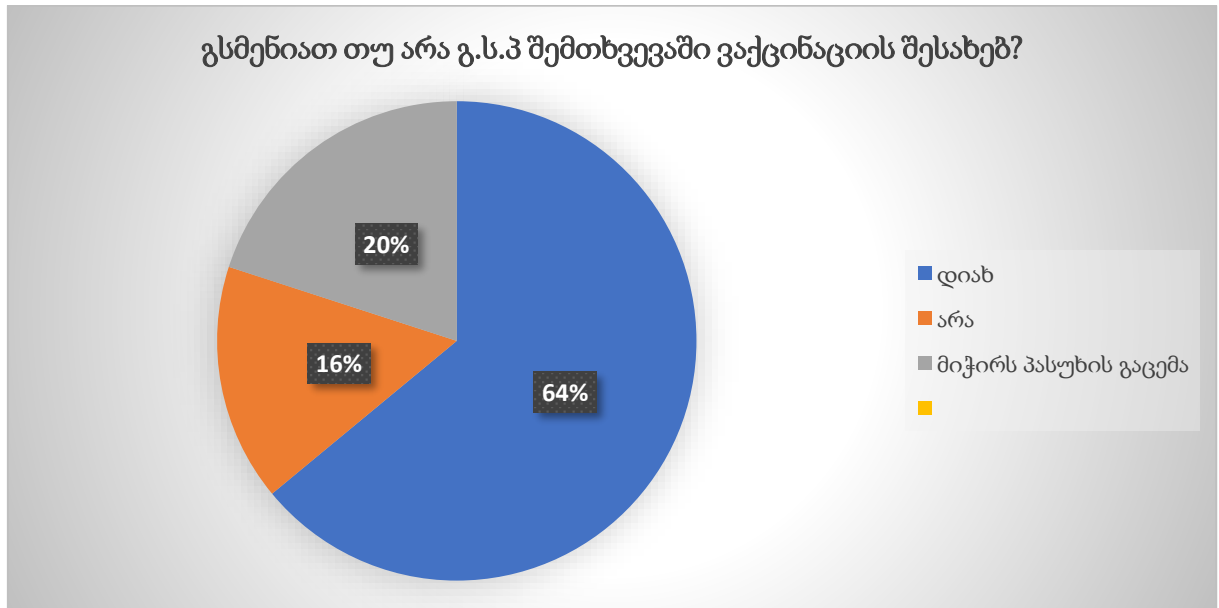
14) კითხვაზე გადაგიტანიათ თუ არა განსაკუთრებით საშიში ინფექცია, გამოკითხულთა 3%-მა უპასუხა დიახ, არა 72%-მა, ხოლო 25%-ს უჭირს პასუხის გაცემა.

სურათი 14.



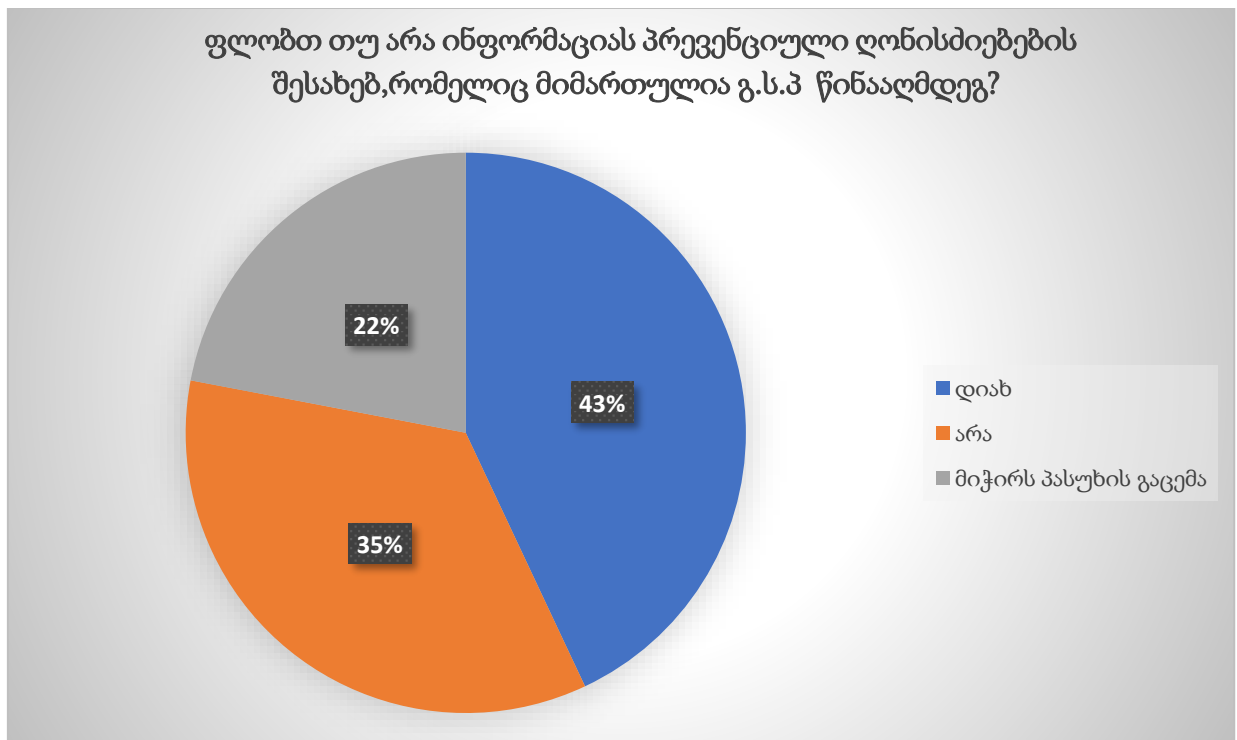
15) კითხვაზე, გსმენიათ თუ არა განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შემთხვევაში ვაქცინაციის შესახებ, გამოკითხულთა 64%-მა უპასუხა დიახ, არა 16%-მა, მიჭირს პასუხის გაცემა 20%-მა .

სურათი 15.



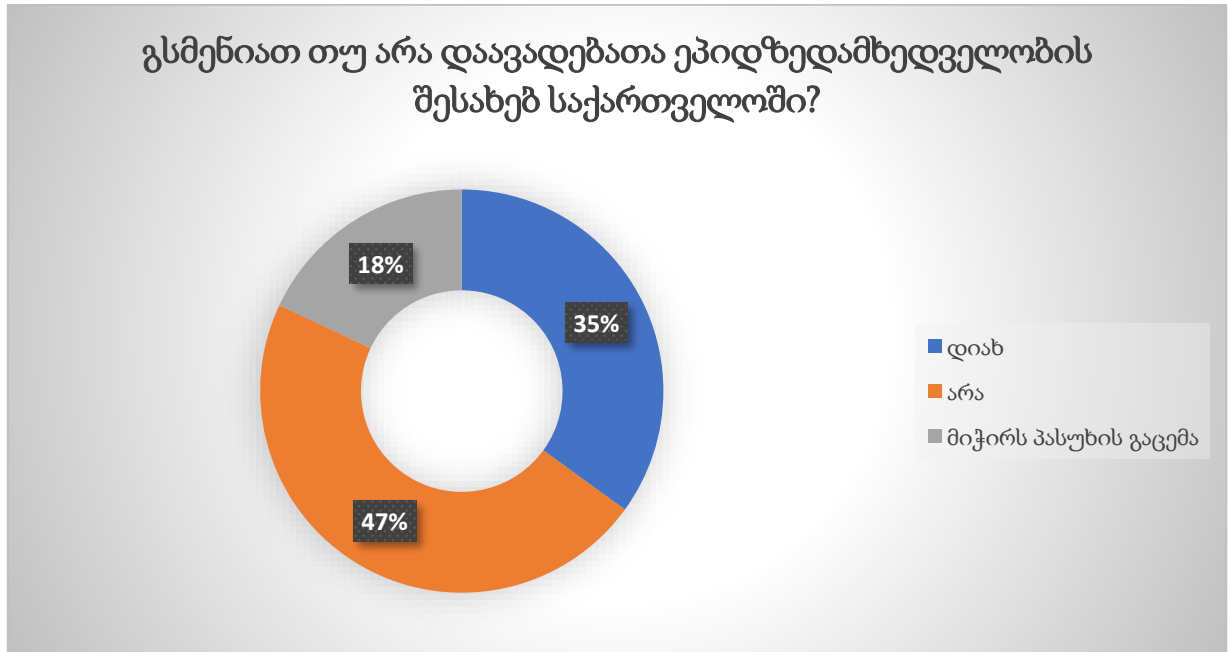
16) კითხვაზე ფლობთ თუ არა ინფორმაციას პრევენციული ღონისძიებების შესახებ, რომელიც მიმართულია გ.ს.პ წინააღმდეგ, გამოკითხულთა 43% ფლობს ინფორმაციას, 35% არ ფლობს, ხოლო 22% უჭირს პასუხის გაცემა.

სურათი 16.



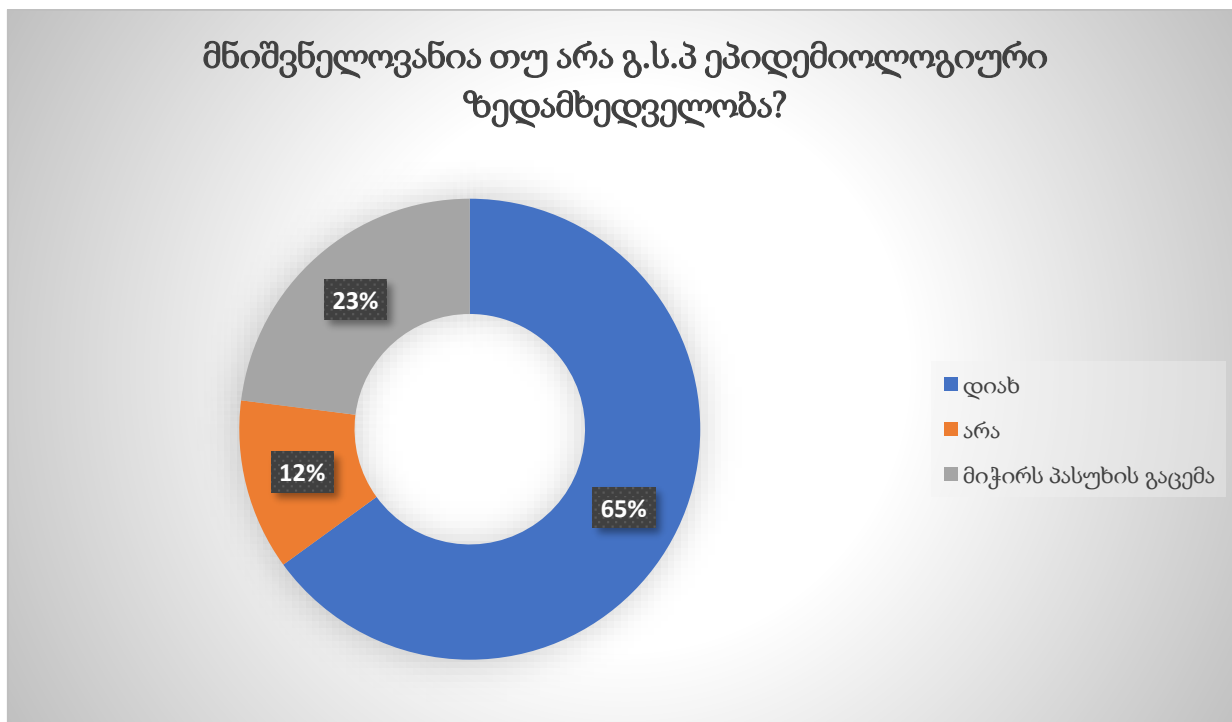
17) კითხვაზე, გსმენიათ თუ არა დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის შესახებ საქართველოში, გამოკითხულთა 35%-მა უპასუხა დიახ, არა 47%-მა , მიჭირს პასუხის გაცემა 18%-მა.

სურათი 17.



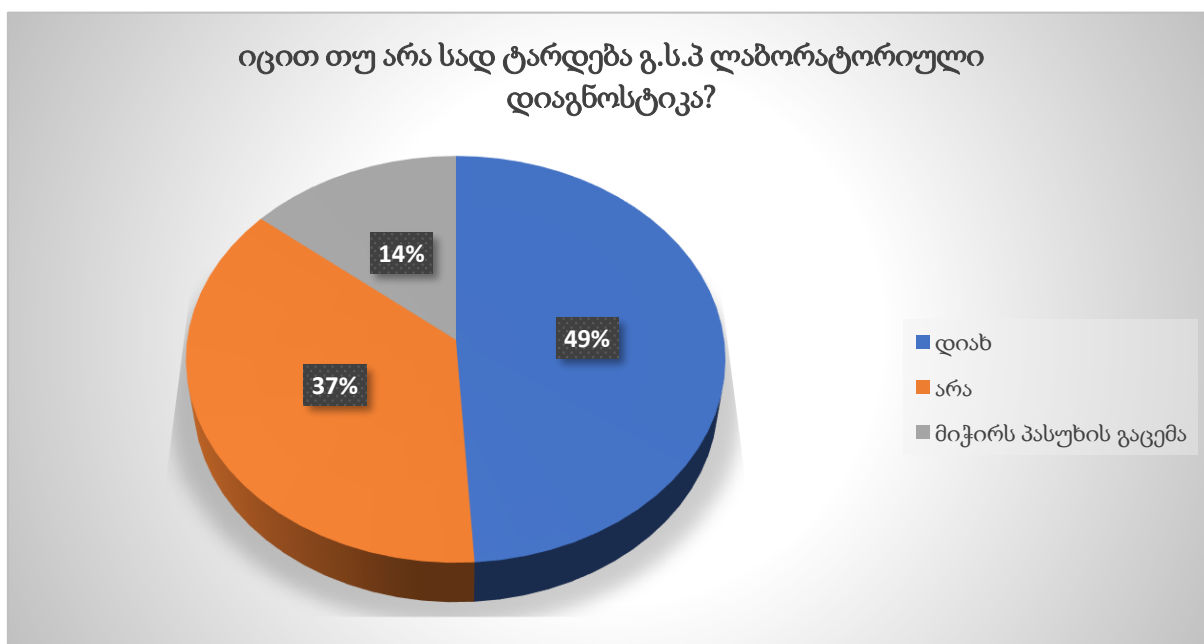
18) კითხვაზე მნიშვნელოვანია თუ არა გ.ს.პ ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა, რესპოდენტთა 65%-მა უპასუხა დიახ, არა 21%-მა, მიჭირს პასუხის გაცემა 23%-მა.

სურათი 18.



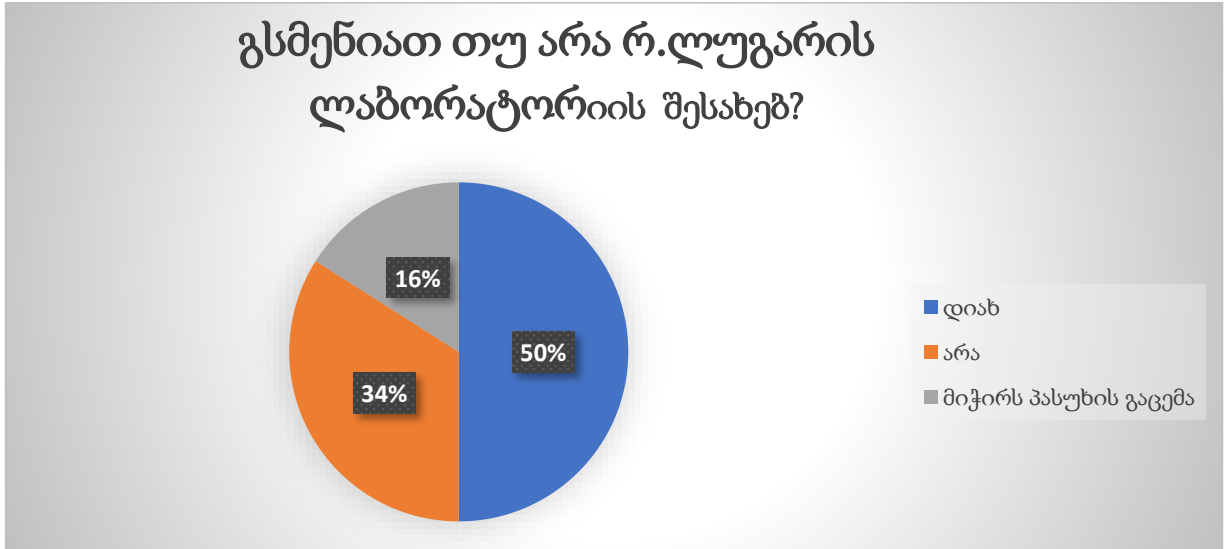
19) კითხვაზე იცით თუ არა სად ტარდება გ.ს.პ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა, რესპოდენტთა 49%-მა უპასუხა დიახ, არა 37%-მა , მიჭირს პასუხის გაცემა 14%-მა.

სურათი19.



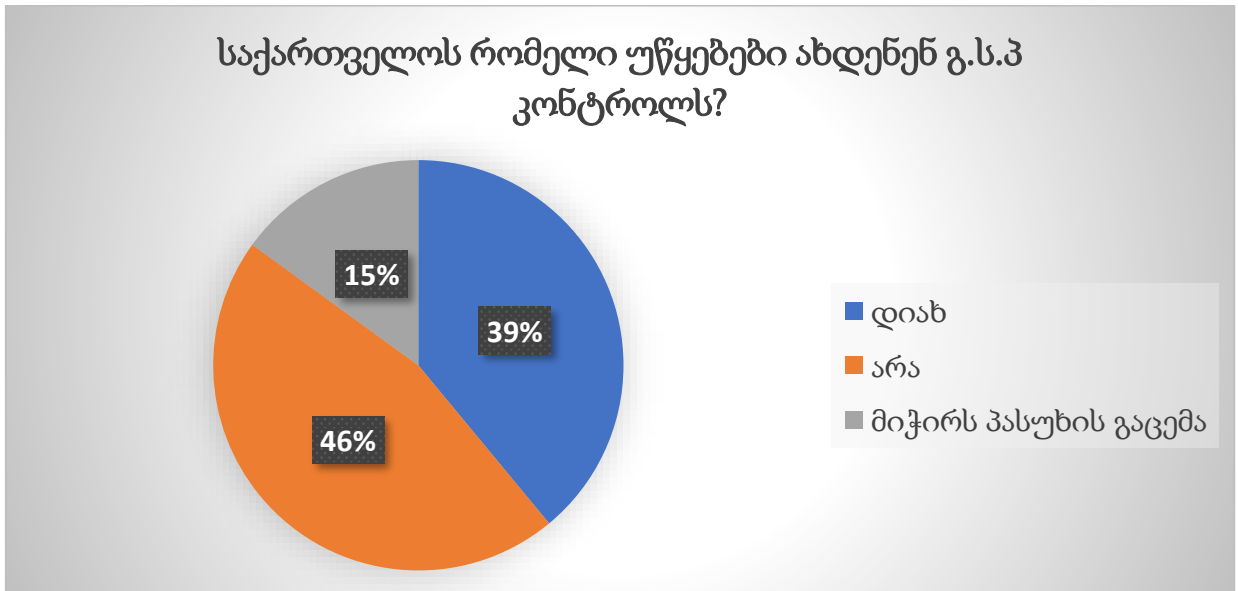
20) კითხვაზე გსმენიათ თუ არა ლუგარის ლაბორატორიის შესახებ , გამოკითხულთა 50%-მა უპასუხა დიახ, არა 37%-მა, ხოლო მიჭირს პასუხის გაცემა 16%-მა.

სურათი 20.



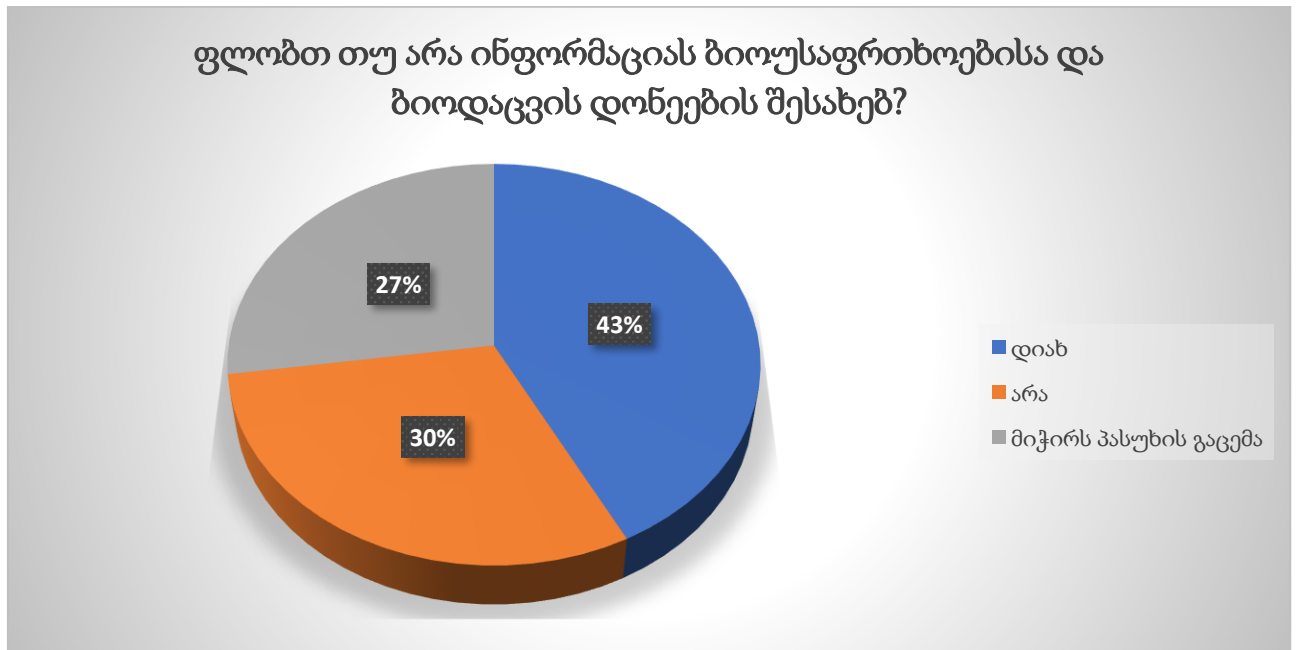
21) კითხვაზე საქართველოს რომელი უწყებები ახდენენ გ.ს.პ კონტროლს, გამოკითხულთა 39%-მა უპასუხა დიახ, არა 46%-მა, მიჭირს პასუხის გაცემა 15%-მა.

სურათი 21.



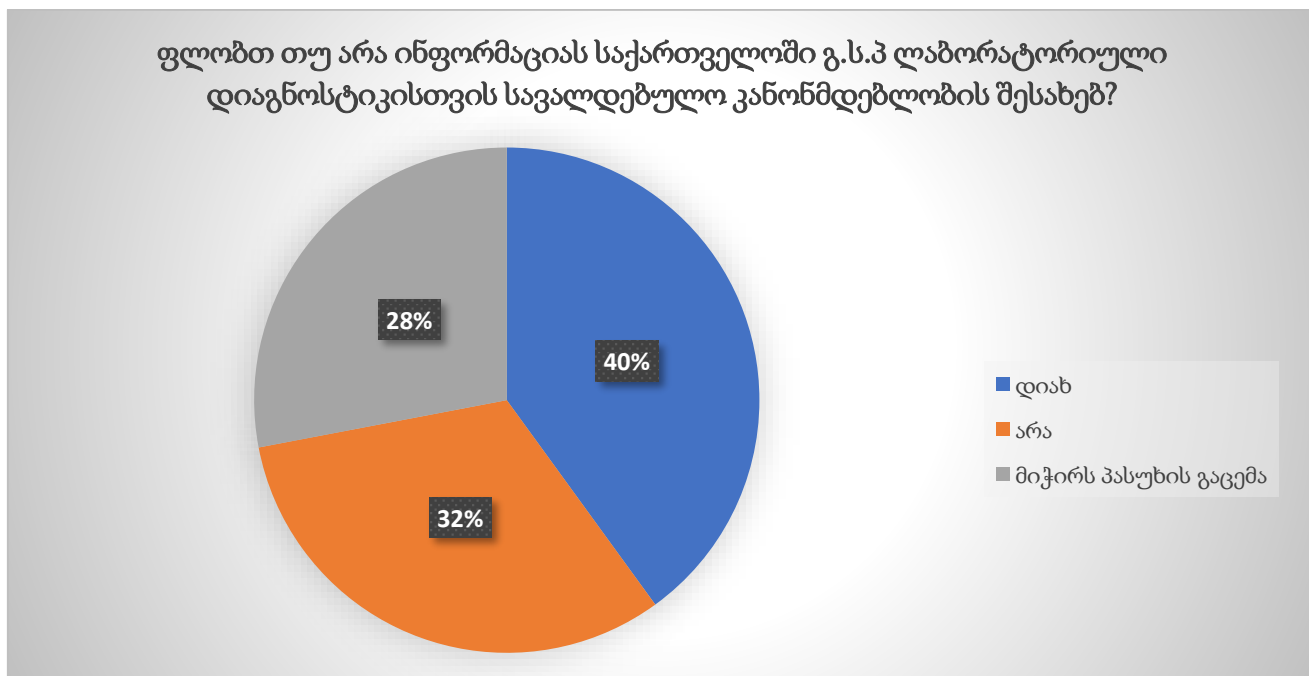
22) კითხვაზე ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ბიოუსაფრთხოებისა და ბიოდაცვის დონეების შესახებ , გამოკითხულთა 42%-მა უპასუხა დიახ ,არა 30%-მა,მიჭირს პასუხის გაცემა 27%-მა

სურათი 22.



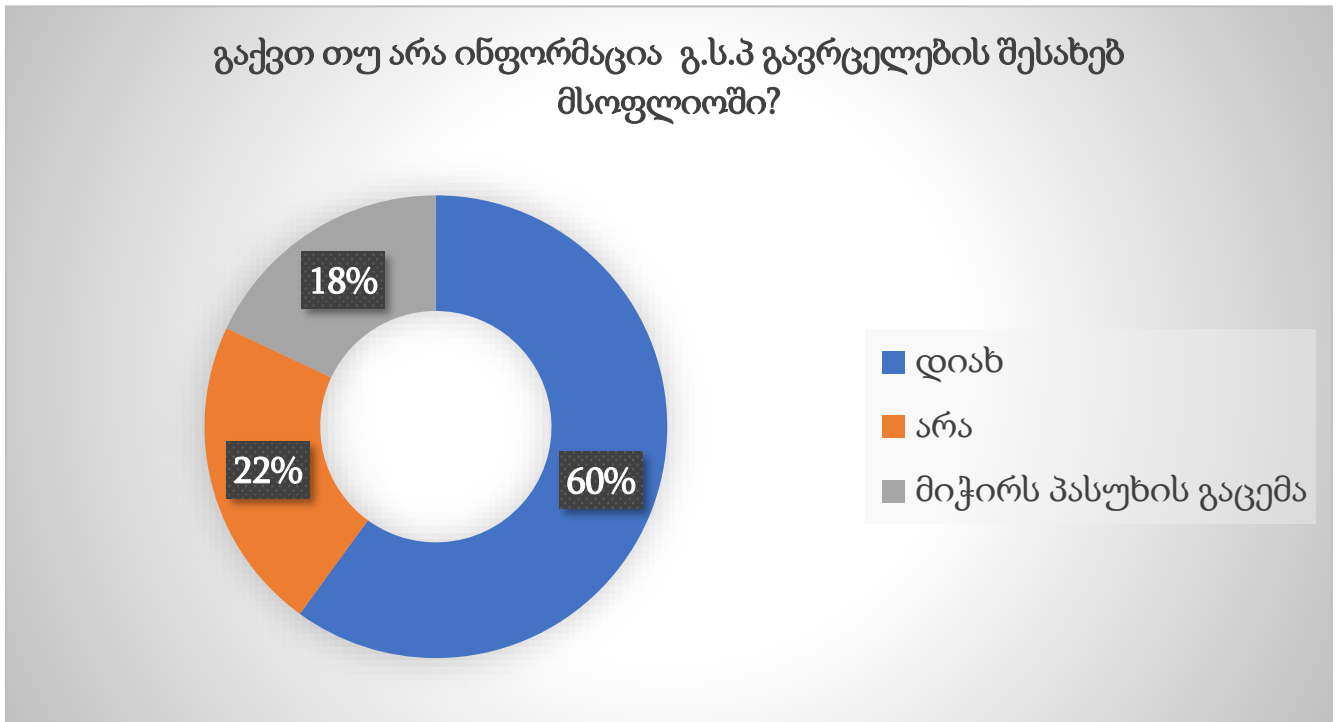
23) კითხვაზე ფლობთ თუ არა ინფორმაციას საქართველოში გ.ს.პ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისთვის სავალდებულო/აუცილებელი კანონმდებლობის შესახებ, გამოკითხულთა 50%-მა უპასუხა დიახ, არა 30%-მა, მიჭირს პასუხის გაცემა 18%-მა.

სურათი 23.



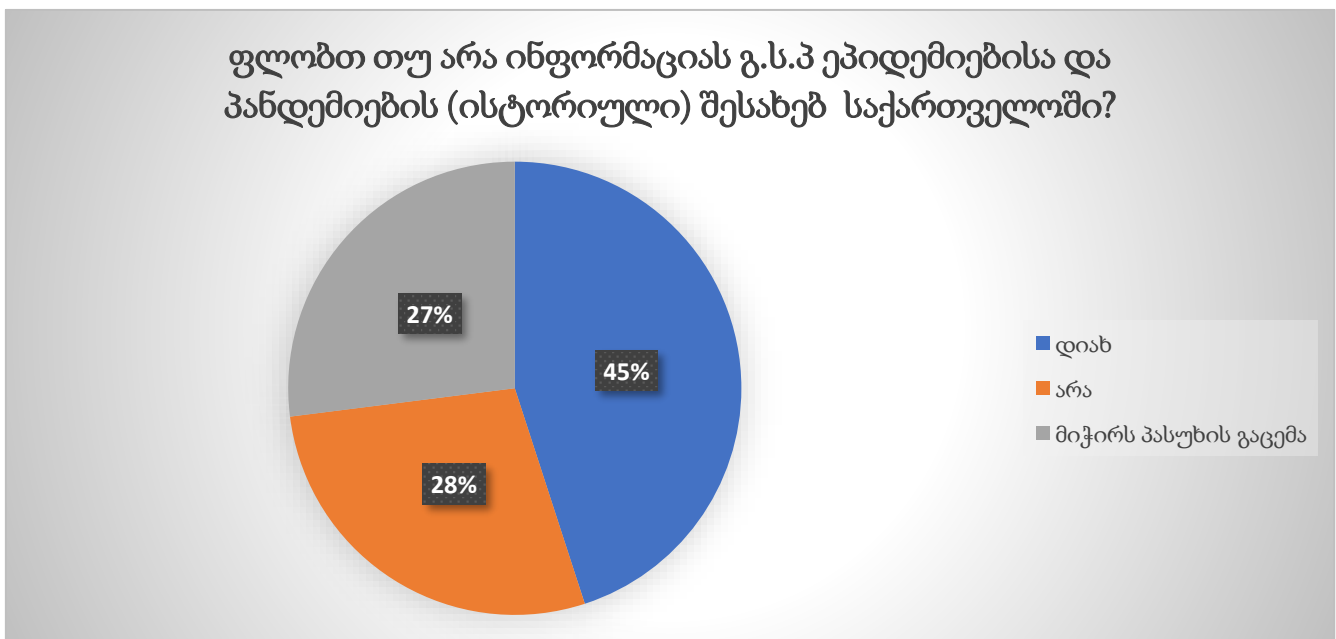
24) კითხვაზე გაქვთ თუ არა ინფორმაცია განსაკუთრებით საშიში ინფექციების გავრცელების შესახებ მსოფლიოში, გამოკითხულთა 60% ინფორმირებულია, 22% არა, ხოლო 18% უჭირს პასუხის გაცემა.

სურათი24.



25) კითხვაზე გაქვთ თუ არა ინფორმაცია გ.ს.პ ეპიდემიებისა და პანდემიების (ისტორიული) შესახებ საქართველოში , გამოკითხულთა 45%-მა უპასუხა დიახ, არა 28%-მა, მიჭირს პასუხის გაცემა 27%-მა.

სურათი25.



კვლევის შედეგები

- 1) რესპოდენტების 45% ფლობს ინფორმაციას განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შესახებ. უმრავლესობა (85%) მიიჩნევს, რომ გ.ს.პ საფრთხეს უქმის ადამიანის ჯანმრთელობას.
- 2) კვლევის მიხედვით, გამოკითხულთა (50%) ინფორმირებულია თუ რა გზით გადაეცემა განსაკუთრებით საშიში ინფექციები.
- 3) რესპოდენტების (60%) არ ჰქონიათ კონტაქტი გ.ს.პ დაავადებულთან.
- 4) კვლევაში გამოვლინდა, რომ რესპოდენტთა (39%) არ ფლობს ინფორმაციას საქართველოს რომელი უწყებები ახდენენ გ.ს.პ კონტროლს.
- 5) გამოკითხულ რესპოდენტთა 1/3 არ ფლობს ინფორმაციას ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის შესახებ ქვეყანაში.
- 6) კვლევაში დასმულ შეკითხვაზე, სმენიათ თუ არა ლუგარის ლაბორატორიის შესახებ, რესპოდენტთა (50%) დადებითად პასუხობს.
- 7) გამოკითხულთა (35%)-მა არ იცის თუ რა პრევენციული ღონისძიებები ტარდება გ.ს.პ წინააღმდეგ, ასევე არ ფლობს (30%) ინფორმაციას ბიოუსაფრთხოებისა და ბიოდაცვის ღონეების შესახებ.
- 8) გამოკითხულ რესპოდენტთა (40%) ინფორმირებულია გ.ს.პ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისთვის სავალდებულო/აუცილებელი კანონმდებლობის შესახებ. ასევე რესპოდენტთა (45%)-მა იცის თუ რა ეპიდემიები და პანდემიები იყო ქვეყანაში გავრცელებული.

კვლევის შედეგების საფუძველზე მომზადდა დასკვნები და რეკომენდაციები

დასკვნა

ლიტერატურის მიმოხილვის და კვლევის შედეგებზე დაყრდნობით შეიძლება დავასკვნათ:

1. მოსახლეობაში გ.ს.პ დაკავშირებული საკითხები კარგად შესწავლილი არ არის, შესაბამისად, სრული ინფორმაცია მათი გავრცელებისა და პრევენციული ღონისძიებების შესახებ არ არსებობს.
2. მოსახლეობის უმეტეს ნაწილს არ ჰქონიათ კონტაქტი გ.ს.პ დაავადებულ ადამიანთან.
3. დღესდღეობით გამოკითხულთა ნახევარზე მეტი არ არის ინფორმირებული გ.ს.პ შემთხვევაში ვაქცინაციის შესახებ.
4. მოსახლეობის უმრავლესობამ არ იცის საქართველოში არსებული ეპიდზედამხედველობის სისტემის შესახებ.
5. გამოკითხულთა უმრავლესობა არ არის ინფორმირებული, თუ სად ტარდება გ.ს.პ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა და არ ფლობს ინფორმაციას ლუგარის კვლევითი ცენტრის შესახებ.

რეკომენდაციები

- მიზანშეწონილია მოსახლეობის ინფორმირებულობის დონის გაზრდა საქართველოში განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებზე ზედამხედველობის შესახებ, საინფორმაციო საშუალებების აქტიური გამოყენებით;

- რეკომენდებულია ლუგარის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კვლევითი ცენტრის სტრუქტურული და ფუნქციური როლის კორექტული და ადვილად აღქმადი ასახვა მოსახლეობისა და ყველა დაინტერესებული უწყებისთვის.
- შესწავლილი ლიტერატურული წყაროების საფუძველზე მიზანშეწონილია გსპ ზედამხედველობის ყველა კომპონენტის ათვისება და შესაბამისი პრევენციული ღონისძიებების გატარება მოხდეს სამკურნალო-პროპილაქტიკური დაწესებულებების პერსონალის , აგრეთვე კომპეტენტური ორგანოების მიერ.
- აუცილებელია ჩატარდეს მასშტაბური კვლევა, გ.ს.პ დაკავშირებით, უფრო სრულყოფილი ხასიათის მისაღებად და შემდგომ დაისახოს ეფექტური სტრატეგია და ღონისძიებები.

გამოყენებული ლიტერატურა

1. ზოცვაძე ე. - ინფექციური დაავადებები, თბილისი, 2000
2. კაციტაძე ვ. - ჰიგიენა, თბილისი, 1983
3. მჭედლიშვილი ი. გელოვანი დ. - ეპიდემიოლოგია, თბილისი, 2010
4. სამედიცინო ჟურნალი თბილისი, 2010
5. მეთოდური მითითებები საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახურისთვის გადამდებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობა და კონტროლი საქართველოში, თბილისი, 2010
6. მჭედლიშვილი ი. გელოვანი დ. - ეპიდემიოლოგია, თბილისი, 2006
7. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=f7a28a1e-0489-49a0-b183-eb8674244541>
8. ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი, თბილისი, 2017
9. ლუგარის ლაბორატორია საქართველოში რისკები და შესაძლებლობები, გლობალური კვლევების ცენტრი, თბილისი, 2016
10. მჭედლიშვილი ი. გელოვანი დ. - ეპიდემიოლოგია, თბილისი, 2016
11. იმნაძე კ. - გადამდები დაავადებები საქართველოში 2002 წელსა და წინა ათასწლეულში, თბილისი, 2003
12. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი, თბილისი, 2017
13. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი <http://www.ncdc.ge/Pages/user/LetterContent.aspx?ID=2ffbcbff-75a3-491a-bb9c-5fddb13d3d18>
14. საქართველოს კანონი „ჯანმრთელობის დაცვის შესახებ“, 2013 წელი 27 მაისი. მუხლი 3 http://ssa.gov.ge/files/01_GEO/KANONMDEBLOBA/Sakanonmdeblo/30-03
15. საქართველოს მთავრობის დადგენილება N336, 2015 წლის 9 ივლისი
16. ჯანმრთელობის დაცვა მოკლე სტატისტიკური მიმოხილვა 2017

- <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=bcbec72f-4bd1-4d46-be16-2de227576b58>
17. საქართველოს კანონი საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის შესახებ 2007 წლის 27 ივნისი. მუხლი 3 http://gov.ge/files/411_50489_770698_336.9.07.15
 18. ჯანმრთელობის დაცვა სტატისტიკური ცნობარი, 2016 <http://www.ncdc.ge/Handlers/GetFile.ashx?ID=e6187208-0a3f-4026-a25e-d72fa93ec51a>
 19. დაავადებათა სტატისტიკა NCDC <http://178.134.28.190/ka-GE/Statistics/DiseaseStatistics>
 20. სამიში ინფექციური დაავადებების , ეპიდემიების, გავრცელება <https://matsne.gov.ge/ka/document/view/4374669?publication=0>
 21. პირადი დაცვის საშუალებები და იზოლაცია გ.ს.პ დროს. https://learning.bmj.com/learning/module-intro/.html?locale=ka_GE&moduleId=10060111
 22. ჯილბი -NCDC <https://www.ncdc.ge/Pages/User/LetterContent.aspx?ID=2ffbcbff-75a3-491a-bb9c-5fddb13d3d18>
 23. ჯილბის კერები საქართველოში , თეიმურაზ კუხალაშვილი, თბილისი 2007. http://dspace.nplg.gov.ge/bitstream/1234/6000/1/Kuxalashvili_Teimuraz.pdf
 24. ინფექციური სნეულებები https://www.moh.gov.ge/uploads/files/oldMoh/01_GEO/wJAN2016/22.pdf
 25. HARRISON'S MANUAL OF MEDCINE 19th edition. 2016
 26. HARRISON'S INFECTION DISEASES 17th edition. 2016
 27. Hurtado R. "Brucellosis". / New end old issues regarding diagnosis and management/ . January 31,2001
 28. National institiute of allergy of infections disease <https://books.google.ge/books?id=5CiZVxP56RgC&pg=PA254&lpg=PA254&dq=ტულარემია+NCDC&source=bl&ots>
 29. Infections desease and prevention and control - <https://www.health.govt.nz/your-health/healthy-living/environmental-health/infectious-disease- prevention-and-control>
 30. Crimean-kongo Hemorrhagic Fever-<https://www.cdc.gov/vhf/cremean-congo/index.html>

ტექსტში გამოყენებული შემოკლებების განმარტებები

WHO - ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია;

Prevalant - რეგისტრირებული ახალი შემთხვევების რაოდენობა;

შჯს - საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სამსახური(ცენტრი);

დზეის - ქვეყანაში მოქმედი ეპიდზედამხედველობის ელექტრონული სისტემა;

დკ&სჯეც - დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.

სსიპ „ლ. საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი
ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი“

National Center for Disease Control and Public Health

IRB00002150 National Center for Disease Control and Public Health
IRB #1(FWA00002781)



სამედიცინო ეთიკის კომისიის თანხმობის წერილი

მთავარი მკვლევარი: ცანავა შოთა

ბიოუსაფრთხოებისა და განსაკუთრებით სამიშ ინფექციურ დაავადებათა დეპარტამენტის უფროსი ასოცირებული პროფესორი, დოქტორი. სსიპ ლ. საყვარელიძის სახ. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ტელ: 599 654 075

ელ.ფოსტა: tsanavashota@gmail.com

ოქმი #2019-27

კვლევის სათაური: “განსაკუთრებით სამიშ ინფექციების ეპიდზედამხედველობის სისტემა საქართველოში“.

ლ. საყვარელიძის სახელობის დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სამედიცინო ეთიკის კომისიამ განიხილა პროექტის მომდევნო წლით გაგრძელების განაცხადი და დაასკვნა, რომ კვლევის პროტოკოლის მიხედვით საკვლევი პირების უფლებები და კეთილდღეობა ადექვატურადაა დაცული.

განხილვის ტიპი: დაჩქარებული

განხილვის თარიღი: 2019 წლის 22 მაისი

აღნიშნული დასკვნა იძლევა უფლებამოსილებას კვლევა ჩატარდეს **2019 წლის 22 მაისიდან 2020 წლის 22 მაისამდე**.

- კვლევის პროცესში ნებისმიერი გაუთვალისწინებელი პრობლემის ან უარყოფითი მოვლენის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ აცნობეთ ეთიკის კომისიას.
- ნებისმიერი ცვლილება კვლევის მეთოდოლოგიაში, პროტოკოლში, მონაცემთა შეგროვების ინსტრუმენტებში ან/და თანხმობის ფორმაში განხორციელებამდე უნდა აცნობოთ ეთიკის კომისიას.
- თუ კვლევა არ დასრულდება ამ დოკუმენტში მოცემულ ვადებში, საჭიროა კვლევის ხელახალი განხილვა ეთიკის კომისიის მიერ.

დამატებითი ინფორმაციისთვის დაგვიკავშირდით ტელ: (995-322) 398946 ან ელ. ფოსტით: irb.ncdc@gmail.com.

კომისიის თავმჯდომარე: მარინა თოფურიძე, IRB0000215

მ. ასათიანის 9, თბილისი 0177; 9 M.Asatiani st., Tbilisi, 0177, Georgia; Phone: (995-322) 39 89 46, Fax: (995-322) 31 14 85,

E-mail: ncdc@ncdc.ge

კითხვარი

ინფორმაცია რესპოდენტისთვის:

ივ.ჯავახიშვილის სახ.თბილისის სახელმწიფო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დეპარტამენტი მუშაობს სამაგისტრო ნაშრომზე „განსაკუთრებით საშიში ინფექციების ეპიდზედამხედველობის სისტემა საქართველოში.“ აღნიშნული სამაგისტრო ნაშრომის ფარგლებში ტარდება კვლევა „მოსახლეობის ცოდნა-დამოკიდებულება გ.ს.პ მიმართ.“ კვლევა ანონიმურია და მისი შედეგები გამოყენებული იქნება მხოლოდ საგანმანათლებლო და სამეცნიერო მიზნებისთვის. კვლევის შედეგების დემონსტრირებისას რესპოდენტი, სამედიცინო დაწესებულება და მისი ადგილმდებარეობა არ დასახელდება. კვლევის პერიოდში და მას შემდეგ კონფიდენციალობა სრულად იქნება დაცული.

გთხოვთ,აირჩიოთ თქვენთვის მისაღები პასუხი და შემოხაზოთ.

რესპოდენტთა მახასიათებლები:

1) ასაკი

- 18-24
- 25-36
- 37-55
- 56-65
- 65+

2) სქესი

- მდედრობითი
- მამრობითი

3) განათლება

- არასრული საშუალო
- საშუალო
- არასრული უმაღლესი
- უმაღლესი

4) საცხოვრებელი ადგილი

- თბილისი
- რაიონი

5) ოჯახური მდგომარეობა

- დაოჯახებული
- დასაოჯახებელი
- განქორწინებული
- ქვრივი

6) სოციალური მდგომარეობა

- დასაქმებული
- დაუსაქმებელი
- სტუდენტი

7) უნარშეზღუდულობა

- უნარშეზღუდულობის გარეშე
- შშმპ სტატუსი

8) ფლობთ თუ არა ინფორმაციას განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შესახებ?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

9) რა გზით მიიღეთ ინფორმაცია განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შესახებ?

- ექიმი
- ტელევიზია
- სოციალური ქსელი
- სამედიცინო ლიტერატურა

10) თქვენი აზრით უქმნის თუ არა საფრთხეს გ.ს.პ ადამიანის ჯანმრთელობას?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა
-

11) თქვენი აზრით არის თუ არა მაღალი სიხშირით გ.ს.პ გავრცელებული საქართველოში?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

12) როგორ ფიქრობთ, ვრცელდება თუ არა გ.ს.პ ფიზიკური კონტაქტი, ჰაერ-წვეთოვანი, ალიმენტური(საკვებისმიერი) გადაცემის გზებით ?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

- 13) გეონიათ თუ არა კონტაქტი განსაკუთრებით საშიშ ინფექციით დაავადებულ ადამიანთან?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
- 14) გადაგიტანიათ თუ არა განსაკუთრებით საშიში ინფექცია?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
- 15) გსმენიათ თუ არა განსაკუთრებით საშიში ინფექციების შემთხვევაში ვაქცინაციის შესახებ?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
- 16) ფლობთ თუ არა ინფორმაციას პრევენციული ღონისძიებების შესახებ, რომელიც მიმართულია გ.ს.პ წინააღმდეგ?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
- 17) გსმენიათ თუ არა დაავადებათა ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობის შესახებ საქართველოში?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
- 18) როგორ ფიქრობთ, მნიშვნელოვანია თუ არა გ.ს.პ ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობა?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
- 19) იცით თუ არა სად ტარდება გ.ს.პ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა
- 20) გსმენიათ თუ არა რ.ლუგარის ლაბორატორიის შესახებ?
- დიახ
 - არა
 - მიჭირს პასუხის გაცემა

21) იცით თუ არა საქართველოს რომელი უწყებები ახდენენ განსაკუთრებით საშიშ ინფექციებზე კონტროლს?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

22) ფლობთ თუ არა ინფორმაციას ბიოუსაფრთხოებისა და ბიოდაცვის(BLS) დონეების შესახებ?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

23) ფლობთ თუ არა ინფორმაცია საქართველოში გ.ს.პ ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისთვის სავალდებულო/აუცილებელი კანონმდებლობის შესახებ?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

24) გაქვთ თუ არა ინფორმაცია გ.ს.პ გავრცელების შესახებ მსოფლიოში?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

25) გაქვთ თუ არა ინფორმაცია გ.ს.პ ეპიდემიებისა და პანდემიების(ისტორიული) შესახებ საქართველოში?

- დიახ
- არა
- მიჭირს პასუხის გაცემა

