

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

ეკატერინე სანიკიძე

საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის

ისტორიის ძირითადი ეტაპების

შედარებითი ანალიზი

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის  
სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი

**დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა**

14. 00 26.- ფთიზიატრია და პულმონოლოგია

სამეცნიერო ხელმძღვანელები: მედ. მეც. დოქტორი, პროფესორი  
**ლამარა ვაშაკიძე**  
მედ. მეც. დოქტორი, პროფესორი  
**რამაზ შენგელია**

2006

ს ა რ ჩ ე ვ ი

შესავალი.

**თავი 1. ლიტერატურის მიმოხილვა.**

1.1. მსოფლიოში ტუბერკულოზთან

ბრძოლის ისტორიული ასპექტები.

1.2. საქართველოში ტუბერკულოზთან

ბრძოლის ისტორიული ასპექტები.

**1.3. ტუბერკულოზთან ბრძოლა თანამედროვე მსოფლიოში.**

1.3.1. ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამები.

1.3.2. DOTS სტრატეგია.

**1.3.3. DOTS სტრატეგიაზე დაფუძნებული**

ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პროგრამების მიმოხილვა.

**თავი 2. კვლევის მასალა და მეთოდები.**

**თავი 3. საკუთარი კვლევის შედეგები და მათი განსჯა.**

3.1. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაცია.

3.2. ცალკეული პერიოდის მიმოხილვა.

3.2.1 უცნობი პერიოდი.

3.2.2 ხელნაწერთა (ინდივიდუალური ფორმის) პერიოდი.

3.2.3 საზოგადოებრივი პერიოდი.

3.2.4 შერეული, საზოგადოებრივ-სახელმწიფოებრივი პერიოდი.

3.3 ტუბერკულოზის კონტროლის "საბჭოური"

და თანამედროვე სტრატეგიების შედარებითი ანალიზი.

4 დასკვნები.

5 რეკომენდაციები.

**შესავალი**

**თემის აქტუალობა.** თანამედროვე მსოფლიოში ტუბერკულოზის კონტროლის სრულყოფილი სტრატეგიის შემუშავება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი აქტუალური საკითხია [21.175.182.183.184]. სხვადასხვა ქვეყნებში სხვადასხვა დროს მოქმედი ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამების ეფექტურობა ტუბერკულოზის

ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის დინამიკაში აისახა [39.40.67.111.112.114.166.167]. ამ მონაცემთა საფუძველზე ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციისა (WHO) და ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა საერთაშორისო კავშირის (IUATLD) მიერ მსოფლიოს განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნებისადმი რამოდენიმეჯერ იქნა შეთავაზებული ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის სხვადასხვა მოდელი [21.137.141.149.170.].

გასული საუკუნის სამოცდაათიანი წლების მიწურულს საყოველთაოდ იქნა დეკლარირებული ამ სენის დამარცხების შესახებ [14.2137.166.], მაგრამ უკვე ოთხმოცდაათიანი წლების დასაწყისში ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია კვლავ შეიცვალა და აღინიშნა ამ დაავადების შემთხვევათა მკვეთრი მატება მთელი მსოფლიოს მასშტაბით [181-184]. ამასთან, მდგომარეობას ამძიმებდა ტუბერკულოზის უფრო აგრესიული და წამლებისადმი მდგრადი ფორმების გახშირება, აივ/შიდს პანდემიის არასასურველი ფონი [21.90.149.160.]. მოვლენების ასეთმა განვითარებამ ტუბერკულოზთან ბრძოლის ადრე არსებული სტრატეგიების სრულყოფილება და ეფექტურობა საეჭვო გახადა [75.137.160]. ტუბერკულოზის კონტროლის ახალ სტრატეგიაზე მუშაობა ტუბერკულოზთან და ფილტვის დაავადებებთან ბრძოლის საერთაშორისო კავშირის ინიციატივით ჯერ კიდევ ეპიდსიტაციის უკიდურეს დამძიმებამდე იყო დაწყებული, ხოლო 90-იან წლებში განვითარებული მოვლენების გამო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ტუბერკულოზი კაცობრიობის გლობალურ საფრთხედ გამოაცხადა და მის წინააღმდეგ საბრძოლველად მსოფლიოს ახალი DOTS სტრატეგია შესთავაზა [21.115.170]. ამ სტრატეგიის დანერგვისა და განხორციელების პროცესი სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა ტემპითა და ეფექტურობით ხორციელდებოდა [21.31.89.92.97.99.1»05.108.113.125]. მას ფეხის მოკიდება განსაკუთრებით გაუჭირდა საბჭოეთის ყოფილ რესპუბლიკებში, სადაც 70 წლის მანძილზე ტუბერკულოზთან ბრძოლის მყარად აწყობილი სისტემა მუშაობდა [21.148]. ამასთან, ფაქტია, რომ ამ სისტემის წყალობით თავის დროზე ეპიდსიტუაცია ძალიან მოკლე დროში მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა და სტაბილურობაც საკმაოდ ხნით შეინარჩუნა [14.45.57.67]. თუმცა, ისიც ფაქტია, რომ პირველივე სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური კრიზისის ფონზე ტუბერკულოზის გავრცელება სწრაფი ტემპით დაიწყო [29.75]. ბუნებრივია, რომ ამ ქვეყნებში თავიდან მუშაობდა ჰიბრიდული

(საბჭოური+DOTS) მოდელი, რომელიც ფთიზიატრიული ქსელის რეორგანიზაციისა და კადრების განსწავლის, მართვის ახალი მეთოდების დანერგვის ფონზე მალევე მიუახლოვდა საერთაშორისო სტანდარტის მოთხოვნებს ეს აისახა ამ ქვეყნების ეპიდემიოლოგიურ პროფილზეც, თუმცა მდგომარეობა ბევრგან, მათ შორის საქართველოშიც, ჯერ კიდევ სერიოზულია[21.29.39.40]. ასეთი ფაქტების გათვალისწინებით, ჯანმომ და (სხვა ტუბსაწინააღმდეგო ორგანიზაციებმა) შეიმუშავეს DOTS გაფართოების გეგმა, ტუბერკულოზის ელიმინაციის, ტუბერკულოზის შეჩერების გლობალური გეგმა (STOP TB Partnership), DOTS+ სტრატეგია [38.53.89.91.11.112.142.171.175]. ყოველდღიურად მიმდინარეობს მუშაობა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალი საშუალებების მოსაძიებლად. ამ პროცესში, ნებისთ თუ უნებლიედ, ხდება დაბრუნება ადრე არსებულ არაერთი მეთოდისა და მიდგომისაკენ, რომელთა ფორმებიც თანამედროვე მსოფლიოში, შესაძლოა, სხვაგვარია, მაგრამ არსი იგივე რჩება. ასე, მაგ. გამოვლენის პასიური მეთოდის არასაკმაო ეფექტურობის დადგენამ ამ მეთოდის აქტივირების სხვადასხვა გზების მოძიებისა და დანერგვის აუცილობლობა წარმოშვა (პირველადი ჯანდაცვის ქსელისა და მოსახლეობის აქტივირება განსწავლის გზით); ინფიცირების შესწავლის მასობრივ მეთოდზე უარის თქმის მიუხედავად, ბაცილგამომყოფ ტუბდაავადებულთან კონტაქტში მყოფი ყველა პირის ლატენტურ ტუბერკულოზზე გამოკვლევა კანის სინჯით და პროფილაქტიკური მკურნალობა ტუბერკულოზის პრევენციის წამყვანი თემა გახდა თანამედროვე მსოფლიოში; დადგინდა, ასევე, პრევენციის მიზნით ტუბერკულოზზე მოსახლეობის (განსაკუთრებით მაღალი რისკის მქონე კონტინგენტის) სკრინინგის იაფი და პრაქტიკული მეთოდების (მაგ. ანკეტირების) გამოყენების სასურველობა[21.175].

ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამების ევოლუცია და ეფექტური ტუბსაწინააღმდეგო მეთოდების ძიების უწყვეტი პროცესი მიუთითებს ადრე არსებული სტრატეგიებისა და პროგრამების ღრმა, ანალიტიკური შესწავლის მნიშვნელობაზე, დაგროვილი გამოცდილების და წარუმატებლობის მიზეზთა შეფასების აუცილებლობაზე სამომავლო პოლიტიკის დაგეგმვისას[106.117.150].

სწორედ აქ იკვეთება მედიცინის ისტორიის, სახელდობრ, ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის როლი, რომლის ფუნქციაა ტუბერკულოზთან ბრძოლის განვითარების თავისებურებების დადგენა და ძირითადი მახასიათებლების

გამოვლენა, ისტორიული განვითარების ცალკეული პერიოდის მსგავსება-განსხვავების კრიტერიუმების დადგენა და ამ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით შედარებითი ანალიზის ჩატარება. ეს, თავის მხრივ, საშუალებას იძლევა დადგინდეს ისტორიულ პროცესზე სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედების როლი და შემუშავდეს მათი მართვის მეთოდები, განიჭვრიტოს ისტორიული პროცესის სასურველი მიმართულების წარმართვის პერსპექტივა, გათვალისწინებულ იქნას ცალკეული ქვეყნის გეოგრაფიული, კულტურული, ეთნიკური, რელიგიური და სხვა მახასიათებლები [46]. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შესწავლას მათი რეგიონალური თავისებურებების გათვალისწინებით, სწორედ ასეთი მნიშვნელობა გააჩნია.

პრობლემის აქტუალობის გამო არაერთი შრომა მიეძღვნა ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამების ეფექტურობის შესწავლას განვითარებად ქვეყნებში, ასევე ტუბერკულოზის გამოვლენა-დიაგნოსტიკის, მკურნალობის თუ პრევენციის სხვადასხვა მეთოდების შედარებას [119.126.135.139.141.156.160]. მაგრამ, ამავდროულად, არ არსებობს შრომები, სადაც ასახულია *მთლიანობაში რომელიმე პოსტსაბჭოური ქვეყნის ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორია და/ან მოცემულია სხვადასხვა მოდელის კომპლექსური, სამედიცინო და ბიო-სოციალური ანალიზი*. ბუნებრივია, რომ ეფექტური მეთოდების ძიების თანამედროვე მოთხოვნილების პირობებში ასეთ კვლევებს დიდი სამეცნიერო მნიშვნელობა ექნებოდა DOTS უპირატესობის დასაბუთებისათვის და არანაკლები პრაქტიკული ღირებულება - ისტორიულად აპრობირებული, წარმატებული მეთოდების გამოვლენა-დანერგვისათვის.

საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლას მრავალსაუკუნოვანი საინტერესო ისტორია აქვს [7.45.46], რომლის შესწავლაც მნიშვნელოვანია პროცესის ისტორიული განვითარების ძირითადი ტენდენციების გასაგებებად როგორც სამეცნიერო-თეორიული, ისე პრაქტიკული თვალსაზრისით. ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმების ევოლუცია თვალსაჩინოს ხდის განვლილი ეტაპების რეტროსპექტული ანალიზის მნიშვნელობას წარუმატებლობისა და წარმატების მიზეზთა გამოვლენისათვის სამომავლოდ ეფექტური ღონისძიებების დაგეგმვის მიზნით. *ისტორიულად აპრობირებული მეთოდების მოდერნიზებული სახით დანერგვა სამედიცინო-პრაქტიკული თვალსაზრისით შედეგიანი და ეკონომიკური*

თვალსაზრისით ხარჯთეფექტური პროცესია. საქართველოში, სადაც 70 წლის მანძილზე მუშაობდა ტუბერკულოზთან ბრძოლის საბჭოური მოდელი, ხოლო ბოლო ათი წელია, ფუნქციონირებს DOTS სტრატეგია, დაგროვილია ტუბერკულოზთან ბრძოლის გარკვეული, არცთუ უმნიშვნელო გამოცდილება. მისი გათვალისწინება რეგიონში გლობალური გეგმის ამოცანების განხორციელებისას, შესაძლოა, ეფექტური და საინტერესო აღმოჩნდეს არა მარტო საქართველოს, არამედ სხვა, მსგავსი პირობების ქვეყნების მასშტაბითაც.

პრობლემა აქტუალურია მედიცინის ისტორიის განვითარების თვალსაზრისითაც, რადგან აქაც აღინიშნება ტუბერკულოზის პრობლემისადმი მიძღვნილი კვლევების დეფიციტი. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიაში არსებული ერთეული კვლევების შედეგად საკითხი არ არის შესწავლილი კომპლექსურად, შესაბამისად, ისტორია არ არის წარმოდგენილი მთლიანობაში, არ არსებობს მეცნიერულად დასაბუთებული კრიტერიუმების საფუძველზე შექმნილი პერიოდიზაციის ვარიანტი, არ არის გამოყოფილი ტუბერკულოზთან ბრძოლის ცალკეული ეტაპები და არ არის ჩატარებული შედარებითი ანალიზი.

ზემოთთქმულიდან გამომდინარე, ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა

*საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ძირითადი ეტაპების შედარებითი ანალიზი, ტუბერკულოზთან ბრძოლის წარმატებული მეთოდებისა და ღონისძიებების გამოყოფა და ტუბერკულოზის კონტროლის თანამედროვე სისტემაში მათი მოდერნიზებული სახით დანერგვის შესაძლებლობისა და ეფექტურობის განსაზღვრა.*

დასახული მიზნის მისაღწევად აუცილებელი გახდა შემდეგი კონკრეტული ამოცანების გადაჭრა:

1. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის ახალი ვარიანტის შექმნა დასაბუთებული კრიტერიუმების (ტუბერკულოზის გავრცელება და ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა) საფუძველზე;
2. ძირითადი პერიოდების გამოყოფა, ცალკეული პერიოდის მოკლე მიმოხილვა და ანალიზი.
3. ტუბერკულოზის კონტროლის "საბჭოთა" და თანამედროვე სტრატეგიების

გაღრმავებული შესწავლა შერჩეული კრიტერიუმების (ეპიდმაჩვენებლები, ბრძოლის ფორმა, გამოვლენა-დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, პრევენციისა და რეგისტრაცია-ანგარიშგების მეთოდოლოგია) მიხედვით და შედარებითი ანალიზი.

#### **სადისერტაციო ნაშრომის მეცნიერული სიახლე:**

- პირველად შეიქმნა პერიოდიზაციის ახალი, მეცნიერულად დასაბუთებული ვარიანტი, რაც აუცილებელია ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შემდგომი შესწავლისა და განვითარებისათვის;
- საერთაშორისო სტანდარტების და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალურ გეგმასთან შესაბამისობაში განისაზღვრა საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის წარსულში და ამჟამად არსებული სისტემების ძლიერი და სუსტი მხარეები;
- დადგინდა ტუბერკულოზის გამოვლენის და დიაგნოსტიკის ხარისხზე სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედება, შეწყვეტილი მკურნალობის წილი და მიზეზები; შესაბამისად, განისაზღვრა ტუბერკულოზის გამოვლენის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის გაუმჯობესებისათვის საჭირო რიგი ღონისძიებები;
- დადგინდა მოსახლეობაში ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პირთა გამოვლენის საჭიროება და შემუშავებულ იქნა რისკ-ჯგუფების გამოვლენის იაფი, სწრაფი და მასობრივი მეთოდი (სკრინინგი ტესტ-კითხვარის მეშვეობით). შესაბამისად, განისაზღვრა ამ ჯგუფებში ტუბერკულოზის განვითარების პრევენციის გზები;
- დადგინდა ტუბდაავადებულთან კონტაქტში მყოფი პირების ავადობის მაჩვენებელი და შესაბამისად, განისაზღვრა კონტაქტების ავადობის პრევენციის გზები;
- განისაზღვრა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ეროვნულ პროგრამაში სახელმწიფოს, საერთაშორისო არასამთავრობო და სამთავრობო პარტნიორი და დონორი ორგანიზაციების როლი და ტუბერკულოზის ელიმინაციის საქმეში მათი სამომავლო შესაძლებლობები.

#### **სადისერტაციო ნაშრომის პრაქტიკული ღირებულება:**

კვლევის შედეგად მიღებული ინფორმაცია შეიძლება გამოყენებულ იქნას:

- \* მასალად ზოგადად, ქართული მედიცინის ისტორიის და, სახელდობრ, *საქართველოსა და მსოფლიოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიისათვის*
- \* DOTS და STOP TB პროგრამით განსაზღვრული ღონისძიებების გაფართოებისა და სრულყოფისათვის.
- ტუბერკულოზთან ბრძოლაში საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფების, ორგანიზაციების, ბიზნესის, მოსახლეობისა თუ კერძო პირების ჩართვისა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის *საზოგადოებრივი ფორმის ინსტიტუციონალური ჩამოყალიბებისა და განვითარებისათვის*, რასაც ითვალისწინებს თანამედროვე STOP TB გეგმა.
- საერთაშორისო დონორ ორგანიზაციებთან და ფონდებთან თანამშრომლობის შემდგომი განვითარებისა და ურთიერთობის ფორმების სრულყოფისათვის.

#### **დაცვაზე გასატანი ძირითადი დებულებები**

- ჩვენ მიერ შექმნილი პერიოდიზაციის სისტემა აუცილებელია საქართველოში მედიცინის ისტორიისა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შემდგომი შესწავლისა და განვითარებისათვის, ამ პროცესის კომპლექსური სურათის წარმოდგენისა და ცალკეული ეტაპის შედარებითი ანალიზისათვის.
- ტუბერკულოზთან ბრძოლის თანამედროვე და წარსულში არსებული სისტემების შესწავლის შედეგად დადგენილია მათი ძლიერი და სუსტი მხარეები, წარმატებისა და წარუმატებლობის მიზეზები და მათი მართვის გზები. განსაზღვრულია შედარებითი ანალიზის საფუძველზე გამოკვეთილი ეფექტური მეთოდებისა და ღონისძიებების დანერგვა - გაფართოების შესაძლებლობები, რაც აუცილებელია ქვეყანაში DOTS სტრატეგიის სრულყოფისა და შესაბამისად, ტუბერკულოზის გავრცელების შეჩერებისათვის.
- დადგენილია ტუბერკულოზის გამოვლენის და დიაგნოსტიკის ხარისხის კავშირი ქვეყნის სოციალურ-პოლიტიკურ მდგომარეობასთან, ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის მუშაობასთან, ამ დაავადების შესახებ ინფორმირებულობასა და ზოგადი სამედიცინო ქსელის ტუბსაწინააღმდეგო აქტივობასთან. მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე კონკრეტული პირის ცხოვრებისა და ავადმყოფობის ანამნეზს, ე. წ. რისკ-ფაქტორების არსებობას. შესაბამისად, განსაზღვრულია, რომ კონტროლის სისტემის შემდგომი დახვეწა, ქვეყანაში ეკონომიკური და სოციალური პრობლემების



მოწესრიგება, ზოგადი სამედიცინო ქსელის მუშაკთა, პაციენტებისა და მოსახლეობის განსწავლა და რისკ-ფაქტორების მინიმიზაციისაკენ მიმართული ღონისძიებების გატარება მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ტუბერკულოზის დროულ გამოვლენას, ეფექტურ მკურნალობასა და პრევენციას.

- კვლევის შედეგად შეფასებულია ტუბერკულოზის აცილების და/ან მისი დროული გამოვლენის ჩიაფი, სწრაფი და მასობრივი მეთოდი - სკრინინგი ჩვენ მიერ შემუშავებული ტესტ-კითხვარის მეშვეობით, რომელიც უპრიანია წელიწადში ერთხელ შეივსოს არასამედიცინო დაწესებულებებსა და ორგანიზაციებში და პაციენტის მიერ ნებისმიერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას. უსკრინინგის შედეგების მიხედვით სპეციალური კომპიუტერული პროგრამის საფუძველზე ივსება ინდივიდუალური რისკ-ბარათი, რომლის მიხედვითაც აუცილებელია რეკომენდირებული პრევენციული ზომების განხორციელება.
- გამოვლენილია, რომ საქართველოში მაღალი რჩება კონტაქტების ავადობის და შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები, რაც მიუთითებს ამ მიმართულებით გაწეული მუშაობის არასრულფასოვნებაზე, პრევენციული, სოციალური, ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემების არსებობაზე, რომელთა აღმოფხვრა უნდა განხორციელდეს სხვადასხვა მიზნობრივი პროექტების ფარგლებში.
- დადგენილია, რომ ბოლო წლებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის გაუმჯობესება მნიშვნელოვნად განსაზღვრა საერთაშორისო არასამთავრობო და სამთავრობო პარტნიორი და დონორი ორგანიზაციების საქმიანობამ საქართველოში. სამომავლოდ არაერთი მიზნობრივი პროექტის (მათ შორის ჩვენ მიერ შემუშავებული) განხორციელება კარგი კოორდინაციის პირობებში შესაძლებელია სწორედ ამ ორგანიზაციების, ბიზნესის, საზოგადოების წარმომადგენლებისა და კერძო პირების სახსრებითა და მონაწილეობით.

#### **მიღებული შედეგების პრაქტიკაში დანერგვა:**

1. ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის ბაზაზე შეიქმნა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის არქივი (24 მარტი, 2003წ.) და მუზეუმი-გამოფენა (24 მარტი, 2006წ.).

2. საინფორმაციო-საგანმანათლებლო საქმიანობის გაფართოების მიზნით 2000 წელს პირველად შეიქმნა ნებაყოფლობითი ადგილობრივი საზოგადოებრივ-საგანმანათლებლო ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამა STEP (Social TB Educational Programm), რომელიც მოქმედებდა თსსუ-ის მედიცინის ისტორიის კათედრაზე 2001-2003 წლებში. მის ფარგლებში ჩატარდა რამოდენიმე ლოკალური და ფართომასშტაბიანი ღონისძიება. ხოლო ამ პროგრამისა და საერთაშორისო ექსპერტების საქმიანობის შედეგთა ანალიზის საფუძველზე გლობალური ფონდის მიერ 2005 წლიდან დაიგეგმა და დაინერგა ფართომასშტაბიანი საინფორმაციო კამპანია.
3. ჩვენ მიერ ტუბერკულოზის გამოვლენაში ზოგადი სამედიცინო ქსელის როლის და საერთაშორისო ექსპერტების მიერ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის როლის შესწავლის შედეგები აისახა გლობალური ფონდის მიერ "პჯს ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემაში ინტეგრაციის შესახებ" პროექტის განხორციელებაში.
4. საზოგადოების ცალკეული ჯგუფების აქტივირების მიზნით შეიქმნა საინიციატივო ჯგუფები, რომელნიც მონაწილეობენ ერთობლივი ტუბსაწინააღმდეგო პროექტების შედგენასა და განხორციელებაში (პედაგოგთა, სტუდენტთა ახალგაზრდობის, ჟურნალისტების).

**ნაშრომის აპრობაცია** შედგა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფთიზიატრიისა და პულმონოლოგიის კათედრის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მედიცინის ისტორიისა და ბიოსამედიცინო ეთიკის კათედრისა და ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის გაფართოებულ სხდომაზე 2006 წლის 28 აპრილს., ოქმი №110(224).

**დისერტაციის დებულებები განხილულია:**

- კონფერენციაზე "ქრისტიანობა და მედიცინა"-ტუბერკულოზის რელიგიური, კულტურული და ეთიკური ასპექტები"(თბილისი,1999)
- "უსწორი კარაბადინის" 1000 წლისთავისადმი მიძღვნილ კონფერენციაზე- "ტუბერკულოზის საკითხები ქანანელის "უსწორო კარაბადინში"(თბილისი, 2000)
- ბედიის მონასტრისადმი მიძღვნილ კონფერენციაზე- "ტუბერკულოზის კლიმატოთერაპიის ისტორიული და თანამედროვე ასპექტები" (თბილისი, 2002), □

ტუბერკულოზის მსოფლიო დღისადმი მიძღვნილ თსსუ-ის სხდომაზე " თეთრი ყვავილის დღის ისტორიული და თანამედროვე ასპექტები", (თბილისი, 2003).

□ ტუბერკულოზის მსოფლიო დღისადმი მიძღვნილ კონფერენციაზე

"ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური გეგმა და საქართველოს ეროვნული პროგრამა" - "შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები და მისი პრევენციის გზები ტუბერკულოზის კონტროლის თანამედროვე სისტემის პირობებში" .(თბილისი, 2006წ).

ნაშრომის აპრობაცია შედგა თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფთიზიატრიისა და პულმონოლოგიის კათედრის, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მედიცინის ისტორიისა და ბიოსამედიცინო ეთიკის კათედრისა და ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის გაფართოებულ სხდომაზე 2006 წლის 28 აპრილს, ოქმი <sup>1</sup> 110(224).

## **პუბლიკაციები**

სადისერტაციო ნაშრომის თემაზე გამოქვეყნებულია 3 სამეცნიერო ნაშრომი.

**დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა:** დისერტაცია წარმოადგენს ქართულ ენაზე კომპიუტერზე ნაბეჭდ 150 გვერდს; შედგება შესავლის, ლიტერატურის მიმოხილვის, მასალის და კვლევის მეთოდების აღწერის, საკუთარი კვლევის შედეგებისა და მათი განხილვის, დასკვნებისა და პრაქტიკული რეკომენდაციებისაგან. ილუსტრირებულია 52 ცხრილით და 31 სურათით, ერთვის კითხვარების, პროექტების, ისტორიული დოკუმენტების ასლების და ფოტომასალის მომცველი დანართი. ლიტერატურის საძიებელი შედეგება 187 წყაროსგან, მათ შორის 49 ქართული, 138 უცხოური.

### **1. ლიტერატურის მიმოხილვა**

#### **1.1 მსოფლიოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიული ასპექტები**

"ტუბერკულოზი ისევე ხანდაზმულია, როგორც კაცობრიობა"  
პიერი და როსჰემი, მედიცინის ისტორიის ფრანგული სკოლა

კაცობრიობისათვის უძველესი დროიდანაა ცნობილი ტუბერკულოზის კლინიკა და ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები[3,14,26,57,62,69]. ეს ცოდნა, ბუნებრივია, ემყარებოდა ემპირიულ გამოცდილებას. ლიტერატურაში ვხვდებით არაერთ ცნობას, რომელიც ასახავს ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის განვითარების პროცესსა და ძირითად მიმართულებებს[26,57]. ბუნებრივია, საწყის ეტაპზე ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნა ძირითადი კლინიკური ნიშნების ამოცნობით ამოიწურებოდა, რასაც მალე დაერთო წარმოდგენა სენის ინფექციური ბუნებისა და ჰიპოთეზები გადაცემის გზების შესახებ. შეიძლება ითქვას, რომ ისტორიის ადრეული პერიოდის ძირითადი მიმართულება სწორედ დეფინიციის და ეპიდემიოლოგიური საკითხების გარკვევის მცდელობით ხასიათდება.

**დეფინიცია.** იმ პერიოდში, როცა დაავადებათა სახელდება ხორციელდებოდა ძირითადი კლინიკური ნიშნების მიხედვით, ტუბერკულოზს ჭლექს უწოდებდნენ (ჭლე, დაჭლევებული, გამხდარი, ჩამომხმარი). შესაბამისად, სხვა ენებში--ფთიზა, ჩახოტკა(чухнуть), სილი(Syl), კონსტიპაცია(constipation) და ა.შ. [26,57,105,1117]. მას შემდეგ, რაც ტუბერკულოზის პათომორფოლოგიური სუბსტრატი - ხორკლი მიჩნეულ იქნა დაზიანებულ ორგანოებში ამ სენის ტიპურ პათანატომიურ ცვლილებად (XVII ს), ჭლექს ხორკლოვანა ეწოდა (შესაბამისად, სხვა ენებში-ბუგოროკ-ბუგორჩატკა, ტუბერკულუმ-ტუბერკულოზი) ეს სახელწოდება (ტუბერკულოზი) დღემდეა მიღებული. ტუბერკულოზის გამომწვევი მჟავაგამძლე მიკობაქტერიის აღმოჩენის შემდეგ დეფინიციაში ეტიოლოგიური ფაქტორიც აღინიშნა: ტუბერკულოზი არის მჟავაგამძლე მიკობაქტერიით გამოწვეული ინფექციური დაავადება, რომელიც აზიანებს სხვადასხვა ორგანოსა და ქსოვილს, უპირატესად ფილტვებს[14,22,36]. ტუბერკულოზის წყაროსა და გადაცემის გზების დადგენის, ორგანოებსა და ქსოვილებში პათომორფოლოგიური ცვლილებების შესწავლის შემდეგ შეიქმნა სრულყოფილი წარმოდგენა პათოგენეზის და პათანატომიური საფუძვლების შესახებ. ამიტომ დეფინიციაში აღინიშნა ეს მომენტიც: "ტუბერკულოზი არის ინფექციური სნეულება, რომელიც გამოწვეულია მჟავაგამძლე ბაქტერიით და ახასიათებს სპეციფიური ცვლილებების განვითარება ორგანოებსა და ქსოვილებში, რაც გამოიხატება ტუბერკულოზური ხორკლის, გრანულომისა ან უფრო დიდი კერის ფორმირებით"[26,62,105]. და ბოლოს, რადგანაც იმთავითვე ცნობილია ტუბერკულოზის სოციალური ბუნება, ბოლოდრინდელ დეფინიციებში ხშირად

გვხვდებით აღნიშვნას იმის შესახებ, რომ ტუბერკულოზი არის არა მარტო მედიკო-ბიოლოგიური, არამედ სოციალური და, მაშასადამე, სახელმწიფოებრივი და საზოგადოებრივი პრობლემაც[36,38,169].

**პერიოდიზაცია.** ტუბერკულოზის შესახებ ისტორიული ცნობები უპრიანია განიხილებოდეს ქრონოლოგიური პრინციპით. ამ მხრივ საინტერესოა ფთიზიოლოგის ისტორიის ცალკეულ ეტაპებად ან პერიოდებად დაყოფა, რაც უფრო თვალნათლივ წარმოაჩენს თითოეული პერიოდისათვის დამახასიათებელ ძირითად მიმართულებებს და დარგის განვითარების ტენდენციებს. ასეთ პერიოდიზაციას გვთავაზობს გ. მესტიაშვილი, რომელიც გამოყოფს ჯერ(1949) 2 ძირითად პერიოდს: უძველესი დროიდან XIXს-მდე და XIXს-დან თავის თანადროულობამდე. შემდგომში მესტიაშვილი თვითონვე ცვლის ამ სქემას და უკვე 4 პერიოდს განიხილავს: უძველესი დროიდან XVIIIს-მდე, XVIIIს-დან 1882 წლამდე-კოხის მიერ გამოძვევის აღმოჩენამდე, ამ თარიღიდან 1950 წლამდე, პავლოვის მიერ ნევრიზმის თეორიის აღმოჩენამდე. სხვა ავტორებიც კოხამდელ პერიოდს ანალოგურად მოიაზრებენ, კოხის შემდგომ პერიოდში კი გამოკვეთილია დროის მონაკვეთი ქიმიოთერაპიულ ერამდე და შემდგომ.

**პირველი პერიოდი.** ავტორთა უმრავლესობა პირველი პერიოდის ძირითად მიმართულებად მიიჩნევს ტუბერკულოზის ეტიოლოგიის, ეპიდემიოლოგიის და კლინიკის საკითხთა გარკვევის მცდელობას [3,14,57]. სენის ინფექციური ბუნების შესახებ ცოდნის არსებობა დასტურდება ბაბილონის, ძველი ინდოეთის, ეგვიპტის, ძველი ჩინეთის, ძველი საბერძნეთის, ძველი რომის ექიმთა მოსაზრებებისა და სამედიცინო თუ საზოგადოებრივი მსოფლმხედველობის საფუძველზე. ერთ-ერთი ადრეული მინიშნება ტუბერკულოზზე გვხვდება ხამურაბის ბაბილონურ კანონებში (ჩვ.წ.ად. II ათასწლეული), სადაც აღწერილია ფილტვის ტუბერკულოზი და ნებადართულია ტუბერკულოზით დაავადებულ ცოლთან გაყრა [26,57]. ინდოეთში ითვლებოდა, რომ ფილტვების ჭლეტი და ლიმფური კვანძების დაზიანება, როგორც უკურნებელი, უწმინდური სენი, გადაეცემა ოჯახის ერთი წევრიდან მეორეს. მანუს კანონის ინდური კოდექსის ჰიგიენურ წესებში იკრძალებოდა დაავადებულ ქალზე ქორწინება[57]. ეგვიპტეში ტუბერკულოზს უწოდებდნენ სემიტურ დაავადებას, რადგან ხშირად აღინიშნებოდა მონებსა და ტყვეთა შორის (პირველი მინიშნება ტუბერკულოზის სოციალური ბუნების შესახებ) [57,105]. ჩვ.წ.ად. V-VIს-ის ჩინურ

სამედიცინო ხელნაწერებში გვხვდება ტუბერკულოზის დამახასიათებელი სიმპტომების აღწერა. ძველი საბერძნეთის ექიმები ჩვ.წ.აღ-მდე V-IV საუკუნეებში იცნობდნენ ინდურ, ბაბილონურ, ეგვიპტურ მედიცინას, ტუბერკულოზის კლინიკას, განსაკუთრებით ზოგად და რესპირატორულ სიმპტომატიკას, გამწვავებების სეზონურობას. აღწერეს ელვისებრი ფორმა, ფილტვის ტუბერკულოზის გართულებები: სპონტანური პნევმოთორაქსი, ჰიდროთორაქსი, ემპიემა, ამილოიდი და ა.შ. შეიმუშავეს მკურნალობის მეთოდებიც: ჰიგიენური რეჟიმი, სრულფასოვანი კვება, ამოსახველებლები, თბილი აბაზანები [26,57]. ამ პერიოდის თვალსაჩინო წარმომადგენელია *ჰიპოკრატე*, რომელმაც ამ დაავადებას ჭლექი უწოდა. ცნობილია ჰიპოკრატეს შრომა ტუბერკულოზის შესახებ სადაც დაავადების სიმპტომებიდან გამოყოფილია: სიცხის ხასიათი, ჟრჟოლა, ღამის ოფლიანობა, ტკივილი გულმკერდის არეში, საერთო სისუსტე და სიგამხდრე. აღნიშნულია ტუბერკულოზის მიმდინარეობის ქრონიკული ხასიათი და სეზონური გამწვავება. მაგრამ ჰიპოკრატემ ჭლექი უწოდა ფილტვისა და პლევრის ყოველგვარ დაჩირქებას და დაიარაგებას. მან არ იცოდა ხორკლის არსებობა. Tuberculum-პირველად იხმარა *ცელსიმ* (30 წ. ჩვ. წ. აღ), მაგრამ ასე უწოდა ყოველგვარ ხორცმეტს. საერთოდ, ტერმინები: ხორკლი, "ფიმა" გვხვდება ადრეულ პერიოდში, თუმცა მათი არსი განსხვავდება შემდგომში დამკვიდრებული მნიშვნელობისაგან. ანატომიური და პათანატომიური წარმოდგენები იმ დროისათვის მწირი იყო, რადგან გვამის გაკვეთა იკმალებოდა. ამიტომ მაშინ ხორკლს უწოდებდნენ ყველანაირ გამონაზარდს, ზედაპირიდან წამოწეულ წარმონაქმნს. რომაული მედიცინის მთავარი ფიგურები იყვნენ *ცელსი* და *ჰალენი*. სწორედ ჰალენს ეკუთვნის იმ პერიოდში გაბატონებული მსოფლმხედველობა ტუბერკულოზის შესახებ: იგი ჭლექის დროს არსებულ ადგილობრივ ცვლილებებს ხსნიდა ანთებითი პროცესით, რომელიც ვითარდება მხოლოდ ადგილობრივი მიზეზით ან ორგანიზმის წველების მანკიერი შერევით. ეს შეხედულებები შუა საუკუნეებშიც კი ბატონობდა. საინტერესოა ცნობა იმის შესახებ, რომ I პერიოდში არსებობდა სამედიცინო სტატისტიკის ჩანასახები: ინდოეთში, პორტუგალიაში, ვენეციაში იყო კანონები, რომელნიც ავალდებულებდა მოქალაქეებს, ეცნობებინათ ტუბერკულოზით დაავადების ყოველი შემთხვევის შესახებ [57].

ამრიგად, პირველ პერიოდში ირკვეოდა ჭლექის მიზეზი (ენდოგენურია თუ ეგზოგენური) და ხაჭოსებურ-კაზეოზური პნევმონიის და ტუბერკულოზის

ერთიანობის საკითხი - არის ერთი დაავადების სხვადასხვა სახე, თუ ორი ცალკეული ნოზოლოგია.

**მეორე პერიოდი** - ტუბერკულოზის მეცნიერული შესწავლა დაიწყო XVII საუკუნიდან, როცა გვამების გაკვეთის გზით შესაძლებელი გახდა ქლექით გამოწვეული პათოლოგ-ანატომიური ცვლილებების კვლევა. ამ პერიოდის ძირითადი აღმოჩენები და ჰიპოთეზები ასახულია სილვიუსის, ბონეტის და მორგენტის, მორტონის, ბეილის, ლაენეკის შეხედულებებში.

1781 წლის შრომაში *ლაენეკი* ტუბერკულოზს პათანატომიური თვალსაზრისით ჰყოფს ორ სახედ: ხორკლოვან და ინფილტრაციულად, ანუ მიიჩნევს, რომ ხორკლოვანი და ხაჭოსებრი ქლექი არის ერთი და იგივე მიზეზით წარმოშობილი და განვითარებული დაავადება. ლაენეკს არ სწამდა ტუბერკულოზის ინფექციური ბუნება, რაც მის შეცდომას წარმოადგენდა. აქ უნდა აღვნიშნოთ, რომ XVII-XVIII საუკუნეებში წამოიჭრა ახალი შეხედულება, რომლის მიხედვითაც ქლექის მიზეზი ადამიანის ორგანიზმში არსებული მავნე წვენიები, ე. წ. კრაზებია. პარადოქსია, მაგრამ ფაქტია, რომ შუა საუკუნეებამდე და შემდგომში გაბატონებული სწორი მოსაზრებანი ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის სფეროში XVII-XVIII ს-ში დაიჩრდილა არასწორი თეორიებით იმის შესახებ, რომ "ქლექის მიზეზი არსებობს ადამიანის შიგნით". კიდევ ერთი მცდარი შეხედულების გაბატონებას შეუწყო ხელი XIX ს-ის II ნახევარში(1864) გამოქვეყნებულმა კლასიკურმა შრომამ "Cellular Patologie", რომელიც გამოჩენილ პათოლოგ ანატომს - *ვირხოვს* ეკუთვნოდა. ამ შეხედულების მიხედვით, ხაჭოსებრი ანთება და ქლექი სხვადასხვა დაავადებაა, ორივეს მიზეზი ჩვეულებრივი, არასპეციფიური ანთებაა ფილტვის ქსოვილში, რომელიც გართულდა, არ გაიწოვა და გადაიზარდა ხაჭოსებრ ანთებასა და ქლექში. ტუბერკულოზის მიზეზად ვირხოვი მიიჩნევდა ადამიანიდან ადამიანზე შთამომავლობით გადასულ მიდრეკილებას. ამ დუალისტური შეხედულების მომხრე იყო ბულიც, რომელიც შესაძლებლად მიიჩნევდა ქლექის განვითარებას არასპეციფიური პროცესისგან, მაგრამ, ვირხოვისგან განსხვავებით, ტუბერკულოზის მიზეზად თვლიდა ადამიანის ორგანიზმში წინასწარ არსებული ხაჭოსებრი კერიდან გამოყოფილ შხამს. იგივე აზრის იყო *ნიმეიერიც*. მხოლოდ ის ფიქრობდა, რომ ქლექის მიზეზი არის ბრონქიტი, ფილტვის ანთება და სხვ., თუ ეს უკანასკნელი აქვთ სუსტ ადამიანებს, რომლებიც ცხოვრობენ ცუდ სოციალურ-ეკონომიკურ პირობებში. ეს კი უკვე ნიშნავს, რომ დღის

წესრიგში დადგა ტუბერკულოზის განვითარებაში რისკ-ფაქტორთა როლის მეცნიერულ დონეზე შესწავლის საკითხი. მაგრამ ნიმეიერიც ცდებოდა, როცა ფიქრობდა, რომ ჭლექის უხშირესი მიზეზია "სისხლის ხველება", ტუბერკულოზი კი, მეორადი დაავადებაა[14,26,57,69].

ვირხოვის თეორიის საწინააღმდეგოდ, ვილმენმა, თავისი ექსპერიმენტული კვლევის შედეგებით, რომელიც ბაჭიებზე ჩატარებული ცდებით მიიღო და გამოაქვეყნა 1865 წ. განაცხადა, რომ ტუბერკულოზი და ჭლექი ეტიოლოგიურად იდენტურია და არის ერთი დაავადების სხვა და სხვა ფორმა. ვილმენი უბრუნდება წინა პერიოდის შეხედულებებს ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის შესახებ და აღიარებს ტუბერკულოზს გადამდებ დაავადებად, რომლის მიზეზი-სპეციფიური შხამი - გარედან იჭრება ადამიანის ორგანიზმში. ამ შეხედულებამ ფართო აღიარება მოიპოვა[62,69].

ჭლექის გადამდებ ბუნებაზე ძლიერ დამაჯერებლად მიუთითებდა ვერონელი ექიმი *ჯერონიმო ფრაკასტერო* (1483-1553წწ). იგი, პასტერამდე და კოხამდე თითქმის სამი საუკუნით ადრე, ტუბერკულოზს თვლიდა კონტაგიოზურ დაავადებად. შუა საუკუნეების მედიცინის მიმოხილვისას საყურადღებოა მკურნალობის მოდელიც: აღორძინების ეპოქაში, XV-XVU საუკუნეში, პირველ პლანზე გამოვიდა ტუბერკულოზის ჰიგიენურ-დიეტური და კლიმატოთერაპიული პრინციპები მაშინ, როცა წარმოდგენები დაავადების შესახებ ელემენტარული რჩება[57].

შუა საუკუნეებში(XIV საუკუნე) ჩნდება ამ სენის შესახებ პირველი ცნობა რუსეთში. დაავადება მოხსენიებულია "злая сухотка"-ს და მოურჩენელი წყლულის (язва неисцелимая) სახელწოდებით. XVII ს-ის მეორე ნახევრის სამედიცინო ხელნაწერების მიხედვით კი, ტუბერკულოზი გავრცელებული დაავადება იყო და ისეთივე გადამდები, როგორც "корь и воспа". (გოლდფარბმა და პრუსაკი)[57].

ამ პერიოდში მნიშვნელოვანია *ბეილის* შეხედულებები: მისი მთავარი დამსახურებაა, რომ პირველმა მიიჩნია ტუბერკულოზი სპეციფიურ დაავადებად, რომელსაც საფუძვლად უდევს ხორკლოვანი დაზიანება და გამოყოფდა დაავადების მილიარულ ფორმას. თუმცა, ტუბერკულოზის სხვადასხვა გამოვლინების სპეციფიურობისა და ერთიანობის დადგენაში და, დაავადების სტეტო-აკუსტიკური ნიშნების აღმოჩენაში უდაო დამსახურება ეკუთვნის ლაენეკს. უდიდესია ვილმენის კვლევათა როლი დაავადების ინფექციური ბუნების დადგენაში.



ტუბერკულოზის ინფექციური ბუნება, ცხოველებზე ჩატარებული ცდების შედეგად, დაასაბუთა აგრეთვე პათოლოგ-ანატომმა *კონკეიმმა* 1879წ.-ს. მას შეჰყავდა ტუბერკულოზით დაავადებული ორგანოების ნაწილები ბოცვრის თვალის წინა კამერაში, სადაც აკვირდებოდა ტუბერკულოზური ხორკლის წარმოქმნას.

XVI ს-ში იტალიელმა ექიმმა *ფრაკასტერომ* არამარტო აღწერა ტუბერკულოზის გამომწვევი უწყვირისი, უხილავი ნაწილაკები, რომელნიც დაავადებული ადამიანიდან ჯანმრთელს გადაეცემა, არამედ, გააკეთა დასკვნა ტანსაცმლისა და იმ ნივთების განადგურების აუცილებლობის შესახებ, რომელთანაც ავადმყოფი შეხებაში იმყოფება. იგი შესაძლებლად მიიჩნევდა დეზინფექციის (სპეციალური ფხვნილებით გაუვნებლობა) ჩატარებასაც. გამოსაყოფია ლეიდენელი პათოლოგ-ანატომის *ფრანცისკუ დე ლა ბლეს* (1614-1672) დამსახურება სხვადასხვა ორგანოში აღმოჩენილი ხორკლებისა და ტუბერკულოზის კავშირის დადგენაში. თუმცა, იგი ხორკლებს აიგივებდა სახემეცვლილ ლიმფურ კვანძთან და მათ დაავადების მორფოლოგიურ სუბსტრატად არ თვლიდა. ბუნებრივია, მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება ლაენეკის შეხედულებებს, აუსკულტაციური მეთოდის შემოღებას. ლაენეკის დებულებებმა დღემდე შეინარჩუნა თავისი მნიშვნელობა [26,69,117].

შუა საუკუნეების მოღვაწეთა შორის განსაკუთრებული ადგილი უჭირავს შუა აზიის უდიდეს მეცნიერს, ფილოსოფოსს და ექიმს - *იბნ სინას* (ავიცენა, 980- 1037). იგი ტუბერკულოზის მიზეზად თვლიდა ორგანიზმის წველების შეცვლასა და მათი ცვლის დარღვევას, ანუ ენდოგენურ ფაქტორს, მაგრამ სწორად მიუთითებდა ტუბერკულოზის ხელშემწყობ ეგზოგენურ ფაქტორებზე (ამინდის ცვლილება, ფსიქიკური, მექანიკური ტრავმა), დაავადების მიმდინარეობაზე (დაავადება მწვავედ ან ქვემწვავედ მიმდინარეობს და მიმდინარეობის სხვადასხვა ვარიანტებიც დამოკიდებულია გარე და შინაგან ფაქტორებზე). ავიცენამ აღნიშნა კავშირი მაკროორგანიზმის მდგომარეობასა და დაზიანების ხარისხს შორის, განსაზღვრა ტუბერკულოზის გამოსავალი დაავადების სიმძიმიდან გამომდინარე, გაამახვილა ყურადღება დაავადების განვითარებაში ასაკობრივი ფაქტორის მნიშვნელობაზე: ტუბერკულოზი მაღალი სიხშირით გვხვდება 13-30 წლის ასაკში.

*ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის განვითარების შემდგომი მიმართულება უკავშირდება XV-XVII საუკუნეში გვამების გაკვეთის უფლების მიღებას*, რამაც გააფართოვა პათანატომიური ძიებები. სწორედ ამ პერიოდში იქნა აღწერილი

ხორკლები. სილვიუსის, ბონეტუსის, მორტონის, სიდენჰამის, კიულენის, ბეილის, ლაენეკის, ნიმაიერის, ვილმენის და რუსი ექიმების შეხედულებები ქლექის და ტუბერკულოზის ურთიერთმიმართების, დაავადების მორფოლოგიური საფუძვლისა თუ გარე და შინაგან ფაქტორებზე დაავადების გამოვლენის დამოკიდებულების შესახებ, არაერთი მეცნიერის ინტერესის საგანი გახდა. ასე, XVI-XVII ს-ის ავტორები აღნიშნავენ ქლექის დროს ფილტვებში და სკროფულოზის დროს - ლიმფურ კვანძებში არსებულ ცვლილებებს შორის მსგავსებას: 1700 წ *ბონეტუსმა* დაადგინა, რომ ქლექიან ავადმყოფთა გვამების ფილტვებში ხშირად კავერნებთან ერთად არის გადიდებული ლიმფური კვანძები, რომელსაც პირდაპირ უწოდა ხორკლები. ახალ მიმართულებას ტუბერკულოზის შესახებ საფუძველი ჩაუყარა *რ. მორტონმა*, რომელმაც *მორგანის* შრომის თანადროულად, 1753 წელს გამოსცა პირველი მონოგრაფიული შრომა "ფთიზიოლოგია, ანუ ტრაქტატი ქლექის შესახებ". იგი ტუბერკულოზის ანატომიურ მიზეზად მიიჩნევდა ხორკლს, რომელშიც გულისხმობდა შესიებულ, გადიდებულ ლიმფურ ჯირკვალს. მართალია, მორტონი ამტკიცებდა, რომ ტუბერკულოზი ორგანიზმის წველების მანკიერი შერევის შედეგი, მემკვიდრეობითი დაავადებაა, მაგრამ მართებულად მიიჩნევდა მას მთელი ორგანიზმის დაავადებად, რომელსაც ხელს უწყობს გადაღლა, ნესტიანი კლიმატი, დეპრესიული ფსიქიური მდგომარეობა, სხვადასხვა დაავადებები (ტიფები, სკორბუტი, ქუნთრუშა, წითელა, ყვავილი და სხვ.) ამასთან, მორტონმა ტუბერკულოზის პროცესის განვითარებაში გამოყო რამდენიმე ფაზა, რითაც თავისებურად დაახასიათა ტუბერკულოზის პათოფიზიოლოგია. მორტონის სწავლება შემდგომ აისახა სხვა მეცნიერთა შეხედულებებზეც (სიდენჰამი(1779), კიულენი(1789)). ინგლისელი ექიმის, ბეილის (1774-1793) მიერ სხვადასხვა ავტორთა მიერ აღწერილი ცვლილებების ერთი პათოლოგიური პროცესის განსხვავებულ მორფოლოგიურ გამოხატულებად აღიარებამ ხელი შეუწყო ტუბერკულოზის პათოლოგიური ანატომიის დახვეწა - განვითარებას. ეს ახალი მიმართულება არა მარტო გააგრძელა ფრანგმა კლინიცისტმა და პათოლოგმა ლაენეკმა, არამედ თავისი შრომებით გადატრიალება გამოიწვია ქლექზე წარმოდგენების სფეროში. იგი აღარებდა კლინიკური დაკვირვების მასალებს გვამების კვეთით მიღებულ პათოლოგ-ანატომიურ სურათთან ორგანოებში. 1812 წ გამოვიდა პირველი

გამოკვლევები ტუბერკულოზზე. 1819წ გამოსულ კლასიკურ ნაწარმოებში კი სრულად გადმოსცა სწავლება ტუბერკულოზის შესახებ[57,62].

რუსმა ანატომებმა, ჰისტოლოგებმა, პათოლოგანატომებმა გააღრმავეს ცნობები ტუბერკულოზის შესახებ: XIX საუკუნის შუა წლებში *პიროგოვმა* პირველად აღწერა პირველადი გენერალიზებული ტუბერკულოზის კლინიკა და პათანატომიური სურათი და გამოყო დაავადების ტიფოიდური ფორმა. გარდა ამისა, მან აღწერა ფილტვის, ძვალ-სახსრის, ტვინის გარსების და ლიმფ კვანძების ტუბერკულოზი. *პიროგოვმა*, ხორკლის ჰისტოლოგიური შენების აღწერისას, პირველმა მიუთითა მათში მსხვილი, მრავლობითბირთვიანი უჯრედების არსებობაზე - ე.წ. გიგანტური უჯრედები. ლანგჰასმა ისინი გაცილებით გვიან აღწერა. მან განიხილა ტუბერკულოზის პათოგენეზის ზოგადი საკითხებიც (1854). იგი არა მარტო ითვალისწინებდა ადგილობრივ ტუბერკულოზურ დაზიანებას, არამედ თვლიდა, რომ ტუბერკულოზი ზოგადი დაავადებაა და ამ კუთხიდან ჰგვრეტდა მკურნალობის საკითხებსაც. *პიროგოვმა* ნ. ი. ნეგელზე ადრე დაადგინა, რომ ტუბერკულოზური ხორკლები ხშირად გვხვდება სხვა მიზეზით გარდაცვლილ პირებში. *პიროგოვმა* აჩვენა ე.წ. ტუბერკულოზური ინფექციის ზოგადი კანონის მცდარობა, რომელიც 1825 წელს ფრანგმა ექიმმა - *ლუიმ* დაადგინა[57,62,69].

ეს შედეგებით დაწვრილებითი მიმოხილვა საჭიროდ ჩავთვალეთ, რათა უკეთ წარმოჩენილიყო ტუბერკულოზის მიმართ მეცნიერთა გაცხოველებული ინტერესი, იმ დროისათვის საკმაოდ პროგრესული ცდებისა და კვლევების მასშტაბები, აღმოჩენათა მნიშვნელობა და ტუბერკულოზის პათანატომიისა და ფიზიოლოგიის შესახებ წარმოდგენების შესაბამისობა თანამედროვე შეხედულებებთან.

**მესამე პერიოდი** -- XVII-XIX ს-ში მიმდინარე ინტენსიური კვლევების ლოგიკური შედეგი იყო ტუბერკულოზის ინფექციური ბუნების დამამტკიცებელი ფაქტორის აღმოჩენისაკენ მიმართული ძიებანი, რაც 1882 წ. *კოხის* მიერ ჭლექის გამომწვევი მიზეზის აღმოჩენით დასრულდა. *კოხის* მიერ ავადმყოფის ნახველში ტუბერკულოზის გამომწვევი მიზეზის დადგენამ დაამტკიცა, რომ ტუბერკული და ხაჭოსებრი ჭლექი ერთი და იგივე დაავადებაა, ერთიდაიგივე მიზეზითაა გამოწვეული, გადამდებია, წყარო არის ადამიანი, გადადების გზა კი-ინჰალაციური, ანუ ადამიანის ორგანიზმში იჭრება გამხმარი ნახველის ნაწილაკების მიერ გამტვერიანებული ჰაერით და იწვევს მის ინფიცირებას. ამის შემდეგ დაიწყო ფართო

სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური ხასიათის ღონისძიებათა გატარება ტუბერკულოზის ინფექციის გავრცელების წინააღმდეგ. *წამოიჭრა ახალი საკითხი: რა გზით იჭრება ტუბერკულოზური ინფექცია ადამიანის ორგანიზმში (კორნეტი, ფლიუგე), რა ურთიერთობაა ადამიანის და პირუტყვის ტუბერკულოზს შორის (ბერინგი), არსებობს თუ არა ბაცილის სხვადასხვა სახეობა (მუხი, ფონტერი, ვაუდრემერი, კალმეტი, იალტი და სხვ.), როგორია იმუნიტეტის და პროფილაქტიკის როლი ტუბერკულოზის განვითარებაში (რ. კოხი, რომერი 1907 წ. პირვე 1909წ, რანკე 1917წ), ტუბერკულოზის სოციალური ასპექტები. დღის წესრიგში დადგა ტუბერკულოზის პათოგენეზის, ადრეული დიაგნოსტიკის (ასმანი, ფრედერიკი) და მკურნალობის (გ.ა. ზახარინი, ვ.ა. ვორობიოვი, ტ. ბ. კრასნობაევი, ბრემერი, ფორლანინი, ზაურბუხი, ბრაუერი, შტრუცი, იაკობეუსი, ულრიცი, შპრენგელი, ტიუფიე, ანთელავა, სტოიკო, გარსმენი და სხვ.) საკითხები. ანუ, არ შეიძლება არ დავეთანხმეთ ფთიზიატრიის ისტორიის მკვლევარებს იმაში, რომ დაიწყო ახალი ერა, რომელსაც უკვე მეცნიერულ დონეზე უნდა გადაეჭრა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ამოცანები. ამიტომ, შეიძლება ითქვას, რომ ამ პერიოდიდან ფთიზიატრიაში ცალკე სამეცნიერო მიმართულებად ყალიბდება ტუბერკულოზთან ბრძოლის ორგანიზაცია[57].*

XXს-ში შესწავლილ იქნა ფილტვისა და სხვა ორგანოების პათოგენეზი და კლინიკა. შეიცვალა შეხედულება პროცესის მხოლოდ აპიკო-კაუდალური მიმართულებით განვითარების შესახებ. რენტგენოლოგიური მეთოდის დანერგვამ კიდევ უფრო გააღრმავა ცოდნა დაავადების შესახებ.

კოხის შემდგომი პერიოდის უდიდეს აღმოჩენად ითვლება 1895 წელს *რენტგენის* მიერ X სხივების აღმოჩენა, ჩეხი პათოლოგ ანატომის - *გონის* მიერ 1912 წელს პირველადი ტუბერკულოზური კერის აღწერა, 1904 წელს გამოქვეყნებული აბრიკოსოვის შრომა ფილტვის ტუბერკულოზის საწყისი ფორმის დროს განვითარებული კეროვანი დაზიანების მორფოლოგიური ცვლილებების შესახებ. *მნიშვნელოვანი ფაქტია 1887 წელს ედინბურგში (შოტლანდია) პირველი ტუბსაწინააღმდეგო დისპანსერის გახსნა*, სადაც პაციენტებს უტარდებოდა არამარტო *სამედიცინო, არამედ სოციალური დახმარებაც*. შემდგომში დისპანსერები შეიქმნა სხვა ევროპულ ქვეყნებშიც. 1919 წელს ფრანგმა მეცნიერებმა *კალმეტმა და გერენმა* შექმნეს ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის ვაქცინური შტამი ადამიანების

ტუბსაწინააღმდეგო ვაქცინაციის მიზნით. შტამი მიღებული იქნა ხარის ტიპის მრავლობითი პასაჟის შედეგად და ეწოდა კალმეტისა და გერენის ბაცილა (ბცჟ) ეს ვაქცინა ახალშობილ ბავშვს პირველად 1921 წელს გაუკეთდა. 1945 წლიდან, ვაქსმანის მიერ სტრეპტომიცინის აღმოჩენით, იწყება ახალი ერა ტუბერკულოზის მკურნალობის ისტორიაში[62,67].

ტუბერკულოზის ბრძოლის ორგანიზების სფეროში მნიშვნელოვანი მოვლენაა ტუბერკულოზისადმი მიემდგინილი პირველი საერთაშორისო კონფერენცია, რომელიც ჩატარდა 1902 წელს ბერლინში[57]. ექიმები ტუბერკულოზთან ბრძოლაში თავინთი ძალების გაერთიანების აუცილებლობას ხედავენ. ამ პერიოდიდან ევროპაში ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოებრივი ფორმები აქტიურდება. 1908 წელს შვედეთში ტუბდაავადებულთა მხარდამჭერი მოძრაობა იწყება და პირველი ფართომასშტაბიანი აქცია - თეთრი ყვავილის დღე ეწყობა[9,45]. ტუბერკულოზთან ბრძოლის საქმეში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება რუსი ექიმების დამსახურებას და ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოებრივი ორგანიზაციის შექმნას რუსეთში (1891 წელს შეიქმნა კომისიები პიროგოვის საზოგადოებასთან და "სახალხო ჯანმრთელობის დაცვის რუსეთის საზოგადოების" - მოსკოვის განყოფილებასთან. ამ საზოგადოებების IV ყრილობაზე ტუბერკულოზის პრობლემის და მასთან ბრძოლის ზომების შესწავლა პროგრამული საკითხი იყო)[57].

1900 წელს პიროგოვის ყრილობაზე შეიქმნა ტუბერკულოზის შემსწავლელი მუდმივი კომისია, რომელმაც შეიმუშავა ტუბერკულოზის კლასიფიკაციის საფუძვლები, სარეგისტრაციო ბარათების ფორმები, მოამზადა ტუბერკულოზთან ბრძოლის საკითხებისადმი მიმდგინილი სპეციალური თათბირის მასალები, მოსახლეობაში ტუბერკულოზის შესახებ ცნობების გავრცელებისა და პოპულარიზაციისათვის საჭირო თვალსაჩინოებები. ამ თვალსაჩინოებათა გამოფენებმა მიიპყრო არაერთი ექიმის ყურადღება რუსეთში და საზღვარგარეთ. რუსეთში შეიქმნა ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოებები, რომელთა საქმიანობა წარიმართა არამარტო სამედიცინო, არამედ სოციალური, საგანმანათლებლო, საკანონმდებლო და სხვა მიმართულებებით. 1908 წელს შეიქმნა მოსკოვის სექცია, რომელმაც 1911 წელს ტუბერკულოზით დაავადებულთათვის პირველი სანატორიუმის მშენებლობის საკითხი დააყენა და, ა.ა. ვლადიმროვის ინიციატივით, პირველი "თეთრი ყვავილის დღე" მოაწყო (1911წ 20 აპრილი) [45,46].

## 1. 2 - საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიული ასპექტები.

ტუბერკულოზთან ბრძოლა საქართველოში ისტორიულ ჭრილში სულ რამოდენიმე ავტორის მიერ არის ღრმად შესწავლილი. ამ საქმის პიონერად შეიძლება ჩაითვალოს ა. ყ. ბოკუჩავა, რომელმაც არა ერთი კვლევა და ნაშრომი მიუძღვნა ტუბერკულოზის ისტორიას, განსაკუთრებით, საქართველოში კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების(კსს) და ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საქმიანობის შესწავლას(ტბკს). შემდგომში ტუბერკულოზის უახლესი ისტორიის ასახვას ემსახურებიან ი. შენგელია, გ. თვალთვაძე, ო. ბათიაშვილი. მათი დამსახურებაა, რომ დღეისთვის შემონახულია გამოჩენილ ქართველ ფთიზიატრთა ბიოგრაფიული ცნობები, ჩვენს ქვეყანაში ფთიზიატრიის განვითარებისა და ფთიზიატრიულ დაწესებულებათა საქმიანობის ამსახველი მასალები. ჩვენ ვერ მოვიძიეთ რაიმე ფუნდამენტური სამეცნიერო ნაშრომი ძველ ქართულ სამედიცინო ხელნაწერებში ტუბერკულოზის შესახებ. როგორც ჩანს, მასალის სიმწირის გამო ასეთი შრომა არ შესრულებულა, რომ აღარაფერი ვთქვათ უძველეს პერიოდზე, რომლის შესახებაც მონაცემები საერთოდ არ არსებობს.

ძველ ქართულ სამედიცინო ძეგლებში ფილტვის პათოლოგიის საკითები ბ. რაჭველიშვილის მიერ იქნა შესწავლილი, რომლის მიერ პირველად იქნა იდენტიფიცირებული ფილტვის ტუბერკულოზი - "სილი", პლევრიტი და სხვა. სხვა ავტორები - მ. სააკაშვილი და ა. გელაშვილი, ივ. ბერიტაშვილი, მ. შენგელია, ი. აბულაძე თავიანთ ნაშრომებში არ გვაწოდებენ რაიმე მნიშვნელოვან ინფორმაციას ტუბერკულოზის შესახებ. ი. შენგელია, ო. ბათიაშვილი' გვაწვდიან ცნობას, რომ საქართველოში ტუბერკულოზი პირველად ნახსენებია XI ს-ში, ქანანელის "უსწორო კარაბადინში", მაგრამ თარიღი არაზუსტია, ეს X საუკუნის ძეგლია[43]. აქვეა აღნიშნული, რომ შემდგომში მონაცემები იმდენად მწირია, რომ ფაქტობრივად ვერ იძლევა რაიმე მნიშვნელოვან ინფორმაციას.

შედარებით დაწვრილებითაა მოცემული ფილტვის ტუბერკულოზის საკითები თ. ოდიშარის ნაშრომში: "სასუნთქი სისტემის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდები ძველი ქართული კლასიკური და ხალხური მედიცინის ძეგლებში " (1995წ)[27] მის მიერ შესწავლილია ძველ ქართულ სამედიცინო ხელნაწერებში

ფილტვისა და სასუნთქი გზების ანატომია-ფიზიოლოგიის და დაავადებათა კლინიკის, დიაგნოზირების და მკურნალობის საკითხები. სასუნთქი სისტემის დაზიანების სინდრომების (ხველა, ტკივილი გულმკერდში, გვერდში, სუნთქვის ხასიათის შეცვლა და სხვ) შესწავლისას განხილულია ამ სინდრომის გამომწვევი სხვადასხვა დაავადება, მათ შორის ფილტვის ტუბერკულოზი და დიფერენციული დიაგნოზირების კრიტერიუმები. ამ ფონზეა აღწერილი ფილტვის ტუბერკულოზის აღმნიშვნელი ტერმინოლოგია, ძირითადი ნიშნები, დიაგნოტიკისა და მკურნალობის მეთოდები.: ძველქართულ სამედიცინო ძეგლებში ტუბერკულოზი გვხვდება სახელოდებით "სილი". ეს არაბული სიტყვაა და ქართულად ჭლექს ნიშნავს. სულხან-საბას ლექსიკონის მიხედვით სილი განმარტებულია როგორც ფილტვის "სიწყლულე, ჭლექი"[34,35]. თ. ოდიშარია ასაბუთებს, რომ ფილტვის სიწყლულის ქვეშ იგულისხმება არა მახვილი იარაღით გამოწვეული ფილტვის პათოლოგია, არამედ წყლული, ანუ პათოლოგიური პროცესით განპირობებული ფილტვის ქსოვილის დარღვევა. ამასთან, ფილტვის სიწყლულის ქვეშ იგულისხმება არა მარტო ტუბერკულოზი, არამედ პლევრიტიცა და აბსცესიც, რასაც თავისი სადიფერენციაციო ნიშნები ერთვის. ამრიგად, დაგენილია ორი ძირითადი ტერმინი- "სილი" და "ფირტუისა სიწყლულე". "ჭლექი" მოგვიანებით შემოდის.

რაც შეეხება ტუბერკულოზის ნიშნებს, ნაშრომში განხილულია: ტკივილი გულმკერდის არეში, ხველა, სუნთქვის გამძლეობა, სიცხიანობა, საერთო სისუსტე ანუ ყველა ძირითადი სიმპტომი, გარდა ოფლიანობისა. საგულისხმოა, რომ დაწვრილებით განხილულია როგორც ცალკეული სიმპტომი (მაგ. ხველის რითმი, ხასიათი, ნახველის ტიპები: გულმკერდის არეში ტკივილი, ქოშინის ტიპები, ცხელების ხასიათი და ა.შ.) ასევე დიფერენცირებული დიაგნოზირების საკითხებიც, ანუ ის ძირითადი ნოზოლოგიები, რომელთა დროსაც ეს სიმპტომები შეიძლება არსებობდეს (ქრონიკული ბრონქიტი, ბრონქოექტაზია, ბრონქული ასთმა, ფილტვის სიმსივნე, აბსცესი, განგრენა, ტუბერკულოზი). დიფერენცირებისათვის ძველი ქართველი მკურნალები იყენებდნენ ანამნეზურ მონაცემთა, ინსპექციის, გასინჯვის (მაჯა, გულის, ფილტვის მოსმენა) პათოლოგიური მასალის (ნახველის სიბლანტის, სისქის, ფერის, სუნის და სხვ) შესწავლის შედეგად მიღებული შედეგების ანალიზს.

დიაგნოზირების შემდეგ განხილულია მკურნალობის მეთოდები ძველ საქართველოში. ფილტვის ტუბერკულოზს მკურნალობდნენ: ანთების

საწინააღმდეგო, ამოსახველებელი, სიცხის დამწვევი, ოფლმდენი, დამამშვიდებელი, ტკივილდამაყუჩებელი, ხველების საწინააღმდეგო, ტკივილდამაყუჩებელი, შარდმდენი, ნაღვლმდენი, სპაზმოლიზური, იმუნიტეტის ამწვევი, მატონიზირებელი მოქმედების საშუალებების პერორალური მიღებით. სპეციფიური მკურნალობა ბუნებრივია, უცნობი იყო ძველი საქართველოს მკურნალებისათვის, მაგრამ მადესენსიბილიზებელი, საერთო გამაჯანსაღებელი, სიმპტომური თერაპია ფართოდ გამოიყენებოდა[10,23,27,2830,42,43,46,49].

ტუბერკულოზის შესახებ მონაცემებით უფრო მდიდარია კსს და ტბკს მასალები, რომელნიც დამუშავებულ იქნა ბოკუჩავას მიერ[9,52].

პირველ რიგში ავტორმა შეისწავლა კავკასიის საიმპერატორო სამედიცინო საზოგადოების საქმიანობა. ეს საზოგადოება შეიქმნა 1964წ 5 აპრილს. ასეთი საზოგადოების შექმნა აუცილებელი გახდა იმ ბაზისა და წინაპირობების საფუძველზე, რომელიც უკვე არსებობდა საქართველოში. ეს იყო მუდმივი სამედიცინო ქსელი, ამბულატორიული და სტაციონარული ტიპის სამკურნალო დაწესებულებები, სათანადო საკადრო რესურსები. უფრო დაწვრილებით ამ მოვლენის წინაისტორიას შეგვიძლია მ. შენგელიას ქართული მედიცინის ისტორიაში გავეცნოთ: 1801-1860წწ. იგი მოიხსენიებს ფეოდალიზმიდან კაპიტალიზმზე გარდამავალ პერიოდად. რუსეთთან შეერთებამ დააჩქარა საქართველოში თანამედროვე რუსულ - ევროპული მედიცინის გავრცელება: იქმნება პირველი ნაბეჭდი სამედიცინო ლიტერატურა, სამედიცინო ლექსიკონები, რეცეპტურა, იზრდება იმ ქართველი ახალგაზრდების რიცხვი, რომლებმაც სამედიცინო განათლება რუსეთში მიიღეს. საქართველოში რუსული სამედიცინო სისტემა ყალიბდება. იქმნება სამედიცინო დაწესებულებათა ქსელი. ჩვენთვის საინტერესოა, რომ ცალკე ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებები არ არსებობს, ტუბდაავადებულთა დიაგნოსტიკა მკურნალობა საერთო ქსელში ხორციელდება. შესაბამისად, სამედიცინო მომსახურების არსებული სისტემა, სტაციონართა რაოდენობა თუ მუშაობის სპეციფიკა გარკვეულ წარმოდგენას გვიქმნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობასა და მისი გაუმჯობესების შესაძლებლობებზე. უნდა აღინიშნოს, რომ რუსეთის ცარიზმის დამპყრობლური პოლიტიკის მიუხედავად, მთავრობა ჯანდაცვის სფეროს პატრონაჟს ცდილობს და შეძლებისდაგვარად არეგულირებს სამედიცინო პრობლემებს. ჩვენ ყურადღება მივაქციეთ საკურორტო



და ეპიდსაწინააღმდეგო საქმიანობის ამსახველ მასალებს. ამ მასალებიდან ირკვევა, რომ პირველად საკურორტო მკურნალობის და მინერალური წყლების შესწავლას საფუძველი ამ პერიოდში ჩაეყარა. ამ დროს მოხვდა მხედველობის არეში აბსთუმანიც. 1851წ აბსთუმნის მინერალური წყლები შეისწავლა ვ. პერევალენკომ და საინტერესო სტატიები მიუძღვნა ამ თემას. 1852 წელს კი აბსთუმნის მინერალური წყლებით თვით კავკასიის სამედიცინო სამმართველოს მმართველი ექიმი ე. ანდრეევსკი ინტერესდება და წიგნსაც კი გამოსცემს ბორჯომის, ურაველისა და აბსთუმნის მინერალური წყლების შესახებ.

ეპიდემიებთან ბრძოლის საკითხის განხილვისას მ. შენგელია არ გვაწვდის რაიმე ცნობას ტუბერკულოზის გავრცელებისა და მასთან ბრძოლის შესახებ: XIX საუკუნის პირველ ნახევარში არაერთხელ იფეთქა შავი ჭირის, ქოლერის, ყვავილის ეპიდემიებმა. ეპიდემიებთან ბრძოლას მთავრობა საკარანტინო წესით ცდილობდა. ასე, 1838 წ ჭირის ეპიდემია 5 წელიწადს გაგრძელდა, რამაც მიზეზების დადგენის მიზნით სპეციალური კომისიის შექმნა განაპირობა, ხოლო მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად 60-იანი წლების დასაწყისში ჩამოყალიბდა საკარანტინო სამსახური ახალი წესდებით, შტატებით.

მოცემული სურათი საკმარისია, რათა წარმოვიდგინოთ, როგორი იყო კსს-ის შექმნის წინაპირობები საქართველოში და რამდენად საჭირო იყო სამედიცინო სფეროს მართვა კვალიფიცირებული სპეციალისტების მიერ. ექიმთა სამეცნიერო და პრაქტიკული საქმიანობის ცენტრის შექმნის აუცილებლობა პირველ რიგში ისევ ექიმებმა იგრძნეს: ამ საქმის ინიციატორის-პ. სობოლშჩიკოვის მოწოდებას გამოეხმაურა 64 ექიმი, რომელთაც აქტიური მონაწილეობა მიიღეს კსს-ის შექმნაში. ქართველებიდან მათ შორის იყვნენ: გ. დავრიშვილი, ი. ჩილიანი, ი. სააკაშვილი, ს. ვირსალაძე და სხვები. ტიფლისში ამ კეთილშობილურ საქმეს დიდად შეუწყო ხელი ქართველმა პოეტმა და საზოგადო მოღვაწემ გრ. ორბელიანმა. სწორედ მან მიმართა მოტივირებული განცხადებით შინაგან საქმეთა სამინისტროს და მოითხოვა საზოგადოების წესდების პროექტის დამტკიცება. ჩვენთვის უაღრესად მნიშვნელოვანია ამ საზოგადოების მიზნები და საქმიანობა, რადგან პირველად სწორედ კსს წამოიწყო საქართველოში არსებული სამედიცინო პრობლემატიკის საფუძვლიანი შესწავლა და მდგომარეობის შეფასების საფუძველზე წინა პლანზე უფრო აქტუალური საკითხების წამოწევა. მათ შორის, რაღა თქმა უნდა, პირველ

რიგში აღმოჩნდა ტუბერკულოზის გავრცელებისა და მასთან ბრძოლის შესაძლებლობების შესწავლა და სათანადო ღონისძიებების დაგეგმვა. 1901 წელს, კავკასიის ექიმთა მეორე ყრილობაზე პირველად იქნა მეცნიერულად გაშუქებული ტუბერკულოზის და მასთან ბრძოლის საკითხები. ყრილობის პროგრამაში ტუბერკულოზის საკითხებზე სამუშაოდ გათვალისწინებული იყო ცალკე სექცია სახელწოდებით "სანატორიუმები ქლექიანებისათვის" სექციას ხელმძღვანელობდა ტ. ი. რუდენკო. განხილულ იქნა აბასთუმანში სანატორიუმის აშენების შესაძლებლობა, კავკასიის მთავარ ქალაქებში დაიგეგმა ტუბერკულოზის ბრძოლის ცენტრალური კომიტეტების შექმნა, რომელიც უხელმძღვანელებდა ტუბსაწინააღმდეგო პროპაგანდას ლექციების ჩატარების, პრესის გამოყენებისა და სხვა საშუალებებით. ამავე ყრილობაზე დაისვა ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოების შექმნის საკითხი. ყრილობის დადგენილების საფუძველზე მომზადდა და 17/09 1904 წ შსს მიერ დამტკიცდა ამ საზოგადოების წესდება. ამავე წელს ტბკს-ამ გამოყო სპეციალური კომისია საზოგადოების ორგანიზების მიზნით. ამავე წელს ეწყობა თბილისში ცნობილი მოსკოველი პროპაგანდისტის - ბლუმენტალის გამოფენა, რისი ორგანიზებაც კსს-ამ ითავა. გამოფენა 10 დღე გაგრძელდა და მის ბაზაზე ექიმები კითხულობდნენ ლექციებს და ატარებდნენ საუბრებს. საერთოდ, ერთ-ერთი მეტად მნიშვნელოვანი მომენტი, რომ საზოგადოება არამარტო სამეცნიერო-პრაქტიკულ, არამედ სანიტარულ-საგანმანათლებლო და საქველმოქმედო საქმიანობასაც ისახავდა მიზნად. საზოგადოებამ იმთავითვე განსაზღვრა ტუბერკულოზის სოციალური ხასიათი და ბრძოლა ამ მიმართულებითაც გაშალა[9,11,12,16,52].

1905წ 10/04 ტბკს-ის დამფუძნებელი კრება შედგა, რომელზეც აირჩიეს ამ საზოგადოების გამგეობა. ქართველებიდან გამგეობაში იყო ქალაქის სამმართველოს წარმომადგენელი ს. ვაცაძე. დამფუძნებელ კრებას კი ესწრებოდნენ მ. გედევანოვი, კ. გზელოვი, კ. მაღალოვი, დ. ჩიქოვანი და სხვ. თუმცა ასეთი შრომით, მონდომებითა და ხმაურით შექმნილმა საზოგადოებამ ვერ გაშალა ტუბსაწინააღმდეგო საქმიანობა, რაც შეიძლება აიხსნას ექიმთა მოუცლევლობითა და ცარიზმის რეაქციის გაძლიერებით. მხოლოდ 1909წლის 14 ნოემბრიდან, როცა საზოგადოების გამგეობა გადაირჩა და თავმჯდომარედ არჩეულ იქნა საზოგადო მოღვაწე, კნიაგინია მ. მ. თუმანოვა, საზოგადოებამ ახალი ცხოვრება დაიწყო. იგი არსებობდა საწევროებისა და

შემოწირობების ხარჯზე. სულ ირიცხებოდა 231 კაცი, მათგან 20 ქართველი. 1911 და 1913 წლებში არჩევნები ისევ გატარდა.

საზოგადოებამ თავისი საქმიანობა რამოდენიმე მიმართულებით წარმართა: სანატორიუმის, ტუბსაწინააღმდეგო ამბულატორიის, საზოგადოების განყოფილებების ორგანიზება, და სახსრების მოძიების მიზნით ყოველწლიურად "თეთრი ყვავილის" დღის მოწყობა. ავტორი დაწვრილებით და საინტერესოდ აღწერს თითოეული მიმართულებით წარმოებულ საქმიანობას, საიდანაც ირკვევა, რომ საზოგადოება ყველა საკითხს უდიდესი მონდომებით, სერიოზულობითა და სიღრმით ეკიდებოდა. საინტერესოა ე.წ. "თეთრი ყვავილის დღის" ისტორია საქართველოში. ევროპასა და რუსეთში არსებული ეს საქველმოქმედო ტუბსაწინააღმდეგო აქცია საქართველოში 1911 წლის 20 აპრილს ჩატარდა რუსეთის ტუბერკულოზთან ბრძოლის ლიგის მითითებით, რომელიც კავკასიის ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოებამ აპრილის დასაწყისში მიიღო. მიუხედავად მცირე დროისა, ღონისძიება მაღალ დონეზე ჩატარდა. ამ აქციის მზადებისა და ჩატარების სურათიც ნათლად შეგვიძლია აღვიდგინოთ ა. ბოკუჩავას წყალობით. ჩვენთვის საინტერესოა ისიც, რომ გარდა თანხების მოკრებისა, ფართოდ წარიმართა საგანმანათლებლო საქმიანობაც: დარიგდა 20 ათასი ბროშურა 4 ენაზე, საზოგადოებრივ ორგანიზაციებში და სკოლებში ჩატარდა ლექციები თვალსაჩინოების დემონსტრაციით, პრესაში გაშუქდა ტუბერკულოზისა და მასთან ბრძოლის საკითხები და ასე შემდეგ. 1912, 1913 წლებში ეს აქცია უფრო ორგანიზებული და შემოსავლიანი იყო. "თეთრი ყვავილის დღე" 1917 წლამდე ყოველწლიურად აღინიშნებოდა, შემდგომ შეიცვალა "ტუბერკულოზის სამდღიურით" და ტარდებოდა 1928 წლამდე, ვიდრე ტუბერკულოზთან ბრძოლის საქმე მთლიანად გადავიდა სახელმწიფოს ხელში.

რაც შეეხება ტუბსაწინააღმდეგო სამედიცინო დაწესებულებას, საზოგადოებამ 1912 წლის 16 აპრილს ტიფლისის ცენტრალურ სამკურნალოში (მუხრანის ქ.19) გამოყო ერთი ოთახი, სადაც გაიხსნა ტუბსაწინააღმდეგო ამბულატორია ერთი ექიმით. მიღება იყო უფასო, უფასოდ გაიცემოდა საფურთხებლები და წამლები ღარიბი ავადმყოფებისათვის, ხოლო საქველმოქმედო საათებში მორიგე პერსონალი მოსახლეობას უწევდა სამედიცინო, მატერიალურ, ყოფითი თუ იურიდიული სახის მომსახურებას და დახმარებას. საინტერესოა, რომ საქმისადმი დამოკიდებულება

იმდენად სერიოზული იყო, რომ ტიფლისის მიხაილოვის საავადმყოფოში სამეურვეოს საქმიანობაში მონაწილეობის მსურველთათვის ლექციების ციკლიც იქნა ორგანიზებული და ჩატარებული. ლექციები ეხებოდა ტუბერკულოზის პათოლოგიური ანატომიის, შინაგან ორგანოთა, ბავშვთა ასაკის, ძვლების, ჯირკვლების, კანისა და სეროზული გარსების ტუბერკულოზს, მკურნალობის, პროფილაქტიკის, ტუბერკულოზთან ბრძოლის და სოციალური კანონმდებლობის საკითხებს. ქართველებიდან ლექციებს კითხულობდა ექიმი ლ. გ. საყვარელიძე (ბავშვთა ტუბერკულოზის დარგში). 1913 წლიდან ამბულატორია ახალ შენობაში გადავიდა (ახლანდელი ხეთაგუროვის ქ 146) სადაც 7 ოთახი ჰქონდათ გამოყოფილი და კადრების რაოდენობაც გაიზარდა. საზოგადოებამ ეს შენობა კერძო მფლობელისაგან 3 წლით დაიქირავა, წელიწადში 1200 რუბლად. აღსანიშნავია, რომ აქ მოეწყო ლაბორატორია სტაციონარული მომსახურებისათვის სასწრაფო შემთხვევების დროს (სისხლდენა ფილტვებიდან, გულის უკმარისობა და სხვ). წლის ბოლოსათვის ამ ამბულატორიაში შემოსული 395 ავადმყოფიდან 96,4%-ს ტუბერკულოზი დაუდგინდა. თუმცა, ამბულატორია განიცდიდა ფინანსურ კრიზისს, რის გამოც ვერ ახერხებდა დაეკმაყოფილებინა ყველა ტუბდაავადებულის მოთხოვნილება სამედიცინო და სხვა სახის დახმარებაზე. უფრო მეტიც, სახსრების უქონლობის გამო 1920 წელს ამბულატორია დაიხურა[9,46,52].

ჩვენ დაგვანტერესა ცნობამ ტუბსაწინააღმდეგო მუზეუმის შესახებ. ეს მუზეუმი შეუდგენია ცნობილ ექიმსა და მოღვაწეს ფ. ლ. ფეხნერს და გადაუცია ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოებისათვის. მუზეუმი შეიცავდა განყოფილებებს ფილტვების და სასუნთქი გზების ნორმალური ანატომიის, ტუბერკულოზის ბაქტერიოლოგიის, ავადობის, სიკვდილიანობის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის შესახებ და განყოფილებას ტუბერკულოზთან ბრძოლის, დაავადების შესახებ ცოდნის პოპულარიზაციისა და სპეციალური ლიტერატურის შესახებ. ანუ, ყოველი ტუბსაწინააღმდეგო აქცია, როგორც ჩანს, სუფთა სამედიცინო ასპექტების გარდა, ყოველთვის მოიცავდა სანგანათლებისა და ტუბერკულოზის სოციალური საფუძვლების საკითხებს[9,46,52].

საინტერესოა ის ცნობაც, რომ ტბკს-ამ ექ. ღამბაშიძის კერძო სანატორიუმში, პატარა ცემში გახსნა საზაფხულო კოლონია, სადაც იგზავნებოდნენ სუსტი, მოავადე ბავშვები. კოლონიას ხელმძღვანელობდა ექ. შ. ა. მიქელაძე. 1912 წელს გაიგზავნა 46

ბავშვი 20-75 დღით, წონის საშუალო მომატებამ 2,36 კგ შეადგინა. 1913 წელს გაიგზავნა 49 ბავშვი 50-75 დღით, საშუალო მატება - 2, 59 კგ. ბავშვთა საზაფხულო კოლონიის ორგანიზება იყო დიდმნიშვნელოვანი პროფილაქტიკური ღონისძიება. საინტერესოა, რომ მსგავსი მიმართულებით მოღვაწეობდა იტალიელი პიერო პაგოლოტი, რომელსაც სუსტი ბავშვებისათვის ე.წ. პრევენტორიუმი ჰქონდა გახსნილი. ეს მიუთითებს ქართველი ექიმების პროგრესულობაზე და ევროპის ქვეყნების ფინანსურ და არა იდეურ უპირატესობაზე[6,7,8,9].

ბუნებრივია, რომ ტუბერკულოზის გავრცელების პირობებში დაიბადა "ჭლექთან ბრძოლის ქართული საზოგადოების" შექმნის იდეაც, რომელიც 1918 წლის 19 ნოემბერს განხორციელდა. ახალი საზოგადოების გამგეობაში არჩეულ იქნა თავმჯდომარე ვ. ღამბაშიძე, თავმჯდომარის ამხანაგი ი. აბაკელია, მდივანი-ზ. მაისურაძე და მოლარე-ი.ლომთური. წევრები იყვნენ: პროფ. ალადაშვილი, ექიმები ა. ბალარჯიშვილი, ი. გოპაძე, მ. ზანდუკელი, ი. ცინცაძე, ს. ჯაფარიძე და ვეტერინარი დ. ლაშხაური. საზოგადოების ბეჭდვითი ორგანო "მომამბე" იმავე წელს გამოვიდა, მაგრამ, როგორც ბოკუჩავა აღნიშნავს, მენშევიკების ხელისუფლების დროს ამ საზოგადოებას არსებობა აღარ შეეძლო, ხოლო ჟურნალი პირველი ნომრის გამოსვლის შემდეგ დაიხურა[9].

ამრიგად, საქართველოში კსს და ტბკს-ის ტუბსაწინააღმდეგო საქმიანობის შესწავლის შედეგად ირკვევა, რა პირობებში, როდის და როგორ დაარსდა, როგორ მუშაობდა ეს საზოგადოებები და რომელი ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარება მოხერხდა მათ მიერ. ამბულატორია ტიფლისში, სანატორიუმის მშენებლობის დაწყება, ბავშვთა პროფილაქტიკური საზაფხულო კოლონია, თეთრი ყვავილის დღე, ქართული ტუბსაწინააღმდეგო საზოგადოების დაარსება - ის მნიშვნელოვანი მოვლენებია, რომელთა არცოდნა ფთიზიატრიის და ქართული მედიცინის ისტორიისათვის დიდი დანაკარგი იქნებოდა. ბოკუჩავა შრომის დასკვნებში აღნიშნავს იმასაც, რომ საქართველოში მხოლოდ ერთი ამბულატორიის არსებობა, ფთიზიატრთა რაოდენობის სიმწირე, ტუბდაავადებულთაA გამოვლენისა და აღრიცხვის არასრულყოფილება ის ძირითადი პრობლემებია, რომელთა გადაწყვეტაც მხოლოდ სახელმწიფოებრივ დონეზეა შესაძლებელი[3,5,20].

ამრიგად, მასალის სიმწირის მიუხედავად, არსებული ლიტერატურის მიმოხილვა ნათელ წარმოდგენას გვიქმნის XIX საუკუნის 60-იანი წლებიდან XX საუკუნის 20-იან

წლებამდე შუალედში საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელებისა და მასთან საზოგადოებრივი ბრძოლის შესახებ.

რაც შეეხება დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდს, 1918-1921 წწ-ში მედიცინის საერთოდ, და კერძოდ, ფთიზიატრიის მდგომარეობა ყველა არსებულ წყაროში ერთნაირად უარყოფითად ფასდება. შესაძლოა, იმიტომ, რომ საყოველთაოდ ცნობილი მიზეზების გამო საბჭოთა პერიოდში იგნორირებული უნდა ყოფილიყო "მენშევიკური მთავრობის" ზრუნვა სახალხო ჯანმრთელობაზე. მეორეს მხრივ, მასალები ნაკლებად ხელმისაწვდომი იყო, ხოლო შიშველი სტატისტიკა საკითხს ნამდვილად ცუდად წარმოაჩენდა. ასე, მაგ., ქართული მედიცინის ისტორიაში აღნიშნულია, რომ 1917-1920 წლებში სამედიცინო მომსახურება გაუარესდა; ა.კ. ბოკუჩავა თავის ნაშრომში "ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოება და მისი საქმიანობა საქართველოში" რამოდენიმეჯერ ამახვილებს ყურადღებას 1918-21 წლებში ანტიტუტუბ ბრძოლის გაუარესებაზე მთავრობის პასიურობისა და უსახსრობის გამო. იმავე ნაშრომის დასკვნაში ჩანს, რომ 18-21 წწ ცალკე პერიოდად გამოყოფა საჭიროდ არ იქნა მიჩნეული. იგი შერწყმულია რუსეთის იმპერიის ბატონობის პერიოდთან და მთლიანობაში რევოლუციამდე პერიოდად მოიაზრება. ამიტომ ამ პერიოდში ტუბერკულოზთან ბრძოლა შეფასებულია, როგორც მხოლოდ კსს მიერ მართული და კონტროლირებადი, საქველმოქმედო საქმიანობა; უარყოფითად ახასიათებს 18-21წწ პერიოდს ნ. რ. შაშიკაშვილიც. საქართველოს მთავრობის მიერ საზოგადოებრივი ჯანდაცვის გაუმჯობესების მიმართულელებით გატარებული რომელიმე ღონისძიება არა თუ არ არის მოხსენიებული, არამედ ამ პერიოდს ედება ბრალად საქართველოში სამედიცინო მომსახურების საბოლოო მოსპობა. ამავდროულად მცირდებოდა საწოლთა რაოდენობა და, საზოგადოდ იშლებოდა არსებული სამედიცინო ქსელი. ტაბუდადებულმა პერიოდმა მხოლოდ ასეთი ასახვა შეძლო ლიტერატურულ მასალებში [46,48].

თუმცა ისტორიამ საბჭოთა ხელისუფლების ბატონობის ეტაპიც წარსულს ჩააბარა და 90-იან წლებში უფრო ობიექტურად მოხდა მოვლენებისა და ფაქტების გადაფასება. ასე, პროფესორ რ. შენგელიას და მისი ჯგუფის მიერ მოძიებულ საარქივო მასალებში ასახულია 18-21 წწ მთავრობის საქმიანობა ჯანდაცვის მიმართულელებით. აქ საქმე ცოტა განსხვავებულად წარმოჩინდა. მართალია, სახელდობრ ტუბსაწინააღმდეგო ბრძოლის საკითხი არ არის გამოყოფილი, მაგრამ განხილულია ქვეყნის მოსახლეობის

სამედიცინო სამსახურის ორგანიზების პროცესი. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით დამოუკიდებელი საქართველოს მთავრობას ნამდვილად ვერ დავაბრალებთ ხალხის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართ სრულ პასიურობასა და უინტერესობას: სახელმწიფო დაინტერესებული იყო დაავადებათა სპექტრით, რომელიც გავრცელებული იყო ქვეყანაში და დამოუკიდებელი ჯანმრთელობის დეპარტამენტის დაარსებით, რომელიც ერთიან, კოორდინირებულ და ცენტრალურ პრინციპზე დამყარებულ ხელმძღვანელობას განახოციელებდა ჯანდაცვის სფეროში. 13 ივლისს კანონპროექტი დამტკიცდა და დეპარტამენტის თავმჯდომარედ სპირიდონ ვირსალაძე დაინიშნა. ანუ, ცხადი ხდება მთავრობის მხარდაჭერა მოთხოვნისადმი. რ. შენგელია საინტერესოდ მიიჩნევს დეპარტამენტის ფუნქციათა ნუსხას და სრულად მოჰყავს ის თავის სტატიაში, რითაც საშუალება გვეძლევა, წარმოვიდგინოთ იმდროინდელ სამედიცინო პრობლემათა სპექტრიცა და ქართველ ექიმთა დამოკიდებულებაც მის მიმართ. ყურადღება გამახვილებულია ეპიდემიებზე, მათ შორის ჭლექზე.

საინტერესოა, რომ სახელმწიფო ცდილობს დაეხმაროს ადამიანთა ცალკეულ ჯგუფებს (ომში დაღუპულთა ოჯახები, ეპიდემიებთან ბრძოლის დროს დაღუპულთა ოჯახები ან შრომის უნარდაკარგული საექიმო პერსონალი და სხვ.) ამასთან, ზრუნავს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების რეალურ, მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის ადექვატურ ციფრებამდე დაყვანას, რასაც ფასების განახევრებით გამოხატავს. რ. შენგელია აღნიშნავს სახელმწიფოს როლს მოსახლეობის სანგანათლების ამაღლების საქმეშიც. განათლების მინისტრის ბრძანებით (ფ1833, ს 277) გადაწყდა საგანმანათლებლო სამკურნალო წიგნაკების დაბეჭდვა "წიგნაკები უნდა დაიწეროს მეცნიერულად და მდაბიურად, რომ გასაგები იყოს საშუალო მკითხველისათვის. და ბოლოს რაკილა საკითხი განათლებას შეეხო, ამ პერიოდში იხსნება სწორედ უნივერსიტეტი, რაც უმნიშვნელოვანესი მოვლენაა ჩვენი ერის ისტორიაში. უნივერსიტეტში სამკურნალო ფაკულტეტის გახსნა კი მიუთითებს სათანადო წინაპირობების არსებობას ერთის მხრივ, და მეორეს მხრივ, საფუძველი ეყრება თანამედროვე ქართულ სამედიცინო განათლებასა და მეცნიერებას[47].

ამრიგად, რ. შენგელიას ნაშრომი "ჯანდაცვის ორგანიზაცია საქართველოში 1918-21 წლებში" სრულიად ცვლის ამ პერიოდის შესახებ ჩამოყალიბებულ სტერეოტიპს. სტატიიდან ირკვევა, რომ ჭლექის საკითხი მთავრობის წინაშე მწვავედ იდგა. ამან

გვაფიქრებინა, მოგვეძიებინა მასალები ტუბერკულოზთან ბრძოლის შესახებ დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდში. მოლოდინმა გაამართლა, საარქივო მასალებში ჩვენ შევხვდით მწირ, მაგრამ მანამდე უცნობ და ფასეულ ცნობებს.

1921 წლიდან იწყება ტუბერკულოზთან ორგანიზებული ბრძოლა, რომლის სადავეებსაც სახელმწიფო იღებს ხელში. თუმცა, უსახსრობის გამო შემოწირულობების შეგროვების მიზნით გრძელდება ანტიტუბერკულოზური ღონისძიებები. მათგან ყველაზე მნიშვნელოვანი და ფართომასშტაბიანია "ტუბერკულოზის სამდღიური", რომელიც ფაქტობრივად სახეშეცვლილი თეთრი ყვავილის დღეა. 1922 წელს საქართველოს სსრ ჯანსახკომთან ორგანიზებული იყო სანგანათლების საბჭოს ცენტრალური კომისია. პირველი სამდღიური 1932 წლის 12-14 მაისს მოეწყო და 1928 წლამდე ტარდებოდა. 1928 წლამდე განაგრძობდა არსებობას კსს-ც. ტუბსაწინააღმდეგო მუშაობა თავიდანვე რამოდენიმე მიმართულებით იშლება: ქსელის შექმნა, კადრების მობილიზება, პაციენტთა გამოვლენა-დიაგნოზირების და მკურნალობის სტანდარტების შემუშავება, პროფილაქტიური კურსის შემუშავება. ტუბერკულოზის სტატისტიკის სისტემის შექმნა[1,2,3,8,45,46,].

*ქსელი და კადრები*- 1922 წელს ტიფლისში I კლინიკურ ინსტიტუტთან ა.ს. ალადაშვილის ხელმძღვანელობით, ი.კ. აბაკელიას ინიციატივით, სახელმწიფო ბიუჯეტის ხარჯზე ორგანიზებულ იქნა ანტიტუბერკულოზური ამბულატორია-დისპანსერული ტიპის, რომლის გამგედაც ი. აბაკელოა დაინიშნა. 1925 წელს ქალაქის I საავდმყოფოში 2 ოთახში გაიხსნა ტუბსაწინააღმდეგო დისპანსერი, გამგე-აბაკელოა, კონსულტანტი-ალადაშვილი. შტატში იყვნენ: ორდინატორი მ.ს. ალადაშვილი, ორდ. გ.ვ. მესტიაშვილი. ე.მ. ცინცაძე. 1926 წელს მათ შეუერთდა ექ. პროფილაქტიკოსი გ. რუსიშვილი-ყორჩიბაში. 1922წელს ტიფლისში, ცენტრალურ ავტომატურ სადგურთან არსებული I ტუბამბულატორია გადავიდა ქალაქის II ანტიტუბერკულოზურ დისპანსერში, სადაც 7 კაბინეტი გამოეყო. 1928 წელს დისპანსერი მოთავსდა ბორჯომის ქ. 110, რომელსაც 1943 წლამდე ხელმძღვანელობდა ვორობიოვი. 1925 წლიდან არსებულ რკინიგზის დისპანსერს 1946 წლამდე ხელმძღვანელობდა რ.ს. დავითიანი.

1922 წელს, ტურგენევის 19-ში, გაიხსნა საბავშვო სახლი-სანატორიუმი ინფიცირებული და ავადმყოფი ბავშვებისათვის, რომელიც ზაფხულობით კოჯორში ფუნქციონირებდა.



ტუბკაბინეტები გაიხსნა: 1926 წელს-ცენტრალურ პოლიკლინიკასთან, ხარფუხის პოლიკლინიკასთან, ორთაჭალის პოლიკლინიკასთან; 1930 წელს V პოლიკლინიკაში, სამრეწველო საწარმოების პოლიკლინიკებთან.

1923 წელს საქართველოს ჯანსახკომთან იქმნება ტუბერკულოზთან ბრძოლის სექცია, რომლის ხელმძღვანელიც იყო ლ. მ. ნაზარეთიანი, 1924 წლიდან-ი.კ. აბაკელია. 1923 წ. ტუბსექციასთან იქმნება ცენტრალური ტუბსაბჭო, რომლის შემადგენლობაშიც იყვნენ პრეზიდენტის თავრე-ჯანდაცვის სახალხო კომისარი ან მოადგილე, მდივანი და სწავლული კომისიის ორი წევრი, წარმომადგენლები: ცკკპ, ალკკ, ქალთა განყოფილება, თანამშრომლები პროფკავშირებიდან, ქალაქის აღმასკომიდან, წითელი ჯვრის საზოგადოებიდან, ქალაქის ჯანგანიდან, ამიერკავკასიის რკინიგზიდან, ქალაქის სანგანიდან, შინაგან საქმეთა სახალხო კომისარიატიდან, უნივერსიტეტიდან, კავკასიის ექიმთა საზოგადოებიდან, სოც.უზრუნველყოფისა და შრომის სახალხო კომისარიატიდან და სხვადასხვა სამკურნალო პროფილაქტიკური დაწესებულებიდან: პროფესორები: გოგიტიძე, მუხამე, ალადაშვილი, და სხვ. ექიმები - გოპაძე, აბაკელია, წულუკიძე, სუნდუკიანი, მაიზელსი, ჩაჩიკიანი, და სხვ.

1924 წელს ქუთაისში გაიხსნა ტუბ.ამბოლატორია, რომელიც 1926 წელს ტუბსაწინააღმდეგო დისპანსერად გადაკეთდა. 1953 წლამდე მას ხელმძღვანელობდა დ. ჩეჩელაშვილი . 1927 წელს ჩნდება სტაციონარის ჩანასახი - 2 პალატა 7 საწოლით I კლინიკურ ინსტიტუტში. 1929 წელს, ლორთქიფანიძის ინიციატივით, ქალაქის I საავადმყოფოს ინფექციურ კორპუსში იხსნება ტუბგანყოფილება 24 საწოლზე, რომელსაც 1959 წლამდე ხელმძღვანელობდა ი. ვ. დემურია. ტუბსაწინააღმდეგო ქსელის განვითარებას აგვირგვინებს ტუბერკულოზის ინსტიტუტის გახსნა 1930 წელს, დისპანსერის I კორპუსში იხსნება ტიფლისის ტუბინსტიტუტი, რომელსაც გააჩნია კლინიკურ- დიანოსტიკური და ბაქტერიოლოგიური ლაბორატორიები, რენტგენოლოგიური კაბინეტი, ფიზიოთერაპიული განყოფილება, სოციალური პათოლოგიისა და პროფილაქტიკის განყოფილება, საჩვენებელი დისპანსერი, თერაპიული განყოფილება ავადმყოფთა ამბულატორიული მიღებისათვის, ბავშვთა ფიზიოთერაპიული კაბინეტი. სამეცნიერო მუშობას წარმართავს ინსტიტუტის სამეცნიერო საბჭო, ხოლო თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში იქმნება ტუბერკულოზის კათედრა. იმავე ინსტიტუტის თერაპიულ ფაკულტეტთან 1928 წლიდან არსებობს დოცენტურა. 1936 წელს, საქართველოს სახალხო კომისართა

საბჭოს გადაწყვეტილებით, ინსტიტუტი აბასთუმანში გადააქვთ, რაც იწვევს ახლად აწყობილი ფთიზიატრიული სამსახურის დასუსტებას. ი. აბაკელია იბრძვის ინსტიტუტის თბილისში დასაბრუნებლად და ეწირება ამ ბრძოლას(ე.ს). (რეპრესირებულია 1938წ). 1939 წელს აღრიცხვიანობის ახალი ფორმის შემოღება ხდება, რომელიც აწვდის ინფორმაციას აქტიური ტუბერკულოზის გამოვლენის ყველა შემთხვევის შესახებ სტატისტიკის განყოფილებას და შემდეგ ტუბინსტიტუტს[5,6,7,8,13,15,18,,24,33,45,48].

40-იან წლებში პირველად იხსნება ტუბერკულოზის კლინიკური საავადმყოფო 200 საწოლზე და ინსტიტუტში ყალიბდება ფილტვის ქირურგიის განყოფილება 30 საწოლზე.

მიმდინარეობს კადრების ინტენსიური მომზადება ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში, ასევე ასპირანტურისა და ორდინატურის გავლით, სამუშაო ადგილზე მომზადების გზით, თემატური ლექციების ციკლის ორგანიზებით, სამეცნიერო კონფერენციებსა და სესიებზე მონაწილეობით[45].

პროფ. აბაკელიას შემდეგ, 1938-54 წლებში ინსტიტუტს ხელმძღვანელობს დოცენტი ა. უშვერიძე. 1948 წელს ინსტიტუტი კვლავ თბილისში, ამჯერად მონტინის ქუჩაზე გადმოდის და სამეცნიერო-პრაქტიკული საქმიანობა მნიშვნელოვნად ფართოვდება. თუ 1930-40 წლებში ინსტიტუტში ერთი მედიცინის მეცნიერებათა დოქტორი მოღვაწეობდა, 90 წლისათვის უკვე 8, ამათგან 4 აკადემიკოსი, და 14 მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატი. 1950 წლიდან მოყოლებული, ინსტიტუტში დაცულია 63 დისერტაცია. მეცნიერული კვლევები ინსტიტუტში დგებოდა პროგრამის "ტუბერკულოზის და სასუნთქი გზების პათოლოგია" გათვალისწინებით და ხორციელდებოდა კომპლექსურად როგორც ყოფილი საბჭოთა კავშირის, ასევე საქართველოს სხვა ს/კ ინსტიტუტებთან ერთად. ვინაიდან ტუბერკულოზთან ბრძოლა დინამიური, ცვლადი პროცესია, ხდებოდა საორგანიზაციო ფორმების სრულყოფა და ახალი მეთოდების ძიება. 60-70-იან წლებში ტუბერკულოზის ეპიდსიტუაციის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებასთან დაკავშირებით თანდათან იზრდებოდა ინსტიტუტის, როგორც სამეცნიერო ფთიზიო-პულმონოლოგიური ცენტრის როლი. შესაბამისად, 1990 წლიდან ტუბერკულოზის სამეცნიერო-კვლევითი ინსტიტუტი გადაკეთდა ფთიზიატრიისა და პულმონოლოგიის ს/კ ინსტიტუტად. ფთიზიო-პულმონოლოგიური სამსახურის მნიშვნელობის აღიარებას წარმოადგენდა

თბილისში საერთაშორისო სიმპოზიუმის "ფილტვების დიფუზური დაავადებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა" ჩატარების ორგანიზაცია. საქართველოში გამუდმებით მიმდინარეობდა ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის, დიაგნოსტიკის და მკურნალობის მეთოდების სრულყოფა. ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია ისწავლებოდა რეგიონალური და მთელი რიგი სოციალურ-დემოგრაფიული ფაქტორების გათვალისწინებით. ტუბერკულოზის მკურნალობის მეთოდების დასახვეწად შესწავლილია: ქიმიოთერაპიის პროცესში პრეპარატების მოქმედების მექანიზმი, ორგანიზმში მიმდინარე ნივთიერებათა ცვლის თავისებურებები, ვეგეტატიურ-ენდოკრინული, ფერმენტული და იმუნური სისტემების მდგომარეობა, წამლების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების დროს მკურნალობის ტაქტიკა, ტუბერკულოზის სხვადასხვა გამოვლინების შემთხვევაში ჰორმონალური პრეპარატების გამოყენების ეფექტურობა, შემუშავებულია მკურნალობის კომპლექსში პათოგენეტიკური საშუალებების ჩართვის ეფექტური სქემები. მოწოდებულია და სრულყოფილი ქირურგიული მკურნალობის მეთოდები; ორმომენტიანი ზემო გაფართოებული თორაკოპლასტიკის ახალი მოდიფიკაცია, ერთმომენტიანი ზემოგაფართოებული თორაკოპლასტიკა, კავერნექტომიის შემდგომი ნარჩენი ღრუს კუნთოვანი ფირფიტა, მოდულექტომია ფილტვის რეზექციის დროს. ქირურგიული მკურნალობის სხვადასხვა ეტაპზე გამოიყენება დაბალენერგიული ლაზერული გამოსხივება. დამუშავებულია შარდ-სასქესო ორგანოების ტუბერკულოზის მკურნალობის ორიგინალური მეთოდები, მოწოდებულია ძვალ-სახსრის ტუბერკულოზის სხვადასხვა ლოკალიზაციის ოპერაციული ჩარევის მეთოდები და ფუნქციური აღდგენითი ოპერაციები. ტუბერკულოზის ინსტიტუტი წარმოადგენდა ერთადერთ ინსტიტუტს საბჭოთა კავშირში, რომელსაც დავალებული ჰქონდა ტუბერკულოზით დაავადებულთა სანატორულ-კლიმატური მკურნალობის ეფექტურობის ამაღლების მეთოდების სრულყოფა. კურორტ აბასთუმანში ჩატარებულია 22 სამეცნიერო-პრაქტიკული კონფერენცია, ტუბერკულოზით დაავადებულ ავადმყოფთა სანატორულ-კლიმატური მკურნალობის საკითხების შესახებ[11,12,14,16,19,20,44].

ინსტიტუტის არსებობის მანძილზე შესრულებულია არაერთი სამეცნიერო კვლევა, რომელთა დიდი ნაწილი დანერგილია პრაქტიკაში, ხოლო საქმიანობის მთელი სპექტრი ასახულია ინსტიტუტის სამეცნიერო შრომათა კრებულში, საქართველოსა

და ამიერკავკასიის ფთიზიატრთა ყრილობების და სიმპოზიუმების მასალებში, გამოცემულია 35 მონოგრაფია, სახელმძღვანელო, ცნობარი. ტუბერკულოზთან ბრძოლის შედეგების საუკეთესო განმსაზღვრელი არის ტუბერკულოზის ეპიდსიტუაცია. 1970-90 წლებში, ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარების შედეგად, რესპუბლიკაში ტუბერკულოზით დაავადება შემცირდა 56-დან 28,3-მდე, ავადობა-334-დან 140,7-მდე, სიკვდილობა 10,9 დან-4,91-მდე(100000 მოსახლეზე)[14,45].

1991-94 წლებში საქართველოში მიმდინარე სოციალურ-პოლიტიკურმა მოვლენებმა და ჯანდაცვის სისტემის მოშლამ ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის მკვეთრი გაუარესება გამოიწვია. ამ პერიოდში ტუბერკულოზთან ბრძოლა პრაქტიკულად არ არსებობდა, ინერციით გრძელდებოდა ტუბდაავადებულთა უსისტემო დიაგნოსტიკა და მკურნალობა. ყოველივე ამის გამო ტუბერკულოზთან ბრძოლა განისაზღვრა დარგის პრიორიტეტულ მიმართულებად და 1995 წლის დასაწყისში ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მხარდაჭერით საქართველოს სამ ქალაქში (თბილისი, გორი, რუსთავი) დაინერგა თანამედროვე სტრატეგიის შესაბამისი სამი პილოტირებული პროექტი. ამავე პერიოდში საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროში შემუშავდა ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამა, რომლის დანერგვა მთელი ქვეყნის მასშტაბით დაიწყო 1995 წლის აგვისტოდან. ეს პროგრამა მთლიანად ეფუძნება ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალ, სტრატეგიას[22,36,45].

### **1.3. ტუბერკულოზთან ბრძოლა თანამედროვე მსოფლიოში**

#### **1.3.1 ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამები**

*ახალი ტუბსაწინააღმდეგო პოლიტიკის ისტორიული და ეპიდემიოლოგიური წანამძღვრები* - მიუხედავად იმისა, რომ ცალკეულ ქვეყნებში XIXს-ის ბოლოსთვის უკვე არსებობდა ტუბერკულოზთან ბრძოლის გარკვეული ფორმები, მთელი მსოფლიოს მასშტაბით ტუბერკულოზის კონტროლის **სპეციალიზებული (ვერტიკალური) პროგრამების** დანერგვა მხოლოდ II მსოფლიო ომის შემდგომ პერიოდში დაიწყო და 60-იან წლებამდე ვითარდებოდა. ამ პროგრამების შემუშავებას

საფუძველი დაუდო ომისშემდგომ პერიოდში ინფექციური დავადებების ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის დამძიმებამ, მათ წინააღმდეგ (ტუბერკულოზი, კეთრი, სიფილისი) ეფექტური ქიმიოთერაპიული საშუალებების შექმნამ და პრაქტიკაში დანერგვამ. ვერტიკალური (ცენტრალურიდან პერიფერიულ დონემდე) ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამა გულისხმობდა სპეციალიზებულ მონოპროფილურ სამკურნალო დაწესებულებათა ფართო ქსელს (დისპანსერები, ტუბსაავადმყოფოები, სანატორიუმები, კურორტული სანატორიუმები, ტუბკაბინეტები, სტაციონარული და მობილური რენტგენოლოგიური ერთეულები), რომელსაც ემსახურებოდნენ ტუბერკულოზის დარგის სპეციალისტები, ექიმი-ფთიზიატრები[21].

აღნიშნულ სისტემაში დაცული იყო იერარქიული პრინციპი, როცა ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიებების გატარება ხორციელდებოდა სპეციალიზებული ქსელის მიერ ცენტრალური დონის მიერ შემუშავებული ნორმატიული დოკუმენტების შესაბამისად. ამასთან, ცენტრალური დონე წარმოდგენილი იყო არამარტო დარგის სათაო დაწესებულებით, არამედ ჯანდაცვის სახელმწიფო სტრუქტურითაც (სამინისტრო, დეპარტამენტი). ასეთმა სისტემამ სოციალურ-ეკონომიკური სფეროს განვითარების ფონზე ინდუსტრიულ ქვეყნებში სასურველი შედეგი გამოიღო. თუ 1913-1940 წლებში ინფიცირების რისკის ყოველწლიური კლება 5%-ს შეადგენდა, 1940 წლიდან მან 13 %-მდე მოიმატა. ამიტომ ვერტიკალური სისტემა ჯანმოს მიერ შეთავაზებულ იქნა ნაკლებად განვითარებული და განვითარებადი ქვეყნებისათვის, სადაც ჩამოყალიბდა კიდევ ორგანიზაციულ-მეთოდური ცენტრები და ტუბსაწინააღმდეგო საავადმყოფოები, რომლებიც პასუხისმგებელნი იყვნენ ავადმყოფთა გამოვლენაზე მასობრივი ფლუროგრაფიისა და ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკის საშუალებით. ამასთან, ქიმიოთერაპიის მთელი კურსი პაციენტებს უტარდებოდათ ტუბსაწინააღმდეგო საავადმყოფოებში[21,164].

უკვე 50-იან წლებში ნათელი გახდა, რომ მთელ მსოფლიოში და მით უფრო განვითარებადი ქვეყნებში, მონოპროფილური ტუბსაწინააღმდეგო ქსელი ვერ უზრუნველყოფდა სპეციალიზებულ სერვისზე მოსახლეობის მოთხოვნილების დაკმაყოფილებას. ამასთან, სუსტი ქვეყნების ბიუჯეტი ვერ უძლებდა მვირადღირებულ ვერტიკალურ პროგრამებს[21,113,118,147,177].

ამ გამოცდილების გათვალისწინებით, 1964-76 წლებში მთელ მსოფლიოში მიდინარეობდა ტუბსაწინააღმდეგო სერვისების ინტეგრაცია ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში. ამ პროცესის შედეგად გაიზარდა გამოვლენისა და ეფექტური მკურნალობის მაჩვენებლები და განვითარებად ქვეყნებში ტუბერკულოზზე სრულყოფილი კონტროლის დასაწესებლად ახლა რეკომენდირებულ იქნა ისეთი პროგრამების განხორციელება, რომელშიც მაქსიმალურად არის გამოყენებული ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულების რესურსები და გამარტივებულია ეფექტური დიაგნოსტიკური და სამკურნალო ტექნოლოგიები. წლების განმავლობაში მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში (საბჭოთა კავშირისა და სხვა სოციალისტური ქვეყნების გარდა) სხვადასხვა ინტენსივობით დაიწყო ტუბერკულოზის კონტროლის სერვისების გადატანის პროცესი ზოგადი პროფილის ამბულატორიულ დაწესებულებებში. შემთხვევათა გამოვლენის უპირატესად პასიურ მეთოდზე გადასვლამ კი განაპირობა მასობრივ ფლუორგრაფიულ სკრინინგზე უარის თქმა და ფლუორგრაფიული ერთეულების დემონტაჟი. მნიშვნელოვნად შემცირდა სპეციალიზებული ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებების რაოდენობა, უარი ითქვა ტუბერკულოზის კურორტულ მკურნალობაზე, გამარტივდა და სტანდარტიზებულ იქნა ტუბსაწინააღმდეგო ქიმიოთერაპია, რასაც მოჰყვა სამედიცინო პერსონალის მომზადება-გადამზადების პროცესი. ვერტიკალურ მენეჯერულ სამუშაოს ასრულებდნენ ტუბერკულოზის სპეციალისტები[74,79,98,104,116,124,126,131,166,167].

ამრიგად, გასული საუკუნის 70-იან წლებში განვითარებულ ქვეყნებში ახალი პროგრამის დანერგვას ისევ მოჰყვა განვითარებადი ქვეყნებისათვისაც ტუბერკულოზის კონტროლის ახალი პოლიტიკის შეთავაზება, რომელიც ორიენტირებული იყო ზოგადი პროფილის დაწესებულებებში შემთხვევათა მართვაზე. ამასთან ერთად, უმეტეს ქვეყნებში მოხდა სპეციალიზებული სერვისების დემონტაჟი და გადატანა ზოგადი პროფილის დაწესებულებებში, თუმცა ამ პროცესს ექსტრარესურსების ხარჯვა არ სდევდა თან. ამის გამო განვითარებად და სუსტ ქვეყნებში პროგრამის შეცვლის გზით ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაზე გავლენის მოხდენა ვერ მოხერხდა[21,137].

ამრიგად, 70-იანი წლებიდან ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამების მენეჯერულ მიდგომებში მნიშვნელოვანი წინააღმდეგობები წარმოიშვა. საზოგადოებრივი

ჯანდაცვის ექსპერტების აზრით, ტუბსაწინააღმდეგო სერვისების ინტეგრაცია ვერ იქნებოდა ეფექტური მენეჯერული ფუნქციების სრული ინტეგრაციის გარეშე. პირველადი ჯანდაცვის წამოწევამ პირველ პლანზე და ალმა-ატის უნივერსალურმა დეკლარაციამ წარმოშვა ინტეგრაციის ახალი ტალღა[21, 116,161,169].

**მენეჯერული ფუნქციების ინტეგრაციის პროცესი 1977-1988 წლებში** მიმდინარეობდა. რადგანაც ჯანდაცვის ყველა პროგრამა მსგავსი მენეჯერული აქტივობებით ფუნქციონირებს, ერთიანი მენეჯმენტის ქვეშ პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ყველა მიმართულების ინტეგრაციას თეორიულად უნდა განეპირობებინა ადამიანური და ფინანსური რესურსების უფრო ეფექტური გამოყენება და აეცილებინა ღონისძიებათა კოპირება. განვითარებულ ქვეყნებში იმუნიზაციის, მედიკამენტებით მომარაგებისა და ლაბორატორიული სერვისების ინტეგრაცია მართლაც წარმატებული აღმოჩნდა, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში ამ მოდელმა კვლავ მარცხი განიცადა და სასურველი შედეგი ვერ გამოიღო[21,81,103,129,137].

**ამასთან**, გასული საუკუნის 80-იანი წლებიდან მსოფლიოს არაერთ ქვეყანაში გაჩნდა ეკონომიკური, სოციალური, ეთნიკური, პოლიტიკური პრობლემები. ამას მოჰყვა მოსახლეობის ყოფა-ცხოვრებისა და შრომის პირობების, კვების გაუარესება, უმუშევრობა, უსახლკარობა, დევნილ და იძულებით გადაადგილებულ, ლტოლვილ პირთა რაოდენობისა და შესაბამისად მიგრაციული პროცესების მატება. დასუსტდა და ბევრგან მთლიანად მოიშალა ჯანდაცვის სისტემები, რის გამოც იმატა სხვადასხვა დაავადებების რიცხვმა, რომელთა მანიფესტირება და გართულება უწინ რეგულირდებოდა სათანადო პრევენციულ-სამკურნალო ღონისძიებათა წყალობით. აღინიშნა შიდს/აივ შემთხვევების მნიშვნელოვანი მატება, რადგან სათანადო პრევენციული, სადიაგნოზო, სამკურნალო პირობების არარსებობის გამო მისი კონტროლი გარკვეულ პერიოდში ბევრ ქვეყანაში ვერ ხორციელდებოდა. შეიქმნა ტუბერკულოზის გავრცელების წინაპირობები, რასაც მოჰყვა კიდევ ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გაუარესება[21,77,82,85,89,140,143,146,149,170].

ამრიგად, 80-იანი წლების ეკონომიკური კრიზისისა და ჯანდაცვის ინფრასტრუქტურის დასუსტების ფონზე *მენეჯერული ფუნქციების ინტეგრაციამ* შემთხვევათა მოძიებისა და მკურნალობის ხარისხის გაუარესება გამოიწვია. სათანადო მომზადების გარეშე დარჩენილმა ზოგადი პროფილის ჯანდაცვის ექსპერტებმა ვერ შეძლეს ადექვატური ტრენინგისა და სუპერვიზიის განხორციელება

ტუბერკულოზის სფეროში. ინფორმაციული სისტემის ინტეგრაციამ და გამარტივებამ ვერ უზრუნველყო შემთხვევათა მოძიებისა და მკურნალობის შედეგების მონიტორინგზე აუცილებელი ინფორმაციის მოპოვება. ამასთან ერთად, 80-იან წლებში "ჯანდაცვის სექტორის რეფორმის" პროცესის გლობალიზაციამ დააჩქარა მენეჯერული ინტეგრაციის პროცესი, რაც ბევრ ქვეყანაში ტუბერკულოზის პროგრამებისათვის დესტრუქციული აღმოჩნდა, რადგან ჯანდაცვის რეფორმების შემუშავებაში და დანერგვაში მცირე იყო ტუბერკულოზის მენეჯერების მონაწილეობა. ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის არასრულყოფილება კიდევ უფრო ნათლად გამოიკვეთა ამ წლებში აივ/შიდსის პანდემიის ფონზე, როცა მკვეთრად მოიმატა ტუბერკულოზით ავადობამ. ამრიგად, გამოიკვეთა, რომ ჯანდაცვის სხვადასხვა პროგრამების ინტეგრაციამ გამოიწვია ტუბერკულოზის კონტროლის სადავეების დაკარგვა და შემთხვევათა მართვის ორგანიზაციის გაუარესება[21,170].

ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიაში კვლავ დადგა ტუბერკულოზის კონტროლის ახალი მიდგომის ძიების აუცილებლობა: 90-იანი წლებისათვის მსოფლიოში არსებული აივ/შიდსის ეპიდემია, საბჭოთა კავშირის დაშლა და ამასთან დაკავშირებული სოციალურ-ეკონომიკური კრიზისი, ჯანდაცვის სისტემის კოლაფსი გახდა ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის გართულების ხელშემწყობი არამარტო განვითარებად და ეკონომიკურად დასუსტებულ ქვეყნებში, არამედ განვითარებულ ინდუსტრიულ ქვეყნებშიაც, სადაც სხვა ფაქტორებს შორის ინსიდენტობის ზრდას მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებიდან მიგრაციული პროცესების გაძლიერებამაც შეუწყო ხელი[29,37,62,67,75,77,80,82,85,95,107,119,155]. ამ პროცესებმა აიძულა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებებთან ბრძოლის საერთაშორისო კავშირი, დაეყენებინა დღის წესრიგში ტუბერკულოზის კონტროლის მენეჯერული მიდგომის გადასინჯვის საკითხი[76,90,135].

ამრიგად, ჯანმომ უარი თქვა მენეჯერული ინტეგრაციის თეორიაზე და 90-იან წლებში დაუბრუნდა **სპეციალიზებულ მენეჯერულ მიდგომას**: ტუბერკულოზის კონტროლის ახალ კონცეფციაში პრიორიტეტად აღიარა ცენტრალურ, რეგიონულ და რაიონულ დონეზე სპეციალიზებული მენეჯერული ერთეულების არსებობის აუცილებლობა. ამავე დროს, პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში შენარჩუნებულ იქნა



შემთხვევათა მართვის ინტეგრაციის პრინციპი. ასეთი მიდგომა გარკვეულწილად იყო 60-იანი წლების მენეჯერული პოლიტიკისაკენ შემობრუნება[21,135,155].

### 1.3.2 DOTS სტრატეგია

*DOTS სტრატეგიის შექმნის ისტორია და ძირითადი მახასიათებლები:* გასული საუკუნის 90-იან წლებში ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია ჯანმომ შეაფასა როგორც უკიდურესად მძიმე, და მსოფლიოს ქვეყნებს 1993 წელს შესთავაზა ამ დაავადებასთან ბრძოლის ახალი სტრატეგია. ახლებური მიდგომა შემუშავდა 80-იან წლებში მსოფლიოს მრავალი ქვეყნის ნაციონალური ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამის გამოცდილებაზე დაყრდნობით და მიმართულია განკურნების მაჩვენებლის გაუმჯობესებაზე სტანდარტული ქიმიოთერაპიის მოკლე კურსისა და მედიკამენტების მიღებაზე უშუალო მეთვალყურეობის დაწესების საშუალებით, მედიკამენტების უწყვეტ მომარაგებასა და მკურნალობის შედეგების რეგულარულ კოორტულ ანალიზზე.

1991 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო 44-ე ასამბლეაზე მიღებულ იქნა დადგენილება, რომელიც გულისხმობდა ტუბერკულოზის კონტროლის ახალი სტრატეგიის დანერგვას[170].

ახალი, ე.წ. DOTS სტრატეგია

ჰოლანდიელი ექიმი კარლ სტიბლო ტუბერკულოზით 1945 წელს დაავადდა და თავისი ცხოვრების დარჩენილი წლები ამ დაავადების შესწავლას მიუძღვნა. 70 -იანი წლების ბოლოს მან დაიწყო მკურნალობის პილოტური პროექტის განხორციელება ტანზანიის გაერთიანებული რესპუბლიკაში. ამასთან იგი იყენებდა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალ მეთოდს, რომლის არსიც მდგომარეობდა მოკლევადიან ქიმიოთერაპიაში პაციენტის მიერ მედიკამენტების მიღებისას უშუალო მეთვალყურეობის პირობებში.

სტიბლოს შრომის შედეგად 2 პილოტირებულ რაიონში განკურნების კოეფიციენტი 43%-დან 80 %-მდე გაიზარდა. მან შეძლო დაემტკიცებინა, რომ ახალი მიდგომა მუშაობს, ამასთან ხარჯები უმნიშვნელოდ აღემატება ტრადიციული მიდგომისას საჭირო დანახარჯებს. შემდგომში ეს მიდგომა გარდაიქმნა სტრატეგიად, რომელსაც ეწოდება **DDOTS (Directly Observed Therapy, Short-course) სტრატეგია**[76].

DOTS სტრატეგიის არსი მდგომარეობს ტუბერკულოზზე სრულყოფილი კონტროლის სისტემის შექმნაში, რომელიც უზრუნველყოფს საზოგადოებაში სიკვდილობის, ავადობის, დაავადების გავრცელების შემცირებასა და ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებისადმი რეზისტენტობის განვითარების

პრევენციას. ეს ხორციელდება ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენის, დიაგნოზირების, მკურნალობის, პრევენციისა და ეპიდზედამხედველობის სტანდარტული ღონისძიებების მეშვეობით. სტრატეგიის ქვაკუთხედია მისი წარმოშობის საფუძველი - DOT ანუ მოკლევადიანი ქიმიოთერაპია უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ[21,37,54,90,93,106,109].

სხვადასხვა ქვეყანაში DOTS სტრატეგიის დანერგვის შედეგთა ანალიზმა აჩვენა, რომ ტუბერკულოზის დროული გამოვლენის, სწორი მკურნალობისა და ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებისადმი მგრძობელობის არსებობის შემთხვევაში ტუბერკულოზის განკურნება თითქმის 95%-შია შესაძლებელი. სწორედ ამიტომ ითვლება იგი სამედიცინო თვალსაზრისით ეფექტურ, უნივერსალურ სტრატეგიად. ეკონომიკური თვალსაზრისითაც, მსოფლიო ბანკის შეფასებით, ეს სტრატეგია გამართლებულია და ეფექტური, რის გამოც რეკომენდებულია, საფუძვლად დაედოს ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამებს.

დღეისათვის DOTS სტრატეგია 190-მდე ქვეყანაშია დანერგილი. უნდა აღინიშნოს, რომ მისი დანერგვის არეალი ყოველწლიურად ფართოვდება, რადგან, გამოცდილებამ აჩვენა, რომ ამ სტრატეგიის წარმატებით რეალიზაციის გზით არაერთმა ქვეყანამ (აშშ, პერუ, ჩინეთი, ჰოლანდია, ვიეტნამი, ჩეხეთი და სხვ.) შეძლო საზოგადოებაში ინფექციის გავრცელების შეჩერება და მნიშვნელოვნად შეცვალა ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია[138,141,160,182,187].

DOTS სტრატეგიის სრული მოცულობით დანერგვისა და ტუბერკულოზზე სრულფასოვანი კონტროლის დაწესების მიზნით, აუცილებელია შესრულდეს ამ სტრატეგიის 5 ძირითადი ელემენტი:

- ◆ **ქვეყნის მთავრობის მხარდაჭერა**, რაც გულისხმობს DOTS სტრატეგიის სახელმწიფო ჯანდაცვის პოლიტიკის რანგში აყვანასა და ამ სტრატეგიის საფუძველზე შემუშავებული (ეროვნული) პროგრამის რეალიზაციას. ამასთან სახელმწიფო პროგრამით განსაზღვრული ღონისძიებები პაციენტებისათვის უფასო უნდა იყოს.

- ◆ **ტუბერკულოზის შემთხვევათა უპირატესად პასიური გამოვლენა** ზოგადი პროფილისა და პირველადი სამედიცინო დახმარების დაწესებულებებში ნახველის ნაცხის პირდაპირი მიკროსკოპიის საშუალებით.

◆ **სტანდარტული მოკლევადიანი ქიმიოთერაპია (პრიორიტეტი ენიჭება მგბ (+) შემთხვევებს)- DOTS** სტრატეგიით რეკომენდებული ქიმიოთერაპიის სტანდარტულ სქემებში შემავალი ძირითადი ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების კომბინაცია, დოზები და მკურნალობის ვადები ოპტიმალურად არის შერჩეული, რაც იწვევს დაავადების გამომწვევის მაქსიმალურად განადგურებას და პაციენტის განკურნებას. ამასთან ერთად, მინიმუმამდგა დაყვანილი რეციდივების, რეზისტენტობისა და წამლისმიერი არასასურველი რეაქციების ალბათობა . სტანდარტული ქიმიოთერაპიის ჩატარების აუცილებელ პირობას წარმოადგენს სამედიცინო პერსონალის უშუალო ზედამხედველობის დაწესება წამლების მიღების პროცესზე, რაც მკურნალობის ბოლომდე მიყვანისა და აქედან გამომდინარე განკურნების მაღალ ალბათობას იძლევა .

◆ **ძირითადი ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებით რეგულარული და უწყვეტი უზრუნველყოფა-** სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში მკურნალობაზე მყოფი უკლებლივ ყველა პაციენტი უწყვეტად უნდა იქნას უზრუნველყოფილი მაღალი ხარისხის ძირითადი ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებით, წინააღმდეგ შემთხვევაში ძალზე მაღალია ტუბერკულოზის ქრონიკული და წამლებისადმი რეზისტენტული ფორმების განვითარების ალბათობა, რაც ბუნებრივია უარყოფით გავლენას მოახდენს ეპიდემიოლოგიურ სიტუაციაზე.

◆ **შემთხვევათა გამოვლენისა და მკურნალობის შედეგებზე მონიტორინგის დაწესება და სუპერვიზია (პროგრამის - სუპერვიზია, მონიტორინგი, შეფასება) -**ჯანმო-ს მიერ შემუშავებული რეგისტრაცია-ანგარიშების სისტემის საშუალებით ფასდება არამარტო ინდივიდუალური შემთხვევების საწყისი მდგომარეობა და შემდგომში მისი მკურნალობის ეფექტურობა, არამედ სამკურნალო დაწესებულების, რაიონის, რეგიონის და მთელი ქვეყნის მასშტაბით ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია და ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამის ეფექტურობა.

სტრატეგიის უპირატესობა ადრე არსებულ ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამებთან შედარებით დასაბუთებულია როგორც პრაქტიკული, ისე სამეცნიერო კვლევათა მონაცემებით. სხვადასხვა ეპიდემიოლოგიური გეოგრაფიული, კულტურულ-ეთნიკური და სოციალური სიტუაციის ქვეყნებში ჩატარებული დაკვირვებებმა ცხადყო, რომ გამოვლენის პასიური მეთოდი, ნახველის ნაცხის ბაქტერიოლოგიური დიაგნოსტიკა, უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მოკლევადიანი მკურნალობა და

პრევენციის განსხვავებული მეთოდები უფრო ეფექტური აღმოჩნდა, ვიდრე აქტიური გამოვლენის, რენტგენოლოგიური კვლევის, კომპლექსური გრძელვადიანი მკურნალობისა თუ მრავალმხრივი პროფილაქტიკური ღონისძიებების შედეგები [37,170,180].

### 1.3.3. DOTS სტრატეგიაზე დაფუძნებული ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პროგრამები

**ტუბერკულოზის ელიმინაციის პროგრამა** - 1989 წელს აშშ-ს დაავადებათა კონტროლის ცენტრმა შეიმუშავა აშშ-ში ტუბერკულოზის ელიმინაციის სტრატეგიული გეგმა. [89]. ამ გეგმის მიხედვით 2000 წლისათვის ტუბერკულოზის ავადობის მაჩვენებელი უნდა ყოფილიყო 100.000 მოსახლეზე 3.5, ხოლო 2010 წლისათვის ნავარაუდებია ავადობის მაჩვენებლის შემცირება 100.000 მოსახლეზე 1-ზე ნაკლები რაოდენობით. აღნიშნულ გეგმაში გათვალისწინებულია შემდეგი ღონისძიებების გათვალისწინება: ა) ტუბერკულოზის კონტროლისა და პრევენციის არსებული მეთოდების უფრო ეფექტური გამოყენება, განსაკუთრებით მაღალი რისკის მოსახლეობაში; ბ) ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის ახალი ტექნოლოგიების შექმნა და მათი შეფასება; გ) ახლადშექმნილი ტექნოლოგიების კლინიკური და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის პრაქტიკაში სწრაფი დანერგვა .

ტუბერკულოზის ელიმინაციის პროგრამა ითვლისწინებს 3 პრიორიტეტს:

- 1) ტუბერკულოზის აქტიური შემთხვევების გამოვლენა და მათი მკურნალობის უზრუნველყოფა;
- 2) კონტაქტში მყოფი პირების მოძიება და სკრინინგი და მათი უზრუნველყოფა შესაბამისი მკურნალობით;
- 3) მაღალი რისკის მოსახლეობის სკრინინგით ინფიცირებული პირების გამოვლენა და მათი ქიმიოპროფილაქტიკა. [89,91].

#### ***DOTS-პლუსი***

რეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობისათვის ჯანმოს მიერ შემუშავებულია *DOTS\_plus* სტრატეგია, რომელიც განიხილება როგორც *DOTS* სტრატეგიის ალტერნატივა, არამედ იგი მის გაგრძელებას წარმოადგენს.

*D DOTS\_plus* - ის კონცეპცია მოიცავს *DOTS* სტრატეგიის 5 ძირითად ელემენტს და დამატებით MDR-თან დაკავშირებულ სპეციფიკურ საკითხებს, მისი დანერგვა შესაძლებელია, როდესაც ქვეყანაში სრულფასოვნად არის დანერგილი *D DOTS O* სტრატეგია (ანუ მიღწეულია შემთხვევების გამოვლენა 70%-ში და ამ შემთხვევების წარმატებული მკურნალობა 85%-ში) [37,38,171].

*D DOTS O\_plus* მიზანია მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემდგომი განვითარების და გავრცელების თავიდან აცილება .

*DO DOTS\_plus* მოიცავს შენდეგ ძირითად პრინციპებს:

- 1) პოლიტიკური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა ტუბერკულოზისა და რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობისათვის;
- 2) ადამიანების და ფინანსური რესურსების ინვესტიციის ხანგრძლივი დროის მანძილზე უზრუნველყოფა;
- 3) სახელმძღვანელოს არსებობა;
- 4) მულტირეზისტენტული შემთხვევების მკურნალობისათვის სპეციალიზირებული ერთეულის (განყოფილება) არსებობა;
- 5) სპეციალიზირებული ლაბორატორიების არსებობა, რომლებიც განახორციელებენ მგრძობელობის ტესტს;
- 6) მისაღები სამკურნალო რეჟიმების განსაზღვრა II რიგის მედიკამენტებით;
- 7) II რიგის მედიკამენტების მარაგის არსებობა;
- 8) პაციენტების მკურნალობისადმი დამყოლობის უზრუნველყოფა;
- 9) სპეციალიზირებული კოჰორტული ანალიზის წარმოება;

*DOTS\_კლუს* სტრატეგია გულისხმობს რეზისტენტული ტუბერკულოზის მკურნალობას II რიგის ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტებით, საშუალოდ 18-24 თვის განმავლობაში [21,171].

**DOTS გაფართოების გეგმა ჯანმოს ევროპის რეგიონში 2002-2006 წლებში**- 2001 წელს ჯანმომ გამოაცხადა DOTS გაფართოების გეგმა ჯანმოს ევროპის რეგიონში [53] იგეგმის მიზანია DOTS მხარდაჭერა ტუბსაწინააღმდეგო საქმეში დაგეგმვისა და დანერგვის საქმეში. იმავე წელს ვაშინგტონში მიღებულ იქნა ტუბერკულოზის კონტროლის შემდგომი დაჩქარების ვალდებულება. 2002 წელს საერთაშორისო თანამეგობრობამ განაცხადა შიდსის, ტუბერკულოზის და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდის შექმნის შესახებ, რომლის მიზანია ამ სამ

დაავადებასთან ბრძოლის ეფექტური პროგრამების დაფინანსება იმ ქვეყნებში, რომლებიც ყველაზე მეტად საჭიროებენ დახმარებას. ტუბერკულოზთან ბრძოლის მზარდი პოლიტიკის შედეგად და DOTS გაფართოების გლობალური გეგმის რეკომენდაციათა შესასრულებლად შემუშავებულ იქნა ევროპის რეგიონში DOTS სტრატეგიის გაფართოების გეგმაჯანმოს ევროპის რეგიონის წევრმა სახელმწიფოებმა 2002 წლის სექტემბერში ჯანმოს ევროპის რეგიონის კომიტეტის 52-ე სესიაზე მხარი დაუჭირეს აღნიშნულ გეგმას. ეს გეგმა ერთგვარი ნიმუშია და სახელმძღვანელო რეგიონში ტუბერკულოზის კონტროლისა და მასთან ბრძოლის გაფართოებისათვის აუცილებელი ადამიანური და ფინანსური რესურსების კოორდინაციისათვის[21,53,11,112,142,150].

გეგმის მთავარი მიზანია სამუშაოს მასშტაბების განსაზღვრა, რომელიც აუცილებელია ტბ ავადობისა და სიკვდილობის მნიშვნელოვანი შემცირებისათვის. აგრეთვე DOTS როგორც ჯანდაცვის სისტემის განვითარებადი ნაწილის ხანგრძლივი გამოყენებისა და მდგრადობისათვის. მიზნები:

- რეგიონში ტუბერკულოზის გავრცელებისა და სიკვდილობის სანახევროდ შემცირება 10 წელიწადში (2012)
- DOTS სტრატეგიის ხელმისაწვდომობის უზრუნველსაყოფად გაფართოება რეგიონის ყველა ქვეყნის მოსახლეობის 90%-ში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელების შემცირება 1% მდე და ნაკლებად 10 წელიწადში
- ჯანდაცვის ეროვნული პოლიტიკისა და დაგეგმვისას DOTS გათვალისწინება უფრო ფართო მასშტაბებით.
- D DOTS სტრატეგიის ადაპტაცია ჯანდაცვის სისტემის ცვლილებებთან.

ამოცანები:

- გლობალური ამოცანებია წარმატებული მკურნალობის უზრუნველყოფა მგბ+ფილტვის ტუბერკულოზის შემთხვევათა არანაკლებ 85%; მგბ დადებითი სავარაუდო ან აშკარა ტუბერკულოზის შემთხვევების არანაკლებ 70%-ის მოცვა DOTS პროგრამით.

ევროპის DOTS გაფართოების გეგმის მიხედვით საქართველო მიეკუთვნება მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებს (პირველი ჯგუფი)[53].

## 2006-2015

მსოფლიოში ტუბერკულოზის გავრცელების შესაჩერებლად სოციალური და პოლიტიკური მოძრაობის დაჩქარების მიზნით, 2000წელს ჩამოყალიბდა გლობალური მოძრაობა "პარტნიორობა შევაჩეროთ ტუბერკულოზი".

პარტნიორობის გეგმა, აღმოფხვრას საზოგადოების ჯანმრთელობის ერთ-ერთი მთავარი პრობლემა-ტუბერკულოზი და საბოლოოდ გაათავისუფლოს მსოფლიო ამ დაავადებისგან. პარტნიორული მოძრაობა 400-ზე მეტი საერთაშორისო ორგანიზაციათა ქსელისაგან შედგება: ქვეყნები, საზოგადოებრივი და კერძო სექტორების დონორები, სამთავრობო და არასამთავრობო ორგანიზაციები, ცალკეული პიროვნებები თვდაუზოგავად მუშაობენ, რათა დასახულ მიზანს მიაღწიონ[175].

პარტნიორობის ერთ-ერთი პირველი ნაბიჯი, ტუბერკულოზის შეჩერების 2001-2005 წლის გლობალური გეგმის შემუშავება გახლდათ. პირველმა გლობალურმა გეგმამ მნიშვნელოვანი შედეგები გამოიღო: ერთი წლის განმავლობაში, DOTS-ის პროგრამით ნამკურნალები პაციენტების რაოდენობის მაჩვენებელი გაორმაგდა ბოლო 5 წლის განმავლობაში, 2000 წელს იმკურნალა 2-მა მილიონმა პაციენტმა, 2004 წელს კი მათმა რიცხვმა 4 მილიონს გადააჭარბა. ამის შედეგად ტუბერკულოზის მძიმე უღლის ქვეშ მყოფმა ისეთმა ქვეყნებმა, როგორც ინდოეთი და ჩინეთი, შემთხვევათა გამოვლენის თითქმის 70%-ს მიაღწიეს. **ახალი გლობალური გეგმა შემდეგი განაცხადით იწყება:** ტუბერკულოზით გამოწვეული ტანჯვა და ეკონომიკური დანაკლისი ჩვენი სინდისის შეურაცხყოფაა; ტუბერკულოზი განკურნებადი დაავადებაა, რომლის თავიდან აცილება სავსებით შესაძლებელია; საჭიროა სასწრაფო ზომების მიღება, გავზარდოთ ძალისხმევა ტუბერკულოზის შესაჩერებლად.

**რას მივალწევთ, თუკი განვახორციელებთ გეგმას:**

ტუბერკულოზის შეჩერების სტრატეგიის დანერგვა გაზრდის მაღალხარისხიანი დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ხელმისაწვდომობას ყველასათვის; ამ გეგმის განხორციელების ათი წლისათავზე ტუბერკულოზის შეჩერების სტრატეგიით უკვე დაახლოებით 50 მილიონი ადამიანი იქნება ნამკურნალები, მათ შორის დაახლოებით 800 000 რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული, დაახლოებით 3 მილიონი პაციენტი კი როგორც ტუბერკულოზით, ასევე შიდსის ვირუსით იქნებიან ინფიცირებულნი, რომლებსაც ანტირეტროვირუსული თერაპია ჩაუტარდებათ; 2006

წლიდან 2015 წლამდე დაახლოებით 14 მილიონი სიცოცხლე იქნება გადარჩენილი; 2010 წლისათვის პირველად უკანასკნელი 40 წლის განმავლობაში ახალი ანტიტუბერკულოზური წამალი იქნება წარმოდგენილი, რომელსაც 2015 წლისათვის უფრო მოკლევადიანი (1-2 თვე) სამკურნალო რეჟიმი მოჰყვება; 2010 წლისათვის დიაგნოსტიკური ტესტები საშუალებას მოგვცემენ სწრაფად და იაფად გამოვაკლინოთ აქტიური ტუბერკულოზი. 2012 წლისათვის ლატენტური (ფარული) ტუბერკულოზის მქონე შემთხვევების გამოვლენაც გახდება შესაძლებელი. 2015 წლისათვის ხელმისაწვდომი გახდება ახალი, უსაფრთხო ვაქცინა, რომელსაც მომდევნო წლებში ტუბერკულოზის კონტროლში დიდი პოტენციური შესაძლებლობა ექნება.

### **გეგმის განხორციელებას თან მოჰყვება:**

«ათასწლეულის განვითარების მიზნების» გლობალური მიღწევა 2015 წლისათვის შეჩერდეს და შემდგომში იწყოს კლება ტუბერკულოზით დაავადების ახალი შემთხვევების მაჩვენებელმა; პარტნიორობის მიზანია 2015 წლისათვის სიკვდილიანობის და დაავადების გავრცელების გლობალური მაჩვენებლის განახევრება 1990 წლის მაჩვენებელთან შედარებით (თუმცა 2015 წლისათვის დასახულ მიზანთან მიღწევები უფრო გვიან განხორციელდება აღმოსავლეთ ევროპაში და კიდევ უფრო გვიან აფრიკაში, რაც განპირობებულია რეზისტენტული ტუბერკულოზისა და შიდსის ვირუსით გამოწვეული სირთულეებით). გეგმის განხორციელების პერიოდში, 2006 წლიდან 2015 წლამდე, ყველა რეგიონში უდიდესი პროგრესი მიიღწევა დაავადების გავრცელების და სიკვდილიანობის მაჩვენებლების განახევრებით[175].

## **2. კვლევის მასალა და მეთოდები**

სადისერტაციო ნაშრომის მიზნისა და ამოცანების შესაბამისად კვლევის მასალა და მეთოდოლოგია ორიენტირებული იყო სამ ძირითად საკითხზე:

I. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის ახალი ვარიანტის შექმნა დასაბუთებული კრიტერიუმების (ტუბერკულოზის გავრცელება და ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა) საფუძველზე;



II. ძირითადი პერიოდების გამოყოფა, ცალკეული პერიოდის მოკლე მიმოხილვა და ანალიზი.

III. ტუბერკულოზის კონტროლის "საბჭოური" და თანამედროვე სტრატეგიების გაღრმავებული შესწავლა და შედარებითი ანალიზის საფუძველზე გამოკვეთილი წარმატებული მეთოდებისა და ღონისძიებების დანერგვა-გაფართოების შესაძლებლობების განსაზღვრა.

I. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის ახალი ვარიანტის შექმნა დასაბუთებული კრიტერიუმების საფუძველზე: პერიოდიზაციის ახალი ვარიანტის შესაქმნელად შესწავლილ იქნა საქართველოსა და მსოფლიოს სხვა ქვეყნებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შესახებ არსებული ლიტერატურული მასალები და სამეცნიერო შრომები და დღემდე არსებული პერიოდიზაციის ვარიანტები. ძველი პერიოდიზაციის კრიტერიუმების შესწავლისას წამოჭრილმა საკითხმა ახალი კრიტერიუმის შემუშავების აუცილებლობის შესახებ განაპირობა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმების დადგენისა და მათი შეცვლის მიზეზების განსაზღვრა. ამ მიზნით შესწავლილ იქნა ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია სხვადასხვა პერიოდის სხვადასხვა ქვეყანაში და მისი კავშირი საზოგადოებრივი და ისტორიული განვითარების პროცესთან. გამოყენებულ იქნა ქართული და უცხოური ლიტერატურული წყაროები, სახელმწიფოებრივი დოკუმენტაცია, ანგარიშები, სამედიცინო სტატისტიკისა და ტუბსაწინააღმდეგო ორგანიზაციების მასალები. ტუბერკულოზის თანამედროვე ეპიდემიოლოგიური მდგომარეობის შესახებ ინფორმაციის მოპოვება ხდებოდა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის ტუბერკულოზის კონტროლისა და პროგრამების მართვა - კოორდინაციის სამსახურიდან. სხვა ქვეყნებისათვის - ჯანმოს და ეროვნული პროგრამების ლიტერატურული და ინტერნეტ-მასალებიდან.

II. ძირითადი პერიოდების გამოყოფა, ცალკეული პერიოდის მოკლე მიმოხილვა და ანალიზი: გამოყოფილი პერიოდის შესაბამისად, ინფორმაციის წყარო იყო ლიტერატურული მასალები, სამეცნიერო ნაშრომები აღნიშნული თემის შესახებ, ოფიციალური სამედიცინო და სხვა დოკუმენტაცია, და საკუთარი მოძიების შედეგად მოპოვებული მასალები: კავკასიის სამედიცინო და ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოებების ოქმები, საქართველოს ცენტრალურ არქივში დაცული

1918-21 წლების მთავრობის-პარლამენტის ჯანმრთელობის კომისიის ანგარიშები, ოქმები, ბრძანებები და ა.შ., თბილისის ბიბლიოთეკებში, ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ცენტრის არქივსა და კერძო პირთა პირად არქივებში დაცული სხვა და სხვა ტიპის მასალები (ფოტოები, ოქმები, დადგენილებები, ბრძანებები, წერილები, მეთოდურები, ავტორეფერატები და სხვ), პირდაპირი ინტერვიუს შედეგად მოპოვებული ინფორმაციები. ანალიზისათვის წარმოებდა სხვადასხვა წყაროებით მოპოვებული ინფორმაციის შედარება-შეჯერება, რითაც უზრუნველყოფდით მის უტყუარობას.

### **.III ტუბერკულოზის კონტროლის საბჭოური და თანამედროვე სტრატეგიების**

**გალრმავებული შესწავლა და შედარებითი ანალიზის საფუძველზე გამოკვეთილი წარმატებული მეთოდებისა და ღონისძიებების დანერგვა-გაფართოების შესაძლებლობების განხილვა.** საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ჩამოყალიბებული სისტემა არსებობდა 1921-1991 წლებში და 1995 წლის აგვისტოდან დღემდე. სხვა არსებული ფორმები ან უსისტემო იყო, ან მცირე ხნის განმავლობაში, თითქმის ჩანასახოვან მდგომარეობაში იარსება. ამიტომ, *მხოლოდ შემოთაღნიშნული ორი პერიოდი იქნა შესწავლილი გალრმავებულად.* ამისათვის გამოვიყენეთ ლიტერატურული მასალები, სამეცნიერო შრომები და დოკუმენტაცია, სამედიცინო დოკუმენტაცია, საკანონმდებლო, ფინანსური და სტატისტიკური მასალები, რომლებიც მოვიპოვეთ როგორც ცენტრის, ისე პროფილურ და არაპროფილურ ბიბლიოთეკებში, არქივებში, სტატდეპარტამენტში, დაავადებათა კონტროლის ცენტრში, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური უზრუნველყოფის სამინისტროში, სპეციალიზებული და ზოგადი პროფილის სამედიცინო დაწესებულებებში, ქვეყნის პარლამენტის საკანონმდებლო და ჯანდაცვის დეპარტამენტის უწყებაში.

რესპოდენტებად კითხვარებისა და პირდაპირი ინტერვიუსათვის შევარჩიეთ მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკის, განათლების და ფენის წარმომადგენლები, პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები, ფთიზიატრები და ზოგადი ქსელის ექიმები.

ტუბერკულოზთან ბრძოლის ჩვენთვის საინტერესო მეთოდებისა და ღონისძიებების გამოყოფის საფუძველზე შევისწავლეთ:

- ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის დონე მოსახლეობაში, პაციენტებსა და ზოგადი ქსელის ექიმებში

- სპეციალურად შემუშავებული საზოგადოებრივ-საგანმანათლებლო პროგრამის (STEP) ფარგლებში (2002-2003 წლები) შევისწავლეთ მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფებში საგანმანათლებლო საქმიანობის ეფექტურობა.
- ტუბერკულოზის განვითარების რისკი აფხაზეთიდან დევნილი კომპაქტურად დასახლებული და თბილისის დასაქმებული ინტელიგენციის მაგალითზე და ამავე ჯგუფში ჩავატარეთ დაკვირვება ტუბერკულოზის განვითარების შორეულ შემთხვევებზე (3 წლის შემდგომ).
- პაციენტთა მიზნობრივი გამოკითხვისა და ისტორიათა კომპლექსური ანალიზის საფუძველზე შევისწავლეთ: ტუბერკულოზის გამოვლენის ვადები, პაციენტის სანიტარული განათლების დონისა და ზოგადი სამედიცინო ქსელის როლი დროულ გამოვლენაში და კავშირი მკურნალობის შედეგებთან; შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები და მისი გამომწვევი ძირითადი მიზეზები; პრევენციულ ღონისძიებათა ორგანიზების დონე, სახელდობრ, კონტაქტურ პირთა ავადობა და მაღალი რისკის ფაქტორების სპექტრი.
- ტუბერკულოზის კონტროლისა და პროგრამის მართვის მონაცემთა ბაზის საფუძველზე მოვიპოვეთ ყველა რეგისტრირებული პაციენტის შესახებ მიზნობრივი ინფორმაცია (პრევალენსი, ინსიდენტობა, ლეტალობა, სიკვდილობა, მგბ დადებითობა, ტუბერკულოზის სხვადასხვა ფორმების ხვედრითი წილი, მკურნალობის გამოსავლები და განკურნების მაჩვენებელი, ქრონიზაციისა და რეციდივების, რეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევები).
- საერთაშორისო დონორი და პარტნიორი ორგანიზაციების მხარდაჭერით განხორციელებული პროექტების ფარგლებში მიმდინარე ღონისძიებების შესახებ მათ მიერ მოწოდებული ინფორმაციის საფუძველზე შევისწავლეთ საგანმანათლებლო პროექტის, DOTS წერტილებში მკურნალობის უშუალო მეთვალყურეობისა და პაციენტთა საკვები პროდუქტებით წახალისების ეფექტურობა.

ჩვენ მიერ შესწავლილი მასალის ტიპები და მოცულობები მოცემულია ცხრილში:

**ცხრილი №1 დამუშავებული მასალის ტიპები და რაოდენობა**

№	მასალა	რაოდენობა
1	ლიტერატურული	248
2	სტატისტიკური (სულ)	1025

2.1	წლიური ეპიდ. ანგარიშები	21
2.2	დამუშავებული TB ფორმები	1004
3	საარქივო-დოკუმენტაციური(სულ)	702
3.1	კსს და ტკსს არქივის ოქმები	464
3.2	სახელმწიფო არქივი-1918-21 წწ	28
3.3	სახელმწიფო არქივი 1921-91	210
4.	საანკეტო მონაცემები(სულ)	1548
4.1	მოსახლეობის Tb ინფორმირებულობა	500
4.2	ზოგადი ქსელის ექიმთა TB ცოდნის დონე	80
4.3	ფთიზიატრთა-მიზნობრივი განაწილებით	54
4.4	პაციენტთა - მიზნობრივი განაწილებით	250
4.5	ტესტ-კითხვარი	664

შედარებით ანალიზისათვის შევარჩიეთ **შედარების კრიტერიუმები**, რომელნიც ფაქტობრივად ტუბერკულოზთან ბრძოლის ძირითად მიმართულებებს წარმოადგენენ:

ტუბერკულოზის ძირითადი ეპიდმაჩვენებლები და ეპიდზედამხედველობის სისტემა; ტუბერკულოზის გამოვლენა;

ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკა;

ტუბერკულოზის მკურნალობა;

ტუბერკულოზის პრევენცია.

შედარების სიცხადისათვის ვაწარმოეთ ტერმინოლოგიის დაზუსტება და სტანდარტიზაცია:

**ტუბერკულოზის გამოვლენა-დიაგნოზირება** გულისხმობს ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების სათანადოდ შეფასებას, დაავადებაზე ეჭვის მიტანას და პაციენტის დროულ მიმართვას დიაგნოზის დასაზუსტებლად. ბაქტერიოლოგიური მეთოდები ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის შეფასების ძირითადი საშუალებაა. მისი მიზანია ბიოლოგიურ მასალაში (უფრო ხშირად ნახველში) ტუბერკულოზის გამომწვევის აღმოჩენა ბაქტერიოსკოპიის და/ან კულტურალური გამოკვლევის საფუძველზე. არსებობს დიაგნოზირების დამატებითი მეთოდები, რომელნიც გამოიყენება ტუბერკულოზური ცვლილებების შესაფასებლად და დიაგნოზის დასაზუსტებლად (რენტგენოგრაფია, კომპიუტერული ტომოგრაფია, იმუნოლოგიური, სეროლოგიური კვლევა და სხვა.) არსებობს შემთხვევის გამოვლენის *პასიური და აქტიური მეთოდები*. თანამედროვე პროგრამებში გამოიყენება პასიური გამოვლენა, როცა ტუბერკულოზზე ექვმიტანილი პირი ვლინდება თვითმომართვის საფუძველზე შემოსულ პაციენტებს

შორის. აქტიური გამოვლენა გულისხმობს მოსახლეობის ჯანმრთელ ან მაღალი რისკის ჯგუფებში ტუბერკულოზზე საექვო სიმპტომების მქონე პირის გამოვლენას კვლევის სტანდარტული ან მასობრივი მეთოდის გამოყენებით (კანის სინჯი ტუბერკულინით, ფლუოროგრაფია, საექვოთა რენტგენოლოგიური კვლევა და ნახველის ბაქტერიოსკოპიული დიაგნოსტიკა). თანამედროვე პროგრამებში აქტიური გამოვლენა გამოიყენება მხოლოდ მაღალი რისკის ჯგუფებისათვის .

**ტუბერკულოზის მკურნალობა** თანამედროვე პირობებში ეფუძნება ტუბდაავადებულთა მოკლევადიან მკურნალობას ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების სტანდარტული სქემების გამოყენებით. ტუბერკულოზის მკურნალობის მიზანია გამომწვევის განადგურება, რის შემდეგაც იწყება გამოჯანმრთელების პროცესი. როცა მკურნალობა ეტიოტროპულ საშუალებებთან ერთად სიმპტომური და პათოგენური საშუალებების გამოყენებით წარმოებს, ასეთ მეთოდს კომპლექსური მკურნალობა ეწოდება და იგი გამოიყენებოდა ძირითადად საბჭოთა მოდელის პირობებში. რაც შეეხება ჰიგიენურ-დიეტური, ფიტოთერაპიული, სანატორულ-კურორტული საშუალებებით ტუბერკულოზის მკურნალობას, ისინი გამოიყენებოდა ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების აღმოჩენამდე და მიმართული იყო იმუნიტეტის გაძლიერებისაკენ, რათა ორგანიზმი თავად შებრძოლებოდა დაავადებას. ასეთი მიდგომა დღეს მსოფლიოში აღარ გამოიყენება.

**ტუბერკულოზის პრევენცია-** თანამედროვე პროგრამა ითვალისწინებს ბაცილგამომყოფთა სათანადო მკურნალობას ტრანსმისიული ჯაჭვის გაწყვეტის მიზნით, ანუ *კონტაქტისაგან დაცვას*;

ინფიცირებულთათვის დაავადების განვითარების აცილების მიზნით ინიშნება მკურნალობის კურსი (*ლატენტური ტუბერკულოზის მკურნალობა, ქიმიოპროფილაქტიკა*).

*BBCG ვაქცინაცია* წარმოადგენს სპეციფიკური იმუნიტეტის გამუშავებისაკენ მიმართულ ღონისძიებას, რომელიც უზრუნველყოფს დაცვის გარკვეულ დონეს (განსაკუთრებით მცირეწლოვან ბავშვებში) ტუბერკულოზის ისეთი მძიმე ფორმების წინააღმდეგ, როგორცაა მილიარული ტუბერკულოზი და ტუბერკულოზური მენინგიტი.

წარსულში ტუბერკულოზის პროფილაქტიკაში განიხილებოდა აგრეთვე *სანიტარული და სოციალური პროფილაქტიკა* . პირველი გულისხმობდა ტუბერკულოზის კერის კონტროლს - მიმდინარე და საბოლოო დეზინფექციას. მეორე კი - ქვეყანაში, საზოგადოებასა და დაწესებულებებში შრომისა და ყოფა-ცხოვრების სათანადო პირობების შექმნას, საზოგადოების სხვადასხვა ფენის წარმომადგენლთა, დაწესებულებების, ორგანიზაციების ჩართვას ტუბსაწინააღმდეგო ბრძოლაში, მოსახლეობის სანიტარული განათლების დონის ამაღლებას (ტუბსაწინააღმდეგო აგიტაცია-პროპაგანდა) და სხვ.

**ტუბერკულოზის ძირითადი ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები და ეპიდზედამხედველობის სისტემა-** თანამედროვე სტანდარტებით მიღებული შემდეგი ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლების გამოყენება:

*ინფიცირების გავრცელება (პრევალენტობა)*- არის ტუბერკულინდადებითი პირების პროცენტული მაჩვენებელი 100 გამოკვლეულ პირზე გადაანგარიშებით. ამ პარამეტრის მიხედვით ისაზღვრება ინფიცირებული პირების საერთო რაოდენობა, რომელნიც შემდგომში, შესაძლოა, ტრანსფორმირებულ იქნან ტუბერკულოზის ახალ შემთხვევებში. მსოფლიოში დაახლოებით 1,9 მილიარდი ადამიანი (საერთო პოპულაციის 1/3) ინფიცირებულია ტუბერკულოზი გამომწვევით და იმყოფება დაავადების განვითარების საშიშროების ქვეშ.

*ავადობა (ინსიდენტობა)* - არის ერთი წლის განმავლობაში პირველად გამოვლენილი ტუბერკულოზის ანუ " ახალი შემთხვევების" რაოდენობა 10 000 მოსახლეზე. ფილტვის ტუბერკულოზის ბაქტერიაგამომყოფ (მგბ+) ახალ შემთხვევათა რიცხვი წარმოადგენს ძალზე მნიშვნელოვან ეპიდემიოლოგიურ ინდიკატორს, თუმცა მისი ზედმიწევნით განსაზღვრა შეუძლებელია.

*პრევალენტობა* არის დროის გარკვეულ მომენტში მოსახლეობაში ტუბერკულოზის შემთხვევების (ახალი და ძველი) საერთო რაოდენობა. ამ მაჩვენებლის მეტნაკლები სიზუსტით განსაზღვრა შესაძლებელია მოსახლეობის რთული და შრომატევადი, ამასთან, ძვირადღირებული გამოკვლევების შედეგად. იმ ქვეყნებში, სადაც ტუბერკულოზის შემთხვევათა განსაზღვრა არაერთ სირთულესთანაა დაკავშირებული, EURO-TB-ის მიერ რეკომენდებულია *შეტყობინების მაჩვენებლის* გამოთვლა. ეს საკმაოდ ინფორმატიული და სარწმუნო ინდიკატორია- ერთი წლის

განმავლობაში რეგისტრირებული ტუბერკულოზის ყველა შემთხვევა გადაანგარიშებული 100 000 მოსახლეზე.

*ლეტალობა* არის ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა პროცენტი, რომლებიც დროის გარკვეულ პერიოდში (წელიწადში) მოკვდნენ ამ დაავადების გამო. *სიკვდილობა* არის ერთი წლის განმავლობაში ტუბერკულოზით დაავადებულთა შორის სიკვდილის შემთხვევათა (სიკვდილის მიზეზის მიუხედავად) 100000 მოსახლეზე გადაანგარიშებით. სიკვდილობა მისი გამოთვლის სიმარტივის გამო ფართოდ შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ტუბერკულოზის კონტროლის ეფექტურობის შესაფასებლად.

ტუბერკულოზის შემთხვევათა განსაზღვრისა და მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად გამოყენებულ იქნა ჯანმოს და ტვდბსკ-ის მიერ მოწოდებული ტუბერკულოზის შემთხვევათა საერთაშორისო კლასიფიკაცია.

*ახალი შემთხვევა* - ავადმყოფი, რომელსაც წარსულში ტუბერკულოზის გამო მკურნალობა არ ჩაუტარებია, ან მკურნალობდა არაუმეტეს 4 კვირისა.

*რელაფსი* - ავადმყოფი, რომელსაც წარსულში ჩაუტარდა სტანდარტიზებული ქიმიოთერაპიის სრული კურსი, მკურნალობის გამოსავალი შეფასდა როგორც წარმატებული და კვლავ დაუდგინდა ბაქტერიოლოგიურად დადასტურებული აქტიური ტუბერკულოზი.

*მკურნალობა შეწყვეტის შემდეგ* - ავადმყოფი, რომლის სტანდარტიზებული ქიმიოთერაპიის კურსი შეწყვეტილ იქნა ორი თვით ან მეტი ხნით მას კვლავ ბაქტერიოლოგიურად და/ან კლინიკურად დაუდგინდა აქტიური ტუბერკულოზი.

*უშედეგო მკურნალობა* - მგბ (+) ავადმყოფი, რომელიც სტანდარტიზებული ქიმიოთერაპიის მე-5 თვეს ან შემდეგ დარჩა, ან გახდა ბაქტერიაგამომყოფი (ნახველის ნაცხის მიკროსკოპია და/ან კულტურა)

*ქრონიკული შემთხვევა* - ავადმყოფი, რომელსაც უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ ჩატარებული სტანდარტული ქიმიოთერაპიის ორი ან მეტი სრული კურსის შემდეგ აღენიშნება ბაქტერიოლოგიურად დადასტურებული აქტიური ტუბერკულოზი.

*სხვა დაწესებულებებიდან შემოსული (გამოგზავნილი) ავადმყოფი* - ავადმყოფი, რომელიც მკურნალობის პერიოდში გადმოვიდა სხვა ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებებიდან მუდმივად ან დროებით საცხოვრებელი ადგილის შეცვლის გამო.

*სხვა შემთხვევა-ყველა შემთხვევა, რომელიც ვერ თავსდება ვერცერთ ზემოთჩამოთვლილ განსაზღვრებაში.*

ქიმიოთერაპიის შესაძლო შედეგები:

*განკურნება* ქიმიოთერაპიის დაწყებამდე მგბ(+) ავადმყოფი, რომელმაც ჩაიტარა ქიმიოთერაპიის სრული კურსი და რომელსაც აქვს ნახველის ნაცხის ბაქტერიოსკოპული გამოკვლევის სულ მცირე ორი უარყოფითი პასუხი-მკურნალობის დასასრულს და წინამორბედ გამოკვლევაში.

*დასრულებული მკურნალობა-ავადმყოფი, რომელმაც დაასრულა მკურნალობის სრული კურსი, მაგრამ ვერ ხერხდება გამოსავლის განსაზღვრა, როგორც განკურნება, ანუ:*

- მკურნალობის დასაწყისში მგბ(-) ავადმყოფი, რომელმაც ჩაიტარა სტანდარტული ქიმიოთერაპიის სრული კურსი და რომელსაც მკურნალობის ყველა ეტაპზე ჰქონდა ნახველის ნაცხის უარყოფითი შედეგი;
- მგბ(+) პაციენტი, რომელსაც ამა თუ იმ მიზეზის გამო ვერ ჩაუტარდა ნახველის ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევა მკურნალობის დასრულების მომენტში, ან დასრულებამდე 1 თვით ადრე.

– ფილტვარეშე ტუბერკულოზის ყველა შემთხვევის გამოსავალი, ქიმიოთერაპიის სრული კურსის დამთავრებისას განისაზღვრება, როგორც "დასრულებული" მკურნალობა.

*უშედეგო მკურნალობა* - ავადმყოფი, რომელიც მკურნალობის მე-5 თვეს დარჩა ან გახდა ბაქტერიაგამომყოფი.

*შეწყვეტილი მკურნალობა* - ავადმყოფი, რომელმაც მკურნალობა შეწყვიტა ორი თვით Y ან მეტი ხნით.

*სხვა დაწესებულებაში გადაყვანა* - ავადმყოფი, რომელმაც მკურნალობის დასრულებამდე შეიცვალა საცხოვრებელი ადგილი და გადავიდა სხვა ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებაში მკურნალობის დასასრულებლად და რომლის მკურნალობის გამოსავალი უცნობია.

*მოკვდა* - ავადმყოფი, რომელიც მოკვდა (მიზეზის მიუხედავად) მკურნალობის კურსის განმავლობაში.



რეგისტრაცია-ანგარიშების სისტემის შეფასების მიზნით განხილულ იქნა პროგრამაში გამოყენებული სარეგისტრაციო ფორმები და ეპიდემიოლოგიური ინდიკატორები:

*სარეგისტრაციო ფორმები:* ტუბდაავადებულის სამედიცინო ბარათი (ტბ-01); ტბ სარეგისტრაციო ჟურნალი(ტბ-03); ტუბლაბორატორიული ჟურნალი(ტბ-04); ტუბერკულოზის ფორმათა რეგისტრაციის კვარტალური ანგარიში(ტბ-07); 12-15 თვის წინ რეგისტრირებულ შემთხვევათა მკურნალობის შედეგების კვარტალური ანგარიში(ტბ-08); შეტყობინება ტუბერკულოზის აქტიური ფორმის შესახებ(ტბ-10); შეტყობინება მკურნალობის შედეგების შესახებ(ტბ-12); ამბულატორიაში DOT-ის მონიტორინგის ფორმა(ტბ-23);

*ეპიდემიოლოგიური ინდიკატორები:* განკურნების მაჩვენებელი, დასრულებული მკურნალობის მაჩვენებელი, შეწყვეტილი მკურნალობის მაჩვენებელი, უშედეგო მკურნალობის მაჩვენებელი., ლეტალობის მაჩვენებელი, სხვა დაწესებულებაში გადასვლის მაჩვენებელი.

შედარებითი ანალიზისათვის ვისარგებლეთ ზემოთაღნიშნული მაჩვენებლების შინაარსობრივი და/ან ტერმინოლოგიური ანალოგებით საბჭოთა მოდელის დროს და ზუსტი შესაბამისობის არარსებობისას მოვახდინეთ მათი სტანდარტიზაცია.

საბჭოთა მოდელის დროს გამოიყენებოდა შემდეგი ეპიდმაჩვენებლები:

ინფიცირება, ავადობა, დაავადება, სიკვდილობა. აღრიცხვა ხდებოდა შემდეგი ძირითადი პარამეტრებით: კონტინგენტი და მათ შორის ახლად გამოვლენილი, ფორმის მიხედვით - ფილტვის და ფილტვგარეშე, ბაცილგამოყოფის მიხედვით: ბკ(+) და ბკ(-)

მკურნალობის გამოსავლების მიხედვით: განკურნება, გაუმჯობესება. გაუარესება, უცვლელი, მოკვდა, სხვაგან გადასვლა. მკურნალობის ეფექტურობის შეფასება: აბაცილირება, რღვევის ღრუების დახურვა, III და VDგ ჯგუფში გადაყვანა.

არსებობდა შემდეგი დისპანსერული ჯგუფები:

0 საექვო აქტივობის ტუბერკულოზის მქონე პირები

I აქტიური ტუბერკულოზით დაავადებულები ა-პირველად გამოვლენილები, Bბ-პირები უშედეგო მკურნალობის შედეგად განვითარებული ქრონიკული პროცესით (ბაცილგამომყოფნი და არგამომყოფნი)

II პირები აქტივობის ჩაცხრომის ფაზაში, რომელნიც საჭიროებენ რეციდივის საწინააღმდეგო მკურნალობას.

III პირები კლინიკურად განკურნებული ტუბერკულოზით.

IV ბაცილგამომყოფ პირებთან კონტაქტში მყოფნი

V ფილტვგარეშე ტუბერკულოზით დაავადებულები: ა-აქტიური, Bბ- ჩაცხრომის, გ- არააქტიური, დ-განკურნებულები ნარჩენი ცვლილებებით.

VI ტუბერკულოზით ინფიცირებულები, არავაქცინირებულები ან ვაქცინაციის შემდგომი გართულებების მქონენი

VII პირები განკურნების შემდგომი ნარჩენი მოვლენებით, რეაქტივაციის მაღალი რისკით. ა-III ჯგუფიდან გადმოყვანილები, ბ\_პროფგასინჯვების ან სხვა სამედიცინო გამოკვლევისას გამოვლენილი, ნულოვანი ჯგუფიდან გადმოყვანილი პირები.

**მასალის დასამუშავებლად** გამოიყენებოდა კომპიუტერული პროგრამა EPI-info (version 6), მოდულები-eped, enter, analaisis. შედარებითი ანალიზი ტარდებოდა მაჩვენებელთა პირდაპირი და ირიბი სტანდარტიზაციის მეთოდით. რიგ შემთხვევებში გამოითვლებოდა მიმართულების სიდიდეები\_საშუალო მაჩვენებელი(X) , მოდა(Mo) , მედიანა(Me), საშუალო მაჩვენებლის კვადრატული გადახრა და საშუალო სტანდარტული ცდომილება. ორ საშუალო სიდიდეს შორის კავშირი ფასდებოდა სტიუდენტის კრიტერიუმით - t და შესაბამისად PPP სიდიდით.

რისკ-ფაქტორების განსაზღვრაში გამოიყენებოდა შემთხვევა-კონტროლის მეთოდი. მარკირებული ფაქტორის ფარდობითი რისკის შეფასება განხორციელდა 2X2 ცხრილის საშუალებით. გამოთვლილ იქნა ფარდობითი რისკი(RR) და ფარდობითი შესაძლებლობა(OR) რისკის შეფასება შემდეგი პრინციპით ხდებოდა:

OR/RR>1---მძლავრი დადებითი კავშირი

OR/RR =1---კავშირი არ არსებობს

OR/RR <1---მძლავრი უარყოფითი კავშირი

ნულოვანი ჰიპოთეზის ალბათობის ჭეშმარიტება ფასდებოდა 2 კრიტერიუმითა და შესაბამისი p სიდიდით.

ცხრილი №2 ნაშრომის სტრუქტურა

მიმართულება	I	II	III
შესწავლის საგანი	პერიოდიზაციის სქემების ანალიზი; ტბ ეპიდსიტუაციის კავშირი სოციალურ-პოლიტიკურ მდგომარეობასთან	ცალკეული პერიოდის ძირითადი მახასიათებლები	ეპიდ მოვლენა გამოვლენა მკურნალობა მაჩვენებლები პრევენცია დიაგნოსტ.
კვლევის საფუძველი	კიბის მოდელი-ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმები	ტბ გავრცელება, ბრძოლის ფორმა და მეთოდები	სტატ.ბაზის აქტიური გამოსავლები, ფორმები მონაცემთა და პასიური შეწყვეტილი და მიმართ ანალიზი მეთოდის მკურნალობა ულებები შედარება
კვლევის გამოსავალი	პერიოდიზაციის ახალი სქემა	ახალი ცნობები ცალკეული პერიოდის შესახებ	ტბ ინფორმაცია რეზულტატის წესი, საინფორმაციო კამპანია მის როლი მიზეზების პრევენციის დრ. გამოვლენაში ანალიზი ხარისხი; მასობრივი სკრინინგის მეთოდი ახალი
გამოყენებითი ბაზები	ტბ ბრძოლის ისტორია, ტბ კონტროლის თანამედროვე სისტემა, ტბ არქივი, ტბ მუზეუმი	ისტორიულად აპრობირებული ეფექტური მეთოდებისა და ღონისძიებების გამოყოფა-დანერგვა	პროექტების წესი ინტეგრ. ფსიქოლოგიური ტბ სკოლა; შეფასების ტბ კონტრ. დახმარების პრევენტ საფუძველი სისტემაში სამსახური; ორიუმში; საინფ. კამპანია პაციენტთა ტბ თავშესაფრების ომბუდსმენი; პაციენტთა განსწავლა, ომბუდსმენი; ხელშეკრულება საინფორმაციო პაციენტთან; მაციო წახალისების კამპანია. პროგრამა ; მოხალისეთა ინსტიტუტი. უმ. მეთვალყურეობის პროგრამული უზრუნველყოფა; ტბ ბაღი, ტბ მოედანი, ტბ კლუბი მოხალისეთა

			ინსტიტუტი.
--	--	--	------------

### 3. საკუთარი კვლევის შედეგები და მათი განსჯა

#### 3.1. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაცია

საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის სქემების მოსაძიებლად წარმოებულმა ჩვენმა კვლევამ აჩვენა, რომ საკითხი არ არის შესწავლილი კომპლექსურად, შესაბამისად, ისტორია არ არის წარმოდგენილი მთლიანობაში, არ არსებობს მეცნიერულად დასაბუთებული კრიტერიუმების საფუძველზე შექმნილი პერიოდიზაციის ვარიანტი, არ არის გამოყოფილი ტუბერკულოზთან ბრძოლის ცალკეული ეტაპები და არ არის ჩატარებული შედარებითი ანალიზი.

აღნიშნულიდან გამომდინარე, კვლევის პირველ ეტაპზე საჭიროდ ჩავთვალეთ *საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის ახალი ვარიანტის შემუშავება. ამისათვის აუცილებელი იყო:* ფთიზიატრიის ისტორიისა და ქართული მედიცინის ისტორიის პერიოდიზაციის დღემდე არსებული სქემების ანალიზი, სხვადასხვა ისტორიულ პერიოდში ტუბერკულოზის გავრცელებისა და ამ პროცესზე მოქმედი ფაქტორების დადგენა, მასალის ანალიზის საფუძველზე პერიოდიზაციის ახალი, დასაბუთებული კრიტერიუმების შერჩევა, და ამ კრიტერიუმების საფუძველზე, ცალკეული პერიოდის გამოყოფა. აგრეთვე,

ტუბერკულოზთან ბრძოლის ძირითადი მიმართულებების დადგენა და შედარების კრიტერიუმების გამოყოფა ცალკეული პერიოდის შედარებითი ანალიზის მიზნით .

ჩვენ მიერ მოძიებულ იქნა მედიცინის ისტორიისა და ფთიზიატრიის ისტორიის პერიოდიზაციის სქემები: ფთიზიატრიის ისტორიის პერიოდიზაციის მესტიაშვილისეული ვარიანტები: I-1948 წელს მოწოდებული, სადაც ორი პერიოდია გამოყოფილი-1)კოხამდელი და 2)კოხის შემდგომი, და II-1959 წელს მოწოდებული, სადაც გ. მესტიაშვილი თავად ცვლის წინა ვარიანტს და უკვე 4 პერიოდს გამოყოფს: 1) უძველესი დროიდან XVII საუკუნემდე, 2)XVII საუკუნიდან კოხამდე(1882წ), 3) კოხისშემდგომი - 50-იან წლებამდე და 4) 50-იან წლებში “ნევრიზმის” თეორიის გავრცელებიდან ავტორის თანადროულობამდე. ამრიგად, *ეს სქემა ეყრდნობა მედიცინაში არსებულ მნიშვნელოვან აღმოჩენებსა და მოვლენებს.*

ჩვენი აზრით, ეს პერიოდიზაცია მოძველებულია და პრაქტიკაში გამოსაყენებლად მოუხერხებელი, რადგან:

◆ ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის განვითარებისა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის მთელი ისტორია ასახულია ტერმინით ფთიზიატრია (ფთიზიოლოგია-გ. მესტიაშვილი), რაც არ უნდა იყოს მართებული, რადგან ფთიზიატრიას, როგორც დამოუკიდებელ მეცნიერებას მოგვიანებით, XIX ს-ის ბოლო წლებში ჩაეყარა საფუძველი, ხოლო ტუბერკულოზთან სხვადასხვა ფორმით ბრძოლა უძველესი დროიდან წარმოებდა, ამასთან თანამედროვე მსოფლიოში ეს ტერმინი უკვე მოძველებულია და რადგან ტუბერკულოზის თემა დიდი ხანია გასცდა მედიცინის საზღვრებს, გამოიყენება ტერმინი ტუბერკულოზთან ბრძოლა;

◆ მოცემული პერიოდიზაცია ეხება ზოგადად ფთიზიატრიის ისტორიას და არა საქართველოში ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის განვითარებისა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიას;

◆ ეყრდნობა რა მნიშვნელოვან აღმოჩენებს, გაუგებარია, რატომ არ არის მიჩნეული ახალი პერიოდის დასაწყისად ისეთი მნიშვნელოვანი ფაქტები, როგორცაა აუსკულტაციის, მიკროსკოპის, რენტგენის სხივების და სტრუქტომიცინის აღმოჩენა და რატომ არის წარმოდგენილი წინა პლანზე ნევრიზმის თეორია, როცა სწორედ რენტგენოგრაფიისა და ქიმიოთერაპიის დანერგვამ მოახდინა გარდატეხა ფთიზიატრიაში.

სავარაუდოდ, სწორედ აღნიშნულმა განაპირობა, რომ ფაქტობრივად არ გვხვდება პრაქტიკაში ამ ვარიანტის გამოყენების მაგალითები. სხვადასხვა შრომებსა თუ მონოგრაფიებში უფრო ხშირად გვხვდება ისეთი ტერმინები, რომელსაც საფუძვლად უდევს სოციალურ-ეკონომიკური ფორმაციის ცვლა ან რომელიმე მნიშვნელოვანი მოვლენა ქვეყნისა თუ მედიცინის ისტორიაში. ასე მაგალითად, პრესაბჭოთა, საბჭოთა პერიოდი, ომამდელი, ომისდროინდელი, ომისშემდგომი, პოსტსაბჭოთა პერიოდი, ქიმიოთერაპიის ერა და ა.შ.

ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის ერთგვარ მცდელობად შეიძლება მივიჩნიოთ ლევის ეროვნული პროგრამის (2001-2005 წწ.) შესავალში მოცემული ერთგვარი ისტორიული ექსკურსი, სადაც წლების მიხედვით (1864-1921, 1921-91, 1991-95, 1995-2000) გამოყოფილია საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის პრესაბჭოთა, საბჭოთა, პოსტსაბჭოთა და DOTS სტრატეგიის ეტაპები. ეს იყო პერიოდიზაციის უფრო პრაქტიკულ ვარიანტზე მოთხოვნის არსებობის პირველი გამოხატულება. თუმცა, არც ეს ვარიანტია სრულყოფილი, რადგან:

- \* არ არის გამოკვეთილი პერიოდიზაციის კრიტერიუმი, თუმცა იგულისხმება ფორმაციის და სისტემის ცვლა;
- \* არ არის დაზუსტებული ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმები;
- \* გამოტოვებულია საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდი უძველესი დროიდან- XIX ს-მდე.

უფრო სარწმუნო კრიტერიუმების მოსამიებლად გავეცანით აგრეთვე, საქართველოს მედიცინის ისტორიის პერიოდიზაციას.

ქართული მედიცინის ისტორიის პერიოდიზაციის პირველი მცდელობა ლ. კოტეტიშვილს ეკუთვნის. მ. შენგელიამ შემდგომში დაასაბუთა რა ამ სქემის გაუმართლებლობა, შემოგვთავაზა საკუთარი, ახალი ვარიანტი. იგი ეყრდნობა სოციალურ-ეკონომიური წეს-წყობილების, ფორმაციის ცვლას. ერთი შეხედვით, ეს მიდგომა არის მატერიალისტური მსოფლმხედველობის გამოძახილი ბაზისის და ზედნაშენის შესახებ, სადაც ფორმაცია ბაზისად მოიაზრება, მედიცინა კი- ზედნაშენად. მეორეს მხრივ, ეს არის პრაქტიკაში გამოსაყენებლად მოხერხებული პერიოდიზაციის შექმნის მცდელობა. მ. შენგელიას პერიოდიზაციასაც, შესაძლოა, აქვს თავისი ნაკლი, რადგან გამოდის, რომ საკმაოდ დიდი ხნის განმავლობაში მედიცინა ხასიათდება ერთი საერთო ნიშნით, ძირითადი მახასიათებლების თითქმის

უცვლელი მუდმივობით. (მაგ. შუა საუკუნეების განმავლობაში, ფეოდალური წეს-წყობილების დროს.) საჭირო იყო სხვა კრიტერიუმის შემუშავება.

II. ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის კომპლექსური შესწავლის შედეგად გაირკვა ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის დაგროვების, დაავადებასთან ბრძოლის ფორმებისა და ფთიზიატრიის, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერების, განვითარების ძირითადი ტენდენციები.

ჩვენმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიაში შეიმჩნევა ერთი მნიშვნელოვანი კანონზომიერება: **ტუბერკულოზის გავრცელება კავშირშია მრავალ ფაქტორთან**, რომელთა ცვლაც იწვევს ამ დაავადების ტალღის მომატებას ან შემცირებას. ასე, მაგალითად, სოციალური, პოლიტიკური, სტიქიური, სამედიცინო ხასიათის კრიზისების დროს მოსახლეობაში მატულობას ტუბერკულოზის შემთხვევები და გავრცელება, რასაც მოსდევს ეკონომიკური, დემოგრაფიული, კულტურული ზარალი და, შესაბამისად, ამ დაავადებისადმი ყურადღების გამძაფრება, კერძოდ, ტუბერკულოზთან ბრძოლის გაძლიერება, ახალი ფორმების დამკვიდრება ან ახალი სისტემის შექმნა. ამ ქმედებათა შედეგია ტუბერკულოზის გავრცელების სტაბილიზაცია და შემდგომ - შემცირება, რაც გრძელდება საზოგადოების ცხოვრებაში ახალ კრიზისამდე. ეს ფაქტი დასტურდება არაერთი ეპიდემიოლოგიური მონაცემით, რომელთა განხილვა ისტორიული ვითარების ფონზე საშუალებას იძლევა დამტკიცდეს კორელაციური კავშირი სოციალურ - პოლიტიკურ მდგომარეობასა და ტუბერკულოზის გავრცელებას შორის: ასე მაგ., საერთაშორისო ტუბერკულოზური კონგრესის მიერ გამოქვეყნებული (1899) მასალების მიხედვით, ყოველ 1 მლნ მცხოვრებზე ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობა რუსეთში იყო 3 900, საფრანგეთში-3 200, გერმანიაში-2 240, ინგლისში-1400 , იტალიაში-1870. ი. აბაკელიას მონაცემებით, პრუსიაში (ბერლინი) I იმპერიალისტურ ომამდე 10 000 მცხოვრებზე ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობა 15,5 იყო, ხოლო ომის დროს-23,0. ინგლისში-10,5 ომის დროს-11,5. ომისშემდგომ წლებში (1919-28) მსოფლიოს მსხვილ ქალაქებში შექმნილი მძიმე სოციალურ-ეკონომიკური პირობები კარგად აისახა ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობაზე, თუმცა შემცირდა ომისდროინდელთან შედარებით. მონაცემები მოყვანილია ცხრილში №3 :

**ცხრ.№3. ყველა სახის ტუბერკულოზისაგან სიკვდილიანობის მაჩვენებელი ყოველ 10.000 მცხოვრებზე ზოგიერთ მსხვილ ქალაქში 1926 წელს(აბაკელიას მიხედვით)**

№	ქალაქი	მაჩ ვ.	№	ქალაქი	მაჩ ვ.	№	ქალაქი	მაჩ ვ.	№	ქალაქი	მაჩ ვ.
1	სოფია	34,9	1 2	გელფა სტი	17,4	23	ედინბურგი	11,0	34	ლონდონი	9,9
2	ლოძი	27,9	1 3	რომი	17,1	24	ბრესლავი	10,9	35	ამსტერდამი	9,4
3	პარიზი	27,9	1 4	პრაღა	16,7	25	ლაიპციგი	10,9	36	ჰამბურგი	9,3
4	მადრიდი	26,8	1 5	დუბლინი	16,6	26	როტერდამი	10,9	37	სან-ფრანცისკო	9,3
5	კრაკოვი	25,2	1 6	მილანი	16,0	27	ბერლინი	10,6	38	ბრიუსელი	8,7
6	რეველი	24,1	1 7	მოსკოვი	15,0	28	კიოლნი	10,4	39	ჩიკაგო	8,4
7	ბუდაპეშტი	23,2	1 8	ტფილისი	14,9	29	მიუნხენი	10,4	40	ნიუ-იორკი	8,2
8	ლვოვი	23,1	1 9	სტოკჰოლმი	14,7	30	კოპენჰაგენი	10,3	41	ჰააგა	7,9
9	ლენინგრადი	21,6	2 0	ოსლო	13,4	31	ნეაპოლი	10,2			
10	ლიონი	21,3	2 1	ქუთაისი	12,7	32	ბოსტონი	10,1			
11	ლილი	19,7	2 2	გლაზგო	12,2	33	დრეზდენი	10,1			

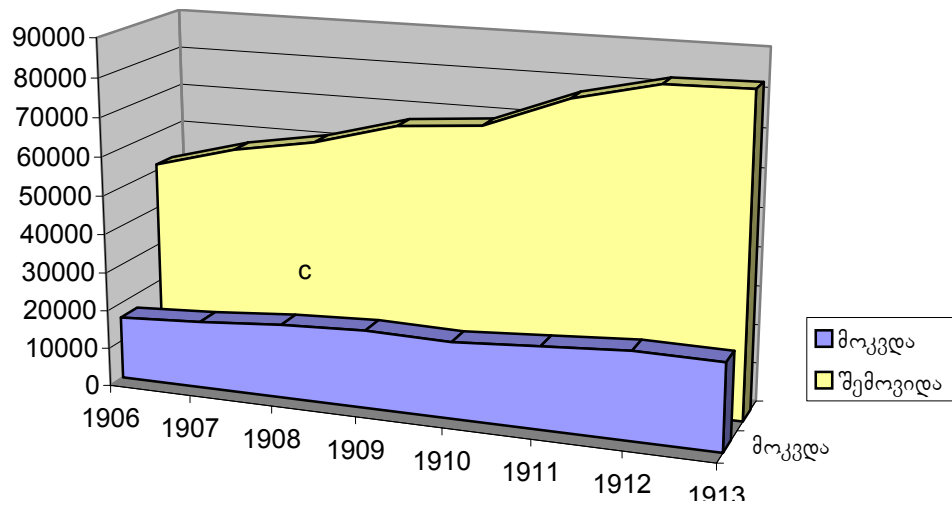
რუსეთშიც, ისევე როგორც სხვა ქვეყნებში, XIX საუკუნის ბოლოს დაწყებული მსოფლიო კრიზისი განსაკუთრებით გამწვავდა 1913 წლისათვის, რაც I მსოფლიო ომის დროს კიდევ უფრო გაღრმავდა. ეს აისახა ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიაზე. ასე, მაგ., მთავარი საექიმო ინსპექტორის მონაცემებით 1906-1913 წლებში ტუბერკულოზის გამო ჰოსპიტალიზირებულთა რაოდენობა დინამიკაში იზრდებოდა(ცხრილი №4).

**ცხრ.№4 ტუბერკულოზის გამო ჰოსპიტალიზირებულთა რაოდენობა და სიკვდილობა რუსეთში (კაგანოვიჩის მიხედვით).**

წელი	შემოვიდა		მოკვდა	
	ფილტვების სხვა ორგანოთა TB-ით	TB-ით	ფილტვების სხვა ორგანოთა TB-ით	TB-ით
1906	51 509	21 167	16 243	1643
1907	57 281	22 242	17 471	1896
1908	61 004	22 930	19 167	2039
1909	66 923	25 230	20 164	2242
1910	68 744	25 504	19 740	2673
1911	77 138	27 576	21 193	2346
1912	82 188	31 768	22 621	2513
1913	82 584	32 751	22 409	2570



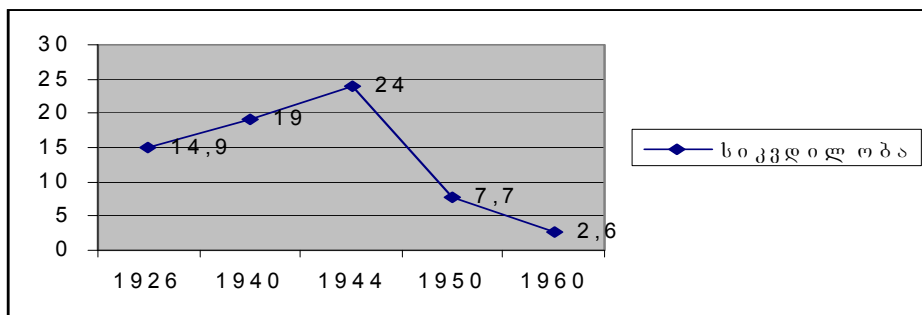
სურათი №1 ფილტვის ტუბერკულოზით ავადობისა და სიკვდილობის დინამიკა რუსეთში (1906-1913 წწ.)



ხოლო სიკვდილიანობა ყოველ 10 000 მცხოვრებზე იყო: მოსკოვში-26,6, პეტერბურგში-33,6, ოდესაში-19,7 და ვარშავაში-23,3.

საქართველოში ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობის დინამიკა დიდ სამამულო ომამდე, ომის დროს, ომისშემდგომ პერიოდში (1950 წლისათვის) და წარმატებულ ხანაში (60-იანი წლები) ასახულია მრუდზე: (სურ.1)

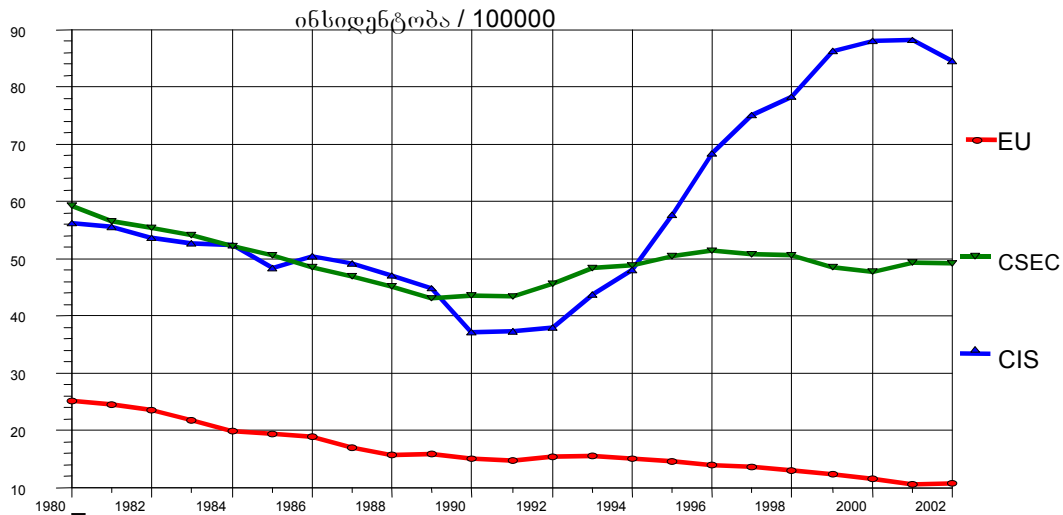
სურ. 2 ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა საქართველოში 10 000 მოსახლეზე(1926-1960 წწ.)



უკვე 1953 წელს, 1949 წელთან შედარებით, შემცირდა სიკვდილობა მოსკოვში-60,6%-ით, ყაზანში-75%-ით, ტალინში-58,2%-ით, კუიბიშევში-63,9%-ით.

გასული საუკუნის 90-იანი წლების კრიზისის დროს ევროკავშირის(EU), ცენტრალური და სამხრეთ ევროპის ქვეყნებისა(CSEC) და დსთ(CIS) ქვეყნების ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური პროფილი ნათლად ასახავს მის კავშირს სოციალურ-პოლიტიკურ მდგომარეობასთან: (სურ.2)

**სურ.3 ტუბერკულოზით ავადობა 100 000 მოსახლეზე ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებში(1980-2002 წწ.)**



მნიშვნელოვანია აგრეთვე, ტუბერკულოზის გავრცელება შეძლებულ და ღარიბ სოციალურ ფენებს შორის (სურ.3). თანამედროვე მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში კი-ადგილობრივ და ემიგრანტ მოსახლეობაში.

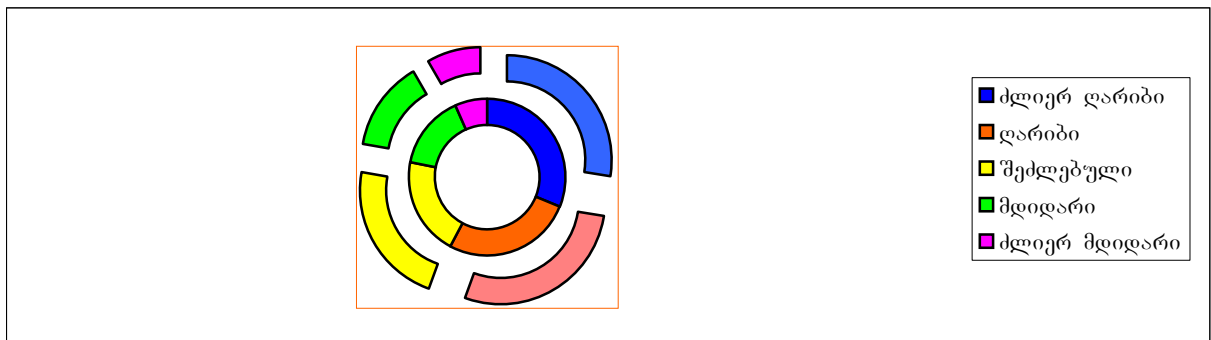
ასე, მაგ: 1911-1913 წლებში პარიზში 100 000 მოსახლეზე ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა ღარიბ კვარტლებში იყო 638, ხოლო შეძლებულში- 108. ლონდონში, შესაბამისად- 247 და 81. ბერლინში-275 და 101. 1930 წელს ნიუ-იორკში – 237 და 34; ჩიკაგოში - 368 და 15,9, 1945 წელს ლონდონში - 141,7 და 56,7. პროფესიული ჯგუფების მიხედვით: 1923 წელს ინგლისში 100000 კაცზე კვალიფიცირებულ მუშებს შორის ფილტვის ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა-146, 2, შავ მუშებს შორის-209, 5. მაღალ საზოგადოებაში-73,2. 1930 წელს აშშ-ში 10000 კაცზე ფილტვის ტუბერკულოზის მქონეთა სიკვდილობა 10 შტატის მონაცემით მსხვილ ჩინოვნიკებსა და მესაკუთრეებში იყო 43,2, 72,1- კვალიფიცირებულ მუშებს შორის და 184,9 - შავ მუშებს შორის. ნორვეგიაში ტუბერკულოზით ინფიცირებულთა რაოდენობა მუშებს შორის საშუალოდ 73%, ხოლო ბურჟუაზიულ მოსახლეობაში 32%-ს შეადგენდა. ვენასა და ლონდონში

ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა 10 000 მცხოვრებზე სხვადასხვა შემდგომი მქონეთა რაიონებში შემდეგნაირად ნაწილდებოდა(ბერლიტონის მიხედვით):

**ცხრილი №5 ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა 10 000 მცხოვრებზე ვენასა და ლონდონში სოციალური შემდგომის მიხედვით.**

ოლქები	ვენაში	ლონდონში
ძლიერ ღარიბი	64,9	51,2
ღარიბი	55,8	52,2
შემდგომი	42,0	41,5
მდიდარი	32,0	26,0
ძლიერ მდიდარი	14,0	15,3

**სურათი 4. ტბ სიკვდილობის კავშირი სოციალურ მდგომარეობასთან ვენასა და ლონდონში (1926წ)**

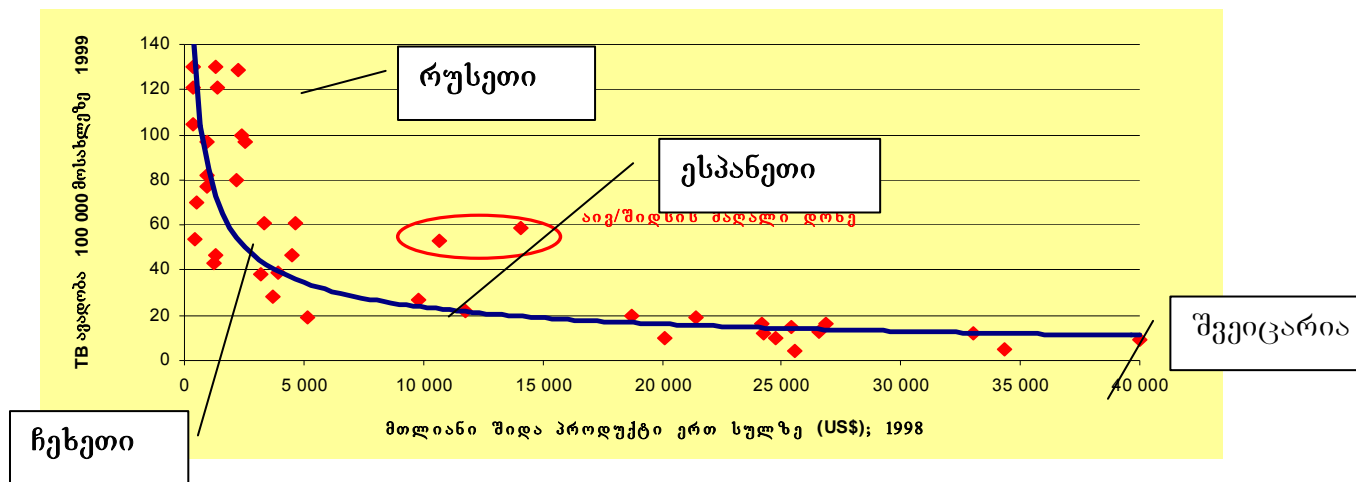


თბილისში 1926 წელს 10 000 მუშაზე მოდიოდა 26,1, 1930 წელს კი - 17,1 სიკვდილის შემთხვევა, რაც დაკავშირებული იყო ყოფა-ცხოვრებისა და სოციალურ-შრომითი პირობების გაუმჯობესებასთან.

ტუბერკულოზისა და სიღარიბის პრობლემები თანამედროვე მსოფლიოსთვისაც აქტუალური რჩება. იმ გამოკვლევების ანალიზით, რომლებიც შეისწავლიდნენ ტუბერკულოზის ეკონომიკურ ასპექტებს, დადგინდა, რომ ტუბერკულოზით დაავადებული მოზრდილი ადამიანი წელიწადში 3-4 სამუშაო თვეს კარგავს, რაც ოჯახის შემოსავლის 20-30%-ით შემცირებას ნიშნავს და თუ პაციენტი იღუპება ამ დაავადებისაგან, იკარგება დაახლოებით 15 პროდუქტიული წელი. ტუბერკულოზისა და სიღარიბის ურთიერთკავშირი კომპლექსური ხასიათისაა,

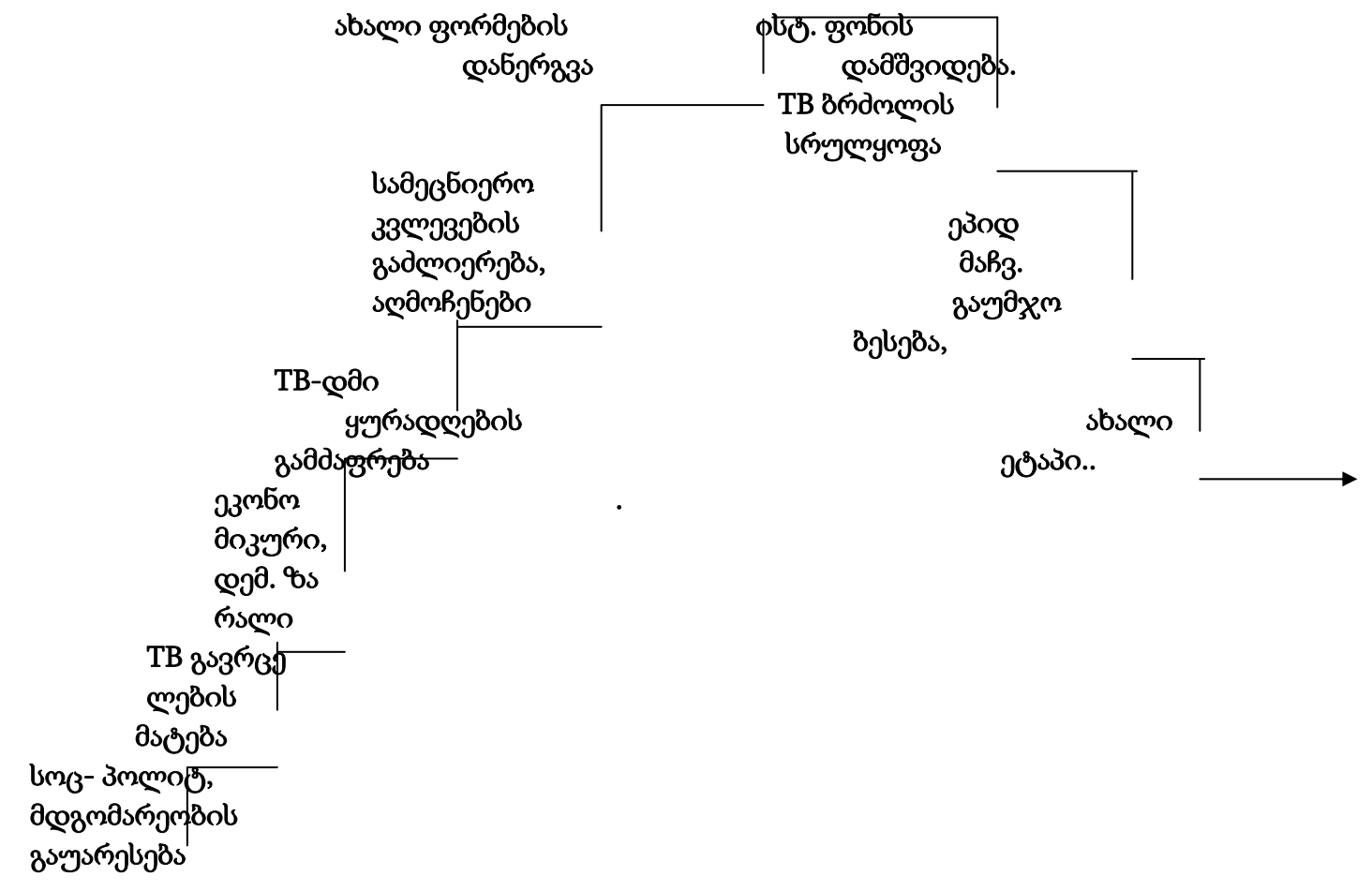
რადგან ეს დაავადება პირველ რიგში აღარბებს მათ, ვინც ტუბერკულოზითაა დაავადებული, ხოლო ეპიდემიას შედეგად მოჰყვება სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუარესება- იქმნება მანკიერი წრე. ამასთან, სიღარიბე აიძულებს ადამიანებს იცხოვრონ ერთ სახლში და ზრდის ტრანსმისიის რისკს. ასე, საბჭოთა კავშირის დაშლის შედეგად განვითარებულმა ეკონომიკურმა და ჯანდაცვის სისტემების კოლაფსმა გამოიწვია ტუბერკულოზის შემთხვევების ზრდა დაახლოებით 7 %-ით რუსეთში, უკრაინასა და სხვა რესპუბლიკებში. კუბაში ეკონომიკურმა და კვებითმა შეზღუდვამ 3 წლის განმავლობაში გამოიწვია ტუბერკულოზის შეტყობინების მაჩვენებლის უცარი ზრდა (24,5 წელიწადში). იგივე ტიპის კავშირი დადგინდა ევროპის ქვეყნებში ერთ სულზე მთლიანი შიდა პროდუქტის ხელმისაწვდომ რაოდენობასა და ტუბერკულოზით ავადობას შორის (სურათი 5)

სურ.5 ევროპა და სიღარიბე. (1999წ.)



ზემოთთქმულიდან ლოგიკურად გამომდინარეობს, რომ საზოგადოებრივი ცვლილებები ტუბერკულოზთან, როგორც სოციალურ სენთან, მიმართებაში შეიძლება შემდეგი სახით წარმოვიდგინოთ:

TB-ის გავრცელების  
შემცირება, ეპიდ. მაჩვ-ის  
TB -თან ბრძოლის სტაბილიზება

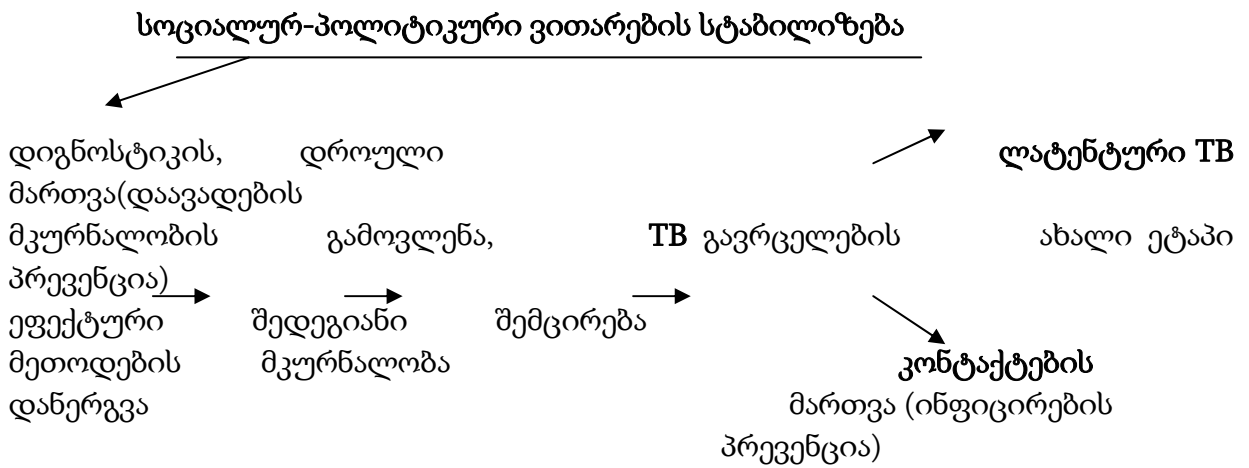


კიბის მოდელი საშუალებას იძლევა პერიოდიზაციას საფუძვლად დავუდოთ ისეთი კრიტერიუმები, როგორცაა ტუბერკულოზის გავრცელება და მასთან ბრძოლის ფორმა, რაც მოიცავს სოციალურ-პოლიტიკური ვითარების დინამიკას და იმავდროულად, მნიშვნელოვან აღმოჩენებსაც, ანუ მესტიაშვილის და შენგელის სქემათა კრიტერიუმებს.

კიბის მოდელიდან თვალნათლივ იკვეთება, რატომ იმატებს ინტერესი ტუბერკულოზისადმი და ძლიერდება მასთან ბრძოლა სხვადასხვა "ფრონტებზე" (გამოვლენა, დიაგნოსტიკა, კლინიკური ნიშნები, მკურნალობის მეთოდები), ვითარდება კვლევები და აღმოჩენები, იხვეწება საორგანიზაციო ფორმები. მეორეს მხრივ, ლოგიკურია, რომ ტუბერკულოზის გავრცელებისმატება ემთხვევა სოციალურ-პოლიტიკური ფორმაციების ცვლას, რასაც თან სდევს მოცემული ფორმაციისათვის ტიპური ჯანდაცვის მოდელის ჩამოყალიბება საერთოდ, და,

სახელდობრ, ტუბერკულოზთან მიმართებაში. ასე, მაგალითად, პრესაბჭოთა პერიოდში ამ დაავადების გავრცელების მატება დაემთხვა მოსახლეობის სოციალურ-ეკონომიური და, შესაბამისად, სამედიცინო-ფსიქოლოგიური მდგომარეობის უკიდურეს გაუარესებას. რევოლუციურ პერიოდს მოჰყვა ფორმაციის ცვლა და, შესაბამისად, ტუბერკულოზისადმი ყურადღების გამძაფრება, ახალი ტუბსაწინააღმდეგო პოლიტიკის შემუშავება, ბრძოლის ახალი ფორმების ამოქმედება, მეცნიერებისა და ტექნიკის დარგში აღმოჩენებისათვის პირობების მომწიფება და სტიმულირება. შედეგად ტუბერკულოზის გავრცელებამ იკლო და აღინიშნა ეპიდმაჩვენებლების სტაბილიზება მისაღები ციფრების ფარგლებში. იგივე განმეორდა 90-იან წლებში საქართველოში და მსოფლიოს არაერთ ქვეყანაში: პოლიტიკურმა და სახელმწიფოთაშორისმა კონფლიქტებმა, ომებმა, ემიგრაციის გაძლიერებამ, ეკონომიურმა პრობლემებმა და ა.შ. განაპირობა ტუბერკულოზის ახალი ტალღის აგორება, რასაც მოჰყვა ეკონომიკური, დემოგრაფიული ზარალი, დაავადებისადმი ყურადღების მატება, ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალი პოლიტიკის შემუშავება, სამეცნიერო საქმიანობის გააქტიურება, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ახალი მეთოდების აღმოჩენა და დანერგვა. შედეგად აღინიშნა ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გაუმჯობესება. აღსანიშნავია, რომ დაავადების გამომწვევის თავისებურებებიდან გამომდინარე, ტუბერკულოზის გავრცელების დინამიკის პროგნოზირება ძნელი აღმოჩნდა. ასე, მაგ. თუ 60-70-იან წლებში ამ სენთან ბრძოლაში მიღწეულმა მნიშვნელოვანმა წარმატებებმა სპეციალისტებს აფიქრებინა, რომ ტუბერკულოზის, როგორც გავრცელებული დაავადების ლიკვიდაცია უახლოეს 15-20 წელიწადში მოხდებოდა (ანუ, 80-90-იანი წლებისათვის), სინამდვილეში, ამ პერიოდში არა თუ ლიკვიდაცია, არამედ, დაავადების ახალი ტალღის აგორება აღინიშნა. კიბის მოდელი უფრო მეტ მნიშვნელობას იძენს, რადგან შეიცავს დინამიკის დადებით პროგნოზსაც: ტუბერკულოზის გავრცელების შემცირება/სოციალურ-პოლიტიკური ვითარების სტაბილიზაცია=დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის უფრო ეფექტური და ძვირადღირებული მეთოდების გამოყენება= დროული გამოვლენისა და შედეგიანი მკურნალობის უზრუნველყოფა=ტუბერკულოზის მინიმუმამდე შემცირება=ახალი ეტაპი, რომლის დროსაც წინა პლანზეა **პრევენციული მიმართულება**: ა)ლატენტური ტუბერკულოზის მართვა, ენდოგენური რეაქტივაციის აცილება ორგანიზმის

გაჯანსაღება-გაკაჯების და რისკ-დაავადებათა დროული და ეფექტური აცილებისა და მკურნალობის გზით. ბ)კონტაქტების ინფიცირების მართვა ინფიცირების რისკ-ფაქტორების მინიმუმადე დაყვანის გზით. ეს პროცესი ასახულია შემდეგ სქემაზე:



ტუბერკულოზთან **ბრძოლის ფორმები**, თავის მხრივ, შესაძლოა იყოს *ინდივიდუალური, საზოგადოებრივი, სახელმწიფოებრივი და შერეული*. ასეთი ფორმების გამოყოფის უფლება მოგვცა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შესწავლამ:

საწყის ეტაპზე, როცა ტუბერკულოზი მოიაზრებოდა ერთი პირის ავადმყოფობად, სასუნთქი სისტემის ერთ-ერთ ნოზოლოგიად, ტუბერკულოზთან ბრძოლა ამოიწურებოდა ამ პირის გამოჯანმრთელებისათვის ინდივიდუალურად წარმოებული მკურნალობით. ანუ, ექიმი (კვალიფიციური ფორმა) ან ოჯახის წევრი, ექიმბაში, შემლოცველი (არაკვალიფიციური ფორმა), ახორციელებდა ტუბერკულოზთან ინდივიდუალურ ბრძოლას.

ტუბერკულოზის ინფექციური ბუნების შეცნობისა და საზოგადოებაში ამ დაავადების გავრცელების შედეგების შესახებ ცოდნის განვითარებასთან ერთად დღის წესრიგში დადგა ტუბდაავადებულების მიმართ ერთნაირი პოლიტიკის გატარების აუცილებლობა. შესაბამისად, შეიქმნა ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოებრივი (კვალიფიციური--სამედიცინო და არაკვალიფიციური - საზოგადოებრივ-საქველმოქმედო)-საზოგადოებრივი ფორმა.

ტუბერკულოზთან ბრძოლა ცენტრალიზებულ და ორგანიზებულ ფორმას საჭიროებდა, რის გამოც გამოიკვეთა სახელმწიფოს როლი პრობლემის კონტროლის თვალსაზრისით. ჩაისახა ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფოებრივი ფორმა,

რომელიც საბოლოოდ განვითარდა, დაიხვეწა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის ერთადერთ სახედ იქცა. ამას ხელი შეუწყო, ერთის მხრივ, სახელმწიფოს ეკონომიკურმა და სამედიცინო-დარგობრივმა პროგრესმა, რომელიც საშუალებას იძლეოდა ტუბერკულოზის კონტროლისათვის საჭირო ღონისძიებები სრულად დაკმაყოფილებულიყო მოთხოვნის შესაბამისად, და მეორეს მხრივ, საკითხის ერთგვარმა პოლიტიზებამ - ტუბერკულოზი გახდა ქვეყნის სოციალური მდგომარეობის განმსაზღვრელი კრიტერიუმი, რის გამოც სახელმწიფოს ინტერესებში შედიოდა ტუბერკულოზთან ბრძოლის საკუთარ ხელში აღება.

როცა სახელმწიფომ დაკარგა ტუბერკულოზის სრულყოფილი კონტროლის უნარი, საზოგადოებრივი ფორმის ჩართვა კვლავ აუცილებელი გახდა. ამის გამო მივიღეთ ტუბერკულოზთან ბრძოლის შერეული ფორმა, როცა ტუბერკულოზის კონტროლის რიგი საკითხები რეგულირდება სახელმწიფოს მიერ, ხოლო სახელმწიფოს შესალებლობებს მიღმა დარჩენილ საკითხებს სხვადასხვა არასამთავრობო ორგანიზაცია, ბიზნეს-ჯგუფი ან კერძო პირი არეგულირებს. ამ შემთხვევაში პარტნიორი და დონორი ორგანიზაციების ფუნქცია სცდება საქველმოქმედოს და ტუბერკულოზის კონტროლის შემადგენელი ნაწილი ხდება. აქტივობათა გადაფარვა და კოპირება რომ არ მოხდეს, მიღებულია სამოქმედო სფეროებისა და საქმიანობის სახეობების განაწილება.

ამრიგად, ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შესწავლამ საშუალება მოგვცა გამოგვეყო ბრძოლის შემდეგი ფორმები: **ინდივიდუალური, საზოგადოებრივი**, (რომელნიც, თავის მხრივ, არაკვალიფიციურ და სამედიცინო-კვალიფიციურ ფორმებად იყოფა) **სახელმწიფოებრივი და შერეული**, როცა ტუბერკულოზთან ბრძოლაში, სახელმწიფოს გარდა, კვალიფიციური ორგანიზაციები, საზოგადოებები, პროგრამები თუ მოძრაობები არის ჩართული. "კიბის მოდელის" საფუძველზე კი განისაზღვრა საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შემდეგი ეტაპები:

\* უძველესი დროიდან X საუკუნემდე- სავარაუდოდ, **ინდივიდუალური ფორმა, უცნობი პერიოდი** (Xს-მდე მონაცემები არ არის)

\*Xსაუკუნიდან XIX საუკუნის 60-იან წლებამდე-- **ინდივიდუალური ფორმა, ხელნაწერთა პერიოდი** (მოხსენიებულია სამედიცინო ხელნაწერებში, თუმცა მონაცემები მწირია)



\* XIXს-ის 60-იანი წლებიდან 1918 წლამდე.- საზოგადოებრივი პერიოდი (კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების და ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოების მოღვაწეობის პერიოდი)

\* 1918-21 წლები - შერეული, საზოგადოებრივ-სახელმწიფოებრივი პერიოდი (დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდი)

\* 1921-91 წლები--სახელმწიფოებრივი პერიოდი (საბჭოთა, ქვეპერიოდებით-ომამდელი, ომისდროინდელი(1941-45), ომისშემდგომი (1945-1960), სტაბილიზაციის (1960-1989), დესტაბილიზაციის(1989-1991)

\* 1991-95 წლები- გარდამავალი, (პოსტსაბჭოთა) პრეპროგრამული პერიოდი.

\* 1995-დან დღემდე-- შერეული, სახელმწიფოებრივ-საზოგადოებრივი, პროგრამული პერიოდი (DOTS სტრატეგიის პერიოდი).

პერიოდიზაციის ახალი ვარიანტის შემუშავების შედეგად გამოყოფილი ეტაპების შედარებისათვის საჭირო იყო შედარების კრიტერიუმების დადგენა. ამ მიზნით შერჩეულ იქნა შემდეგი მახასიათებლები: 1) ტუბერკულოზის გავრცელება (ერთი ან რამდენიმე ეპიდმაჩვენებელი), 2) ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა, 3) ტუბერკულოზის გამოვლენის ძირითადი მეთოდი, 4) დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდი, 5) ტუბერკულოზის მკურნალობის ძირითადი ფორმა, 6) პრევენცია, 7) რეგისტრაცია-ანგარიშგების სისტემა.

ამ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ცალკეული ეტაპების შედარებითი ანალიზი შემდეგნაირად წარმოჩინდა. (ცხრ№6)

პერიოდი	TB-ის გავრცელება (სიკვდილობა/10 000)	ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა	გამოვლენის ძირითადი მეთოდი	დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდი	მკურნალობის ძირითადი მეთოდი	პრევენცია	ეპიდზედა მხედველობა
ძვ.წ.აღ.-დან-ახ.წ. აღ.-ის X ს-მდე უცნობი	მონაცემები არ არსებობს	სავარაუდოდ-ინდივიდუალური	-----	-----	-----	-----	-----
Xს-XIXს 60-იანი წლები-სამედიცინო ხელნაწერების	მონაცემები არ არსებობს	ინდივიდუალური-კლასიკური და ხალხური მედიცინა	პასიური (თვითმიმართვა)	კლინიკური ნიშნების საფუძველზე	ჰიგიენურ-დიეტური, ფიტოთერაპია	იზოლირება	არ არსებობს
XIXს 60-იანი წლები-1918	მონაცემები არაზუსტი	1.ინდივიდუალური	პასიური+რისკ-	კლინიკა+ლაზო	ჰიგიენურ-დიეტური+	იზოლირება+	არ არსებობს

წ-კავკასიის სამედ. საზ-ის	ა (45,6 10000)	2.საზოგადოებრივი (კვალიფიციური და სახალხო)	ჯგუფების აქტივიზება	რატორიული კვლევა	სიმპტომური, კურორტული	სანიტერული+სოციალური	(ინდ. აღრიცხვა)
1918-1921 წლები დამოუკიდებელი საქართველოს	მონაცემები არასრულია(37,9)	შერეული საზოგადოებრივი+სახელმწიფო	"----- -----"	"----- " (არასრულ ყოფილი)	"-----" (უსისტემო)	"-----" (უსისტემო)	ისახება
1921-1991 წლები (საბჭოთა) ა.1921-41 ბ.1941-45 გ.1945-60 დ.1960-89 ე.1989-91	14-19 24 7,7-2,6 2,6 -0,52 0,52--0,6	სახელმწიფო	აქტიური+თვითმიმართვა	რენტგენოლოგიური+მასალის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა	ეტიოლოგიური, სიმპტომურ-პათოგენური, სანატორი-კურორტული (კომპლექსური, ინდივიდუალიზებული)	სოციალური სპეციფიური, სანიტარული, ქიმიოპროფილაქტიკა,	რეგისტრაცია-ანგარიშების "დისპანსერიული" სისტემა
1991-95 გარდამავალი (პრეპროგრამული)	0,7	კოლფსი (არასრული სახელმწიფოებრივი)	პასიური (უსისტემო)	"----- ---" (უსისტემო)	ეტიოლოგიური სიმპტომურ-პათოგენური (უსისტემო)	სპეციფიური, ქიმიოთერაპია (უსისტემო)	უსისტემო
თანამედროვე (პროგრამული) 1995-2006	0,4	შერეული სახელმწიფოებრივი+საზოგადოებრივი	პასიური+პჯკ აქტივიზება	ბაქტერიოლოგიური კვლევა	ეტიოტროპული (სტანდარტული კონტროლირებადი ქიმიოთერაპია)	სპეციფიური (ახალშობილთა ვაქცინაცია) ქიმიოპროფილაქტიკა	რეგისტრაცია-ანგარიშების სტანდარტული სისტემა

ცხრილი.16 საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ცალკეული პერიოდების შედარებითი ანალიზის შედეგები.

## 5.2 ცალკეული პერიოდის მიმოხილვა

### 5.2.1 უცნობი პერიოდი

უძველესი დროიდან X საუკუნემდე პერიოდში ტუბერკულოზის შესახებ ცნობები არ არსებობს, ან ამ ეტაპზე ჩვენ ვერ შევძელით მათი მოძიება, რის გამოც დროის ამ მონაკვეთს პირობითად "უცნობი პერიოდი" ვუწოდებთ. თუმცა, აღსანიშნავია, რომ, ერთის მხრივ, საქართველოს ისტორიის და, მეორეს მხრივ, სამედიცინო

მსოფლმხედველობისა და ტრადიციული მედიცინის ისტორიის განვითარების ზოგადი კანონზომიერებებიდან გამომდინარე, თავს უფლება მივეცით, გამოგვეთქვა რამოდენიმე ჰიპოთეზა, რაც ხელს შეუწყობს შემდგომში დროის აღნიშნულ მონაკვეთში საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელებისა და მასთან ბრძოლის ფორმების შესახებ მასალების კვლევა-ძიებით დაინტერესებას.

ჩვენი აზრით, საქართველოში, ისევე როგორც მთელ მსოფლიოში, ზემოთაღნიშნულ პერიოდში ტუბერკულოზი გავრცელებული დაავადება იყო და მის ძირითად კლინიკურ ნიშნებს იცნობდნენ იმ დროის ექიმებიცა და სახალხო მკურნალებიც. ამ მოსაზრების საფუძველს იძლევა საქართველოს მჭიდრო სამეზობლო კავშირები იმ ქვეყნებთან, სადაც ამ დაავადების შემთხვევების არსებობა დადასტურებულია არქეოლოგიური ან დოკუმენტური მასალით. ასე, ცნობილია, რომ ძველი ბერძნები ჩვ.წ. აღ-მდე V-VI ს-ში იცნობდნენ ინდოეთის, ბაბილონის, ეგვიპტის მედიცინას, დაავადების კლინიკას, მის სხვადასხვა ფორმას, გართულებებს, კავშირს გარე ფაქტორებთან, მკურნალობის დიეტურ-ჰიგიენურ მეთოდებს. საქართველოს ისტორიიდან ცნობილია ბერძნებთან ჩვენი ურთიერთობები, რაც უთუოდ მოახდენდა გავლენას ცოდნაზე სამედიცინო, და მათ შორის ტუბერკულოზის სფეროში. საქართველოსთვის არ იყვნენ უცხო რომელიმე დამპყრობლებიც, რომლებიც უძველეს პერიოდში იცნობდნენ ტუბერკულოზს. ბ)ძველი ქართული სამედიცინო ხელნაწერების, V საუკუნეში სასაზღვრო საავადმყოფოების (დედოფალ ბაკურდუხტის მფარველობით), ქსენონების არსებობა მიუთითებს ჩვენს ქვეყანაში ხალხური, სამონასტრო, საერო მედიცინის, მაღალგანვითარებული სამედიცინო აზროვნებისა და პრაქტიკის არსებობას, რაც უთუოდ იქნებოდა გავრცელებული ტუბერკულოზის სფეროზეც.

მითითებულ პერიოდში მონაცემების არარსებობა არ უნდა იყოს გაპირობებული იმით, რომ საქართველოში ტუბერკულოზი არ იყო გავრცელებული, როგორც კონტაგიოზური დაავადება. იგი აუცილებლად შემოაღწევდა ჩვენში სხვა ქვეყნებიდან, რომ აღარაფერი ვთქვათ ადგილობრივ კერებსა და დაავადების განვითარებისათვის ხელშემწყობი ფაქტორების არსებობაზე (ომები, შიმშილობა, სიღუბჭირე, გახიზვნა, ყოფისა და შრომის ცუდი პირობები, ე.წ. რისკ დაავადებების გავრცელება, სამედიცინო დახმარების დეფიციტი, ნესტიანი და ცივი კლიმატი რიგ რეგიონებში და სხვა). სავარაუდოა, რომ არ ხდებოდა ყველა შემთხვევის

დიაგნოზირება, ხოლო არსებული მონაცემები, შესაძლოა, განადგურდა. ამ ჰიპოთეზის დასადასტურებლად აუცილებელი გახდა სათანადო მასალის წარმოდგენა.

ტუბერკულოზის შესაძლო კვალის აღმოჩენის მიზნით, ჩვენ მიერ მოძიებულ იქნა საქართველოში არსებული პალეოანტროპოლოგიური მასალის მეცნიერული გამოკვლევის შედეგები. მათი განხილვით დადგენილია, რომ ტუბერკულოზის შესახებ პირველ ინფორმაციას გვაწვდის ჩვ. წ.აღ-ის VI-VII ს-ში მცხოვრები პირის ნამარხი ნაშთები. ისინი მოპოვებულია 1940 წ. ქვის სამარხ 1251-ში არქიტექტორ მ. ივაშჩენკოს მიერ და შესწავლილია პ. ფირფილაშვილის მიერ ჯერ კიდევ 50-იან წლებში.

მოცემული პალეოანტროპოლოგიური მასალა არის ხერხემლის სვეტის ნაწილი და შედგება წელის I, II, III და IV მალეებისაგან. აღნიშნული მალეები წვეტიანი სასახსრე, დვრილისებრი და დამატებითი მორჩებით შეზრდილია ერთმანეთთან. მალთაშუა ხვერელები დაპატარავებულია. მალთა სხეულების სიმაღლე ოდნავ დადაბლებულია. აღინიშნება 6-12 მმ სიგრძის ძვლოვანი წანაზარდები, წელის III მალის სხელზე წინიდან, წანაზარდის ძირში ჩანს პატარა ხვერელმილი, ხოლო მარცხნივ IV მალის წვეტიან და სასახსრე მორჩებს შორის მოთავსებულია კაკლისოდენა მკვრივი წარმონაქმნი, რომელიც ამ მიდამოში მჭიდროდაა მიზრდილი. აღნიშნულ წარმონაქმნსა და წვეტიანი მორჩის კედელს შორის იქმნება ერთგვარი ღარი, რაც მიუთითებს ჩამოწვეთილი აბსცესის არსებობაზე. რენტგენოლოგიური შესწავლის შედეგად გამოიხატა წელის I, II, III და IV მალეების წვეტიანი, სასახსრე, დვრილისებრი და დამატებითი მორჩების სრული ანკილოზი. მალთა სხეულების კუთხეები გაწვეტიანებულია. იგი განსაკუთრებით კარგად ჩანს წელის I, II და III, IV მალეების სხეულთა წინა კუთხეებში ძვლოვანი წანაზარდების სახით, წელის III მალის სხეულების მიდამოში აღინიშნება საკმაოდ მოზრდილი დესტრუქციული ბუდე. პირდაპირ რენტგენოგრამაზე იგი უფრო მარცხნივაა გამოხატული, გვერდით პროექციაში კი მალის სხეული ცენტრალურ ნაწილს იკავებს, ფორმით უახლოვდება ოთხკუთხედს, რომლის სიმაღლე 22 მმ-ია, ხოლო სიგანე-23 მმ.

ჩატარებული დიფერენცირებული დიაგნოზირების შედეგად ავტორს გამორიცხული აქვს სიმსივნე, ლუესი და დასაბუთებულია ტუბერკულოზური სპონდილიტის დიაგნოზი. სამწუხაროდ, ეს ფაქტი ტუბერკულოზის ისტორიის

არცერთ წყაროში არ არის მოხსენებული. აქ მნიშვნელოვანია შემდეგი საკითხი: მსოფლიოს წამყვანი პალეოანთროპოლოგების აზრით, ძვალ-სახსრის ტუბერკულოზური დაავადება ძველ საუკუნეებში შედარებით იშვიათია. შ. ვალოსა და ლ. პალესის მონაცემებით, პალეოლითის ეპოქაში ტუბერკულოზს არ ჰქონია ადგილი, ხოლო ნეოლითის, ბრინჯაოს და რკინის ხანაში ძვლების ტუბერკულოზი ძლიერ იშვიათი მოვლენა ყოფილა. საფრანგეთის პალეოანთროპოლოგიურ მასალაზე ძვლების ტუბერკულოზით დაზიანება ნანახი იქნა 11 შემთხვევაში, აქედან სპონდილიტის - 2. ეგვიპტის უძველეს მუმიებზე (1100წ ძვ. წ. აღ.) რ. მოდიესა და სხვების მიერ აღმოჩენილ იქნა ტუბერკულოზური სპონდილიტის რამდენიმე შემთხვევა. დესტრუქციულ ცვლილებებთან ერთად ერთეულ შემთხვევებში ნახეს ჩამოწვეთილი აბსცესის კვალიც. დ. როხლინისა და ვ. მაიკოვა-სტროგანოვას გამოკვლევების მიხედვით, ტუბერკულოზი არ ითვლება ახალ დაავადებად. მათ მიერ ტუბერკულოზური სპონდილიტი დადგენილია ბრინჯაოს ხანის ძვლოვან მასალაზე 5 შემთხვევაში: მათ შორის ერთ შემთხვევაში ნახეს ჩამოწვეთილი აბსცესის კვალიც. საქართველოში შესწავლილი მხოლოდ 14 შემთხვევიდან ერთ შემთხვევაში ტუბერკულოზის დადგენა უდაოდ მნიშვნელოვანი სტატისტიკაა და მიგვითითებს ამ პერიოდში ტუბერკულოზის გავრცელების შესახებ. ამრიგად, საქართველო არის ერთ-ერთი მსოფლიოს იმ რამდენიმე ქვეყანას შორის, სადაც ტუბერკულოზური სპონდილიტის კვალია აღმოჩენილი. მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროის სამედიცინო ხელნაწერები ჯერ-ჯერობით აღმოჩენილი არ არის, ნამარხი ნაშთების შესწავლის შედეგებზე დაყრდნობით თავისუფლად შეიძლება მსჯელობა VI-VII საუკუნეებში საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების შესახებ. ....

ამრიგად, პირველ პერიოდში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ერთადერთი ფორმა იყო ინდივიდუალური, გამოვლენა-კლინიკური ნიშნების მიხედვით, ანუ, ძირითადად არადროული, დიაგნოსტიკა-ასევე კლინიკურ სურათზე დაფუძნებული, მკურნალობის ძირითადი მეთოდი - ჰიგიენურ- დიეტური, ხოლო პროფილაქტიკა ხორციელდებოდა იზოლირებისა და ავადმყოფთან შეხებაში მყოფი საგნების განადგურების გზით (კარვებისა და ცეცხლის მეთოდი, ე. ს.) ტუბერკულოზის შემთხვევების აღრიცხვის ჩამოყალიბებული სისტემა, ბუნებრივია, არ არსებობდა. თუმცა, ვერ გამოვრიცხავთ, რომ წარმოებდა ცალკეულ პირთა, ძირითადად სახალხო

მკურნალთა, ჩანაწერები და შეტყობინებები სახელისუფლო ორგანოების ან "კოლეგებისადმი", განსაკუთრებით დაავადების "აფეთქებების" პერიოდებში.

### 3.2.2 ხელნაწერთა (ინდივიდუალური ფორმის) პერიოდი

ამ პერიოდის დასაწყისად X საუკუნის მიჩნევა დაეფუძნა ქართული სამედიცინო ხელნაწერის "უსწორო კარაბადინის" შექმნის თარიღს. სწორედ ამ ხელნაწერშია პირველად მოხსენიებული ტუბერკულოზი, სახელწოდებით სილი. სამწუხაროდ არ არსებობს რაიმე ფუნდამენტური ნაშრომი, რომელშიც შესწავლილია ტუბერკულოზის საკითხი ძველ ქართულ სამედიცინო ხელნაწერებში. ამიტომ, ჩვენს თავს უფლება მივეცით, ამ პერიოდის შესწავლის საფუძველზე გამოგვეთქვა რიგი მოსაზრებები და გაგვეკეთებინა ზოგიერთი დასკვნა.

1) სამედიცინო ხელნაწერში ტუბერკულოზისათვის არც თუ მცირე ადგილის დათმობა უნდა იყოს ქვეყანაში მისი გავრცელების ნიშანი და, შესაბამისად, ამ დაავადებისადმი ყურადღების გამძაფრების შედეგი. კიბის მოდელიდან გამომდინარე კი, ყურადღების გამძაფრება სწორედ ტუბერკულოზის ფართოდ გავრცელების ან ახალი ტალღის აზვირთებისას ხდება. თუ გავითვალისწინებთ, რომ საქართველოს ისტორიიდან ცნობილია, რა სოციალურ-ეკონომიური და პოლიტიკური ვითარება იყო X ს-მდე და X-XII საუკუნეებში, შესაძლებელი ხდება დავასკვნათ, რომ სამედიცინო და სახელმწიფოებრივი ინტერესების სფეროში შედიოდა ამ დაავადების ამოცნობა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა. საინტერესოა, რომ რამოდენიმე წყაროში ნახსენებია თამარ მეფის ტუბერკულოზით შესაძლო დაავადების ფაქტი, რისი დამადასტურებელი ახალი ცნობებიც ჩვენ ვერ მოვიძიეთ. მაგრამ, თუ ეს ნამდვილად ასე იყო, ცხადია, რომ ამ დაავადებისადმი დამოკიდებულება საკმაოდ საქმიანი და სერიოზული იქნებოდა კარის მკურნალთა და სახელმწიფო მოღვაწეთა მხრიდან.

2) საქართველოში ტუბერკულოზის ნიშნები ცნობილი იყო უძველესი დროიდან, მაგრამ მათი მიკუთვნება ერთი დაავადებისადმი იმთავითვე არ მომხდარა. შესაძლოა, ცოდნა ჭლექის, როგორც დამოუკიდებელი ნოზოლოგიის შესახებ X ს-მდე არ არსებობდა, რითაც აიხსნება, სახელდობრ, ამ სენზე ცნობების არარსებობაც. ჭლექი განიხილებოდა, როგორც ფილტვების ერთ-ერთი დაავადება. არ იკვეთება

ცოდნა სხვა ორგანოთა ტუბერკულოზურ დაზიანების შესახებ (ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი) და არც ამ ნოზოლოგიის ამსახველ ტერმინს ვიცნობთ. რაც შეეხება სახელწოდებას სილი, რომელიც პირველად სწორედ "უსწორო კარაბადინში" გვხვდება, იგი არაბული sy1-დან უნდა მომდინარეობდეს, რაც თარგმანში ფთიზისს ანუ ხმობას, დაჭლევას ე.ი. ჭლექს ნიშნავს. ამ ტერმინის დამკვიდრება ან არაბთა ბატონობის, ან არაბული მედიცინის გავლენით უნდა აიხსნას.

a. ზოგადად, შუა საუკუნეებში ცნობები ტუბერკულოზის შესახებ მწირია და გვხვდება სამედიცინო ხელნაწერებში: ა) ქანანელის "უსწორო კარაბადინი"- X საუკუნე ბ) ხოჯა ყოფილის "წიგნი სააქიმოი"- XIII ს, გ) ზაზა ფანასკერტელ - ციციშვილის "სამკურნალო წიგნი-კარაბადინი"- XV ს, დ) დავით ბაგრატიონის

"იადიგარ დაუდი"-XVI ს.

4) საგულისხმოა, რომ ყველა ამ ხელნაწერში ტუბერკულოზის ძირითად კლინიკურ ნიშნებად მიჩნეულია ხველა, ტემპერატურის ზომიერი მატება, უპირატესად საღამოობით, უმადობა, სისუსტე, წონაში მკვეთრი კლება, სახის ფერის შეცვლა, სისხლიანი ნახველი, ტკივილი გულმკერდის არეში. ხოლო მკურნალობის გზებად ჰიგიენურ-დიეტური რეჟიმი და ფიტოთერაპიული საშუალებები მოიაზრება.

უფრო დაწვრილებით თითოეული ძეგლის შესახებ:

a) ქანანელის "უსწორო კარაბადინი"- X საუკუნე

სილის კლინიკური ნიშნებიდან ქანანელი გამოყოფს...შემდეგს:

მუდმივი ხველა, ქოშინი, წონაში კლება, სისხლიანი ხველა, სუბფებრილიტეტი, რაც ჩამოყალიბებულია სიმპტომოკომპლექსის სახით: " ნიშანი ესე მუდამად ახუელებდეს და მწოვედ აქმინვებდეს, სწყურდებოდეს და ხორცნი დნობაშიგან იყუნენ და ხანჟამიერად სისხლსა ამოილებდეს. და პირისა სახე წითელი იყოს და წყნარად აცხელებდეს. საღამოს, წამის უკანით უფრო აცხელებდეს... რა ესე ნიშანი ნახო, იცოდე სილი არის, ფირტუისა ტკივილსა ქუიან... ამა სენისათვის ავი არის, რომე მუცელშიგა გახსნით იყოს! " ანუ ფაღარათი მიჩნეულია ცუდ პროგნოზულ ნიშნად, მდგომარეობის დამძიმების გამომხატველ სიმპტომად. რეალურად ეს ტუბერკულოზური მეზადენიტის განვითარების გამოხატვაა, მხოლოდ ავტორი არ თვლის ამ ნიშანს სპეციფიური პროცესის სიმპტომად. ჩვენი ანალიზით, ეს არის ინფორმაცია არა ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის შესახებ, არამედ, ყურადღების

გამახვილება ფაღარათზე, როგორც ფილტვის ტუბერკულოზის მძიმედ მიმდინარე ფორმის კრიტერიუმზე. ობიექტური ნიშნებიდან: " თუ სნეული პირველად დამჭლდეს და ხორცი დააკლდეს და პირისა ფერი ეცვალოს, წითლად ანუ ყუითლად, იცოდე, რომ სენი მოკლე იქნების."

სილის გამომწვევ (ხელშემწყობ) მიზეზად ქანანელი მიიჩნევს საცხოვრებელი ადგილის, პირობების, კვების, გადატანილი დაავადებების არახელსაყრელ ფაქტორებს. უსწორო კარაბადინის ერთ-ერთ თავში "აქიმისაგან სნეულის მოკითხვა რაგვარად უნდა" აღნიშნულია: " სნულსა ჰკითხო .. "ცისა ვითრებაი და ქვეყნისა" და ის "თემი", (ე.ი.) კუთხე, სადაც ის ცხოვრობს" თუ რომლისა თემისაგან არის". ასევე ექცეოდა ყურადღება ინფორმაციას გადატანილი დაავადებების შესახებ: " მეორედ სნეულებასა უკანის სხვა რა სენი გაერთოს".

საინტერესოა, რომ ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი სიმტომოკომპლექსის ცოდნის გარდა არსებობდა საკმაოდ ნათელი წარმოდგენა ამ სიმპტომების ხასიათისა და გამოვლენის მნიშვნელობის შესახებ, ე.წ. დიფერენცირებული დიაგნოზირება. ასე, მაგალითად, როცა განიხილება ტკივილი გულმკერდის არეში, გათვალისწინებულია მისი ლოკალიზაცია, ხასიათი, ხანგრძლივობა და ხაზგასმულია, რომ ტკივილს ძირითადად იწვევს არა ფილტვის დაზიანება, არამედ პლევრის: "გუერდი დაკოდილივითა რომე სტკიოდეს, ისი დაკეცილისა ბუდისაგან იქნების.." დაკეცილ ბუდეში იგულისხმება პლევრა. ასევე გარჩეულია ხველის სახეები: წამოხველება,(გუიან გუიან ახუელებდეს) ზედიზედ მიყოლებული ხველა,(ერთობ ხუელა სჭირდეს და გაუწყვეტლად იხუელდეს), შეტევითი ხასიათის ხველა (მწოვედ, ერთობ). ხასიათის მიხედვით მშრალ და ნახველით ხველას გამოყოფენ, ასევე სისხლიან ხველას: "ხანჟამიერად სისხლსა ამოიღებდეს". ნახველის შესწავლას კი დიაგნოსტიკური მნიშვნელობა ჰქონდა (ფერი, კონსისტენცია, სუნი).

ქომინის ხასიათის განსხვავებებიც არ არის დატოვებული ყურადღების მიღმა: "სულსა ვეღარ იქცევდეს, მწოვედ აქმინვებდეს", "ხუელის უკნით ქმინვიდეს". რაღა თქმა უნდა, ცხელების ტიპებიც ცნობილი იყო ჩვენი წინაპრებისათვის: "მაღალი, მუდმივი, ხანგამოშვებითი, ხანგანელებითი.. წყნარად აცხელებდეს" და "ერთობ სიცხისაგან იქნების". სწორედ წყნარი ცხელებაა მიჩნეული ტიპიურად ტუბერკულოზისთვის.



მკურნალობის ძირითად მეთოდად ქანანელი ჰიგიენურ-დიეტურ და ფიტოთერაპიულ საშუალებებს მოიაზრებს. ამასთან, ამ დროისათვის ეტიოლოგიური და სიმპტომურ-პათოგენეზური მიმართულებები იმდენად გამოკვეთილი და დახვეწილია, უნდა ვივარაუდოთ, რომ საქართველოში მკურნალობის ეს ფორმები დასაბამიდან არსებობდა. ჩვენი ცოდნა ჰეკატას ბალების, მედეას ფარმაციის, ხოგაის მინდის მიერ ეპიდემიებთან ბრძოლის გამოცდილების შესახებ კარგად ხსნის პირველ სამედიცინო ხელნაწერში მოცემული მკურნალობის მეთოდების სრულყოფილების მიზეზს. ამიტომ, შეგვიძლია დასაბუთებულად მივიჩნიოთ აზრი მის შესახებ, რომ საქართველოში ჯერ კიდევ X საუკუნეში იზოლირებისა და სტერილიზების მეთოდების პარალელურად, არსებობდა ტუბერკულოზის მკურნალობის სისტემა, მიმართული პაციენტის განკურნებისა და გადარჩენისაკენ (ადვოკატირების და კომუნიკაციის ჩანასახები). ეს მაშინ, როცა უფრო მოგვიანებით ევროპის არაერთ ქვეყანაში ტუბდაავადებულთა გამიჯვნა და გაწირვა არცთუ იშვიათი მოვლენა იყო. რაც შეეხება საქართველოში დამკვიდრებულ მეთოდს ტუბდაავადებულის მთაში გახიზვნისა და მისი ნივთების დაწვის შესახებ, ეს პრევენციული ზომების სახეს უფრო იძენს, ვიდრე - ბარბაროსულის. ამიტომ ჩვენ პრევენციის ამ ფორმას "კარვებისა და ცეცხლის" მეთოდი ვუწოდებთ. ჩვენს ვარაუდს იმის შესახებ, რომ ეს ნამდვილად სამკურნალო-პრევენციული ხასიათის ღონისძიებები იყო, ასაბუთებს ისიც, რომ იზოლირებულ პაციენტებს მოვლის გარეშე არ ტოვებდნენ. მათ კარავში აწოდებდნენ ჯოხზე წამოცმულ ფუთას, რომელშიც იყო აუცილებელი საკვები, წამლები, ტანსაცმელი (ტუბდაავადებულთა თანადგომა). მთაში გახიზვნა კი კლიმატოთერაპიის ერთ-ერთ სახედ შეიძლება მივიჩნიოთ. ამასთან არ არის გამორიცხული, რომ ტუბდაავადებულზე ზომიერი მთის ჰავის დადებითი გავლენა, ემპირიული დაკვირვების საფუძველზე, შემდგომში მათი მკურნალობის ახალი, კლიმატოთერაპიული მეთოდის ჩანასახი გახდა. რაც შეეხება ფიტოთერაპიულ საშუალებებს, საინტერესოა რამოდენიმე რეცეპტი, სადაც გათვალისწინებულია ანტიმიკრობული, ანთების საწინააღმდეგო, ამოსახველებელი, ხველის საწინააღმდეგო, სიცხის დამწვევი, სისხლდენის შემაჩერებელი, იმუნომასტიმულირებელი და სხვა სიმპტომურ-პათოგენეზური საშუალებები (მაგ, ბაზრაცუტანი, ბროწეული, გომიზი, ია, კატკატო, ლისანალჰამალის წყალი, მორდი, მსხალი, სამლი არაბი, სეფისტონი, სინჯიტი, უნაპი, ქათირა, ქერი, ხაშხაში და სხვ).

გარდა სილისა, ხელნაწერში ნახსენებია ის ნიშნებიც, რომელიც, შესაძლოა ტუბერკულოზის გამოვლინება ყოფილიყო, მაგრამ ქანანელი მათ დამოუკიდებლად განიხილავს. ჩვენ გამოვყავით: ა) ფერდის ტკივილი, ბ) სისხლიანი ხუელა გ) სისხლდენა ფირტუიდან. დავინტერესდით, აღწერილია თუ არა ფილტვგარეშე ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი ნიშნები საერთოდ, ხელნაწერში და სახელდობრ, სილის ნიშნებში. სურათი ასე წარმოჩინდა: პლევრიტის სურათი სრულყოფილად არის აღწერილი, მაგრამ არ არის დაკავშირებული სილთან; სისხლიანი ხველა "ხანჯამიერად სისხლსა ამოიღებდეს" მოაზრებულია ტუბერკულოზის ერთ-ერთ სიმპტომად; სისხლდენა ფირტუიდან განხილულია, როგორც რამოდენიმე ნოზოლოგიის შესაძლო გამოვლენა, მათ შორის სილისაც, მაგრამ საკითხი კონკრეტიზებული არ არის.

#### **ბ) ხოჯა ყოფილის "წიგნი სააქიმოი"**

ფილტვის ტუბერკულოზი ამ ხელნაწერში გვხვდება სახელწოდებით "ფირტვის სიწყლულე". ეს რომ ნამდვილად ჭლექი, ანუ სილია, თავად ხელნაწერშია განმარტებული: "ფირტვის სიწყლულე, რომელსაც ჰქვიან არაბულად სილი .. სინედლითა სიფიცხისაგან იქნების რომელ ფირტვისა შიგან შეიყაროს, ანუ მკერდსა შიგან ანუ ფირტვსა ზედა გამოვიდეს და გაწყლულდეს, და თხამლი სდიოდეს, ნიშანი მისი.. იგი არს რომელ ტანი დამჭლდეს და მიწყით ლბილად აცხრობდეს და თხამლი, რომელ ხორხისაგან ამოვიდეს, ყვითელი იყოს და მკერდისა სიწყლულე იგი არს რომე ცხროი მხურვალი იყოს და მკერდი სტკიოდეს." ანუ აქ უკვე მოცემულია იმ პათომორფოლოგიური ცვლილებების (ფილტვის ქსოვილის რღვევა) აღწერა, რომელიც ვითარდება ტუბერკულოზის დროს ფილტვში და ძირითადი კლინიკური ნიშნები: ხველა ჩირქოვანი ნახველით, სუბფებრილიტეტი და წონაში მკვეთრი კლება. ყურადღება ექცეოდა ინსპექციის შედეგებს: "ხელთა და ფეხთა ფრჩხილთა გამრუდებაი ფირტვისა სიწყლულის ნიშანი არს". მაგრამ ყველაზე მნიშვნელოვანი არის "ფირტვისა და მკერდის სიწყლულის" გამოკვეთა, რაც ნიშნავს პლევრიტსა და ფილტვის პათოლოგიას შორის დიფერენცირებას. ფილტვის ტუბერკულოზთან პლევრიტის ასეთ კონტექსტში წარმოჩენა პლევრიტის სპეციფიურ ხასიათზე მინიშნებად უნდა მივიჩნიოთ. ამ აზრს აძლიერებს ის ფაქტიც, რომ პლევრიტი, როგორც ცალკე ნოზოლოგია "გვერდთა სიმსივნის" სახელწოდებით სხვა ნაწილში

არის განხილული: "გვერდთა სიმსივნე, რომელსა ჰქვიან დათალჯანბი არაბულად. ნიშანი მისი .. პირი წითლად ედგას და მაჯასი ადგომილი იყოს, და სული დამოკიდებულ იყოს,... ტკივილი გვერდსა შიგან ვითა ისარი სცემდეს და ცხროი ფიცხელ იყოს. " ანუ მოცემულია პლევრიტის ნიშნები: ტკივილი გულმკერდის არეში, ტემპერატურა, ხველა, ქოშინი, მაჯის პათოლოგიური შეცვლა, სახის ჰიპერემია. გვერდთა სიმსივნის განხილვა ფირტვის სიწყლულესთან ერთად და ანალოგიის ხაზგასასმელად "მკერდისა სიწყლულედ" მოხსენიება უდაოდ ტუბერკულოზური პლევრიტის სხვა ეტიოლოგიის პლევრიტისაგან განსხვავებას უნდა ნიშნავდეს. სხვა საკითხია, მიიჩნეოდა თუ არა ტუბერკულოზური პლევრიტი ფილტვარეშე ტუბერკულოზის ფორმად, თუ ითვლებოდა ფილტვის ტუბერკულოზის თანმხლებ პროცესად ან გართულებად. საკითხის მთლიანობაში წარმოდგენა უფლებას გვაძლევს, ვიფიქროთ, რომ ფილტვისა და პლევრის დაზიანებები ცალ-ცალკეა განხილული, და ტუბერკულოზური პროცესით ფილტვისა და პლევრის დაზიანებაც ცალ-ცალკეა წარმოდგენილი (ფირტვისა სიწყლულე და მკერდისა სიწყლულე). თავად "ფილტვის სიწყლულისა" და "სილის" გაიგივება კი ნიშნავს, რომ ის ერთ ზოგად დაავადებად მოიაზრება, შემდგომში დამკვიდრებული ტერმინი "ჰლექი" კი მის ერთ-ერთ გამოვლინებად. ამას ასაბუთებს სულხან-საბას განმარტებაც, რომელიც ჰლექსა და სილს ცალკე პათოლოგიებად გამოყოფდა. თუ გავითვალისწინებთ საბას ენციკლოპედიურ განათლებას და მის კავშირს ევროპულ კულტურასთან და გავიხსენებთ, როგორი მწვავე დიკუსიის საგანი იყო იქ ჰლექისა და ხორკლოვანას ურთიერთმიმართება, საბასეული ახსნა გასაგები გახდება. XIII ს-ში კი, როგორც ვხედავთ, ტერმინი ჰლექი არ გვხვდება, თუმცა ცნობილია, რომ "ტანის დამჰლევება" ტუბერკულოზის ძირითადი ნიშანია.

რაც შეეხება მკურნალობას, ხშირად გვხვდება შემდეგი საშუალებები: ია, აყირო, ლისანალჰამალის წყალი, ბაზრაყუტანაი, გომიზი არაბული, ბეჰეს გული, მორდი, ფარისიოშანი, ქათირაი, ნიშასთაგი, კატკატო, ხაშხაში, ქრთილის წყალი.

### გ) ზაზა ფანასკერტელ - ციციშვილი "სამკურნალო წიგნი-კარაბადინი"

სამკურნალო წიგნის მიხედვით ირკვევა, რომ ტუბერკულოზის შესახებ წარმოდგენა წინა საუკუნეებთან შედარებით თითქმის უცვლელია. ხაზგასმულია

კვების, გადატანილი დაავადებების, მიღებული წამლების შესახებ ინფორმაცია, დიდი ყურადღება ეთმობა ისეთ სიმპტომს, როგორცაა სისხლიანი ნახველის არსებობა. რაც შეეხება თავად ფილტვის ტუბერკულოზის კლინიკას, ავტორს თითქმის უცვლელად აქვს გადმოტანილი ციტატა "უსწორო კარაბადინიდან". სამკურნალო საშუალებებიდან ძირითადად გვხვდება: სამყი არაბი, მრავალძარვა, ტუტისა შარბათი, ხარნუოჩი ნაპატი, ბაზრაყატუნისა ლაბი, ხასხასი, ქათირა, ია.

**d) დავით ბაგრატიონის "იადიგარ დაუდი" - XVI საუკუნე.**

ძირითადი სამკურნალო საშუალებებია: ყადიბა, იის ლულუფრის და ტკბილი ბროწეულის შარბათი, მსხლის ხის წებო, ჭერმის ხის წებო, შირლილნის ზეთი, ყათარანი.

**სამედიცინო ხელნაწერებში ტუბერკულოზის შესახებ არსებული მასალის ანალიზი უფლებას გვაძლევს დავასკვნათ:**

1)საქართველოში ტუბერკულოზის შესახებ ცნობები გვხვდება სამედიცინო ხელნაწერებში, მაგრამ ცალკე მოძღვრება ჭლექზე არ არსებობს, ან ცნობილი არ არის.

2)შუა საუკუნეებში, მაშინ როცა ევროპაში აღორძინების ეპოქა იყო და გაცხოველებული კვლევები მიმდინარეობდა მეცნიერების არაერთ დარგში, მათ შორის, ფთიზიატრიაში, საქართველოში არ არსებობდა სამედიცინო მეცნიერებების განვითარება-შესწავლის პირობები, მით უმეტეს ექსპერიმენტული მედიცინა. არ არსებობს მონაცემები არა თუ გარდაცვლილი ავადმყოფის, არამედ საცდელი ცხოველების გაკვეთის შესახებ, რაც შესაძლოა, ეფუძნებოდეს რელიგიურ და ტრადიციულ მოსაზრებებს. საქართველოში არ იცნობენ თანამედროვე მსოფლიოში მიმდინარე კვლევებს ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიის და პათოგენეზის დარგში: სილვიუსის, მორტონის, ბეილის, ლაენეკის, ვირხოვის, ვილმენის, ფრაკასტეროს და სხვა აღმოჩენები საქართველომდე ვერ აღწევს. რატომ არ მიმდინარეობდა ჩვენს ქვეყანაში მსგავსი ტიპის ძიებანი? კიბის მოდელიდან გამომდინარე, ერთ-ერთი ვერსია, შესაძლოა, იყოს დაავადების არცთუ ფართოდ გავრცელება, რასაც არ მოჰყვა დაავადებისადმი ყურადღების გამძაფრება და პროცესის განვითარება შემდგომი საფეხურების მიხედვით. მაგრამ, ჩვენი ვარაუდით, იყო სხვა მიზეზებიც: ა)

საქართველოში XIII ს-დან XIX საუკუნის ბოლომდე არსებული ისტორიულ-პოლიტიკური ვითარება არ ქმნიდა სამეცნიერო კვლევების წარმოების პირობებს ბ) XI-XIX ს-ში საბუნებისმეტყველო-სამედიცინო მეცნიერებათა განვითარება ტექნიკურად არ აღწევდა იმ დონეს, რომელიც აუცილებელია მსგავსი კვლევების ჩასატარებლად. გ)ართუ შუა საუკუნეებში, არამედ XIX ს-ის ბოლოსთვისაც, საქართველოში არ არსებობდა ნიადაგი ასეთი კვლევებისათვის არც საკადრო რესურსებისა და არც კლინიკო-ლაბორატორიული ბაზების სახით. დ)სხვა ინფექციების (შავი ჭირი, ქოლერა, მალარია) გავრცელება იმდენად ფართო და ხშირი იყო, რომ ჩრდილავდა არაეპიდემიურად, ხანგრძლივად, ქრონიკულად მიმდინარე ტუბერკულოზის შემთხვევებს, რომელთა დიაგნოსტიკა, შესაძლოა, ეპიდემიის პერიოდში და შემდგომაც არ ხდებოდა სწორად, ან სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ერთად განიხილებოდა.

3)მეორე პერიოდში (Xს-XIXს-ის 60-იანი წლები) ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა ინდივიდუალურია, გამოვლენა და დიაგნოსტიკა ეფუძნება კლინიკურ ნიშნებს, მკურნალობა - ჰიგიენურ-დიეტური, ემპირიული დაკვირვების საფუძველზე ისახება კლიმატური, პროფილაქტიკა ხორციელდება იზოლირების და დეზინფექციის გზით (ცეცხლის და კარვის მეთოდი).

### 3.2.3. საზოგადოებრივი პერიოდი

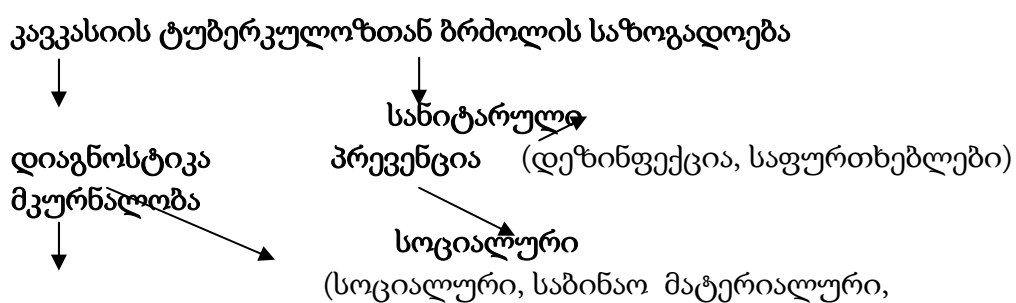
საზოგადოებრივი ბრძოლის პერიოდი უკავშირდება საქართველოში "კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების" (შემდგომში კსს) მოღვაწეობის დაწყებას. უკიდურესი სოციალური და პოლიტიკური დაძაბულობა იმ პერიოდის საქართველოში და სამედიცინო-პროფილაქტიკური მომსახურების დაბალი დონე საუკეთესო პირობებს ქმნიდა ტუბერკულოზის გავრცელებისათვის, რასაც, "კიბის მოდელის" პრინციპით მოჰყვა ამ დაავადებისადმი ყურადღების გამძაფრება და მასთან ბრძოლას შედარებით ორგანიზებული და მიზანდასახული სახე მიეცა. კსს-ის და შემდგომში კავკასიის ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოების (კტბს) ტუბსაწინააღმდეგო საქმიანობის, წესდების და სხდომათა ოქმების შესწავლის საფუძველზე გამოვყავით საზოგადოების საქმიანობის მიზანი, ამოცანები და ძირითადი მიმართულებები.

საზოგადოების მიზანი იყო დაავადებულთა გამოვლენა-მკურნალობის, პროფილაქტიკისა და სოციალური დახმარების საფუძველზე ტუბერკულოზის გავრცელების, ავადობისა და სიკვდილობის შემცირება.

ამ მიზნის მისაღწევად საზოგადოება ახორციელებდა შემდეგ ამოცანებს:

- ტუბსაწინააღმდეგო ქსელის ორგანიზება (სამკურნალო-დიაგნოსტიკური დაწესებულებების - ამბულატორიის, ლაბორატორიის, სანატორიუმის დაარსება)
- კადრების მოზიდვა (მეურვეობის სისტემა)
- ზოგადი ქსელის ექიმთა აქტივირება ტუბდაავადებულთა გამოვლენისა და ამბულატორიებში მიმართვის გასაძლიერებლად
- ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მეთოდების დანერგვა (ნახველის მიკროსკოპული გამოკვლევა)
- მკურნალობის პროცესის მართვა-მეთვალყურეობა, მედიკამენტებით უზრუნველყოფა
- პროფილაქტიკური ღონისძიებების დაგეგმვა-გატარება (სანიტარული პროფილაქტიკა: საფურთხელების დარიგება, დეზინფექციის შემოღება, მძიმე ავადმყოფთა იზოლირება, ანუ კონტაქტისა და გარემოს კონტროლი; სოციალური პროფილაქტიკა: ტუბსაწინააღმდეგო აგიტაცია-პროპაგანდა, პაციენტთა, მათი ოჯახის წევრებისა და საზოგადოების განსწავლა ("თეთრი ყვავილის დღე"), კვებისა და ყოფის პირობების გაუმჯობესება, მატერიალური დახმარება, უფასო მკურნალობა, საკანონმდებლო-სოციალური საკითხების გადაწყვეტა ანუ ადმინისტრაციული კონტროლი).

ამრიგად, საზოგადოების ძირითადი მიმართულებები იყო: სამკურნალო, დიაგნოსტიკური და პრევენციული. ქვემოთ მოცემულია საზოგადოების საქმიანობის ამსახველი სქემა და ცხრილი.



ტუბსაწ. ამბუ სანატორიუმი საგანმანათლებლო,საკანონმდებლო  
 ლატორია საკითხების მართვა)

ამბ. ექიმი  
 სამეურვეო  
 ლაბორატორია  
 სტაციონარი

**ცხრილი №7 კტბს-ის მიერ გაწეული მუშაობის სტატისტიკური ანგარიში  
 1912-1913 წწ.-ში**

ტუბსტატუსი <del>წლები</del>	1912 წელი	1913 წელი
ტუბ.ამბულატორიაში გატარდა	646	395
TB დაუდგინდა	346	96,4%
მდგომარეობა გაუმჯობესდა	93	23,8%
გაუარესდა	73	26,3%
უცვლელი	181	---
გარდაიცვალა	6	29%
დახმარება გაეწია	524 რუბლი(28 ოჯახზე)	4884 რუბლი (103 ავადმყოფზე)
დეზინფექცია გატარდა	მონაცემები არ არის	43
ბინაზე მომსახურება გაეწია	"--"	38(ექიმი)+196(ფერშალი)
მძიმეთა იზოლირება	"--"	30

რაც შეეხება ტუბერკულოზის რეგისტრაცია-ანგარიშგების სისტემას, საზოგადოების მოღვაწეობის ერთ-ერთი მიმართულება იყო თითოეული პაციენტისა და მკურნალობის შედეგების აღრიცხვა. ამასთან აღრიცხვა წარმოებდა არა მარტო ტუბსაწინააღმდეგო, არამედ *ზოგადი ქსელის* დაწესებულებებშიც. მაგრამ მთავარი პრობლემა იმაში მდგომარეობს, რომ ამ პერიოდში ჯერ კიდევ დაუზუსტებელი და არასრულყოფილი არის დაავადების დიაგნოზირების და *ტერმინოლოგიის* საკითხი: XIX ს-ის მეორე ნახევარში ევროპის ქვეყნებში არსებობს აზრი, რომ ჭლექი და ხორკლოვანა ერთი და იგივე დაავადებაა. ისახება ფთიზიატრია, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერება. საქართველოში კი, არათუ არ არსებობს ფთიზიატრია, როგორც ცალკე დარგი, არამედ არ ხერხდება, ერთის მხრივ, ტუბერკულოზის სწორი დიაგნოსტიკა, დიფერენცირება სხვა ნოზოლოგიებისაგან, მეორეს მხრივ, ჭლექში ფილტვების და პლევრის დაზიანებით მიმდინარე სხვა დაავადებებიც მოიაზრება. ეს ნიშნავს, რომ ტუბერკულოზით ავადობის აღრიცხვა შეუძლებელია, და დაავადების გავრცელებაზე მსჯელობის საშუალებას მხოლოდ ცალკეულ ექიმთა ჩანაწერები და საავადმყოფოთა ანგარიშები იძლევა. კსს და კტბს ოქმების შესწავლის საფუძველზე დავადგინეთ, რომ ტუბერკულოზის სტატისტიკაში გათვალისწინებულია

ტერმინებით "ჰლექი" და "ხორკლოვანა" აღნიშნული შემთხვევები. ხოლო ჩვენ მიერ საკითხის განხილვამ აჩვენა, რომ ტუბერკულოზი არ არის გამორიცხული სხვა ტერმინებით აღნიშნული (მაგ.: პნეუმონია, ფილტვის პარენქიმის დაზიანება და ა.შ.) ნოზოლოგიების შემთხვევაშიც.

არსებული მასალის საფუძველზე გამოვყავით შემდეგი ჯგუფები: 1) გულმკერდის დაავადებები ან გულმკერდის ორგანოთა დაავადებები, 2) სასუნთქი გზების მწვავე კატარი, 3) ფილტვების ანთება, 4) სასუნთქი განტოტების ანთება, ან სასუნთქი აპარატის დაზიანება, 5) ანთების ქრონიკული ფორმა-ჰლექი, 6) გულმკერდის ორგანოთა მწვავე ანთება, 7) "ხოდო სოჩნიე" და ორგანული დაავადებები - "ხოლოტუხა, ბუგორჩატკა", სისხლნაკლებობა, მარაზმი, 8) ტუბერკულოზი და ფილტვის ქრონიკული კატარი: ტუბერკულოზური, კაზეოზური ჩანართები ფილტვში, 9) პლევრიტები.

ამათგან 1), 2), 3), 4), 6), 9) არ გულისხმობს ტუბერკულოზურ პროცესს, მაგრამ რიგ შემთხვევაში მისი გამორიცხვა რეტროსპექტული ანალიზით არ შეიძლება. და პირიქით, ტერმინოლოგიაზე დაყრდნობით, 5), 7) და 8) შემთხვევაში სტატისტიკაში ნაგულისხმებია ტუბერკულოზური პროცესი, ხოლო ოქმების რეტროსპექტული ანალიზით, რიგ შემთხვევაში, შესაძლოა, საქმე გვექნოდეს არასპეციფიურ დაავადებასთან. თვალსაჩინოებისათვის წარმოვადგინეთ 50 ოქმის ანალიზის შედეგები ცხრილის სახით.

**ცხრილი №8 ტკსს-ის ოქმების ანალიზის შედეგები**

დიაგნოზირებულია, როგორც	სულ	TB დადგინდა	TB არ დადგინდა
TB შემთხვევა	21	14 (66,6%)	7 (33,3%)
არ არის TB შემთხვევა	86	52 (60%)	34 (40 %)

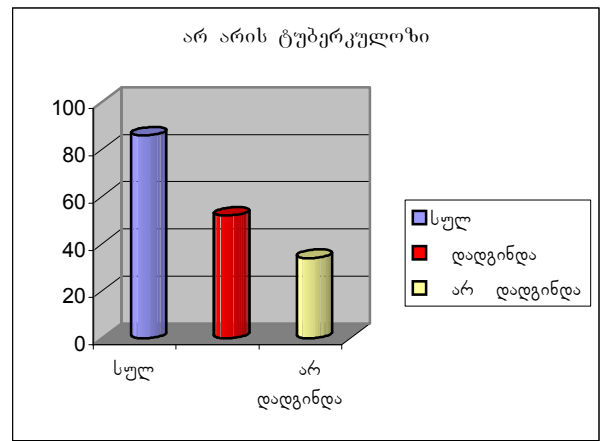
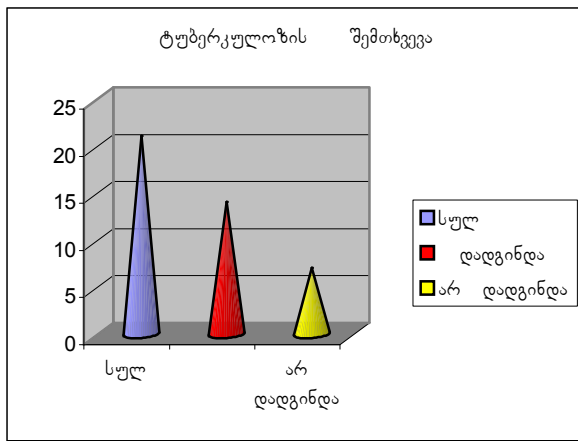
ანუ, ორივე შემთხვევაში შეცდომის საზღვრები =20-30%,  $PPp < 0,01$ .

ჰიპერ და ჰიპოდიაგნოსტიკის შემთხვევათა თანაფარდობა ასახულია შემდეგ დიაგრამებზე:

სურათი 6.

სურათი 7.





ტუბერკულოზის დადგენის მაჩვენებელი მეტია ტუბერკულოზის შემთხვევისას, რადგან დიაგნოზი ისმებოდა მხოლოდ მასალის გამოკვლევის, ოპერაციული ან სექციური კვეთის დროს ხორკლების აღმოჩენის საფუძველზე. ხოლო იმ შემთხვევებში, სადაც ტუბერკულოზი არ იყო კლინიკურად ამოცნობილი, დიაგნოზი დადგინდა, ძირითადად, პროცესის დამძიმების, ან სექციური მასალის მიხედვით.

ამრიგად, საკითხის შესწავლამ აჩვენა, რომ: მესამე პერიოდში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა არის საზოგადოებრივი. ამასთან, წამყვანია კვალიფიციური მედიცინა, ხოლო სახალხო მედიცინა, ტრადიციულ მეთოდებზე დაყრდნობით, განაგრძობს არსებობას და რჩება ერთადერთ ტუბსაწინააღმდეგო საშუალებად იმ რეგიონებში, სადაც კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება არ არსებობს. საქართველოში ბრძოლის საექიმო საზოგადოებრივი ფორმა ძირითადად წარმოდგენილია კსს-ითა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოებით, ასევე ტუბერკულოზთან ბრძოლის საქართველოს და ადგილობრივი საზოგადოებებით; ბრძოლის სამედიცინო ფორმის არსებობის მიუხედავად, საქართველოში სათანადო წინაპირობების და მატერიალურ-ტექნიკური ბაზის არარსებობის გამო, ამ პერიოდში მნიშვნელოვანი სამეცნიერო საქმიანობა, ექსპერიმენტული კვლევები და აღმოჩენები არ ხორციელდება; არ არის შემუშავებული ტუბერკულოზის აღმნიშვნელი ერთიანი ტერმინოლოგია, რაც შეუძლებელს ხდის განისაზღვროს ამ დაავადების გავრცელების რეალური მაჩვენებელი. ერთის მხრივ, ტერმინი ტუბერკულოზი, შესაძლოა, ყოველთვის არ ნიშნავდეს ტუბერკულოზს. მეორეს მხრივ, კი, ტერმინებით - ფილტვების ანთება, პლევრიტი, გულმკერდის ორგანოთა დაზიანება და ა.შ.- რიც შემთხვევებში არ არის გამორიცხული ტუბერკულოზური პროცესის არსებობა. ამრიგად, სტატისტიკა

არასრულყოფილია; გამოვლენის ძირითადი მეთოდი პასიურია, ანუ დაფუძნებულია თვითმომართვაზე, მაგრამ, მოქალაქეთა და საერთო სამედიცინო ქსელის გასააქტიურებლად, პირველად ტარდება შესაბამისი ღონისძიებები (აგიტაცია, პროპაგანდა, სანგანათლება, პრესის, ლექციების, საუბრების, საქველმოქმედო აქციების და სხვა საშუალებების გამოყენებით); დიაგნოსტიკა ეფუძნება კლინიკურ ნიშნებსა და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, რისთვისაც იქმნება სპეციალური ტუბერკულოზური ლაბორატორია; საქართველოში ისახება ტუბსაწინააღმდეგო ქსელი, რომელიც პასუხისმგებელია დიაგნოსტიკაზე, მკურნალობასა და პროფილაქტიკაზე; მკურნალობის ძირითადი მეთოდებია ჰიგიენურ-დიეტური, სიმპტომურ-პათოგენეზური. ისახება სანატორულ-კურორტული თერაპია. იწყება პირველი სანატორიუმის მშენებლობა; პირველად იწყება ტუბერკულოზის სოციალური და საკანონმდებლო პრობლემების შესწავლა და მართვა (ისახება სოციალური პროფილაქტიკა); სანიტარული პროფილაქტიკა ეყრდნობა ჰიგიენურ, იზოლაციის, დეზინფექციის და კონტაქტში მყოფი პირების დაცვის პრინციპებს; სახელმწიფო ღონის ტუბსაწინააღმდეგო წარმონაქმნი რაიმე დეპარტამენტის ან კომისიის სახით არ არსებობს, თუმცა ტუბსაწინააღმდეგო აქტივობა პერიოდულად მუდგენდება სუბსიდიების გამოყოფის, საკანონმდებლო ან მორალური მხარდაჭერის სახით.

### **3.2.4. შერეული, საზოგადოებრივ-სახელმწიფოებრივი პერიოდი**

ჩვენმა კვლევებმა ცხადყო, რომ ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ორგანიზებული ბრძოლის პირველი ფორმები ისახება XIX საუკუნის 60-იან წლებში, საქართველოში კავკასიის სამედიცინო საზოგადოებისა (კსს) და ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოების (ტბკს) მოღვაწეობის პერიოდში. სწორედ ამ საზოგადოებების საქმიანობის შედეგად შეიქმნა პირველი ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებები, აღიზარდა კადრები, ჩატარდა არაერთი ტუბსაწინააღმდეგო ღონისძიება, ჩაისახა ტუბერკულოზთან ბრძოლის დაგეგმვისა და მართვის სისტემა. ტუბერკულოზთან ბრძოლის უპირატესად *საზოგადოებრივ-საქველმოქმედო* ხასიათის მიუხედავად, ეს მოვლენა მნიშვნელოვანია და პროგრესული როგორც ზოგადად, სამედიცინო მსოფლმხედველობის, ისე ტუბერკულოზის კონტროლის

სისტემის განვითარების თვალსაზრისით. რაც შეეხება საქართველოში ტუბერკულოზთან *სახელმწიფოებრივ* დონეზე ბრძოლას, კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ ეს ფორმა 1918-21 წლებში ჩაისახა. ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიაში **დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდი** გასაგები მიზეზების გამო, შეუსწავლელი და ტაბუდადებული იყო. საბჭოთა პერიოდში წარმოებულ კვლევებში იგი უარყოფითადაა დახასიათებული, ან საერთოდ არ არის განხილული, და შერყმულია რევოლუციამდელ პერიოდთან.

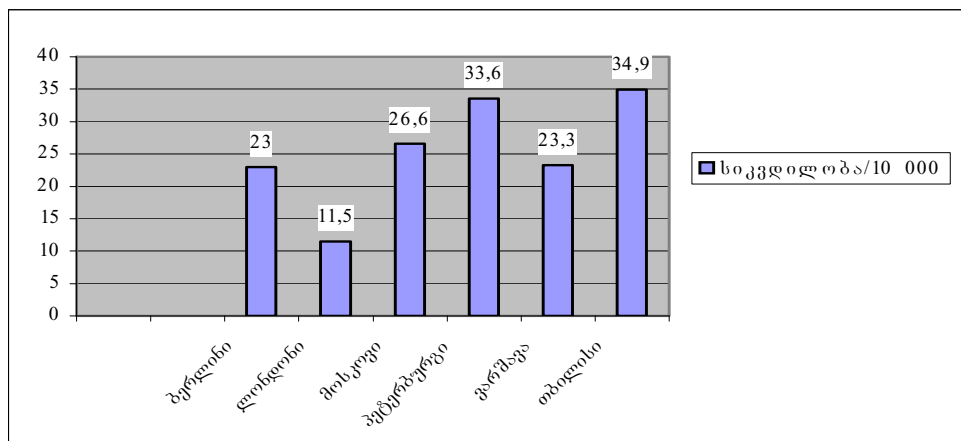
ბოლო წლებში დამოუკიდებელ საქართველოში ჯანდაცვის ორგანიზაციის საკითხების შესწავლამ ცხადი გახადა მაშინდელი ხელისუფლების დაინტერესება მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობით და შეცვალა სტერეოტიპული შეხედულებები "მენშევიკური მთავრობის" დამლუპველი მოღვაწეობის შესახებ. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ერთიანი სურათის აღსადგენად ჩვენ შევისწავლეთ:

- ტუბერკულოზის გავრცელება 1918-21 წლებში ;
- სახელმწიფოს როლი ტუბერკულოზთან ბრძოლაში .

საკვლევი მასალის ანალიზის შედეგად გაირკვა, რომ 1918-21 წლებში ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური მონაცემები არაზუსტი იყო, ხოლო აღრიცხვა-უსისტემო. ამ სენის მიმართ ყურადღებას ამცირებდა მწვავედ და ეპიდემიების სახით მიმდინარე სხვა დაავადებების სიმრავლე ქვეყანაში: ერთდროულად ან ერთმანეთის მონაცვლეობით მძვინვარებდა პარტახტიანი ტიფი, ბავშვთა ინფექციები- წითურა, ქუნთრუმა, დიფტერია, ეპიდემიური გრიპი "ისპანკა", მალარია, ამებური დიზენტერია, ჭირი, ქოლერა. 1919 წლის ტიფის ეპიდემიას მარტო ტიფლისში 5649 ავადმყოფობისა და 547 სიკვდილის შემთხვევა მოჰყვა. სხვა ქალაქებში რეგისტრირებული იყო 2538 შემთხვევა, რომელთაგან 11% სიკვდილით დასრულდა. ამ ფონზე, ტუბერკულოზით ავადობა და სიკვდილობა არაზუსტად, და ძირითადად სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ერთად აღირიცხებოდა. მაგ. ცნობილია, რომ ზემოთაღნიშნულ პერიოდში მალარიით, ტუბერკულოზითა და სიფილისით დაავადებულთა რიცხვი *მილიონამდე* აღწევდა. საინტერესოა, რომ ტუბერკულოზით გამოწვეულმა სიკვდილიანობამ 1917-19 წლებში იმატა ევროპის ქვეყნებშიც, რაც დაკავშირებული იყო 1913 წლის მსოფლიო ეკონომიკურ კრიზისთან და I იმპერიალისტური ომის შედეგებთან. ასე, პრუსიაში 10000 მცხოვრებზე

ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობა იყო 23,0, ხოლო ინგლისში-11,5., მოსკოვში-26,6, პეტერბურგში-33,6, ვარშავაში-23,3. საქართველოში ამ წლებში არსებული სტატისტიკისა და მოსახლეობის საერთო რაოდენობის გათვალისწინებით, ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა 10000 მცხოვრებზე დაახლოებით 34,9 აღწევს. ამდენად, ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ისტორიული ვითარებისა და ქვეყნის ეკონომიკურ-პოლიტიკური ვითარების ადექვატური და ევროპის ქვეყნებში არსებულის მსგავსია(სურ.1).

**სურათი 8 ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა ევროპის ქალაქებში 1917-19**



**წლებში.**

საკითხის სრულყოფილად შესწავლასა და რეტროსპექტულ ანალიზს ხელს უშლის დაავადებისა და სიკვდილის შემთხვევათა უსისტემო აღრიცხვა. ტკსს-ის მიერ ტუბერკულოზის სტატისტიკის სისტემის შექმნის მიუხედავად, ეს პროცესი არასრულყოფილი იყო და ძირითადად ეყრდნობოდა ცალკეულ ექიმთა და საავადმყოფოთა ანგარიშებს. ამასთან, კიდევ უფრო მოუწესრიგებელი იყო ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენა და აღრიცხვა რეგიონებში. საქმეს ართულებდა ის გარემოებაც, რომ 1918-21 წლებში თანდათან ისპობოდა ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტთა შორის ტუბერკულოზის გამოვლენის გზაც, რადგან ქვეყნის უკიდურესი ეკონომიკური სიდუხჭირის გამო ერთის მხრივ, იკლებდა მიმართვიანობა, მეორეს მხრივ, მცირდებოდა საწოლთა რაოდენობა და, საზოგადოდ იშლებოდა არსებული სამედიცინო ქსელი. სამედიცინო დაწესებულებათა რაოდენობის შემცირება თვალსაჩინოდ არის ასახული ცხრილში №9 (მ. შენგელიას მონაცემებით).

**ცხრილი№9 სამედიცინო ქსელი საქართველოში 1913 და 1918-20 წლებში.**

სამკურნალო და პროფილაქტიკური დაწესებულებები	1913 წ.	1918-20 წწ.
საავადმყოფოები	74	45
ქალაქის საავადმყოფოები	38	31
სოფლის საავადმყოფოები	36	14
საწოლთა საერთო რაოდენობა	2015	1123
საწოლთა განაწილება დარგების მიხედვით: ა) ქირურგიული	61	61
ბ) სამეანო-გინეკოლოგიური	80	80
გ) ბავშვთა	30	30
დ) ნერვული და ფსიქიატრიული	215	215
ე) ინფექციური	130	80
ვ) თერაპიული და სხვ.	1499	657

რაც შეეხება ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებებს, რომელთა დაარსებასა და საქმიანობაზე კსს და ტბკს ზრუნავდა, მათაც იგივე ბედი გაიზიარეს: დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდში სათანადო სახსრების უქონლობის გამო დაიხურა ტუბსაწინააღმდეგო ლაბორატორია, ხოლო აბასთუმნის სანატორიუმის "არაზინდოს" ორგანიზება-მშენებლობაში მეფისნაცვლის მხარდაჭერა 1917 წლის რევოლუციასთან დაკავშირებით შეწყდა და მშენებლობა შეჩერდა. ამ საკითხშიც მენშევიკური მთავრობა არაქმედითი აღმოჩნდა. 18-21 წწ-ში სანატორიუმზე ზრუნვა მას არ გამოუჩენია. შენობა დამთავრებულ იქნა მხოლოდ 1924წ, ანუ, საბჭოთა პერიოდში. ა.კ. ბოკუჩავას მონაცემებით, "თეთრი ყვავილის დღეც" მთავრობის პასიურობისა და უსახსრობის გამო ვეღარ ტარდებოდა, 1919წ 30 ნოემბერს დაფუძნებულ "ქლექთან ბრძოლის ქართულ საზოგადოებას" არ ჰქონდა შექმნილი ზღაპრითანადო პირობები თავისი ჟურნალის - "მოამბე" გამოცემისათვის. ანუ, ტუბერკულოზთან ბრძოლა, ზოგადად, 1918 -21 წლებში მნიშვნელოვნად გაუარესდა.

ამრიგად, არსებული სტატისტიკა საკითხს ნამდვილად ცუდად წარმოაჩენს. ეს ბუნებრივია, რადგან ერთის მხრივ, ამ პერიოდში მთელ მსოფლიოში, მათ შორის საქართველოშიც, სოციალურ-ეკონომიკური და პოლიტიკური კატაკლიზმები მიმდინარეობს, და მეორეს მხრივ, მასალები, რომელიც ასახავს ჩვენთვის საინტერესო პერიოდს, საბჭოთა პერიოდშია გამოქვეყნებული, რის გამოც პოლიტიზებულია და, ერთგვარად- ტენდენციური.

ამიტომ, ტუბერკულოზთან ბრძოლაში ახალგაზრდა დამოუკიდებელი სახელმწიფოს როლის შესწავლას შეცვლილი ისტორიული ვითარების პირობებში განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება ჭეშმარიტი სურათის აღსადგენად. საკითხის რეტროსპექტულად განხილვისას, ისტორიული ფონის და ეკონომიკური კოლაფსის გათვალისწინებით, ჩვენი აზრით, პრობლემა სხვაგვარად უნდა გაშუქდეს:

ა) დაინტერესდა თუ არა დამოუკიდებელი საქართველოს მთავრობა მოსახლეობის სოციალური და ჯანმრთელობის მდგომარეობით; ბ) ჰქონდა თუ არა განალიზებული საკითხის სიმწვავე და, აქედან გამომდინარე, იყო თუ არა პრიორიტეტული ქვეყნის მოწყობის საქმეში ჯანდაცვის სახელმწიფოებრივ დონეზე ორგანიზება; გ) გადადგა თუ არა მთავრობამ თუნდაც უმნიშვნელო მორალური ან ფინანსური ნაბიჯი პრობლემის მოსაგვარებლად.

1. დამოუკიდებელი საქართველოს საქმიანობის ამსახველი საარქივო მასალების შესწავლის საფუძველზე აღმოჩენილ იქნა რიგი ოფიციალური დოკუმენტებისა, სადაც ასახულია 18-21 წწ მთავრობის საქმიანობა ჯანდაცვის მიმართულებით. შედეგად, საკითხი განსხვავებულად წარმოჩინდა. მართალია, არ არის გამოყოფილი, სახელდობრ, ტუბსაწინააღმდეგო ბრძოლა, მაგრამ განხილულია ქვეყნის მოსახლეობის სამედიცინო სამსახურის ორგანიზების პროცესი. ამ მონაცემებზე დაყრდნობით დამოუკიდებელი საქართველოს მთავრობა ხალხის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართ სრულ პასიურობასა და უინტერესობას არ ავლენს. პირიქით, სწორედ ამ პერიოდში იქმნება ჯანდაცვის სამთავრობო ორგანო- *საქართველოს შინაგან სამინისტროსთან არსებული საექიმო სასანიტარო განყოფილება* ს. ჯაფარიძის ხელმძღვანელობით. არ შეიძლება, ასევე, ითქვას, რომ მთავრობას არ უფიქრია დამოუკიდებელი *ჯანმრთელობის დეპარტამენტის* დაარსებაზე, რომელიც ერთიან, კოორდინირებულ და ცენტრალურ პრინციპზე დამყარებულ ხელმძღვანელობას განახოციელებდა ჯანდაცვის სფეროში: 1920წ თებერვალში შინაგან საქმეთა მინისტრმა ჭიჭინაძემ წარადგინა პროექტი საექიმო სასანიტარო განყოფილების ბაზაზე ჯანმრთელობის დეპარტამენტის დაარსების შესახებ. პროექტში მოცემულია შტატები და ხარჯთაღრიცხვა. აზრი, რომ ხელისუფლება გულგრილი იყო ქვეყნის მოსახლეობის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მიმართ, სიმართლეს მოკლებულია, რადგან ზემოთაღნიშნულ პროექტში მიმოხილულია ის მდგომარეობა, რომელიც ქვეყანაში ბატონობდა: "იმძლავრა მალარიამ, **ქლექმა**, ვენერიულმა სნეულებებმა, ხოლო პარტახტიანი ტიფის წინააღმდეგ ჩატარებული დიდი სამუშაოს მიუხედავად, შედეგები არასახარბიელოა". გააზრებულია ამ მდგომარეობის საორგანიზაციო ხასიათის მიზეზებიც- ქვეყნის სამედიცინო ქსელის დაქსაქსულობა, არაკოორდინირებული მოქმედება და ერთიანი ცენტრის

არარსებობა. კანონპროექტი დამტკიცდა, რაც ასაბუთებს *მთავრობის მხარდაჭერას* მოთხოვნისადმი.

დეპარტამენტის ფუნქციათა ნუსხაში წარმოდგენილია იმდროინდელ *სამედიცინო პრობლემათა სპექტრიცა* და ქართველ ექიმთა დამოკიდებულებაც მის მიმართ. ჩვენთვის მნიშვნელოვანია პუნქტი გ) დეპარტამენტის ერთ-ერთ ფუნქციდ მიჩნეულია *"ჭლექის, მალარიის, ხოლერის, შავი ჭირის, პარტახტიანი სახადის, ვენერიული ავადმყოფობისა და სხვა სენის წინააღმდეგ ბრძოლა. საინტერესოა პუნქტი ე)საექიმო-სასანიტარო სტატისტიკის წარმოება, რაც ტუბერკულოზის ეპიდმაჩვენებლების სრულყოფილი აღრიცხვის საკითხის დაყენებასაც ნიშნავს. და ნაწილობრივ, პუნქტი ვ), სადაც აგარაკ-კურორტების საექიმო-სასანიტარო ხელმძღვანელობა და მართვა-გამგეობა დგება დღის წესრიგში, რაც სახელმწიფო პატრონაჟის დაწესებას გულისხმობს. საარქივო მასალებში გვხვდება სამედიცინო დაწესებულებების სია. მათ შორის ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულება არ ფიგურირებს, მაგრამ ყურადღება გამახვილებულია ეპიდემიებზე, მათ შორის *ჭლექზე*.*

საინტერესოა, რომ სახელმწიფო ცდილობს დაეხმაროს მოსახლეობის ცალკეულ ჯგუფებს (ომში დაღუპულთა ოჯახები, ეპიდემიებთან ბრძოლის დროს დაღუპულთა ოჯახები ან შრომის უნარდაკარგული საექიმო პერსონალი და სხვ.), რაც სოციალური უზრუნველყოფის სამსახურის ჩანასახია; ზრუნავს ფასიანი სამედიცინო მომსახურების რეალურ, მოსახლეობის ეკონომიკური მდგომარეობის ადექვატურ ციფრებამდე დაყვანას, რასაც ფასების განახევრებით გამოხატავს. ამასთან, საქართველოს და უცხოეთის ქვეყნების მოქალაქეებისათვის სამედიცინო მომსახურების საფასური 2-ჯერ განსხვავდება. საარქივო მასალებში მრავლად არის ექიმთა ხელფასის მომატების ამსახველი დოკუმენტები. თანხებია გამოყოფილი ექიმთა სამგზავრო ხარჯებისათვის, საკანცელარიო ნივთების შესაძენად, სამეურნეო საქმიანობისათვის, წამლების, ქირურგიული იარაღების, ყვავილის ასაცრელი ვაქცინის შესაძენად, ეპიდემიების წინააღმდეგ საბრძოლველად.

აღსანიშნავია სახელმწიფოს როლი მოსახლეობის *სანგანათლების ამალგების* საქმეშიც. განათლების მინისტრის ბრძანებით გადაწყდა საგანმანათლებლო სამკურნალო წიგნაკების დაბეჭდვა *"წიგნაკები უნდა დაიწეროს მეცნიერულად და მდაბიურად, რომ გასაგები იყოს საშუალო მკითხველისათვის "*. ჩვენთვის

საინტერესოა ექიმთა კომისიის მიერ მოწონებულ თემათა შორის მოხსენიებული "შინაგანი ავადმყოფობანი, ქლექი (დასწერა ვ. ელიოზიშვილმა)".

ამრიგად, 1918-21 წწ საქართველოში ჯანდაცვის სისტემა, გარკვეული ორგანიზაციული არასრულყოფილების მიუხედავად, მობილური, მებრძოლი, ორგანიზმია. ქართველი ექიმები კი გამოირჩევიან უაღრესად მაღალი პროფესიული დონით, ჯანსაღი აზრით, მაღალი ეროვნულ თვითშეგნებით. ერთ-ერთი ასეთი ექიმი, რომელიც დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდში მოღვაწეობდა და გარკვეული წილი შეჰქონდა ტუბერკულოზთან ბრძოლის საქმეში, იყო გამოჩენილი ფთიზიატრი, შესანიშნავი ორგანიზატორი - ი. აბაკელია. მისი გვარის აღმოჩენა საქართველოს პარლამენტის სახალხო ჯანმრთელობის კომისიის შემადგენლობაში მოულოდნელი სიახლე გახდა: "თავმჯდომარე ი. გომართელი, წევრები-შ. მიქელაძე, ი. აბაკელია, მ. ტოროშელიძე და სხვ. " ამასთან, გაირკვა, რომ სახალხო ჯანმრთელობის შესახებ არსებული კანონპროექტებიდან ერთ-ერთი -საქართველოს რესპუბლიკის *სასანიტარო ინსტიტუტის დაარსების შესახებ*- სწორედ ი. აბაკელიას მიერაა შემუშავებული. შესაბამისად, ირკვევა, რომ *პრევენციული მედიცინის*, სანიტარიისა და ჰიგიენის ინსტიტუტის, საერთოდ, სანიტარული სამსახურის შექმნის პირველი მცდელობა არა საბჭოთა, არამედ, 1918-21 წლებში ვლინდება. ი. აბაკელიას მონაწილეობა ამ საქმეში ჩვენთვის მნიშვნელოვანი არგუმენტია, რადგან ეპიდსაწინააღმდეგო და მეცნიერული სანიტარიის განვითარების ბაზაზე შემდგომში ტუბსაწინააღმდეგო ბრძოლის გაშლის გარანტიას წარმოადგენს. ამრიგად, ერთგვარად იქმნება აბაკელიას *ტუბსაწინააღმდეგო მოღვაწეობის წინაისტორია*, რაც შემდგომში ლოგიკურად გრძელდება ფთიზიატრიის, როგორც ცალკე სამედიცინო დარგის განვითარებაში: 1930 წელს თბილისში ტუბერკულოზის ინსტიტუტის დაარსება, სახელმწიფო უნივერსიტეტის თერაპიის ფაკულტეტთან ტუბერკულოზის დოცენტურის ორგანიზება, ექიმთა დახელოვნების ინსტიტუტში ტუბერკულოზის კათედრის ჩამოყალიბება- აბაკელიას სახელს უკავშირდება.

რაც შეეხება სასანიტარო ინსტიტუტის საკითხს. საქართველოში ასეთი დაწესებულების შექმნის **წინაპირობები** უკვე არსებობდა. ჯერ ერთი, XIX ს-ის მეორე ნახევარში ინფექციურ დაავადებათა სიხშირემ იმდენად იმატა, რომ აუცილებელი გახდა არა მარტო ბრძოლა არსებულ ეპიდემიებთან, არამედ მოსალოდნელ ეპიდემიათა პროფილაქტიკაც. სანიტარული სამსახურის ყველა ორგანოსა და



დაწესებულებას XIX ს-ის 90-იან წლებამდე დროებითი ხასიათი ჰქონდა: სანიტარული კომისიები ან კომიტეტები იქმნებოდა კონკრეტულ დაავადებასთან ბრძოლის მიზნით. საქართველოში პირველად ასეთი კომიტეტი 1811წ გაჩნდა და მას შემდეგ პერიოდულად გვხვდება: 1872წ- ქოლერის, 1877წ- ყვავილის, 1878- შავი ჭირის და ტიფის საწინააღმდეგო.

ეპიდემიების სიხშირემ გამოავლინა *მუდმივმოქმედი სანიტარულ-საექიმო ორგანოს* აუცილებლობა, რომელიც შეიქმნა კიდეც 1893 წელს. ეს პროგრესული მოვლენა იყო, მაგრამ არ ატარებდა გეგმიურ ხასიათს, არ არსებობდა სანიტარული კანონმდებლობა, რაც ამცირებდა საქმის ეფექტურობას. ამიტომ, ინფექციური საავადმყოფოების, ბარაკებისა და პავილიონების, სტაციონარების გახსნა და საწოლთა რაოდენობის მნიშვნელოვანი გაზრდაც კი არ აღმოჩნდა საკმარისი ეპიდემიებთან საბრძოლველად, ქვეყანაში შეიქმნა *დახვეწილი და სახელმწიფოს მიერ მართული სანიტარული სამსახურის აუცილებლობა*.

ეს საკითხები იმთავითვე მოექცა დამოუკიდებელი საქართველოს მთავრობის ინტერესებში, რომელმაც საჭიროდ ჩათვალა სამედიცინო რეფორმის ორგანიზება და გატარება. ეს კი ნიშნავს, რომ ჩვენი ქვეყნის ისტორიაში პირველად დაწესდა *სახელმწიფო დონეზე ჯანმრთელობის დაცვაზე ზრუნვა*.

საკითხის ასეთ დონეზე დაყენება ნიშნავს სახელმწიფო პატრონაჟის და კონტროლის ქვეშ სამედიცინო ხასიათის ყველა პრობლემის აყვანას, მათ შორის ერთ-ერთი ისეთი ფართოდ გავრცელებული და "ეროვნულ სენად" გამოცხადებული დაავადებისაც, როგორცაა ტუბერკულოზი. საარქივო მასალებში არ ფიგურირებს ტუბსაწინააღმდეგო სამსახურის ორგანიზებასთან დაკავშირებული ცნობები, ამიტომ მსჯელობა არაპირდაპირი მეთოდით გვიწევს. გვაქვს რა ხელთ ი. აბაკელიას მიერ შემუშავებული სასანიტარო ინსტიტუტის კანონპროექტი, (იხ. დოკ) შეგვიძლია შევნიშნოთ, რომ მოკლედ და გასაგებად გადმოცემულ პროექტში გათვალისწინებულია ქვეყნის ეკონომიკური მდგომარეობა, ინსტიტუტი წარმოდგენილია მრავალპროფილურ, სამეცნიერო- პრაქტიკული და საგანმანათლებლო მიმართულებების დაწესებულებად, რომელიც გვევლინება საქართველოში ისეთი დარგების განვითარების პირველწყაროდ, როგორცაა ჰიგიენა, პროფილაქტიკური მედიცინა, ინფექციური სნეულებები (მათ შორის,

ცხადია, მოიაზრება ტუბერკულოზი), სასამართლო მედიცინა, ფარმაცოლოგია, მიკრობიოლოგია, კურორტოლოგია(იხ. დოკ).

ჩვენ მიერ მოძიებულ მასალებში ამ დოკუმენტის დამტკიცების ამსახველი საბუთი არ ჩანს, მაგრამ, საკითხის დადებითად გადაწყვეტაზე მიგვანიშნებს სახელმწიფო უნივერსიტეტის მასალებში არსებული სამკურნალო ფაკულტეტის კათედრათა ჩამონათვალი, სადაც აღნიშნულია, რომ *მიკრობიოლოგიისა და ბაქტერიოლოგიის კათედრა განთავსებულია "სასანიტარო ინსტიტუტში"*. ამ ინსტიტუტის შემდგომი საქმიანობა ჩვენს ხელთ არსებულ მასალებში ვერ აღმოვაჩინეთ. უნდა ვივარაუდოთ, რომ სათანადო დაფინანსების არარსებობის გამო ი. აბაკელიასეული ჩანაფიქრი ვერ განხორციელდა და შესაბამისად, ცალკე ტუბსაწინააღმდეგო სამსახურის შექმნა სასანიტარო ინსტიტუტის ბაზაზე ან დამოუკიდებლად, როგორც ჩანს, ვერ მოხერხდა. ეს არ ნიშნავს, რომ სახელმწიფო დონეზე ამ საქმის ორგანიზების *მცდელობა* არ ყოფილა. უნდა აღინიშნოს, რომ ევროპის ბევრ წამყვან ქვეყანაში ჯანდაცვისა და სოცურუნველყოფის საკითხთა კონტროლირება სახელმწიფოს მხრიდან იმხანად ახალი წამოწყებული იყო, ანუ, დემოკრატიული საქართველოს ხელისუფლება ამ ქვეყნებს მხოლოდ ფინანსურად ჩამორჩა და არა იდეურად. სხვა საკითხია, მოასწრო თუ არა მან პრობლემის სრულყოფილი შესწავლა, ჯანდაცვის ცენტრალიზებული სამსახურის მაღალ დონეზე ორგანიზება და ჩატარებული ღონისძიებებისთვის მუდმივად განმეორებადი ხასიათის მიცემა. გასათვალისწინებელია ის გარემოება, რომ გარდა სახსრებისა, არსებობს დროის დეფიციტიც - სამ წელიწადში დანგრეულ, უამრავი პრობლემის მქონე ქვეყანაში შეუძლებელი იყო გატარებულიყო სრულყოფილი რეფორმა რომელიმე დარგში, მათ შორის მედიცინის და ტუბსაწინააღმდეგო სფეროში.

ამრიგად, ჩვენი კვლევით დადგინდა, რომ 1918-21 წწ პერიოდში საქართველოში შექმნილ მძიმე სოციალურ-ეკონომიკურ ფონზე ფართოდ არის გავრცელებული ტუბერკულოზი და სხვა ინფექციური დაავადებები, რომელნიც ხშირად ეპიდემიების სახით გვევლინება. ამიტომ ტუბერკულოზის პრობლემა მოიაზრება სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ერთად და მასთან ცალკე ბრძოლის ხაზი საარქივო მასალებში არ იკვეთება; დამოუკიდებელი საქართველოს რესპუბლიკის მთავრობა ქვეყნის ისტორიაში პირველად ცდილობს ჯანდაცვის სახელმწიფო დონეზე ორგანიზებასა და მართვას, ახორციელებს სამედიცინო რეფორმასთან დაკავშირებული პროექტების

ფინანსურ და მორალურ მხარდაჭერას.; ტუბერკულოზთან ბრძოლის ბაზა არ არის ცენტრალიზებული, ერთ უწყებად ჩამოყალიბებული, დაქსაქსულია და განცალკევებულად ხორციელდება სამედიცინო, სანიტარული, საგანმანათლებლო-სამეცნიერო დაწესებულებების საფუძველზე; ტუბერკულოზის გამოვლენა პასიურია, დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ ნიშნებსა და რუტინულ კვლევას, მკურნალობა - სიმპტომურ-პათოგენეზური და კლიმატური. პირველად ხორციელდება საგანმანათლებლო ღონისძიებები სახელმწიფოებრივ დონეზე, რაც სოციალური პრევენციის საწყისად უნდა ჩაითვალოს. პირველად ისახება სახელმწიფო დონეზე აღრიცხვის, სამეცნიერო სტატისტიკის საფუძველები; საქართველოში დაუბრკოლებლად განაგრძობს საქმიანობას კსს და ტბკს, რომელთაც სახელმწიფო, მართალია, ვერ აფინანსებს, მაგრამ არც აუქმებს და არც დევნის. ანუ ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა ამ პერიოდში **შერეულია: ისახება სახელმწიფოებრივი და განაგრძობს არსებობას საზოგადოებრივი; დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდში ტუბერკულოზის გავრცელების მატება და ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალი ფორმის ჩამოყალიბება საფუძველს იძლევა, 1918-21 წლები გამოიყოს საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის ცალკე პერიოდად, რაც ამ პროცესის ერთიანი სურათის აღდგენის საშუალებას იძლევა.**

### **3.3. ტუბერკულოზის კონტროლის "საბჭოური" და თანამედროვე სტრატეგიების შედარებითი ანალიზი**

საქართველოში საბჭოთა და DOTS პერიოდებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის გაღრმავებულმა შესწავლამ და საექსპერტო შეფასებამ ცხადყო, რომ საკითხისადმი მიდგომა და მეთოდის განსხვავებულია ტუბერკულოზის კონტროლის ყველა ძირითადი ასპექტის მიხედვით. განსაკუთრებით აქტუალურია ტუბერკულოზის გამოვლენის, მკურნალობის და პრევენციის თემები.

#### **ტუბერკულოზის ეპიდმაჩვენებლები**

ტუბერკულოზის კონტროლის საბჭოთა და DOTS სისტემათა მახასიათებლების შედარებას ვახორციელებდით ქსელის, კადრების, ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმის, ბრძოლის ძირითადი სტრუქტურული ერთეულის, ეპიდზედამხედველობის სისტემის შესწავლის საფუძველზე. შედეგები მოცემულია ცხრილის სახით:

**ცხრილი №10 საბჭოთა და DOTS სისტემათა მახასიათებლების შედარება**

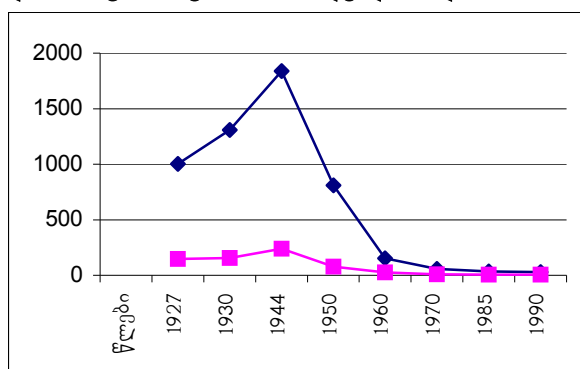
№	მახასიათებლები	საბჭოთა მოდელი	DOTS მოდელი
1	ქსელი	ხასიათდება გაფართოების ტენდენციით და მრავალსახეობით: ტუბკაზინეტი, დისპანსერი (სტაციონარით და მის გარეშე), დღისა და ღამის სტაციონარი, დიაგნოსტიკური სტაციონარი, დიაგნოსტიკური განყოფილება, ტუბგაზყოფილება, სანტორიუმები (სხვადასხვა კატეგორიის), საინვალიდო სახლები, სანატორული ბაგა-ბალები. სულ---120(1987წ)	ხასიათდება ოპტიმიზაციით: დიპანსერი, სტაციონარით ან გარეშე; ტუბსტაციონარი, ტუბკაზინეტი, ტუბგანყოფილება. სულ-77 (2004წ)
2	კადრები	ზრდა ითვლება დადებით ტენდენციად (359 ფთიზიატრი-1987წ)	კადრები მოთხოვნილების ადექვატურია. (150-2004 წ.)
3	ბრძოლის ფორმა	სახელმწიფოებრივი	შერეული
4	ძირითადი სტრუქტურული ერთეული და მისი ფუნქციები	დისპანსერი: 1.TB-ის ადრეული გამოვლენა/დიაგნოსტიკა; 2.ავადმყოფი და ჯანმრთელი კონტაქტების აღრიცხვა და ზედამხედველობა; 3.ტუბდაავადებულის მკურნალობა; 4.პროფილაქტიკური და სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური მუშაობა; 5.ტუბდაავადებულის შრომითი მოწყობა; 6.სანიტარულ-საგანმანათლებლო მუშაობა.	დისპანსერი: 1.TB-ის დროული გამოვლენა/დიაგნოსტიკა; 2.ავადმყოფი და ჯანმრთელი კონტაქტების აღრიცხვა და ზედამხედველობა; 3.ტუბდაავადებულის მკურნალობა; 4. საგანმანათლებლო მუშაობა(პაციენტთა, ტუბ და პირველადი ჯანდაცვის მუშაკთა განსწავლა).
5.	დისპანსერული აღრიცხვა	არსებობს 7 დისპანსერული ჯგუფი	არსებობს 3 კატეგორია
6	ძირითადი ეპიდმაჩვენებლები და ინდიკატორები	ინფიცირებულობა, ავადობა, დაავადება, სიკვდილობა, კონტინგენტი	პრევალენსი, ინსიდენსი, სიკვდილობა, რეგისტრირებული შემთხვევები

მნიშვნელოვნად განსხვავებულია ასევე ეპიდმაჩვენებლები და ეპიდ.ინდიკატორები: DOTS პერიოდში არ ტარდება რევაქცინაცია, შესაბამისად არ შეისწავლება ბავშვთა და მოზარდთა მოსახლეობის ინფიცირებულობა. ხორციელდება მხოლოდ კონტაქტების ინფიცირებულობის შესწავლა ლატანტური ტუბერკულოზის დადგენისა და პრევენციული მკურნალობის მიზნით. პრევალენსი ავადობის, ხოლო ინსიდენსი

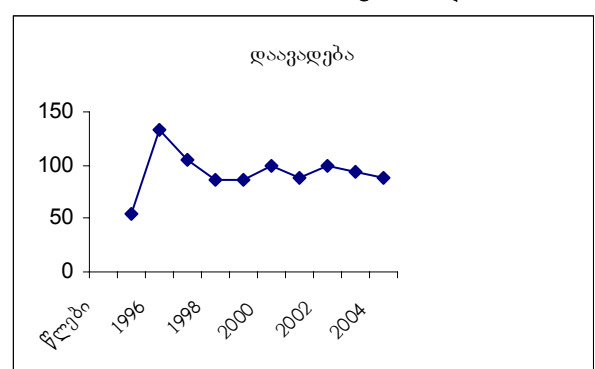
დაავადების ანალოგიური ცნებებია, მაგრამ აბსოლუტურად გაუმართლებელია და ამიტომ თანამედროვე პირობებში არ გამოიყენება კონტინგენტის ან მისი ანალოგი ცნება, რომელიც მოიცავს ყველა დაავადებულს პლუს მკურნალობის დასრულების შემდგომ დაკვირვებაზე (აღრიცხვაზე) მყოფ პირებს, რაც ხელოვნურად ზრდის ტუბერკულოზის გავრცელების მაჩვენებელს. ეს არასწორი, არადექვატური და არახარჯთეფექტური მაჩვენებელია. ამის საპირისპიროდ, რეგისტრირებული შემთხვევების ცნება გულისხმობს რეალურად დაავადებულთა ყველა შემთხვევაზე ნაკლებს იმდენით, რამდენიც არ არის რეგისტრირებული, შეტყობინებული შემთხვევა. მაგრამ, პრაქტიკულია და ხარჯთეფექტური, რადგან გამოვლენილი შემთხვევების ადექვატურია. აქედან გამომდინარე, ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ინდიკატორია *გამოვლენის მაჩვენებელი*. რაც შეეხება ბაცილგამომყოფთა აღრიცხვას და აბაცილირების შეფასებას, ეს მაჩვენებელი DOTS პერიოდში რჩება განკურნების ძირითად კრიტერიუმად. ისეთი მაჩვენებელი, როგორცაა რღვევის ღრუების დახურვა (განკურნების შეფასება რენტგენოლოგიური ცვლილებების ალაგების საფუძველზე), თავისი მნიშვნელობის დაბალი მახასიათებლის გამო, ამჟამად არ გამოიყენება.

მაგრამ, ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის ეფექტურობაზე მსჯელობა, საბოლოო ჯამში, ხდება *ეპიდსიტუაციის დინამიკის* შეფასების საფუძველზე. ძირითადი ეპიდმაჩვენებლების დინამიკა საბჭოთა და DOTS პერიოდში შესაბამისი ტერმინოლოგიის გათვალისწინებით (ზუსტი ანალოგია არსებობს დაავადება/ინსიდენტობას და სიკვდილობა/სიკვდილობას შორის) ასახულია სურათზე და ცხრილებში:

**სურათი 9. ეპიდმაჩვენებლების დინამიკა დინამიკა საბჭოთა მოდელის დროს**



**სურათი 10. ეპიდმაჩვენებლების დინამიკა DOTS პერიოდში**



აღსანიშნავია, რომ დაავადების (ინსიდენტობა) მაჩვენებლის მატება ტუბსაწინააღმდეგო სტრატეგიის დასაწყისში ყოველთვის იხსნება გამოვლენის გაუმჯობესებით (მაგ.1998წ), ხოლო ჩამოყალიბებული ანგარიშგების სისტემის დროს - ჭეშმარიტი მატებით (მაგ.1944წელს). შესადარებლად ჩვენ ავირჩიეთ 1986-88 წლების მონაცემები, რადგან ეს პერიოდი ხასიათდება ეპიდზედამხედველობის ჩამოყალიბებული სისტემის არსებობით, ერთის მხრივ, და უშუალოდ უძღვის წინ კრიზისის პერიოდს (90-იანი წლების მოვლენები), მეორეს მხრივ.

**ცხრილი №11 ტუბერკულოზით დაავადება 1986წ წელი (100.000 მოსახლეზე)**

რესპუბლიკების, ქალაქების, რაიონების დასახელება	ქალაქი	სოფელი	სულ	მათ შორის ბავშვები
საქართველოს სსრ	34.5	33.5	34.2	7.5
აფხაზეთის ასსრ	32	50.4	41.7	97.2
აჭარის ასსრ	37.7	28.1	32.5	16.4
სამხრეთ-ოსეთის აო	92.5	58.9	74.7	32.4
თბილისი	39.5	–	39.6	5.7
ქუთაისი	16	–	16	5.4
ფოთი	20.1	–	20.1	7.9
ჭიათურა	18.8	29.8	25.6	–
რუსთავი	27.8	–	27.8	10.8
გორი	48.8	54.9	52.2	19.7
ტყიბული	36	19.1	29	21
ზუგდიდი	34.6	44.6	40.8	13.4
წყალტუბო	41.7	31	33.4	6.4
მარნეული	31.2	34.7	33.8	14
რესპუბლიკის რაიონები	28.6	29.1	28.9	2.7
საშ. არით. სიდიდე (Mean)	34,5	33,5	34,2	7,5
საშ. სიდიდე (Median)	18,8	29,8	25,6	10,8
სიხშ. სიდიდე(Mode)	28	29,1	28,9	6,4
სტანდარტული გადახრა (Standart Deviation)	1,63	3,6	1,62	0.76

**ცხრილი №12 ტუბერკულოზით ავადობა 1986წ წელი (100.000 მოსახლეზე)**

რესპუბლიკების, ქალაქების, რაიონების დასახელება	ქალაქი	სოფელი	სულ
საქართველოს სსრ	166.9	143.5	156.1
აფხაზეთის ასსრ	165.8	215.3	191.9
აჭარის ასსრ	200.2	165.1	181
სამხრეთ-ოსეთის აო	322.6	258.5	286.6
თბილისი	200.2	–	200.2
ქუთაისი	134.4	–	134.4
ფოთი	142.8	–	142.8
ჭიათურა	146.6	169.7	161
რუსთავი	90.2	–	90.2

გორი	200.3	157.1	175.8
ტყიბული	103.6	108.3	105.5
ზუგდიდი	234	113.7	117.4
წყალტუბო	215.3	212.8	213.4
მარნეული	100.7	166.5	149.6
რესპუბლიკის რაიონები	66.5	98.8	80
საშ. არით. სიდიდე (Mean)	167	143,5	156
საშ. სიდიდე (Median)	146,6	169,7	161
სიხშ. სიდიდე (Mode)	200,3	166,5	175,8
სტანდარტული გადახრა (Standart Deviation)	3,35	3,32	3,46

**ცხრილი №13 ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა (100.000 მოსახლეზე)**

რესპუბლიკების, ქალაქების, რაიონების დასახელება	სულ		
	1986 წ	1987 წ	1988 წ
საქართველოს სსრ	4.6	3.8	4
აფხაზეთის ასსრ	3.3	1.5	3.9
აჭარის ასსრ	3.9	6.2	5.3
სამხრეთ-ოსეთის აო	6.1	2	2
თბილისი	5.2	4.5	5.3
ქუთაისი	3.2	3.6	2.3
ფოთი	6	5.9	3.9
ჭიათურა	1.4	-	2.9
რუსთავი	3.4	3.3	3.3
გორი	12	3.5	4.9
ტყიბული	7.9	8.1	8.1
ზუგდიდი	7.5	5.8	5
წყალტუბო	9.5	1.6	-
მარნეული	4.4	3.5	5.2
რესპუბლიკის რაიონები	3	3.6	2.7
საშ. არით. სიდიდე (Mean)			
საშ. სიდიდე (Median)			
სიხშ. სიდიდე (Mode)			
სტანდარტული გადახრა (Standart Deviation)			

**ცხრილი № 14 ტუბერკულოზის გავრცელება ბაცილგამოყოფისა და პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით DOTS პერიოდში.**

	ფილტვის TB შემთხვევები								ფილტვგარე შე TB		საერთო რაოდ-ბა		პრევენსი	ინსიდენსი	მგბ (+) ინსიდენსი	მგბ (+) შემთხვევების გამოვლენის მაჩვ.
	ყველა რეგისტრირებული მგბ(+)	ყველა რეგისტრირებული მგბ (-)	მგბ დაუდგენელი	სულ	ახალი მგბ (+)	ახალი მგბ (-)	ახალი მგბ დაუდგენელი	სულ	ყველა რეგისტრირებული	ახალი შემთხვევები	ყველა რეგისტრირებული შემთხვევა	ახალი შემთხვევები				
1996	1318	7895		9213	653	5234		5887	1430	1007	10643	6894	206	134	12,7	31%
1997	1148	5269		6417	595	3194		3789	2029	1636	8446	5425	164	105	11,5	36%
1998	915	3676	363	4954	534	1944	363	2841	1741	1615	6695	4456	129	86	10,3	33%
1999	1383	3027	483	4893	724	1820	321	2865	1719	1613	6612	4476	127	86	13,9	46%
2000	1451	2987	524	4962	807	1945	317	3069	1473	1324	6435	4393	145	99	18,1	33%

2001	1727	2642	386	4755	1031	1535	234	2800	1171	1100	5926	3900	133	88	23,2	34%
2002	1738	2893	388	5019	1034	1819	264	3117	1346	1261	6365	4378	146	100	23,7	50%
2003	1778	2598	398	4774	1012	1585	274	2871	1299	1225	6022	4068	139	93	23,2	50%
2004	2288	2244	264	4796	1310	1316	169	2795	1139	1037	5935	3832	135,8	87,7	30,0	81%

ასეთი სურათი მიუთითებს, რომ როგორც საბჭოთა, ისე DOTS პერიოდში, ქვეყანაში ამ სტრატეგიითა მოქმედების არსებული ვადების გათვალისწინებით (შესაბამისად, 65 და 9 წელი), აღინიშნება ტუბერკულოზის ეპიდსიტუაციის დადებითი დინამიკა და ზოგადად, ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემა დამაკმაყოფილებელია.

### ტუბერკულოზის გამოვლენა-დიაგნოსტიკა

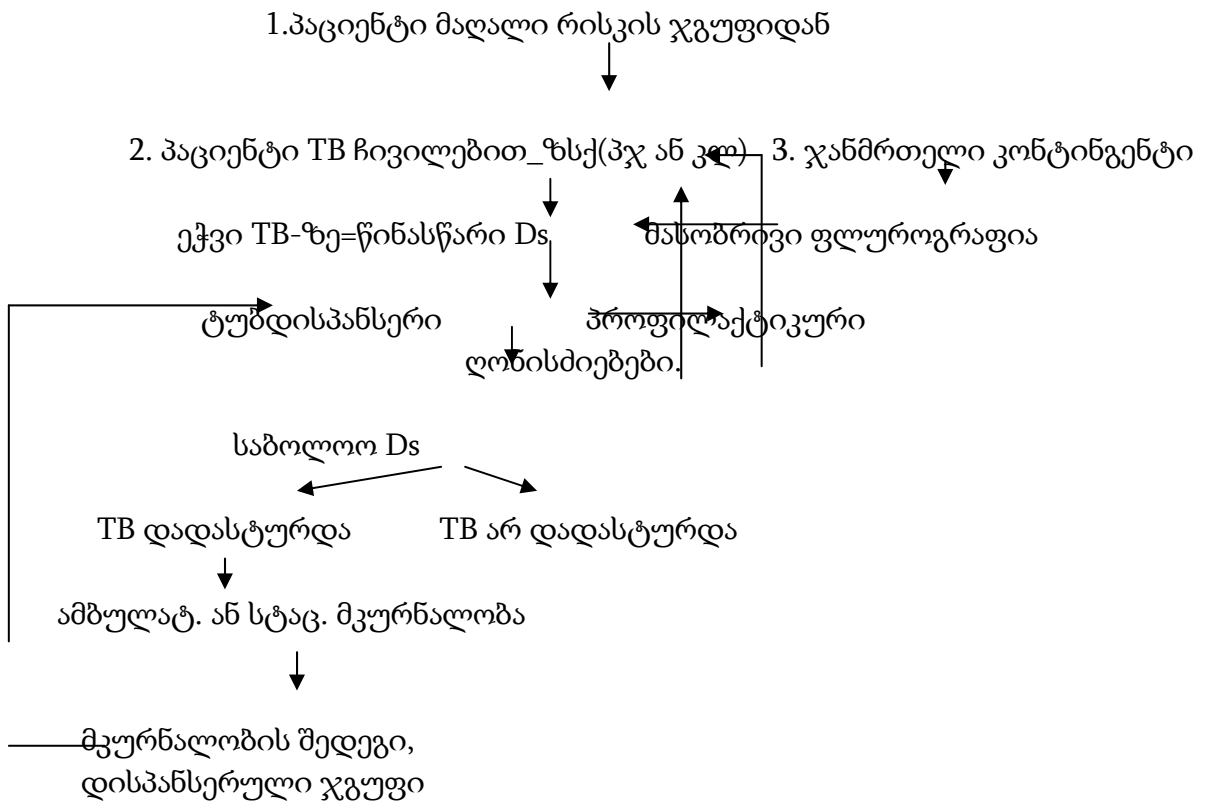
საბჭოთა მოდელის დროს ტუბერკულოზის ე.წ. აქტიური გამოვლენის კონტიგენტი 3 ძირითად ჯგუფს მოიცავდა: 1.ზოგად სამედიცინო ქსელში მიმართული ავადმყოფები; 2. ტუბდაავადებულთან კონტაქტში მყოფი პირები; 3. ჯანმრთელი კონტინგენტი ჯგუფური კვლევებისათვის. ამასთან, უპირატესობა ენიჭებოდა მასობრივ რენტგენოლოგიურ სკრინინგს. ტუბერკულოზისათვის დამახასიათებელი ჩივილების მქონე პირები 50-იან წლებამდე მიმართავდნენ ტუბდისპანსერებს, ხოლო 50-იანი წლებიდან იქ ხვდებოდნენ მხოლოდ ზოგად ქსელში მიმართვის შემდეგ, თუ ჩაითვლებოდნენ ტუბერკულოზზე ექვმიტანილებად. ანუ, ტუბდაწესებულებებში მიღება "დახურული" იყო .

DOTS მოდელის დროს ძირითადია ე. წ. პასიური მეთოდი, როცა პაციენტი ტუბერკულოზზე საექვო სიმპტომებით თავად მიმართავს ექიმს ტუბდაწესებულებაში ან არასპეციალიზებულ სამედიცინო ქსელში. ამდენად, ტუბერკულოზის გამოვლენის საკითხის შესწავლა ფაქტობრივად ნიშნავდა აქტიური და პასიური მეთოდების შედარებას.

საქართველოში ტუბერკულოზის გამოვლენა საბჭოთა მოდელის დროს ხდებოდა როგორც მასობრივი კვლევის, ისე პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულებაში საკუთარი დინებით მიმართვისას. რადგან ტუბდაწესებულებაში მიღება დახურული იყო, ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევის განსაზღვრა ზოგადი სამედიცინო ქსელის



ექიმის პირდაპირ მოვალეობაში შედიოდა. ამდენად, გამოვლენის სქემა შემდეგნაირად წარმოჩინდა.



ამასთან, დადგინდა, რომ მასობრივი მეთოდით (პროფილაქტიკური გასინჯვები) გამოვლენის მაჩვენებელი (გამოვლენილ ტუბდაავადებულთა წილი გამოკვლეულ პირთა საერთო რაოდენობის მიმართ) იყო 10-13 %, რაც არ ამართლებს დანახარჯებს არც სამედიცინო და არც ეკონომიკური თვალსაზრისით. ჩვენი შედეგები ემთხვევა საერთაშორისო მიდგომას ამ საკითხისადმი და სხვა ავტორთა კვლევის შედეგებს. ასე, მაგალითად, ჯანმოს მხარდაჭერითა და ტუბერკულოზზე ზედამხედველობის სამეცნიერო-კვლევით განყოფილებასთან თანამშრომლობით ჩატარებული კვლევის შედეგებით დადგინდა, რომ მასობრივი რენტგენოგრაფიის მეშვეობით გამოვლენილი ნაცხით პოზიტიური შემთხვევების რაოდენობა გასაოცრად მცირეა. შემთხვევათა უმეტესობა გამოვლენილია სხვა საშუალებებით, უპირატესად-სიმპტომების გამო მიმართულ პაციენტებს შორის. ამ კვლევაში მონაწილე ყველა ქვეყანაში ტუბერკულოზის გამოვლენა მასობრივი რენტგენოგრაფიის გზით დაახლოებით 20 წლის მანძილზე წარმოადგენდა რუტინულ პროცედურას. კვლევის შედეგები მოცემულია ცხრილის სახით (ტომანის მიხედვით).

**ცხრილი №15. ტუბერკულოზის შემთხვევათა გამოვლენის სხვადასხვა რეჟიმის შედეგების შედეგები (1951-72)**

პროექტი	კვლევის ხანგრძლივობა	ნაცხით+ შემთხვევების რაოდენობა	გამოვლენის რეჟიმი %		
			მასობრ. რენგ.-ია	სიმპტო მები	სხვა
სასკაჩევანი	1960-1969	265	12	66	22
ონტარიო	1967-68	632	15	66	19
კოლინი	1965-1972	132	23	54	23
ნიდერლანდები	1951-1967	9301	25	39	36

ანუ, უკვე 70-იანი წლებისათვის საბოლოოდ დადასტურდა, რომ ტუბერკულოზის გავრცელების ეპიდემიოლოგიურად საშიში - ნაცხით დადებითი ფილტვის ფორმის ადრეულ ეტაპზე გამოვლენა პერიოდული მასობრივი რენტგენოგრაფიით არაპრაქტიკულია მაშინაც კი, როცა ეს პროცედურა მოკლე ინტერვალებით ტარდება. ამ მეთოდის დამატებითი წინააღმდეგობები ტექნიკურ და ფინანსურ საკითხებს უკავშირდება. ჯანმოს ტუბერკულოზის საკითხების ექსპერტთა მე-9 ანგრიშში აღნიშნულია, რომ მასიური რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა წარმოადგენს მოსახლეობის სკრინინგის ძალზედ ძვირადღირებულ პროცედურას მაშინაც კი, როცა ტუბერკულოზის პრევალენტობა მაღალია.

ასეთ პირობებში საინტერესოა, რა ედო საფუძვლად საბჭოთა სისტემის ტუბერკულოზის კონტროლის არცთუ დაბალი პროფესიონალიზმისა და გამოცდილების მქონე მესვეურთა მიერ გამოვლენის აქტიური მეთოდის უპირატესობის აღიარებას.

ჩვენი კვლევით გამოიკვეთა ორი ძირითადი ასპექტი: 1. მოსახლეობის სანიტარული განათლების, და, შესაბამისად, თვითმომართვის დაბალი დონე და 2. დაავადების ადრეულ სტადიაზე გამოვლენის პრიორიტეტულობა.

1. ჩვენი შედეგებით, აღრიცხვაზე აყვანილი ტუბერკულოზით დაავადებულების საერთო რაოდენობაში პროფილაქტიკური გასინჯვების გზით (მასობრივი და პოლიკლინიკებში სხვადასხვა მიზეზით მისულ პაციენტთა გამოკვლევა) გამოვლენილთა ხვედრითი წილი საშუალოდ 50,5% უტოლდება. ამასთან, რეტროსპექტული ანალიზით წარმოჩინდა, რომ რეგიონების უმრავლესობაში თვითმომართვა დაბალი იყო და ტუბერკულოზის გამოვლენის ძირითადი გზად,

ფაქტობრივად მასობრივი კვლევები რჩებოდა. მაგ. 1986 წელს საქართველოში პროფილაქტიკური გასინჯვებისას გამოვლენილ ავადმყოფთა ხვედრითი წილი 100000 გამოკვლეულზე ასახულია ცხრილში №12 და მიუთითებს რეგიონის მაცხოვრებელთა აქტივობის ხარისხზე.

**ცხრილი №16 პროფგასინჯვებისას გამოვლენილთა წილი, 1986 წელი**

1986 წელი	სულ	მათ შორის		
		მოზრდილები	მოზარდები	ბავშვები
საქართველოს სსრ	32.7	44.1	25.2	10.2
აფხაზეთის ასსრ	46.3	68.4	22.5	14.2
აჭარის ასსრ	34.8	67.1	24.3	10.3
სამხრეთ-ოსეთის აო	170.7	226.3	146.3	82.8
თბილისი	24.2	35.6	15.1	3.4
ქუთაისი	21.3	38.5	47	3.4
ფოთი	30.1	30.9	—	30.9
ჭიათურა	12.5	15.8	—	7.3
რუსთავი	30.7	44	12.6	—
გორი	56.6	56.6	78	49.9
ტყიბული	22.3	29	—	14.2
ზუგდიდი	50.2	48.3	92.3	45.7
წყალტუბო	45.1	57.2	—	26.2
მარნეული	31.5	29.5	—	76.5
რესპუბლიკის რაიონები	31.2	39.5	19.2	10.7
საშ. არით. სიდიდე (Mean)	32,7	44,1	25,2	10,2
საშ. სიდიდე (Median)	12,5	15,8	12,6	7,3
სიხშ. სიდიდე (Mode)	30,7	29,5	22,5	14,2
სტანდარტული გადახრა (Standart Deviation)	1,59	1,84	1,39	0,8

სწორედ აღნიშნული სტატისტიკით შეიძლება აიხსნას ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემაში აქტიური მეთოდისადმი მაშინდელი დამოკიდებულება.

2. არსებობს სხვა, არანაკლებ მნიშვნელოვანი მოტივიც: პროფგასინჯვების გზით ტუბერკულოზის გამოვლენისას გამოვლენის მომენტისათვის დაავადების სტადიის შესწავლამ ცხადყო, რომ საქართველოში მასობრივი სკრინინგით დადგენილი შემთხვევების 68%-ში დაავადება ვლინდება ადრეულ სტადიაზე, ხოლო თვითმომართვისას - შემთხვევათა 51 %-ში გამოვლენის მომენტში დაზიანებულ ორგანოში უკვე არის განვითარებული მნიშვნელოვანი ცვლილებები (დესტრუქცია, დისემინაცია, ღრუ) და ბაცილგამოყოფა.

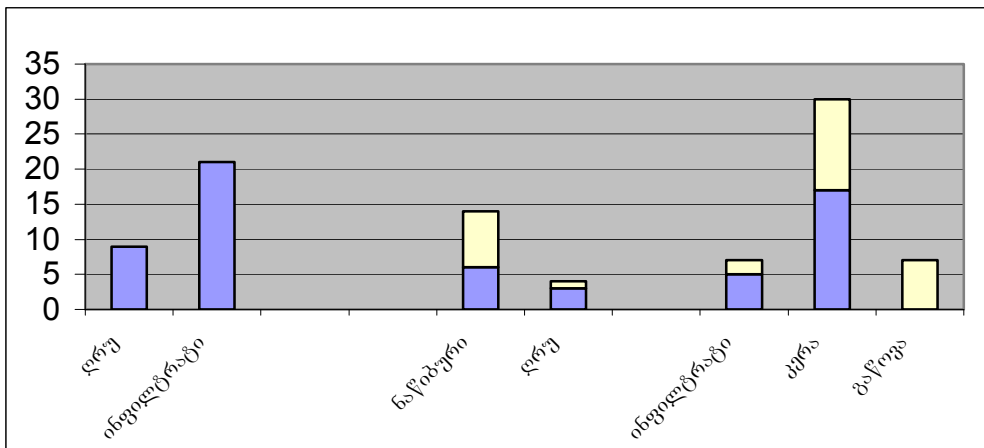
სწორედ ეს ორი მაჩვენებელი - დესტრუქციის არსებობა რენტგენოლოგიური კვლევისას და ბაცილგამოყოფა-ნახველის ბაქტერიოლოგიური კვლევისას, ითვლებოდა საბჭოთა მოდელის დროს ტუბერკულოზის არადროული გამოვლენის კრიტერიუმად.

თანამედროვე შეხედულებების თანახმად, გამოვლენის დროულობის შესაფასებლად წამყვანია ტუბერკულოზის სიმპტომების გაჩენიდან დიაგნოზის დადგენამდე გასული დრო. დადასტურებულია, რომ შორსწასული, ნაცხით პოზიტიური ტუბერკულოზის ფორმა შესაძლოა ახალწარმოქმნილი იყოს და პირიქით, მინიმალური დაზიანება იყოს ძველი. ანუ, ახალი შემთხვევების დიდი ნაწილი ვითარდება ჯანსაღ ფილტვში რამოდენიმე თვის განმავლობაში, რის გამოც ბოლო ნორმალური რენგენოგრაფიასა და ფილტვის ტუბერკულოზის დიაგნოზს შორის ინტერვალი, შესაძლოა, ერთ წელზე ნაკლები აღმოჩნდეს. აქედან გამომდინარე, 12 თვიანი და უფრო ნაკლები ინტერვალიც კი არ არის საკმარისი, რომ მასობრივი რენტგენოლოგიური კვლევისას თავიდან ავიცილოთ დაავადების შორსწასული, მწვავე ფორმების განვითარება. 12 თვეზე ნაკლებ პერიოდში სკრინინგი არ ითვლება პრაქტიკულად. დადგენილია (იაპონიაში ჩატარებული კვლევებით), რომ პაციენტი სიმპტომების გაჩენამდე, ადრეულ (სუბკლინიკურ) სტადიაზე, პროფგასინჯვების შედეგად არ ვლინდება და პირიქით, მასობრივი რენტგენოგრაფიით გამოვლენილ შემთხვევათა დიდი ნაწილი მაინც უკვე შორსწასულ, ნაცხით პოზიტიურ ეტაპზე იქნებოდა. ანუ, მასობრივი რენტგენოგრაფია ვერ უზრუნველყოფს შემთხვევის უმეტესი ნაწილის გამოვლენას დაავადების ჩამოყალიბებისთანავე. აქედან გამომდინარე, არსებითია დაავადების დროული (სიმპტომების გაჩენისთანავე) გამოვლენა და არა ადრეული (რენტგენოლოგიური ცვლილებები სიმპტომების არსებობისა და ნაცხის პოზიტიურობის გარეშე). ამიტომ, სიმპტომების არარსებობისას ტუბერკულოზის გამოვლენისათვის მასობრივი რენტგენოგრაფიის და ჩივილების არსებობისას ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისათვის მხოლოდ რენტგენოლოგიური მეთოდის გამოყენება, არასწორია.

ჩნდება კითხვა, 60წლიანი გამოცდილების მიუხედავად, რატომ არ იქნა მიღებული ასეთი დასკვნები წინა მოდელის დროს. მასალის ანალიზმა აჩვენა, რომ აქ არსებითია 2 მომენტი: ტერმინების "ადრეული" და "დროული" გამოვლენა დაზუსტება და განკურნების მაჩვენებლად რენტგენოლოგიური ცვლილებების სრული აღაგების ან გაკირის მიჩნევა, რაც განაპირობებდა რენტგენოლოგიური მეთოდისადმი გადაჭარბებულ დამოკიდებულებასაც და მკურნალობის ხანგრძლივობასაც (მკურნალობის შედეგები ფასდებოდა არა მხოლოდ კლინიკური

და ბაქტერიოლოგიური გაუმჯობესებით, არამედ რენტგენოდინამიკითაც, რასაც განკურნების შემთხვევაში 9-12 თვე სჭირდება. სამკურნალო რეჟიმების ხანგრძლივობა მისადაგებული იყო სწორედ ამ ვადებისადმი). საინტერესო შედეგები მივიღეთ ამ მიმართულებით კვლევისას თანამედროვე პირობებში: DOTS სტრატეგიით ნამკურნალები პაციენტების რენტგენოლოგიური მონიტორინგი პროგრამით გათვალისწინებული არ არის, მაგრამ, პაციენტთა ნაწილი საკუთარი ინიციატივით, მკურნალობის დასრულებიდან 2-3 თვეში იტარებს საკონტროლო რენტგენოლოგიურ გამოკვლევას, ნაწილი კი - რესპირატორული სიმპტომების გამოვლენის გამო, მათი არატუბერკულოზური გენეზის დასადგენად. აღმოჩნდა, რომ მკურნალობის დასასრულისათვის და 3-6 თვის შემდეგ ჩატარებული რენტგენოლოგიური კვლევის შედეგების დადებითი დინამიკა განკურნებულ პაციენტებში თვალსაჩინოა. ანუ, აღინიშნება რენტგენოლოგიურ ცვლილებათა სრული გაწოვა ან ჩაკირული კერების არსებობა, მაშინ, როცა მკურნალობის დასასრულისათვის მათ აღენიშნებოდათ დადებითი რადიოგრაფიული დინამიკა, მაგრამ ცვლილებების სრულ ალაგებას ადგილი არ ჰქონდა, რაც ასახულია სურათზე:

**სურათი 11. რენტგენოდინამიკა მკურნალობის დასრულებიდან 3-6 თვეში განკურნებულ პაციენტებში**



ამრიგად, დადებითი რენტგენოდინამიკა 3-6 თვით ჩამორჩება ვადებში კლინიკურ და ბაქტერიოლოგიურ დინამიკას (რეაბილიტაციის პერიოდი) და განკურნების შემთხვევებში აუცილებლად ვითარდება ჩაკირვის ან გაწოვის მიმართულებით. ეს ხსნის მკურნალობის გრძელვადიანი რეჟიმების დანიშვნის საფუძველს წინა სტრატეგიის მოქმედებისას და ამასთანავე, ასაბუთებს აბაცილირების, კერის

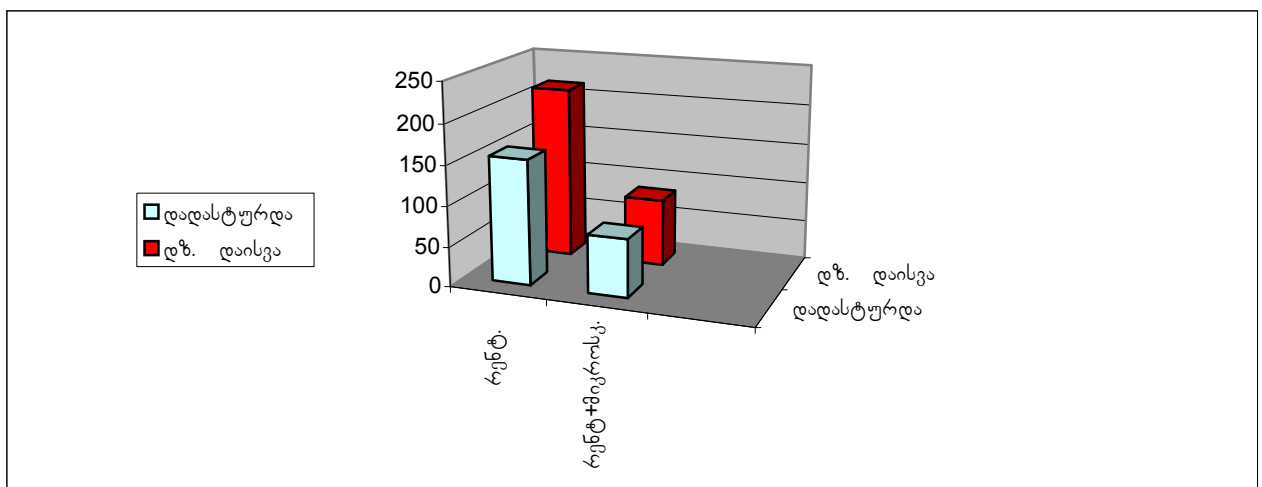
სანიღრების წამყვან როლს პროცესის სრულ უკუგანვითარებაში. მეორეს მხრივ, ცხადია, რომ განკურნების მაჩვენებლად რადიოგრაფიული კვლევის შედეგების მიჩნევამ მექანიკურად აამაღლა ამ მეთოდის დიაგნოსტიკური როლი ტუბერკულოზის გამოვლენაში.

ამასთან, მნიშვნელოვანია, რომ როგორც საბჭოთა, ისე DOTS მოდელის დროს ტუბერკულოზის საბოლოო დიაგნოსტიკა ემყარება მასალაში გამომწვევის აღმოჩენას. მაგრამ, რადგანაც საბჭოთა მოდელის დროს ხშირი იყო ერთადერთ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმად რენტგენოლოგიური კვლევის შედეგის მიჩნევა(განსაკუთრებით ფ/გ და მგბ( ) შემთხვევებში), ეს ტენდენცია ინერციით გაგრძელდა გარდამავალ და შემდგომ DOTS პერიოდშიც, რამაც განაპირობა როგორც ჰიპერდიაგნოსტიკის, ისე ჰიპოდიაგნოსტიკის შემთხვევები. ჩვენ მიერ შესწავლილი ტუბერკულოზზე საექვო 300 პაციენტის შემთხვევაში ტუბერკულოზის დადგენის პროცესი ასახულია ცხრილში №13 და მე-12 სურათზე

**ცხრილი №17. რენტგენოლოგიური და ბაქტერიოლოგიური მეთოდებით დადგენილი წინასწარი და საბოლოო დიაგნოზი ტუბერკულოზზე საექვო პირებში**

TB საექვო პირების რაოდენობა სულ	TB დიაგნოზი დაუდგინდა		TB დიაგნოზი დადასტურდა	
	რენტგ. კვლევით(Iჯგ)	რენტგ+ ბაქტერიოსკ(II).	I ჯგუფში	II ჯგუფში
300	216	84	156(74%)	72(83%)

**სურათი 12. ტუბერკულოზის დადასტურების სიხშირე დიაგნოზირების სხვადასხვა მეთოდის გამოყენებისას.**



ანუ, ჰიპერდიაგნოსტიკა მხოლოდ რენტგენოლოგიური კვლევისას = 26%, ხოლო დიაგნოსტიკის ორივე საშუალების გამოყენებისას = 17%. ეს ნიშნავს, რომ სათანადო კონტროლის გარეშე, I ჯგუფში 60 შემთხვევაში დაინიშნებოდა უსაფუძვლო ქიმიოთერაპია, ხოლო მეორე ჯგუფში - 12 შემთხვევაში. ანუ, არასწორი მკურნალობის ალბათობა 5-ჯერ ნაკლებია ბაქტერიოლოგიური მეთოდის გამოყენებისას. გამოიკვეთა აგრეთვე "სეზონური რყევები": ზამთრის თვეებში ჰიპერდიაგნოსტიკის შემთხვევები იკლებს, უფრო მეტიც, არის ჰიპოდიაგნოსტიკის შემთხვევები, ხოლო გაზაფხულსა და შემოდგომაზე ჰიპერდიაგნოსტიკა უფრო ხშირია. მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენი შედეგები მცირე მასალაზეა შესწავლილი, არსით ემთხვევა სხვა მკვლევართა შედეგებს დიაგნოსტიკის რენტგენოლოგიური და ბაქტერიოსკოპული მეთოდის ეფექტურობის შესახებ. ასე, მაგ. დადასტურებულია, რომ ფირების 26-43 % შეიძლება იყოს ჰიპოინტერპრეტირებული. დანიელ მკვლევართა ჯგუფში ჰიპოინტერპრეტაცია მოხდა 32%-ში, ჰიპერინტერპრეტაცია - 2%-ში. მოგვიანებით ეს დადასტურდა კვლევებით დიდ ბრიტანეთში, ხოლო აშშ-ში ჩატარებული ფართომასშტაბიანი კვლევის შედეგებით ჰიპოინტერპრეტაციის დონე შეადგენდა 39%-ს, ჰიპერინტერპრეტაციისა კი-1,2%. ბენგალორის (ინდოეთი) ტუბერკულოზის ეროვნული ინსტიტუტის მიერ ჩატარებული მრავლისმომცველი სოციალურ-ეპიდემიოლოგიური კვლევის საფუძველზე დადგენილია ასევე კორელაცია ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის რენტგენოლოგიურ და ბაქტერიოლოგიურ მეთოდთა შორის: 12%-ში ადგილი ჰქონდა ჰიპოდიაგნოსტიკას, ხოლო 37%-ში-ჰიპერდიაგნოსტიკას. აქ გამოიკვეთა ერთი კანონზომიერება: ჩვენი კვლევებისა და მაღალი პრევალენტობის ქვეყნებში წარმოებული კვლევების დროს ჰიპერდიაგნოსტიკის შემთხვევები ჭარბობს ჰიპოდიაგნოსტიკის შემთხვევებს, ხოლო დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებში ჰიპოდიაგნოსტიკა >ჰიპერდიაგნოსტიკაზე. ანუ, სუბიექტური (ინტერპრეტატორი) ფაქტორის გარდა მნიშვნელოვანია სხვა ფაქტორთა კომპლექსიც, რაც გაპირობებულია ქვეყანაში ტუბერკულოზის გავრცელების დონით. საქართველოში ჰიპერდიაგნოსტიკის სიჭარბე ჰიპოდიაგნოსტიკასთან შედარებით მიუთითებს ინტერპრეტატორთა ცოდნისა და გამოცდილების გავლენაზე, ერთის მხრივ(სუბიექტური ფაქტორი) და ტუბერკულოზის აქტუალობაზე ქვეყანაში, მეორეს მხრივ(ობიექტური ფაქტორი).

ამრიგად, გარდა პაციენტის დაბალი აქტივობისა და დაავადების განვითარების თავისებურებისა, ტუბერკულოზის დროულ გამოვლენაზე გავლენას ახდენს ზოგადი სამედიცინო ქსელის ფაქტორიც.

მიღებული შედეგები მიუთითებს, რომ არსებულ ეტაპზე საქართველოში მკაცრად პასიური მეთოდი გაუმართლებელია არა მარტო პაციენტის ქცევის, არამედ სამედიცინო ქსელის დონის გათვალისწინებითაც და აუცილებელია, მოხდეს მოსახლეობის, ფთიზიატრიული და ზოგადი ქსელის აქტივირება დროული გამოვლენის მიმართულებით, მაგრამ არა მასობრივი რენტგენოგრაფიით, არამედ *ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნების გაჩენისთანავე ექიმთან მიმართვის აქტივირებით*. ამ მოსაზრების დასასაბუთებლად ჩვენ შევისწავლეთ მოსახლეობის და ზოგადი ქსელის ექიმთა *ინფორმირებულობა* ტუბერკულოზის შესახებ, რაც ასახულია შესაბამის ცხრილსა და დიაგრამაზე.

**ცხრილი №18. მოსახლეობის TB ინფორმირებულობა**

რესპოდენტთა ტიპები	რაოდენობა (სიხშირე/%)	კარგად ინფორმირებული	საშუალოდ ინფორმირებული	ცუდად ინფორმირებული	ინფორმაციას არ ფლობს
გამოკითხულთა საერთო რაოდ.	580 (100%)	90 (15,5%)	157 (27,1%)	236 (40,7%)	97 (16,7%)
მათ შორის ქალაქის მოსახლეობა	300 (51,7%)	27 (9%)	74 (24,6%)	143 (47,6%)	56 (18,6%)
სოფლის(ცემი, მუხური) მოსახლეობა	200(100*+100) (34,5%)	40(34*+6) (20%) <sup>^</sup>	46 (27*+19) 23%	75 (30*+45) (37,5%)	39 (9*+30) (19,5%)
ზოგადი ქსელის ექიმები	80 (13,8%)	23 (28,7%)	37 (46,3%)	18 (22,5%)	2 (2,5%)

\* ცემის მოსახლეობის გამოკითხვის შედეგები

*კარგად ინფორმირებულში* ვგულისხმობდით ტუბერკულოზის სიმპტომების, გადაცემის გზების ცოდნას, წარმოდგენას დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის მეთოდებზე; *საშუალოდ ინფორმირებულში*-ცოდნას სიმპტომების, გადაცემის გზებისა და მკურნალობის შესახებ; *ცუდად ინფორმირებულში* -სიმპტომების ცოდნა და წარმოდგენა გადაცემის გზებზე; *ინფორმაციას არ ფლობს* -არ იცის სიმპტომები, ან იცის მხოლოდ ერთი მათგანი.

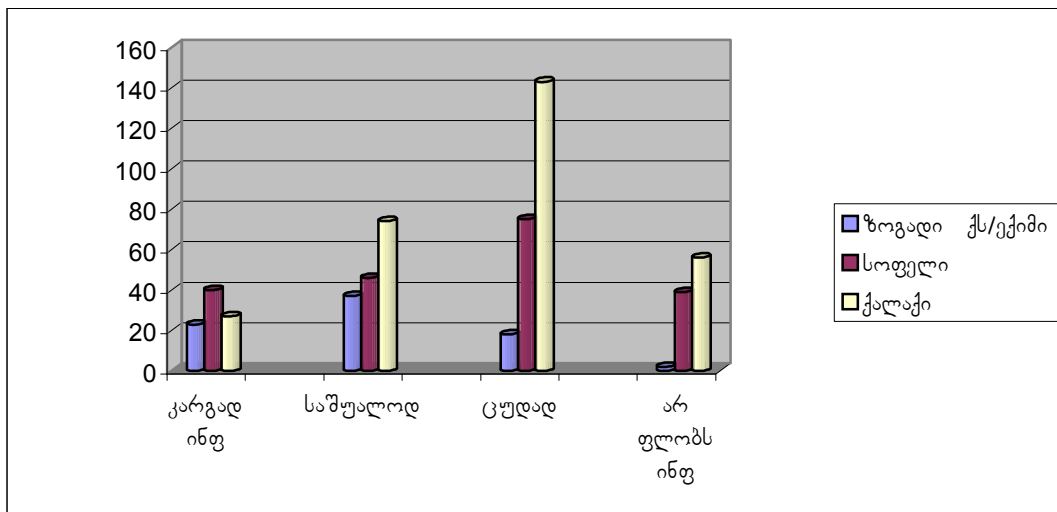
რესპოდენტთა იმ ნაწილში, რომელიც ინფორმაციას არ ფლობს ან ცუდად ინფორმირებულია, მოხვდნენ სამედიცინო სასწავლებლების სტუდენტები და 20



ზოგადი პროფილის ექიმი (ძირითადად ქირურგები). საინტერესო იყო, რომ ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის ინფორმირებულობა ზოგადად, მნიშვნელოვან განსხვავებას არ გვამჩნევს, უფრო მეტიც, ჩვენს მასალაზე კარგად ინფორმირებულთა უმეტესობა სოფლის მოსახლეობაა, თუმცა ეს არ ასახავს საერთო ტენდენციას ( $p>0,01$ ), რაც გაპირობებულია შესწავლილი არეალის სპეციფიურობით: სოფლის მოსახლეობის გამოკითხვისას აღინიშნა ერთი მნიშვნელოვანი თავისებურება - მუხური დასავლეთ საქართველოში, ჩხოროწყუს რაიონში მდებარეობს და რეგიონში ცნობილია, როგორც სასარგებლო აგარაკი რაქიტით დაავადებული ბავშვებისათვის (მინერალური წყალი ლუგელა 56% კალციის შემცველობით, რომელიც ჩაედინება ადგილობრივ მდინარე ხობისწყალში), ხოლო ცემი მდებარეობს აღმოსავლეთ რეგიონში და ცნობილია, როგორც სასარგებლო აგარაკი რესპირატორული პრობლემების მქონე ბავშვებისა და მოზარდებისათვის. ადგილობრივი მოსახლეობის ძირითადი შემოსავალი ზაფხულის თვეებში მოაგარაკეთათვის საცხოვრებლის მიქირავებაა. მოაგარაკეთა უმრავლესობა 3-5 კვირით ჩადის ცემში, რაც საკმარისია მასპინძელთან ახლო ურთიერთობის დასამყარებლად. ამიტომ ადგილობრივები კარგად არიან ინფორმირებული რესპირატორული დაავადებების, მათ შორის ტუბერკულოზის შესახებ. კვლევის შედეგები თვალსაჩინოდ ისახება დიაგრამაზე.

**სურათი13. TB ინფორმირებულობის მიხედვით მოსახლეობის სხვადასხვა ჯგუფების შედარების**

**შედეგები**



ტუბერკულოზის გამოვლენის ვადები, ინფორმირებულობის გარდა, მნიშვნელოვნადაა დამოკიდებული პაციენტის ქცევასა და სამედიცინო მომსახურების დონეზე. ჩვენ შევისწავლეთ ზოგადი ქსელისა და ფთიზიატრიული სამსახურების როლი ტუბდაავადებულთა გამოვლენაში.

შესწავლილ იქნა ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში სტაციონარულ მკურნალობზე შემოსული 300 პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია, რომელთა შორისაც გამოიყო:

ზოგადი ქსელიდან,

ტუბდიპანსერიდან,

თვითდინებით შემოსულები,

ამასთან, გამოიყო:

თბილისისა და რეგიონების ზოგადი სამედიცინო ქსელიდან შემოსულები;

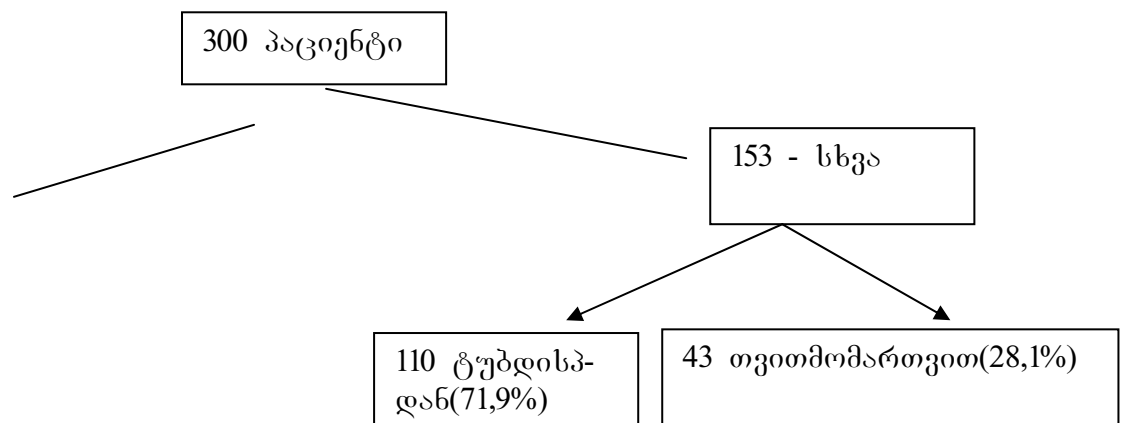
ბაცილგამომყოფები დესტრუქციული პროცესით ექიმთან ვიზიტის მომენტიდან ცენტრში შემოსვლამდე ვადების მიხედვით;

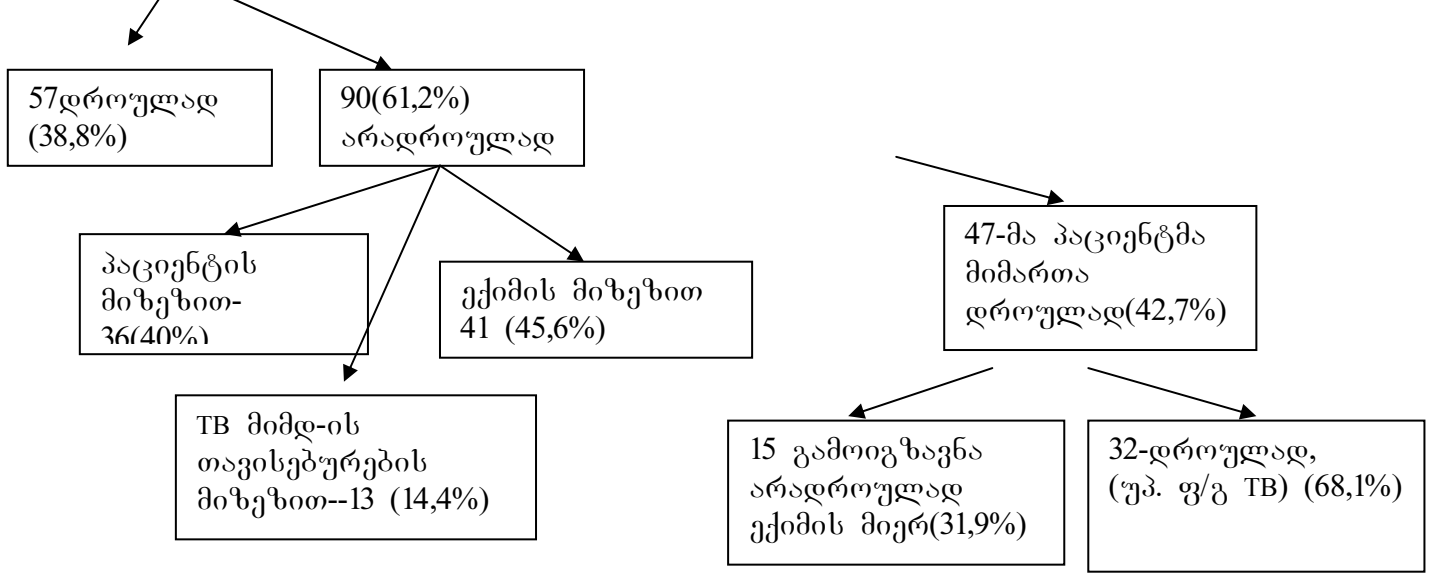
პირველადები და მათ შორის დაგვინებული შემთხვევები დაავადების ფორმის მიხედვით;

არადროულად შემოსულთა საერთო რაოდენობა. მათ შორის გამოიყო ჯგუფები პაციენტის, ექიმის და დაავადების მიმდინარეობის თავისებურებების მიზეზებით დაგვინების მიხედვით;

მკურნალობის სქემები ზოგად ქსელში და არასწორი მკურნალობის შედეგად განვითარებული გართულებები.

კვლევის სტრუქტურა და შედეგები სქემის სახით წარმოვადგინეთ:



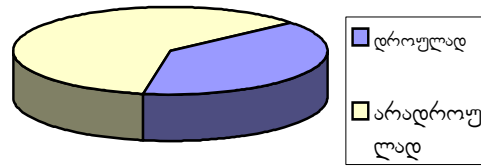
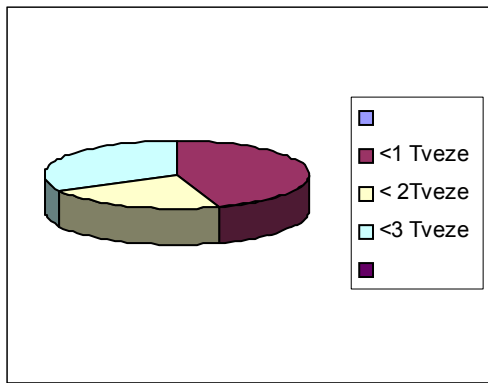


ანუ, ზოგადი ქსელის ექიმის მიზეზით დაგვიანებით შემოვიდა 45,6 %, ტუბლისპანსერიდან ანუ ფთიზიატრის მიზეზით - 32%, ე.ი. შეცდომა 14%-ით ნაკლებია. მაგრამ, გასათვალისწინებელია ისიც, რომ არადროულთა შემთხვევაში ადგილი ჰქონდა რეზისტენტობას, რამაც განაპირობა უშედეგო მკურნალობა დისპანსერის დონეზე, სადაც ჩვენი კვლევის პერიოდში რეზისტენტობის დადგენა არ წარმოებდა, ხოლო დროულად შემოსულთა უმრავლესობას ფ/გ TB ჰქონდა, რის გამოც ფთიზიატრი იძულებული იყო გამოეგზავნა ცენტრში. ამდენად, ეს სხვაობა რეალურად ნაკლებია და ნიშნავს, რომ ჩვენ მიერ კვლევის წარმოების პერიოდში ფთიზიატრთა DOTS შესაბამისი TB ინფორმირებულობა მცირედ აღემატებოდა ზ/ქსელის ექიმთა ცოდნის დონეს.

300 პაციენტიდან 141 პირველადი იყო, პირველადებს შორის ბაცილგამოყოფისა და ფიბრო-კავერნოზულ ფორმების არსებობის, ასევე ზოგად ქსელში მიმართვიდან TB ქსელში გაგზავნამდე გასული დროის მიხედვით გამოვყავით დაგვიანებული შემთხვევები. განვიხილეთ, საერთოდ (პირველადი და განმეორებით), არადროული შემთხვევების წილი. (სურ. 14-15)

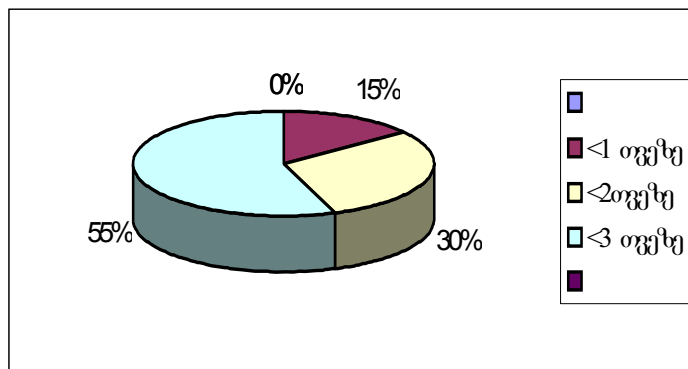
**სურათი 14 არადროული გამოვლენა სულ, ვადების მიხედვით**

**სურათი 15. პირველადებს შორის დროულად და არადროულად გამოვლენილები**



თავის მხრივ, შორსწასული ფორმების მქონე პირველადებს შორის, შემოსვლის ვადების მიხედვით, შემდეგი სურათი გამოიკვეთა:

**სურათი 16 შორსწასული პირველადი შემთხვევების კავშირი გამოგზავნის ვადებთან**

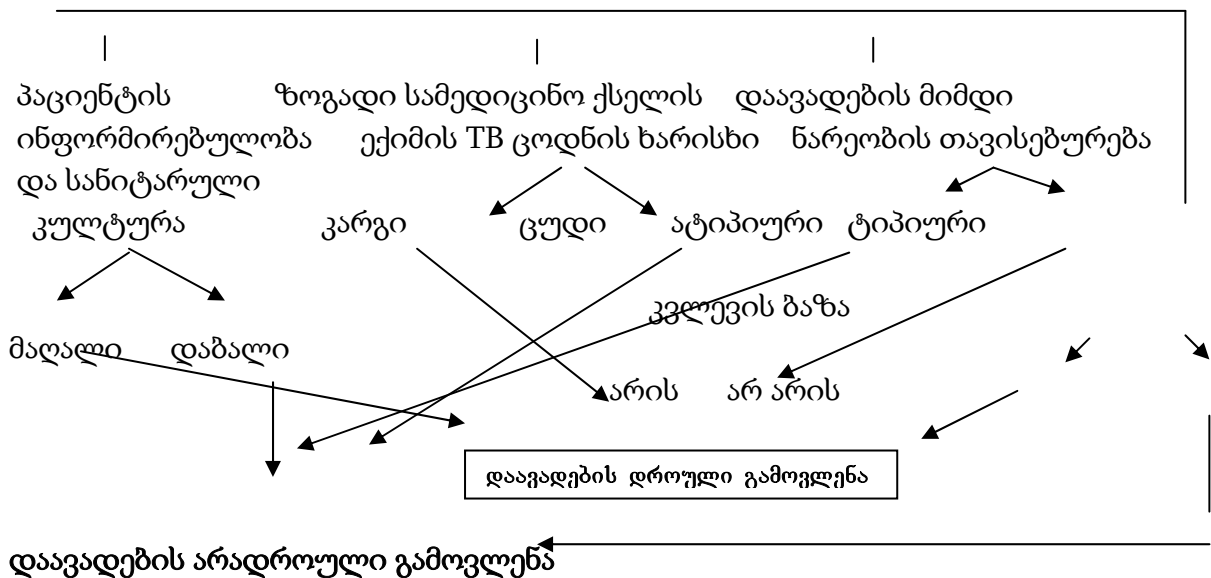


რაც შეეხება მკურნალობას, კვლევით წარმოჩინდა, რომ ზოგად ქსელში ინიშნებოდა შემდეგი ტიპის სქემები: ა. არასპეციფიური მკურნალობა 7-10 დღე, რის შემდეგაც პაციენტი იგზავნებოდა ფთიზიატრის კონსულტაციაზე (სწორი მეთოდი), ბ. არასპეციფიური მკურნალობა 20-40 დღე, სხვადასხვა სქემებით, და მხოლოდ უშედეგო მკურნალობის და მდგომარეობის გაუარესების, ან ტუბერკულოზის ტიპური სიმპტომების გამოვლენის ფონზე იგზავნებოდა ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებაში. გ. მკურნალობის საერთო სქემაში ერთი ან ორი ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატის ჩართვით ხანმოკლე რეჟიმით ან მხოლოდ ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატებით, მაგრამ არასწორი დოზებით, კომბინაციითა და ხანგრძლივობით (არასწორი მკურნალობა). შედეგად, ჩვენს მასალაზე 67 სწორი მიდგომა გამოიკვეთა, ხოლო 41-არასწორი. ამათგან, პირველ ნაწილში მდგომარეობა გაართულდა 5, ხოლო მეორე ნაწილში-25 შემთხვევაში. მონაცემთა სტატისტიკური დამუშავების ანალიზმა

აჩვენა, რომ არასწორი მკურნალობა გართულებების განვითარების მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია (OR=19,4, RR=8,17, P=0,000, 5,8<OR<69,21), რაც უდიდეს პასუხისმგებლობას ანიჭებს ზსქ -ის ექიმს არა მარტო კონკრეტულ პაციენტის, არამედ მთელ საზოგადოების წინაშე, რადგან ხელოვნურად ქმნის ტუბერკულოზის გავრცელების რეზერვუარს. რაც შეეხება სარწმუნოების ინტერვალის ფართო საზღვრებს, იგი მეტწილად მასალის შედარებითი სიმცირით აიხსნება.

ამრიგად, გამოიკვეთა თანამედროვე პირობებში ტუბერკულოზის არადროული გამოვლენის ძირითადი ფაქტორები:

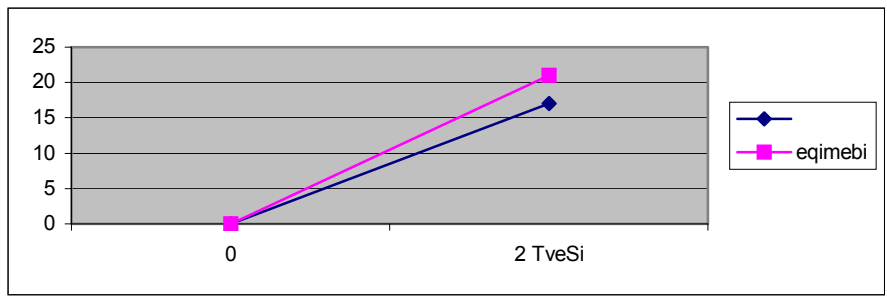
### გამოვლენის დროულობაზე მოქმედი ფაქტორები



მიღებული შედეგების გათვალისწინებით, საზოგადოებისა და ზოგადი სამედიცინო ქსელის აქტივირების მიზნით, ჩვენი კვლევის ფარგლებში, 2002-2003 წლებში შემუშავებულ იქნა საზოგადოებრივ-საგანმანათლებლო პროგრამა (STEP), ხოლო შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდის და საერთაშორისო სამედიცინო კორპორაციის (MSCI) მხარდაჭერით 2005 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდა საინფორმაციო კამპანია და პირველადი ჯანდაცვის ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემაში ინტეგრაციის პროექტი. პირველის მცირე ხნის მანძილზე და მოქმედების ლოკალური ხასიათის გამო, ასევე მეორე პროექტის ამოქმედებიდან გასული დროის სიმცირის გამო პროექტის შედეგების სრული ასახვა ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიურ მახასიათებლებში ვერ მოხდებოდა, მაგრამ

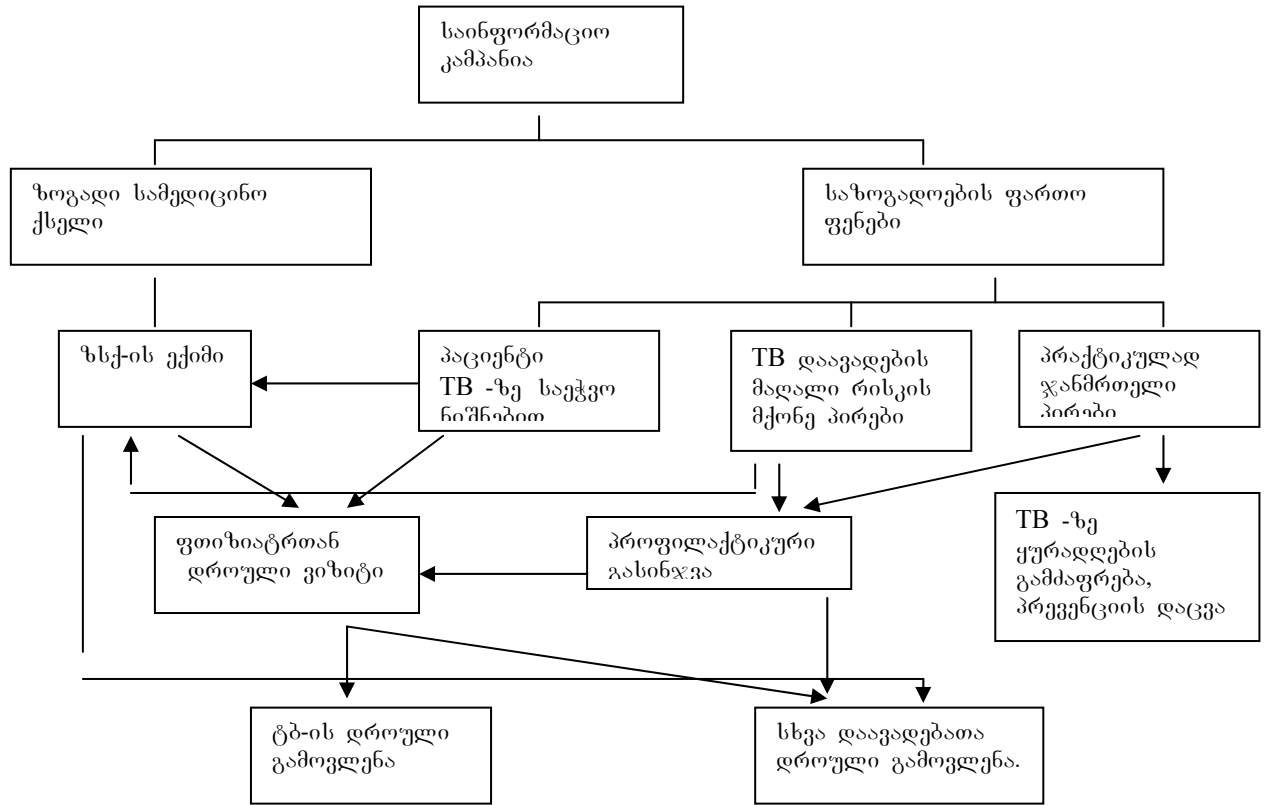
ანკეტირებითა და პირდაპირი ინტერვიუების გზით დადგინდა, რომ საზოგადოებაში გამძაფრდა ყურადღება და ინტერესი ტუბერკულოზის მიმართ (ცხელი ხაზის დატვირთვა საინფორმაციო კამპანიის დასაწყისში-0, კამპანიის დაწყებიდან 3 თვეში-17%), რაც ასახულია სურათზე №17. მოიმატა პირველადი ჯანდაცვის ტრენირებულ ექიმთა ცოდნის დონემ ტუბერკულოზის შესახებ (პრეტესტის საშუალო შედეგი 60%, პოსტტესტის-81%), და დაიხვეწა გამოვლენის მეთოდი(საექვო ნიშნები, რისკ-ფაქტორები--ფთიზიატრის კონსულტაცია). პირველადი ჯანდაცვის ტრენირებულ ექიმთა მართო ორი თვის მუშაობის ანალიზმა აჩვენა, რომ არც ერთ მათგანს ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევა არ დაუტოვებია ტუბდაწესებულებაში გაგზავნის გარეშე და არც ერთ საექვო ან დადასტურებულ შემთხვევაში არ დაუწყია მკურნალობა ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების ჩართვით თერაპიის ზოგად სქემაში, როგორც ეს ხდებოდა არც თუ ისე შორეულ წარსულში. ამასთან, გამოიკვეთა განსაკუთრებული ინტერესი მკურნალობის საკითხისადმი, რაც პჯ ექიმთა მიერ ტუბდაავადებულის დამოუკიდებლად მკურნალობის ალბათობას ზრდის. სწორი მკურნალობის შემთხვევაში, შესაძლოა, ეპიდზარალი დიდი არ იყოს, მაგრამ ეს დაასუსტებს კონტროლის სისტემას და გამოიწვევს ტუბერკულოზის შემთხვევის დაკარგვას. ამ ფაქტის ასაცილებლად საჭიროა ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატების თავისუფალი გაყიდვის აკრძალვის შესახებ კანონის ამოქმედება უმოკლეს ვადებში.

**სურათი 17 მოსახლეობის აქტივობისა და პირველადი ჯანდაცვის ექიმთა ცოდნის დონის დინამიკა საინფორმაციო კამპანიის ფონზე.**



ამრიგად, გამოიკვეთა საინფორმაციო კამპანიის გავლენა ტუბერკულოზის დროული გამოვლენის და, შესაბამისად ეფექტური მკურნალობისა და დაავადების გავრცელების შეჩერების პროცესზე.

საინფორმაციო კამპანიის როლი ტუბერკულოზის დროული გამოვლენის საქმეში.



ტუბერკულოზის მკურნალობა

DOTS ძირითადი უპირატესობა ტუბერკულოზთან ბრძოლის სხვა სტრატეგიებთან შედარებით არის მკურნალობის სტანდარტული სქემების გამოყენება, რაც მაქსიმალურად გამორიცხავს სუბიექტური მიზეზის საექიმო შეცდომებს და უზრუნველყოფს მიკობაქტერიის ზრდისა და გამრავლების შეჩერებას, გამომწვევის განადგურებას და რეზისტენტობის განვითარების აცილებას. საბჭოთა მოდელის დროს არსებობდა ინდივიდუალიზებული სქემები და კომპლექსური მკურნალობა, რომლის ეფექტურობაც ასევე მაღალი იყო სწორი დანიშნულების, რეგულარული მკურნალობის და მგრძობელობის არსებობის შემთხვევაში, მაგრამ ეს სქემები მნიშვნელოვნად იყო დამოკიდებული სუბიექტურ ფაქტორზე. განსხვავებული იყო აგრეთვე მკურნალობის ხანგრძლივობაც, რაც გაპირობებულია

მკურნალობის მონიტორინგის განსხვავებული კრიტერიუმების არსებობით: საბჭოთა მოდელის დროს წამყვანი იყო რენტგენოლოგიური ცვლილებების ალაგება, ხოლო DOTS-ის დროს ნახველის მყარი კონვერსია.

**ცხრილი №19 საბჭოთა და DOTS მოდელისას გამოყენებული მკურნალობის სქემების შედარების შედეგები**

მახასიათებლები	საბჭოთა მოდელი	DOTS მოდელი
მკურნალობის სქემა	კომპლექსური, ინდივიდუალიზებული: ეტიოტროპული+სიმპტომურ-პათოგენეზური+სანატორულ-კურორტული	ეტიოტროპული, სტანდარტული
მკურნალობის ხანგრძლივობა	9-12 თვე	6-9 თვე
მკურნალობის ეფექტურობის მონიტორინგი	რენტგენოდინამიკა+აბაცილირება	ნახველის მყარი კონვერსია

მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად შევისწავლეთ აბაცილირების და რენტგენოდინამიკის სტატისტიკა წინა მოდელის შემთხვევაში და მკურნალობის გამოსავლების მაჩვენებლები თანამედროვე პროგრამის პირობებში. მაჩვენებელთა განსხვავება პირდაპირი შედარების საშუალებას არ იძლევა. ამიტომ, ჩვენ ისტორიულ ასპექტში განვიხილეთ, რა ცვლილებები განიცადა მკურნალობის შეფასების კრიტერიუმებმა.

**ცხრილი №20 მკურნალობის გამოსავლები საბჭოთა და DOTS მოდელის დროს**

პერიოდი	საბჭოთა მოდელი	DOTS პერიოდი
მკურნალობის გამოსავლები	განკურნება; გაუმჯობესება; გაუარესება; მოკვდა; სხვაგან გადასვლა.	განკურნება; დასრულებული მკურნალობა; უშედეგო მკურნალობა; შეწყვეტილი მკურნალობა; სხვა დაწესებულებაში გადაყვანა; მოკვდა.

ანუ, არსებითი განსხვავება არის ისეთი მაჩვენებლის არარსებობა საბჭოთა პერიოდში, როგორცაა შეწყვეტილი მკურნალობა. რაც შეეხება მკურნალობის ეფექტურობის მაჩვენებლებს, მონაცემები მოცემულია ცხრილების სახით:



**ცხრილი №21. მკურნალობის ეფექტურობა 1986 წელი**

1986წელი	რღვევის ღრუს დახურვა (%)	აბაცილირება (%)	III ჯგუფში გადაყვანა (%)	V ზ ჯგუფში გადაყვანა (%)
საქართველოს სსრ	86.1	87.5	26.6	25.7

**ცხრილი №22. მკურნალობის გამოსავლები-2002-2004 წლები**

გამოსავალი	2002		2003	
	აბს.	%	აბს.	%
წარმატებული	3530	64,1	3532	66,5
შეწყვეტილი	1160	21,1	1085	20,4
უშედეგო	42	0,8	102	1,9
მოკვდა	134	2,4	152	2,9
სხვაგან გადასვლა	641	11,6	443	8,3
სულ	5507	100	5314	100

შედარებითი ანალიზის შედეგებმა აჩვენა, რომ DOTS ძირითადი პრობლემა არის შეწყვეტილი მკურნალობის მაღალი და წლების მიხედვით თითქმის უცვლელი მაჩვენებელი. ოფიციალური სტატისტიკური მონაცემების ბაზის საფუძველზე მკურნალობის გამოსავლებს შორის შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევების წილის შესწავლამ, მათ შორის მგბ(+), ანუ ეპიდემიოლოგიური თვალსაზრისით საშიში შემთხვევების გამოყოფამ აჩვენა, რომ ეს თემა ერთ-ერთი ყველაზე აქტუალურია საქართველოსთვის თანამედროვე პირობებში. სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზის ანალიზის შედეგების განაწილება მოყვანილია ცხრილში №23.

**ცხრილი №23 შეწყვეტილი მკურნალობის წილი მკურნალობის გამოსავლებს შორის 1999-2003 წლებში.**

წლები	შეწყვეტილი მკურნალობის წილი %-ში	მათ შორის საწყის სტადიაზე იყო				სულ
		მგბ(+)		მგბ(-)		
1999	21,5%	78	24,9%	234	23%	312
2000	22,3%	119	25,7%	345	26,7%	464
2001	20,5%	225	24,8%	394	23,7%	619
2002	16,1%	263	19%	570	22,3%	833
2003	15,2%	285	19,5%	539	23,7%	824

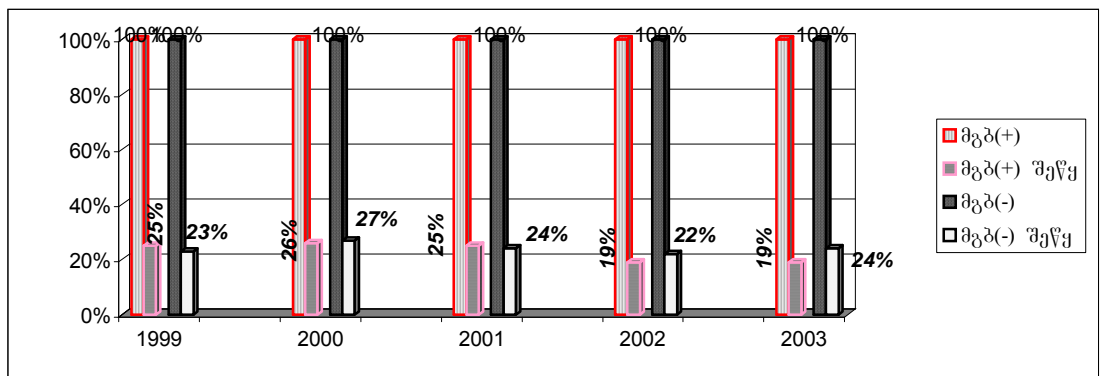
საგულისხმოა, რომ საწყის სტადიაზე მგბ(+) პირი მკურნალობის შეწყვეტის მომენტში, შესაძლოა, აღარ გამოყოფდა მიკობაქტერიებს, და პირიქით, საწყის სტადიაზე მგბ(-) პირი შეწყვეტის მომენტში ბაცილგამომყოფი იყო. სტატისტიკური ბაზით ამის შესახებ მსჯელობა ძნელია, ამიტომ ეს საკითხი ცალკეული ისტორიის განხილვის საფუძველზე შევისწავლეთ. აქაც, ცხადია, ხშირია მკურნალობის შეწყვეტის შემთხვევები იმ მომენტში, როცა განმეორებითი კვლევა მგბ-ზე ჯერ არ არის ჩატარებული.

რადგანაც შეწყვეტის მომენტში მგბ-გამომყოფთა ზუსტი რიცხვის დადგენა შეუძლებელია, ეპიდემიოლოგიურ ზარალზე არაპირდაპირი გზით შეიძლება ვიმსჯელოთ:

თუ გავითვალისწინებთ, რომ ყოველი ბაცილგამომყოფი ტუბდაავადებული წელიწადში საშუალოდ 10-15 ადამიანს აინფიცირებს, ხოლო დაინფიცირებულთა 10% ავადდება ტუბერკულოზით, სულ მცირე  $n \times 10$  დაინფიცირდება და  $n$  დაავადდება ტუბერკულოზით. მაგ. 2003 წლის მონაცემებით-285-მა მგბ დადებითმა შეწყვიტა მკურნალობა, ანუ დაინფიცირდა 2850 და დაავადდა 285.

მგბ(+) პირების საერთო რაოდენობის მიმართ შეწყვეტილი მკურნალობის მგბ(+) შემთხვევების წილი წლების მიხედვით დინამიკაში მკვეთრ ცვლილებებს არ განიცდის(სურ.18), რაც მიანიშნებს, რომ ამ მიმართულებით მუშაობა არასრულყოფილია.

**სურათი 18. მგბ(+) პირების საერთო რაოდენობის მიმართ შეწყვეტილი მკურნალობის მგბ(+) შემთხვევების წილი დინამიკაში(1999-2003წწ)**



ასევე, რადგან შეწყვეტილი მკურნალობა არის რეზისტენტული ტუბერკულოზის განვითარების ძირითადი მიზეზი, პაციენტის მდგომარეობის დამძიმების შემდეგ განმეორებითი მკურნალობა I რიგის მედიკამენტებით ხშირ შემთხვევაში (რეზისტენტული ტუბერკულოზი) უშედეგო იქნება. ეს კი ნიშნავს, რომ ეს პირები გაავრცელებენ ტუბერკულოზის რეზისტენტულ ფორმას (პირველადი რეზისტენტობა), რაც კიდევ უფრო ამძიმებს შეწყვეტილი მკურნალობის ეპიდემიოლოგიურ შედეგებს.

საკითხის მნიშვნელოვანი სიმწვავის გამო აუცილებლად მივიჩნიეთ შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევების გაღრმავებული შესწავლა და მიზეზების დადგენის მიზნით ჩავატარეთ განმეორებით მკურნალობაზე მყოფი 150 პაციენტის ანკეტირება

და ინტერვიუება, მათ შორის ისეთების, რომელთაც წარსულში შეწყვეტილი ჰქონდათ მკურნალობა (სულ 50 შემთხვევა).

გამოიკვეთა შემდეგი ძირითადი მიზეზები და მათი განაწილება: ფიზიკური მიზეზის გამო მკურნალობის შეწყვეტა აღინიშნა 13(26%), ფინანსურის გამო-17(34%), ფსიქოლოგიურის გამო-20(40%) შემთხვევაში; 50-დან 31(62%) შემთხვევაში დასახელდა ერთზე მეტი მიზეზი, ძირითადად ფსიქოლოგიური+ფიზიკური და/ან ფინანსური, ან ფიზიკური+ფინანსური..

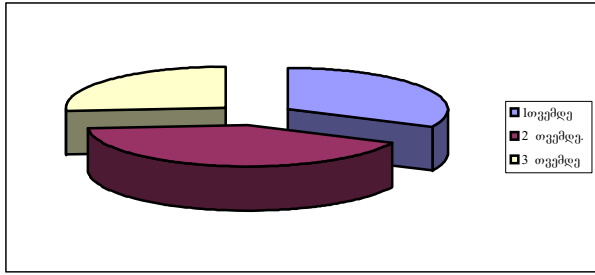
ამასთან, ფსიქოლოგიურში იგულისხმებოდა: მდგომარეობის გაუმჯობესება, მდგომარეობის გაუარესება ან უცვლელია, განმეორებითი შემთხვევა, სხვა პაციენტის მდგომარეობის დამძიმება, უსასობა, ფსიქასთენია, სტიგმა. ფინანსურში: ა) ტუბდაწესებულებამდე მისასვლელი ტრანსპორტის, საკვების, გათბობისათვის საჭირო სახსრების უქონლობა; ბ) მუშობის გაგრძელების სურვილი, ოჯახის მარჩენალის გარეშე დატოვების შიში. ფიზიკურ მიზეზებს ვუწოდებდით პაციენტის ტუბდაწესებულებამდე მისვლის ფიზიკურ სირთულეს--სიშორე, პაციენტის მძიმე მდგომარეობა, გადაადგილების შეუძლებლობა, ტრანსპორტისა და გზის პრობლემები.

მკურნალობის შეწყვეტის კავშირი მისი დაწყების ვადებთან ასე წარმოჩინდა: ა) ქიმიოთერაპიის დაწყებიდან 1 თვემდე შუალედში მკურნალობა შეწყვიტა 16(32%), ბ) 2 თვემდე შუალედში- 21(42%), გ) 3 თვემდე - 13(26%) პაციენტმა (ცხრილი№23 და სურ.19)

**ცხრილი№23. მკურნალობის შეწყვეტის სიხშირე მკურნალობის დაწყების ვადებთან მიმართებაში**

ვადები	სიხშირე	პროცენტი	სარწმუნო პროცენტი	საერთო პროცენტი
<1 თვეზე	16	32	32	32
1-2თვე	21	42	42	74
2-3 თვე	13	26	26	100.0
სულ	50	100.0	100.0	

სურათი 19. მკურნალობის შეწყვეტის კავშირი მისი დაწყების ვადებთან



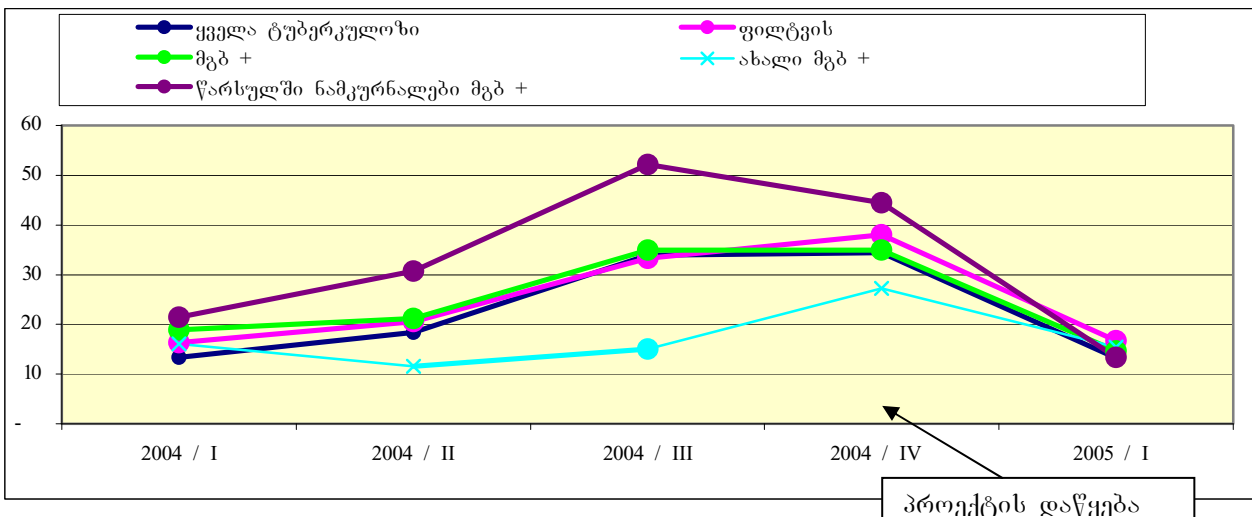
შედეგთა ანალიზმა აჩვენა, რომ მკურნალობის შეწყვეტა უპირატესად ხდება 1-1,5 თვის შემდეგ და მისი უზშირესი მიზეზი არის ფსიქოლოგიური ხასიათის. შემდგომში ამ მიზეზს აღრმავებს ფიზიკური და ფინანსური პრობლემები.

100 შემთხვევაში პაციენტებს, რომელთაც მკურნალობა არ შეუწყვეტიათ, ჰქონდათ მეტი ინფორმაცია საკუთარ დაავადებაზე, მკურნალობის შეწყვეტის შესაძლო შედეგებზე, დადებითი და იმედიანი განწყობა თავისი მკურნალი ექიმის და ზოგადად, პროგრამის მიმართ.

ჩვენ გამოვკითხეთ ის პაციენტები, რომელთაც მკურნალობის გაგრძელება ე. წ. DOT წერტილებში უწევთ, რის შედეგადაც გამოიკვეთა დაავადების შესახებ ცოდნის და დადებითი ფსიქოლოგიური განწყობის როლი მკურნალობის გაგრძელების ინიცირებისათვის. ეს აისახა DOT მაჩვენებლის ცვლილებაზე: თუ DOT მაჩვენებელი წერტილში ვიზიტებამდე იყო 28%, ვიზიტების ფონზე გახდა 89% (DOT სამსახურის მონაცემებით).

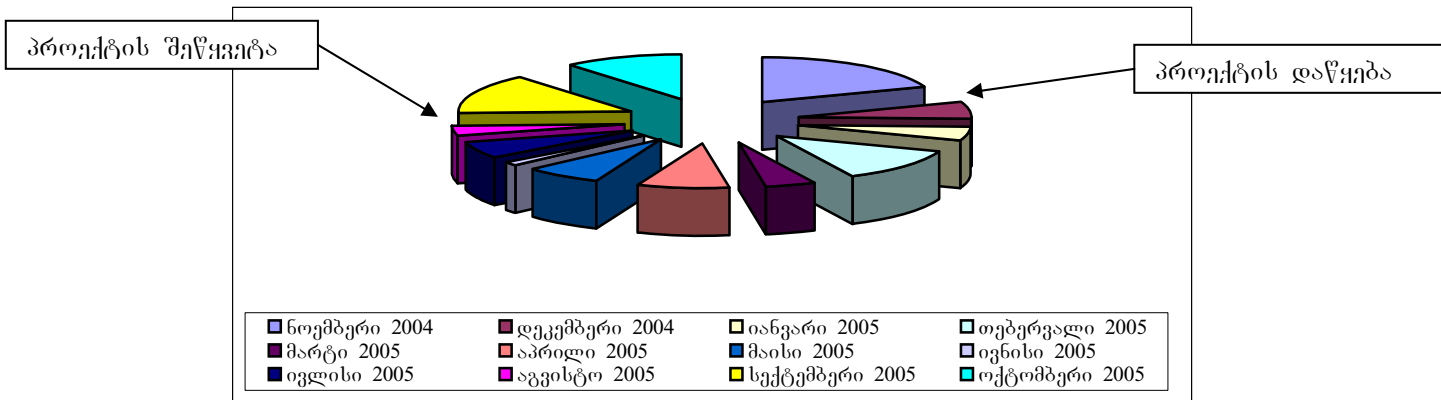
რუსთავის მაგალითზე შევისწავლეთ მდგომარეობა სასურსათო პროექტის ამოქმედების ფონზე: თუ მკურნალობის შეწყვეტის მაჩვენებელი ტუბერკულოზის ყველა რეგისტრირებულ შემთხვევაზე სასურსათო პროექტამდე იყო 45%, სასურსათო პროექტის ფონზე 14%-მდე შემცირდა (სურ.20) (რუსთავის ტუბდისპანსერისა და GOPA-ს მონაცემებით)

სურათი 20. შეწყვეტილი მკურნალობის მაჩვენებელი (ყველა რეგისტრირებული შემთხვევა)



პირიქით, 2005 წლის სექტემბრისათვის სასურსათო პროექტის დროებითი შეჩერება შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევების მკვეთრი მატებით აღინიშნა(სურ.21).

სურათი 21. მკურნალობის შეწყვეტა თვეების მიხედვით



ჩვენი კვლევის შედეგთა ანალიზის საფუძველზე გამოიკვეთა, რომ შეწყვეტილი მკურნალობის პრევენციისათვის აუცილებელია მისი გამომწვევი ობიექტური და სუბიექტური მიზეზების აღმოფხვრა.

შეწყვეტილი მკურნალობის ობიექტური მიზეზების ასაცილებლად, უპირველეს ყოვლისა, აუცილებელია უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ მკურნალობის, მედიკამენტების უწყვეტი მიწოდების და ზოგადად, ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის სრულყოფის უზრუნველყოფა.

სუბიექტური მიზეზის აცილების მნიშვნელოვანი საშუალებებია: მედპერსონალის ტრენინგება (მათ შორის ფსიქოლოგიურ და სტრესის მართვის საკითხებზე); პაციენტისა და მისი ოჯახის წევრების განსწავლა; წამახალისებელი აქტივობა (საკვები, საჩუქარი, დამარწმუნებელი საუბრები და სხვ); ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახური; ფიზიკური და მატერიალური პრობლემების მოწესრიგება.

პირველი სამი ღონისძიების განხორციელება საქართველოში დაწყებულია და სამომავლოდ მათი შედეგები კიდევ უფრო გამოიკვეთება, ფიზიკური და მატერიალური პრობლემების გადაწყვეტა შესაძლებელია მხოლოდ სახელმწიფოებრივ დონეზე, ეკონომიკური, სოციალური და სამართლებრივი პროცესების პროგრესის ფონზე. რაც შეეხება ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახურს, მისი შექმნისა და ამოქმედებისათვის პირველ ეტაპზე აუცილებელია ამ სამსახურის საჭიროების განსაზღვრა.

ჩვენ შევიმუშავეთ სპეციალური კითხვარი (იხ.დანართი) და შევისწავლეთ პაციენტისა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოსტრესის ძირითადი ეტაპები. ცხადია,

ამ ეტაპების მართვისა და დაავადებისა და მკურნალობის სირთულეების გადალახვისათვის ზოგი პაციენტისათვის აუცილებელია დამატებითი ხელშეწყობა. ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახური ის აუცილებლობაა, რომლის გარეშეც ზოგი პაციენტის დაყოლიება არათუ მკურნალობაზე, არამედ განსწავლასა და წამახალისებელი ფორმების მიღებაზეც კი ძალიან გაჭირდება. ქვემოთ მოცემულია ჩატარებული სამუშაოს შედეგები:

2003-2004 წლებში სპეციალური ანკეტის მეშვეობით ეტაპობრივად იქნა გამოკითხული 100 ტუბდაავადებული და მათი ოჯახის წევრები- პირდაპირი ინტერვიუს გზით. კითხვარის მიხედვით მონაცემები ასე განაწილდა:

1. საკუთარი დიაგნოზი მტკივნეულად აღიქვა---100
2. გაუჩნდა განკურნების შეუძლებლობის შიში----24
3. გაუჩნდა იზოლირების შიში---94
4. გაუჩნდა დაავადების ახლობლებში, განსაკუთრებით ბავშვებში, გავრცელების შიში---67
5. გაუჩნდა დაავადებასთან შებრძოლების სურვილი და იმედი ---19
6. განკურნების იმედით დაჰყვა მითითებებს მკურნალობის შესახებ ----46
7. დაკარგა მკურნალობის სურვილი-----11
8. გაუჩნდა სოციალურ-მატერიალური პრობლემების გაღრმავების შიში---84
9. გაუჩნდა ურთიერთობების გაუარესების შიში-----32
10. გაუჩნდა განკურნების შემდგომი პერიოდის მიმართ შიში---69
11. განეწყო დადებითად სამედიცინო პერსონალის მიმართ-----46
12. -----“ ნეიტრალურად “ -----“ ----- 24
13. “-----“ უიმედოდ ‘-----“-----”---30
14. გაუჩნდა სხვა მეთოდებით მკურნალობის სურვილი---29

საკითხის შესწავლის საფუძველზე გამოიყო ტუბდაავადებულთა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოსტრესის ეტაპები გამომწვევი მიზეზის მიხედვით:

***I ტუბდაავადებულთა სტრესის ეტაპები:***

1. ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნების გაჩენა
- 2 ექიმთან ვიზიტი (გამოკვლევები, შედეგთა შეფასება-დიაგნოზის დასაბუთება)
- 3 მკურნალობის სქემების გაცნობა
- 4 დიაგნოზის ახლობლებში გახმაურება

- 5 კონტაქტების გამოკვლევის აუცილებლობა და მათი შესაძლო ავადობის შიში
- 6 კონტაქტური პირის ტუბერკულოზით დაავადება
- 7 იზოლირების შიში და იზოლირების შემთხვევა
- 8 მდგომარეობის უცვლელი ან გაურესება
- 9 განმეორებითი გამოკვლევა
- 10 განმეორებითი მკურნალობა
- 11 განკურნების შემდგომი პერიოდი—ცხოვრების წესის შეცვლა
- 12 სოციალური და მატერიალური პრობლემები

***II ტუბდაავადებულთა ოჯახის წევრების ფსიქოსტრესის ეტაპები:***

1. ოჯახის წევრის ავადმყოფობა, დიაგნოზირების პროცესი
2. ექვი ტუბერკულოზზე
3. ოჯახის წევრის დიაგნოზის დადასტურება
4. "კონტაქტის სინდრომი"-საკუთარი დაავადების შიში
5. პაციენტის მოვლასთან დაკავშირებული ფიზიკური, მორალური და მატერიალური პრობლემები, ცხოვრების წესის შეცვლა
6. საკუთარი, როგორც კონტაქტში მყოფი პირის გამოკვლევა
7. ქიმიოპროფილაქტიკის დანიშვნა
8. ტუბერკულოზის დადასტურება, ოჯახური ტუბერკულოზი

სტრესის ეტაპების განსაზღვრა და თითოეულ ეტაპზე შესაბამისი ფსიქოლოგიური დახმარების გაწევა ხელს შეუწყობს ტუბდაავადებულსა და მისი ოჯახის წევრებს საკუთარი ფსიქოსტატუსის მართვასა და დაავადებასთან ბრძოლისათვის საჭირო ძალების მობილიზებაში, რაც დაეხმარება მას მკურნალობის დასრულებაში.

ამრიგად, საკითხის შესწავლის შემდეგ გამოიკვეთა თანამედროვე პირობებში შეწყვეტილი მკურნალობის აცილების შემდეგი საშუალებები:

- 1) მგბ(+) პაციენტთან **სპეციალური ხელშეკრულების ფორმა** საზოგადოების წინაშე დაავადებულებს მას, როგორც ინფექციის გამავრცელებელს, დაასრულოს მკურნალობის კურსი.
- 2) ტუბდაავადებულთა **ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახური** დაეხმარება მას დაავადების სხვადასხვა ეტაპზე მკურნალობის გაგრძელებასა და დასრულებაში.
- 3) **DDOT წერტილების** სისტემის გაფართოება და გაძლიერება უზრუნველყოფს არა მარტო მონიტორინგს, არამედ მკურნალობის გაგრძელების სურვილს.

4) სხვადასხვა მიზნობრივი პროექტების საშუალებით კვების, მატერიალური, საბინაო პრობლემების მოწესრიგება, ასევე კანონი ტუბდაავადებულის უფლებების შესახებ უზრუნველყოფს პაციენტს და მის ოჯახს მარჩენალის ავადობის პერიოდში, რაც ხელს შეუწყობს საარსებო მინიმუმის მოპოვების მიზნით მკურნალობის შეწყვეტის ფაქტების შემცირებას.

5) საზოგადოების აქტივირება (სწორად დაგეგმილი და წარმართული საინფორმაციო კამპანიის საფუძველზე) ტუბდაავადებულთა მხარდასაჭერად ხელს შეუწყობს ფიზიკური, ფინანსური, ფსიქოლოგიური პრობლემების შემცირებას და შესაბამისად, მკურნალობის ბოლომდე მიყვანას.

შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევათა მინიმიზაცია შეამცირებს როგორც შორსწასული და რეზისტენტული ფორმების განვითარების ფაქტებს, ისე საზოგადოებაში პირველადად რეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელების ალბათობას, რაც საბოლოო ჯამში, ხელს შეუწყობს ტუბერკულოზის შეჩერებას საქართველოში.

რაც შეეხება მკურნალობის ისეთ ფორმებს, როგორცაა სიმპტომური და პათოგენეზური საშუალებების ჩართვა, სანატორული და ქირურგიული მეთოდები, მათი მნიშვნელობა თანამედროვე პირობებში უკანა პლანზეა გადანაცვლებული. არაერთი კვლევით დადგენილია, რომ ეფექტურია მხოლოდ ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატების სტანდარტული სქემებით მკურნალობა უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ. თუმცა, ტუბერკულოზის გართულებების თუ თანმხლები დაავადებების (ფილტვისმიერი გული, მედიკამენტოზური ტოქსიური ჰეპატიტი, თირკმლის ამილოიდოზი და სხვ.) განვითარების პირობებში მკურნალობის სქემებს ემატება შესაბამისი სპეციალისტების დანიშნულებები. საბჭოთა სისტემის დროს ასეთი საშუალებების ჩართვას მკურნალობის საერთო სქემაში, ეტიოტროპულ თერაპიასთან ერთად, კომპლექსური მკურნალობის დატვირთვა ენიჭებოდა. ჩვენ მიერ შესწავლილი მასალა ადასტურებს, რომ პაციენტთა დიდი ნაწილს (42%) დღესაც სჭირდება სიმპტომურ-პათოგენეზური მედიკამენტებით მკურნალობა, მაგრამ პროგრამის ფარგლებში მათი ადექვატური რაოდენობით გათვალისწინება და მიწოდება რთულად განსახორციელებელი ამოცანაა. ამასთან, ფაქტია, რომ პაციენტებსა და მედპერსონალს შორის გაუგებრობებს ხშირად სწორედ ამ საშუალებებზე მოთხოვნილება განაპირობებს.



ათეულობით სამეცნიერო კვლევა მიემდგვნა საბჭოთა პერიოდში ტუბერკულოზის მკურნალობის პროცესში კლიმატური ფაქტორების როლის შესწავლას. დგინდებოდა კლიმატის სხვადასხვა ფაქტორის ზემოქმედებით გამოწვეული ბიოქიმიური მკვრივი მაკროორგანიზმში. თანამედროვე მონაცემებით, მკურნალობის აღნიშნული მეთოდი ერთმნიშვნელოვნად არ გამოიყენება. ასე, მაგ., მადრასში ჩატარებულმა კვლევებმა დაადასტურა, რომ სანატორული მკურნალობის ეფექტურობა არ აღემატება ბინაზე მკურნალობის ეფექტურობას, ამასთან უფრო მეტ ხარჯებთანაა დაკავშირებული. მეორეს მხრივ, თანამედროვე პირობებში კლიმატოთერაპიის როლის გადაფასებას, შესაძლოა, რიგ შემთხვევებში გარკვეული მნიშვნელობა მიენიჭოს. ჩვენი აზრით, კლიმატის ისეთი მნიშვნელოვანი კომპონენტი, როგორცაა ოზონი, შემდგომი შესწავლის საგანს უნდა წარმოადგენდეს, როგორც დამხმარე თერაპიული საშუალება ცუდად ვენტილირებად გარემოში ხანგრძლივად მყოფი ტუბდაავადებულებისათვის (მაგ. მოხუცები, ინვალიდები, სულით ავადმყოფები, პათიმრები). ანუ, განსახილველია ხელოვნური ოზონოთერაპიის შესაძლებლობები. კლიმატოთერაპიის ისტორიული და თანამედროვე ასპექტებიდან მნიშვნელოვანია აგრეთვე, საქართველოში მრავლად არსებული, ამჟამად უფუნქციოდ დარჩენილი სანატორიუმების ტუბდაავადებულებთან კონტაქტში მყოფთათვის პრევენტორიუმებად გამოყენების შესაძლებლობების განხილვა.

მნიშვნელოვნად შეიცვალა მიდგომები ქირურგიული მკურნალობისადმი. თუ საბჭოთა პერიოდში ეს მეთოდი ფართოდ გამოიყენებოდა განსაზღვრულ შემთხვევებში, თანამედროვე პირობებში მისი გამოყენება ფაქტობრივად მხოლოდ დიაგნოსტიკური ინტერვენციების, გართულებების მართვის და პლასტიკურ-რეკონსტრუქციული მიზნით არის მიჩნეული მიზანშეწონილად. რადგან ტუბერკულოზით გამოწვეული ნარჩენი მოვლენები და ინვალიდობა სტიგმის, დეპრესიის, შრომის უნარის შეზღუდვისა და დაკარგვის ძირითადი მიზეზებია, ქირურგიული გზებით ამ მიზეზების მინიმუმამდე დაყვანა ამ მეთოდის მნიშვნელობას სოციალურ პრიზმაში გარდატეხს და გაფართოებულ მნიშვნელობას ანიჭებს.

ამდენად, საქართველოსთვის ამ მიმართულების შემდგომი დახვეწა და გაფართოება რეგიონალური თავისებურების გათვალისწინებით, სამედიცინო,

სოციალურ-ეკონომიკური და ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით, ეფექტური პროცესია.

### ტუბერკულოზის პრევენცია

ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის შესწავლამ პრევენციის მიმართულებით წარმოაჩინა მსგავსებები და განსხვავებები შესასწავლ პერიოდებს შორის, რაც ასახულია ცხრილში №23.

### ცხრილი №23. პრევენციის ძირითადი ფორმები და მიმართულებები საბჭოთა და DOTS პერიოდებში

პრევენციის ფორმები	მიმართულებები პერიოდში	საბჭოთა	მიმართულებები DOTS პერიოდი
სანიტრული	დეზინფექცია		გარემოს კონტროლი (სპეც. ფილტრები, სწორი ვენტილაცია, უ/I სხივები)
სოციალური	ინფიცირებისა და დაავადების რისკის ფაქტორებისკენ მიმართული სამედიცინო და არასამედიცინო ღონისძიებათა კომპლექსი		ინფიცირების და დაავადების პრევენცია ინფექციის ინდივიდუალური და ადმინისტრაციული კონტროლის საფუძველზე.
ქიმიოპროფილაქტიკა	კონტაქტები, ინფიცირებულები მაღალი რისკის ჯგუფებიდან და ზოგიერთი რისკის ჯგუფი კონტაქტის დადგენის გარეშე (პნევმოკონიოზები, ლეიკემია, იმუნოსუპრესანტებით და ჰორმონოთერაპია და სხვ) .		კონტაქტები, ინფიცირებული არა ბცქირებული ბავშვები კონტაქტის დადგენის გარეშე, მაღალი რისკის ჯგუფები ინფიცირების დადგენის გარეშე (აივ/შიდსი, ლეიკემია, იმუნოსუპრესანტებით და ჰორმონოთერაპია და სხვ).
სპეციფიური	ბცქ ვაქცინაცია, რევაქცინაცია		ბცქ ვაქცინაცია

ტუბერკულოზის კონტროლის საბჭოთა სისტემის პრევენციული მიმართულების ხარისხის მაჩვენებლებია: ავადობა რისკ-ჯგუფებში (გადატანილი ტბ(რეციდივი) და კონტაქტი); 0-1 წლამდე ბავშვების ავადობა, მათ შორის კონტაქტისა და ვაქცინაციის მიხედვით; მენინგიტი 5 წლამდე ბავშვებში. შესაბამისად, განიხილება ქვეყანაში ახალშობილთა ვაქცინაციით მოცვა და ტუბსამსახურებთან თანამშრომლობა, პრევენცია კერებში. ამ მხრივ, საბჭოთა მოდელის დროს სტატისტიკური მონაცემებით, მდგომარეობა სავსებით. დამაკმაყოფილებელია:

### ცხრილი №24. პროფილაქტიკური გასინჯვები 1987 წელი

1987 წელი	გამოკვლეულ პირთა აბსოლუტური რაოდენობა (1000)	მათ შორის		Ro_ ფლუოგრაფიული გამოკვლევა (1000)	12წლამდე ბავ. რაოდენობა ტუბ.სინჯით (1000)
		ქალაქი	სოფელი		
საქართველოს სსრ	2643.7	1664.7	979	1886.5	757.2

აფხაზეთის ასსრ	206.4	131	75.4	142.1	64.3
აჭარის ასსრ	173.4	65.3	108.1	134.9	38.5
სამხრეთ-ოსეთის აო	23025	14.7	8349	16.5	6448
თბილისი	710.1	706.5	3641	401	209.1
ქუთაისი	110.3	110.3	—	96.6	13.8
ფოთი	27.8	27.7	98	22.8	5061
ჭიათურა	58.5	25.6	22.8	47.8	10.7
რუსთავი	89.9	89.9	—	66.5	23.3
გორი	51	28.9	22.1	34.6	16.4
ტყიბული	23	18.9	4090	17.2	5730
ზუგდიდი	57.3	33.4	23.9	37.1	20.2
წყალტუბო	12	4633	7400	6297	5736
მარნეული	48.8	20.2	28.6	24.3	24500
რესპუბლიკის რაიონები	1052.1	377.6	674.5	738.6	313.4
საშ. არით. სიდიდე (Mean)	188.8	118.9	69.9	134.7	54,1
საშ. სიდიდე (Median)	58,8	89.9	22.8	47.8	10.7
სიხშ. სიდიდე(Mode)	58,5	27.7	23.9	17.2	13,8
სტანდარტული გადახრა (Standart Deviation)	3,8	3,02	2,3	3,2	2,05

**ცხრილი № 25. ვაქცინაცია 1986-88წწ.**

რესპუბლიკების, ქალაქების, რაიონების დასახელება	აგრეგირებული აბსოლუტური რიცხვები (1000)			ვაქცინაციით ახალშობილების მოცვა (%)		
	1986 წ	1987 წ	1988 წ	1986 წ	1987 წ	1988 წ
საქართველოს სსრ	274.7	293.43	224.1	93	83	96.7

**ცხრილი №26. კონტაქტების ავადობა 1986წ.**

1986 წელი	ბაცილგამომყოფ ავადმყოფებთან კონტაქტში მყოფები (%)			
	მოზრდილები	მოზარდები	ბავშვები	სულ
საქართველოს სსრ	0.02	0.5	0.1	0.08

**ცხრილი № 27. რეციდივები 1986წ.**

1986წელი	აღრიცხვაზე მყოფი (%)			რეციდივები ყველა ჯგუფიდან 100.000 მოსახლეზე
	III ჯგუფი	V <sup>ბ</sup> ჯგუფი	VII <sup>ა</sup> ჯგუფი	
საქართველოს სსრ	0.4	0.05	0.2	0.6

DOTS პერიოდში საწყის ეტაპზე პრევენციული ღონისძიებები საქართველოში შედარებით მეორეხარისხოვანი იყო, რაც განაპირობა პირველ რიგში, გამოვლენადიაგნოსტიკისა და მკურნალობის სისტემის აწყობის აუცილებლობამ და ზოგადად მიდგომამ საკითხისადმი: პრევენციული ხაზი ეპიდსიტუაციის სტაბილიზაციის შემდგომ ხდება პრიორიტეტული.

**ცხრილი № 28. საკუთარი კვლევის შედეგები DOTS პერიოდში პრევენციის ხარისხის მიმართულებით (რეციდივები, კონტაქტების, 0-1 წლამდე ბავშვების ავადობა და 5 წ-მდე ბავშვებში მენინგიტების შემთხვევები)**

გამოკვლეულ პაციენტთა რაოდენობა	მათ შორის რეციდივის შემთხვევები	კონტაქტები	0-1 წლამდე ბავშვები	მენინგიტის შემთხვევები 5 წლამდე ბავშვებს შორის
300	108	55	4	6
%	36	18,3	1,3	2

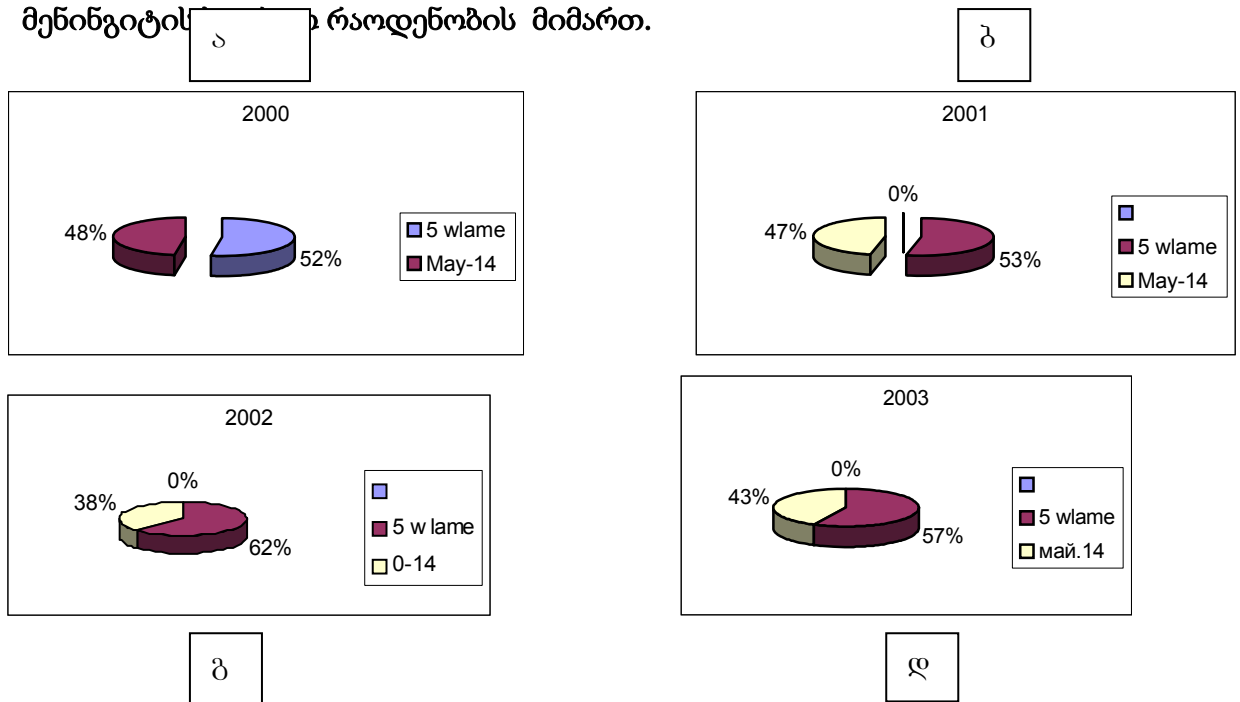
DOTS პერიოდში ვაქცინაციის სტატისტიკა მოუწესრიგებელია სამშობიაროებიდან და ბავშვთა პოლიკლინიკებიდან არასრულყოფილი შეტყობინების გამო, ხოლო მენინგიტების სტატისტიკა ფრიად არასახარბიელოა.

**ცხრილი №29 ტუბერკულოზის გავრცელება ბავშვებში (2000-2003)**

წელი	ტუბერკულოზით ავადობის მაჩვენებელი ბავშვებში	ტუბერკულოზის ავადობის მაჩვენებელი მორბილებში	ტუბ მენინგიტი ბავშვებში	BCG ვაქცინაცია	BCG რევაქცინაცია
2000	61,2	109,7	21	95,60%	5,90%
2001	49,2	97,7	15	97,20%	
2002	59,0	110,4	16	91,20%	33,90%
2003	52,8	103,1	28	?	?

ამასთან, ბავშვებში მენინგიტის საერთო რაოდენობაში პროპორციულად ჭარბობს 5 წლამდე ასაკის ბავშვთა მენინგიტი(სურ.22):

**სურათი 22. (ა,ბ,გ,დ). 0-5 წლამდე ბავშვთა მენინგიტის ხვედრითი წილი ბავშვთა მენინგიტის რაოდენობის მიმართ.**



პრევენციის მიმართულებით კვლევამ ცხადყო, რომ საქართველოში ტუბდაავადებულის ეფექტური მკურნალობა, დროული გამოვლენა და დიაგნოსტიკა არ არის საკმარისი სრულყოფილი პრევენციისათვის. აუცილებელია ჯანმრთელი მოსახლეობის და ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე კონტინგენტის (განსაკუთრებით კონტაქტების) მართვა ტუბერკულოზის აცილების მიზნით.

ჩვენ დავინტერესდით საქართველოში *ტუბერკულოზის განვითარების რისკის ფაქტორთა სპექტრითა და მაღალი რისკის ჯგუფების გამოვლენის შესაძლებლობით.*

მიზნიდან გამომდინარე, **I ეტაპზე** სამუშაო 2 ძირითადი მიმართულებით წარიმართა: 1) განხილულ იქნა 2000-2001 წელს ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნულ ცენტრში შემოსული 300 პაციენტის ავადმყოფობის ისტორია, რომელთა ნაწილსაც პარალელურად ჩაუტარდათ გამოკითხვა სპეციალური ანკეტის საშუალებით. გამოიყო ტუბერკულოზის განვითარებამდე არსებული რისკ-ფაქტორების სპექტრი და დადგინდა მათი შეხვედრის სიხშირე და მნიშვნელობა. 2) სპეციალური კითხვარის მეშვეობით 2002 წლის გაზაფხულზე გამოკითხულ იქნა მოსახლეობის ორი განსაკუთრებული კატეგორია: ა)თბილისის ტექნიკური უნივერსიტეტის (თტუ) საერთო საცხოვრებელში კომპაქტურად დასახლებული აფხაზეთიდან იძულებით გადაადგილებული 464 პირი და ბ) დასაქმებული ინტელიგენციის 200 წარმომადგენელი(ხელოვანი პირები, ექიმები, პედაგოგები, სტუდენტები).

**II ეტაპი** - 3 წლის შემდეგ, 2005 წლის გაზაფხულზე თტუ-ის საერთო საცხოვრებლის კონტიგენტის ხელახალი გამოკვლევა ტუბერკულოზის განვითარების შემთხვევის და ამ შემთხვევის რისკ-ჯგუფთან კავშირის დადგენის მიზნით.

პაციენტების ისტორიების განხილვისა და კითხვარების შეფასებისას გამოიყო ის შემთხვევები, სადაც ტუბერკულოზის განვითარებას წინ უძღოდა რომელიმე დადგენილი რისკ-ფაქტორის არსებობა. ამასთან, დადგინდა ცალკეული რისკ-ფაქტორის შეხვედრის სიხშირე და მნიშვნელობა დამოუკიდებელი და სხვა ფაქტორთან ასოცირებული შემთხვევების დროს. ამის მიხედვით თითოეულ ფაქტორს მიენიჭა მნიშვნელობის მაჩვენებელი და მნიშვნელობის კოეფიციენტი, რომელთა ნამრავლიც ავირჩიეთ თითოეული ფაქტორის შემაფასებელ ქულად და

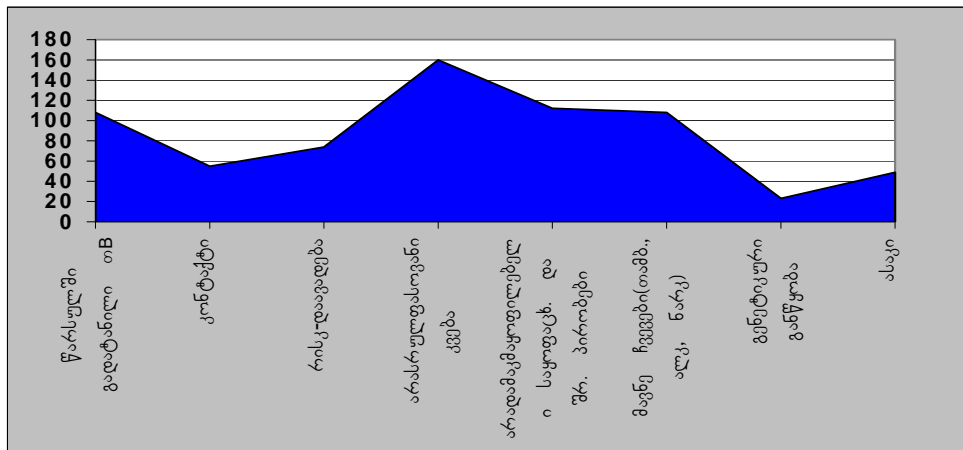
ქულათა ჯამის მიხედვით პაციენტები რისკ-ფაქტორებს დაეყავით. ამასთან მოხდა თითოეული ფაქტორის დაშლა მიზნობრივად საკითხის უფრო ღრმად შესწავლის მიზნით (მაგ. კონტაქტი--ოჯახური, ოჯახგარეთა (მეზობელი, თანამშრომელი, პაციენტი), პათიმრობაში). შედეგები ასე განაწილდა:

300 ტუბდაავადებულისგან 228 შემთხვევაში (76%) ანამნეზში აღინიშნა ტუბერკულოზის განვითარებამდე ერთი ან რამდენიმე რისკ-ფაქტორის არსებობა. რისკ-ფაქტორების შეხვედრის სიხშირე ასახულია ცხრილში №30.

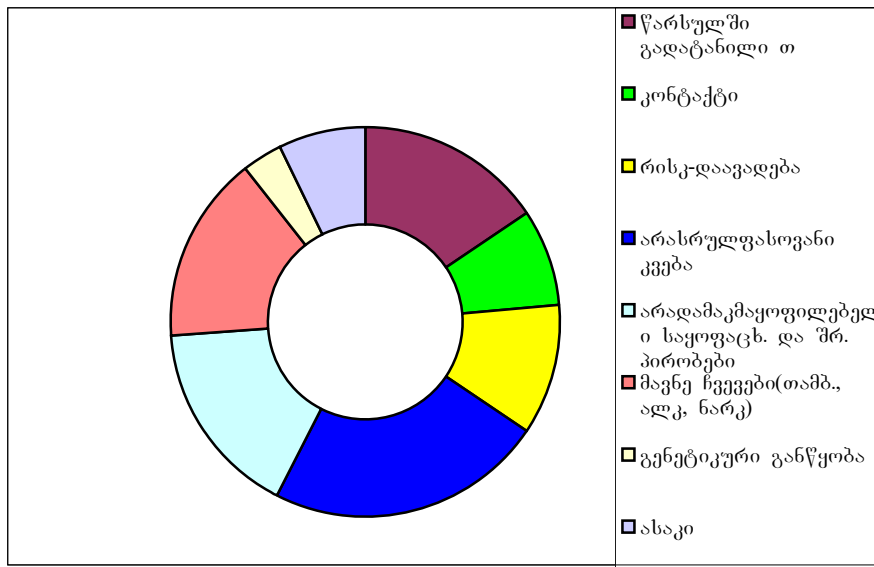
**ცხრილი №30 ტუბდაავადებულთა ანამნეზში სხვადასხვა რისკ-ფაქტორის შეხვედრის სიხშირე**

რისკ-ფაქტორი	რ-ბა	სარწმ.%	საერთო %
წარსულში გადატანილი TB	108	36	47,4
კონტაქტი	55	18,3	24,1
რისკ-დაავადება	74	24,4	32,5
არასრულფასოვანი კვება	160	53,3	70,2
არადამაკმაყოფილებელი საყოფაცხ. და შრ. პირობები	112	37,3	49,1
მავნე ჩვევები(თამბ., ალკ, ნარკ)	108	36	47,4
გენეტიკური განწყობა	23	7,6	10,1
ასაკი	49	16,3	21,5

**სურათი 23. რისკ-ფაქტორთა "ტალღა" რეტროსპექტული კვლევის ჯგუფში**



**სურათი 24. რისკ-ფაქტორთა "კალიდოსკოპი" რეტროსპექტული კვლევის ჯგუფში**



თითოეული ფაქტორის მიხედვით: 1. გადატანილი- ა) <5 წელზე -75 შემთხვევა; ბ)>5 წელზე-33. 2. 55 კონტაქტის შემთხვევიდან კონტაქტი იყო: ა) ოჯახური -36 შემთხვევაში, პატიმრობაში-14, სხვა-5. 3. რისკ-დაავადება-ა)რესპირატორული სისტემის არასპეციფიური დაავადებები-27 შემთხვევა, ბ) შაქრინი დიაბეტი-18, გ) წყლულოვანი დაავადება- 12, ონკოპათოლოგიური-3, შიდსი-1, სულიერი-1, სხვა-13. 4. არასრულფასოვანი კვება-ა)ცილოვანი შიმშილი-48, ბ) კალორიების დეფიციტი-112. 5.არადამაკმაყოფილებელ საცხოვრებელ და შრომით პირობებად ჩაითვალა ა) უმზეო, ცუდად განიავებადი ბინა ან სამსახური, ბ) მცხოვრებთა ან მომუშავეთა მაღალი სიმჭიდროვე გ) არადამაკმაყოფილებელი სანიტარულ- ჰიგიენური პირობები. ამასთან, არადამაკმაყოფილებელი ყოფითი პირობების და არასრულფასოვანი კვება პირდაპირპროპორციულ კავშირში აღმოჩნდა პაციენტთა საოჯახო შემოსავლებთან, ანუ სიღარიბის ხარისხთან. 6. მაგნე ჩვევები-ა) აქტიური მწეველი-78, ბ) ალკოჰოლიზმი-28, გ) ნარკოტიკის მომხმარებელი-2. 7. გენეტიკური განწყობა-როცა მჭიდრო კონტაქტი არ ჰქონიათ, მაგრამ ტუბდაავადებული ახლო (I ან II რიგის) ნათესავია. 8.ასაკი- რისკ ასაკად ითვლება ა)ბავშვობისა და სიცმაწვილის ასაკი <20წელი., ბ) ≥60წელი, როცა იმუნიტეტი უფრო სუსტია, ვიდრე ზრდასრული, ახალგაზრდა ასაკის ადამიანისა.

ქვემოთ მოცემულია რისკ-ფაქტორთა დაშლის შედეგები სტატისტიკური დამუშავების ცხრილებისა და სურათების სახით:

**ცხრილი №31 გადატანილი TB ფაქტორის დაშლის შედეგები რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**

საერთო რაოდენობა	წარსულში გადატანილი		განმეორებით დაავადებამდე გასული დრო			
	აბს.	კუმ.%	<5წელ ზე, აბს	კუმ%	>5წელ ზე, აბს	კუმ.%
300	108	36	75	69,5	33	30,5
.%		36		25		10,2
სარწ.%		36		25		10,2

**ცხრილი №32 კონტაქტის ფაქტორის დაშლის შედეგები რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**

საერთო რაოდენობა	კონტაქტის შემთხვევების სულ		კონტაქტის სახე					
	აბს.	კუმ.%	ოჯახური, აბს	კუმ.%	პატიმრობა, აბს	კუმ.%	სხვა აბს.	კუმ.%
300	55	18,3	36	65,4	14	25,5	5	9,1
%		18,3		12		4,6		1,6
სარწ.%		18,3		12		4,6		1,6

**ცხრილი 133 რისკ-დაავადებათა ფაქტორის დაშლის შედეგები რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**

საერთო რ-ბა	რისკ-დაავადება სულ		რესპ. სისტემის არასპეც. დაავადებები		შაქრიანი დიაბეტი		კუჭისა და 12-გოჯას წყლ. დ-ბა		ონკო-ჰემატოლოგიური		შიდსი		სულიერი		სხვა	
	აბს.	კუმ. %	აბს.	კუმ. %	აბს.	კუმ. %	აბს.	კუმ. %	აბს.	კუმ. %	აბს.	კუმ. %	აბს.	კუმ. %	აბს.	კუმ. %
300	74	24,6	27	36,5	18	24,3	12	16,2	3	4,0	1	1,3	1	1,3	13	17,6
%		24,6		9		6		4		1		0,3		0,3		4,3
სარწმ. %		24,6		9		6		4		1		0,3		0,3		4,3

**ცხრილი № 34 კვების ფაქტორის დაშლის შედეგები რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**



საერთო რა-ბა	არასრულფასოვანი კვება სულ		ცილოვანი შიმშილი		ცილოვანი დეფიციტი	
	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%
300	160	53.3	48	30	112	70
%		53.3		16		37.3
სარწმ. %		53.3		16		37.3

**ცხრილი №35 ყოფითი პირობების ფაქტორის დაშლის შედეგები რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**

საერთო რ-ბა	არადამაკმაყოფილებელი საცხ. და შრომითი პირობები სულ		ცუდი ვენტილაცია		არადამაკმაყ. სან-ჰიგიენური პირობები	
	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%
300	112	37.3	30	26,8	62	55,4
%		37.3		10		20,6
სარწმ. %		37.3		10		20,6

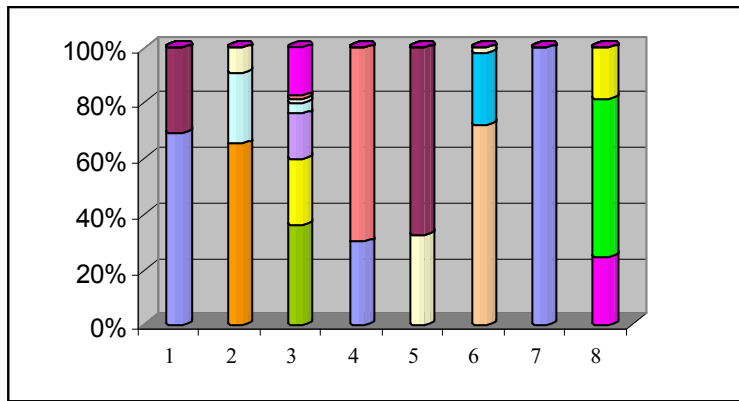
**ცხრილი №36 მავნე ჩვევების ფაქტორის დაშლის შედეგები რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**

საერთო რ-ბა	მავნე ჩვევები სულ		აქტიური მწვევები		ქრ. ალკოჰოლიზმი		ნარკომანია	
	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%
300	108	36	78	72.2	28	25,9	2	1,8
%		36		26		9,3		0,6
სარწმ.%		36		26		9,3		0,6

**ცხრილი № 37 გენეტიკური განწყობის ფაქტორის მნიშვნელობა რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**

საერთო რაოდენობა	გენეტიკური თავისებურებები	
	აბს.	კუმ.%
300	23	10,1
%		7,6
სარწმ.%		7,6

**სურათი 25. ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ფაქტორთა სპექტრი რეტროსპექტული ანალიზის ჯგუფში**



ლიტერატურული და საკუთარი მონაცემების ანალიზის შედეგად რისკ - ფაქტორებს მიენიჭა მნიშვნელობის მაჩვენებელი და მნიშვნელობის კოეფიციენტი. პირველის შერჩევასა გათვალისწინებულ იქნა შეხვედრის სიხშირე, მეორის შერჩევასა - ცალკეული ფაქტორის მნიშვნელობა სხვა ფაქტორებისაგან დამოუკიდებლად არსებობისას. ქულების მინიჭებისას მოხდა მისადაგება ფაქტორთა კომბინაციით მიღებულ ქულათა ჯამთან. ანუ, ყველა შესაძლო კომბინაცია ცალკე იქნა განხილული. მაგ. 1.გადატანილი TB -ცალკე, 2 გადატანილი TB+ერთი სხვა ფაქტორი: გადატანილი TB+კონტაქტი, გადატანილი TB+რისკ-დაავადება, გადატანილი TB+ არასრულფასოვანი კვება, გადატანილი TB+ცუდი პირობები, გადატანილი TB+მაკვლე ჩვევები, გადატანილი TB+გენეტიკური განწყობა, გადატანილი TB+ასაკი. 3. გადატანილი TB+2 სხვა ფაქტორი, მაგ გადატანილი+ცუდი კვება+მაკვლე ჩვევა, ან გადატანილი TB+რისკ დაავადება+ასაკი და ა. შ. შესაძლო კომბინაციები უამრავია, ამიტომ თითოეულზე აღარ შევჩერდებით, აღვნიშნავთ მხოლოდ, რომ შედეგად მივიღეთ შემდეგი რისკ-ქულათა სისტემა, რომელიც მოცემულია ცხრილის სახით(ცხრ.№38).

**ცხრილი №38. არსებული რისკ-ფაქტორების შეფასების ქულათა სისტემა**

№	რისკ- ფაქტორი	მნიშვნელოზის მაჩვენებელი	მნიშვნელოზის კოეფიციენტი	ქულათა ჯამი	OR	სარწმუნოების ინტერვალი	P value
1	გადატანილი TB	10	5	50	55,7	15,5-54,8	0,00
2	კონტაქტი	9	20	180	6,2	2,64-15,22	0,00
3	რისკ- დაავადება ან მდგომარეობა	8	5	40	1,72	1,06-2,0	0,02
4	არასრულფასოვანი კვება	7	6	42	24,25	11,5-52,7	0,00
5	ცუდი საცხ. და შრ. პირობები	6	5	30	10, 24	5,16-20,0	0.00
6	მაკვლე ჩვევები	6	6	36	0,52	0,35-0,76	0,0003902
7	გენეტიკური განწყობა	3	3	9	5,45	1,53-23,13	0,002346
8	ასაკი	2	2	4	0,89	0,54-1,47	0,63

სხვადასხვა ფაქტორთა შესაძლო კომბინაციებით მიღებული ქულების მიხედვით გამოიყო 5 რისკ-ჯგუფი, ხოლო თითოეული ჯგუფის მიმართ განისაზღვრა პრევენციულ ღონისძიებათა ტიპები, რაც მოცემულია №39 ცხრილის სახით.

**ცხრილი №39 რისკ-ჯგუფების სახეები და პრევენციულ ღონისძიებათა ტიპები მათ მიმართ.**

ჯგუფი	ქულები	პრევენციული ღონისძიება
I	>180	კანის სინჯი, ნახვ. ბაქტერიოსკ. * საჭიროებისას-ქიმიოპროფილაქტიკა
II	80-180	განსწავლა, ნახვ. ბაქტერიოსკ.* საჭიროებისას-ქიმიოპროფილაქტიკა
III	50-78	განსწავლა, ნახვ. ბაქტერიოსკ.*
IV	13-49	"---"
V	0-9	განსწავლა

**\*მდგრადი ხველისა და ნახველის არსებობის შემთხვევაში**

რეტროსპექტული ანალიზით, ამ სისტემის თანახმად, ტუბერკულოზის განვითარებამდე ჩვენი საკვლევი კონტინგენტის (300 პაციენტი) რისკ-ჯგუფებად დანაწილების შემთხვევაში შემდეგ სურათს მივიღებდით: I ჯგუფში აღმოჩნდებოდა 82, II-102, III-63, IV-34, V-20 პირი. ანუ, რეალურად, დაავადების შემთხვევათა უმრავლესობა განვითარდა ყველაზე მაღალი რისკის- I და II ჯგუფებში. მათ მიმართ პრევენციული ზომების გატარების შემთხვევაში ადგილი ექნებოდა: ა) დაავადების აცილებას ბ) დაავადების დროულ გამოვლენას და, შესაბამისად, შორსწასული ფორმების განვითარების აცილებას გ) არატუბერკულოზური დაავადებების გამოვლენასა და ეფექტურ მკურნალობას.

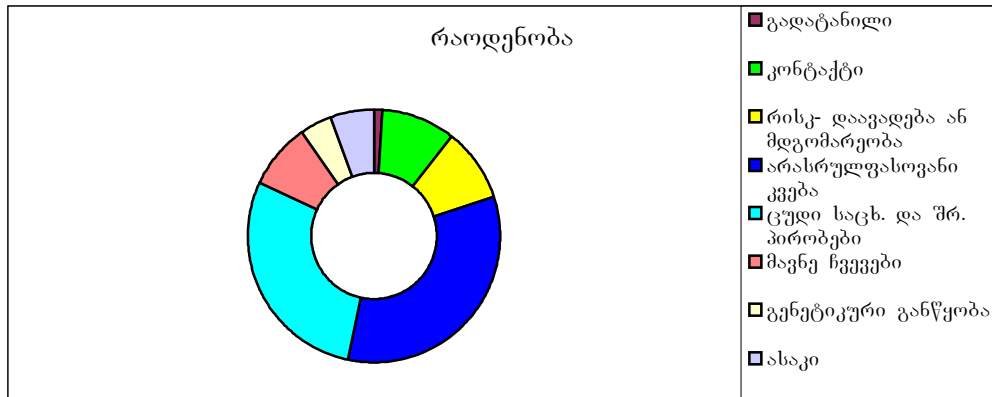
**I.2.1. სამუშაოს მეორე ნაწილი ითვალისწინებდა მოსახლეობაში რისკ ჯგუფების დადგენას მიღებული მეთოდის გამოყენებით.** ამისათვის შეირჩა 2 სხვადასხვა კატეგორია- 1. კომპაქტურად დასახლებული იძულებით გადაადგილებული პირები -464 ადამიანი და 2. დასაქმებული ინტელიგენცია.- 200 პირი. სპეციალური ტესტ-კითხვარის მიხედვით განისაზღვრა რისკ-ფაქტორების არსებობა აღნიშნულ კატეგორიებში და შესაბამისად, ქულათა სისტემით- რისკ-ჯგუფები. პირველი კატეგორიის გამოკვლევის შედეგების განაწილება ასახულია №40 ცხრილსა და სურათზე 26:

**ცხრილი №40. რისკ-ფაქტორების სპექტრი და რაოდენობრივი განაწილება დევნილ მოსახლეობაში(I კატეგორია).**

№	რისკ-ფაქტორი	ჯამური ქულა	რაოდენობა	პროცენტული მაჩვ.
1	გადატანილი	50	11	2,4
2	კონტაქტი	180	108	23,3

3	რისკ- დაავადება ან მდგომარეობა	40	104	22,4
4	არასრულფასოვანი კვება	42	370	79,7
5	ცუდი საცხ. და შრ. პირობები	30	321	69,2
6	მავნე ჩვევები	36	92	19,8
7	გენეტიკური განწყობა	9	47	10,1
8	ასაკი	4	61	13,1

**სურათი 26 რისკ-ფაქტორების სპექტრი I კატეგორიაში**



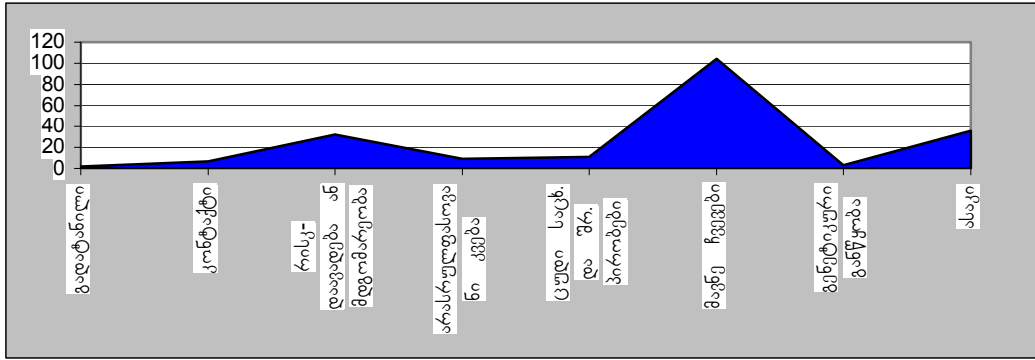
ჩვენი ქულათა სისტემის მიხედვით კომპაქტურად დასახლებული დევნილი მოსახლეობიდან (კატეგორია 1) რისკის I ჯგუფში აღმოჩნდა 133 ადამიანი, II ჯგ-35, III\_ 77, IV- 129, Vჯგ\_90.

2.2 200 კაცთან ნაწილში (21 სტუდენტი, 20 პედაგოგი, 60 ხელოვნების სხვადასხვა დარგის წარმომადგენელი, 99-ექიმი) გამოვლენილი რისკ-ფაქტორების სპექტრი წარმოდგენილია №41 ცხრილისა და №27 სურათის სახით.

**ცხრილი №41. რისკ-ფაქტორების სპექტრი და რაოდენობრივი განაწილება დასაქმებულ მოსახლეობაში.**

№	რისკ- ფაქტორი	რაოდენობა	პროც. მაჩვ.
1	გადატანილი	2	1
2	კონტაქტი	7	3,5
3	რისკ- დაავადება ან მდგომარეობა	32	16
4	არასრულფასოვანი კვება	9	4,5
5	ცუდი საცხ. და შრ. პირობები	11	5,5
6	მავნე ჩვევები	104	52
7	გენეტიკური განწყობა	3	1,5
8	ასაკი	36	18

**სურათი 27 რისკ-ფაქტორების "ტალღა" II კატეგორიაში**



ამასთან, გადატანილი TB ორივე შემთხვევაში >5 წელზე, დანარჩენი რისკ-ფაქტორები მეორე კატეგორიის მოსახლეობაში შემდეგნაირად წარმოჩინდა: კონტაქტი 5-ოჯახური, 2- სამსახურებრივი; რისკ-დაავადებებიდან: 18 -ქრონიკული ბრონქიტი, 4-შაქრიანი დიაბეტი, 7- წყლულოვანი დაავადება, 3-ხანგრძლივი მკურნლობა იმუნოდეპრესანტებით; ცუდ პირობებში იგულისხმება: 6 უმზეო ბინა, 3 - კონტაქტი მავნე ნივთიერებებთან; მავნე ჩვევებიდან: 4 ნარკოტიკული საშუალებების ყოფილი მომხმარებელი, ალკოჰოლს ეტანება ჭარბად-5, დანარჩენი-

აქტიური მწვევლი(!); ასაკობრივი განაწილება-<20-ზე-21 და >60-ზე- 15. რისკ-ფაქტორებად დაშლის შედეგები მოცემულია ცხრილების (№№42-48) სახით:

**ცხრილი №42 გადატანილი TB ფაქტორის დაშლის შედეგები II კატეგორიაში**

ცხრილი №43	საერთო რ-ბა	მავნე ჩვევები სულ		აქტიური მწვევლი		ქრ. ალკოჰოლიზმი		ნარკომანია	
		აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%
	200	104	52	95	91,3	5	4,8	4	3,8
	%		52		47,5		2,5		2
	სარწმ. %		52		47,5		2,5		2

**რისკ-დაავადების ფაქტორის დაშლის შედეგები II კატეგორიაში**

საერთო რ-ბა	რისკ-დაავადება სულ		რესპ. სისტემის არასპეც. დაავადებები		შაქრიანი დიაბეტი		კუჭისა და 12-გოჯას წყლ. დ-ბა		იმუნოდეპრესანტებით და ჰორმონებით თერაპია	
	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%
200	32	16	18	56,2	4	12,5	7	21,9	13	40,6
%		16		9		2		3,5		6,5
სარწმ. %		16		9		2		3,5		6,5

ცხ

**რილი №44 ყოფითი ფაქტორის დაშლის შედეგები II კატეგორიაში**

საერთო რ-ბა	არადამაკმაყოფილებელი საცხ. და შრომითი პირობები სულ		ცუდი ვენტილაცია		კონტაქტი მავნე ნივთიერებებთან	
	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%
200	11	5,5	6	54,5	3	27,3
%		5,5		3		1,5
სარწმ. %		5,5		3		1,5

**ცხრილი №45 კონტაქტის ფაქტორის დაშლის შედეგები**

საერთო რაოდენობა	წარსულში გადატანილი TB		განმეორებით დაავადებამდე გასული დრო			
	აბს.	კუმ.%	<5წელზე	კუმ%	>5წელზე	კუმ%
200	2	50	0	0	2	10
%		50		0		1
სარწმ.%		50		0		1

**ცხრილი №46 კვების ფაქტორის დაშლის შედეგები II კატეგორიაში**

საერთო რა-ბა	არასრულფასოვანი კვება სულ		ცილოვანი შიმშილი		ცილოვანი დეფიციტი	
	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%	აბს.	კუმ.%
200	9	4,5	1	11,1	8	11,1
%		4,5		0,5		0,5
სარწმ. %		4,5		0,5		0,5

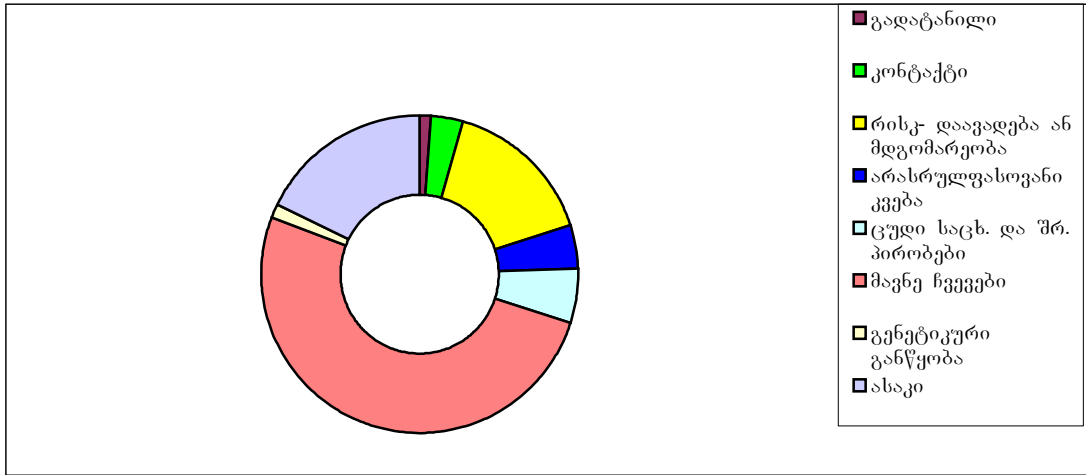
**ცხრილი № 47 ასაკობრივი ფაქტორის დაშლის შედეგები II კატეგორიაში**

საერთო რაოდენობა	ასაკობრივი ფაქტორი სულ		მათ შორის			
	აბს.	კუმ.%	< 20 აბს.	კუმ.%	> 60 აბს.	კუმ.%
200	36	18	21	58,3	15	41,6
%		18		10,5		0,5
სარწმ. %		18		10,5		0,5

**ცხრილი № 48 მავნე ჩვევების ფაქტორის დაშლის შედეგები II კატეგორიაში**

საერთო რაოდენობა	კონტაქტის შემთხვევების სულ		კონტაქტის სახე					
	აბს.	კუმ %	ოჯახურ ი. აბს.	კუმ %	პატიმრობა, აბს	კუმ %	სხვა	კუმ %
200	7	2,3	5	71,5	2	28,5	0	0
%		2,3		1,6		0,6		0
სარწმ. %		2,3		1,6		0,6		0

**სურათი 28. რისკ-ფაქტორთა სპექტრი II კატეგორიაში**



ჩვენი ქულათა სისტემის მიხედვით მოსახლეობის ორივე კატეგორიაში რისკ-ჯგუფების დადგენის შედეგები წარმოდგენილია №49 ცხრილის სახით.

**ცხრილი №49. მოსახლების სხვადასხვა კატეგორიაში რისკ-ჯგუფების დადგენის შედეგები.**

ჯგუფი	I კატეგორია (464) აბს. რაოდ-ბა	%	II კატეგორია(200) აბს. რაოდ-ბა	%
I	133	28,6	6	3
II	35	7,5	11	5,5
III	77	16,6	63	31,5
IV	129	27,8	88	44
V	90	19,4	32	16

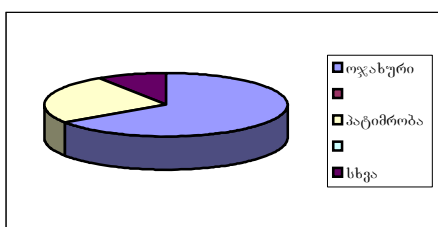
ამრიგად, მოსახლეობის განსხვავებულ კატეგორიებში განსხვავებულად გადანაწილდა რისკ-ქულები და შესაბამისად, რისკ-ჯგუფებიც, რამაც კიდევ ერთხელ გამოკვეთა, რომ გარკვეულ შემთხვევებში ტუბერკულოზის პრევენცია და გამოვლენაც შედარებით აქტიური უნდა იყოს (ინვალიდები, მოხუცები, უპატრონო და გონებაშეზღუდული ბავშვები, სოციალურად დაუცველნი, ხშირად მოავადენი, ფსიქიურად დაავადებულები, აივ/შიდს დაავადებულები და სხვა).

კვლევამ ცხადყო, რომ სხვა რისკ-ფაქტორებს შორის ყველაზე საყურადღებოა ტუბდაავადებულთან კონტაქტში მყოფი პირები. კონტაქტების დადგენა-მოძიება, მათი გამოკვლევა ინფიცირებასა თუ დაავადებაზე.

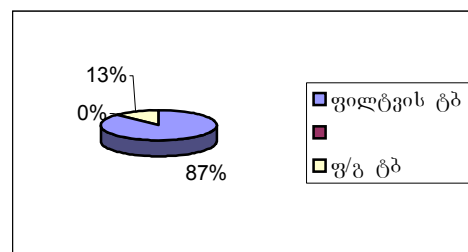
ლატენტური ტუბერკულოზის მკურნალობა საქართველოში ჯერ-ჯერობით ორგანიზებულად არ ხორციელდება, მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამით გათვალისწინებულია ოჯახის წევრთა უფასო კვლევა. პაციენტთა გამოკითხვით კი დადგინდა, რომ ტუბერკულოზზე გამოკვლევა ჩაუტარდა მოზრდილი კონტაქტების მხოლოდ 29 %-ს, ამათგან 87%-ში -საკუთარი ინიციატივით. ჩვენი კვლევის პერიოდში @ (2000-2001წწ) პაციენტებს ან მათი ოჯახის წევრებს რაიმე საინფორმაციო მასალა არ მიუღიათ, თუმცა ექიმისაგან მიიღეს დარიგებები და რჩევა, ჩაეტარებინათ გამოკვლევა. დაწვრილებითი ახსნა-განმარტება ან გამოკვლევის მოთხოვნა უმეტეს შემთხვევაში არ ყოფილა. ასეთ პირობებში საინტერესო გახდა კონტაქტების ავადობის დადგენა პაციენტთა ავადმყოფობის ისტორიების რეტროსპექტული ანალიზის შედეგად.

300 ისტორიის ანალიზმა ცხადყო, რომ 55 შემთხვევაში აღილი ჰქონდა ხანგრძლივ და/ან ხშირ კონტაქტს ბაცილგამომყოფ ტუბდაავადებულთან. შემთხვევათა უმრავლესობაში კონტაქტის გარდა, არსებობდა სხვა რისკ-ფაქტორებიც, რამაც გაზარდა ტუბერკულოზით დაავადების შანსი. ამასთან 36 შემთხვევაში კონტაქტი იყო ოჯახური, 14-ში-პატიმრობაში არსებული, 5-სხვა(ნათესავი, მეზობელი, მეგობარი, თანამშრომელი). 48 შემთხვევაში განვითარდა ფილტვის ტუბერკულოზი, 7 შემთხვევაში-ფილტვგარეშე. განაწილება მოცემული სურათებზე №№29,30.

სურათი 29. კონტაქტის ტიპები და განაწილება კონტაქტური TB-ის დროს



სურათი 30. ფილტვისა და ფ/გ TB წილი კონტაქტური TB-ის დროს



საგულისხმოა, რომ კონტაქტის გარეშე დაავადებული პაციენტებისაგან განსხვავებით, კონტაქტების უმრავლესობა სიმპტომთა გაჩენისთანავე მიმართავს ექიმს:



173 პაციენტის მიმართვის საშუალო ვადები-სიმპტომების გაჩენიდან 1-1,5თვეში  
55 პაციენტის მიმართვის საშუალო ვადები-სიმპტომების გაჩენიდან 5-12დღეში.

კონტაქტების განსაკუთრებულ ჯგუფს წარმოადგენს სამკურნალო-დიაგნოსტიკურ განყოფილებებში პაციენტებთან და პათოლოგიურ მასალასთან მომუშავე სამედიცინო პერსონალი (ექიმები, ექთნები, სანიტრები, ლაბორანტები) და კვების ბლოკის თანამშრომლები (მიმტანები). სამედიცინო პერსონალის ავადობის შესწავლა პერიოდულად წარმოებდა საბჭოთა პერიოდშიც, თუმცა ეს თემა შედარებით ტაბუირებული იყო. აღსანიშნავია, რომ ინფექციისაგან დაცვა ხორციელდებოდა მხოლოდ დეზინფექციისა და ბაცილგამომყოფ ავადმყოფთა შედარებითი იზოლირების გზით (უილტრაიისფერი სხივების, სათანადო ვენტილაციის სისტემის უკმარისობა). ქალაქ თბილისის ტუბსაავადმყოფოში არსებობდა ცალკე ფლიგელები მედპერსონალისა და პაციენტებისათვის. ამრიგად, პრევენციის მინიმუმი შეძლებისდაგვარად, მაგრამ ნაკლებეფექტურად სრულდებოდა.

ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის თანამშრომელთა მაგალითზე შევისწავლეთ ამ პერსონალის ავადობა თანამედროვე პირობებში. შედეგად დადგინდა, რომ 10 წლის განმავლობაში ტუბერკულოზით დაავადდა 7 პირი, *ინსიდენტობა*, შტატის გათვალისწინებით(საშუალოდ 325, წლების მიხედვით რყევები-უმნიშვნელო) *უდრის 215,4/100000*. ამასთან, საგულისხმოა, რომ 39 თანამშრომელს (ადმინისტრაცია, ოფისი) ტუბდაავადებულთან უმნიშვნელო კონტაქტი აქვს, 36-ლაბორატორიის თანამშრომლებს-მნიშვნელოვანი, ხოლო 41 (19-ფილტვგარეშე ტუბერკულოზის და 22 ბავშვთა განყოფილებიდან) შემთხვევაში ბაცილგამომყოფი პაციენტების რაოდენობა მინიმალურია. ერთმნიშვნელოვნად ცხადია, რომ პრევენციის მინიმუმი ცენტრში გასაგები მიზეზების გამო, დაცული არ არის, რასაც გამოკითხვისას ადასტურებენ ექიმებიც. ამიტომ ეროვნული პროგრამით გათვალისწინებული ინფექციის კონტროლი, განსაკუთრებით ადმინისტრაციული და გარემოს კონტროლი პრევენციის ერთ-ერთ პრიორიტეტულ მიმართულებად უნდა იქცეს.

ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფების მართვის შესახებ ჩვენი დასკვნები ემთხვევა სხვა კვლევათა შედეგად დადგენილ საერთაშორისო რეკომენდაციებს. დადგენილია, რომ ტუბერკულოზის განვითარების რისკი

მოსახლეობის ყველა ჯგუფისათვის არ არის ერთნაირი. მნიშვნელობა ენიჭება გარემოს, მაკროორგანიზმის, გენეტიკის ფაქტორთა ურთიერთქმედების ხარისხს. არაერთი კვლევით განსაზღვრულია ცალკეული ფაქტორის როლი. ყველაზე მნიშვნელოვანი აღმოჩნდა ტუბერკულოზით დაავადებულ ნაცხით დადებით პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი პირები (უპ. ოჯახის წევრები) და აივ/შიდს ვირუსით ინფიცირებული და დაავადებულები. სხვა კლინიკური მდგომარეებიდან საყურადღებოა: ორგანოს ტრანსპლანტაცია, სილიკოზი, კისრის ან თავის კარცინომა, თირკმლის ქრონიკული უკმარისობა, გასტროექტომია, შაქრიანი დიაბეტი, წონის დეფიციტი. სოციალური ფაქტორებიდან: ყოფა-ცხოვრების პირობები, საკვების დეფიციტი, მავნე ჩვევები.

რაც შეეხება კონტაქტების მართვას, ჯანმოს რეკომენდაციით, ტუბერკულოზის პროგრამები უნდა უზრუნველყოფდეს ლატენტური ტუბერკულოზური ინფექციის (LTBI) მკურნალობას (პრევენციული მკურნალობა), რაც ე.წ. ქიმიოპროფილაქტიკის ანალოგს წარმოადგენს თანამედროვე პირობებში.

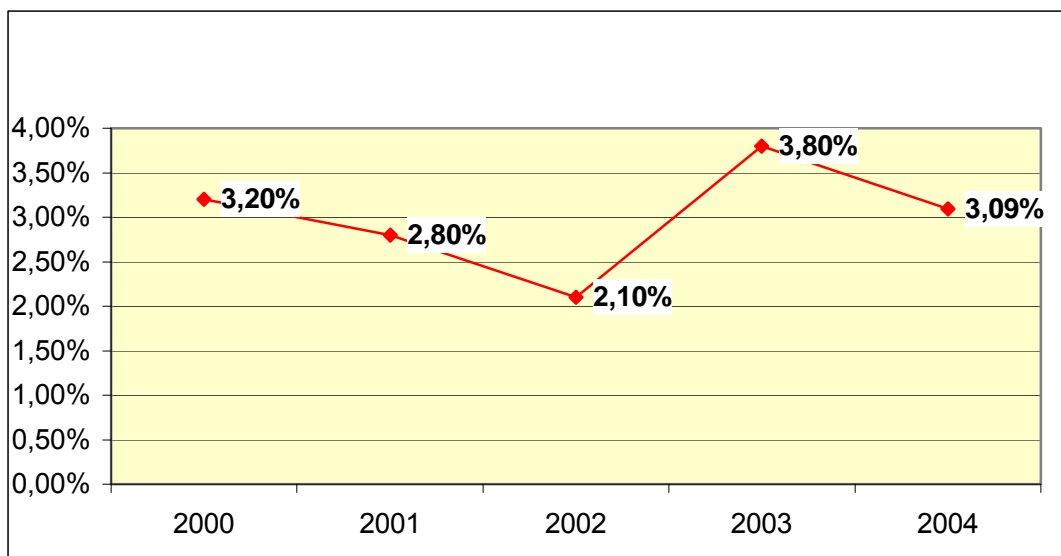
**ცხრილი № 50 ქიმიოპროფილაქტიკა კონტაქტებში (%). 1986წ.**

1986 წელი	ბაცილგამომყოფ ავადმყოფებთან კონტაქტში მყოფები			არბაცილგამომყოფ ავადმყოფებთან კონტაქტში მყოფები
	მოზრდილები	მოზარდები	ბავშვები	ბავშვები
საქართველოს სსრ	81,5	76,9	82,1	79

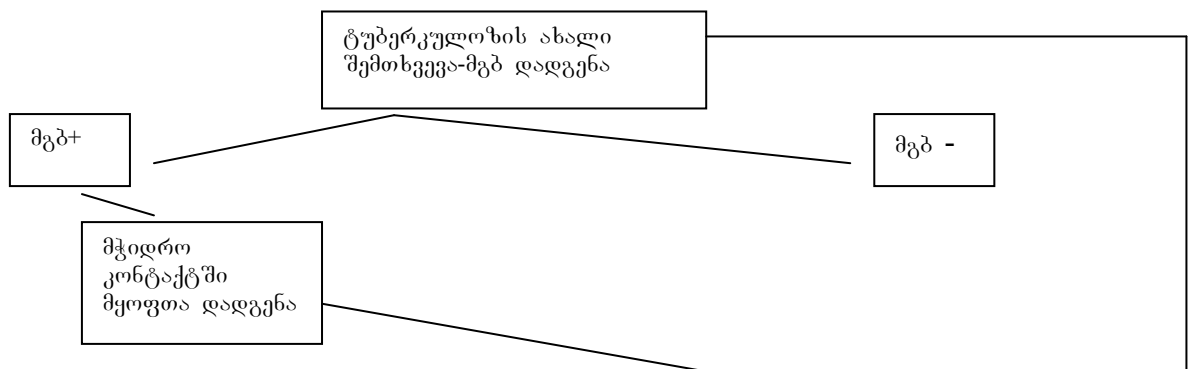
დღეისათვის პრევენციული მკურნალობა, კარგად დაფინანსებული პროგრამების შემთხვევაში, ხორციელდება ტუბერკულოზით დაავადებულ ნაცხით დადებით პაციენტებთან კონტაქტში მყოფი 5 წლამდე ასაკის ბავშვების, პატიმრებისა და აივ/შიდს და ტუბერკულოზით ინფიცირებული პირებისათვის. როგორც ვნახეთ, საქართველოს პირობებში კონტაქტების პრევენციული მკურნალობა არასრულყოფილია, ხოლო პატიმრებისა და აივ/ტბ ინფიცირებულების მიმართ პრაქტიკულად არ ტარდება. ამას რამოდენიმე ფაქტორი განაპირობებს: ფართომასშტაბიანი კვლევებით დადასტურებულია პრევენციული მკურნალობის ეპიდემიოლოგიური ეფექტის ზომიერება და არაადეკვატურობა უმრავლეს პროგრამათა შესაძლებლობებთან. პრევენციული მკურნალობის პროგრამები ძვირადღირებულია, მათი ფართომასშტაბიანი გამოყენება სირთულეებთანაა

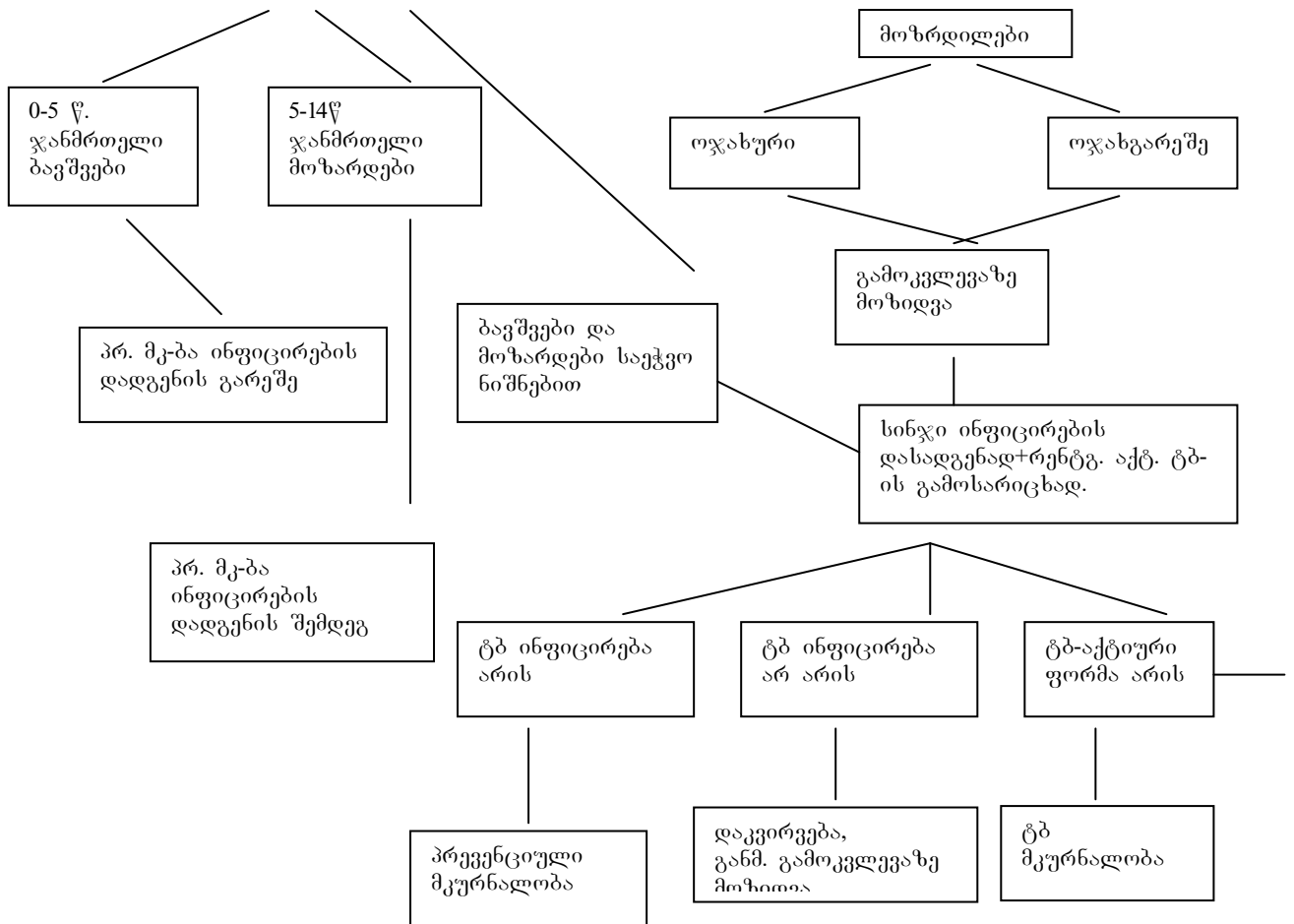
დაკავშირებული, ახლავს მედიკამენტოზური ტოქსიურობის განვითარების და გამოუვლენელი აქტიური ტუბერკულოზის ფორმით დაავადებულთა მკურნალობის რისკი, რაც განაპირობებს რეზისტენტობის განვითარებას. ამასთან, საქართველოში ჩატარებული კვლევების მიხედვით, დღეისათვის აივ/ტბ კონფექციის დონე ჩვენს ქვეყანაში მაღალი არ არის:

**სურათი 31. M.tuberculosis/აივ კონფექციის გავრცელების დინამიკა საქართველოში (ნ. ქირიას მიხედვით)**



ზემოთთქმულიდან ლოგიკურად გამომდინარეობს, რომ საქართველოში ამ ეტაპზე, ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ ბაცილგამომყოფ პაციენტთან მჭიდრო კონტაქტში მყოფთა მართვა ყველაზე რეალური და ხარჯთეფექტური პრევენციული ღონისძიებაა, რომელიც საჭიროებს ამ კონტინგენტის გამოვლენის, მოზიდვისა და სრულყოფილი ქიმიოპროფილაქტიკის ჩატარების მეთოდოლოგიის შემუშავებასა და სწორ მენეჯმენტს.





**2.3** აღნიშნულ კვლევაში ჩვენთვის მნიშვნელოვანი იყო გამოკითხულთა შორის **ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნების დადგენა**. ამისათვის გაღრმავებულ კვლევაზე გაიგზავნა პირები შემდეგი სიმპტომებით: ა) ხველა 3 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში, ბ) სუბფებრილიტეტი გ)ოფლიანობა დ) რამოდენიმე სიმპტომის კომბინაცია, რომელთაგან ერთ-ერთი აუცილებლად იყო ა) , ბ) ან გ). (ანუ მარტო ქოშინი ან მარტო გულმკერდში ტკივილი ხველის ან სუბფებრილიტეტის გარეშე გაღრმავებული კვლევაზე ტუბერკულოზის დადგენის მიზნით არ გაგზავნილა).

საინტერესოა, რომ *პირველ კატეგორიაში* (464 პირი) ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნები აღმოაჩნდა 29-ს, ხოლო ტუბერკულოზი დაუდგინდა 3-ს, ამასთან, საწყისი ფორმა: 2-ფილტვის კეროვანი ტუბერკულოზი ინფილტრაციის ფაზაში, 1-ტუბერკულოზური პლევრიტი. საგულისხმოა, რომ სამივე შემთხვევაში წამყვანი სიმპტომი იყო მდგრადი ხველა, რასაც ერთვოდა სუბფებრილიტეტი, ოფლიანობა და პლევრიტის შემთხვევაში-ქოშინი.

9 შემთხვევაში-საქმე გვქონდა რესპირატორულ ინფექციასთან; 6 შემთხვევაში დაისვა მწვავე ბრონქიტის დიაგნოზი; 4-გულის უკმარისობა IIხ; 1-რევმატიული

კარდიტი; 1-ქოლევსტიტი; 1- ბრონქული ასთმა; 1 - ჰიპერტიროზი; 3-ს გამოკვლევები არ ჩაუტარებია.

მეორე კატეგორიაში (200) საექვო სიმპტომები ჰქონდა 11-ს. გამოკვლევა ჩაიტარა 5-მა, ტუბერკულოზი არ დადგინდა. 1 შემთხვევა - გახანგრძლივებული პნევმონია, 3- ბრონქიტი, 1-შუასაყრის სიმსივნე.

ამრიგად, ტესტ-კითხვარის საშუალებით შესაძლებელია ტუბერკულოზზე საექვო სიმპტომების მქონე პირთა ჯგუფის გამოყოფა და მათ შორის-სხვადასხვა სიმპტომის მიხედვით ქვეჯგუფების დადგენა. მდგრადი ხველის მქონეთა ქვეჯგუფში ნახველის ნაცხის გამოკვლევით შესაძლებელია ტუბერკულოზის შემთხვევის გამოვლენა:

**ცხრილი №51 ტესტ-კითხვარის საშუალებით ტუბერკულოზის გამოვლენის შედეგები I კატეგორიაში**

გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა	საექვო ნიშნები აღნიშნება		გამოკვლევა ჩაიტარა		ტუბერკულოზი დადგინდა	
	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %
464	29	6,25	29	100	3	0,6
სარწმ.%		6,25		100		0,6
კუმ.%		-		100		10,3

**ცხრილი №52 ტესტ-კითხვარის საშუალებით ტუბერკულოზის გამოვლენის შედეგები II კატეგორიაში**

გამოკვლეულთა საერთო რაოდენობა	საექვო ნიშნები აღნიშნება		გამოკვლევა ჩაიტარა		ტუბერკულოზი დადგინდა	
	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %	აბს.	კუმ %
200	11	05,5	5	02,5	0	0
სარწმ.%		05,5		02,5		0
კუმ.%		--		45,4		0

**II ეტაპი.** პირველ კატეგორიაში 3 წლის შემდეგ განმეორებით ჩატარდა გამოკვლევა, რის საშუალებასაც იძლეოდა თტუ-ის საერთო საცხოვრებლის მოსახლეობის პრაქტიკულად უცვლელი შემადგენლობა. ტუბერკულოზის განვითარებას ადგილი ჰქონდა 3(0,66%, ანუ 666/100000-ზე) შემთხვევაში. 2 შემთხვევა იყო -I რისკის, ხოლო 1- II რისკის ჯგუფიდან. ამასთან, ეს პირები პირველი გამოკითხვის შემდეგ ჩვენს მიერ მათთვის მიწოდებულ საინფორმაციო მასალას არ

გაცნობიან, ცხოვრების წესი და პირობები არ შეუცვლიათ, პრევენციული ზომები არ მიუღიათ.

სათანადო პრევენციული ღონისძიებების გატარების შემთხვევაში, შესაძლოა, ამ 3 შემთხვევას ადგილი არ ჰქონოდა.

მასობრივი გამოკვლევისათვის ზ/აღწ. მეთოდის დანერგვის მიზნით აუცილებელი იყო კომპიუტერული პროგრამის შემუშავება, რომელიც მონაცემთა შეყვანის საპასუხოდ პირდაპირ განსაზღვრავდა, რომელ რისკ-ფაქტორს მიეკუთვნება პიროვნება. ეს კი საშუალებას მოგვცემდა თითოეულ გამოკითხულზე ინდივიდუალური რისკ-ბარათი შეგვედგინა. ქვემოთ მოცემულია ბარათის ნიმუში:

გვარი----- სახელი----- მისამართი-----  
 -----  
 ----- ტელეფონი -----  
 -----

რისკ- ფაქტორი	არის	არ არის
გადატანილი		
კონტაქტი		
რისკ- დაავადება ან მდგომარეობა		
არასრულფასოვანი კვება		
ცუდი საცხ. და შრ. პირობები		
მაღნე ჩვევები		
გენეტიკური განწყობა		
ასაკი		

საექვო ნიშნები	არის	არ არის
ხველა		
ტემპერატურა		
ოფლიანობა		
სხვა სიმპტომები		

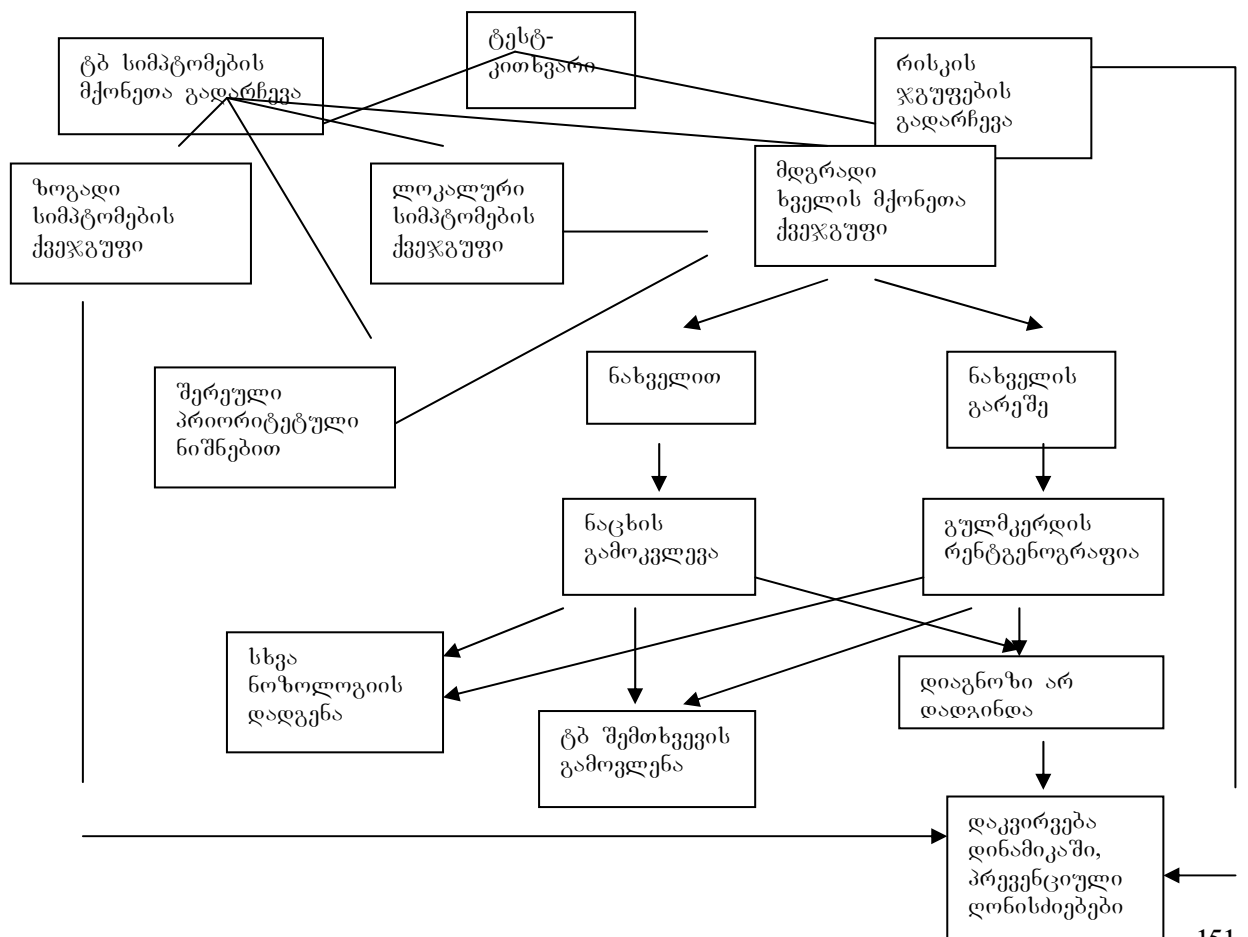
შედეგი : რისკ-ჯგუფი----- ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევა-----

კვლევის I და II ეტაპის შედეგთა შეფასების საფუძველზე გამოიკვეთა ტესტ-კითხვარის სამმაგი (სადიაგნოზო, პრევენციული, საგანმანათლებლო) მნიშვნელობა:

**ტესტ-კითხვარი**

ტუბერკულოზის ნოზოლოგიის გამოვლენა	ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფების დადგენა	ტუბერკულოზის შესახებ	ინფორმაცია გამოვლენა
			სხვა

ბარათის ეფექტური გამოყენებისათვის შევიმუშავეთ ალგორითმი



ამრიგად, სკრინინგი სიმპტომების მიხედვით ამართლებს ხარჯებს და პაციენტებისა და არასპეციალიზებული ქსელის მუშაკების აქტივირებას გულისხმობს. მიუხედავად იმისა, რომ ჩვენი კვლევის მიზნები, შესაძლებლობები და კრიტერიები განსხვავდება სხვა კვლევათა იგივე მაჩვენებლებისაგან, შედეგები აქაც მსგავსი მივიღეთ: ინდოეთში, ჩეხოსლოვაკიაში და სხვა ქვეყნებში ჩატარებული ფართომასშტაბიანი კვლევების საფუძველზე ტუბერკულოზის საკითხების ჯანმოს ექსპერტთა მერვე და მეცხრე შეხვედრაზე ხაზი გაესვა შემთხვევათა გამოვლენის აუცილებლობას ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე პაციენტებში. შემთხვევათა გამოვლენის უპირველესი პრიორიტეტია ნახველის ნაცხის მიკროსკოპული გამოკვლევა იმ პაციენტებში, რომლებსაც რამოდენიმე კვირის განმავლობაში აწუხებთ ხველა.

ამრიგად, პრევენციის მიმართულებით კვლევამ წარმოაჩინა, რომ :

⇒ ტუბერკულოზის განვითარების სიხშირე გაცილებით მეტია დაავადების რისკის მქონე პირებში, ვიდრე რისკ-ფაქტორების არმქონე პირებში.

⇒ სხვადასხვა რისკ-ფაქტორის მნიშვნელობა ტუბერკულოზის განვითარებაში სხვადასხვაა და ხშირად მეტ დატვირთვას იძენს სხვა რისკ-ფაქტორთან კომბინაციაში.

⇒ ქულათა სისტემის გამოყენებით შესაძლებელია მოსახლეობაში რისკ-ჯგუფების დადგენა, თითოეული ჯგუფის მიმართ პრევენციული ღონისძიებების ტიპის განსაზღვრა. მოსახლეობის სხვადასხვა ფენებში ტუბერკულოზის განვითარების რისკ-ფაქტორების სიხშირე სხვადასხვაა, რაც ნიშნავს, რომ განსაკუთრებულ ჯგუფებში საჭიროა აქტიური გამოვლენა და მონიტორინგი რისკ-ჯგუფებზე.

⇒ ტესტ-კითხვარი იძლევა არა მარტო ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის ჯგუფების, არამედ დაავადების შემთხვევის დადგენის საშუალებასაც.

⇒ ჩვენ მიერ შემუშავებული ტესტ-კითხვარი საშუალებას იძლევა მოსახლეობის შედარებით დიდ ჯგუფებში დროის მცირე მონაკვეთში გამოვყოთ ტუბერკულოზზე საეჭვო და ტუბერკულოზის განვითარებისათვის მაღალი რისკის მქონე პირები და გაღრმავებული კვლევები ჩავატაროთ მხოლოდ გამოყოფილ ჯგუფში. რა თქმა უნდა, შესაძლოა მოსახლეობის უფრო დიდ ჯგუფებში აპრობაციის შემდეგ ტესტ-კითხვარი დახვეწას, სრულყოფას საჭიროებდეს, მაგრამ მთავარია, რომ მოძებნილია პრინციპი:



მოსახლეობის მასობრივი გამოკვლევა აუცილებელია ტუბერკულოზის კონტროლისათვის, მაგრამ კვლევის მეთოდი უნდა იყოს იაფი, ადვილად განსახორციელებელი და დასამუშავებელი, ამასთან ინფორმატიული.

⇒ რისკ-ჯგუფების მიმართ პრევენციული ღონისძიებები უნდა გატარდეს სხვადასხვა პროექტების ფარგლებში, რომლებიც მიმართული იქნება ცალკეული რისკ-ფაქტორის მართვაზე. (მაგ. ა) კონტაქტში მყოფი პირების განსწავლა, გამაკაჟებელი ღონისძიებების გატარება, პრევენტორიუმის, TB-კლუბის, TB-მოედნების, TB-სკოლის, და სხვა ამგვარის გახსნა, ახალშობილთა იზოლირება, მარჩენალის ავადობის პერიოდში ოჯახის მატერიალური დახმარება, მხარდაჭერა სოციალური, ყოფითი, საკანონმდებლო პრობლემების გადაჭრაში და სხვ; ბ) მავნე ჩვევების მქონეთა განსწავლა, მორალური მხარდაჭერა, მკურნალობის უზრუნველყოფა და სხვ.; გ) ბაცილგამომყოფი პირების განსწავლა დაავადების გავრცელებაში მათი როლის განმარტების მიზნით და აქტივირება უწყვეტი მკურნალობის გასატარებლად, დროებითი თავშესაფრების მოწყობა ბაცილგამოყოფის პერიოდში და სხვა; დ) ჯანმრთელი მოსახლეობის გამაჯანსაღებელი ღონისძიებების დაგეგმვა-გატარება.

⇒ ტუბერკულოზის პრევენციის პრიორიტეტულ მიმართულებად მიჩნევა აუცილებელია გამოვლენის, დიაგნოზირების, მკურნალობის პროცესების *პარალელურად* და არა ეპიდსიტუაციის სტაბილიზების შემდეგ, რათა დროულად იქნას აცილებული ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევის განვითარება, რაც ხელს შეუწყობს ქვეყანაში ინფექციის გავრცელების შეჩერებას.

#### **4. დასკვნები**

1. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის დღემდე არსებული პერიოდიზაცია არ ასახავს პროცესს ადექვატურად და არ წარმოაჩენს ერთიან სურათს. საკითხის კომპლექსური შესწავლა აუცილებელია სამეცნიერო-თეორიული, ისტორიული თვალსაზრისით და პრაქტიკული, სამედიცინო-სამენჯერო თვალსაზრისით, რისთვისაც მისაღებია პერიოდიზაციის ჩვენ მიერ შემუშავებული მოქნილი სქემა.

2. საქართველოში ისტორიულად არსებობს ტუბერკულოზთან ბრძოლის ინდივიდუალური, საზოგადოებრივი, სახელმწიფოებრივი და შერეული ფორმები.

3. ტუბერკულოზის პირველი კვალი საქართველოში (ტუბერკულოზური სპონდილიტი) თარიღდება ჩვ წ-ად VI-VII სს-ით, წერილობითი წყაროებიდან პირველია X საუკუნის სამედიცინო ხელნაწერი- ქანანელის "უსწორო კარაბადინი." ტუბერკულოზის შესახებ მონაცემები გვხვდება შუა საუკუნეების სამედიცინო ხელნაწერებში; ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოებრივი ფორმა ისახება XIX საუკუნის 60-იანი წლებიდან; ტუბერკულოზთან სახელმწიფოებრივი ბრძოლის პირველი ჩანასახი ჩნდება 1918-21 წლებში; საქართველოში ტუბერკულოზთან სახელმწიფოებრივი ბრძოლა იწყება 1921 წლიდან და 1991 წლამდე გრძელდება; ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალი, შერეული ფორმა, იწყება 1995 წლის აგვისტოდან- DOTS პერიოდი.

4. ტუბერკულოზთან ბრძოლის თანამედროვე და წარსულში არსებული სისტემების შესწავლის შედეგად დადგენილია წარმატებისა და წარუმატებლობის მიზეზები და მათი მართვის გზები. შედარებითი ანალიზის საფუძველზე გამოკვეთილი ეფექტური მეთოდებისა და ღონისძიებების დანერგვა-გაფართოების შესაძლებლობების განხილვა აუცილებელია ქვეყანაში DOTS სტრატეგიის სრულყოფისათვის.

5. მოსახლეობაში ტუბერკულოზის გავრცელება კავშირშია ქვეყნის სოციალურ-პოლიტიკურ მდგომარეობასთან, ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის მუშაობასთან, ამ დაავადების შესახებ ინფორმირებულობასა და ზოგადი სამედიცინო ქსელის ტუბსაწინააღმდეგო აქტივობასთან. მნიშვნელობა ენიჭება აგრეთვე ე. წ. რისკ-ფაქტორების არსებობას. შესაბამისად, კონტროლის სისტემის შემდგომი დახვეწა, ქვეყანაში ეკონომიკური და სოციალური პრობლემების მოწესრიგება, ზოგადი სამედიცინო ქსელის მუშაკთა, პაციენტებისა და მოსახლეობის განსწავლა და რისკ-ფაქტორების მინიმუმაციისაკენ მიმართული ღონისძიებების გატარება გააუმჯობესებს ტუბერკულოზის ეპიდსიტუაციას საქართველოში;

6. ტუბერკულოზის დროული გამოვლენის და/ან მისი აცილების ჩიაფი, სწრაფი და მასობრივი მეთოდია სკრინინგი ჩვენ მიერ შემუშავებული ტესტ-კითხვარის მეშვეობით.

7. საქართველოში მაღალი რჩება კონტაქტების ავადობის და შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები, რაც მიუთითებს პრევენციული, სოციალური, ფსიქოლოგიური, საინფორმაციო ხასიათის პრობლემების არსებობაზე, რომელთა

აღმოფხვრა უნდა განხორციელდეს სამედიცინო და საზოგადოებრივი ხასიათის სხვადასხვა მიზნობრივი პროექტების ფარგლებში.

8. ბოლო წლებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის გაუმჯობესება მნიშვნელოვნად განსაზღვრა საერთაშორისო არასამთავრობო და სამთავრობო პარტნიორი და დონორი ორგანიზაციების საქმიანობამ საქართველოში. სამომავლოდ არაერთი მიზნობრივი პროექტის(მათ შორის ჩვენ მიერ შემუშავებული) განხორციელება კარგი კოორდინაციის პირობებში შესაძლებელია სწორედ ამ ორგანიზაციების, ბიზნესის, საზოგადოების წარმომადგენლებისა და კერძო პირების სახსრებითა და მონაწილეობით.

## 5. რეკომენდაციები

- საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის ერთიანი სურათის წარმოჩენის, კომპლექსური შესწავლისა და შედარებითი ანალიზის წარმოებისათვის უპრიანია ჩვენ მიერ შემუშავებული პერიოდიზაციის მოქნილი სქემის გამოყენება.
- ტუბერკულოზის გამოვლენის გაუმჯობესების მიზნით აუცილებელია როგორც ფთიზიატრიული, ისე ზოგადი სამედიცინო ქსელის მუშაკთა და საზოგადოების განსწავლა ტუბერკულოზის შესახებ, რაც შესაძლებელია ეფექტურად დაგეგმილი საინფორმაციო კამპანიის განხორციელების შემდგომი გაფართოებით.
- პროგრამის ფარგლებში ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის დღეისათვის არსებული წამყვანი მეთოდის-მასალის ნაცხის პირდაპირი ბაქტერიოსკოპიის დაწერვა ზოგადი ქსელის ყველა დაწესებულებაში, მათ შორის-კერძო სექტორშიც, საგრძნობლად გაზრდის ეპიდემიოლოგიურად საშიში ბაცილგამომყოფი კონტინგენტის გამოვლენას და გააუმჯობესებს გამოვლენის მაჩვენებელს, ზოგადად. მეორეს მხრივ, ტუბსაწინააღმდეგო დაწესებულებებში დიფერენცირებული დიაგნოზირების დეპარტამენტების შექმნა მკვეთრად შეამცირებს დიაგნოსტიკურ შეცდომებს, არამოტივირებულ მკურნალობას და შესაბამისად, რეზისტენტული ფორმების განვითარებას, დაუსაბუთებელ ფსიქოლოგიურ სტრესს და არამიზნობრივ ეკონომიკურ ხარჯს.

- \* მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, სახელდობრ კი შეწყვეტილი მკურნალობის აცილებისთვის, აუცილებელია კონტროლის სისტემის შესაბამისი ელემენტების (უშუალო მეთვალყურეობა და მედიკამენტების უწყვეტი მოწოდება) გაძლიერება, წამახალისებელი მეთოდების გაფართოება და მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზთა გათვალისწინებით, დამხმარე პროექტების ამოქმედება (ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახური, ხელშეკრულება, კანონი პაციენტის და მისი ოჯახის წევრების უფლებების შესახებ, კანონი ტუბსაწინააღმდეგო მედიკამენტების გაყიდვის აკრძალვის შესახებ და სხვ.).
- მოსახლეობაში ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებისა და ტუბერკულოზის შემთხვევის დროული გამოვლენის მიზნით ყველა ტიპის დაწესებულებაში, სასურველია, შემოღებულ იქნას ანკეტირება ტესტ-კითხვარის საშუალებით, პროგრამის მართვის საინფორმაციო სამსახურში კი - შეიქმნას გამოკითხვის შედეგად მიღებულ მონაცემთა ცენტრალური ბაზა.
- კონტაქტების ინფიცირებისა და დაავადების პრევენციის მიზნით უპრიანია სხვადასხვა დონორი და პარტნიორი ორგანიზაციების და ბიზნესის წარმომადგენლების მიერ დაფინანსდეს და განხორციელდეს პრევენციული ხასიათის პროექტები (პრევენტორიუმი, TB სკოლა, TB კლუბი, TB მოედანი, TB ბაღი, TB-სპორტი და სხვა)
- ტუბერკულოზთან ბრძოლაში საზოგადოების სხვადასხვა ჯგუფების, ორგანიზაციების, კერძო პირების ჩართვა აუცილებელია ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოებრივი ფორმის ინსტიტუციონალური ჩამოყალიბებისა და განვითარებისათვის, რაც ხელს შეუწყობს DOTS და STOP TB პროგრამით, ACSM გეგმით განსაზღვრული ღონისძიებების განხორციელებასა და სრულყოფას საქართველოში.

### გამოყენებული ლიტერატურის სია

1. აბაკელია ი. "ტუბერკულოზი და მასთან ბრძოლა საქართველოში" ჟურნალი "ექიმი", №5-8, 1919
2. აბაკელია ი. "ტუბერკულოზთან ბრძოლა საქართველოში" ჟურნალი "ჭლექთან ბრძოლა" №1, 1920

3. აბაკელია ი. "ტუბერკულოზი", მონოგრაფია, 1921
4. აბულაძე გ., ლ. კოტეტიშვილი. ძველი ქართული სამედიცინო ტერმინოლოგიის ლექსიკონი, თბ.: სახელგამი, 1940. გვ. 299-736
5. ბათიაშვილი ო., ჩიქოვანი ფ. "ტუბერკულოზთან გადამწყვეტი ბრძოლის მიჯნაზე." საბჭოთა მედიცინა 1964. №2. გვ. 13-16
6. ბათიაშვილი ო. "საქართველოს ჯანდაცვის სამინისტროს რესპუბლიკური ს/კ ინსტიტუტის 40 წლისთავი" ინსტიტუტის შრომათა კრებული, ტ.XV-XVI, თბ: 1972წ. გვ65-71
7. ბათიაშვილი ო. "ტუბერკულოზთან ბრძოლის მდგომარეობა საქართველოში." საბჭოთა მედიცინა. 1974 №.3 6-9
8. ბოკუჩავა ა. ყ. "50 წელი ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ფრონტზე" ინსტიტუტის შრომათა კრებული, ტXII, თბ: 1968. გვ7-13
9. ბოკუჩავა, ა. ყ. "ტუბერკულოზთან ბრძოლის ორგანიზაციის ზოგიერთი საკითხი XIX საუკუნის საქართველოში." საქ. მედიცინის ისტორიკოსთა პირველი სამედიცინო კონფერენციის თეზისები. თბილისი. 1961, გვ42-43
10. ბატონიშვილი დავითი "იადიგარ დაუდი" აღ. ალადაშვილის რედაქციით, თბ.: თსუ , 1992, 779 გვ.
11. გერსამია კ. თ. "ტუბერკულოზთან ბრძოლის ზოგიერთ აქტუალურ საკითხებზე." შრომები. ტუბერკ. ს/კ ინსტიტუტი, ტ. IX, თბილისი 1959. გვ. 9-15
12. გერსამია კ. შენგელია ი. "ტუბერკულოზის ეპიგემიოლოგიური ძვრები საქართველოში 1950-1963 წლებში" საბჭ. მედიცინა, 1965, 3გვ. 55-56
13. გეგეჭკორი ნ. "ტუბერკულოზის პრობლემა საქართველოში" საქ. ექიმთა 3 სამედიცინო კონფერენციის შრომები. (25-27 მაისი 1925) თბილისი 1926. გვ. 219-228
14. გიორგაძე ა., ფურცხვანიძე ჭ. "ტუბერკულოზი". თბილისი, 1999
15. გიგინეიშვილი ი. კობიაშვილი თ. "ტუბერკულოზური ინფექციის გავრცელება გურიის ზოგიერთ სოფლებში," საქართველოს ექიმთა 3 სამეცნიერო კონფერენციის შრომები. (25-27 მაისის 1925 წ, ტ.ფ. 1926, გვ 109-124)
16. დარჯანია მ. "ტუბერკულოზით დაავადებულთა მკურნალობის ზოგიერთი ორგანიზაციულის საკითხი." სამკ. მედიცინა. 1967, 1 გვ. 53-54

17. დარჯანია შ. ბ. “ფთიზიოთერაპევტის სამი წლის მუშაობის ანალიზი ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო დისპანსერის პირობებში”. კრებული უბნის ექიმის დასახმარებლად. 1964. №1-2, თბილისი გვ. 18-24
18. “ვებრძოლოთ ჭლექს!” სამდღ.ურ. კრებული ტფ, აღმასკ. ჯანმრთ. განყ-ფა. «სანიტგანათლ». 1925 32გვ. 50გ.
19. თურქიშვილი ლ. ი. “ტუბსაწინააღმდეგო მუშაობის ორგანიზაციის შესახებ ქალაქის პოლიკლინიკაში.” შრომათა კრებული. (სანიტარული და ჰიგიენური სამეცნიერო კვლევის ინსტიტუტი) ტ. IV, თბილისი, 1965. გვ. 219-296
20. ინასარიძე გ. “ტუბერკულოზთან ბრძოლის მდგომარეობა და ამოცანები”. საბჭოთა მედიცინა. 1957.№2, გვ. 11-12
21. მდივანი ნ. "ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები კონტროლის თანამედროვე სისტემის რეალიზაციის პირობებში" ავტ.რეფ. თბილისი, 2005.
22. მეთოდური რეკომენდაციები 2003 წლის ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამით გათვალისწინებული სადიაგნოზო, სამკურნალო და პრევენციულ ღონისძიებათა გასატარებლად, თბილისი, 2003.
23. მინდაძე ნ., "ქართული ხალხური მედიცინა," თბ.: მეცნიერება, 1981. 145 გვ.
24. მეგრებიანცი გ. ექ. 'ჭლექი და ყველასათვის ხელმისაწვდომი ღონისძიებანი მის წინააღმდეგ საბრძოლველად პრ-დოც დ. დ. პლეტნევის წინასიტყვაობით". ტფ.1912. 47გვ. 30გ
25. მესტიაშვილი გ.. "ტუბერკულოზი" თბ: 1948წ. 3-56, 148-15221.
26. მესტიაშვილი გ. "ტუბერკულოზი". თბილისი «საბჭოთა საქართველო» 1959. 451გვ.
27. ოდიშარია თ. " სასუნთქი სისტემის დაავადებათა დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის საკითხები ძველ ქართულ კლასიკურ და ხალხურ მედიცინაში" ავტორეფ. მედ. მეცნ. კანდ. თბ:1995, 32გვ.
28. სააკაშვილი მ., გელაშვილი ა.. საქართველოს მედიცინის ისტორია. თბ;"საქმედგამი' 1956, ტ.II გვ 311-324.
29. სალაყაია ა.. “ტუბერკულოზის გლობალური და ადგილობრივი ეპიდემია”. თბ: 2005. 10გვ.

30. რაჭველიშვილი ბ. “დავით აღმაშენებელი და ძველი ქართული სასწიწხლოები”. ჟურნ. საქართველოს სამედიცინო მოამბე" 1991/31 გვ70-74
31. საქართველოს ჯანმრთელობის დაცვის განვითარების სტრატეგიული გეგმა (2000-2009), თბილისი, 1999.
32. საქართველოს სახელმწიფო არქივი. თბ: -ფონდი 1833, ს985-979, 176 გვ. 26.
33. ლორთქიფანიძე ვ. “ტუბერკულოზი საქართველოში”. ტფ. ჯანსახკომისარიატის სანგანათლების გამ, 1927. გვ. 50
34. სულხან-საბა ორბელიანი ლექსიკონი ქართული. თბ.: მერანი, 1993, ტI 637გვ.
35. სულხან-საბა ორბელიანი ლექსიკონი ქართული. თბ.: მერანი, 1993, ტII 654 გვ.
36. ტუბერკულოზთან ბრძოლის სახელმწიფო პროგრამა. ტუბერკულოზთან ბრძოლის თანამედროვე ბრძოლის სტრატეგია-კონტროლის ძირითადი ღონისძიებები (მეთოდური სახელმძღვანელო). თბილისი, 2001.
37. ხეჩინაშვილი გ. “ტუბერკულოზი და მასთან ბრძოლის თანამედროვე სტრატეგია.” თანამედროვე მედიცინა 2003;2(4):16-26.
38. ხეჩინაშვილი გ. ჯანჯღავა მ. მდივანი ნ. ჯიბუტი მ. გეგია მ. - "ტუბერკულოზი და მისი კონტროლი *DOTS\_plus* შესაბამისად". თბილისი 2003.
39. ჯანმრთელობის დაცვა საქართველო, 2003, სტატისტიკური ცნობარი, თბილისი, 2004.
40. ჯანმრთელობის დაცვა საქართველო, 2002, სტატისტიკური ცნობარი, თბილისი, 2003.
41. ფირფილაშვილი პ. "პალეოპათოლოგიური კვლევის შედეგები" თბ: 1956, გვ7-16
42. ზაზა ფანასკერტელ-ციციშვილი. "სამკურნალო წიგნი- კარაბადინი", თბ, მეცნიერება, 1988, ტ I-II 6557-664
43. ქანანელი, უსწორო კარაბადინი, თბ.: "ენგადი" 1999, 305-316
44. ჩახალაშვილი ლ. “ტუბერკულოზი და მასთან ბრძოლა.” სოხუმი, სახელგამი, 1954. 64გვ. 2მ. 80გ.
45. შენგელია ი. "ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ს/კ ინსტიტუტის 70 წლისთავისათვის" თბ: 2000. გვ1.
46. შენგელია მ. "ქართული მედიცინის ისტორია" თბ: 1981, გვ126, 141-144.

47. შენგელია რ. "ჯანდაცვის ორგანიზაცია დამოუკიდებელ საქართველოში" თბ: 2001.
48. ჩეჩელაშვილი დ. "ტუბერკულოზის წინააღმდეგ ბრძოლის ისტორიის საკითხისათვის ქ. ქუთაისში" საქ. მედიცინის ისტორიკოსთა პირველი სამეც. კონფერენციის თეზისები. თბილისი 1961, გვ. 43-44
49. ხოჯაყოფილი. წიგნი სააქიმოი, თბ: "სახელგამი". 1936-381 გვ.
50. Ахамед и гр. авторов."Краткое руководство по туберкулезу для работников первичной медико-санитарной помощи". ВОЗ.Европейское региональное бюро
51. Батиашвили О. Г. «Химиопрофилактика туберкулеза», изд"საბჭოთა საქართველო" Тбилиси-1980
52. Бокучава А.К."Кавказское Общество Борьбы с Туберкулезом и Его Деятельность в Грузии" Сборник трудов Респ. НИИТ Грузии. т. X Тб: 1961, 15 ст.
53. ВОЗ План расширения программы *DOOTB* для борьбы с Туберкулёзом в Европейском регионе ВОЗ 2002-2006гг. Всемирная Организация Здравоохраненияб 2002.
54. Всемирная организация здравоохранения, Лечение туберкулеза, Руководящие принципы для национальных программ Женева 1994
55. Гарвардская Медицинская Школа. Полирезистентный Туберкулёз: Угроза человечеству, 2001.
56. Затушевская И.."Информирование о туберкулезе в Грузии." Отчет о работе консультанта и рекомендации по проведению информационных кампаний.Тбилиси,6-18 июня 2005 г
57. Лебедев З.А, Шмелева Н.А,"Туберкулез".руководство для врачей.Медгиз 1955.Москва. ст.576-646.
58. Министерство здравоохранения СССР. Приказ г. Москва №527 5 июля 1988 г.
59. Московский научно-исследовательский институт туберкулоза министерства здравоохранения РСФСР " Достижения и перспективы борьбы с туберкулезом Москва-1979
60. МПС-СССР Врачебно-санитарная служба зкв. ж. д. 1922-1972 г.г. г. Тбилиси-1973г
61. Путов Н. В., Федосеев Г. Б., Хоменко А. Г., " Справочник по пульмонологии". Под редакцией изд. "Медицина", Москва, 1987 г.
62. Перельман М. И., Корякин В. А., «Фтизиатрия» Москва, "Медицина" 1996.-336с. илю-(Учеб. лит. Вля студ. мед. вузов).



63. Рубинштейн Г. Р., " Ошибки в клинике легочного туберкулеза" .Гос. изд. мед. лит. "медгиз" Москва-1941-Ленинград
64. Рубинштейн Г. Р. Дифференциальная диагностика заболеваний легких, том I медгиз, Мо:1954 ст
65. Труды VII Всесоюзного съезда фтизиатров (23-27 Ноября 1964 г.), изд. "Медицина" Москва-1966
66. Фрейдман В.Н.. Романова А.А.."О работе диф-диагностического отделения дорожного противотуберкулезного диспансера прибалтийской железной дороги." Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию образования дорожного противотуберкулезного диспансера ЗКВ жд.г.Тбилиси-1973г.
67. Хоменко А.Г. " Туберкулез". Москва. "Медицина" 1996.174-186, 307-316, 374-381,386-95, 479.
68. Шашикашвили Н. Р. "Этапы развития здравоохранения в Грузии» , изд. "Сабчота Сакартвело" Тбилиси-1973 659-86.
69. Шебанов Ф. В. "Туберкулез" - Москва: "Медицина". 1981,363с., ил.
70. Штейнцайг А.И., Малякина Е.А.,Мизюкина Л.В."Распознавание у впервые принятых в противотуберкулёзном диспансере туберкулёзных и неспецифических поражений органов дыхания." Материалы научно-практической конференции, посвященной 50-летию образования дорожного противотуберкулезного диспансера ЗКВ жд.г. Тбилиси-1973г.
71. Явгушевич Н. Л., Инструктивно- методические материалы по своевременному выявлению туберкулеза под редакцией Москва 1948
72. American Thoracic Society\ Centers for Disease Control. Control of Tuberculosis in the United states. Am Rev Respir Dis 1992; 146:1623-33;
73. Antonucci G. Girardi E. Raviglione MC. Ipolito G. Risk factors for tuberculosis in HIV-infected persons. A prospective cohort study. J Am Med Assoc., 1995;274:143-8.
74. Banerji D. tuberculosis: a problem of social planning in developing countries. Med Care 1965; 3:151-61
75. Barr DA. Field MG. The current state of health care in the former Soviet Union: implications for health care policy and reform. Am J Public health 1996; 86:307-12
76. Bayer R. Wilkinson D. directly observed therapy for tuberculosis history of an idea. Lancet 1995; 345:1545-48.
77. Beck\_sague C, Dooley SW, Hutton MD, et ai. Hospital outbreak of multidrug-resistant

- Mycobacterium tuberculosis: Factors in transmission to staff and HIV - infected patients. JAMA 1992; 268:1280-1286
78. Belcon MC, Smith EKM, Kahana LM, Shimuzu AG. Tuberculosis in dialysis patients. Clin Nephrol 1982;17:14-18.
  79. Bergner L, Yerby AS, Low income and barriers to use of health services. N Engl J Med 1968;278:541-6.
  80. Berman PA. Health Sector Reform. Making health development sustainable. Health policy 1995;1:13-29.
  81. Bjartveit K. Tuberculosis situation in the scandinavian countries: Norway. Scand G Respir Dis 1978;(suppl):28-35
  82. Bongdorf MW, Nagelkerke N, van Soolingen D, De Haas PEW, Veen J, van Embden IDA. Analysis of tuberculosis transmission between nationalities in the Netherlands in the period 1993-1995 using DNA fingerprinting. Am J Epidemiol, 1998,147:187-95
  83. Borgdorff MW, Nagelkerke NLD, Van Soolingen D, Broekmans JF. Transmission of tuberculosis between people of different ages in the Netherlands: an analysis using DNA fingerprinting. Int J Tuberc Lung Dis, 1999; 3:202-206
  84. Boucot KR, Dillon ES, Cooper DA, Mier P, Richardson R. Tuberculosis among diabetics. The Philadelphia survey. Am Rev Tuberc 1952;65:1-50.
  85. Braun MM, Badi N, Ryder RW, Baende E, Mukadi Y, Nsaumi M, et al. A retrospective cohort study of risk of tuberculosis among women of childbearing age with HIV infection in Zaire. Am Rev Respir Dis 1991;143:501-4
  86. Brown KE, Campbell AH. Tobacco, alcohol and tuberculosis. Brit J Dis Chest 1961; 55:150-158.
  87. Bucher HC, Griffith LE, Guyatt GH, et al. Isoniazid prophylaxis for tuberculosis in HIV infection: a meta analysis of randomized controlled trials. AIDS. 1999;13:501-507
  88. Burrill D, Enarson DA, Alien EA, Grzybowski S. Tuberculosis in female nurses in British Columbia: implications for control programs. Can Med Ass J, 1985; 132:137-40.
  89. CDC. A strategic plan for the elimination of tuberculosis in the United States. MMWR 1989; 38(suppl. NoS-2):1-25
  90. CDC. Essential components of a tuberculosis prevention and control program. MMWR 1995; 44(no.RR-11):3
  91. CDC. Tuberculosis Elimination Revisited: Obstacles, Opportunities, and a Renewed Commitment. MMWR 1999; 48 (NoRR-9)
  92. Cegielski JP, Chin DP, Espinal MA et al. The global tuberculosis situation. Progress and problems in the 20<sup>th</sup> century, prospects for 21<sup>st</sup> century. Infect Dis Clin North Am. 2002;16(1):1-58.

93. Centers for Disease Control and Prevention. Tuberculosis morbidity\_United States, 1995 Morb. Mortal. Wkly. Rep., 1996 45:365-70;
94. Centers for Disease control. Guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in health-care settings, with special focus on HIV-related issues. Morbid Mortal. Wkly Rep; 1990; 39:1-29.
95. Centers for Disease Control. Tuberculosis – Western Europe, 1974-1991. MMWR 1993;42:628-31.
96. Chan-Yeung, Noertjojo K, Chan LS, Tam CM. Sex differences in tuberculosis in Hong-Kong. Int J Tuberc Lung Dis 2002; 6(1):11-18.
97. Cocker RJ, Dimitrova B. et al. Tuberculosis Control in Samara Oblast, Russia: institutional and regulatory environment. Int J Tuberc Lung Disease 2003; 7(10):920-932.
98. Comstock GW, Livsey VT, Woolpert SF. The prognosis of positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. Am. J Epidemiol, 1974; 99:131-8
99. Coninx R, Maher D, Hernan R, Grzemska M. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. BMJ 2000;320:440-442
100. Corbett L, C.J. Watt, N. Walker, D. Maher. B. Williams, M.C. Raviglione, C. Dye The Growing Burden of Tuberculosis, Arch Intern Med/Vol 163, May 12, 2003
101. Cowie RL. The epidemiology of tuberculosis in gold miners with silicosis. Am J Respir Crit Care Med 1994; 150:1460-2
102. Crofton J, Horne N, Miller F. Clinical Tuberculosis. Second Edition. IUATLD. 1999
103. Crofton J. Failure in the treatment of pulmonary tuberculosis: potential causes and their avoidance. Bull Intern Un Tuberc 1980, 55(3-4):93-99
104. Crofton J. The contribution of treatment to the prevention of tuberculosis. Bulletin of the International Union Against Tuberculosis, 1962, 32:643-653
105. Davies PDO Clinical Tuberculosis third edition, Dye C. Epidemiology, in press
106. Dye C, Sweeney S, Dolin P, Pathania V, Raviglione MC. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence, and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. JAMA 1999; 282:677-86
107. Edlin BR, Tokars JI, Grieco MH. Et al. An outbreak of multidrug resistant tuberculosis among hospitalized patients with acquired immunodeficiency syndrome. N Eng J Med 1992; 326:1514-1521
108. Edwards LB, Livezey VT, Acquaviva FA and Palmer CE. Height, weight, tuberculosis infection, and tuberculosis disease. Archives of Environmental Health 1971 22:106-112
109. Enarson DA, Rieder HL, Arnold T, Trebus A. Tuberculosis Guide for low income Countries. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease 1996

110. Espinal MA, Kim SJ, Suarez PG, Kam KM, Khomenko AG, Migliori GB, et. al. Standart short-course chemotherapy for drug-resistant tuberculosis: treatment outcome in six countries. *JAMA* 2000; 283:2537-45.
111. Euro-TB. Surveillance of Tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2000. Euro-TB 2002.
112. Euro-TB. Surveillance of Tuberculosis in Europe. Report on tuberculosis cases notified in 2001. Euro-TB 2003.
113. Fox W. The problem of self-administration of drugs, with particular reference to pulmonary tuberculosis. *Tubercle* 1958;39:269-74.
114. Global Tuberculosis Control. WHO report 2003, Geneva, World Health Organization, 2003. WHO/CDS/TB/2003.316
115. Grange JM, Zumla A. The global emergency of tuberculosis. What is the cause? *J R Soc Health*. 2002 Jun;122(2):78-81.
116. Grzybowski S, Barnett GD, Styblo K. Contacts of cases of active pulmonary tuberculosis. *Bulletin of the International Union Against Tuberculosis* 1975;50:90-106
117. Haro A.S. Tuberculosis in Finland. Past – present – future. *Tuberculosis and respiratory disease yearbook*, 1998; 1-109.
118. Hirsh JG, Schaeller RW, Pierce CH, Smith JM. A study comparing the effects of bed rest and physical activity in recovery from pulmonary tuberculosis. *Am, Rev Respir Dis* 1957; 75:359-137
119. Hong YP, Kim SJ, Lew j, Lee KE, Han YC. The seventh nationwide tuberculosis prevalence survey in Korea, 1995. *Int J Tuberc Lung Dis* 1998;2(1):27-36.
120. Horwitz O. Tuberculosis risk and marital status. *Am Rev Respir Dis*, 1971; 104:22-31
121. Hudelson P. Gender differential in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors. *Tuberc Lung Dis* 1996; 77:391-400.
122. Tuberculosis in the eastern European countries and former USSR. *Health Manage Forum*. 2001 Summer;14(2):54-9
123. Kochi A. Tuberculosis: distribution, risk factors, mortality. *Immunology*. 1994;191(4-5):325-
124. Krivinka R, Drapela J, Kubik A, et al. Epidemiological and clinical study of tuberculosis in the district of Kolin, Czechoslovakia. Second report (1965-1972). *Bull. World Health Organ*.1974;51:59-69.
125. Lewis JG, Chamberlain DA. Alcohol consumption and smoking habits in male population with pulmonary tuberculosis. *Brit J Prev Soe Med* 1963;17:149-152

126. Mahler H. The tuberculosis Programme in the developing countries. *Bull Int Union Tubere* 1966;37:77-82
127. Marciniuk DD, McNab BD, Martin WT, Hoepfner VH. Detection of pulmonary tuberculosis in patients with a normal chest radiograph. *Chest* 1999;115:445-452.
128. Marrero A, Caminero JA, et al. Towards elimination of tuberculosis in a low income country: the experience of Cuba, 1962-97. *Thorax* 2000;55:39-45
129. McCarthy OR. Asian immigrants tuberculosis \_ the effect of visiting Asia. *Br J Dis Chest*, 1984; 78:248-53
130. McFarlane N. Hospitals, housing and tuberculosis in Glasgow. *Social History and Medicine* 1989; 2:59-85
131. McKeown T, Record R.G. Reasons for decline in mortality in England and Wales in the nineteenth century. *Population Studies* 1962; 16:94-122
132. Menzes D, Chan CH, Vissandjee B, Impact of immigration on tuberculosis infection among Canadian-born schoolchildren and young adults in Montreal. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997; 156:1915-21.
133. Menzies D, Fanning DA, Yuan L, Fitzgerald M. Tuberculosis among health care workers. *N Eng J Med*, 1995; 332:92-7.
134. Meyer Nissen S. Statistical investigations of the relationship of tuberculosis mortality and morbidity to infection. *Acta Tuberc. scand.*, suppl. 18, 1949
135. Murrey CJL, Styblo K, Rouillon A. Tuberculosis in developing countries. burden, intervention and cost. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis*, 1990; 65(1):2-20
136. Murrey CJ, Lopez AD. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1269-76
137. Nagpaul DR. Why integrated tuberculosis programmes have not succeeded as per expectations in many developing countries - a collection of observations. Geneva, World Health Organization, 1981 (document WHO/TB/81.122)
138. Netto EM, Dye C, Raviglione MC, for the Global Monitoring and Surveillance Project. Progress in global tuberculosis control 1995-1996, with emphasis on 22 high-incidence countries. *International J Tuberc Lung Dis* 1999;3:310-20.
139. Olle-Goig JE, Alvarez J. Treatment of tuberculosis in a rural area of Haiti: directly observed and non-observed regimens. The experience of Hospital Albert Schweitzer. *Inter J Tuberc Lung Dis* 2001;5:137-141.
140. Powell KE, Brown D, Farer LS. Tuberculosis among Indoshinese refugees in the United states., *J Am Med Assoc*, 1983; 249:1455-60.

141. Reviglione MC, Pio A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2000. *The Lancet*, Vol 359, March 2, 2002, 775:780 1995;
142. Rider H, Waston J. Raviglione M, et al. Surveillance of tuberculosis in Europe. Recommendations of a working Group of World Health Organization and the european Region of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) for uniform
143. Rieder H.L. Cuthen GM, Bloch AB, Cole CH, Holtzman D et al. Tuberculosis and acquired immunodeficiency syndrome - Florida, *Arch Intern Med*, 1989; 149:1268-73.
144. Rieder HL, Socialization patterns are key to transmission dynamics of tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*, 1999; 3:177-178
145. Rieder HL. Interventions for Tuberculosis Control and Elimination, 2002. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, France
146. Rilley RL. The contagiousity of tuberculosis. *Schweiz. Med. Wochenschar*, 1983;113:75-79.
147. Robins AB, Abeles H, Chaves AB, Aronsohn MA, Breuer J, Wideloc DF The drug treatment of non-hospitalized patients with tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1957; 75:41-52
148. Rom WN. Garay S. Tuberculosis: History of the Sanatorium Movement. by Dvis AL
149. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA, et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intervenous drug users with human immunodeficiency virus infection. *N eng J Med*. 1989; 320:545-550
150. Shilova MV, Dye C. The resurgence of tuberculosis in Russia. *Philos Trans R Sosc Lond B Biol Sci*. 2001;29;356(1411):1069-75.
151. Snider De, Jr. Tuberculosis and Gastrectomy. *Chest* 1985;87:414-5.
152. Snider DE, Kelly GD, Gauthen GM et al: Infection and disease among contacts of tuberculosis cases with drug-resistant and drug-susceptible bacilli, *Am Rev Respir Dis* 1985; 132:125-132
153. Snider DE, The relationship between tuberculosis and silicosis. *Am rev Resp. Dis*, 1978;118:455-60.
154. Stead WW, Longren JP. Does risk of tuberculosis increase in old age? *J. Infect Dis*, 1983;147:951-5
155. Strachen DP, Millard FJ, Maxwell JD, Vegetarian diet and tuberculosis in immigrants Asians. *Thorax*, 1995; 50:175-80.

156. Styblo K. Overview and epidemiological assesment of the current global tuberculosis situation with an emphasis on control in the developing countries. *Rev Infect Dis* 1989; 11 (suppl 2):S339-46
157. Styblo K. The relationship between the risk of tuberculosis infection and the risk of developing infectious tuberculosis. *Bull Int Union Tuberc.* 1985;60(3-4):117-9.
158. Sutherland I, Svanova E and Radhakrishna S. The development of clinical tuberculosis following infection with tuberculosis bacilli. I. A theoretical model for the development of clinical tuberculosis following infection, linking from data on teh risk of tuberculosis infection and the incidence of clinical tuberculosis in the Nethetherlands. *Tubercle* 1982; 63:255-68;
159. Sutherland I, The ten-yares incidence of clinical tuberculosis following ``conversion`` in 2,550 individuals aged 14-19 years. *TSRU Progress Report 1968 (KNCV. The Hague, The Netherlands)*
160. Toman, *Tuberculosis*, 2004
161. Van Geuns HA, Meijer J, Styblo K. Results of contact examination in Rotterdam, 1967-1969. *Bull Int Union Tuberc* 1975;50:90-106.
162. Veen J, Raviglione M, Rieder HL, et al. Standardised tuberculosis treatment outcome in Europe. *Eur Resp J.* 1998;12:505-510
163. Vynnycky E, Fine PE. Lifetime risks, incubation period, end serial interval of tuberculosis. *American Journal of Epidemiology* 2000;1(52):247-63
164. Wallgren A. The time-teible of tuberculosis. *Tubercle*, 1948;29:245-51
165. Weinstock, Hahn o, Wittkamp M, Sepkowits KA, Khechinashvili G, Blumberk HM. Risk for tuberculosis infections among internally displeced persons in Republic of Georgia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001;5(2):164-169
166. WHO Expert Committee on Tuberculosis. Eighth Report. World Health Organozation Technical Report Series No.290.Geneva:WHO,1964
167. WHO Expert Committee on Tuberculosis. Nighth Report. World Health Organozation Technical Report Series No.552.Geneva:WHO,1974
168. WHO Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes. World Health Organization, 2003. WHO\CDS\2003.313.
169. WHO. Alma-Ata1978, Primary health Care. Health for All Aeries Number 1. Geneva:WHO,1978
170. WHO. Fourty-fuurth World Health Assamby. Resolution and Decisions. Resolution Geneva: WHO, 1991(WHA44\191\REC\1).

171. WHO. Guideline for establishing DOTS-Plus Pilot Project for the management of multidrug-resistant tuberculosis. World Health Organization 2000.
172. WHO\CDS\TB\2000.279
173. WHO. Guidelines for External Monitoring of National Tuberculosis Control Programmes. World Health Organization 2003. In press.
174. WHO. TB control as an integral part of primary Health care. Geneva, World Health Organization.
175. WHO. The Global Plan to Stop Tuberculosis. Stop TB Partnership. World Health Organization 2002. WHO\CDS\STB\2001.16
176. WHO. Tuberculosis control in Refugee situations an inter-agency field manual. WHO, 1997, WHO/TB/97.221
177. Wier JA, Taylor R, Fraser R, The ambulatory treatment of patients hospitalized with pulmonary tuberculosis. *Annals Int Med.* 1957; 47:762-773
178. Wilson JL. Rise and decline of tuberculosis sanatorium. *Am Rev Resoir Dis* 1968;98:515
179. WHO. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, new Hope. Geneva: World Health Organization 2001.
180. World Health Organization, The International Union against Tuberculosis and Lung Disease and the Royal Netherlands Tuberculosis Association. Revised international difinitions in tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001;5:213-215.
181. World Health Organization. Redusing risk, prompting healthy life. Geneva: World Health Organization. 2002.
182. World Health Organization. Global tuberculosis control. Geneva: World Health Organization. 2001. Unpublishes document WHO\CDS\TB\2001-287
183. WHO. Report: Global Tuberculosis Control . Geneva: 2003
184. WHO. Report: Global Tuberculosis Control . Geneva: 2004
185. Yu G, Hsiech C, Peng J. Risk factors associated with prevalence of pulmonary tuberculosis among sanitary workers in Shanghai. *Tubercle*, 1998;69:1-5-12.
186. Zalesky R, Abduljaev F, Khechinashvili G, et al. Tuberculosis control in the Caucasus: sucsee and constrains in DOTS impalementation. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3:394-401.
187. Zwarenstein M, Schoeman JH, Vundule C, Lombard CJ, Tatley M. Randomised controlled trail of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. *Lancet* 1998;352:1320-3.



