

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი

*ხელნაწერის უფლებით*

ეკატერინე სანიკიძე

საქართველოში ტუბერკულოზთან  
ბრძოლის ისტორიის ძირითადი ეტაპების  
შედარებითი ანალიზი

14. 00 26.- ფთიზიატრია და პულმონოლოგია

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის სამეცნიერო  
ხარისხის მოსაპოვებლად წარდგენილი დისერტაციის

ბილისი  
2006

ნაშრომი შესრულებულია სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის ფთიზიატრიის და პულმონოლოგიის კათედრის, მედიცინის ისტორიისა და ბიოსამედიცინო ეთიკის კათედრისა და ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის ბაზაზე.

სამეცნიერო ხელმძღვანელები: ლ. ვაშაკიძე  
მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი (14. 00. .26.)

რ. შენგელია  
მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი (14. 00. 10)

ოფიციალური ოპონენტები: შ. გოგიშვილი  
მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი (14. 00. .26.)

მ. გურგენიძე  
მედიცინის მეცნიერებათა

კანდიდატი (14.00.10)

დისერტაციის დაცვა შედგება 2006 წლის -----

საათზე თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო  
უნივერსიტეტის M14.44 №13 სადისერტაციო საბჭოს  
სხდომაზე (ქ. თბილისი, ი. ჭავჭავაძის გამზირი, 29)

დისერტაციის გაცნობა შეიძლება თბილისის  
სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
ბიბლიოთეკაში (ქ. თბილისი, ი. ჭავჭავაძის გამზირი,  
29)

ავტორეფერატი დაიგზავნა 2006 წლის-----

სადისერტაციო საბჭოს  
სწავლული მდივანი,  
მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი

ს. ვაშაკიძე

ნაშრომის ზოგადი დახასიათება

**თემის აქტუალობა.** თანამედროვე მსოფლიოში ტუბერკულოზის კონტროლის სრულყოფილი სისტემის ჩამოყალიბება საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ერთ-ერთი აქტუალური საკითხია [WHO. Global Tuberculosis Control 2004, 2005. WHO. Global Plan to Stop TB, 2001, 2002]. სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა დროს მოქმედი ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამების ეფექტურობა ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის დინამიკაში აისახა [Euro-TB. Report on Tuberculosis Cases Notified in 2002, 2003, 2004; WHO Expert Committee on TB. VIII, IX report, 1964, 1974 ], 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. [ WHO. global tuberculosis programme. 1994; Reviglione MC, Pio A. 1948-2000. march 2, 2002.].

გასული საუკუნის 90-იან წლებში განვითარებული მოვლენების გამო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ ტუბერკულოზი კაცობრიობის გლობალურ საფრთხედ გამოაცხადა და მის წინააღმდეგ საბრძოლველად მსოფლიოს ახალი DOTS სტრატეგია შესთავაზა. ამ სტრატეგიის დანერგვისა და განხორციელების პროცესი სხვადასხვა ქვეყანაში სხვადასხვა ტემპითა და ეფექტურობით ხორციელდებოდა. მაგრამ, მდგომარეობა ბევრგან, მათ შორის საქართველოშიც, ჯერ კიდევ სერიოზულია [ნ.

მდივანი, 2005; ჯანდაცვის სტატისტიკური ცნობარი. თბილისი, 2003-2004.]. ამ ფაქტის გათვალისწინებით, ჯანმო და სხვა ტუბსაწინააღმდეგო ორგანიზაციები განაგრძობდნენ ახალი სტრატეგიის სრულყოფას: შეიმუშავეს ტუბერკულოზის ელიმინაციის გეგმა, DOTS+ სტრატეგია, DOTS გაფართოების გეგმა, ტუბერკულოზის შეჩერების გლობალური გეგმა, ყოველდღიურად მიმდინარეობს მუშაობა ტუბერკულოზთან ბრძოლის ახალი საშუალებების მოსაძიებლად. ამ პროცესში, ნებისთ თუ უნებლიედ, ხდება დაბრუნება ადრე არსებული არაერთი მეთოდისა და მიდგომისაკენ [ნ. მდივანი, 2005; WHO. TB Control\Primary Health Care. 2000; WHO. Stop TB Partnership].

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[Shilova MV, Dye C. 2001; Haro A.S 1998.].

სწორედ აქ იკვეთება ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის როლი, რომლის ფუნქციაა ტუბერკულოზთან ბრძოლის განვითარების თავისებურებების დადგენა და ძირითადი მახასიათებლების გამოვლენა, შედარებითი ანალიზის ჩატარება. ეს, თავის მხრივ, საშუალებას იძლევა დადგინდეს ისტორიულ პროცესზე სხვადასხვა

ფაქტორის ზემოქმედება და შემუშავდეს მათი მართვის მეთოდები, განიჭვრიტოს ისტორიული პროცესის სასურველი მიმართულების წარმართვის პერსპექტივა, გათვალისწინებულ იქნას ცალკეული ქვეყნების გეოგრაფიული, კულტურული, ეთნიკური, რელიგიური და სხვა მახასიათებლები [მ. შენგელია, 1981.]. მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შესწავლას მათი რეგიონალური თავისებურებების გათვალისწინებით, სწორედ ასეთი მნიშვნელობა გააჩნია.

პრობლემის აქტუალობის გამო არაერთი შრომა მიემდგნა ტუბერკულოზთან ბრძოლის პროგრამების ეფექტურობის შესწავლას განვითარებად ქვეყნებში, ასევე ტუბერკულოზის გამოვლენა-დიაგნოსტიკის, მკურნალობის თუ პრევენციის სხვადასხვა მეთოდების შედარებას [Stybko K. 1985-1989; Toman, 2004.] . მაგრამ, ამავედროულად 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 მოთხოვნების 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, რომლის შესწავლაც უზრუნველყოფს სამეცნიერო-თეორიული და პრაქტიკული თვალსაზრისით პროცესის ისტორიული განვითარების ძირითადი ტენდენციების გამოვლენას [მესტიაშვილი, 1959; ი. შენგელია, 2000; ო. ბათიაშვილი, 2003]. 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, დანერგილია და 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.

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 მოდერნიზებული სახით მათი 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 საბჭოური და თანამედროვე სტრატეგიების გაღრმავებული შესწავლა და შედარებითი ანალიზი.

### სადისერტაციო ნაშრომის მეცნიერული სიახლე:

- პირველად შეიქმნა საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის ახალი, მეცნიერულად დასაბუთებული ვარიანტი.
- საერთაშორისო სტანდარტების და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალურ გეგმასთან შესაბამისობაში განისაზღვრა საქართველოში ტუბერკულოზის კონტროლის წარსულში და ამჟამად არსებული სისტემების ძლიერი და სუსტი მხარეები.
- დადგინდა მოსახლეობაში ტუბერკულოზის გავრცელების კავშირი სხვადასხვა ფაქტორთან და, შესაბამისად, განისაზღვრა ტუბერკულოზის გამოვლენის, დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პრევენციის გაუმჯობესებისათვის საჭირო რიგი ღონისძიებები.



- განისაზღვრა მოსახლეობაში ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნებისა და ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე პირთა ჯგუფების გამოვლენის საჭიროება და შემუშავებულ იქნა ამ ჯგუფების დადგენის იაფი, სწრაფი და მასობრივი მეთოდი (სკრინინგი ტესტ-კითხვარის მეშვეობით).
- დადგინდა ტუბდაავადებულთან კონტაქტში მყოფი პირების ავადობა და განისაზღვრა მისი 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 ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შემდგომი შესწავლისა და განვითარებისათვის, ამ პროცესის კომპლექსური სურათის წარმოჩენისა და ცალკეული ეტაპის შედარებითი ანალიზისათვის.

- ტუბერკულოზთან ბრძოლის თანამედროვე და წარსულში არსებული სისტემების შესწავლის შედეგად დადგინდა 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.

- 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 მინიმინიზაციისაკენ მიმართული ღონისძიებების გატარება მნიშვნელოვნად გააუმჯობესებს ტუბერკულოზის კონტროლს.

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

- საქართველოში მაღალი რჩება კონტაქტების ავადობის და შეწყვეტილი მკურნალობის შემთხვევები, რაც მიუთითებს პრევენციული, სოციალური, ფსიქოლოგიური ხასიათის პრობლემების არსებობზე, რომელთა აღმოფხვრა უნდა განხორციელდეს სხვადასხვა მიზნობრივი პროექტების ფარგლებში.

- 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. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის განვითარებისათვის შეიქმნა საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის არქივი (2003წ.) და მუზეუმი (2006წ), რაც იმავდროულად ისტორიულად არსებული მსგავსი ბაზების მოდერნიზებულ ანალოგს წარმოადგენს.
2. საინფორმაციო-საგანმანათლებლო საქმიანობის გაფართოების მიზნით 2001-2003 წლებში მოქმედებდა საზოგადოებრივ-საგანმანათლებლო ტუბსაწინააღმდეგო პროგრამა STEP (Social TB Educational Programm), რომლის ფარგლებშიც ჩატარდა რამოდენიმე ლოკალური და ფართომასშტაბიანი ღონისძიება.
3. ჩვენ მიერ ტუბერკულოზის გამოვლენაში ზოგადი სამედიცინო ქსელის როლის და საერთაშორისო ექსპერტების მიერ პირველადი ჯანდაცვის სისტემის როლის შესწავლის შედეგები აისახა საქართველოში "პირველადი ჯანდაცვის ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემაში ინტეგრაციის შესახებ" პროექტის განხორციელებაში.
4. საზოგადოების აქტივირების მიზნით შექმნილია საინიციატივო ჯგუფები, რომელნიც მონაწილეობენ ერთობლივი ტუბსაწინააღმდეგო პროექტების შედგენასა და განხორციელებაში, რაც წარმოადგენს **ტუბერკულოზთან საზოგადოებრივი ბრძოლის ინსტიტუციონალური ფორმის ჩამოყალიბების საწყისს საქართველოში** და ეხმიანება ACSM გეგმის პრინციპებს.

## 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 საზეიმო 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 № 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 48 ცხრილით და 23 სურათით, ერთვის კითხვარების, პროექტების, ისტორიული დოკუმენტების ასლების და ფოტომასალის მომცველი დანართი. ლიტერატურის სამიებელი შედგება 187 წყაროსგან, მათ შორის 57 ქართული, 130 უცხოური.

## **ნაშრომის შინაარსი. კვლევის მასალა და მეთოდები**

სადისერტაციო ნაშრომის მიზნისა და ამოცანების შესაბამისად კვლევის მასალა და მეთოდოლოგია ორიენტირებული იყო სამ ძირითად საკითხზე, რამაც განსაზღვრა მასალის სპეციფიკა და მეთოდოლოგიის ფორმა:

I. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაციის ახალი ვარიანტის შექმნა მეცნიერულად დასაბუთებული კრიტერიუმის საფუძველზე; ლიტერატურული, სტატისტიკური, საარქივო და ეპიდემიოლოგიური მონაცემები დამუშავებულ იქნა ისტორიული ანალიზისა, ეპიდმაჩვენებელთა სტანდარტიზაციის და მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის რაოდენობრივი ანალიზის მეთოდით.

II. ძირითადი პერიოდების გამოყოფა, ცალკეული პერიოდის მოკლე მიმოხილვა და ანალიზი-შესწავლილ იქნა ლიტერატურული და საარქივო მასალები, სამეცნიერო შრომები, ანგარიშები და კერძო პირთა ჩანაწერები. მასალების დამუშავებისათვის გამოყენებულ იქნა ტუბერკულოზის კონტროლის თანამედროვე მიდგომები, საერთაშორისო დეფინიციები და ინდიკატორები.

III. ტუბერკულოზის კონტროლის საბჭოური და თანამედროვე სტრატეგიების გაღრმავებული შესწავლა - გამოყენებულ იქნა ლიტერატურული მასალები, სამეცნიერო შრომები, სამედიცინო დოკუმენტაცია, საკანონმდებლო, ფინანსური და სტატისტიკური მასალები. რესპოდენტებად კითხვარებისა და პირდაპირი ინტერვიუსათვის შევარჩიეთ მოსახლეობის სხვადასხვა ასაკის, განათლების და ფენის წარმომადგენლები, პაციენტები და მათი ოჯახის წევრები, ფთიზიატრები და ზოგადი ქსელის ექიმები. სულ შევისწავლეთ: ლიტერატურული-248, სტატისტიკური-1025, საარქივო დოკუმენტი-702, ანკეტირება-1548. შედარებითი ანალიზისათვის

შევარჩიეთ შედარების კრიტერიუმები, შედარების სიცხადისათვის ვაწარმოეთ ტერმინოლოგიის დაზუსტება და სტანდარტიზაცია. ეპიდსიტუაციის და ტუბერკულოზის კონტროლის შესაფასებლად გამოვიყენეთ საერთაშორისო დეფინიციები და ინდიკატორები.

მასალის სტატისტიკური დამუშავების მეთოდოლოგია-მასალის დასამუშავებლად გამოიყენებოდა კომპიუტერული პროგრამა EPI-info(version 6).

## საკუთარი კვლევის შედეგები და მათი განხილვა

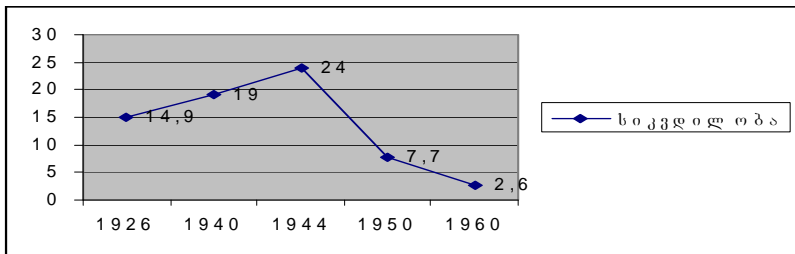
### I. საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის პერიოდიზაცია

ჩვენმა გამოკვლევებმა აჩვენა, რომ ტუბერკულოზის გავრცელება კავშირშია მრავალ ფაქტორთან, რომელთა ცვლაც იწვევს დაავადების ტალღის მომატებას ან შემცირებას. ეს ფაქტი დასტურდება არაერთი ეპიდემიოლოგიური მონაცემით, რომელთა განხილვა ისტორიული ვითარების ფონზე საშუალებას იძლევა დამტკიცდეს კორელაციური კავშირი სოციალურ-პოლიტიკურ მდგომარეობასა და დაავადების გავრცელებას შორის. ასე, მაგ. პრუსიაში (ბერლინი) I იმპერიის ისტორიულ ომამდე 10000 მცოვრებზე ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობა 15,5 იყო, ხოლო ომის დროს-23,0. ინგლისში-10,5 ომის



დროს-11,5. რუსეთში- სიკვდილიანობა ყოველ 10 000 მცხოვრებზე იყო: მოსკოვში-26,6, პეტერბურგში-33,6, ოდესაში-19,7 და ვარშავაში-23,3. საქართველოში დიდ სამამულო ომამდე, ომის დროს, ომისშემდგომ პერიოდში (1950 წლისათვის) და წარმატებულ ხანაში ტუბერკულოზის გამოწვეული სიკვდილობის დინამიკა ასახულია მრუდზე: (სურ.1)

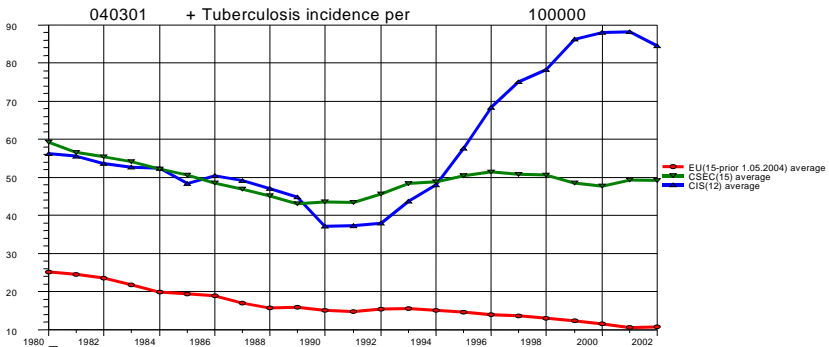
**სურ. 1 ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობა**



**საქართველოში 10000 მოსახლეზე(1926-1960 წწ.)**

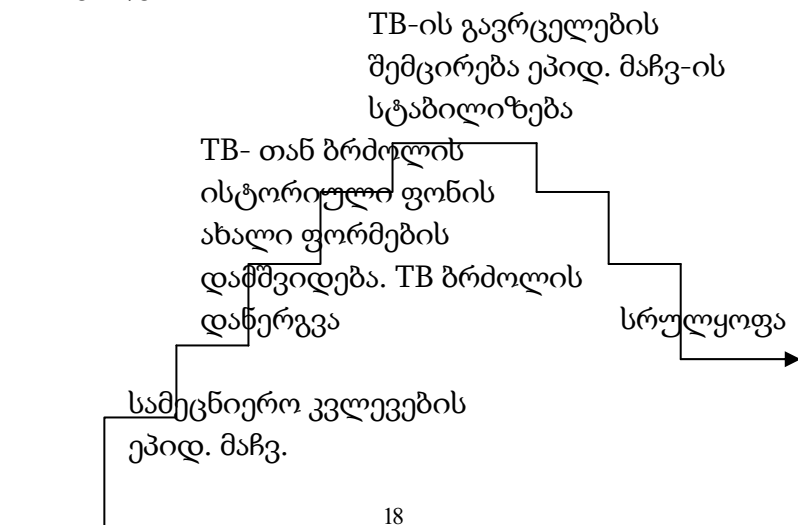
გასული საუკუნის 90-იანი წლების კრიზისის დროს ევროკავშირის (EU), ცენტრალური და სამხრეთ ევროპის ქვეყნებისა (CSEC) და დსთ (CIS) ქვეყნების ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგიური პროფილი ნათლად ასახავს მის კავშირს სოციალურ-პოლიტიკური მდგომარეობასთან: (სურ.2)

**სურ.2. ტუბერკულოზით ავადობა 100 000 მოსახლეზე ევროპისა და დსთ-ს ქვეყნებში(1980-2002 წწ.)**



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

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



გაძლიერება, აღმოჩენები  
გაუმჯობესება

TB-დმი ყურადღების  
ახალი ეტაპი  
გამძაფრება

TBგავრცელების  
მატება

სოც- პოლიტ  
მდგომარ  
ეობის  
გაუარესება

კიბის მოდელი საშუალებას იძლევა პერიოდიზაციას  
საფუძვლად დავუდოთ ისეთი კრიტერიუმები,  
როგორცაა **ტუბერკულოზის გავრცელება და მასთან  
ბრძოლის ფორმები.**

ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის შესწავლამ  
საშუალება მოგვცა გამოგვეყო ბრძოლის შემდეგი  
ფორმები: **ინდივიდუალური, საზოგადოებრივი,  
სახელმწიფოებრივი და შერეული.** "კიბის მოდელის"  
გამოყენებამ საშუალება მოგვცა, გამოგვეყო  
საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის  
შემდეგი ეტაპები:

- ❖ **უცნობი პერიოდი, სავარაუდოდ  
ინდივიდუალური ფორმა (Xს- მდე**

მონაცემები არ არის) უძველესი დროიდან  
Xსაუკუნემდე

- ❖ ხელნაწერთა პერიოდი, ინდივიდუალური ფორმა (მოხსენიებულია სამედიცინო ხელნაწერებში, თუმცა მონაცემები მწირია)-Xსაუკუნიდან XIX საუკუნის 60-იან წლებამდე.
- ❖ საზოგადოებრივი პერიოდი (კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების და ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოების მოღვაწეობის პერიოდი) XIXსაუკუნის 60-იანი წლებიდან 1918 წლამდე.
- ❖ შერეული (საზოგადოებრივ-სახელმწიფოებრივი) პერიოდი (დამოუკიდებელი საქართველოს პერიოდი) -1918-21 წლები.
- ❖ სახელმწიფოებრივი პერიოდი(საბჭოთა) -1921-91 წლები.(ქვეპერიოდებით-ომამდელი, ომისდროინდელი, ომისშემდგომი (1941-1960), სტაბილიზაციის (1960-1989), დესტაბილიზაციის (1989-91)).
- ❖ გარდამავალი, (პოსტსაბჭოთა) პრეპროგრამული პერიოდი- 1991-95 წლები.
- ❖ შერეული (სახელმწიფოებრივ-საზოგადოებრივი), პროგრამული პერიოდი (DOTS სტრატეგიის პერიოდი) - 1995-დან დღემდე.

პერიოდიზაციის ვარიანტის შემუშავების შედეგად გამოყოფილი ეტაპების შედარებისათვის დადგენილ იქნა შედარების კრიტერიუმები: ტუბერკულოზის გავრცელება(ერთი ან რამდენიმე ეპიდმაჩვენებელი); ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა; გამოვლენის ძირითადი მეთოდი;

დიაგნოსტიკის ძირითადი მეთოდი;

მკურნალობის ძირითადი მეთოდი;

პრევენცია;

რეგისტრაცია-ანგარიშგების სისტემა.

ამ კრიტერიუმებზე დაყრდნობით საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ცალკეული ეტაპების შედარებითი ანალიზი შემდეგნაირად წარმოჩინდა.

(ცხრ№3)

## II. ცალკეული პერიოდის მოკლე მიმოხილვა და ანალიზი.

**უცნობი და ხელნაწერთა(ინდივიდუალური ფორმის) პერიოდის** შესწავლის შედეგად დადგინდა, რომ ტუბერკულოზის პირველი კვალი საქართველოში VI-VII საუკუნეში გვხვდება, პირველ წერილობით წყაროში-X საუკუნეში, მოხსენიებულია ტერმინებით "სილი", "ფილტვის სიწყლულე". ზოგადად, 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"-XVIს. აღწერილია დაავადების სიმპტომები, მიმდინარეობა, პროგნოზი, სამკურნალო საშუალებები. აღნიშნულ პერიოდებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ძირითადი ფორმა, სავარაუდოდ, იყო ინდივიდუალური, გამოვლენა -

კლინიკური ნიშნების მიხედვით, დიაგნოსტიკა- ასევე კლინიკურ სურათზე დაფუძნებული, მკურნალობის ძირითადი მეთოდი- ჰიგიენურ- დიეტური, ხოლო პროფილაქტიკა ხორციელდებოდა იზოლირებისა და დეზინფექციის (კარვებისა და ცეცხლის მეთოდი-ე.ს.). დავადების 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 ტუბერკულოზის "აფეთქებების" პერიოდებში.

ბრძოლის ცალკეული პერიოდების შედარებითი ანალიზის შედეგები.		პრევენცია	ეპიდზიკა მხოლოდ
მკურნალობის ძირითადი			
ჰიგიენური დიეტური, ფიტოთერაპია	იზოლირება	არ არსებობს	
ჰიგიენურ- დიეტური+ სიმკვრივე	იზოლირება+ სანიტარული	არ არსებობს	
"-----" (უსისჯიმო)	"-----" (უსისჯიმო)	ისახება	
ეტიოლოგიური, სიმკვრივე- პათოგენიზმი	სოციალური სპეციფიკური, სანიტარული	რეგისტრაცია - ანგარიშგების "დისკანსირო"	
ეტიოლოგიური სიმკვრივე- პათოგენიზმი	სპეციფიკური, ქიმიოთერაპია	უსისტემო	
ეტიოლოგიური სიმკვრივე- პათოგენიზმი	სპეციფიკური (ახალშობილი)	რეგისტრაცია - ანგარიშგების	

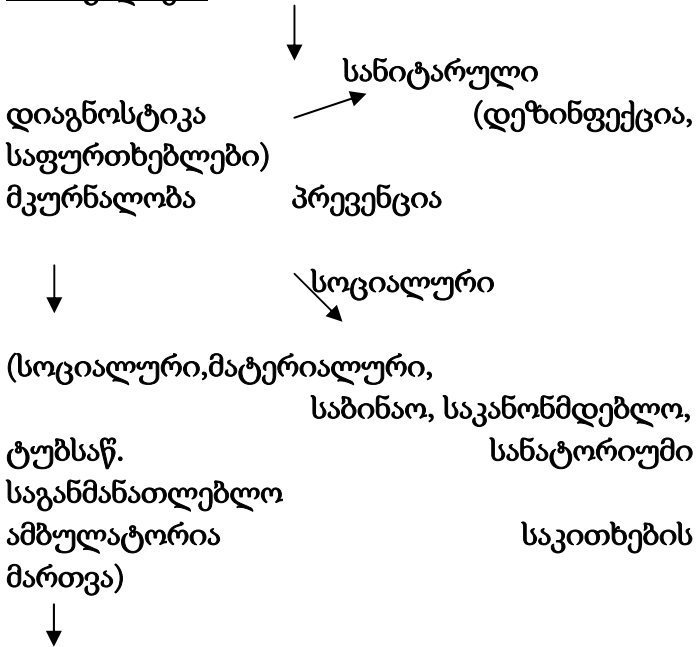
პერიოდი	ტბ-ის გაერთიანება	ტუბერკულოზთან	გამოვლენის ძირითადი	დიაგნოსტიკა
ძვ.წ. აღ.- დან--ახ.წ.	მონაცემები არ	სავარაუდოდ	---	ს
Xს-XIXს 60-იანი წლები-	მონაცემები არ არსებობს	ინდივიდუალური- კლასიკურ	პასიური (თვითმიმართვა)	კლინიკური ნიშნების საფუძველზე
XIXს 60- იანი წლები	მონაცემები არაზუსტია (15%)	1.ინდივიდუალური	პასიური+ რისკ-	კლინიკა+ ლაბორატორია
1918-1921 წლები	მონაცემები არასრულია(3%)	შერეული	"-----"	"-----"
1921-1991 წლები (საბჭოთა) ა.1921-41	14-19 24	სახელმწიფო	აქტიური+ თვითმიმართვა	რენტგენოლოგიური+ მასალის ბაქტერიოლოგი
1991-95 გარდამავალი (პრობლემა)	0,7	კოლაფსი (არასრული)	პასიური (უხსიტემო)	"-----" " (უხსიტემო)
თანამედროვე (პროგრამა)	0,4	შერეული სახელმწიფო	პასიური+ პაქ	ბაქტერიოლოგიური კვლევა

### საზოგადოებრივი პერიოდი

საზოგადოებრივი ბრძოლის პერიოდი უკავშირდება საქართველოში კავკასიის სამედიცინო საზოგადოების (შემდგომში კსს) და კავკასიის ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოების (შემდგომში კტბს) მოღვაწეობის დაწყებას. ტუბსაწინააღმდეგო საქმიანობის შესწავლის საფუძველზე გამოვყავით საზოგადოების საქმიანობის მიზანი, ამოცანები და ძირითადი მიმართულებები: სამკურნალო, დიაგნოსტიკური და პრევენციული. ქვემოთ

მოცემულია საზოგადოების საქმიანობის ამსახველი სქემა.

კავკასიის ტუბერკულოზთან ბრძოლის საზოგადოება



ამბულატორია, სამეურვეო ლაბორატორია, სტაციონარი

აღრიცხვა წარმოებს არა მარტო ტუბსაწინააღმდეგო, არამედ ზოგადი ქსელის დაწესებულებებშიც. მაგრამ ამ პერიოდში ჯერ კიდევ დაუზუსტებელია ტუბერკულოზის დიაგნოზირების და ტერმინოლოგიის საკითხი: არ ხერხდება, ერთის მხრივ, ტუბერკულოზის



დიფერენცირება სხვა ნოზოლოგიებისაგან, მეორეს მხრივ, ჭლექში ფილტვების და პლევრის დაზიანებით მიმდინარე სხვა დაავადებებიც მოიაზრება. კსს და კტბს ოქმების შესწავლის საფუძველზე დადგინდა, რომ ტუბერკულოზის სტატისტიკაში გათვალისწინებულია ტერმინებით "ჭლექი" და "ხორკლოვანა" აღნიშნული შემთხვევები. ხოლო ჩვენ მიერ საკითხის განხილვამ აჩვენა, რომ ეს დაავადება 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 ქრ ფორმა-ჭლექი, 6) გულმკერდის ორგანოთა მწვავე ანთება, 7) "ზოლოტუხა," ხორკლოვანა, სისხლნაკლებობა, მარაზმი. 8) ტუბერკულოზი და ფილტვის ქრონიკული კატარი: ტუბერკულოზური, კაზეოზური ჩანართები ფილტვში.

ამათგან 1), 2), 3), 4), 6) არ გულისხმობს ტუბერკულოზურ პროცესს, მაგრამ რიგ შემთხვევაში მისი გამორიცხვა რეტროსპექტული ანალიზით არ შეიძლება. და პირიქით, 5), 7) და 8) შემთხვევაში ტერმინოლოგიაზე დაყრდნობით სტატისტიკაში ნაგულიხმებია ტუბერკულოზური პროცესი, ხოლო ოქმების რეტროსპექტული ანალიზით რიგ შემთხვევაში , შესაძლოა, საქმე გვექონოდა არასპეციფიურ

დაავადებასთან. 50 ოქმის განხილვის შედეგები მოცემულია ცხრილში №2

**ცხრილი № 2 კტბს-ის ოქმების ანალიზის შედეგები**

დიაგნოზირებულია, როგორც:	სულ	ტბ დადგინდა	ტბ არ დადგინდა
ტბ შემთხვევა	21	14 (66,6%)	7 (33,4%)
არ არის ტბ შემთხვევა	8 6	52 (60%)	34(40 %)

ანუ, ორივე შემთხვევაში შეცდომის საზღვრები =20-30%(PP<0,01).

ამრიგად, კვლევამ აჩვენა, რომ: მესამე პერიოდში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ფორმა არის საზოგადოებრივი, წამყვანია კვალიფიციური მედიცინა, სახალხო მედიცინა განაგრძობს არსებობას და რჩება ერთადერთ ტუბსაწინააღმდეგო საშუალებად იმ რეგიონებში, სადაც კვალიფიციური სამედიცინო მომსახურება არ არსებობს. საქართველოში ბრძოლის საექიმო საზოგადოებრივი ფორმა წარმოდგენილია კსს-ითა და ტუბერკულოზთან ბრძოლის კავკასიის საზოგადოებით, ტუბერკულოზთან ბრძოლის საქართველოს და ადგილობრივი საზოგადოებებით; ტუბერკულოზთან ბრძოლის სამედიცინო ფორმის არსებობის მიუხედავად, საქართველოში სათანადო წინაპირობების და მატერიალურ- ტექნიკური ბაზის არარსებობის გამო ამ პერიოდში მნიშვნელოვანი სამეცნიერო საქმიანობა, ექსპერიმენტული კვლევები არ

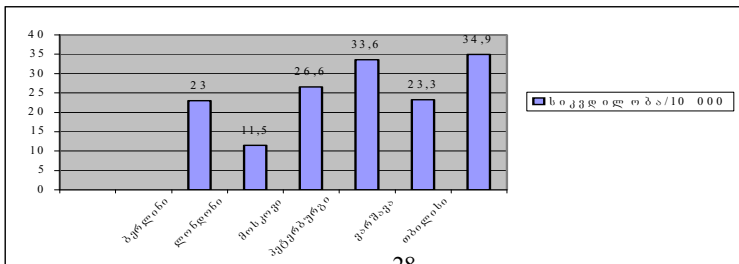
ხორციელდება; არ არის შემუშავებული ტუბერკულოზის აღმნიშვნელი ერთიანი ტერმინოლოგია, ამრიგად, სტატისტიკა არასრულყოფილია; გამოვლენის ძირითადი მეთოდი პასიურია, მაგრამ, მოქალაქეთა და საერთო სამედიცინო ქსელის გასააქტიურებლად, პირველად ტარდება შესაბამისი საგანმანათლებლო ღონისძიებები (“თეთრი ყვავილის დღე”); დიაგნოსტიკა ეფუძნება კლინიკურ ნიშნებსა და ლაბორატორიულ გამოკვლევებს, რისთვისაც იქმნება სპეციალური ტუბერკულოზური ლაბორატორია. საქართველოში ისახება ტუბსაწინააღმდეგო ქსელი; მკურნალობის ძირითადი მეთოდებია ჰიგიენურ-დიეტური, სიმპტომურ - მედიკამენტოზური, ისახება სანატორიულ-კურორტული მკურნალობა, 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 მქდავენდება სუბსიდიების გამოყოფის, საკანონმდებლო ან მორალური მხარდაჭერის სახით.

**შერეული, საზოგადოებრივ-სახელმწიფოებრივი  
(დამოუკიდებელი საქართველოს) პერიოდი**

ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიაში ეს პერიოდი შეუსწავლელი იყო, რის გამოც ჩვენი კვლევა მივმართეთ ტუბერკულოზური სიტუაციის შესწავლისა და ტუბერკულოზთან ბრძოლაში სახელმწიფოს როლის განსაზღვრისაკენ.

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. ამ ფონზე, ტუბერკულოზით ავადობა და სიკვდილობა ძირითადად სხვა ინფექციურ დაავადებებთან ერთად აღირიცხებოდა. საინტერესოა, რომ ტუბერკულოზით გამოწვეულმა სიკვდილიანობამ 1917-19 წლებში იმატა ევროპის ქვეყნებშიც, რაც დაკავშირებული იყო 1913 წლის მსოფლიო ეკონომიკურ კრიზისთან და I იმპერიალისტური ომის შედეგებთან(სურ.1) ამდენად, ეპიდემიოლოგიური მონაცემები ისტორიული ვითარებისა და ქვეყნის ეკონომიკურ-პოლიტიკური ვითარების ადექვატური და ევროპის ქვეყნებში არსებულის მსგავსია(სურ.3).

**სურათი 3. ტუბერკულოზით გამოწვეული**



## სიკვდილობა ევროპის ქალაქებში 1917-19 წლებში

საქმეს ართულებდა ის გარემოება, რომ 1918-21 წლებში სათანადო სახსრების უქონლობის გამო დაიხურა ტუბსაწინააღმდეგო ლაბორატორია, შეჩერდა აბასთუმნის სანატორიუმის "არაზინდოს" მშენებლობა, თეთრი ყვავილის დღის მოწყობა, "ჭლექთან ბრძოლის ქართულ საზოგადოების" ჟურნალის "მოამბე" გამოცემა. ანუ, ტუბერკულოზთან ბრძოლა, ზოგადად, 1918-21 წლებში მნიშვნელოვნად გაუარესდა.

ამრიგად, არსებული სტატისტიკა საკითხს ნამდვილად ცუდად წარმოაჩენს. მაგრამ, საკითხის რეტროსპექტულად განხილვისას, ისტორიული ფონის და ეკონომიკური კოლაფსის გათვალისწინებით, ჩვენი აზრით, პრობლემა სხვაგვარად უნდა გაშუქდეს.

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. ამ პერიოდში იქმნება ჯანდაცვის სამთავრობო ორგანო-*საქართველოს შინაგან სამინისტროსთან არსებული საექიმო სასანიტარო განყოფილება* ს. ჯაფარიძის ხელმძღვანელობით; სასანიტარო ინსტიტუტი, ჯანდაცვის დეპარტამენტი, ისახება სოციალური მეურვეობის სამსახური; სანგანათლების სამსახური. შესაბამისად, ირკვევა, რომ *პრევენციული მედიცინის*, სანიტარიისა და ჰიგიენის ინსტიტუტის, საერთოდ, სანიტარული სამსახურის შექმნის პირველი მცდელობა

არა საბჭოთა, არამედ, 1918-21 წლებში ვლინდება. ამ საქმეში ი. აბაკელიას მონაწილეობა კი, რაც ახალი ცნობაა ი. აბაკელიას მოღვაწეობის შესახებ, უკვე ნიშნავს ეპიდსაწინააღმდეგო და მეცნიერული სანიტარიის განვითარების ბაზაზე შემდგომში ტუბსაწინააღმდეგო ბრძოლის გაშლას. ამრიგად, ერთგვარად იქმნება აბაკელიას *ტუბსაწინააღმდეგო მოღვაწეობის წინაისტორია*, რაც შემდგომში ლოგიკურად გრძელდება ფთიზიატრიის, როგორც ცალკე სამედიცინო დარგის განვითარებაში.

ამრიგად, ჩვენი კვლევით დადგინდა, რომ 1918-21 წწ პერიოდში საქართველოში შექმნილ მძიმე სოციალურ ეკონომიკურ ფონზე ფართოდაა გავრცელებული ტუბერკულოზი და სხვ ინფექციური დაავადებები; 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; ტუბერკულოზის გამოვლენა პასიურია, დიაგნოსტიკა ემყარება კლინიკურ ნიშნებსა და რუტინულ კვლევას, მკურნალობა სიმპტომურ- პათოგენეზური და კლიმატური; პირველად ხორციელდება საგანმანათლებლო ღონისძიებები სახელმწიფოებრივ დონეზე, რაც ტუბერკულოზის სოციალური პრევენციის საწყისად უნდა ჩაითვალოს; სახელმწიფო დონეზე პირველად ისახება სამეცნიერო სტატისტიკის საფუძვლები; 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, "კიბის მოდელის თანახმად", 1918-21 წლები გამოიყოს საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის *ცალკე პერიოდად*, რაც ამ პროცესის ერთიანი სურათის აღდგენის საშუალებას იძლევა.

### **III. ტუბერკულოზის კონტროლის “საბჭოური” და თანამედროვე სტრატეგიების შედარებითი ანალიზი**

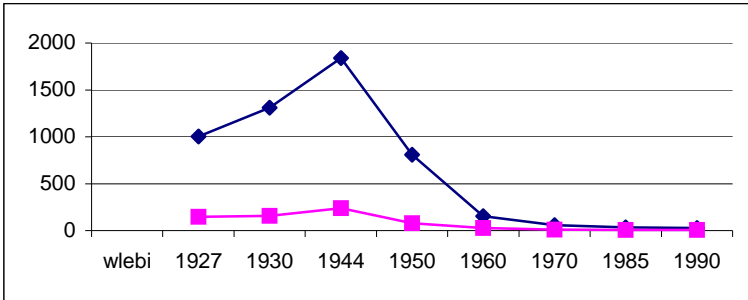
საქართველოში საბჭოთა და DOTS პერიოდებში ტუბერკულოზთან ბრძოლის გაღრმავებულმა შესწავლამ და საექსპერტო შეფასებამ ცხადყო, რომ საკითხისადმი მიდგომა და მეთოდოლოგია განსხვავებულია ტუბერკულოზის კონტროლის ყველა ძირითადი ასპექტის მიხედვით.

#### **ტუბერკულოზის ეპიდმჩვენებლები**

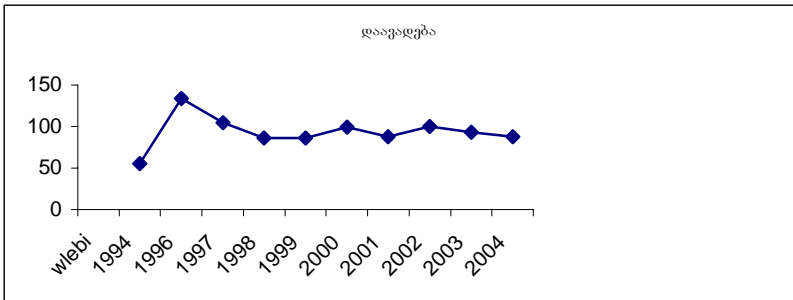
ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემის ეფექტურობაზე მსჯელობა, საბოლოო ჯამში, ხდება ეპიდსიტუაციის დინამიკის შეფასების საფუძველზე. ძირითადი ეპიდმჩვენებლების დინამიკა საბჭოთა და

DOTS პერიოდში შესაბამისი ტერმინოლოგიის გათვალისწინებით, ასახულია მრუდებზე:

**სურათი №4 ეპიდმაჩვენებლების დინამიკა საბჭოთა მოდელის დროს**



**სურათი №5 ეპიდმაჩვენებლების დინამიკა DOTS პერიოდში**



აღსანიშნავია, რომ დაავადების (ინსიდენტობა) მაჩვენებლის მატება ტუბსაწინააღმდეგო სტრატეგიის დასაწყისში ყოველთვის იხსნება გამოვლენის გაუმჯობესებით (მაგ. 1996წ), ხოლო ჩამოყალიბებული



ანგარიშგების სისტემის დროს-ჭეშმარიტი მატებით (მაგ. 1944წელს).

მიღებული სურათი მიუთითებს, რომ როგორც საბჭოთა, ისე DOTS პერიოდში, ზოგადად, ქვეყანაში ამ სტრატეგიათა მოქმედების არსებული ვადების გათვალისწინებით, ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემა დამაკმაყოფილებელია.

### **ტუბერკულოზის გამოვლენა-დიაგნოსტიკა**

საკითხის შესწავლა ფაქტობრივად ნიშნავდა კვლევის აქტიური და პასიური მეთოდების შედარებას. საქართველოში ტუბერკულოზის გამოვლენა საბჭოთა მოდელის დროს ხდებოდა როგორც მასობრივი კვლევის, ისე პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულებაში საკუთარი დინებით მიმართვისას. საინტერესოა, რომ ტუბდაწესებულებაში მიღება დახურული იყო, რაც ნიშნავს, რომ ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევის განსაზღვრა ზოგადი სამედიცინო ქსელის ექიმის პირდაპირ მოვალეობაში შედიოდა.

ამასთან, დადგინდა, რომ კვლევის მასობრივი მეთოდით გამოვლენის მაჩვენებელი იყო 10-13 %, რაც არ ამართლებს დანხარჯებს არც სამედიცინო და არც ეკონომიკური თვალსაზრისით. ჩვენი შედეგები ემთხვევა საერთაშორისო მიდგომას ამ საკითხისადმი და სხვა ავტორთა კვლევის შედეგებს. მაგრამ, ამ გზით ტუბერკულოზის გამოვლენის დროს დაავადების სტადიის შესწავლამ ცხადყო, რომ საქართველოში მასობრივი სკრინინგით დადგენილი შემთხვევების 87%-ში დაავადება ვლინდება ადრეულ, სუბკლინიკურ

სტადიაზე, ხოლო თვითმომართვისას- შემთხვევათა 68%-ში გამოვლენის მომენტში უკვე არის განვითარებული მნიშვნელოვანი ცვლილებები დაზიანებულ ორგანოში (დესტრუქცია, დისემინაცია, ღრუ). ჩვენი კვლევები ასაბუთებს, რომ დროული გამოვლენის პირობებშიც არაიშვიათია ტუბერკულოზის შორსწასული ფორმების განვითარება, ანუ პირდაპირი კორელაციური კავშირი ტუბერკულოზის ფორმასა და ადრეულ გამოვლენას შორის არ არსებობს, *არსებობს კავშირი დროულ გამოვლენასა (სიმპტომების გაჩენიდან გამოვლენამდე გასული დრო) და პროგნოზს შორის*. ეს შედეგი მიუთითებს პასიური მეთოდის არასაკამოხაზე არსებულ პირობებში და იმის აუცილებლობაზე, რომ უნდა მოხდეს მოსახლეობის, ფთიზიატრიული და ზოგადი ქსელის აქტივირება.

მნიშვნელოვანია, რომ როგორც საბჭოთა, ისე DOTS მოდელის დროს დიაგნოსტიკა ემყარებოდა მასალაში გამომწვევის აღმოჩენას. მაგრამ, საბჭოთა მოდელის დროს ხშირი იყო ერთადერთ დიაგნოსტიკურ კრიტერიუმად რენტგენოლოგიური კვლევის შედეგის მიჩნევა (განსაკუთრებით ფ/გ და მგბ( ) შემთხვევებში). სამწუხაროდ, ეს ტენდენცია გაგრძელდა გარდამავალ და შემდგომ DOTS პერიოდშიც, რამაც განაპირობა როგორც ჰიპერდიაგნოსტიკის, ისე ჰიპოდიაგნოსტიკის შემთხვევები. ეს პროცესი ასახულია ცხრილში 13.

**ცხრილი № 3 კვლევის რენტგენოლოგიური და  
ბაქტერიოლოგიური მეთოდების ეფექტურობა ტბ  
დიაგნოსტიკაში**

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

ანუ, ჰიპერდიაგნოსტიკა მხოლოდ რენტგენოლოგიური კვლევისას=26%, ხოლო დიაგნოსტიკის ორივე საშუალების გამოყენებისას - 17%. ეს ნიშნავს, რომ სათანადო კონტროლის გარეშე, არასწორი მკურნალობის ალბათობა 5-ჯერ ნაკლებია ბაქტერიოლოგიური მეთოდის გამოყენებისას. ეს შედეგი შესაბამისობაშია სხვა ქვეყნებში ჩატარებულ ფართომასშტაბიან კვლევათა შედეგებთან.

რადგან ტუბერკულოზის დროული დიაგნოსტიკა კავშირშია დაავადების შესახებ ინფორმირებულობის ხარისხთან, ჩვენი კვლევის ფარგლებში, 2002-2003 წლებში შემუშავებულ იქნა საზოგადოებრივ-საგანმანათლებლო პროგრამა, ხოლო შიდსის, ტუბერკულოზისა და მალარიის წინააღმდეგ ბრძოლის გლობალური ფონდის მიერ 2005 წლის სექტემბრიდან ამოქმედდა საინფორმაციო კამპანია და პჯ ტუბერკულოზის კონტროლის სისტემაში ინტეგრაციის პროექტი. დადგინდა, რომ შედეგად მოიმატა ტუბერკულოზის შესახებ ცოდნის დონემ (საშ. 21%-ით) და დაიხვეწა გამოვლენის მეთოდი.

### ტუბერკულოზის მკურნალობა

საბჭოთა მოდელის დროს არსებობდა ინდივიდუალიზებული სქემები და კომპლექსური მკურნალობა, 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. მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად შევადარეთ მკურნალობის გამოსავლები. შედარებითი ანალიზის შედეგებმა აჩვენა, რომ DOTS ძირითადი პრობლემა არის შეწყვეტილი მკურნალობის მაღალი და თითქმის უცვლელი მაჩვენებელი (სტატისტიკურ მონაცემთა ბაზის ანალიზის შედეგების განაწილება მოყვანილია ცხრილში №4).

**ცხრ.№4 შეწყვეტილი მკურნალობის წილი  
მკურნალობის  
გამოსავლებს შორის 1999-2003წლებში**

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

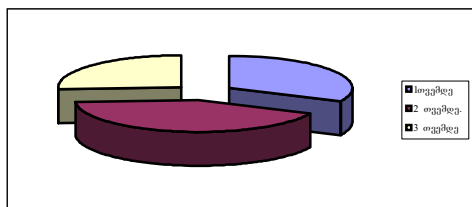
მგბ(+) პირების საერთო რაოდენობის მიმართ შეწყვეტილი მკურნალობის მგბ(+) შემთხვევების წილი წლების მიხედვით დინამიკაში მკვეთრ ცვლილებებს არ განიცდის, რაც მიანიშნებს, რომ ამ მიმართულებით მუშაობა არასრულყოფილია. შეწყვეტილი მკურნალობა არის **რეზისტენტული ტუბერკულოზის** განვითარების ძირითადი მიზეზი, ეს კი ნიშნავს, 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.. მკურნალობის შეწყვეტის კავშირი მისი დაწყების ვადებთან ასე წარმოჩინდა: ა) ქიმიოთერაპიის დაწყებიდან 1თვემდე შუალედში მკურნალობა შეწყვიტა 16 (32%), ბ) 2 თვემდე შუალედში- 21 (42%), გ) 3 თვემდე – 13 (26%) პაციენტმა (სურ.6).

**სურათი 6. მკურნალობის შეწყვეტის კავშირი მისი დაწყების ვადებთან**



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

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. (რუსთავის ტუბდისპანსერისა და GOPA-ს მონაცემებით)

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

ჩვენ შევიმუშავეთ სპეციალური კითხვარი და შევისწავლეთ პაციენტისა და მათი ოჯახის წევრების ფსიქოსტრესის ძირითადი ეტაპები: 2003-2004 წლებში ეტაპობრივად იქნა გამოკითხული 100 ტუბდავადებული სპეციალური ანკეტის მეშვეობით და მათი ოჯახის წევრები პირდაპირი ინტერვიუს გზით. კითხვარის მიხედვით მონაცემების განაწილებამ დაადასტურა ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახურსა და სხვა დამხმარე სტრუქტურებზე მოთხოვნილების არსებობა.

ამრიგად, საკითხის შესწავლის შემდეგ გამოიკვეთა თანამედროვე პირობებში შეწყვეტილი მკურნალობის აცილების შემდეგი საშუალებები: მგზ(+) პაციენტთან

სპეციალური ხელშეკრულების ფორმა; ფსიქოლოგიური დახმარების სამსახური; DDOT წერტილების სისტემის გაფართოება; სხვადასხვა მიზნობრივი პროექტების საშუალებით კვების, მატერიალური, საბინაო პრობლემების მოწესრიგება, ასევე კანონი ტუბდაავადებულის უფლებების შესახებ; საზოგადოების მობილიზება სწორად დაგეგმილი და წარმართული საინფორმაციო კამპანიის საფუძველზე.

### ტუბერკულოზის პრევენცია

პრევენციის დარგში ორ პერიოდს შორის ძირითადი მსგავსებები და განსხვავებები მოცემულია ცხრილის სახით.

#### ცხრილი №5. პრევენცია საბჭოთა და DOTS პერიოდში

პრევენციის ფორმები	მიმართულებები საბჭოთა პერიოდში	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	კონტაქტები, ინფიცირებული არა



	მაღალი რისკის ჯგუფებიდან და ზოგი-ერთი რისკის ჯგუფი კონტაქტის დადგენის გარ-ეშე (პნევმოკონიოზები, ლეიკემია, იმუნოსუპრესან-ტებით და ჰორმონო-თერაპია და სხვ) .	ბცვირ-ებული ბავშვები კონტაქტის და-დგენის გარეშე, მაღალი რისკის ჯგუფები ინფიცირების დადგენის გარეშე (აივ/შიდსი, ლეიკემია, იმუ-ნოსუპრესანტებით და ჰორ-მონოთერაპია და სხვ).
სპეციფიური	ბცვ ვაქცინაცია, რევ-აქცინაცია	ბცვ ვაქცინაცია

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

**I.1.** პაციენტების ისტორიების განხილვისა და კითხვარების შეფასებისას გამოიყო ის შემთხვევები, სადაც ტუბერკულოზის განვითარებას წინ უძღოდა რომელიმე მარკირებული 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-ფაქტორად დაყავით. ამასთან მოხდა თითოეული ფაქტორის

დაშლა მიზნობრივად საკითხის უფრო ღრმად შესწავლის მიზნით.

300 ტუბდაავადებულიდან 228 შემთხვევაში (76%) ანამნეზში აღინიშნა ტუბერკულოზის განვითარებამდე ერთი ან რამდენიმე რისკ-ფაქტორის არსებობა. რისკ-ფაქტორების შეხვედრის სიხშირე საკვლევ და საკონტროლო (ჯანმრთელ) ჯგუფში და რისკის თითოეული ფაქტორის მნიშვნელობა ტუბერკულოზის განვითარებაში, დასაბუთებული სტატისტიკური დამუშავების შედეგებით, მოცემულია ცხრილში №6.

**ცხრილი №6. ტუბდაავადებულთა ანამნეზში  
სხვადასხვა  
რისკ-ფაქტორის შეხვედრის სიხშირე**

რისკ-ფაქტორი	აბს. რ-ბა	OR	სარწმუნოებ ის ინტერვალი	P value
წარსულში გადატანილი TB	108	55,7	15,5-54,8	0,00
კონტაქტი	55	6,2	2,64--15,22	0,00
რისკ-დაავადება	74	1,72	1,06--2,0	0,02
არასრულფასოვანი კვება	160	24,25	11,5-52,7	0,00
არადამაკმაყოფილებ ელი საყოფაცხ. და შრ. პირობები	112	10, 24	5,16-20,0	0.00
მავნე ჩვევები (თამბ., ალკ, ნარკ)	108	0,52	0,35--0,76	0,00039
გენეტიკური განწყობა	23	5,45	1,53-23,13	0,002346
ასაკი	49	0,89	0,54-1,47	0,63

მიღებული მონაცემების ანალიზის შედეგები შესაბამისობაში აღმოჩნდა ლიტერატურულ მონაცემებთან სხვადასხვა რისკ-ფაქტორის მნიშვნელობის შესახებ. კავშირი არ არის მხოლოდ ასაკის შემთხვევაში, მაგრამ ეს არ აღმოჩნდა სარწმუნო (მაღალი **P value**), ამასთან საქართველო მაღალი პრევალენტობის ქვეყანაა და მისთვის არ არის ტიპური ჩვენ მიერ არჩეული რისკ-ასაკი (12 წლამდე და 60წ-ის ზემოთ). ყოველივეს გათვალისწინებით, მივიღეთ შემდეგი რისკ-ქულათა სისტემა, რომელიც მოცემულია ცხრილის სახით (ცხრ.№7)

### ცხრილი №7. არსებული რისკ-ფაქტორების შეფასების ქულათა სისტემა

№	რისკ- ფაქტორი	მნიშვნელობის მაჩვენებელი	მნიშვნელობის კოეფიციენტი	ქულათა ჯამი
1	გადატანილი TB	10	5	50
2	კონტაქტი	9	20	180
3	რისკ- დაავადება ან მდგომარეობა	8	5	40
4	არასრულფასოვანი კვება	7	6	42
5	ცუდი საცხ. და შრ. პირობები	6	5	30
6	მავნე ჩვევები	6	6	36
7	გენეტიკური განწყობა	3	3	9

8	ასაკი	2	2	4
---	-------	---	---	---

სხვადასხვა ფაქტორთა შესაძლო კომბინაციებით მიღებული ქულების მიხედვით გამოიყო 5 რისკ-ჯგუფი, ხოლო თითოეული ჯგუფის მიმართ განისაზღვრა პრევენციულ ღონისძიებათა ტიპები.

**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.

ჩვენი ქულათა სისტემის მიხედვით მოსახლეობის ორივე კატეგორიაში რისკ-ჯგუფების დადგენის შედეგები წარმოდგენილია №8 ცხრილის სახით.

**ცხრილი №8. მოსახლეობის სხვადასხვა კატეგორიაში რისკ-ჯგუფების დადგენის შედეგები.**

ჯგუფი	I კატეგორია (464)		II კატეგორია (200)	
	აბს. რაოდ-ბა	%	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 ჯგუფებში განსხვავებულად გადანაწილდა რისკ-ქულები და შესაბამისად, რისკ-ჯგუფებიც, რამაც კიდევ ერთხელ გამოკვეთა, რომ გარკვეულ შემთხვევებში ტუბერკულოზის პრევენცია და გამოვლენაც შედარებით აქტიური უნდა იყოს.

**2.3** აღნიშნულ კვლევაში ჩვენთვის მნიშვნელოვანი იყო გამოკითხულთა შორის **ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნების** დადგენაც. 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). საინტერესოა, რომ *პირველ კატეგორიაში* (464 პირი) ტუბერკულოზზე საექვო ნიშნები აღმოაჩნდა 29-ს, ხოლო ტუბერკულოზი დაუდგინდა 3-ს. *მეორე კატეგორიაში* (200) საექვო სიმპტომები ჰქონდა 11-ს. გამოკვლევა ჩაიტარა 8, ტუბერკულოზი არ დადგინდა.

**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(0,65%, ანუ 665/100000-ზე) შემთხვევაში. 2 შემთხვევა იყო -I რისკის, ხოლო 1- II რისკის ჯგუფიდან.

მასობრივი გამოკვლევებისათვის ზ/აღნიშნული მეთოდის დანერვის მიზნით აუცილებელი იყო კომპიუტერული პროგრამის შემუშავება, რომელიც მონაცემთა შეყვანის საპასუხოდ პირდაპირ განსაზღვრავდა რისკ-ფგუფს. ეს კი საშუალებას მოგვცემდა თითოეულ გამოკითხულზე ინდივიდუალური რისკ-ბარათი შეგვედგინა. ქვემოთ მოცემულია ბარათის ნიმუში:

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

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

საექვო ნიშნები	არი ს	არ არ ის
ხველა		
ტემპერატურა		
ოფლიანობა		
ადვილად დაღლა		

შედეგი

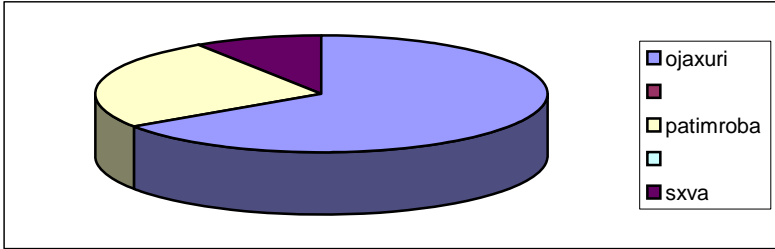
რისკ-ჯგუფი-----

ტუბერკულოზზე საექვო შემთხვევა-----

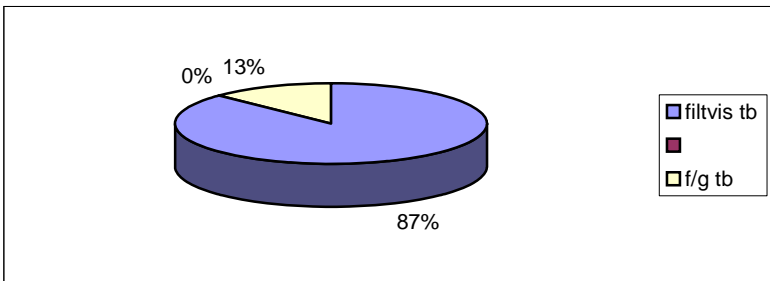
კვლევამ ცხადყო, რომ სხვა რისკ-ფაქტორებს შორის ყველაზე საყურადღებოა ტუბდაავადებულთან კონტაქტში მყოფი პირები. კონტაქტების დადგენა-მომიება, მათი გამოკვლევა ინფიცირებასა თუ დაავადებაზე. მიუხედავად იმისა, რომ პროგრამით გათვალისწინებულია ოჯახის წევრთა უფასო კვლევა. პაციენტთა გამოკითხვით კი დადგინდა, რომ ტუბერკულოზზე გამოკვლევა ჩაუტარდა მოზრდილი კონტაქტების მხოლოდ 29 %-ს. 300 ისტორიის ანალიზმა ცხადყო, რომ 55 შემთხვევაში ადგილი 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. 48 შემთხვევაში განვითარდა ფილტვის ტუბერკულოზი, 7 შემთხვევაში-ფილტვგარეშე. განაწილება მოცემული სურათებზე №7 და №8

**სურათი № 7 კონტაქტის ტიპები და მათი განაწილება  
კონტაქტური TB -ის დროს სურათი**





### № 8 ფილტვისა და ფ/გ ტბ წილი კონტაქტური TB -ის დროს



საგულისხმოა, რომ განსხვავებით კონტაქტის გარეშე დაავადებული პაციენტებისაგან, კონტაქტების უმრავლესობა სიმპტომთა გაჩენის -თანვე მიმართავს ექიმს:

73 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. ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრის თანამშრომელთა მაგალითზე შევისწავლეთ ამ პერსონალის ავადობა თანამედროვე პირობებში. შედეგად დადგინდა, რომ 10 წლის განმავლობაში *B* ტუბერკულოზით დაავადდა 7 პირი, *ინსიდენტობა*, შტატის გათვალისწინებით (საშუალოდ 325, წლების მიხედვით რყევები -უმნიშვნელო) *უდრის 215,4/100000*.

ამრიგად, კვლევამ აჩვენა რომ ტუბერკულოზის განვითარების სიხშირე გაცილებით მეტია დაავადების რისკის მქონე პირებში, ვიდრე რისკ-ფაქტორების არმქონე პირებში, სხვადასხვა რისკ-ფაქტორის მნიშვნელობა ტუბერკულოზის განვითარებაში სხვადასხვაა და მეტ დატვირთვას იძენს სხვა რისკ-ფაქტორთან კომბინაციაში; ქულათა სისტემის გამოყენებით შესაძლებელია მოსახლეობაში რისკ-ჯგუფების დადგენა, თითოეული ჯგუფის მიმართ პრევენციული ღონისძიებების ტიპის განსაზღვრა. ტესტ-კითხვარი იძლევა დაავადების შემთხვევის დადგენის საშუალებას; ჩვენ მიერ შემუშავებული ტესტ-კითხვარი საშუალებას იძლევა მოსახლეობის შედარებით დიდ ჯგუფებში დროის მცირე მონაკვეთში გამოვეყოთ ტუბერკულოზზე საექვო და ტუბერკულოზის განვითარებისათვის მაღალი რისკის მქონე პირები და მხოლოდ გამოყოფილ ჯგუფში. ჩავატაროთ გაღრმავებული კვლევები. მოსახლეობის მასობრივი გამოკვლევა აუცილებელია ტუბერკულოზის კონტროლისათვის, მაგრამ კვლევის მეთოდით უნდა იყოს იაფი, ადვილად

განსახორციელებელი და დასამუშავებელი, ამასთან ინფორმაციული. 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.
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-ინდივიდუალური ფორმა;

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. შედარებითი ანალიზის საფუძველზე გამოკვეთილი ეფექტური მეთოდებისა და ღონისძიებების დანერგვა-გაფართოების შესაძლებლობების განხილვა აუცილებელია ქვეყანაში DOTS სტარატეგიის 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.

6. ტუბერკულოზის დროული გამოვლენის და/ან მისი აცილების იაფი, 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.

### რეკომენდაციები:

- საქართველოში ტუბერკულოზთან ბრძოლის ისტორიის 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 გაფართოებითა და პაციენტთა და ექიმთა მორალური ან მატერიალური მოტივირებით.

- პროგრამის ფარგლებში ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის დღეისათვის არსებული წამყვანი მეთოდის-მასალის ნაცხის პირდაპირი ბაქტერიოსკოპიის დანერგვა ზოგადი ქსელის ყველა დაწესებულებაში, მათ შორის ფასიანშიც, საგრძნობლად გაზრდის ეპიდემიოლოგიურად მნიშვნელოვანი ბაცილგამომყოფი კონტინგენტის გამოვლენას და გააუმჯობესებს გამოვლენის მაჩვენებელს, ზოგადად.
- მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდის მიზნით, სახელდობრ კი, შეწყვეტილი მკურნალობის აცილებისთვის, აუცილებელია კონტროლის სისტემის შესაბამისი ელემენტების გაძლიერება, წამახალისებელი მეთოდების გაფართოება და მკურნალობის შეწყვეტის მიზეზთა გათვალისწინებით, დამხმარე პროექტების ამოქმედება.
- მოსახლეობაში ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფებისა და ტუბერკულოზის შემთხვევის დროული გამოვლენის მიზნით უპრიანია სკრინინგი ტესტ-კითხვარის საშუალებით.
- კონტაქტების ავადობის პრევენციის მიზნით სასურველია სხვადასხვა დონორი და პარტნიორი ორგანიზაციების და ბიზნესის წარმომადგენლების მიერ დაფინანსდეს და განხორციელდეს პრევენციული ხასიათის პროექტები.
- 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 განსაზღვრული ღონისძიებების განხორციელებასა და სრულყოფას საქართველოში.

### **დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულ სამეცნიერო ნაშრომთა სია**

1. ტუბერკულოზთან ბრძოლა 1918-1921 წლების საქართველოში. საქართველოს სამედიცინო მოამბე №2, 2006 წ. გვ.142-147. ე.სანიკიძე, რ.შენგელია.
2. ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფების დადგენა მოსახლეობაში ტუბერკულოზის კონტროლის თანამედროვე პირობებში. ექსპერიმენტული და კლინიკური მედიცინა №6, 2006 წ. გვ64-68. ე.სანიკიძე, ლ.ვაშაკიძე, ნ.დურწკაია.
3. Периодизация истории борьбы с туберкулезом в Грузии. Georgian Medical News #7, 2006. ст. 116-121. Саникидзе Е. А., Вашакидзе Л. М.