



საქართველოს რეპროდუქციული
ტერაპიის განყოფილება, დეველოპმენტი,
პროგრესი, ჯანმრთელობისა და
სოციალური დაცვის სამინისტრო



დაავადებათა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი

საქართველოში ახალი კორონავირუსის მიმდინარეობა

დაავადებათა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრის ანალიზი

მეორე ანგარიში



შინაარსი

I.	შესავალი	1
II.	ზოგადი მიმოხილვა	2
	ტესტირება	2
	დადასტურებული შემთხვევები	8
	გავრცელების მახასიათებლები	9
	სამედიცინო პერსონალის ინფიცირება COVID-19-ით	10
	კონტაქტების მოძიება	14
	ქვემო ქართლის ეპიდსიტუაციის ანალიზი	14
	COVID-19-ის სეროპრევალენტობის შესწავლა შერჩეულ მუნიციპალიტეტებში	17
	ჰოსპიტალიზაცია	19
	COVID-19-ით გამოწვეული სიკვდილიანობა	20
	COVID-19-თან დაკავშირებული საკომუნიკაციო კამპანია	23
	დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ცხელი ხაზი	25
III.	2020 წლის 26 თებერვლიდან საქართველოში აღრიცხული ახალი კორონავირუსით დაინფიცირების 800 შემთხვევის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები	27
IV.	ახალი კორონავირუსის დიაგნოზით სტაციონარებიდან გაწერილი 500 პაციენტის მახასიათებლები	33
V.	დასკვნა	43
VI.	მადლიერება	44
აბრევიატურები		45
დანართი		46

I. შესავალი

2019 წლის დეკემბერში ქალაქ ვუჰანში (ჰუბეის პროვინცია, ჩინეთი) წარმოშობილი მწვავე მძიმე რესპირატორულ სინდრომთან დაკავშირებული კორონავირუსი 2, იგივე SARS-CoV-2, რომელსაც ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ (ჯანმო) თავდაპირველად 2019-nCoV-ად მოიხსენია, ხოლო მოგვიანებით ოფიციალურად COVID-19 უწოდა, საკმაოდ სწრაფად გავრცელდა ჩინეთის საზღვრებს გარეთ. ჯანმო-მ აღნიშნული ვითარება 2020 წლის 30 იანვარს საერთაშორისო საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის საგანგებო მდგომარეობად (Public Health Emergency International Concern), ხოლო 11 მარტს პანდემიად შეაფასა. მსოფლიოს 215 ქვეყანაში ინფიცირებულია 7 935 698 ადამიანი, დაფიქსირებულია 3 790 104 მეტი გამოჯანმრთელება და 433 930 გარდაცვალების შემთხვევა¹. ეს 21-ე საუკუნის მესამე ზოონოზური კორონავირუსული აფეთქებაა, როდესაც მოხდა ინფექციის ადამიანიდან-ადამიანზე გადაცემა და ჯანმრთელობის გლობალური პრობლემის წარმოქმნა. ინფექციის გავრცელება განსაკუთრებული ინტენსიობით ხასიათდება აშშ-ში, ბრაზილიაში, რუსეთში, ინდოეთში, გაერთიანებულ სამეფოში, ესპანეთში, იტალიაში, პერუში, ირანსა და გერმანიაში, ხოლო პანდემიის პირველწყარო ჩინეთმა გადაინაცვლა დაზიანების მაღალი მაჩვენებლის მქონე ქვეყნების თანმიმდევრობაში მეცხრამეტე ადგილზე. მიუხედავად იმისა, რომ COVID-19 ახასიათებს გადაცემის მაღალი სიხშირე, გამოვლენილ შემთხვევებში დაავადების მიმდინარეობა სიმძიმის მიხედვით საკმაოდ განსხვავებულია - უსიმპტომოდან ფატალურ შედეგამდე. სხვადასხვა ფაქტორი, მათ შორის ასაკი, სქესი, თანმხლები ქრონიკული დაავადებები ითვლება, რომ ასოცირდება უარყოფით გამოსავალთან.

COVID-19-ის წინააღმდეგ საქართველოს მიერ შემუშავებულ და განხორციელებულ რეაგირებაში^{2,3} დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრს მნიშვნელოვანი როლი აქვს დაკისრებული. ცენტრის პასუხისმგებლობის ნაწილი მოიცავს მზადყოფნისა და რეაგირების ღონისძიებებს. მათ შორის არის რეალურ დროში ეპიდზედამხედველობა, ახალი კორონავირუსის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის მართვა და სტანდარტების შესაბამისობის მეთვალყურეობა, გამოვლენილი არსებული და საეჭვო შემთხვევების ეპიდმეთვალყურეობა, მიდევნება, იზოლირებაზე რეკომენდაციები და მონიტორინგი.

წინამდებარე დოკუმენტი წარმოადგენს საქართველოში ახალი კორონავირუსის გავრცელებასთან დაკავშირებული ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის და განხორციელებული ღონისძიებების ანალიზის მეორე ანგარიშს⁴. ამ ტიპის ანალიზი პანდემიის პერიოდში მეორედ მომზადდა და რეგულარულად განახლდება.

¹ 2020 წლის 15 ივნისის მონაცემები, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

² წარმოდგენილი ანგარიშის გამოცემის დღეს საქართველოში COVID-19 არსებული მდგომარეობა წარმოდგენილია დანართი წარმოდგენილი ანგარიშის მომზადების პერიოდისთვის საქართველოში COVID-19-თან დაკავშირებით განხორციელებული აქტივობების შესახებ ინფორმაცია წარმოდგენილია დანართ 1-ში

³ წარმოდგენილი ანგარიშის მომზადების პერიოდისთვის საქართველოში COVID-19-თან დაკავშირებით განხორციელებული აქტივობების შესახებ ინფორმაცია წარმოდგენილია დანართში

⁴ წარმოდგენილ დოკუმენტში მონაცემები ასახულია 2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით. შესაბამისად, დოკუმენტში ყველა მაჩვენებელი წარმოდგენილია საანგარიშო პერიოდისთვის, თუ სხვაგვარად არ არის მითითებული

II. ზოგადი მიმოხილვა

ტესტირება

საქართველოში COVID-19 გამოსავლენად PCR⁵ მეთოდის გამოყენებით ტესტირება დაიწყო 2020 წლის 30 იანვარს. 30 იანვრიდან 11 ივნისამდე პერიოდში ქვეყანაში ჩატარებული ტესტების რაოდენობა არის 75 374, მათ შორის 71 149 პირველადი.

PCR ტესტირებისთვის ხდება ცხვირ-ხახის ნაცხის ან ნახველის, ბრონქო-ალვეოლური ლავაჟის (ამონარეცხი) ან რესპირატორული ბიოფსიური მასალის აღება, თუმცა PCR კვლევისთვის შესაძლებელია სხვა მასალის, როგორცაა განავალი /ან სისხლი /ან შარდი /ან გვამური მასალა (ფილტვის ქსოვილი) გამოყენება სპეციალური ჩვენებით.



PCR მეთოდი განიხილება როგორც ოქროს სტანდარტი COVID-19-ის დიაგნოსტიკაში. მისი დადებითი მხარეა მაღალი მგრძნობელობა და სპეციფიურობა, რაც ცრუ დადებითი (ასევე ცრუ უარყოფითი) შედეგის რისკს მინიმუმამდე ამცირებს, თუმცა ერთჯერადად უარყოფითი PCR შედეგი არ გამორიცხავს COVID-19-ს, განსაკუთრებით მაშინ თუ ცხვირ-ხახის ნაცხი აღებულია დაავადების საწყის ეტაპზე. მისი გამოყენება შესაძლებელია მხოლოდ მაღალტექნოლოგიური ლაბორატორიული სივრცის და მაღალკვალიფიციური პერსონალის არსებობის პირობებში.

ტესტირებას ექვემდებარება⁶ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანებების შესაბამისად, შემთხვევის სტანდარტული განმარტებით განსაზღვრული შემთხვევები, დადასტურებული შემთხვევების კონტაქტები, კონკრეტული კრიტერიუმების შესაბამისი სამედიცინო დაწესებულებების პაციენტები და სამედიცინო პერსონალი, ნებისმიერი პაციენტი პნევმონიის დიაგნოზით ან ცხელებით (ვისაც აღენიშნება ან რესპირატორული დაავადების ნიშნები ან მკურნალი ექიმი იღებს გადაწყვეტილებას ტესტირებაზე), სასწრაფო სამედიცინო გადაუდებელი დახმარების და კატასტროფის ბრიგადის თანამშრომლები, ხანდაზმულთა და შშმ პირთა სადღეღამისო სპეციალიზებული დაწესებულებების არსებული ან ჩასარიცხი ბენეფიციარები და პერსონალი, ტუბერკულოზზე ახლად დიაგნოსტირებული ყველა პირი, საკარანტინე სივრცეებსა და თვითიზოლაციაში მყოფი პირები ვადის გასვლამდე 24 საათით ადრე და კარანტინში მომუშავე პერსონალი, საბაჟო-გამშვებ და სასაზღვრე პუნქტებში მომუშავე პირები, ნებისმიერ სტაციონარში მომუშავე მიმღების,



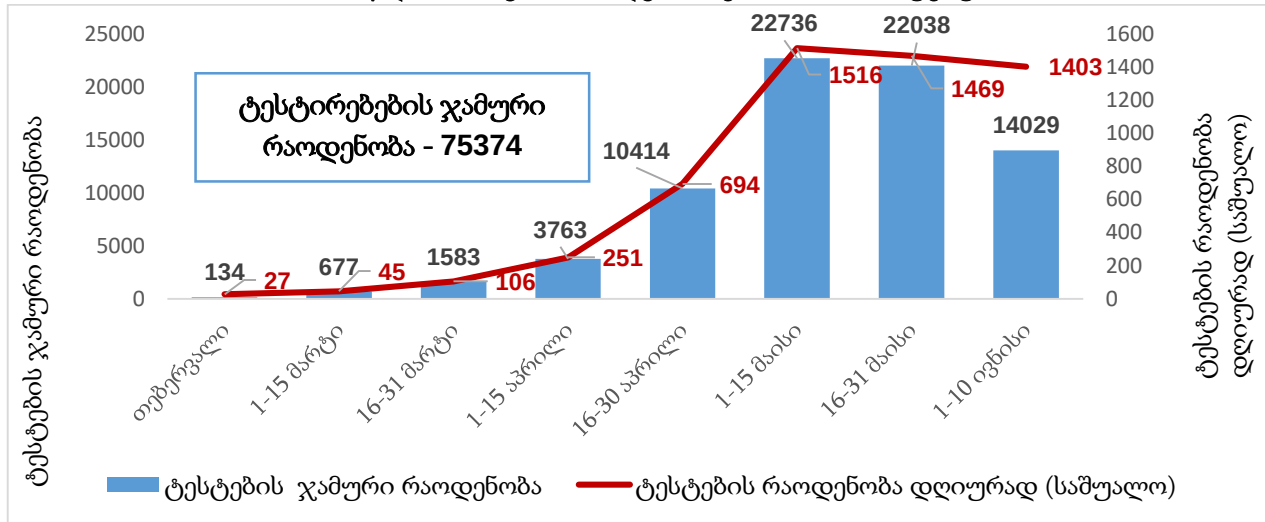
⁵ რეალურ დროში უკუტრანსკრიპციით მიმდინარე პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია/RT-PCR

⁶ <https://www.ncdc.ge/Pages/User/News.aspx?ID=d6eba28f-4851-4d1d-a184-2a85992c7109>

ინტენსიური თერაპიისა და რეანიმაციული განყოფილების პერსონალი, ცენტრის ეპიდემიოლოგები და COVID-19 PCR ლაბორატორიაში მომუშავე პერსონალი. ამჟამად მომზადებულია მთავრობის ახალი დადგენილება, რომლის შესაბამისად ტესტირებას დაქვემდებარებული რისკ-ჯგუფების ჩამონათვალი ეტაპობრივად გაფართოვდება.

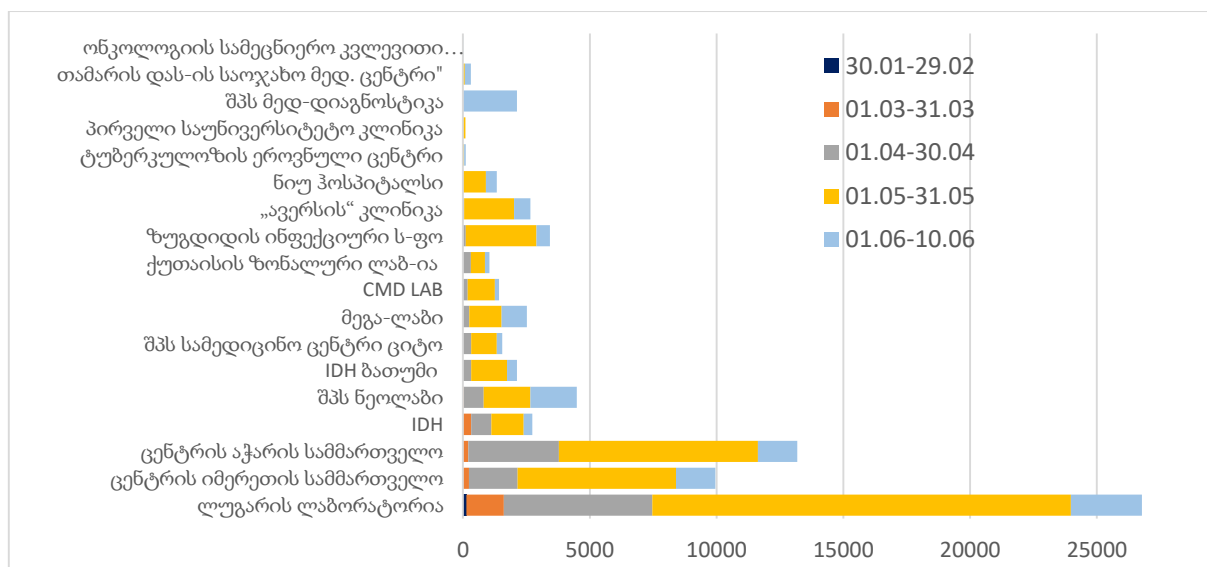
საქართველოში COVID-19 ინფექციის ყველა შემთხვევა დადასტურებულია PCR კვლევით.

**სურათი 1. COVID-19 ტესტირების დინამიკა საქართველოში
(2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით), PCR ტესტი**



2020 წლის 30 იანვრიდან 1 მარტამდე PCR კვლევას ახორციელებდა მხოლოდ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ლუგარის ლაბორატორია. 1 მარტიდან ტესტირებაში ეტაპობრივად მოხდა სხვა ლაბორატორიების ჩართვა.

**სურათი 2. PCR ტესტირების რაოდენობა ლაბორატორიების მიხედვით
(2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)**



11 ივნისის მდგომარეობით დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის დაქვემდებარებაში მყოფი ლაბორატორიების მიერ ჩატარებული კვლევების წილი 66%-ს შეადგენდა.

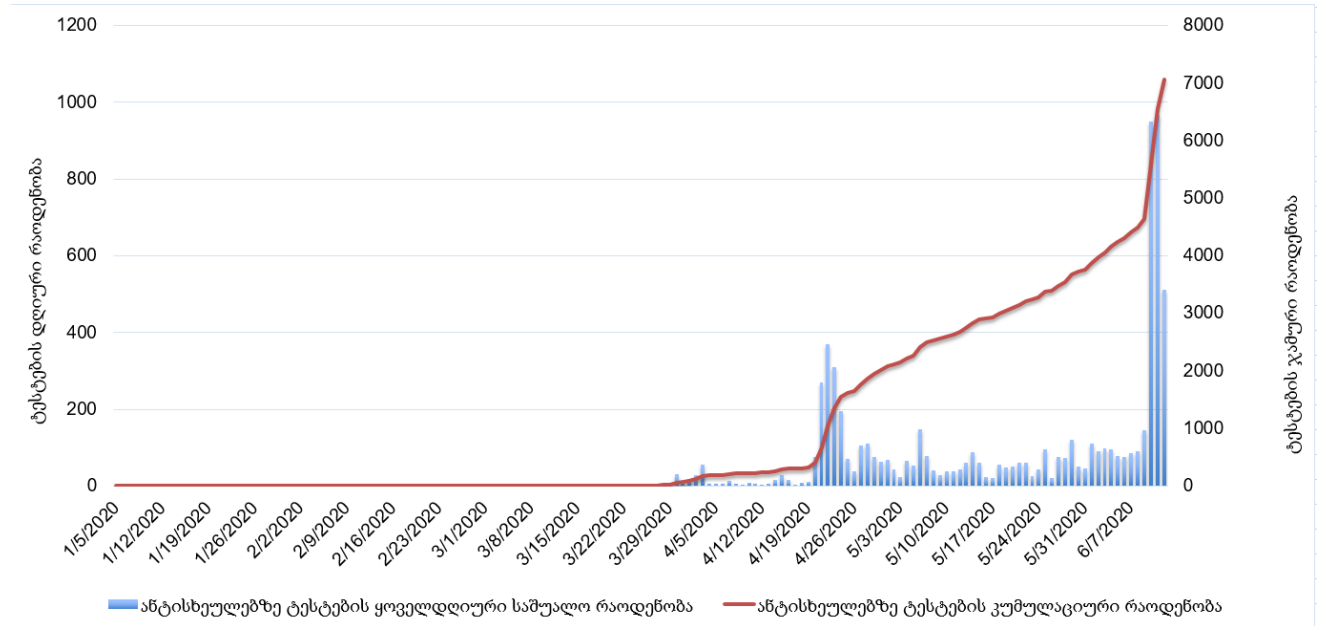
**ცხრილი 1. PCR ტესტების რაოდენობა ლაბორატორიების მიხედვით
(2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)**

	ტესტების რაოდენობა	%
ლუგარის ლაბორატორია (თბილისი)	26769	35.5
ცენტრის იმერეთის სამმართველო (ქუთაისი)	9954	13.2
ცენტრის აჭარის სამმართველო (ბათუმი)	12876	17.1
სს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი (IDH)	2729	3.6
შპს ნეოლაბი	4493	6.0
შპს „სალიხ აბაშიძის ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და ტუბერკულოზის რეგიონული ცენტრი“ (ბათუმი IDH)	2125	2.8
შპს სამედიცინო ცენტრი ციტო	1536	2.0
სს „მეგა-ლაბი“	2509	3.3
შპს მოლეკულური დიაგნოსტიკის ცენტრი (CMD LAB)	1416	1.9
გარემოსა და სოფლის მეურნეობის სამინისტროს ქუთაისის ზონალური დიაგნოსტიკური ლაბორატორია	1040	1.4
ზუგდიდის ინფექციური საავადმყოფო	3425	4.5
„ავერსის“ კლინიკა	2656	3.5
შპდ ნიუ ჰოსპიტალსი	1323	1.8
სს „ტუბერკულოზისა და ფილტვის დაავადებათა ეროვნული ცენტრი“	114	0.2
სსიპ „თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა“	97	0.1
შპს მედ-დიაგნოსტიკა	1985	2.6
შპს „თამარის დასახლების საოჯახო მედიცინის ცენტრი“	11	0.0
ონკოლოგიის სამეცნიერო კვლევითი ცენტრი	316	0.4
ტესტირებების ჯამური რაოდენობა	75374	100%

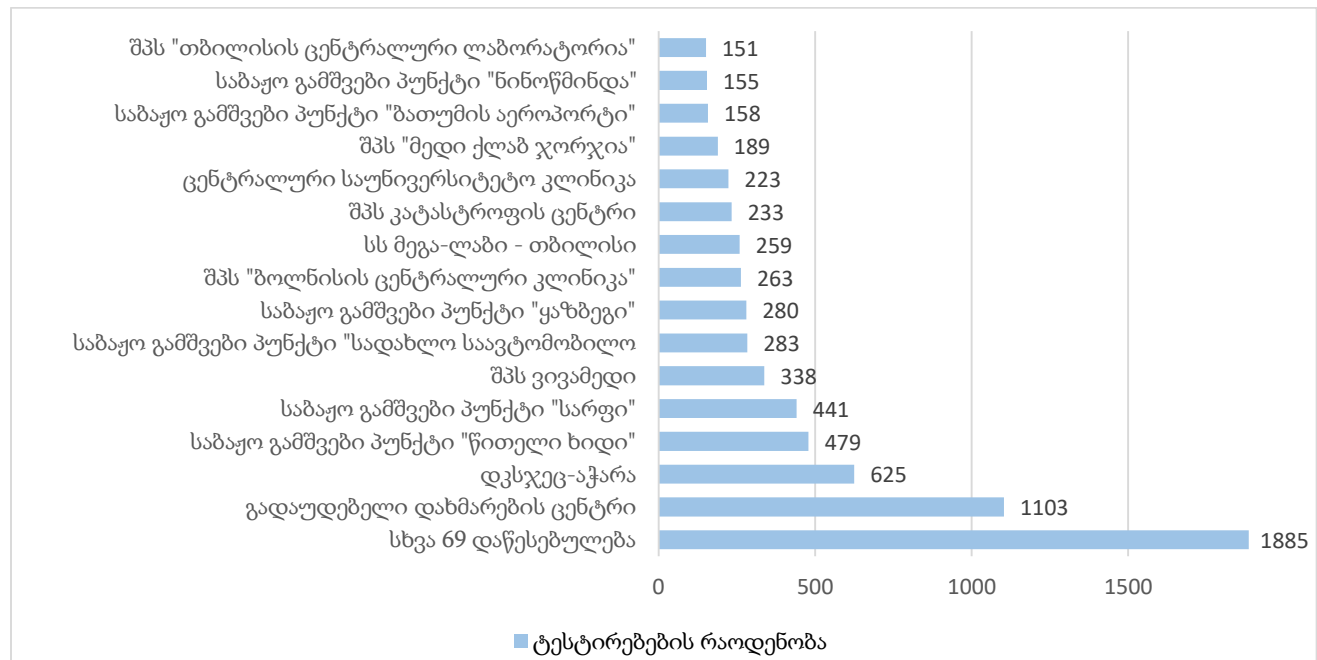
COVID-19-ზე ტესტირებების შესახებ სრულყოფილი ინფორმაციის უზრუნველყოფის მიზნით, დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში შემუშავდა COVID-19-ზე ლაბორატორიული კვლევის აღრიცხვის ელექტრონული მოდული, რომელშიც გროვდება და მუდმივად უმჯობესდება ინფორმაცია ტესტირებების შესახებ. მოდულში ინფორმაციის მიმწოდებლები არიან სტაციონარული და ამბულატორიული სერვისის მიმწოდებელი სუბიექტები, რომელთა მიერ ხორციელდება ან საკვლევი მასალის აღება, ან სწრაფი მარტივი ტესტირება ან ლაბორატორიული კვლევები; საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მუნიციპალური/საქალაქო სამსახურები; დაავადებათა კონტროლის ეროვნული ცენტრის შესაბამისი სამსახურები; ლუგარის და სამედიცინო დაწესებულებებში არსებული ან სხვა ლაბორატორიები.

გარდა PCR ტესტირებისა, ქვეყანა ახორციელებს სეროლოგიურ კვლევებს - ანტიგენზე და ანტისხეულებზე დაფუძნებულ სწრაფ მარტივ ტესტებს გარკვეულ ჯგუფებში, თუმცა შემთხვევის დადასტურება ხდება მხოლოდ PCR ტესტირებით.

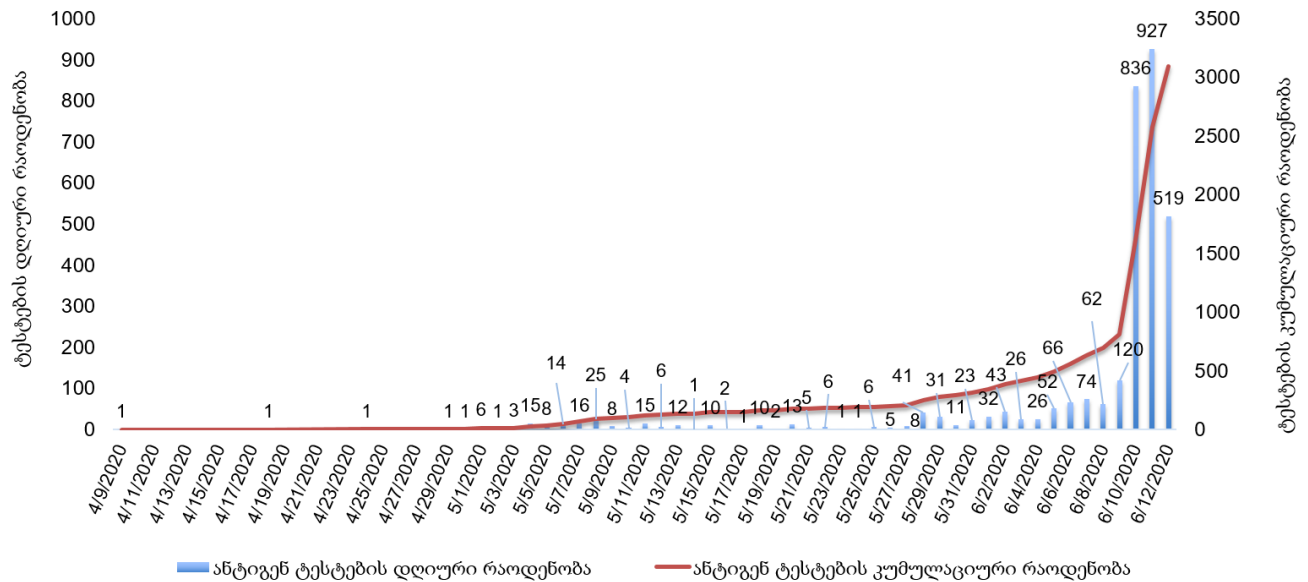
სურათი 3. ანტისხეულებზე დაფუძნებული სწრაფი მარტივი ტესტების დინამიკა (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



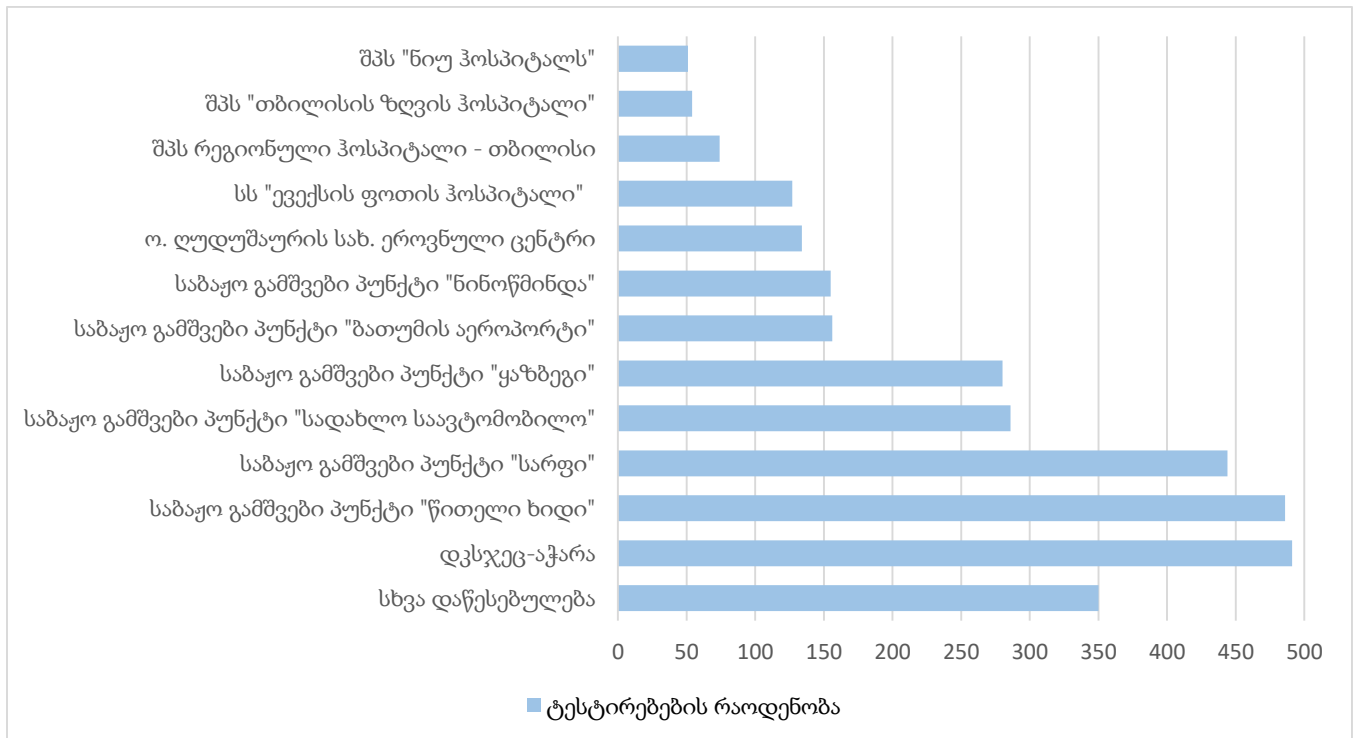
სურათი 4. ანტისხეულებზე დაფუძნებული სწრაფი მარტივი ტესტების რაოდენობა ლაბორატორიების მიხედვით (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



სურათი 5. ანტიგენზე დაფუძნებული სწრაფი მარტივი ტესტების დინამიკა (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



სურათი 6. ანტიგენზე დაფუძნებული სწრაფი მარტივი ტესტების რაოდენობა ლაბორატორიების მიხედვით (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



სამიზნე ჯგუფების ტესტირება

საქართველოში, 2020 წლის 30 იანვრიდან 10 ივნისის ჩათვლით, სულ ჩატარებული იქნა 64 424 PCR კვლევა, მათ შორის 54 947 (85,3%) - უნიკალური პირის კვლევა.

ჩატარებული კვლევების უმეტესი ნაწილი - 25 700, მათ შორის 22 275 უნიკალური პირი (თითქმის 40%) ცხელების ან კოვიდ კლინიკის და საკარანტინო სივრცის ბენეფიციარებს წარმოადგენდა.

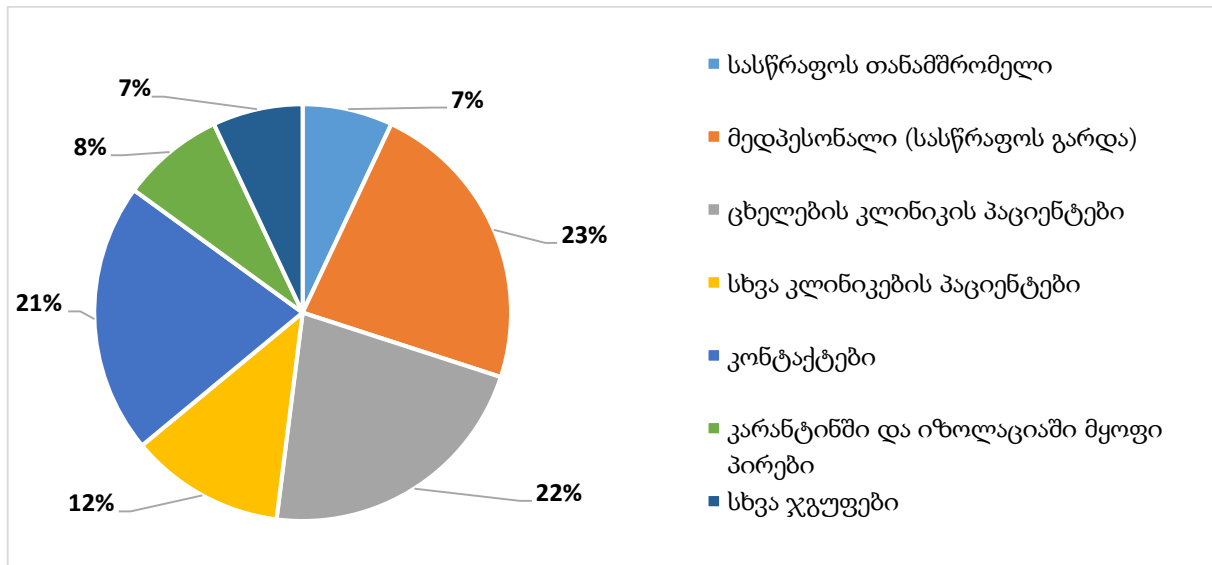
სხვადასხვა სამედიცინო სერვისის მიმწოდებლებსა და საკარანტინე სივრცის / საბაჟო სამსახურის თანამშრომელთა კვლევებით მოცვამ გამოკვლეულთა 35% შეადგინა (სულ 22 429 კვლევა).

ჩატარებული გამოკვლევების 12%-მდე სხვადასხვა სტაციონარების იმ პაციენტებზე მოდიოდა, რომლებსაც COVID-19-თვის დამახასიათებელი სიმპტომები აღენიშნებოდათ. გამოკვლეულთა 7,5%-ს დადასტურებული შემთხვევების კონტაქტები წარმოადგენდნენ.

**ცხრილი 2. სამიზნე ჯგუფების ტესტირება PCR მეთოდით
(2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)**

სამიზნე ჯგუფები	ტესტების რაოდენობა	უნიკალური პირების რაოდენობა
ცხელების ან კოვიდ კლინიკის ბენეფიციარი	14116	11443
საკარანტინე სივრცის ბენეფიციარი	11584	10832
სხვა სტაციონარების „ემერჯენსის“ თანამშრომელი	9900	7815
დადასტურებული შემთხვევების კონტაქტი	4851	4383
სხვა სტაციონარების პაციენტები (ცხელება და რესპირატორული დაავადება, პნევმონია, ტუბერულოზი)	7564	7340
ცხელების ან კოვიდ კლინიკის თანამშრომელი	3642	2743
სასწრაფოს თანამშრომელი	4633	3186
თვითიზოლაციაში მყოფი	1518	1220
თავშესაფრების ბენეფიციარები / პერსონალი	1680	1505
საკარანტინე სივრცის პერსონალი	1084	1004
საბაჟო და სასაზღვრო გამშვები პუნქტის თანამშრომელი	2657	2400
ცენტრის და/ან სჯდ ცენტრის ეპიდემიოლოგი	403	328
სხვა რისკ-ჯგუფი	165	164
PCR ლაბორატორიის თანამშრომელი	110	81
ტრიაილერის მძღოლი	517	503
ჯამური რაოდენობა	64424	54947

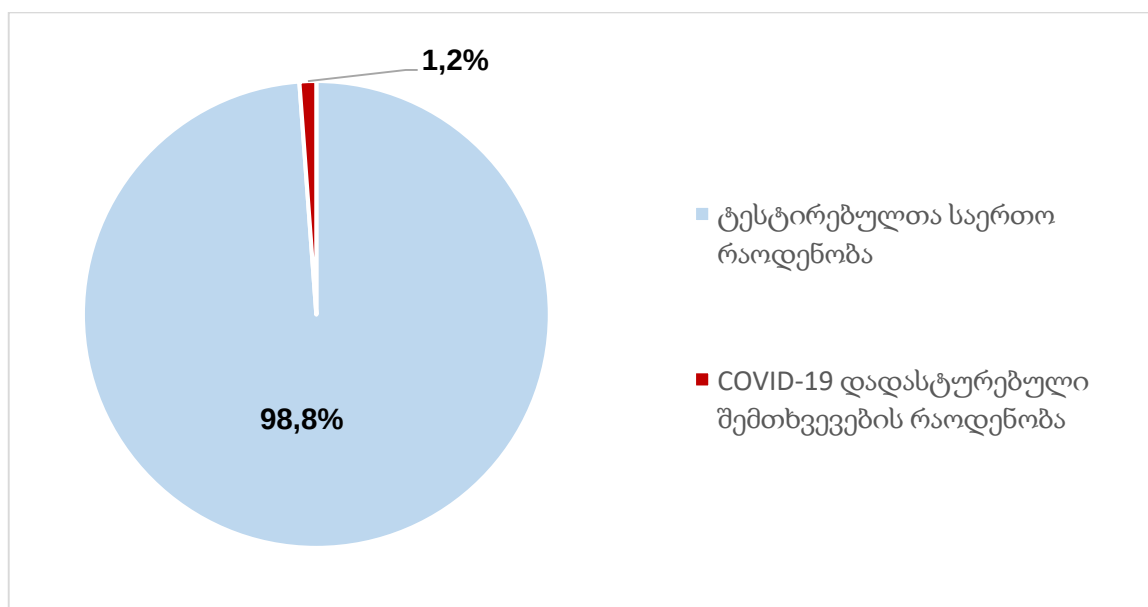
სურათი 7. PCR მეთოდით ტესტირების რაოდენობა სამიზნე ჯგუფების მიხედვით (%)
(2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



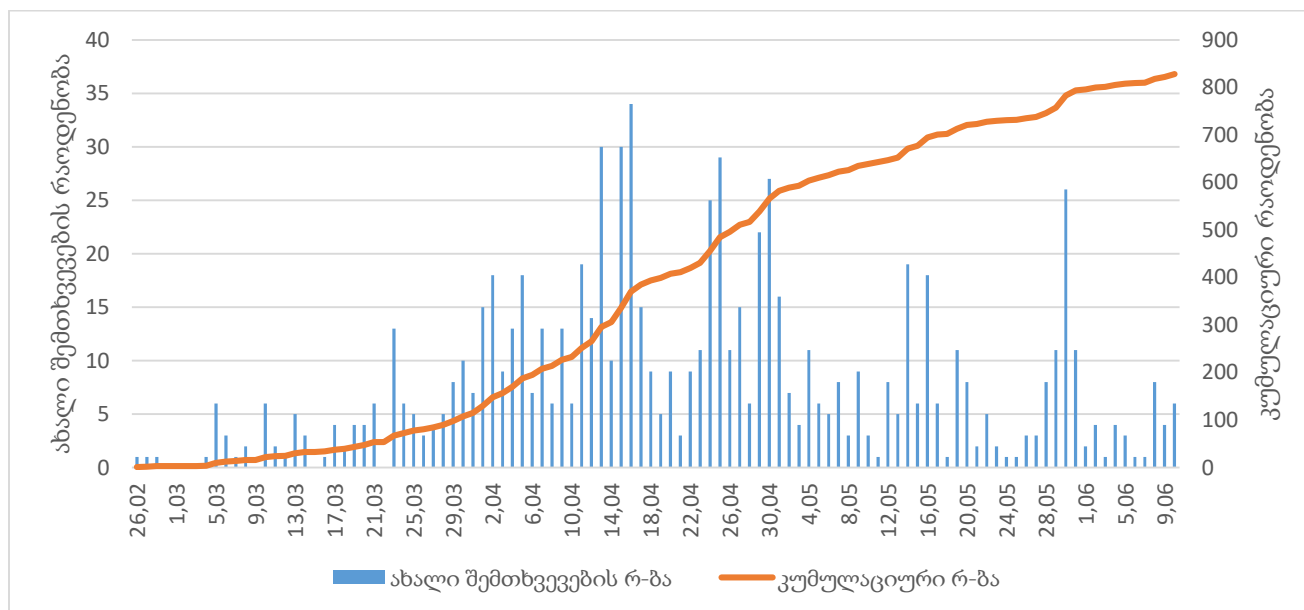
დადასტურებული შემთხვევები

საქართველოში პირველი დადასტურებული შემთხვევა 26 თებერვალს იყო რეგისტრირებული. 11 ივნისის მდგომარეობით COVID-19 დაუდასტურდა 828 ადამიანს. ტესტირების ე.წ. დადებითობის შედეგის სიხშირე (positivity rate) შეადგენს 1,2%-ს.

სურათი 8. COVID-19 დადასტურებული შემთხვევების წილი ტესტირებულთა საერთო რაოდენობაში
(2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



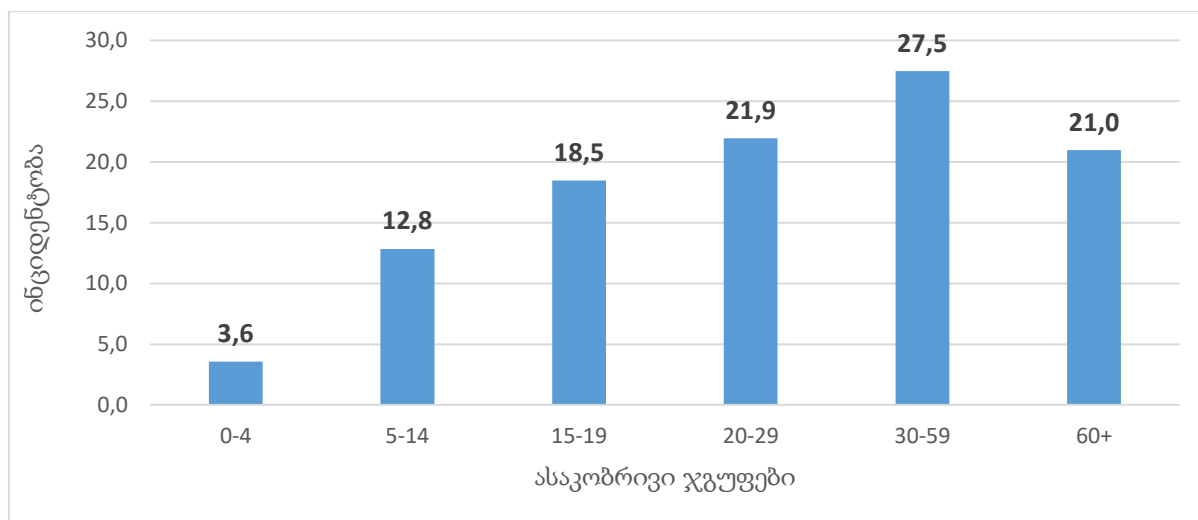
სურათი 9. PCR დადასტურებული ახალი და კუმულაციური შემთხვევების ყოველდღიური რაოდენობა (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



გავრცელების მახასიათებლები

11 ივნისის მდგომარეობით COVID-19 კუმულაციური ინციდენტობის მაჩვენებელია 17.3 ყოველ 100 000 მოსახლეზე (95% CI 16.0-18.7).

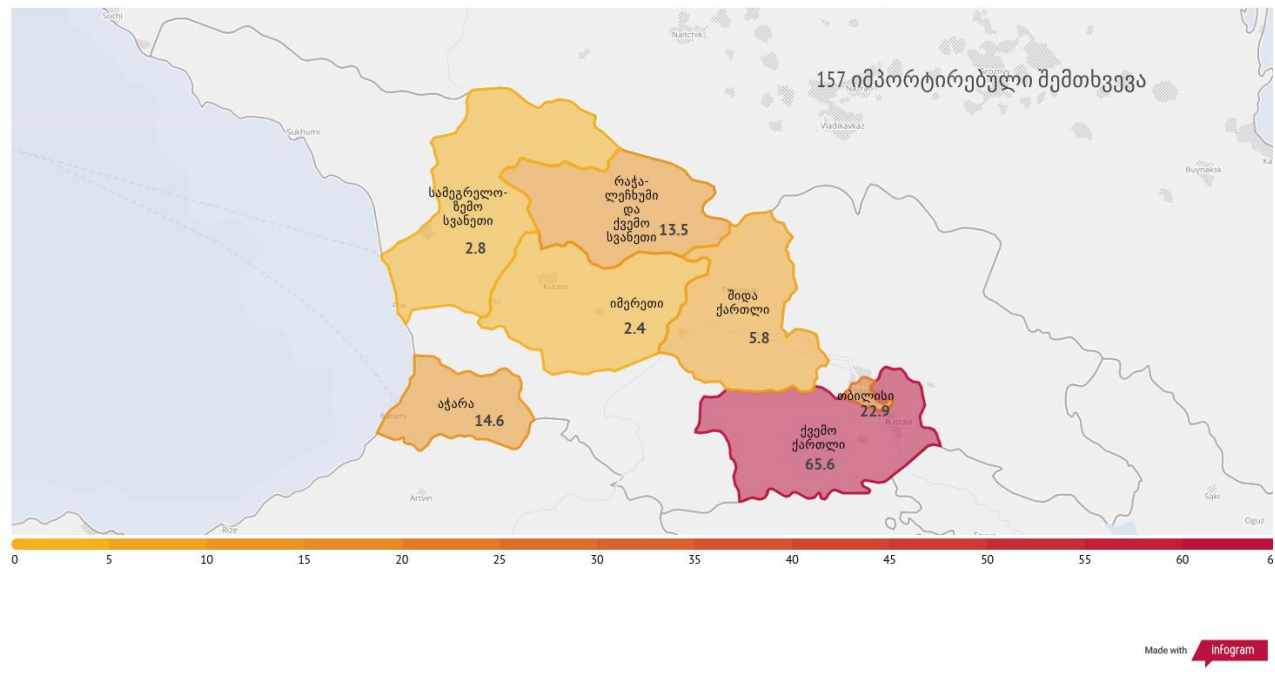
სურათი 10. COVID-19 დადასტურებული შემთხვევების ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (n=800)



COVID-19 ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე ექსპოზიციის ადგილის მიხედვით, ყველაზე მაღალია ქვემო ქართლის რეგიონსა და თბილისში, ხოლო ყველაზე დაბალი - სამეგრელო, ზემო-სვანეთსა და იმერეთში.

იმპორტირებული შემთხვევების რაოდენობა 800 აღწერილი შემთხვევიდან იყო 157 (19,6%).

რუკა 1. COVID-19 დადასტურებული შემთხვევების მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე ექსპოზიციის ადგილის მიხედვით (n=800)



საქართველოში COVID-19 მიმდინარეობის სხვა ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლებიდან აღსანიშნავია, რომ 26 თებერვლიდან 11 ივნისამდე შემთხვევები საშუალოდ ყოველ 7,75 დღეში ორმაგდებოდა. ეფექტური რეპროდუქციის ინდექსი R_e დაავადების პირველი შემთხვევის გამოვლენიდან 2 კვირის შემდეგ 3.88-ს (95% CI 2.41 – 5.85) შეადგენდა, ხოლო ამ ანგარიშის წარმოდგენის პერიოდისთვის (11.06.2020) – 0.44-ს (95% CI 0.28 – 0.64).

სამედიცინო პერსონალის ინფიცირება COVID-19-ით

ჯანდაცვის სფეროს მუშაკები ერთ-ერთი რისკ ჯგუფია COVID-19 ეპიდემიოლოგიაში და მათი ინფიცირების პრევენცია მართვის მნიშვნელოვანი ასპექტია. ინფექციის გადაცემის ჯაჭვში სამედიცინო პერსონალს ხშირ შემთხვევაში წამყვანი როლი მიუძღვის. მსოფლიო მასშტაბით, ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების ინფიცირების წყარო არის არა მხოლოდ პაციენტი, როცა ინფიცირების გზაზე პერსონალური თავდაცვის საშუალებების დეფიციტი ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია, ასევე ოჯახური და სოციალური კონტაქტები. სხვადასხვა წყაროს

მიხედვით, ჯანდაცვის სფეროს წარმომადგენლების დაინფიცირების სიხშირე 5%-დან 20%-მდე მერყეობს^{7,8}.

საქართველოში, 2020 წლის 26 თებერვლიდან 10 ივნისის ჩათვლით, რეგისტრირებულია სამედიცინო მომსახურების მიწოდებელი სამსახურების თანამშრომელთა დასნეობვანების 119 შემთხვევა, რაც ქვეყანაში რეგისტრირებული შემთხვევების (829) 14,4%-ს შეადგენს, მათ შორის 84,9% (101 შემთხვევა) არის სამედიცინო პერსონალი და 15,1% (18 შემთხვევა) - ტექნიკური პერსონალი.

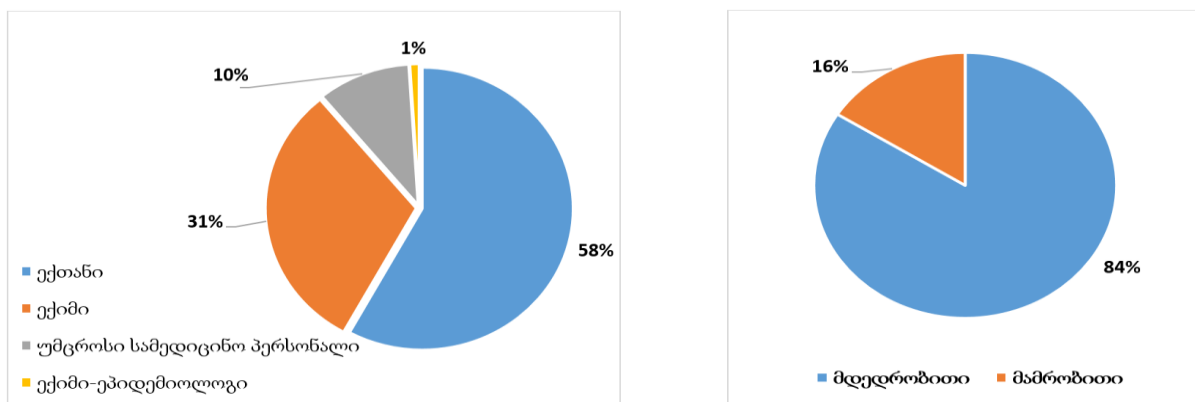
დაინფიცირებული სამედიცინო პერსონალიდან (101 პირი) ერთი შემთხვევა კლასიფიცირდა, როგორც საზოგადოებაში შეძენილი COVID-19. შესაბამისად, აღნიშნულ პერიოდში, სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას ინფიცირებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა საქართველოში 100 ადამიანს შეადგენს, რაც ქვეყანაში ინფიცირებულთა საერთო რაოდენობის 12,06%-ია. ხსენებული რაოდენობიდან ლეტალურად დასრულდა 1 შემთხვევა (ექთანი ქალი, 70 წლის, ქვემო ქართლი), სამედიცინო მომსახურების მიწოდებისას დაინფიცირებულ სამედიცინო პერსონალში ლეტალობამ 1% შეადგინა.

შემთხვევათა განაწილება პროფესიული ჯგუფების მიხედვით:

- ექთანი - 58% (58 შემთხვევა)
- ექიმი - 31% (31 შემთხვევა)
- უმცროსი სამედიცინო პერსონალი - 10% (10 შემთხვევა)
- ექიმი-ეპიდემიოლოგი - 1% (1 შემთხვევა)

ინფიცირებული სამედიცინო პერსონალის უდიდეს ნაწილს (84%) ქალები წარმოადგენენ.

სურათი 11. ინფიცირებული სამედიცინო პერსონალის განაწილება პროფესიული ჯგუფების და სქესის მიხედვით



დაავადებულთა საშუალო ასაკი 41 წელია, ასაკობრივი დიაპაზონი - 19 - 72 წელი.

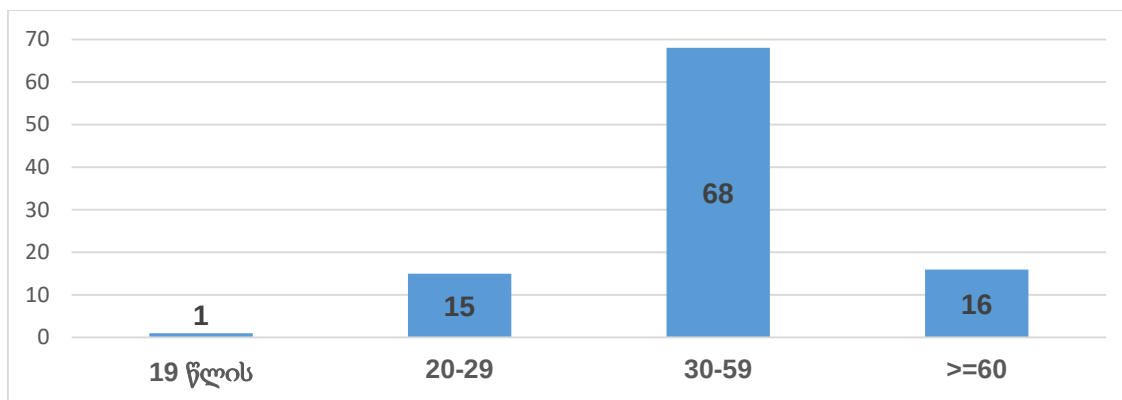
ანალიზმა აჩვენა, რომ ინფიცირებული სამედიცინო პერსონალის ყველაზე მაღალი წილი აპრილის თვეში დაფიქსირდა.

უმეტესად ინფიცირებულია კოვიდ კლინიკების სამედიცინო პერსონალი.

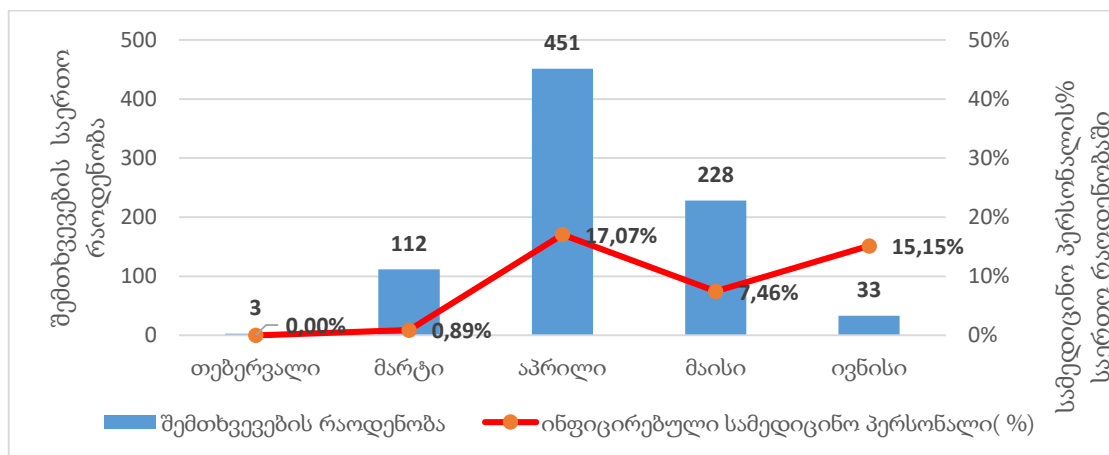
⁷ European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update, 8 April 2020. Stockholm: ECDC; 2020

⁸ The Lancet. First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. Vol 395 May 2, 2020

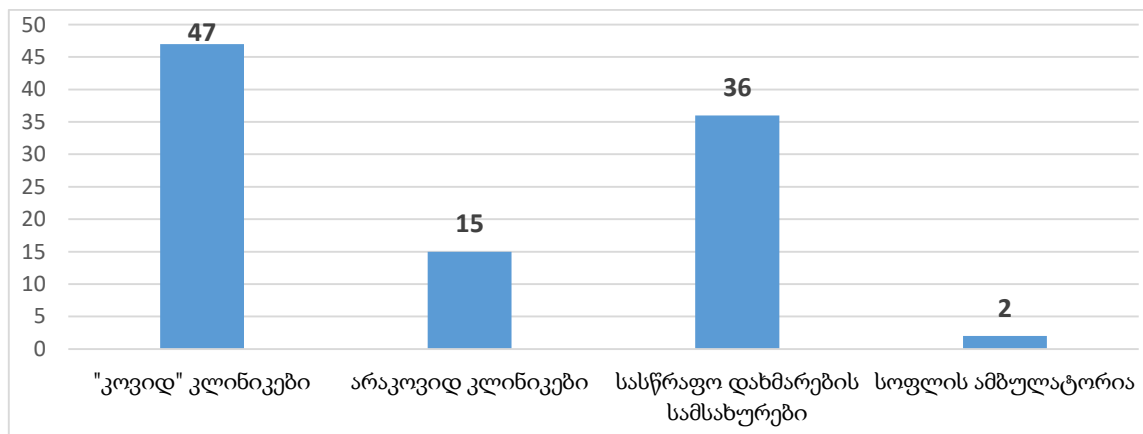
სურათი 12. მომსახურების მიწოდებისას დაავადებული სამედიცინო პერსონალი ასაკობრივი ჯგუფები მიხედვით



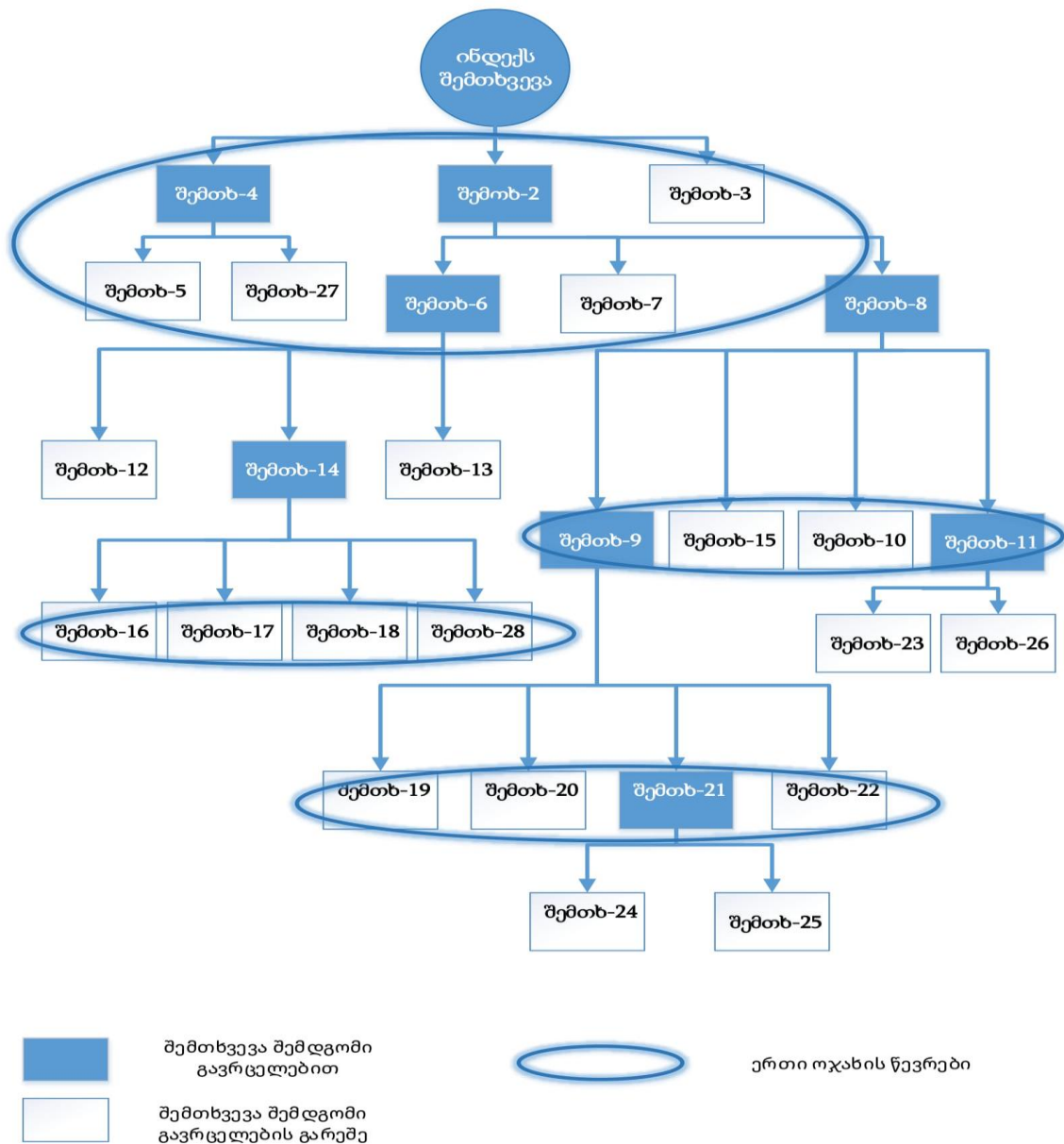
სურათი 13. მომსახურების მიწოდებისას დაავადებული სამედიცინო პერსონალის ხვედრითი წილი დაავადებულთა საერთო რაოდენობაში, თვეების მიხედვით (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



სურათი 14. დაავადებული სამედიცინო პერსონალის რაოდენობა დაწესებულებების მიხედვით, (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



სურათი 15. COVID-19-ის გავრცელების სქემა (ე.წ. „საბურთალოს კლასტერი“)



ზოგ შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალი ხდება საზოგადოებაში დაავადების გავრცელების მიზეზი, რაც მოხდა ე.წ. „საბურთალოს კლასტერის“ შემთხვევაში. ინფიცირებული სამედიცინო პერსონალი გახდა შემდგომი 27 შემთხვევის ინფიცირების პირველადი წყარო (ინდექს შემთხვევა). კლასტერის პირველი ორი შემთხვევა გამოვლინდა 2020 წლის 27 მაისს, PCR კვლევის შედეგად.

სეროლოგიური კვლევით (ELISA-მეთოდი) ინდექს შემთხვევად იდენტიფიცირებულ იქნა მედიცინის მუშაკი.

ეპიდკვლევამ გამოავლინა მრავლობითი ახლო კონტაქტი, რომლებიც კომპაქტურად იყვნენ ჩასახლებულნი. კონტაქტების მიდევნებისას 28-30 მაისს იდენტიფიცირებულ იქნა დამატებით 13

და 8 შემთხვევა, შესაბამისად, მეორეული შემთხვევების ეპიდკვლევითა და მიდევნებით დამატებით გამოვლინდა კიდევ 5 შემთხვევა, რომლებიც კონტროლის ღონისძიების ფარგლებში, იმყოფებოდნენ საკარანტინო სივრცეში.



დადასტურებული 28 შემთხვევიდან 4 არის 16 (18) წლამდე და 1 - 80 წელზე უფროსი ასაკის.

სულ, 11 ივნისისთვის, „საბურთალოს კლასტერი“ მოიცავს 28 დადასტურებულ შემთხვევას. კონტროლის ღონისძიების ფარგლებში მოძიებული და ლაბორატორიულად გამოკვლეული იქნა 211 კონტაქტი. კარანტინში გადაყვანილი იქნა 106 პირი. თვითიზოლაციაში მყოფი 92 პირის მონიტორინგი განხორციელდა შესაბამისი საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურების მიერ.

აღნიშნულ კლასტერში შემავალი შემთხვევების 82,1% (23/28) ხასიათდება მსუბუქი მიმდინარეობით.

ანგარიშის მომზადების პერიოდისთვის მხოლოდ ერთ შემთხვევაში (3,6% - 1/28) აღინიშნა კრიტიკულად

მძიმე კლინიკური მიმდინარეობა (პაციენტი მამაკაცი, 48 წლის, გადაყვანილ იქნა მართვით სუნთქვაზე).

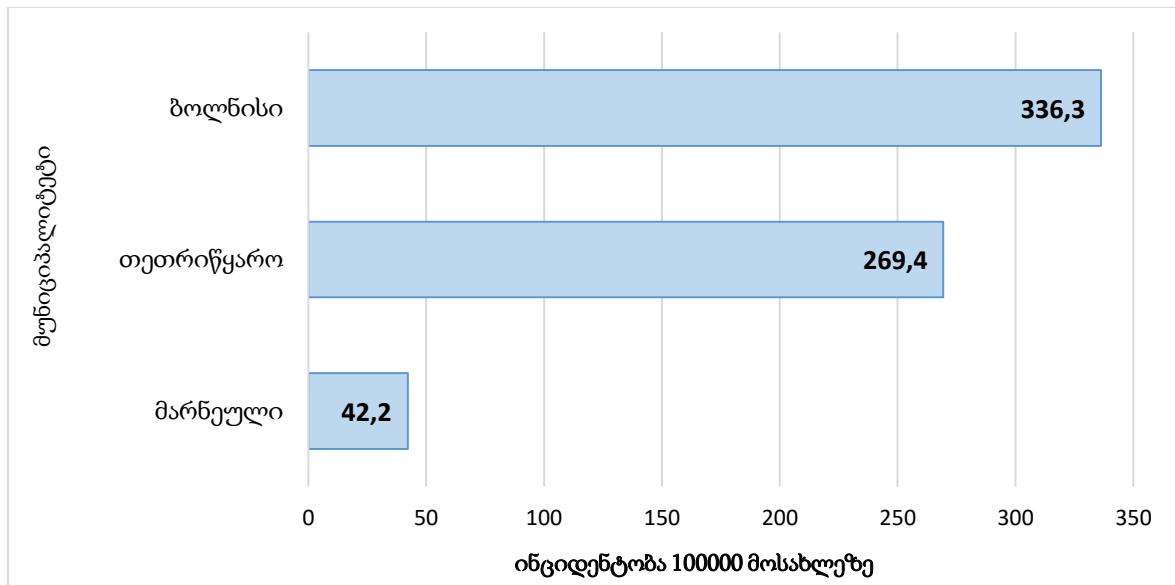
კონტაქტების მოძიება

თითოეული პაციენტის შემთხვევაში ჩატარდა ეპიდემიოლოგიური კვლევა, განხორციელდა კონტაქტების მოძიება (~4 500), სატელეფონო ან უშუალო გამოკითხვა დაინფიცირებულ პირთან კონტაქტების, მოგზაურობის, არსებული სიმპტომების და სხვა პარამეტრების შესახებ. აფეთქებათა კლასტერები გამოვლენილია ეპიდემიოლოგიური კვლევით. დიდი კლასტერებიდან ყველაზე საყურადღებო იყო ბოლნისის და ქობულეთის კლასტერები, რომლებშიც ჩატარდა ჩაღრმავებული კვლევები. ინფექციის გავრცელების მიდევნების მიზნით ხდებოდა კონტაქტების თვითიზოლაცია ან სპეციალურ საკარანტინო სივრცეში გადაყვანა და შემდგომი დაკვირვება.

ქვემო ქართლის ეპიდსიტუაციის ანალიზი

11 ივნისის მდგომარეობით, ქვემო ქართლის მუნიციპალიტეტში აღრიცხულია COVID-19-ის 290 შემთხვევა, რაც ქვეყნის მასშტაბით გამოვლენილი შემთხვევების 35%-ს შეადგენს. მათგან ბოლნისში - 186; თეთრიწყაროში - 59 და მარნეულში - 45 შემთხვევა. 100 000 მოსახლეზე ინციდენტობის მაჩვენებელი მაღალია ბოლნისის მუნიციპალიტეტში - 336,3; მეორე ადგილზეა თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტი - 269,4. მარნეულის მუნიციპალიტეტში ინციდენტობის მაჩვენებელმა შეადგინა 42,2.

სურათი 16. COVID-19 ინციდენტობა 100 000 მოსახლეზე მუნიციპალიტეტების მიხედვით, ქვემო ქართლი (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



ბოლნისის მუნიციპალიტეტი

23 მარტიდან ბოლნისის მუნიციპალიტეტი იმყოფებოდა მკაცრ საკარანტინო რეჟიმზე, რომელიც მოიხსნა 23 მაისიდან. იზოლაციაში დარჩა ორი სოფელი (მუშევანი და გეტა).

შემთხვევები აღრიცხული იყო მუნიციპალიტეტის 9 დასახლებულ პუნქტში.

ამ დროისთვის საყურადღებოა სოფელი ქვ. ბოლნისი, სადაც პირველი კოვიდ ინფიცირებული გამოვლენილ იქნა 28 მარტს. შემდგომ კერა გაჯანსაღდა, მაგრამ 25 მაისს სოფელში ჩატარებული სეროპრევალენტობის კვლევის დროს გამოვლენილ საექვო შემთხვევას დაუდასტურდა კოვიდ ინფექცია და კერა კვლავ აქტიური გახდა. დაავადებულის ოჯახის წევრების და ახლო კონტაქტების კვლევის შედეგად დადასტურდა კიდევ 2 შემთხვევა. სოფელში სულ აღრიცხული 9 შემთხვევიდან 2 პირი გარდაიცვალა.

ქ. ბოლნისში პირველი შემთხვევა დაფიქსირდა 13 აპრილს, ბოლო შემთხვევა 30 მაისს. ქ. ბოლნისში სულ აღრიცხულია კოვიდის 54 შემთხვევა, მათგან 52 გამოჯანმრთელდა.

მუნიციპალიტეტში ყველაზე აქტიური კერა არის სოფელ მუშევანში. პირველი შემთხვევა დაფიქსირდა 23 აპრილს, ბოლო შემთხვევა 30 მაისს. სოფელში სულ აღრიცხულია 75 შემთხვევა, მათგან გამოჯანმრთელებულია 28, ერთი გარდაიცვალა. სოფელი იზოლაციაშია 25 აპრილიდან.

სოფელ გეტაში პირველი შემთხვევა აღირიცხა 4 მაისს, ბოლო შემთხვევა 17 მაისს. სულ 18 შემთხვევა, მათგან 15 პირი გამოჯანმრთელდა. შემთხვევები ტერიტორიულად სოფლის ერთ უბანშია თავმოყრილი. გეტა იზოლაციაშია 13 მაისიდან.

11 ივნისის მდგომარეობით, ბოლნისის მუნიციპალიტეტში აღებულია 3 538 ნიმუში. დადასტურებულია 186 შემთხვევა (5%), 114 გამოჯანმრთელდა, 4 გარდაიცვალა.

მარნეულის მუნიციპალიტეტი

23 მარტიდან მარნეულის მუნიციპალიტეტი იმყოფებოდა მკაცრ საკარანტინო რეჟიმზე, რომელიც მოიხსნა 18 მაისიდან.

პირველი ადგილობრივი შემთხვევა დაფიქსირდა 23 მარტს, ხოლო ბოლო შემთხვევა აღირიცხა 7 ივნისის სოფელ კირაჩმულანლოში. შემთხვევის ირგვლივ მიმდინარეობს ეპიდკვლევა.

11 ივნისის მდგომარეობით აქტიური კერებია ქ. მარნეული და სოფლები: მარეთი, კირაჩმულანლო და წერეთელი.

აღნიშნულ პერიოდში მარნეულში აღებულია 2 750 ნიმუში. დადასტურებული შემთხვევების რაოდენობამ შეადგინა - 45 (1,6%), გამოჯანმრთელებულია 32. გარდაცვალების შემთხვევა არ დაფიქსირებულა.



თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტი

26 აპრილიდან ქ. თეთრიწყარო იმყოფებოდა მკაცრ საკარანტინო რეჟიმზე, რომელიც 4 ივნისს მოიხსნა.

პირველი შემთხვევა თეთრიწყაროს მუნიციპალიტეტში აღირიცხა 24 აპრილს, ბოლო 21 მაისს.

11 ივნისის მდგომარეობით თეთრიწყაროში სულ აღებულია 907 ნიმუში, კოვიდზე დადასტურებულია - 59 შემთხვევა (6%). მათგან 31 სამედიცინო დაწესებულებების თანამშრომელია, დანარჩენი - ოჯახის წევრები და ახლო კონტაქტები. 57 გამოჯანმრთელდა. გარდაცვალების არცერთი შემთხვევა არ დაფიქსირებულა.



ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გათვალისწინებით მკაცრი ეპიდლონისძიებების განხორციელება უნდა გაგრძელდეს ქვემო ქართლის მთელ ტერიტორიაზე.

COVID-19-ის სეროპრევალენტობის შესწავლა შერჩეულ მუნიციპალიტეტებში

კვლევის მიზანი - საქართველოს 2 მუნიციპალიტეტის ტერიტორიაზე შერჩეულ პოპულაციაში იმუნური პასუხის (IgM / IgG) და ანტიგენის არსებობის შესწავლა სწრაფი მარტივი ტესტების გამოყენებით საქართველოში COVID-19-ის გავრცელების შესწავლის მიზნით.

კვლევა ჩატარდა 2020 წლის 22-26 მაისს.

მეთოდები: კვლევისას გამოყენებული იქნა: STANDARD™ Q COVID-19 Ag Test (მწარმოებელი SD BIOSENSOR, (სამხრეთ კორეა) და ავტორიზებული წარმომადგენელი MT Promedt Consulting GmbH (გერმანია); კორონა ვირუსის ანტისხეულების სწრაფი ტესტი "Right Sign®" (მწარმოებელი Hangzhou Biotest Biotech Co. (ჩინეთი) და ავტორიზებული წარმომადგენელი Shanghai International Holding Corp. GmbH (Europe) (გერმანია).

სკრინინგის დროს დადებითი შედეგის მიღების შემთხვევაში, მონაწილეს დამატებით უტარდებოდა სტანდარტული PCR ტესტირება ლუგარის ლაბორატორიაში.

კვლევისთვის იდენტიფიცირებული იყო ორი დამოუკიდებელი შენარჩევი: ბოლნისის (წითელი ზონა) და თელავის (მწვანე ზონა) მუნიციპალიტეტები. ეს მუნიციპალიტეტები ხასიათდება მსგავსი დემოგრაფიული პარამეტრებით (მოსახლეობის რაოდენობა, სქესობრივი და ასაკობრივი შემადგენლობა და ქალაქისა და სოფლის მოსახლეობის თანაფარდობა). შერჩევისთვის გამოყენებული იქნა შემდეგი კრიტერიუმები: ბოლნისის რაიონში კოროვირუსის გავრცელების ოფიციალური სტატისტიკის მონაცემები, 95%-იანი ნდობის ინტერვალი, 5%-იანი შეცდომისა და მოსახლეობის რეაგირების დონე (წინა სეროკვლევების შედეგების საფუძველზე). ამ პარამეტრების გათვალისწინებით და კლასტერული მეთოდის გამოყენებით განისაზღვრა შენარჩევის ზომა - 150 ადამიანი თითოეულ მუნიციპალიტეტზე (15 კლასტერი შემდგარი 10 ადამიანისგან).

პირველ ეტაპზე თითოეულ რეგიონში შეირჩა 15 საწყისი წერტილი, შერჩევა გაკეთდა რეგულარული ბიჯით = საკვლევი მოსახლეობის რაოდენობა / 15.

მეორე ეტაპზე, ადგილობრივი ხელისუფლების მიერ მოწოდებული სიების გამოყენებით, შემთხვევითი შერჩევის პრინციპით შეირჩა 18 წელზე უფროსი ასაკის კვლევაში მონაწილე პირები. კვლევას ახორციელებდა დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის სავლე რაზმები, თითოეულ მუნიციპალიტეტში ერთდროულად ოპერირებდა 3 რაზმი და ერთი სავლე სამუშაოთა კოორდინატორი.

სავლე სამუშაოების დაწყებამდე, ტესტირების ტექნიკის უნიფიცირების მიზნით, ჩატარდა მოსამზადებელი ტრენინგი. ასევე, კვლევის მონაწილეებს განმეორებით მიეწოდა ბიოუსაფრთხოების დაცვის მეთოდოლოგია, განაწილდა როლები და პასუხისმგებლობები.

კვლევის შედეგები: სულ შესწავლილი იქნა 30 კლასტერი, გამოკვლეული იყო 300 პირი. კლასტერების 26,7%-მა (8/30) მოიცვა ქალაქის მოსახლეობა (3 კლასტერი ქალაქ ბოლნისში და 5 კლასტერი ქალაქ თელავში) და 73,3%-მა (22/30) - სოფლის, თემისა და დაბის მოსახლეობა (ბოლნისის მუნიციპალიტეტში 12 კლასტერი და თელავის მუნიციპალიტეტში 10 კლასტერი).

კვლევის მონაწილე პირების საშუალო ასაკი იყო 48 წელი, ასაკობრივი დიაპაზონი 18-95 წელი, ასაკობრივი მედიანა 48 წელი, მოდა 51 წელი (11 შემთხვევა).

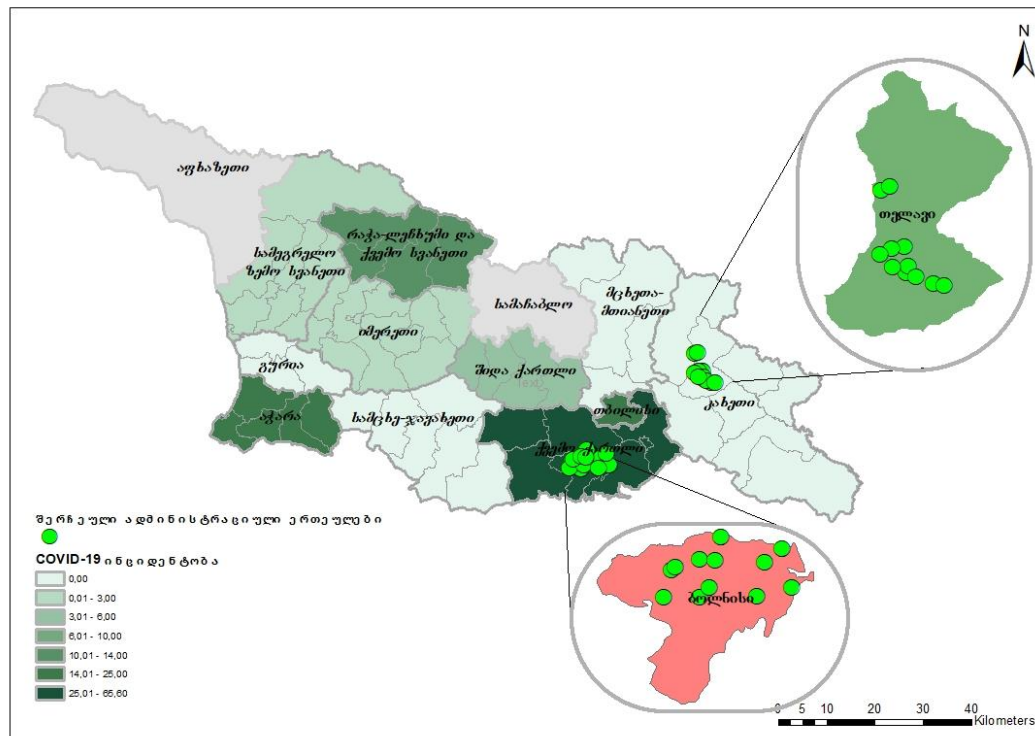
მონაწილეთა 55,3% (166/300) მამაკაცია და 44,7% (134/300) ქალი.

კვლევის პროცესში სკრინინგის დროს, IgM დადებითი შედეგი დაფიქსირდა 2 შემთხვევაში და IgG დადებითი შედეგი 1 შემთხვევაში, ყველა მათგანი ბოლნისის რაიონის სხვადასხვა კლასტერში. დადებითი ანტიგენ ტესტი - 15 შემთხვევაში, მათგან 60% (9/16) თელავისა და 40% (6/15) ბოლნისის მუნიციპალიტეტების სხვადასხვა კლასტერებში.

PCR კვლევით მხოლოდ 1 შემთხვევაში დაფიქსირდა დადებითი შედეგი, სოფელ ქვემო ბოლნისიდან, სადაც ერთდროულად იყო დადებითი IgM და ანტიგენი - სწრაფი ტესტით.



რუკა 2. COVID-19-ის გავრცელების შესწავლა ორ მუნიციპალიტეტში (2020 წლის 22-26 მაისი)



დასკვნა: ორი მუნიციპალიტეტის მომენტალურმა კვლევამ აჩვენა, რომ ეპიდზედამხედველობის სისტემის მიერ გამოვლენილი დაზიანებული მუნიციპალიტეტის მასშტაბით ანტისხეულების ტესტირებისას მიღებულია დადებითი შედეგი და გამოვლენილია დაავადების შემთხვევა PCR კვლევით, ხოლო იმ მუნიციპალიტეტში, სადაც კვლევის მომენტისთვის ეპიდზედამხედველობის სისტემა არ არეგისტრირებდა COVID-19-ის შემთხვევას, ანტისხეულების ტესტირებისას IgM და IgG დადებითი შედეგი არ გამოვლენილა, ასევე უარყოფითი იყო ყველა PCR ტესტირების შედეგი.

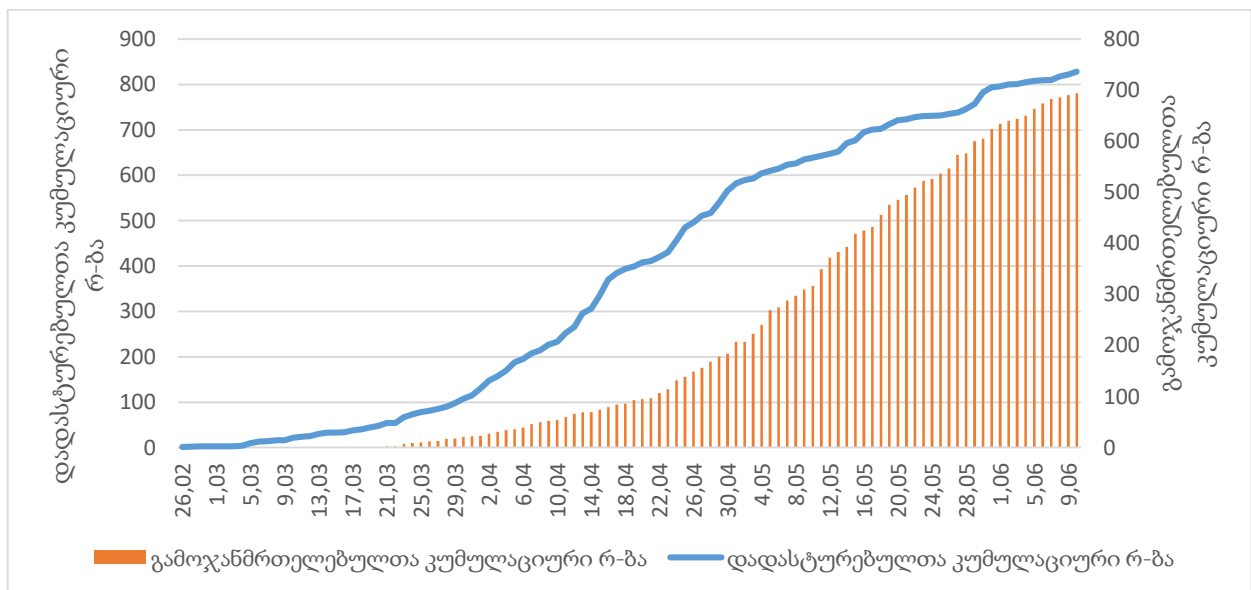
ჰოსპიტალიზაცია

ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 24 მარტის N 01-119/ო ბრძანების თანახმად, ყველა პაციენტი, რომელსაც დაუდასტურდა კორონავირუსით ინფიცირება, ექვემდებარება ჰოსპიტალიზაციას, დაავადების მიმდინარეობის ნებისმიერი სიმძიმის შემთხვევაში.

მინისტრის 30 მარტის N01-136/ო ბრძანების საქართველოში COVID-19-ის შესაძლო შემთხვევების გავრცელების (ეპიდემია, პანდემია, ეპიდემიური აფეთქება) პრევენციისა და შესაძლო და/ან დადასტურებულ შემთხვევებზე რეაგირების მზადყოფნისათვის, ე.წ. „ცხელების კლინიკებად“ განსაზღვრის შესახებ შესაბამისად, ცხელების კლინიკების მიერ განხორციელებული მომსახურება მოიცავს ცხელებით მიმდინარე ყველა შემთხვევის ტრიაჟს, სამინისტროს მიერ დამტკიცებული დიაგნოსტიკური ალგორითმის შესაბამისად COVID-19 ინფექციის დიაგნოსტიკას, მკურნალობის შემდგომი ტაქტიკის განსაზღვრას და დადასტურებული შემთხვევის რეფერალს შესაბამის დაწესებულებაში.

COVID-19-ით დაავადებული პირველი პაციენტი ჰოსპიტალიზებულ იქნა 2020 წლის 26 თებერვალს, პირველი გამოჯანმრთელებული პაციენტი კლინიკიდან გაეწერა 16 მარტს. 11 ივნისის მდგომარეობით გამოჯანმრთელებულთა ჯამური რაოდენობაა 694 ადამიანი.

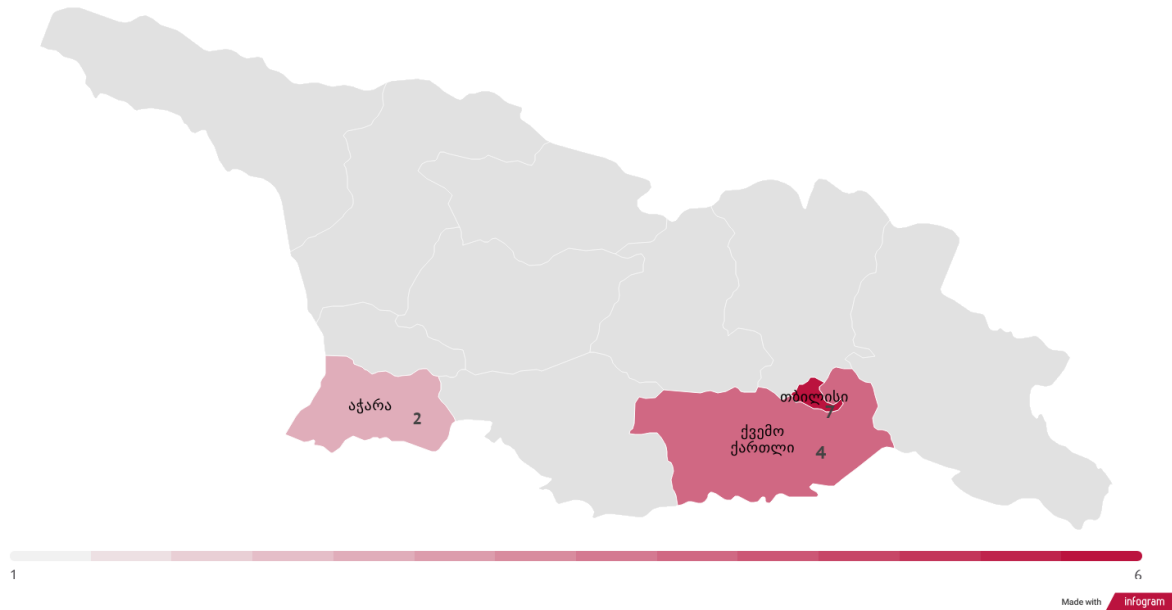
სურათი 17. PCR დადასტურებული და გამოჯანმრთელებული შემთხვევების დღიური რაოდენობა (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



COVID-19-ით გამოწვეული სიკვდილიანობა

11 ივნისის მდგომარეობით საქართველოში გარდაცვლილთა ჯამური რაოდენობაა 13, ლეტალობის მაჩვენებელი (case fatality rate) - 1.57%. გარდაცვლილთა შორის 7 პირი თბილისის მაცხოვრებელია, 4 - ქვემო ქართლის, 2 - აჭარის.

რუკა 3. COVID-19-ით გარდაცვალების შემთხვევათა განაწილება ფაქტობრივი საცხოვრებელი რეგიონის (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)

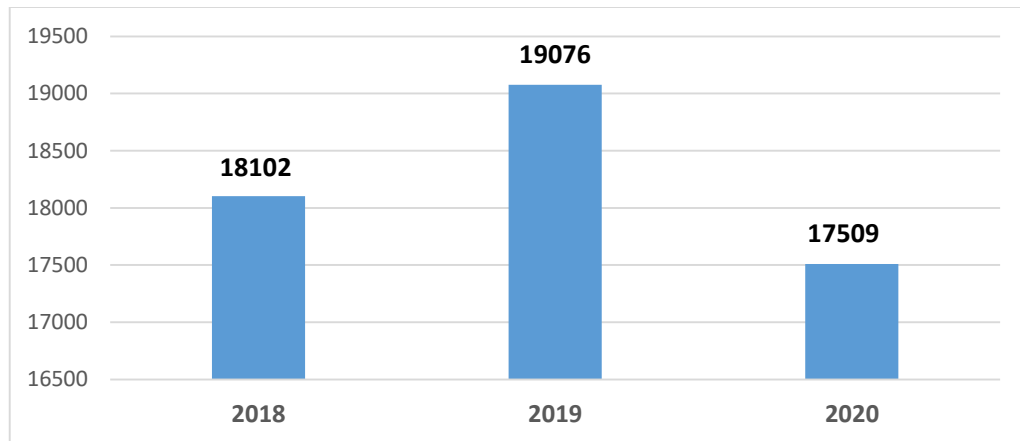


მრავალ ქვეყანაში, გარდა COVID-19-ით დაავადებულთა რაოდენობისა, ერთ-ერთ საგულისხმო ინდიკატორად ნამატი სიკვდილიანობის მაჩვენებელს (excess mortality) განიხილავენ, რათა შეფასდეს, მოახდინა თუ არა რაიმე გავლენა აღნიშნული დაავადების სწრაფმა გავრცელებამ და მასთან დაკავშირებულმა გარდაცვალების შემთხვევებმა სიკვდილიანობის მაჩვენებელზე.

ნამატი სიკვდილიანობის მაჩვენებელი განისაზღვრება, როგორც სიკვდილიანობა ზოგად პოპულაციაში, რომელიც აღემატება მოსალოდნელ სიკვდილიანობის მაჩვენებელს, გამოწვეულს კონკრეტული დაავადებით. მომატებული სიკვდილიანობა აღინიშნა ბელგიაში, საფრანგეთში, შვედეთში, ესპანეთში, იტალიაში, ინგლისსა და ნიდერლანდებში.

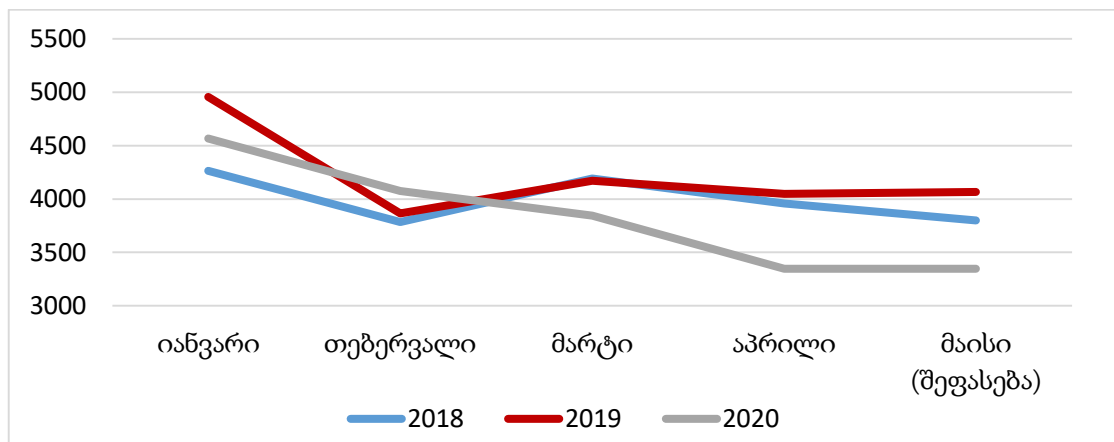
საქართველოში 2020 წლის 1 იანვრიდან 15 მაისის ჩათვლით პერიოდში გარდაცვლილ პირთა საერთო რაოდენობა (17 509) ნაკლებია წინა წლებთან შედარებით: 8%-ით 2019 წელთან და 3%-ით 2018 წელთან შედარებით.

სურათი 18. ყველა მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევათა რაოდენობა (01.01.2020 - 15.05.2020 პერიოდში)

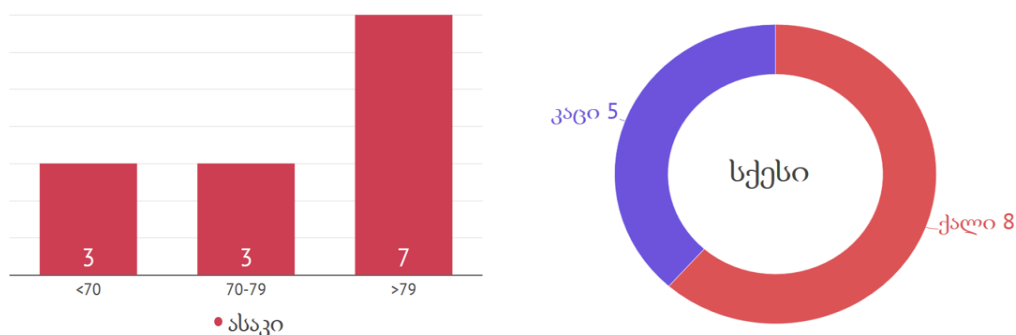


2020 წელს თვეების მიხედვით იანვრიდან აპრილის ჩათვლით აღინიშნება ყველა მიზეზით გარდაცვალების შემთხვევების ყოველთვიური კლება 11, 6 და 13%-ით.

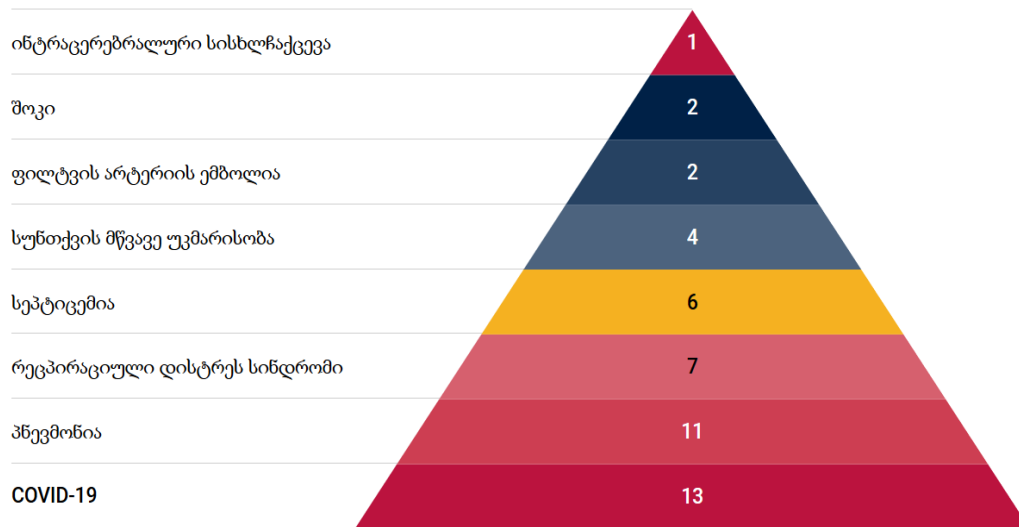
სურათი 19. 2018-2020 წლებში 1 იანვრიდან მაისის ჩათვლით ყველა მიზეზით გარდაცვლილთა რაოდენობა



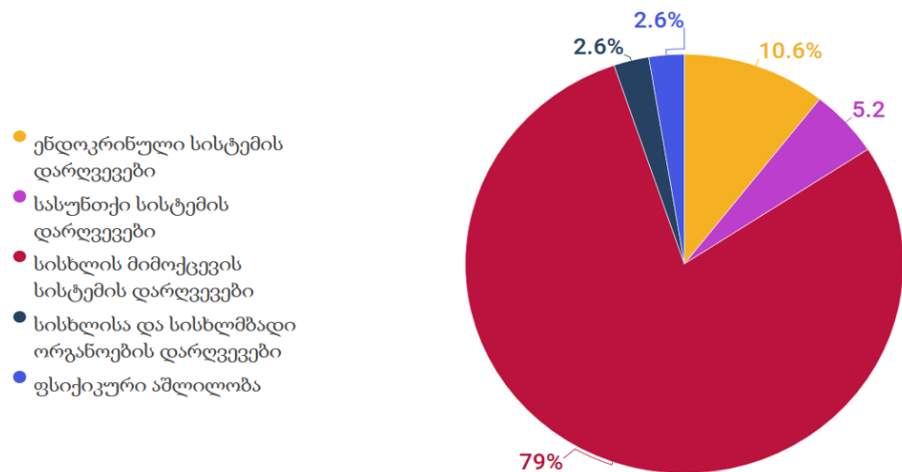
სურათი 20. COVID-19-ით გარდაცვალების შემთხვევათა სქესობრივ-ასაკობრივი განაწილება (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



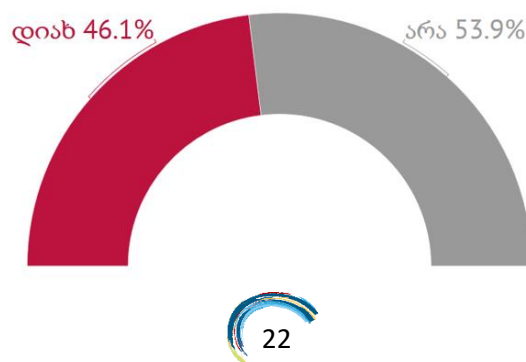
სურათი 21. COVID-19-ით გარდაცვალების შემთხვევათა განაწილება სიკვდილის ძირითადი მიზეზების თანატოგენური ჯაჭვის მიხედვით (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



სურათი 22. COVID-19-ით გარდაცვალების შემთხვევათა განაწილება თანმხლებ დაავადებათა სისტემების მიხედვით (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



სურათი 23. COVID-19-ით გარდაცვლილ პაციენტთა ანამნეზში ჰოსპიტალიზაციის ისტორია, 2014-2019 წლები (2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით)



დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ცხელი ხაზი 116 001

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის ცხელ ხაზზე, COVID-19 საკითხებთან დაკავშირებით ზარების შემოსვლა დაიწყო 2020 წლის 23 იანვრიდან. სათანადო რეაგირების მიზნით, ეტაპობრივად გადამზადდა და ცხელ ხაზზე ოპერატორის ფუნქციის განხორციელებას პირველ ეტაპზე შეუდგა 43 პირი, მათ შორის:

- ცენტრის ცხელ ხაზზე შრომითი ხელშეკრულებით დასაქმებული თანამშრომელი - 3;
- ცენტრის სამედიცინო სტატისტიკის დეპარტამენტის თანამშრომელი - 11;
- ცენტრის არაგადამდებ დაავადებათა დეპარტამენტის თანამშრომელი - 14;
- ცენტრის „C ჰეპატიტის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში შრომითი ხელშეკრულებით დასაქმებული თანამშრომელი - 6;
- მოხალისე სტუდენტი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი) – 9.

ცხელ ხაზზე შემოსული ზარების მართვამ მნიშვნელოვნად შეუწყო ხელი სამედიცინო დაწესებულებებში არამიზნობრივი მიმართვიანობის შეჩერებას. პანდემიის საწყის ეტაპზე, ინფორმაციის ნაკლებობისა და პანიკის პირობებში, მოსახლეობის ზარების ძირითადი ნაწილი მომართული იყო სწორედ 116 001-ზე. აღსანიშნავია, რომ ცენტრის ცხელი ხაზის მიმართ ამ პერიოდში დაფიქსირდა საკმაოდ მაღალი ნდობა, რასაც ხელი შეუწყო ე.წ. „უკუკავშირის“ პრინციპის ამოქმედებამ - უამრავი საკითხის დამატებით დაზუსტების შემდეგ ზარების ავტორებთან დამატებით უკუ-კომუნიკაციამ და მათთვის მაქსიმალურად დაზუსტებული ინფორმაციის მიწოდებამ.

2020 წლის 11 ივნისის მდგომარეობით ცხელ ხაზზე ოპერატორის ფუნქციას ახორციელებს 14 პირი, მათ შორის:

- ცენტრის ცხელ ხაზზე შრომითი ხელშეკრულებით დასაქმებული თანამშრომელი - 3;
- ცენტრის „C ჰეპატიტის სახელმწიფო პროგრამის“ ფარგლებში შრომითი ხელშეკრულებით დასაქმებული თანამშრომელი - 6;
- მოხალისე სტუდენტი (თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი) – 5.

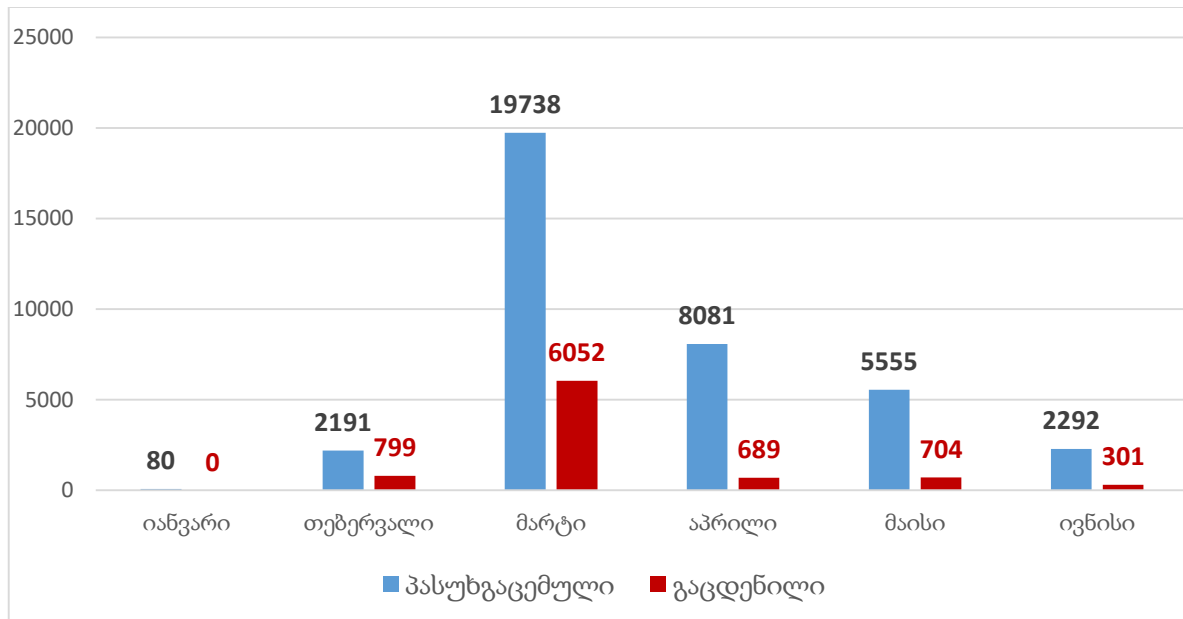
2020 წლის 23 იანვრიდან 10 ივნისის ჩათვლით ცხელ ხაზზე შემოსული ზარების ჯამურმა რაოდენობამ შეადგინა 46482 ზარი, მათ შორის:

- ნაპასუხებია: 37 937 ზარი (82%)
- გაცდენილია: 8 545 ზარი (18%).

ცხელი ხაზის ფუნქციონირების საათებია:

- სამუშაო დღეები: 09:00 – 23:00 სთ
- არასამუშაო დღეები: 10:00 – 20:00 სთ

სურათი 24. დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრის ცხელ ხაზზე შემოსული ზარების ჯამური რაოდენობა (23.01.2020-დან 11.06.2020-მდე პერიოდში)



დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრის, საქართველოს ფსიქოსოციალური დახმარების ასოციაცია „ნდობისა“ და კლუბ „სინერგიის“ ცხელი ხაზი 2 911 000

ვინაიდან, გარდა საკანონმდებლო, ლოჯისტიკური და ეპიდემიოლოგიური საკითხებისა, ხშირი იყო ფსიქოლოგიური დახმარების მოთხოვნა, საქართველოს ფსიქოსოციალური დახმარების ასოციაცია „ნდობა“, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნულ ცენტრთან და კლუბ „სინერგიასთან“, ფონდ „ღია საზოგადოება საქართველოს“ დაფინანსებით, გადაუდებელი სატელეფონო ფსიქოლოგიური დახმარების ცხელი ხაზით უზრუნველყოფს როგორც ფსიქოლოგის, ასევე ფსიქიატრის კონსულტირებას და საჭიროების შემთხვევაში, შესაბამის გადამისამართებას; ცხელი ხაზის ტელეფონია 2 911 000.

III. 2020 წლის 26 თებერვლიდან საქართველოში აღრიცხული ახალი კორონავირუსით დაინფიცირების 800 შემთხვევის ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები

აღწერილობითი ანალიზი

საკვლევი მასალა და მეთოდები

რეტროსპექტულად, აღწერილობითი კვლევის ფარგლებში გაანალიზებული იქნა 2020 წლის 26 თებერვლიდან საქართველოში აღრიცხული COVID-19 დაინფიცირების 800 შემთხვევის, რომელთა დადასტურება მოხდა PCR მეთოდით, ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლები. ანალიზი მოიცავდა შემდეგ მიმართულებებს:

- სქესობრივი, ასაკობრივი და ტერიტორიული განაწილების მახასიათებლები;
- დაავადების მიმდინარეობასთან, სიმპტომებთან და თანმხლებ მდგომარეობებთან⁹ დაკავშირებული მახასიათებლები;
- ტესტირებასთან დაკავშირებული მახასიათებლები;
- კონტაქტების და კლასტერების კვლევის შედეგები;
- სამედიცინო პერსონალთან დაკავშირებული მახასიათებლები.

დაავადების გავრცელების მაჩვენებლები კვლევის პერიოდისთვის დათვლილია, როგორც დადასტურებული 800 ახალი შემთხვევის რაოდენობის შეფარდება რისკის ქვეშ მყოფ მოსახლეობასთან.

მონაცემთა წყაროები

COVID-19-ით დაინფიცირებულთა შესახებ ინფორმაციის ძირითად წყაროს წარმოადგენს დაავადებათა ზედამხედველობის ელექტრონული ინტეგრირებული სისტემა (დზეის), რომლის მიზანია ადამიანის და ცხოველთა დაავადებების მონიტორინგისა და პრევენციის გაძლიერება და მხარდაჭერა „ერთიანი ჯანმრთელობის“ კონცეფციის ფარგლებში და, ასევე, ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესების (IHR 2005) უზრუნველყოფის ხელშეწყობა. დზეის-ის მეშვეობით ხდება დაავადება-სპეციფიური ინფორმაციის, ნიმუშების და შემთხვევასთან დაკავშირებული ლაბორატორიული მონაცემების და ჯამური მონაცემების მართვა. 2019 წლის მარტის #01-26N ბრძანების საფუძველზე, დზეის-ი წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებაში არსებული საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ობიექტების და უწყებების ოფიციალური ანგარიშგების სისტემას. შესაძლებელია მისი კონფიგურაციის ქვეყნის საჭიროებებთან ადაპტირება შეცვლილი მოთხოვნების შესაბამისად, როგორცაა დაავადებების ჩამონათვალი, ოფიციალური ანგარიშები, დაავადება-სპეციფიური კვლევის ფორმები და სხვა.

მონაცემთა ვალიდაცია ასევე ხდებოდა ეპიდემიოლოგიური კვლევის დროს შევსებული სპეციალური პროტოკოლების საშუალებით.

⁹ თანმხლები დაავადების ცვლადი განისაზღვრა ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევისას შეკრებილი ანამნეზის საფუძველზე

კვლევის შედეგები

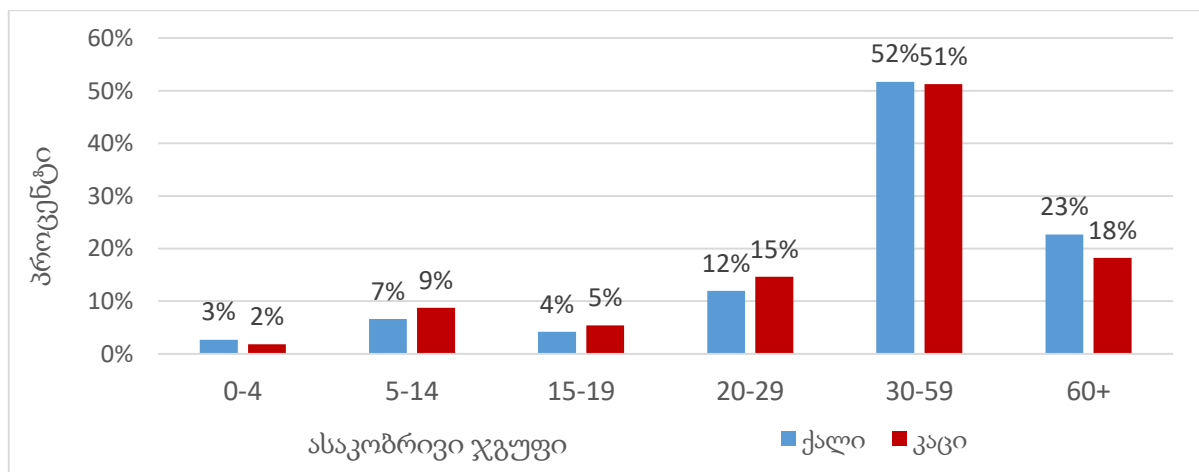
სქესობრივი, ასაკობრივი და ტერიტორიული განაწილების მახასიათებლები: კვლევის ფარგლებში გაანალიზდა ახალი კორონავირუსით ინფიცირებული, PCR ტესტირებით დადასტურებული 800 პაციენტის მონაცემები, მათ შორის 390 (48.7%) იყო კაცი და 410 (51.2%) - ქალი. პაციენტების მაქსიმალური ასაკი იყო 90 წელი, ხოლო მინიმალური 9 თვე. საშუალო ასაკი იყო 42 და მედიანა - 43 წელი. 18 წლამდე ასაკში COVID-19 აღინიშნა 98 (12,25%) შემთხვევაში.



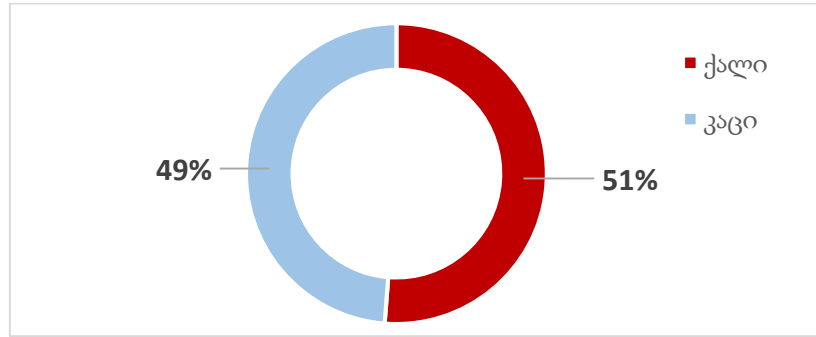
ცხრილი 3. COVID-19-ის დადასტურებული შემთხვევების განაწილება ასაკის მიხედვით (n=800)

ასაკობრივი ჯგუფები	რაოდენობა	%
0-4	19	2,4%
5-14	61	7,6%
15-19	38	4,7%
20-29	106	13,2%
30-59	412	51,5%
60-69	89	11,1%
70-79	53	6,6%
80+	22	2,7%
სულ	800	100%

სურათი 25. COVID-19-ის დადასტურებული შემთხვევების განაწილება ასაკობრივი ჯგუფისა და სქესის მიხედვით (n=800)



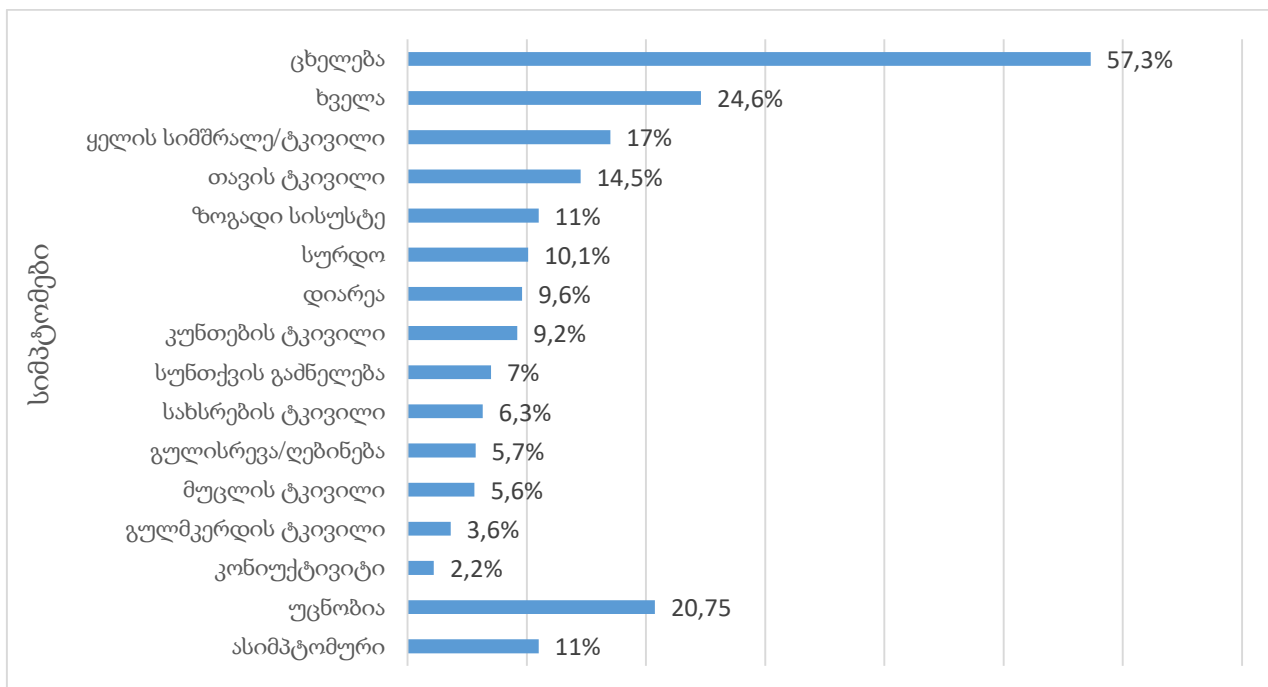
სურათი 26. COVID-19-ის დადასტურებული შემთხვევების განაწილება სქესის მიხედვით (n=800)



დაავადების სიმპტომებთან და თანმხლებ მდგომარეობებთან დაკავშირებული მახასიათებლები

კვლევის ფარგლებში, თითოეული პაციენტის შემთხვევაში გაანალიზდა დაავადების კლინიკური სიმპტომების და თანმხლები დაავადებების არსებობა პაციენტის ჰოსპიტალიზაციამდე.

სურათი 27. COVID დადასტურებული შემთხვევების კლინიკური მახასიათებლები - სიმპტომები ჰოსპიტალიზაციამდე (%) (n=800)



სიმპტომებიდან ყველაზე ხშირად ვლინდება ცხელება (57.3%, 95% CI 53.79% - 60.76%), ზოგადი სისუსტე (34.5%, 95% CI 31.21% - 37.91%), ხველა (24.6%, 95% CI 21.65% - 27.74%), ყელის ტკივილი (17%, 95% CI 14.46% - 19.79%) და თავის ტკივილი (14.5%, 95% CI 12.13% - 17.13%). გემოს და ყნოსვის ცვლილება დათვლილია 500 შემთხვევაზე (14.8%, 95% CI 11.80% - 18.22%).

800 შემთხვევიდან, PCR ტესტირების დროს, 88 შემთხვევა იყო ასიმპტომური¹⁰. შესაბამისად, უსიმპტომო შემთხვევების პროპორცია იყო 11% (95% CI 28.49% - 35.05%).

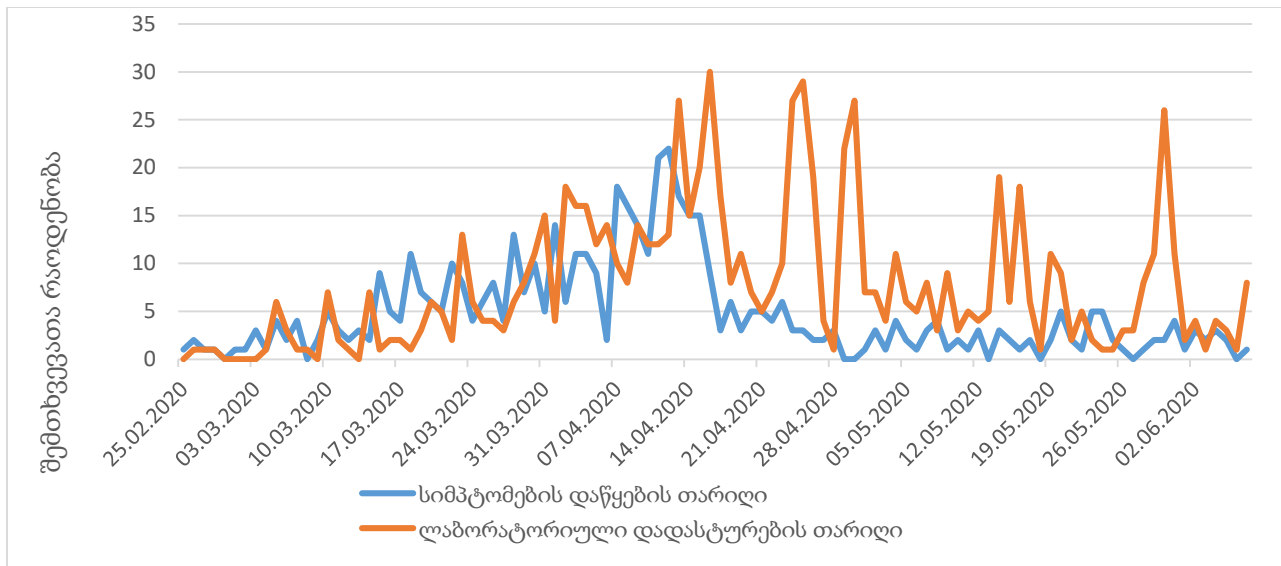
სიმპტომების ინტენსივობის შესახებ ინფორმაციის მოგროვება პრობლემური აღმოჩნდა 166 შემთხვევაში, რაც გამოწვეული იყო რიგი სუბიექტური და ობიექტური ფაქტორებით, კერძოდ, ენობრივი ბარიერი, გახსენების მიკერძოება, სიმპტომების აღქმის განსხვავებული მიდგომა, სტიგმატიზაცია. აღნიშნული შემთხვევები კონცეტრირებული იყო ქვემო ქართლის რეგიონში და შეადგენდა ამ რეგიონში გამოვლენილი შემთხვევების 58.4%-ს.

ცხრილი 4. COVID-19-ის დადასტურებული შემთხვევების განაწილება კლინიკური მახასიათებლების მიხედვით - სიმპტომები ჰოსპიტალიზაციამდე (n=800)

სიმპტომები	კაცი		ქალი		ორივე სქესი	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
ცხელება/შემცივნება	229	58.72	230	56.1	459	57.3
ზოგადი სისუსტე	131	33.5	145	35.3	276	34.5
ხველა	89	22.8	108	26.3	197	24.6
ყელის სიმშრალე / ტკივილი	70	17.95	66	16.1	136	17.0
თავის ტკივილი	58	14.1	58	14.8	116	14.5
სურდო	42	10.7	38	9.27	80	10.1
კუნთების ტკივილი	33	8.4	41	10.0	74	9.2
სუნთქვის გაძნელება	27	6.92	29	7.7	56	7.8
სახსრების ტკივილი	25	6.4	26	6.3	51	6.3
მუცლის ტკივილი	14	3.5	31	7.5	45	5.6
გულის რევა /ღებინება	20	5.1	26	6.3	46	5.7
გულმკერდის ტკივილი	17	4.3	12	2.9	29	3.6
კონიუქტივიტი	14	3.5	4	0.9	18	2.2
დიარეა	39	10.0	38	9.2	77	9.6
ასიმპტომური	39	10.0	49	11.9	88	11.0
უცნობია	86	22.0	80	19.5	166	20.75

¹⁰ ასიმპტომურია COVID-19-ის ლაბორატორიული დადასტურებული შემთხვევა, რომელიც არ გამოიჩენს რაიმე სიმპტომით (WHO Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 73). შემთხვევები ასიმპტომურად კლასიფიცირებულია მხოლოდ პაციენტთა სუბიექტური შეფასებით. აღნიშნული 88 შემთხვევა ასიმპტომური იყო PCR ტესტირების დღეს, თუმცა დაავადების მიმდინარეობასთან ერთად, შესაძლოა მოგვიანებით გამოვლენოდან გარკვეული სიმპტომები. ყველა შემთხვევის კლინიკური მიმდინარეობის დეტალური კვლევა გრძელდება და ციფრი განახლდება მომდევნო ანგარიშში

სურათი 28. COVID-19-ის დადასტურებული შემთხვევები სიმპტომების დაწყების და დადასტურების თარიღის მიხედვით (n=800)



სიმპტომების დაწყებიდან ლაბორატორიულ დადასტურებამდე დღეების საშუალო რაოდენობა შეადგენს 5 დღეს.

ცხრილი 5. COVID-19-ის დადასტურებული შემთხვევების განაწილება კლინიკური მახასიათებლების მიხედვით - თანმხლები დაავადებები ჰოსპიტალიზაციამდე, პროცენტი დადასტურებული შემთხვევების საერთო რაოდენობაში (n=800)

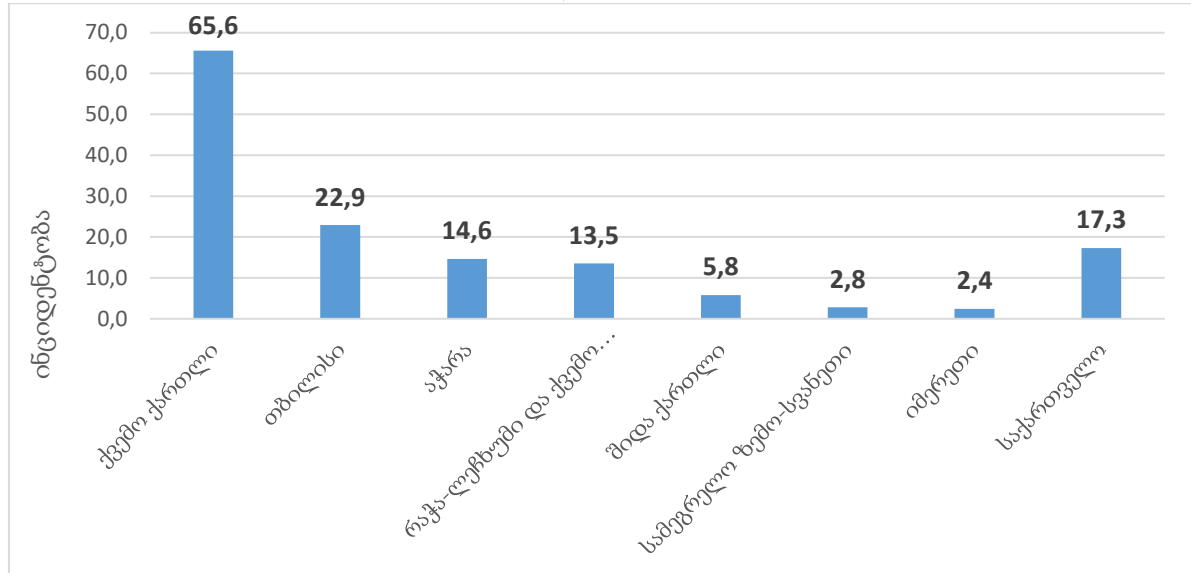
	ორივე სქესი		მამრობითი		მდედრობითი	
	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%	რაოდენობა	%
გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ჰიპერტენზია	88	11	35	8.9	53	12.9
დიაბეტი	39	4.8	18	4.6	21	5.1
თირკმლის დაავადება	13	1.6	4	1.0	9	2.2
ფილტვის ქრონიკული დაავადება	15	1.8	8	2.0	7	1.7
ქრონიკული ნევროლოგიური დაავადება	9	1.1	3	0.7	6	1.4
სიმსივნე /კიბო	6	0.8	4	1	2	0.5
ღვიძლის დაავადება	5	0.6	2	0.5	3	0.7

თანმხლებ დაავადებებს შორის ყველაზე ხშირი იყო გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, ჰიპერტენზია 88 (11%) და დიაბეტი 39 (4.8%).

COVID-19 ახალი შემთხვევების მაჩვენებელი 100 000 მოსახლეზე ექსპოზიციის ადგილის მიხედვით, ყველაზე მაღალია ქვემო ქართლის რეგიონსა და თბილისში, ხოლო ყველაზე დაბალი - სამეგრელო, ზემო-სვანეთსა და იმერეთში.

ექსპოზიციის ადგილის მიხედვით საქართველოს დანარჩენ რეგიონებში დაავადების შემთხვევები არ დაფიქსირებულა. იმპორტირებული შემთხვევების რაოდენობა 800 აღწერილი შემთხვევიდან იყო 157 (19,6%).

**სურათი 29. COVID-19-ის ინციდენტობა რეგიონების მიხედვით (100 000 მოსახლეზე)
საქართველო, 2020 (N=643)**



ცხრილი 6. COVID-19-ის ინციდენტობა (100 000 მოსახლეზე) მუნიციპალიტეტების მიხედვით (N=643)

რაიონი	შემთხვევათა რაოდენობა	ინციდენტობა
ბათუმი	13	7.8
ბოლნისი	182	328.0
გორი	13	10.6
ხაშური	2	3.9
ქობულეთი	38	52.2
ქუთაისი	2	1.4
ლენტეხი	4	95.8
მარნეული	39	36.5
რუსთავი	9	7.0
საჩხერე	1	2.8
თერჯოლა	4	12.3
თეთრიწყარო	54	244.8
წყალტუბო	4	8.0
ვანი	1	4.5
ზუგდიდი	9	8.8
თბილისი	268	22.9

IV. ახალი კორონავირუსის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილი 500 პაციენტის მახასიათებლები

აღწერილობითი ანალიზი

ქვეყანაში შემოღებული რეგულაციების თანახმად, ყველა პაციენტი, რომელსაც დაუდასტურდა კორონავირუსით ინფიცირება, ექვემდებარება ჰოსპიტალიზაციას, დაავადების მიმდინარეობის ნებისმიერი სიმძიმის შემთხვევაში (24 მარტის N 01-119/ო ბრძანება).

პირველი გამოჯანმრთელებული პაციენტი სტაციონარიდან გაეწერა 16 მარტს.

წინამდებარე კვლევაში რეტროსპექტულად გაანალიზებულ იქნა 2020 წლის 26 თებერვლიდან საქართველოში COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილი 500 პაციენტის მონაცემები. აღნიშნული პაციენტების დიაგნოზის დადასტურება მოხდა PCR მეთოდით.

საკვლევი მასალა და მეთოდები

მონაცემთა ანალიზი წარიმართა შემდეგი მახასიათებლების მიხედვით:

- ჰოსპიტალური მიმართვის ტიპი;
- სქესობრივ/ასაკობრივი სტრუქტურა;
- პაციენტთა რეგიონული განფენილება დაავადების ექსპოზიციის მიხედვით;
- კლინიკური სიმპტომები ჰოსპიტალიზაციისას;
- კლინიკური სიმპტომების დაწყების და ჰოსპიტალიზაციის თარიღები;
- თანმხლები დაავადებები;
- ძირითადი დაავადების გართულებები;
- დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე;
- გატარებული საწოლდღეები;
- მკურნალობა ინტენსიური თერაპიის დეპარტამენტში;
- ფილტვების ხელოვნური ვენტილაციის გამოყენება;
- მკურნალობის გამოსავალი.

მონაცემთა წყაროები

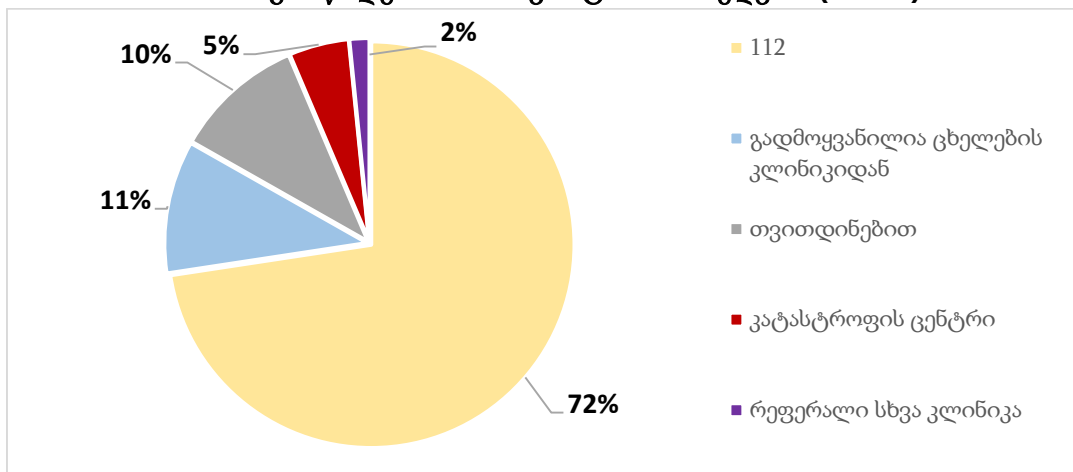
COVID-19-ის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა შესახებ ინფორმაციის ძირითად წყაროებს წარმოადგენდა:

- სტაციონარიდან გასული პაციენტების აღრიცხვის ელექტრონული მოდული - ფორმა IV-066 (ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2020 წლის 16 აპრილის N01-43/ნ ბრძანება);
- სპეციალური კითხვარი, რომელიც შევსებულ იქნა სტაციონარიდან გაწერილ თითოეულ პაციენტზე;
- დაბადება-გარდაცვალების მონაცემთა ბაზა.

კვლევის შედეგები

სტაციონარში მიმართვის ტიპი: კვლევით მოცულ 500 პაციენტს შორის უმეტესი წილი (72%) სტაციონარში სასწრაფო დახმარების სამსახურის მიერ იქნა გადაყვანილი.

სურათი 30. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა პროცენტული განაწილება მიმართვის ტიპის მიხედვით (n=500)



სქესობრივ/ასაკობრივი სტრუქტურა: პაციენტების მაქსიმალური ასაკი იყო 90 წელი, ხოლო მინიმალური 9 თვე. პაციენტების საშუალო ასაკი იყო 43 წელი.



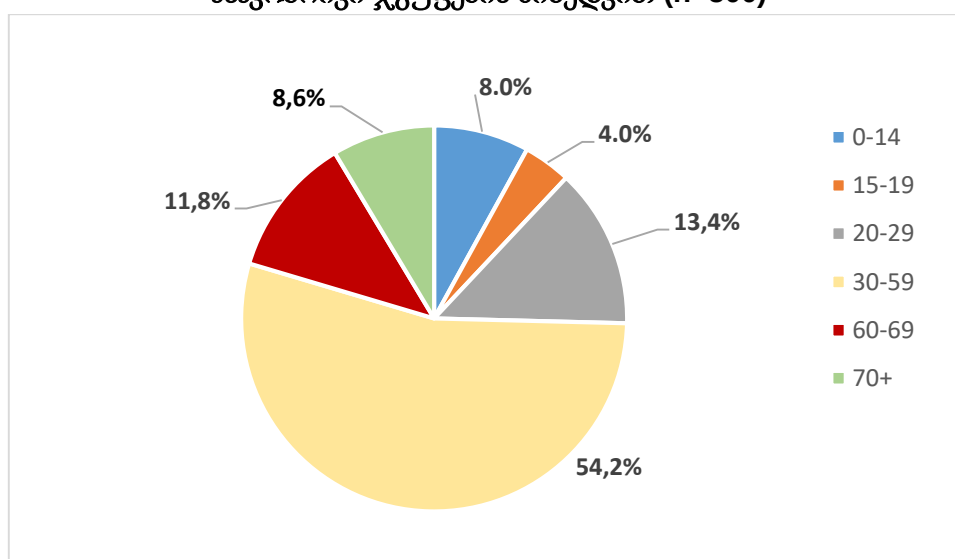
პაციენტებს შორის 0-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვები 8%-ს, 15-19 წლის მოზარდები 4%-ს, ხოლო 0-დან 15 წლამდე ასაკის ჯგუფი 9,2%-ს შეადგენდნენ.

ცხრილი 7. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება ასაკის მიხედვით (n=500)

ასაკობრივი ჯგუფი	რაოდენობა	წილი (%)
0-4	11	2.2
5-9	15	3.0
10-14	14	2.8
15-19	20	4.0
20-24	39	7.8
25-29	28	5.6

30-34	46	9.2
35-39	42	8.4
40-44	46	9.2
45-49	44	8.8
50-54	52	10.4
55-59	41	8.2
60-64	38	7.6
65-69	21	4.2
70+	43	8.6
ჯამური რაოდენობა	500	100

სურათი 31. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება ასაკობრივი ჯგუფების მიხედვით (n=500)



გაწერილ პაციენტთა რაოდენობა თითქმის თანაბრად განაწილდა სქესის მიხედვით: 49.4% კაცი და 50.6% ქალი. ოჯახური სტატუსის მიხედვით, პაციენტთა 70%-მდე იყო დაოჯახებული, პაციენტთა თითქმის ნახევარი - დასაქმებული. პაციენტთა 50%-ს აღენიშნებოდა ჭარბი წონა ან სიმსუქნე.

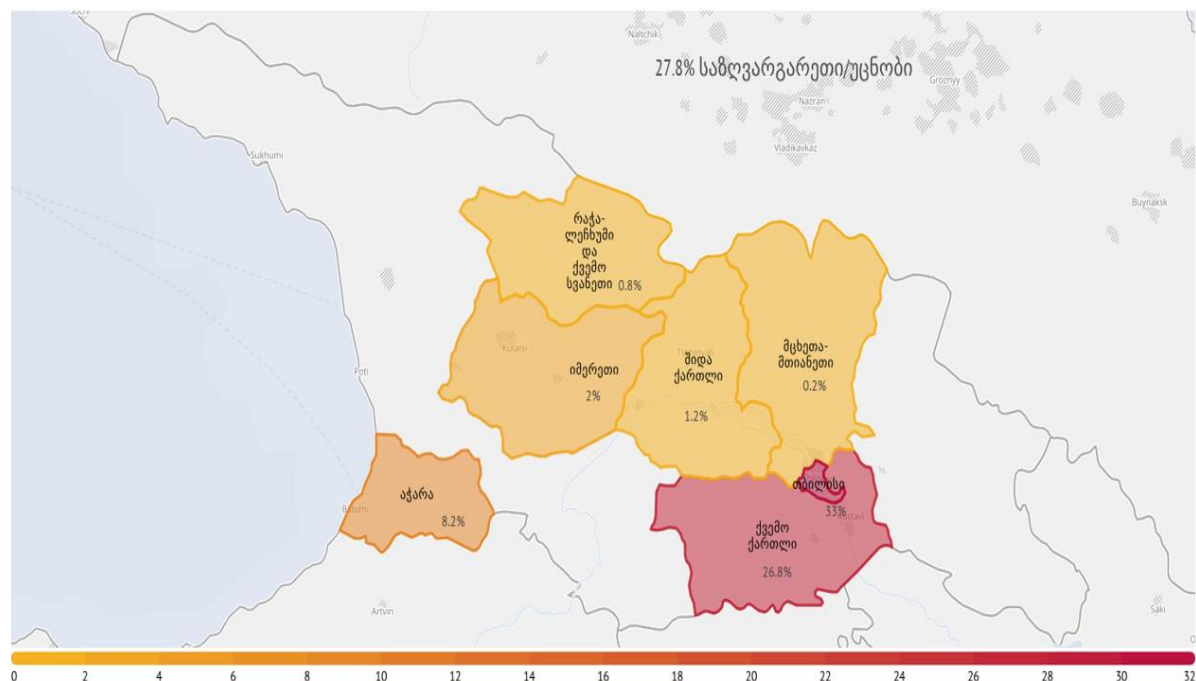
ცხრილი 8. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება სქესის და ოჯახური მდგომარეობის, დასაქმების და სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით (n=500)

	რაოდენობა	წილი (%)
სქესი		
ქალი	253	50.6
კაცი	247	49.4
ოჯახური მდგომარეობა		
დაოჯახებული	344	68.8
სხვა	132	26.4

უცნობი	24	4.8
დასაქმება		
დასაქმებული	231	46.2
უმუშევარი	215	43.0
მოსწავლე	1	0.2
პენსიონერი	39	7.8
უცნობი	14	2.8
სხეულის მასის ინდექსი		
<18.5	14	2.8
18.5–24.9	155	31.0
25–29.9	181	36.2
30 და მეტი	68	13.6
უცნობი	82	16.4
ჯამური რაოდენობა	500	100.0

პაციენტთა განაწილება რეგიონების მიხედვით: კვლევის ფარგლებში გაანალიზებული 500 პაციენტის რეგონული განაწილება ორი მიმართულებით: ინფექციის ექსპოზიციის ადგილის მიხედვით და ჰოსპიტალიზაციის ადგილის მიხედვით. ექსპოზიციის მიხედვით პაციენტთა უმეტესი წილი მოდის თბილისსა (33%) და ქვემო ქართლზე (27%). 13%-ს იმპორტირებული (შემოტანილი) შემთხვევები წარმოადგენდა.

რუკა 4. COVID-19–ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება ინფექციის ექსპოზიციის ადგილის მიხედვით (n=500)



ჰოსპიტალიზაციის ადგილის მიხედვით, პაციენტთა 68%-მა მკურნალობა ჩაიტარა თბილისის სტაციონარებში.

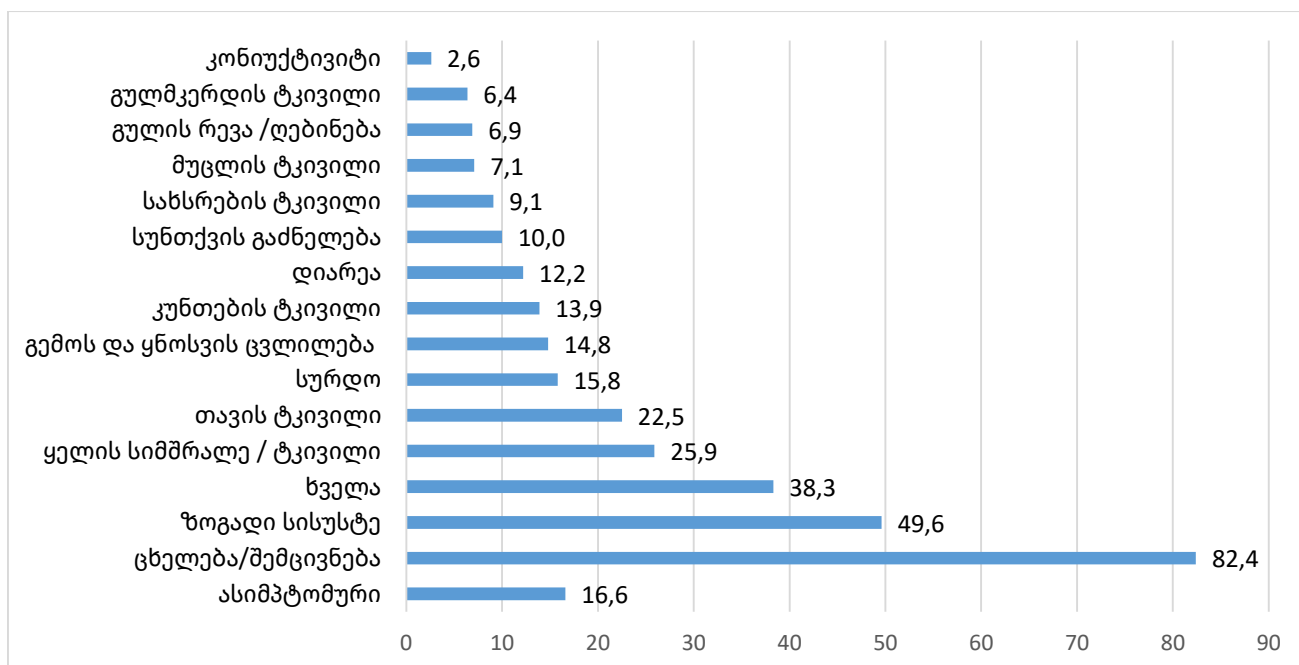
ცხრილი 9. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა რეგიონული განაწილება ჰოსპიტალიზაციის ადგილის მიხედვით (n=500)

	ჯამური რაოდენობა	წილი (%)
თბილისი	342	68.4
მცხეთა-მთიანეთი	9	1.8
ქვემო ქართლი	2	0.4
იმერეთი	45	9.0
შიდა ქართლი	52	10.4
აჭარის ა/რ	50	10.0
საქართველო	500	100.0

კლინიკური სიმპტომები ჰოსპიტალიზაციამდე: კვლევის ფარგლებში, თითოეული პაციენტის შემთხვევაში გაანალიზდა დაავადების კლინიკური სიმპტომების არსებობა პაციენტის ჰოსპიტალიზაციამდე.

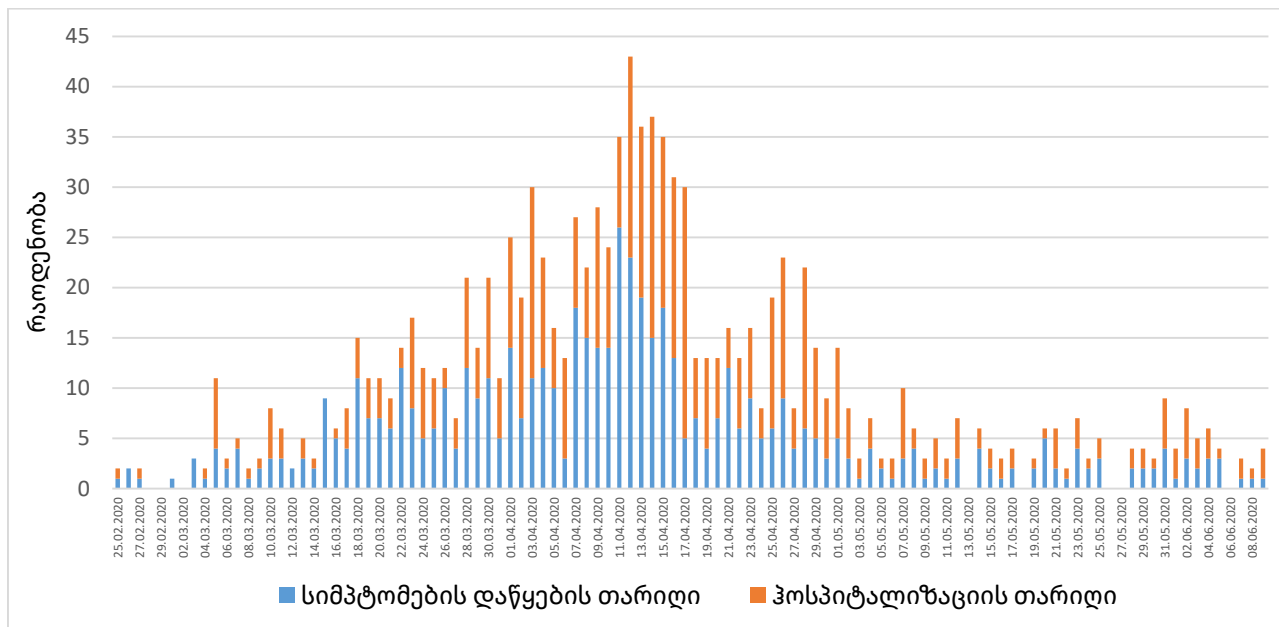
სიმპტომებიდან ყველაზე ხშირად გამოვლინდა ცხელება (82.4%, 95% CI 78.40% - 85.93%), ზოგადი სისუსტე (49.6%, 95% CI 44.70% - 54.51%), ხველა (38.3%, 95% CI 33.61% - 43.16%), ყელის ტკივილი (25.9%, 95% CI 21.76% - 30.39%) და თავის ტკივილი (22.5%, 95% CI 18.58% - 26.82%). 500 შემთხვევიდან, PCR ტესტირების დროს 83 შემთხვევა იყო ასიმპტომური (16.6%, 95% CI 13.44% - 20.16%). ერთზე მეტი სიმპტომი აღინიშნა პაციენტების 57.6%-ში (288 შემთხვევა).

სურათი 32. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება ჰოსპიტალიზაციისას კლინიკური მახასიათებლების მიხედვით (n=500)



კლინიკური სიმპტომების დაწყების თარიღსა და ჰოსპიტალიზაციის თარიღს შორის დღეების საშუალო ხანგრძლივობა 4.7 დღეს შეადგენდა.

სურათი 33. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება სიმპტომების დაწყების და ჰოსპიტალიზაციის თარიღის მიხედვით (n=500)



თანმხლები დაავადებები: პაციენტების სტაციონარული ბარათებიდან მოპოვებულ იქნა ინფორმაცია ყველა ჰოსპიტალიზებული თანმხლები ავადმყოფობების შესახებ. 165 (33%) პაციენტს კორონავირუსული დაავადების გარდა ჰქონდა სხვადასხვა, უპირატესად ქრონიკული დაავადება. პაციენტთა შორის ყველაზე ხშირი თანმხლები დაავადებებია ჰიპერტენზია (14%), გულ-სისხლძარღვთა სხვა ავადმყოფობები (8%) და დიაბეტი (8%).

ცხრილი 10. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტებში თანმხლები დაავადებების განაწილება (n=206)

თანმხლები დაავადებები	რაოდენობა	წილი (%)
გულ-სისხლძარღვთა დაავადება გარდა ჰიპერტენზიისა	39	7.8
ჰიპერტენზია	70	14.0
ფილტვის ქრონიკული დაავადება	12	2.4
დიაბეტი	38	7.6
ავთვისებიანი სიმსივნე	11	2.2
ღვიძლის დაავადება	9	1.8
ვირუსული ჰეპატიტი	9	1.8
თირკმლის ავადმყოფობა	18	3.6

ძირითადი დაავადების გართულებები: ჰოსპიტალიზებულ 500 პაციენტს შორის ჰოსპიტალიზაციის პერიოდში 5%-ს (25 შემთხვევა) განუვითარდა რესპირაციული დისტრეს სინდრომი.

ცხრილი 11. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება ძირითადი დაავადების გართულების მიხედვით (n=143)

ძირითადი დაავადების გართულებები	რაოდენობა	წილი (%)
სუნთქვის უკმარისობა	89	17.8
მოზრდილთა რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი	29	5.8
გულისხელოვნება მწვავე უკმარისობა	25	5.0

თამბაქოს და ალკოჰოლის მოხმარება: პაციენტთა საერთო რაოდენობაში თამბაქოს მომხმარებელთა წილი 9%-ს შეადგენდა. ალკოჰოლის მოხმარება დაფიქსირდა მხოლოდ კაცებში და მომხმარებელთა წილმა 2.4% შეადგინა.

პაციენტთა განაწილება დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმის მიხედვით: დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმის განსაზღვრისას გამოყენებულ იქნა ქვეყანაში დამტკიცებული შემდეგი კრიტერიუმები¹¹:

- მსუბუქ/ასიმპტომურ მიმდინარეობად მიჩნეულია მწვავე რესპირაციული ინფექცია პნევმონიის გარეშე;
- საშუალო მიმდინარეობად - მწვავე რესპირაციული ინფექცია პნევმონიით, სუნთქვის უკმარისობის გარეშე;
- მძიმე მიმდინარეობად - მწვავე რესპირაციული ინფექცია მძიმე პნევმონიით სუნთქვის უკმარისობით ან მის გარეშე და სეფსისი/სეპტიცემია;
- კრიტიკულ მიმდინარეობად - მართვითი სუნთქვის საჭიროება (არაინვაზიური ან ინვაზიური ვენტილაცია) შემდეგი მდგომარეობების დროს: მძიმე პნევმონია, მწვავე რესპირაციული დისტრეს სინდრომი (მრდს), სეფსისი/სეპტიცემია, სეპტიური შოკი, პოლიორგანული უკმარისობა.

დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმის მიხედვით, შემთხვევათა 52% მიმდინარეობდა მსუბუქი, 33% კი - საშუალო ფორმით. შემთხვევათა 8.2%-ში დაავადების მიმდინარეობა იყო მძიმე ან კრიტიკული.

¹¹ „ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექციის (COVID-19) კლინიკური მართვა“, კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი), ბრძანება 01-119/ო

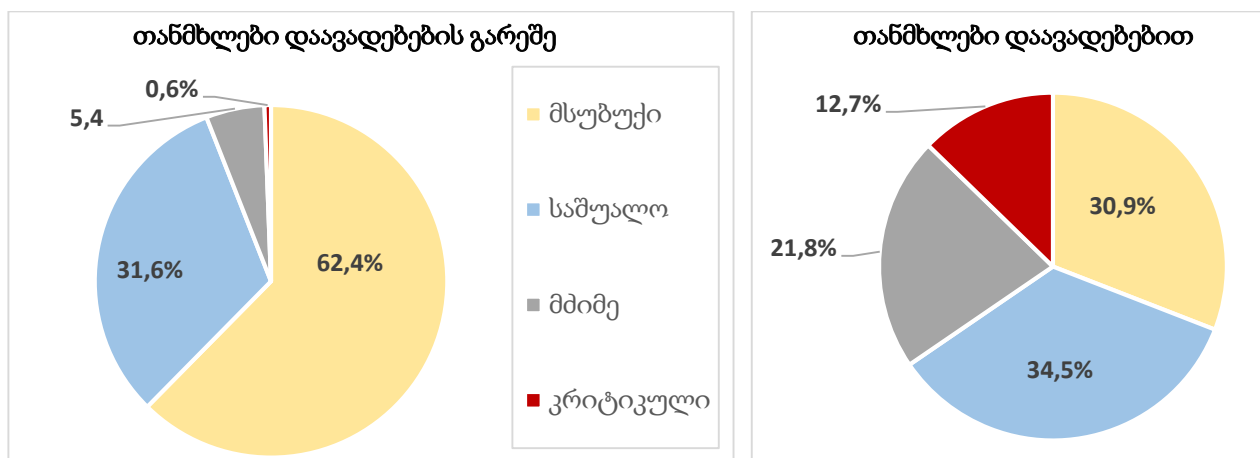
ცხრილი 12. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება დაავადების სიმძიმის მიხედვით (n=500)

დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე	რაოდენობა	წილი (%)
მსუბუქი	260	52.0
საშუალო	163	32.6
მძიმე	54	10.8
კრიტიკული	23	4.6
ჯამური რაოდენობა	500	100.0

ინტენსიური მკურნალობის დეპარტამენტში გადაყვანილი იყო პაციენტთა 8% (40 პაციენტი).

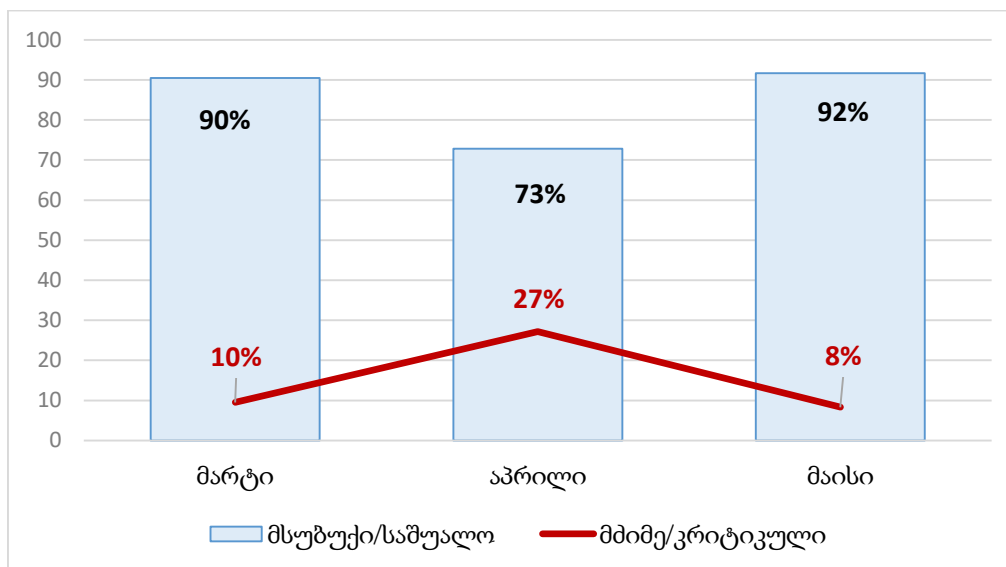
დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე მნიშვნელოვნად განსხვავდებოდა თანმხლები დაავადებების არსებობის მიხედვით. იმ პაციენტებში, ვისაც არ აღენიშნებოდა თანმხლები ავადმყოფობები, დაავადება 94%-ში მიმდინარეობდა მსუბუქი ან საშუალო ფორმით, თანმხლები ავადმყოფობების არსებობის შემთხვევაში, 35%-ში დაავადების მიმდინარეობა იყო მძიმე ან კრიტიკული.

სურათი 34. COVID-19-ით დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე პაციენტებში თანმხლები დაავადებებით და თანმხლები დაავადებების გარეშე (n=500)



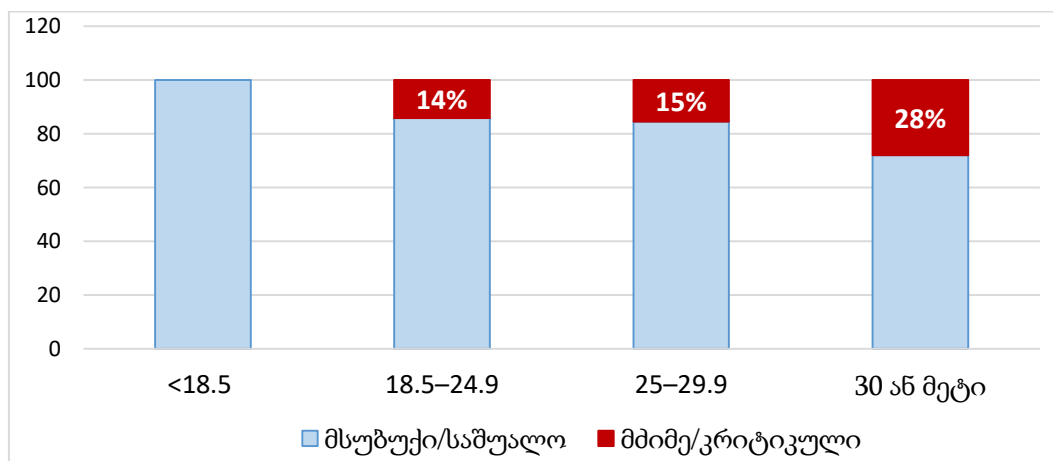
დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე ასევე განსხვავდებოდა თვეების მიხედვით. 2020 წლის აპრილში მარტის თვესთან შედარებით 20%-ით შემცირდა მსუბუქი და საშუალო სიმძიმით მიმდინარე შემთხვევების რაოდენობა და თითქმის გასამმაგდა მძიმე და კრიტიკული მიმდინარეობის შემთხვევების წილი. მაისში ამ პროცესმა უკუცვლილება განიცადა და კვლავ 26%-ით გაიზარდა მსუბუქი და საშუალო სიმძიმით მიმდინარე შემთხვევების რაოდენობა და სამჯერ შემცირდა მძიმე და კრიტიკულად მიმდინარე შემთხვევების წილი (27%-დან 8%-მდე).

სურათი 35. COVID-19-ით დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე თვეების მიხედვით (n=500)



იმ პაციენტებს, რომელთაც აღენიშნებოდა ჭარბი წონა ან სიმსუქნე, დაავადების უფრო მძიმე მიმდინარეობა აღენიშნებოდა.

სურათი 36. COVID-19-ით დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე სხეულის მასის ინდექსის მიხედვით (n=500)



გატარებული საწოლდღეები: კვლევით მოცული პაციენტების მიერ სტაციონარში გატარებული საწოლდღეების საშუალო რაოდენობა 22 დღეს შეადგენდა.



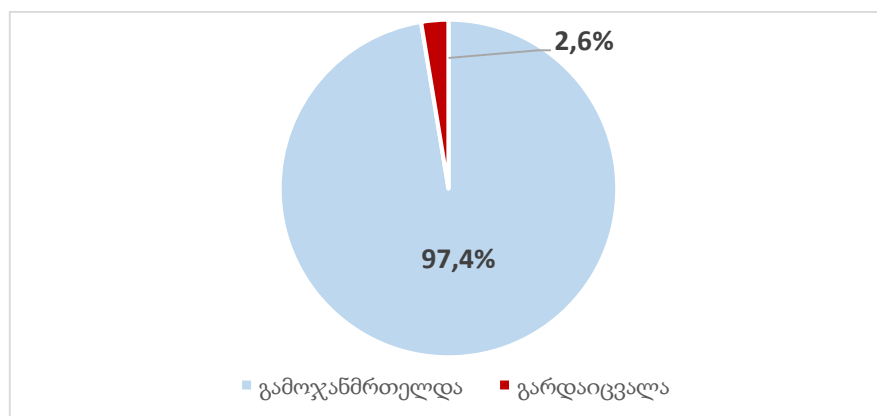
გატარებული საწოდდეების საშუალო რაოდენობა უფრო მაღალია თანხმლები დაავადებებით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში.

ცხრილი 13. COVID-19-ის დიაგნოზით სტაციონარიდან გაწერილ პაციენტთა განაწილება საწოდდეების მიხედვით (n=500)

	გატარებული საწოდდეების საშუალო რაოდენობა
თანხმლები ავადმყოფობების არსებობა	
კი	23
არა	21
დაავადების მიმდინარეობის სიმძიმე	
მსუბუქი	21
საშუალო	24
მძიმე	23
კრიტიკული	21
საშუალო რაოდენობა	22

მკურნალობის გამოსავალი: გაწერილ პაციენტებს შორის 487 (97.4%) გამოჯანმრთელდა, 13 შემთხვევა დასრულდა ლეტალურად (ლეტალობის მაჩვენებელი - 2.6%). გარდაცვლილთა შორის უმეტესობა 70 წლის და უფროს ასაკობრივ ჯგუფს მიეკუთვნება.

სურათი 37. COVID-19-ის დიაგნოზით ჰოსპიტალიზაციით შემთხვევების განაწილება გამოსავლის მიხედვით (n=500)



V. დასკვნა

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტი, რომელიც მოიცავს ცენტრის მიერ განხორციელებული ღონისძიებების ანალიზსა და აღწერილობით კვლევებს პირველი დადასტურებული შემთხვევიდან 800 პაციენტის და პირველი ჰოსპიტალიზებული და გაწერილი 500 პაციენტის ჩათვლით, წარმოადგენს საინტერესო ინფორმაციას ადგილობრივი და საერთაშორისო პარტნიორებისთვის.

საქართველოს მიერ გატარებულმა ქმედითმა ღონისძიებებმა გარკვეულ წილად შეამცირა დაინფიცირების შემთხვევების მზარდი რაოდენობა. მიუხედავად მიღწეული შედეგისა, ქვეყანაში ეპიდემიის მართვის მნიშვნელოვან მიმართულებად რჩება პრევენციული / შემაკავებელი ღონისძიებების ინტენსიური განხორციელება, ტესტირების გაფართოება და კვლევის საშუალებით ინფიცირებულთა გამოვლენა და კონტაქტების მიდევნება / იზოლირება. არსებული მידგომა გაძლიერებული უნდა იყოს შემდგომში. დამატებით, სასურველია შეიქმნას გამოჯანმრთელებული პაციენტების პერიოდული მიდევნების სისტემა ამბოლატორიულ დონეზე, რათა შესწავლილ იქნას ამ ჯერ კიდევ უცნობი ინფექციის შესაძლო შორეული შედეგები.

VI. მადლიერება

დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი მადლიერებას გამოხატავს საქართველოს მთავრობის მიერ ჩამოყალიბებული საკოორდინაციო საბჭოს, ჯანდაცვის სამინისტროს და საკოორდინაციო საბჭოს შემადგენლობაში შემავალ ყველა სხვა უწყების მიმართ, რომლებიც მაქსიმალურად ხელს უწყობენ ცენტრს მიღებული რეკომენდაციების შესაბამისად შემუშავებული ღონისძიებების განხორციელებაში.

ცენტრი განსაკუთრებულ მადლობას გამოხატავს ყველა იმ საერთაშორისო და ადგილობრივი ორგანიზაციის მიმართ, რომლებიც ამ რთულ პერიოდში მხარში დაუდგა და რომელთა დახმარებითა და ხელშეწყობით აღნიშნული ქმედებები მაქსიმალურად ეფექტურად განხორციელდა. 40-ზე მეტმა ორგანიზაციამ აღმოუჩინა დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს ტექნიკური ან/და ფინანსური დახმარება, ცენტრის ოფიციალურ ფეისბუქ გვერდზე განთავსებულია ამ ორგანიზაციების სრული ჩამონათვალი და მადლიერების წერილი.

აბრევიატურები

მრდს	მწვავე რესპირაციული დისტრეს სინდრომი
შშმპ	შეზღუდული შესაძლებლობების მქონე პირი
ჯანმო	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
COVID-19	კორონავირუსული დაავადება - 19
CDC	დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის აშშ ცენტრები
CI	Confidence Interval
IHR	ჯანმრთელობის საერთაშორისო წესები
PCR	Polymerase Chain Reaction
SARS-CoV-2	მწვავე რესპირატორული სინდრომის კორონავირუსი-2 (ახალი კორონავირუსი)

COVID-19 საქართველო

16/06/2020



879

სულ დადასტურებული



0

ახალი შემთხვევა



724

გამოჯანმრთელებული



14

სიკვდილი



2 933

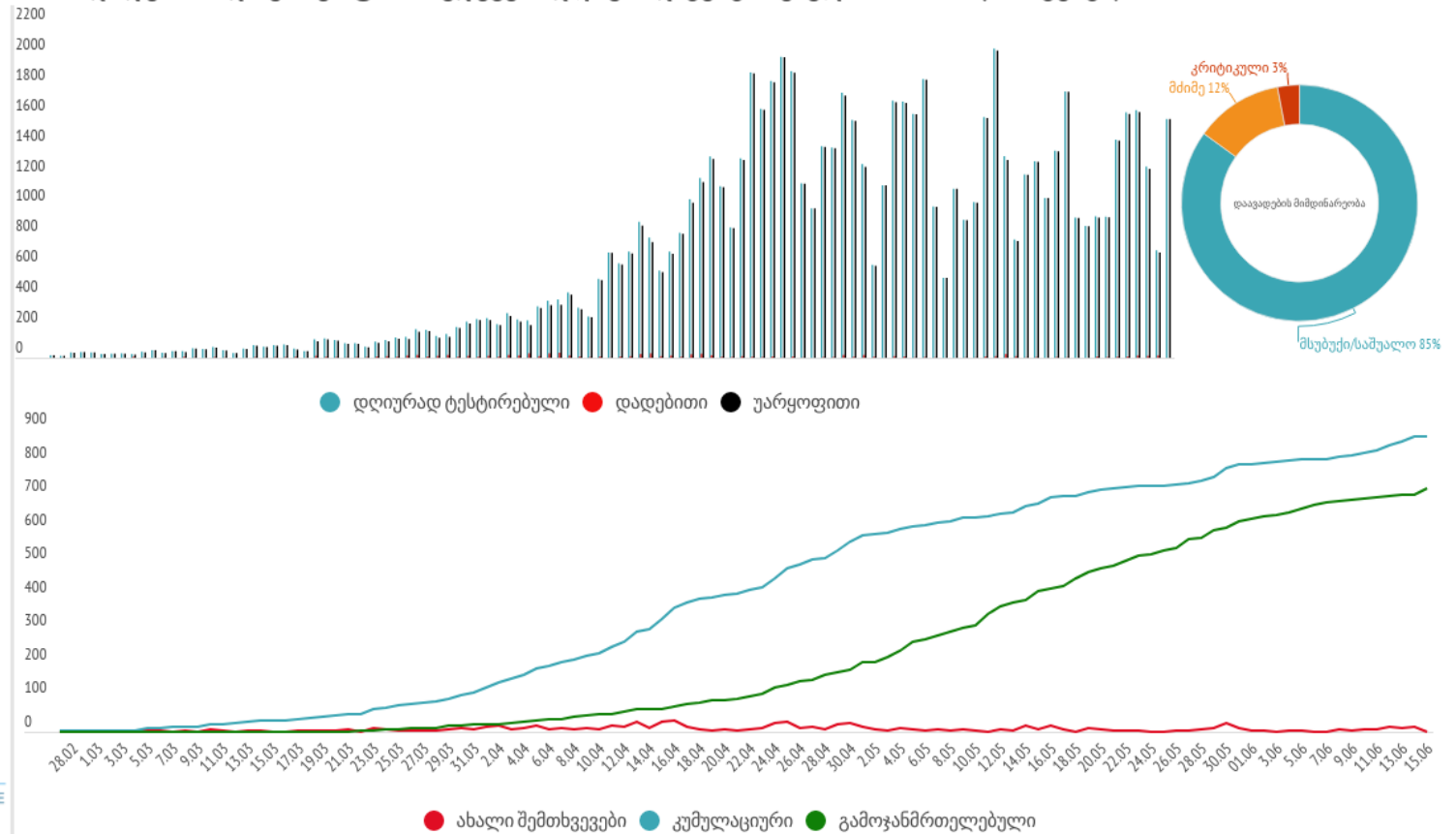
კარანტინში



დაავადებათა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი

GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE
CONTROL AND PUBLIC HEALTH

დადებითი და უარყოფითი შედეგები დღიურად ტესტირებულთა შორის (PCR ტესტი)



კორონავირუსის ეპიდსიტუაცია

სულ დადასტურებული



879



მათ შორის:



141

აქტიური შემთხვევა*



724 (82%)

გამოჯანმრთელებული



14

სიკვდილი



82 479

ჩატარებული ტესტების რაოდენობა



78 158

პირველად ტესტირებული (PCR ტესტი)



22 190

PCR ტესტირებულთა რაოდენობა მილიონ მოსახლეზე



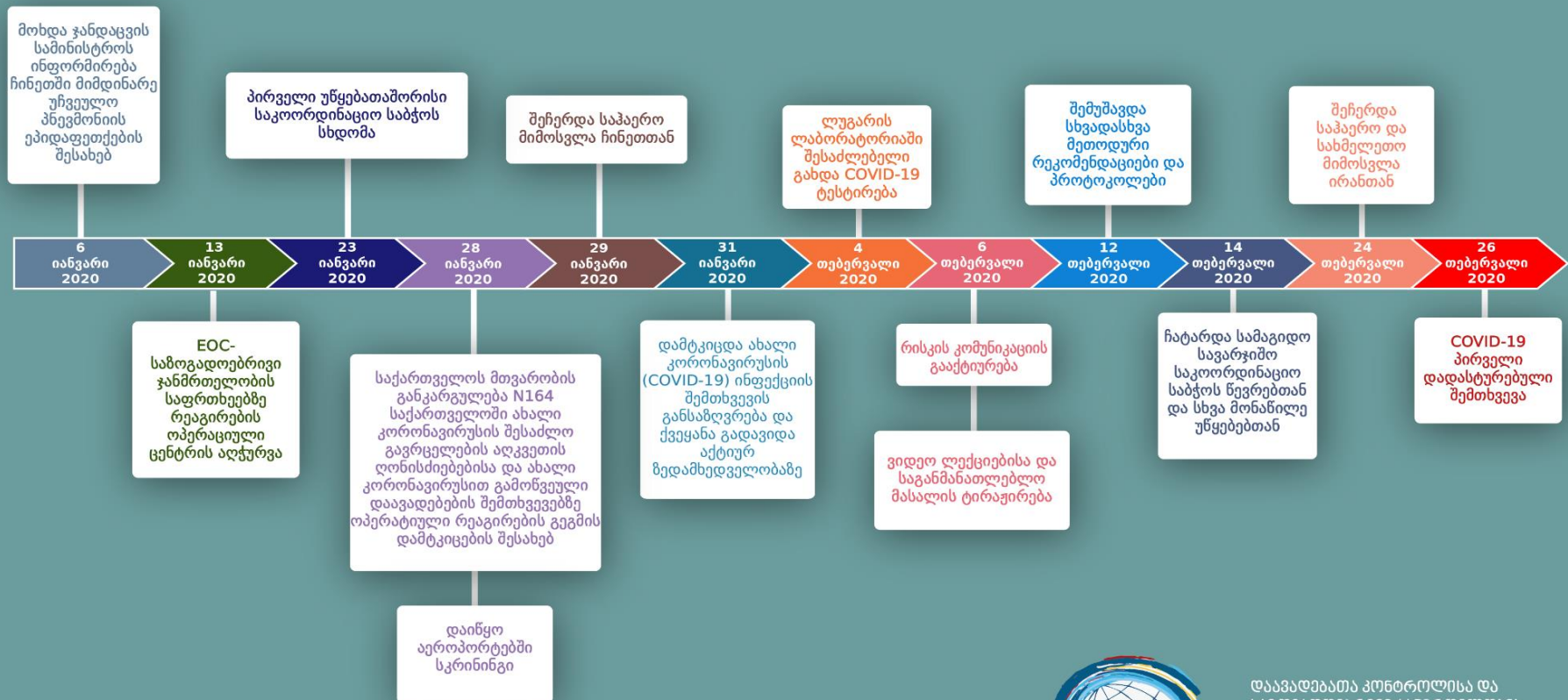
2 933

კარანტინში

*დადასტურებული შემთხვევები, რომლებიც ამ ეტაპზე გადიან მკურნალობას

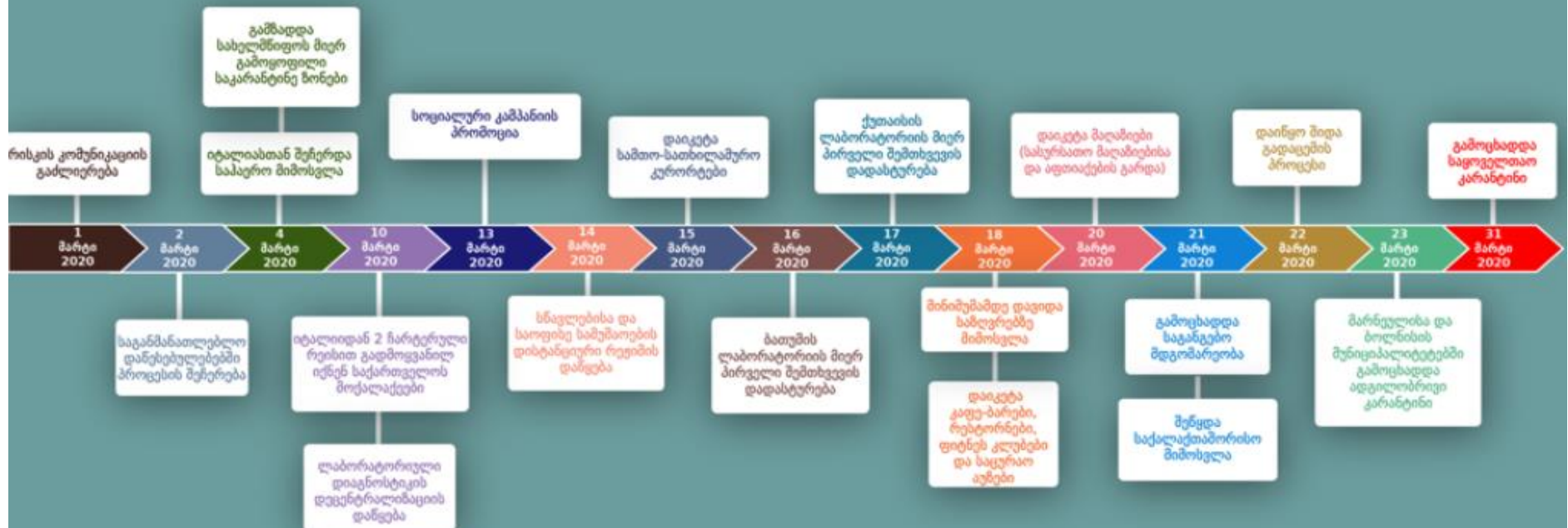
16.06.2020 09:00

საქართველოში ახალ კორონავირუსთან (COVID-19) დაკავშირებით განხორციელებული აქტივობები პირველ დადასტურებულ შემთხვევამდე



დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
 GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PUBLIC HEALTH

საქართველოში ახალ კორონავირუსთან (COVID-19) დაკავშირებით განხორციელებული აქტივობები პირველი დადასტურებული შემთხვევის შემდეგ



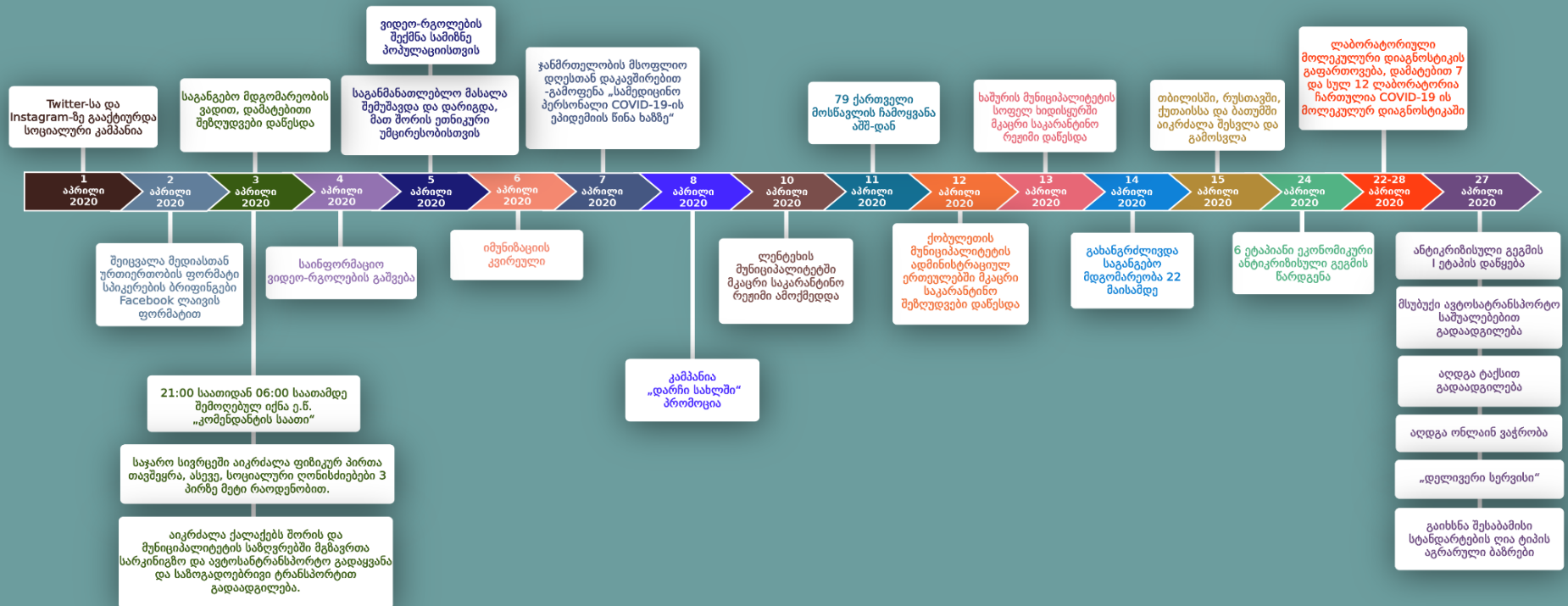
#დარჩისახლში



თავადგამა კონტროლისა და
საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
ეროვნული ცენტრი
GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE
CONTROL AND PUBLIC HEALTH

საქართველოში ახალ კორონავირუსთან (COVID-19) დაკავშირებით განხორციელებული აქტივობები პირველი დადასტურებული შემთხვევის შემდეგ

აპრილი 2020



#დარჩისახლში

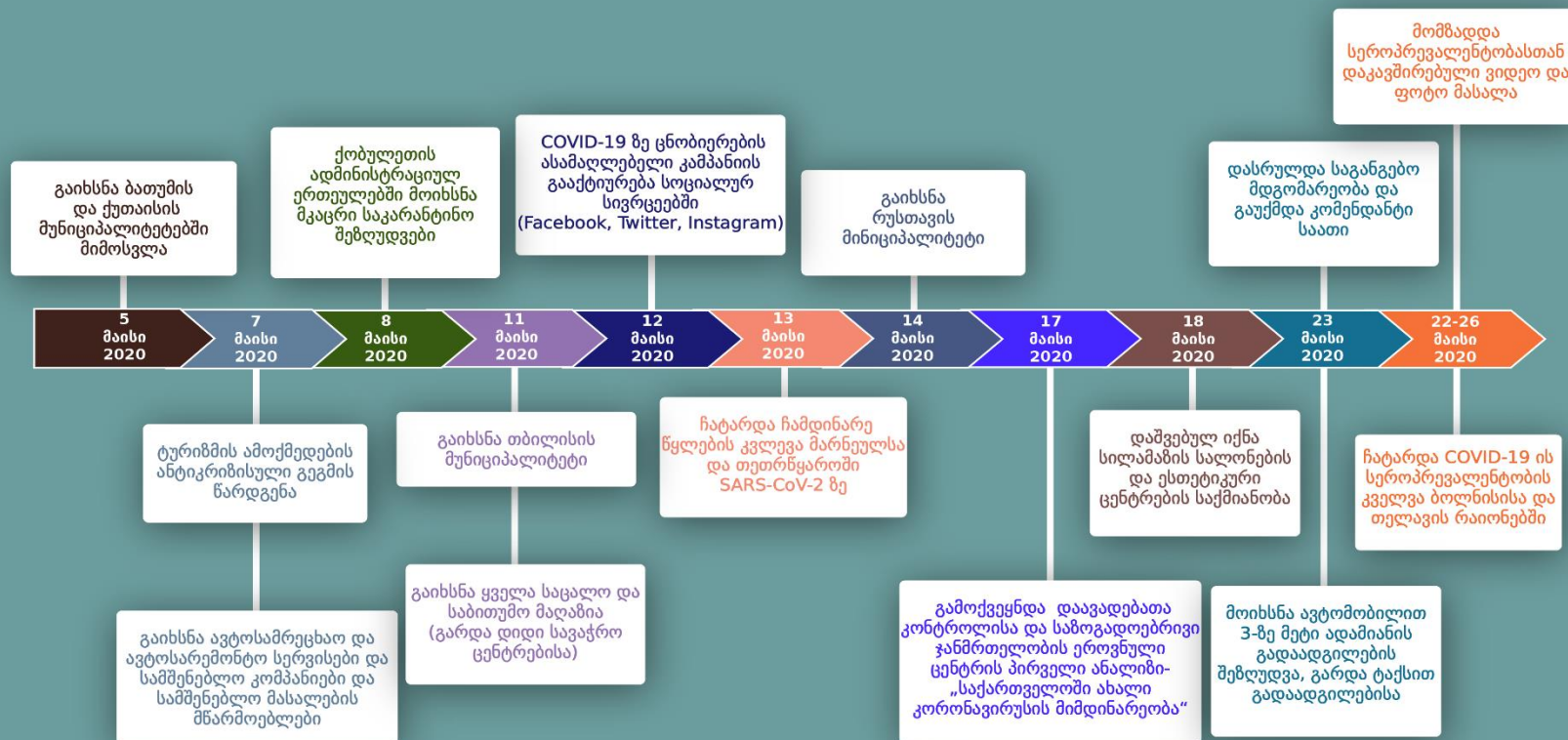
საქართველოს მთავრობის მიერ, ამ პერიოდში, რეგულარულად ხდება საქართველოს მოქალაქეების ჩამოყვანა საზღვარგარეთის ქვეყნებიდან და დადგენილი პროცედურებით მაქსიმალურად ხორციელდება COVID-19 ის შემოტანისა და გავრცელების პრევენცია



ლაგადაშობა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PUBLIC HEALTH

საქართველოში ახალ კორონავირუსთან (COVID-19) დაკავშირებით განხორციელებული აქტივობები პირველი დადასტურებული შემთხვევის შემდეგ

მაისი 2020



დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი
GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PUBLIC HEALTH



დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

✓ კახეთის გზატკეცილი, N99, თბილისი, 0198, საქართველო

☎ 116 001

🌐 www.ncdc.ge

✉ pr.ncdc@ncdc.ge

📘 www.facebook.com/ncdcgeorgia/

🐦 [@NCDCGeorgia](https://twitter.com/NCDCGeorgia)

📷 [ncdc_georgia](https://www.instagram.com/ncdc_georgia)