ტუბერკულოზის ინფექციური კონტროლი

სახელმძღვანელო

მომზადებულია ამერიკის საერთაშორისო განვითარების სააგენტოს ტუბერკულოზის პრევენციის პროექტის ფარგლებში საგრანტო პროგრამის (FY2014-G05-7003) ფარგლებში ჯანმრთელობის კვლევის კავშირის მიერ

შინაარსი

ტუბერკულოზის ინფექციური კონტროლი 4

1. შესავალი - ტუბერკულოზის შესახებ 4

2. ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია 4

2.1. გავრცელება მსოფლიოში 4

2.2. გავრცელება საქართველოში 7

2.3. ტუბერკულოზის გადაცემის გზები 8

2.4. მაღალი რისკის ჯგუფები 9

2.5. პაციენტის მახასიათებლები, რომლებიც ტბ გადაცემის რისკს ზრდის 12

2.6. გარემოს ფაქტორები, რომლებიც ტუბერკულოზის გადაცემის რისკს ზრდის 12

2.7. ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი სამედიცინო დაწესებულებებში 13

3. ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში 14

3.1. ინფექციური კონტროლის მიზანი 14

3.2. სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის საქართველოს კანონმდებლობა 14

3.3. ზოგადი პრინციპები 15

3.4. ინფექციური კონტროლის კომიტეტი 16

3.5. ინფექციური კონტროლის სამუშაო ჯგუფი 17

3.6. ინფექციური კონტროლის სახელმძღვანელო 17

3.7. ჯანდაცვის მუშაკების განათლება და ტრეინინგი 17

3.8. ინფექციური კონტროლის პრაქტიკული უზრუნველყოფა 18

4. სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლი 18

4.1. ეროვნული პოლიტიკა, კოორდინაცია და ორგანიზება 19

4.1.1. ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა 20

4.2. ტუბერკულოზის ინფექციის ადმინისტრაციული კონტროლი 21

4.2.1. ზოგადი პრინციპები 21

4.2.2. ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის მართვა სამედიცინო დაწესებულების დონეზე..... 23

4.2.3. სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის ტრანსმისიის რისკის შეფასება .. 27

4.2.4. ფუნქციური არეები და პროცედურები..... 28

4.2.5. ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე პაციენტების დროული გამოვლენა და ტრიაჟი..... 31

4.2.7. ხველის ეტიკეტი 34

4.2.8. სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტების დაყოვნების შემცირება 35

4.2.9. ჯანდაცვის მუშაკებში ტუბერკულოზის პრევენცია და მართვა 36

დანართი 1. ინფექციური კონტროლის პრაქტიკული უზრუნველყოფა 38

დანართი 2. რისკის შეფასების ფორმა 47

დანართი 3. სამედიცინო დაწესებულებებში ტბ ტრანსმისიის რისკის კლასიფიკაცია 48

დანართი 4. პაციენტებში ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენის კითხვარი 49

დანართი 5. ეჭვით ტუბერკულოზზე პაციენტების რეგისტრაციის ფორმა 1

ტუბერკულოზის ინფექციური კონტროლი

1. შესავალი - ტუბერკულოზის შესახებ

ტუბერკულოზი არის გადამდები დაავადება, რომელიც ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით (Mycobacterium tuberculosis) არის გამოწვეული. ტუბერკულოზი ჩვეულებრივ აზიანებს ფილტვებს (ფილტვის ტუბერკულოზი), თუმცა, უფრო იშვიათად, დაავადების სხვა ლოკალიზაციაც გვხვდება (ექსტრაპულმონალური ტუბერკულოზი). მკურნალობის გარეშე, ტუბერკულოზი შემთხვევათა დაახლოებით 70%-ში სიკვდილს იწვევს. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკის ყველაზე ხშირი მეთოდია ნახველის მიკროსკოპული გამოკვლევა (ბაქტერიოსკოპია), თუმცა უკანასკნელ წლებში სწრაფად განვითარდა ტუბერკულოზის კვლევის სწრაფი მოლეკულური მეთოდები, რომელიც სულ უფრო ხშირად გამოიყენება ტუბერკულოზის სენსიტიური და რეზისტენტული ფორმების სადიაგნოსტიკოდ. ტუბერკულოზის დიაგნოსტიკისათვის რეფერენს სტანდარტ მეთოდად ითვლება ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის კულტურალური კვლევა.

ტუბერკულოზის მკურნალობისათვის გამოიყენება პირველი და მეორე რიგის ანტიტუბერკულოზური მედიკამენტები. პირველი რიგის მედიკამენტები გამოიყენება წამლების მიმართ მგრძნობიარე ე.წ. სენსიტიური ტუბერკულოზის სამკურნალოდ და მკურნალობის სტანდარტული ხანგრძლივობაა 6 თვე. ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმების (რეზისტენტობა პირველი რიგის წამლების - იზონიაზიდისა და რიფამპიცინის მიმართ) სამკურნალოდ გამოიყენება ე.წ. მეორე რიგის ტუბსაწინააღმდეგო პრეპარატები და ჯანმოს მიერ რეკომენდირებული მკურნალობის ხანგრძლივობაა 20 თვე. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგოდ დღეს მხოლოდ ბცჟ ვაქცინა გამოიყენება ახალშობილებში მილიარულ ტუბერკულოზისა და მენინგიტის პრევენციის მიზნით, ხოლო ვაქცინა რომელიც ეფექტური იქნება მოზრდილებში ტუბერკულოზის პრევენციისათვის ჯერ-ჯერობით არ არსებობს.

2. ტუბერკულოზის ეპიდემიოლოგია

2.1. გავრცელება მსოფლიოში

ტუბერკულოზი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გლობალური ჯანმრთელობის პრობლემად არის აღიარებული. 2012 წელს დაფიქსირდა დაავადების 8,6 მილიონი ახალი შემთხვევა და ტუბერკულოზით 1,3 მილიონი ადამიანი გარდაიცვალა. ტუბერკულოზის ინციდენტობის შემცირება ათასწლეულის

განვითარების ერთ-ერთი მიზანია და უკანასკნელი ათწლეულის მანძილზე ხდება ახალი შემთხვევების შემცირება გლობალური მასშტაბით. 1990 წლიდან ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილიანობა 45 %-ით შემცირდა.[i]

მსოფლიოში ტუბერკულოზის ახალ შემთხვევათა 80% ტუბერკულოზის მაღალი ტვირთის მქონე 22 ქვეყანაზე მოდის, სადაც კვლავ მაღალია ტუბერკულოზის ინციდენტობის, პრევალენტობისა და სიკვდილობის მაჩვენებლები. განსაკუთრებით სერიოზულ პრობლემას წარმოადგენს მულტირესისტენტული ტუბერკულოზის დიაგნოსტირებისა და მკურნალობის მიზნების მიღწევა. მსოფლიოში, მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მაღალი ტვირთის მქონე ქვეყნებში, 2012 წელს შემთხვევების მხოლოდ 25 % იქნა გამოვლენილი.

2012 წელს გამოვლენილი 8,6 მილიონი შემთხვევიდან 1,2, მილიონი (13%) აივ ინფიცირებულია. ამ შემთხვევათა 75% აფრიკის რეგიონშია. მსოფლიოში 450,000 ადამიანი დაავადდა მულტირეზისტეტული ტუბერკულოზით და 170,000 გარდაიცვალა. ტუბერკულოზის შემთხვევების რაოდენობა განსაკუთრებით მაღალია სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში (29%), აფრიკასა (27%) და წყნარი ოკეანის დასავლეთ რეგიონში (19%).

ტუბერკულოზის მკურნალობის მხრივ მნიშვნელოვანი შედეგები იქნა მიღწეული - 2011 წელს წარმატებული მკურნალობა პაციენტთა 87%-ში იქნა მიღწეული. ტუბერკულოზის შეტყობინების მაჩვენებელი 66%-ს შეადგენს. თუმცა მნიშვნელოვანია, რომ წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებლები დაბალია ევროპის რეგიონში და 72%-ს შეადგენს.

ტუბერკულოზის გლობალური კონტროლის ერთ-ერთი უმნიშვნელოვანესი პრობლემაა დაავადების მულტირეზისტენტული (MDR-TB) და ექსტენსიურად რეზისტენტული (XDR-TB) ფორმების გავრცელება. საერთაშორისო კვლევებით დადგენილია რომ გლობალურად ახალი შემთხვევების 3,6% და ნამკურნალები შემთხვევების 20%-ში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზი აღინიშნება. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელების მხრივ განსაკუთრებით მაღალი ტვირთი აღინიშნება აღმოსავლეთ ევროპისა და ცენტალური აზიის ქვეყნებში სადაც, ზოგიერთ ქვეყანაში, მულტირეზისტენტული ფორმები გვხდევა ახალი შემთხვევების 20%სა და ნამკურნალები შემთხვევების 50%-ში. 2012 წელს მსოფლიოში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის 94, 000 შემთხვევა იქნა გამოვლენილი, მათ შორის 77, 000 (82%) ჩაერთო მკურნალობაში. მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევათა 9,6%-ში აღინიშნება

ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზი. გლობალურად, მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის მქონე პაციენტებში მკურნალობა წარმატებით დაასრულა მხოლოდ 48%-მა, რაც მიუთითებს შეწყვეტილი და წარუმატებელი მკურნალობის მაღალ მაჩვენებლებზე.

ტუბერკულოზი მნიშვნელოვან პრობლემას წარმოადგენს ევროპის რეგიონში. 2012 წელს 353,000 ახალი შემთხვევა დაფიქსირდა და ინციდენტობის მაჩვენებელი 39.4/100,000-ზე, ხოლო პრევალენტობის მაჩვენებელია 54.8/100,000 , 35,000 ტუბერკულოზით დაავადებული (აივ კოინფექციის გარეშე) ადამიანი გარდაიცვალა.[ii] ტუბერკულოზის შემთხვევების რაოდენობა 2-ჯერ მეტია მამაკაცებში, ვიდრე ქალებში.

2012 წლის მონაცემებით დაფიქსირდა ტბ და აივ კოინფექციის 13,141 შემთხვევა, რაც მიუთითებს, რომ აივ ინფექციის პრევალენტობა ახლად გამოვლენილ ტბ შემთხვევებში შეფასებებით 5.2%-ს შეადგენს. რუტინული სტატისტიკით აღნიშნული მაჩვენებელი უფრო მაღალია და 6,1%-ს შეადგენს. ამავე დროს ტბ და აივ კოინფექციის სიხშირე განსხვავდება ქვეყნების მიხედვით და უფრო მაღალია აივ ინფექციის მაღალი გავრცელების ქვეყნებში.

ევროპის რეგიონში ერთ-ერთი სერიოზული პრობლემაა ტუბერკულოზის მაღალი ინციდენტობა ციხეებში. ახალი შემთხვევების 7,2 % პენიტენტიურ სისტემაზე მოდის. აქაც მნიშვნელოვანი განსხვავებაა ევროკავშირის წევრ ქვეყნებსა და არაწევრ ქვეყნებს შორის, სადაც ეს მაჩვენებლები შესაბამისად 1,9% და 8,5%-ს შეადგენს. ზოგადად ჯანმოს ევროპის რეგიონის მონაცემებით ტუბერკულოზის გამოვლენის რისკი ციხეებში 26-ჯერ აღემატება ზოგად მოსახლეობაში გამოვლენის ალბათობას.

ევროპის რეგიონის ერთ-ერთი უმწვავესი პრობლემაა მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის გავრცელება. 2012 წელს ევროპის რეგიონში მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის 33,373 ახალი შემთხვევა იქნა გამოვლენილი, რაც მულტირეზისტენტულ პაციენტთა საერთო რაოდენობის (76,400) 43,7%-ია. 2012 წელს გამოვლენილ შემთხვევათა შორის მულტირეზისტენტული ფორმების პრევალენტობა შეადგენს 15% ახალ შემთხვევებში და 43,7% ნამკურნალებ შემთხვევებში.

მიუხედავად იმისა, რომ მნიშვნელოვანი პროგრესი იქნა მიღწეული პაციენტების მკურნალობაში ჩართვის თვალსაზრისით, სერიოზული პრობლემები არსებობს წარმატებული მკურნალობის მიღწევის მხრივ, როგორც ახლად

გამოვლენილ შემთხვევებში, ისე ნამკურნალებ პაციენტებში და შესაბამისად, 66,1% და 46,5%-ა. წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი მულტირეზისტენტული ტბ მქონე პაციენტებში 49%-ს შეადგენს.

ზოგადად, ევროპის რეგიონში ტუბერკულოზის ტვირთის დიდი ნაწილი ჯანმოს ევროპის რეგიონის ე.წ. „მაღალი პრიორიტეტის ქვეყნებზე“ მოდის (საერთო ინციდენტობის 84%, პრევალენტობის 85% სიკვდილობის 91%, აივ და ტბ კოინფექციის 90% და მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის 99%).

2.2. გავრცელება საქართველოში

საქართველოში ტუბერკულოზი საზოგადოებრივი ჯანრმთელობის ერთ-ერთ მთავარ პრობლემას წარმოადგენს. მიუხედავად იმისა, რომ უკანასკნელ ათწლეულში მნიშვნელოვანი პროგრესი იქნა მიღწეული ტუბერკულოზის ინციდენტობისა და სიკვდილობის შემცირების მიმართულებით, საქართველო კვლავ მიეკუთვნება ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკაციით რეზისტენტული ტუბერკულოზის „მაღალი ტვირთის“ კატეგორიის ქვეყნებს, ხოლო ჯანმოს ევროპის რეგიონისათვის ერთ-ერთი „მაღალი პრიორიტეტის“ ქვეყანაა. 2012 წელს ქვეყანაში რეგისტრირებულია ტუბერკულოზის 4973 შემთხვევა, მათ შორის 76%-ში (3778) გამოვლინდა ტუბერკულოზის „ახალი შემთხვევა“, ხოლო 24%-ში ‘წარსულში ნამკურნალები შემთხვევა. ახალი შემთხვევების 75% ფილტვის ტუბერკულოზზე მოდის. ტუბერკულოზის ინციდენტობის მაჩვენებელი, ჯანმოს შეფასებით, შეადგენს 116/100,000 მოსახლეზე, ხოლო პრევალენტობა 158/100,0000ზე. ტუბერკულოზით გამოწვეული სიკვდილობის მაჩვენებელი 4,5/100,000 მოსახლეზე.

ფილტვის ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევების 73,7% რეგისტრირებულია მამაკაცებში და ინციდენტობის მაჩვენებელი 3.1-ჯერ აღემატება იგივე მაჩვენებელს ქალებში.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ჯანმოს შეფასებით საქართველოში 2012 წელს სავარაუდო ახალი შემთხვევების რაოდენობა 5000-ს შეადგენს მაშინ, როდესაც მხოლოდ 3778 შემთხვევა, ანუ სავარაუდო შემთხვევების 76%, იქნა გამოვლენილი. აღნიშნული მიუთითებს, რომ სავარაუდო შემთხვევების 24% რჩება გამოვლენის გარეშე, რაც საყურადღებო მაჩვენებელია. ანალოგიური გათვლებით 2011 წელს გამოვლინდა შემთხვევათა 78%, რაც შეიძლება უარყოფით ტენდენციაზე მიუთითებდეს.[iii]

განსაკუთრებით დიდ პრობლემას საქართველოში ტუბერკულოზის მულტირეზისტენტული ფორმების მაღალი გავრცელება წარმოადგენს. ფილტვის ტუბერკულოზის ახალ შემთხვევებში მულტირეზისტენტული ფორმები 9%-ს შეადგენს, ხოლო ნამკურნალებ შემთხვევებში - 31%-ს (ეპიდზედამხედველობის ეროვნული ბაზა, 2012). მულტირეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევების 10%-ში ექსტენსიურად რეზისტენტული ფორმები გვხვდება. განსაკუთრებით მწვავე პრობლემას წარმოადგენს რეზისტენტულ პაციენტებში მკურნალობის შეწყვეტის მაღალი მაჩვენებელი, რაც 27%-ს შეადგენს (2012 წ.). სამიზნე მაჩვენებლის მიმართ (>85% -ზე) დაბალია აგრეთვე წარმატებული მკურნალობის მაჩვენებელი ფილტვის ტუბერკულოზის ახალ შემთხვევებში და 76%-ს შეადგენს.

საქართველოში ტუბერკულოზის გავრცელების მხრივ უმნიშვნელოვანესია ტუბერკულოზის გავრცელების მაჩვენებლები ციხეებში. 2012 წლის მონაცემებით საქართველო ჯანმოს ევროპის რეგიონის ქვეყნებს შორის პირველ ადგილზე იყო ციხეებში ტუბერკულოზის ინციდენტობის მაჩვენებლით 3301/100,000-ზე შეადგენს,ii რაც აბსოლუტურ ციფრებში 796 შემთხვევას შეადგენს. შესაბამისად, 2012 წელს ქვეყანაში ახლად რეგისტრირებულ შემთხვევათა 21% სასჯელაღსრულების სისტემაში იქნა გამოვლენილი. 2013 წელს პატიმართა რაოდენობის მკვეთრად შემცირებისა და გატარებული ღონისძიებების შედეგად შემთხვევების რაოდენობა შემცირდა 208-მდე და შესაბამისად, დაახლოებით ორჯერ შემცირდა ინციდენტობის მაჩვენებელი. მიუხედავად ამისა, ტუბერკულოზი სასჯელაღსრულების სისტემის სიკვდილობის სტრუქტურაში მე-4 მთავარ მიზეზს წარმოადგენს.

მიუხედავად წარმოდგენილი მწვავე პრობლემებისა, უკანასკნელ წლებში საქართველომ მნიშვნელოვან პროგრესს მიაღწია ტუბერკულოზთან ბრძოლის მიმართულებით. 2000 წლიდან მოყოლებული ტუბერკულოზის ახალი შემთხვევები, გავრცელება და სიკვდილობა სტაბილურად მცირდება, თუმცა მულტირეზისტენტული ფორმების გავრცელება გავლენას ახდენს პროგრესის ტემპზე. შესაბამისად, მნიშვნელოვანია ჯანდაცვის სისტემის სხვადასხვა რგოლის ძალისხმევა ტუბერკულოზის კონტროლის ეფექტური განხორციელებისათვის.

2.3. ტუბერკულოზის გადაცემის გზები

ტუბერკულოზის მიკობაქტერია გადაეცემა ინფექციური ნაწილაკების შემცველი ჰაერის გზით, რომლებიც წარმოიქნება, ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტის ხველების, ცემინების, ყვირილის ან სიმღერის დროს. ნაწილაკების ზომა 1-5 μm. ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის შემცველი ნაწილაკები

ჩვეულებრივ ჰაერში საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის განმავლობაში რჩება და შესაბამისად, შეიძლება მოხდეს მათი გავრცელება ოთახში ან შენობაში. ტუბერკულოზის მიკობაქტერია ჩვეულებრივ გადაეცემა ჰაერით ან დაბიძურებულ ზედაპირთან კონტაქტის გზით. ინფექციური პროცესი ვითარდება, როდესაც ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის შემცველი ჰაერის ინფექციური ნაწილაკი ადამიანის პირის ღრუს ან ცხვირის გზით ხვდება რესპირატორულ ტრაქტში, ბრონქებში და აღწევს ალვეოლებს. ალვეოლებში განვითარებული ადგილობრივი ინფექციური პროცესი შემდეგ ლიმფისა და ჰემატოგენური გზით ვრცელდება.

ჩვეულებრივ, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით ინფიცირებიდან 2-12 კვირის განმავლობაში, ორგანიზმის იმუნური რეაქციის შედეგად, ტუბერკულოზის მიკობაქტერიის შემდგომი გამრავლება არ ხდება. თუმცა არსებობს შემთხვევები, როდესაც ტბ მიკობაქტერია ორგანიზმში მრავალი წლის განმავლობაში რჩება. ასეთ შემთხვევებს ტუბერკულოზის ლატენტურ ინფექციას ანუ ლატენტურ ტუბერკულოზს უწოდებენ. ლატენტური ტუბერკულოზის მქონე ადამიანი არის უსიმპტომო და არაგადამდები. ლატენტური ტუბერკულოზის გამოვლენა შესაძლებელია სხვადასხვა იმუნოსინჯით, მათ შორის ტბ კანის ტესტის, მანტუს სინჯის მეშვეობით.

ჩვეულებრივ, ლატენტური ტუბერკულოზის მქონე პირების 5-10%-ს, მკურნალობის გარეშე, ცხოვრების მანძილზე აქტიური ტუბერკულოზი უვითარდებათ. აქტიური ტუბერკულოზის განვითარების რისკი განსაკუთრებით მაღალია ინფიცირებიდან პირველი რამდენიმე წლის განმავლობაში.

2.4. მაღალი რისკის ჯგუფები

სამწუხაროდ ზუსტად არ არის დადგენილი რა რისკ ფაქტორები განსაზღვრავს დაავადების განვითარების რისკს ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით ექსპოზირების შემთხვევაში. ინფიცირების რისკი მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ჰაერში ინფექციური წვეთების კონცენტრაციასა და ტუბერკულოზის დაავადებულ პაციენტთან კონტაქტის ხანგძლივოვაზე. რაც უფრო ახლოს იმყოფება ადამიანი ინფიცირებულთან და რაც დიდია ექსპოზიციის ხანრგძლივობა, მით მეტია ინფიცირების რისკი.

ტუბერკულოზის მართვის ეროვნული გაიდლაინის შესაბამისად:

ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევა - ნებისმიერი პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება ტუბერკულოზისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები. ფილტვის ტუბერკულოზის ყველაზე გავრცელებული სიმპტომია პროდუქტიული ხველა 2 კვირაზე მეტი დროის განმავლობაში, რომელსაც შეიძლება ახლდეს სხვა რესპირატორული სიმპტომებიც: სისხლიანი ხველა, ქოშინი, ტკივილი გულმკერდის არეში, და/ან ზოგად-კლინიკური სიმპტომები (მაგ. ტემპერატურის მატება, მადის დაქვეითება, წონაში კლება, ღამის 12 ოფლიანობა, ადვილად დაღლა).

ფილტვგარეშე ტუბერკულოზი ხშირად ვლინდება ლოკალური დაზიანების სიმპტომებით, რომელიც შეესაბამება დაზიანებულ ორგანოს (მაგ. ლიმფური კვანძების გადიდება - ლიმფური კვანძების ტუბერკულოზური დაზიანების დროს, სახსრების შეშუპება და ტკივილი საყრდენ მამოძრავებელი სისტემის სპეციფიკური დაზიანებისას და ა .შ) და /ან ზოგადი კლინიკური სიმპტომებით.

ტუბერკულოზის შემთხვევას - მიეკუთვნება ტუბერკულოზის დადასტურებული შემთხვევა, ან შემთხვევა, როდესაც შესაფერისი კვალიფიკაციის სპეციალისტი სვამს ტუბერკულოზის დიაგნოზს და იღებს გადაწყვეტილებას სრული ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის დანიშვნის თაობაზე.

ახლო კონტაქტებს მიეკუთვნებიან პირები, რომლებიც ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთან იზიარებენ საცხოვრებელს ან სხვა დახურულ სივრცეს ხანრგძლივი პერიოდის განმავლობაში, როგორიცაა დღეები, კვირები (და არა წუთები და საათები). ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტად ითვლება პირი, რომლის შემთხვევაშიც განიხილება ტუბერკულოზის დიაგნოზის შესაძლებობა დამოუკიდებლად იმისგან დაიწყო თუ არა მან მკურნალობა.

გარდა ახლო კონტაქტებისა ტუბერკულოზით ინფიცირების მაღალი რისკის ჯგუფებს მიეკუთვნებიან გარკვეული კატეგორიის ჯგუფები.

ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევის გამოკვლევისა და ტბ დიაგნოსტიკის ეროვნული პროტოკოლის შესაბამისად ტუბერკულოზზე რისკი მაღალია შემდეგ ჯგუფებში:

- მგბ (+) ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთან მჭიდრო კონტაქტში მყოფი პირები
- აივ ინფიცირებულები და შიდსით დაავადებულები
- იმუნოსუპრესიულ მდგომარეობაში მყოფი პირები
- ნარკოტიკული საშუალებების, თამბაქოსა და ალკოჰოლის მომხმარებლები

- შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული პაციენტები
- კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულით დაავადებული პაციენტები
- პაციენტები ფსიქიკური პრობლემებით
- სხივურ თერაპიაზე, სტეროიდულ, ციტოსტატიკურ მკურნალობაზე მყოფი პაციენტები
- პირები წონის დეფიციტით
- პაციენტები ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შემდგომ
- ჰემოდიალიზზე მყოფი პაციენტები
- წარსულში ტუბერკულოზით დაავადებული პირები
- სოციალურად დაუცველი ადამიანები
- იძულებით გადაადგილებული პირები
- კომპაქტურად დასახლებულ ადგილებში მცხოვრები პირები (მოხუცებულთა თავშესაფარი, საერთო საცხოვრებელი და ა.შ.)
- უსახლკაროები
- მიგრანტები
- სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მყოფი პირები
- ტუბდაწესებულების პერსონალი

აივ ინფიცირება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორია აქტიური ტუბერკულოზის განვითარებისათვის და შესაბამისად, აივ ინფექციაზე ნებაყოფლობითი კონსულტირება და ტესტირება უნდა ჩაუტარდეს ლატენტური ტუბერკულოზის მქონე ყველა პაციენტს. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ტუბერკულოზის პრევენცია სამედიცინო დაწესებულებებში, სადაც აივ ინფიცირებული პაციენტები იმყოფებიან. შესაბამისად, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სამედიცინო მუშაკების ინფორმირება აივ ინფიცირებულ პაციენტებში ლატენტური ტუბერკულოზის აქტიურ ტუბერკულოზად განვითარების რისკის შესახებ.

ბცჟ ვაქცინა მოზრდილ ადამიანებში პრევენციის მიზნით არ გამოიყენება, თუმცა, ბცჟ ვაქცინცია ჩართულია იმუნიზაციის ეროვნულ კალენდარში ბავშვებში მენინგიტისა და მილიარული ტუბერკულოზის პრევენციისათვის.

განსაკუთრებით საყურადღებოა, რომ გავითვალისწინოთ ზემოთ მოყვანილი რისკის ჯგუფები ტუბერკულოზით დაავადებულთა კონტაქტების კვლევისას, ვინაიდან რომელიმე ზემოთ მოყვანილი დაავადების არსებობისას, აქტიური ტუბერკულოზის განვითარების რისკი მნიშვნელოვნად იზრდება და აუცილებელია ასეთი კონტაქტის გამოკვლევა აქტიურ ტუბერკულოზზე.

2.5. პაციენტის მახასიათებლები, რომლებიც ტბ გადაცემის რისკს ზრდის

ქვემოთ მოყვანილია ტბ პაციენტის მახასიათებლები, რომლებიც ზრდის ტბ გადაცემის რისკს:

- ხველა
- გულმკერდის რენტგენოგრამაზე ფილტვის კავერნის არსებობა
- მჟავაგამძლე ბაქტერიაზე ნახველის გამოკვლევის დადებითი პასუხი
- რესპირატორული ტრაქტის დაავადება, რომელიც ხორხს აზიანებს (ინფიცირების მაღალი რისკი)
- რესპირატორული ტრაქტის დაავადება ფილტვისა და პლევრის დაზიანებით (მხოლოდ პლევრის დაზიანების შემთხვევაში პაციენტი ნაკლებად კონტაგიოზურია);
- პაციენტის მიერ ხველისა და ცხვირის ეტიკეტის არ დაცვა (არ იფარებს პირსა და ცხვირს ხველის დროს)
- არასათანადო ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა - არანამკურნალები, შეწყვეტილი მკურნალობა
- ხველისა და ჰაერში გავრცელების მაპროვოცირებელი პროცედურები (მაგ. ბრონქოსკოპია, ხველის პროვოცირება, აეროზოლის ფორმით არსებული მედიკამენტების ადმინისტრირება).

2.6. გარემოს ფაქტორები, რომლებიც ტუბერკულოზის გადაცემის რისკს ზრდის

ტუბერკულოზის მიკობაქტერიით დაინფიცირების რისკი აგრეთვე დამოკიდებულია გარკვეულ გარემო ფაქტორებზე. კერძოდ, გადაცემის რისკი იზრდება შემდეგ შემთხვევებში:

- ტუბერკულოზის მიმართ ექსპოზიცია მცირე, დახურულ სივრცეებში
- არასაკმარისი ადგილობრივი ან ზოგადი ვენტილაცია, რის გამოც ხდება ინფიცირებული ჰაერის ნაწილაკი ჰაერში რჩება
- ინფექციური ნაწილაკის შემცველი ჰაერის რეცირკულირება
- სამედიცინო აღჭურვილობის არაადეკვატური გასუფთავება და დეზინფექცია

- ნახველის ნიმუშთან მუშაობის არასწორი პროცედურები

2.7. ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი სამედიცინო დაწესებულებებში

ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი საკმაოდ მაღალია სამედიცინო დაწესებულებებში, განსაკუთრებით საქართველოში, რომელიც ტუბერკულოზის გავრცელების მხრივ მაღალი რისკის ქვეყნებს მიეკუთვნება. რისკის ხარისხი სხვადასხვაგვარია და დამოკიდებულია კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულების მოწყობაზე, სამედიცინო საქმიანობის ტიპებზე, ტუბერკულოზის გავრცელებაზე კონკრეტულ გეოგრაფიულ რეგიონში, პაციენტთა ტიპებსა და ტუბერკულოზის ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების ეფექტურობაზე. ნოზოკომიური გზით ტუბერკულოზის გადაცემა უკავშირდება ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთან მჭიდრო კონტაქტს აეროზოლის ნაკადის წარმომქმნელი პროცედურების დროს, როგორიცაა ბრონქოსკოპია, ენდოტრაქეული ინტუპაცია, სანაცია (sanctioning), რესპირატორულ ტრაქტთან დაკავშირებული სხვა პროცედურები, ღია აბსცესის ირიგაცია, აუტოფსია, ნახველის ინდუქცია (პროვოცირება) და ამოსახველებელი აეროზოლების მოხმარება.

ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობს ტუბერკულოზის ნოზოკომიურ ტრანსმისიას რამდენიმეა, მათ შორის ტუბერკულოზის დაგვიანებული დიაგნოსტიკა, ჰაერის გზით გადაცემის პრევენციის არაადეკვატური ღონისძიებები, რესპირატორული დაცვის არასაკმარისი საშუალებები. სხვადასხვა კვლევებით დადგენილია, რომ ნოზოკომიური ტრანსმისიის შემცირების ერთადერთი გზა ინფექციური კონტროლის მკაცრი და ეფექტური ზომების გატარებაა.

შემდეგი ღონისძიებები მნიშვნელოვნად ამცირებს ტუბერკულოზის გადაცემის ალბათობას სტაციონარულ პირობებში:

a) ტბ ინფიცირებული პირის მიმღებ ან გადაუდებელ განყოფილებაში გატარებული დროის შემცირება;
b) საწყის ეტაპზე ხველის მქონე პაციენტების განთავსება სპეციალურ საიზოლაციო ოთახში;
c) ანტიტუბერკულოზური მკურნალობის დროული დაწყება;
d) რესპირატორული დაცვის საშუალებებისა და გარემოს კონტროლის ღონისძიებების აქტიური დაცვა.

შესაბამისად, ტუბერკულოზის ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების ეფექტური გატარება მნიშვნელოვნად ამცირებს სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის ნოზოკომიური გზით გავრცელების რისკს. მნიშვნელოვანია, რომ ამ

ღონისძიებების განხორციელება აუცილებელია როგორც სტაციონარულ, ისე ამბულატორულ დაწესებულებებში, აგრეთვე პენიტენციურ სისტემაში.

3. ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში

3.1. ინფექციური კონტროლის მიზანი

ინფექციური კონტროლის მიზანია პაციენტების, მნახველების, ჯანდაცვის მუშაკების და სამედიცინო დაწესებულებაში მყოფი სხვა პირების დაცვა, რაც სამედიცინო დაწესებულების პირდაპირი პასუხისმგებლობაა. ეფექტური ინფექციური კონტროლი მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს სამედიცინო დაწესებულების მიერ მიწოდებული სერვისის ხარისხს.

3.2. სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის საქართველოს კანონმდებლობა

სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის საკითხებო რეგულირდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 14 აპრილის N148/ო ბრძანებით დამტკიცებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული გაიდლაინის „ინფექციური კონტროლი სამედიცინო დაწესებულებებში“ შესაბამისად. გაიდლაინით გათვალისწინებულია რეკომენდაციები მრავალპროფილიანი კლინიკებისათვის განსაკუთრებული აქცენტით ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ინფექციური კონტროლის საკითხებზე, აგრეთვე განსაზღვრულის სპეციალური ეპიდსაწინააღმდეგო ზომები ინფექციური კლინიკებისა და განყოფილებებისათვის. გაიდლაინით აგრეთვე გათვალისწინებულია იზოლაციურ-შემზღუდველი ღონისძიებები, რომელიც მიმართული უნდა იყოს ინფექციის წყაროს, გადაცემის გზების და მექანიზმების საწინააღმდეგოდ. აღნიშნული ღონისძებებია: პაციენტის განთავსების განსაკუთრებული მოთხოვნები; ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენება; სამედიცინო პერსონალის ხელის ჰიგიენა; პაციენტების გადაადგილების და ტრანსპორტირების განსაკუთრებული მოთხოვნები; პაციენტების მოვლის საგნების მოხმარებისა და დამუშავების განსაკუთრებული მოთხოვნები; მიმდინარე და დასკვნითი დეზინფექციის ღონისძიებები; საორგანიზაციო მოთხოვნები.

ტუბერკულოზის ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების დასაგეგმად აგრეთვე მნიშვნელოვანია 2010 წლის 22 ნოემბერს საქართველოს მთავრობის N359 დადგენილებით დამტკიცებული „მაღალი რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობის ტექნიკური რეგლამენტი“. ამ რეგლამენტით განსაზღვრულია მაღალი

რისკის შემცველი სამედიცინო საქმიანობისადმი მინიმალური მოთხოვნებს სამედიცინო აპარატურის, ხელსაწყოების, ჰიგიენური პირობებისა და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარმოებასთან დაკავშირებით. რეგლამენტი აგრეთვე განსაზღვრავს მაღალი რისკის შემცველ საქმიანობას, რომელთა შორისაა ფთიზიატრია.

3.3. ზოგადი პრინციპები

სამედიცინო დაწესებულებებში ინფექციური კონტროლის ძირითადი კომპონენტებია:

- ინფექციური კონტროლის ძირითადი ღონისძიებები (სტანდარტული და დამატებითი უსაფრთხოების ზომები)
- სამედიცინო პერსონალის განათლება და ტრეინინგი
- სამედიცინო პერსონალის დაცვა სხვადასხვა ინფექციებისგან (მაგ. იმუნიზაცია)
- ინფიცირების საფრთხის იდენტიფიცირება და რისკის მინიმუმამდე დაყვანა
- ინფექციური კონტროლის რუტინული პრაქტიკა, როგორიცაა ასეპტიკა, ერთჯერადი ხელსაწყოების გამოყენება, სამედიცინო ინსტრუმენტების სტერილიზაცია, ანტი-მიკრობული პრეპარატების გამოყენება, სისხლისა და სხვა ქსოვილოვანი სითხეების ექსპოზირებისგან თავის დაცვა, სისხლისა და მისი პროდუქტების შენახვა და მოხმარება, სამედიცინო ნარჩენების უტილიზაცია, დაწესებულების ნარჩენების მენეჯმენტი, დამხმარე სერვისები (მაგ. კვება, სამრეცხაო), თერაპიული მოწყობილობების გამოყენება
- ზედამხედველობა
- შემთხვევების მონიტორინგი
- ეპიდაფეთქების კვლევა
- ინფექციური კონტროლი კონკრეტულ სიტუაციებში
- სამეცნიერო კვლევები

სამედიცინო დაწესებულებამ ინფექციური კონტროლის ძირითადი ღონისძიებების გატარების გარდა უნდა განსაზღვროს საკუთარი პრიორიტეტები და შესაბამისად დაგეგმოს ინფექციური კონტროლის პროგრამა. სამედიცინო დაწესებულების მენეჯერი/დირექტორი, სხვა ფუნქციებთან ერთად, პასუხისმგებელია დაწესებულების ინფექციურ კონტროლზე და მის ვალდებულებაში შედის:

- ინფექციური კონტროლის კომიტეტის ჩამოყალიბება და დამტკიცება, რომელიც თავის მრივ შექმნის ინფექციური კონტროლის სამუშაო ჯგუფს
- ინფექციური კონტროლის პროგრამის უზრუნველყოფა საჭირო რესურსებით

3.4. ინფექციური კონტროლის კომიტეტი

ინფექციური კონტროლის კომიტეტი იძლევა მულტიდისციპლინარული თანამშრომლობის და ინფორმაციის გაცვლის საშუალებას. კომიტეტის შემადგენლობაში უნდა შედიოდნენ სხვადასხვა განყოფილებების და სამსახურების, როგორიცაა მენეჯმენტის, კლინიკური განყოფილების, მიკრობიოლოგიური ლაბორატორიის, აფთიაქის, სასტერილიზაციო და სამეურნეო განყოფილებების წარმომადგენლები. კომიტეტმა უნდა აირჩიოს თავმჯდომარე, რომელსაც პირდაპირი კავშირი უნდა ჰქონდეს დაწესებულების ადმინისტრაციის ხელმძღვანელთან. კომიტეტმა უნდა დანიშნოს მდივანი (ჯანდაცვის მუშაკი, რომელსაც გავლილი ექნება შესაბამისი ტრეინინგი ინფექციური კონტროლის საკითხებზე: მაგ. ექიმი, მიკრობიოლოგი ან ექთანი), რომელიც იქნება ინფექციურ კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი. ინფექციური კონტროლის კომიტეტი უნდა იკრიბებოდეს რეგულარულად (ყოველთვიურად ან წელიწადში ოთხჯერ მაინც). კომიტეტმა უნდა შეიმუშავოს ინფექციური კონტროლის საკუთარი სახელმძღვანელო, ასევე უნდა აწარმოოს მიმდინარე ინფექციური კონტროლის პროგრამის რეგულარული მონიტორინგი და შეფასება. ინფექციური კონტროლის კომიტეტის პასუხისმგებლობაში შედის ინფექციების პრევენციისა და კონტროლის წესების შემუშავება და ინფექციური კონტროლის პროგრამის იმპლემენტაციის ხელშეწყობა.

კომიტეტის მოვალეობებში შედის:

- ინფექციური კონტროლის პროგრამის განხილვა და დამტკიცება ყოველწლიურად
- ზედამხედველობის მონაცემების განხილვა და ინტერვენციის საჭიროების დადგენა
- არსებული პრაქტიკის შეფასება და გაუმჯობესება სამედიცინო დაწესებულების ყველა დონეზე
- ტრეინინგების ორგანიზება შესაბამისი პერსონალისთვის ინფექციური კონტროლის და უსაფრთხოების მენეჯმენტის საკითხებზე
- პერსონალის უზრუნველყოფა უსაფრთხოების დაცვის საშუალებებით, როგორიცაა პერსონალური დამცავი მოწყობილობები

ინფექციური კონტროლის პროგრამა იქნება ეფექტური თუ ის მოიცავს ზედამხედველობის, პრევენციული ღონისძიებებისა და ტრეინინგის კომპონენტებს.

3.5. ინფექციური კონტროლის სამუშაო ჯგუფი

ინფექციური კონტროლის სამუშაო ჯგუფი პასუხისმგებელია ინფექციური კონტროლის პროგრამის ყოველდღიურ აქტივობებზე. სამუშაო ჯგუფის სტრუქტურა დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულების ტიპზე, საჭიროებებსა და რესურსებზე. თუმცა, ჯგუფის შემადგენლობაში უნდა შედიოდეს კვალიფიციური კადრები, რომლებიც უზრუნველყოფენ ინფექციური კონტროლის პროგრამის ეფექტურ განხორციელებას. სამუშაო ჯგუფის შემადგენლობაში უნდა იყოს მინიმუმ ერთი პრაქტიკოსი, რომელსაც ჩატარებული უნდა ჰქონდეს (ან უნდა ჩაუტარდეს) ტრეინინგი ინფექციური კონტროლის საკითხებში. ინფექციური კონტროლის ყოველდღიური აქტივობების გარდა, სამუშაო ჯგუფის ფუნქციაა ინფექციური კონტროლის პროგრამის წლიური სამუშაო გეგმის შემუშავება და წარდგენა კომიტეტზე განსახილველად.

ინფექციური კონტროლის სამუშაო ჯგუფის მოვალეობაა:

- ზედამხედველობის წარმოება
- ინფექციური კონტროლის პოლიტიკის შემუშავება და გატარება
- კრიტიკული შემთხვევების მონიტორინგი და მართვა
- ტრეინინგების კოორდინირება და ორგანიზება

3.6. ინფექციური კონტროლის სახელმძღვანელო

ინფექციური კონტროლის სამუშაო გუნდმა უნდა შეიმუშავოს და პერიოდულად განაახლოს ინფექციური კონტროლის შიდა სახელმძღვანელო, რომელიც უნდა მოიცავდეს დეტალურ ინსტრუქციებს და ადაპტირებული უნდა იყოს კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულებისთვის. სახელმძღვანელო უნდა დაამტკიცოს ინფექციური კონტროლის კომიტეტმა და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს დაწესებულების სამედიცინო პერსონალისთვის.

3.7. ჯანდაცვის მუშაკების განათლება და ტრეინინგი

სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციას კარგად უნდა ესმოდეს ინფექციური კონტროლის მნიშვნელობა და ორიენტირებული უნდა იყოს, ჯანდაცვის მუშაკებს აუმაღლოს ცოდნა, გააუმჯობესოს მათი უნარ-ჩვევები და დამოკიდებულება ეფექტური ინფექციური კონტროლის პრაქტიკის მიმართ. ინფექციური კონტროლის სამუშაო ჯგუფის ფუნქციაა განსაზღვროს ტრეინინგების

საჭიროება, რეგულარულად გაუკეთოს ორგანიზება ინფექციური კონტროლის ტრეინინგ პროგრამებს დაწესებულების პერსონალისთვის და შეაფასოს ამ პროგრამების შედეგი.

3.8. ინფექციური კონტროლის პრაქტიკული უზრუნველყოფა

ინფექციური კონტროლის პრაქტიკული უზრუნველყოფა ორ ჯგუფად იყოფა:

1) სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები
2) დამატებითი უსაფრთხოების ზომები

სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციური დაავადებების გადაცემის პრევენცია და კონტროლი ხორციელდება შემდეგი ზომებით:

1) სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები, რომელიც უნდა შესრულდეს ყოველთვის და უკლებლივ ყველა პაციენტთან, მიუხედავად დიაგნოზისა და ინფექციური სტატუსისა; და

2) დამატებითი უსაფრთხოების ზომები, რომელიც შეესაბამება გადაცემის გზებს (ჰაერის, წვეთოვანი და კონტაქტური გზით გადაცემა).

ინფექციური კონტროლის პრაქტიკული უზრუნველყოფის დეტალური რეკომენდაციებისათვის იხილეთ დანართი 1.

4. სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლი

სამედიცინო დაწესებულებებში ტბ ინფექციის კონტროლი ღონისძიებების სამ იერარქიულ დონეს ეფუძნება:

1. ადმინისტრაციული და მენეჯერული კონტროლი
2. გარემოს კონტროლი
3. რესპირატორებით ინდივიდუალური დაცვის პრაქტიკა

სამედიცინო დაწესებულების ინფექციური კონტროლის ღონისძიებები უნდა ეფუძნებოდეს ეროვნულ კანონმდებლობასა და საერთაშორისო გაიდლაინებსა და რეკომენდაციებს.

4.1. ეროვნული პოლიტიკა, კოორდინაცია და ორგანიზება

ტბ ინფექციის კონტროლის სფეროში სხვადასხვა ორგანიზაცია მონაწილეობს. ამდენად, მნიშვნელოვანია მათი კოორდინირებული და ორგანიზებული მუშაობა - კონტროლის მექნიზმების დაგეგმვის, იმპლემენტაციისა და შეფასების კუთხით. ტბ ინფექციის კონტროლში მონაწილეობენ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი, ქვეყნის საკოორდინაციო საბჭო, სპეციალიზირებული სამედიცინო დაწესებულებები, არასამთავრობო და საერთაშორისო ორგანიზაციები და საზოგადოების წარმომადგენლები (მათ შორის - პაციენტები), ხოლო ძირითადი მარეგულირებელი ჩარჩო მოიცავს როგორც სამედიცინო საქმიანობის შესახებ საქართველოში მოქმედ კანონმდებლობასა და ნორმატიულ აქტებს, ისე ტუბერკულოზის მართვის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში გათვალისწინებულ მოთხოვნებს. გარდა ამისა, ინფექციური კონტროლის სფეროში სახელმძღვანელო დოკუმენტების სახით განისაზღვრა ტუბერკულოზის ეროვნული სტრატეგია და შჯსდ მინისტრის ბრძანებით დამტკიცებული ტუბერკულოზის მართვის ეროვნული გაიდლაინი და კლინიკური პროტოკოლები.

ტბ ინფექციის კონტროლის სფეროში სახელმწიფოს მიმართ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომედაციებია:

1. დამტკიცდეს იმ ორგანიზაციების ჩამონათვალი, რომლებიც პასუხისმგებელნი იქნებიან ქვეყანაში ტბ ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების გატარებაზე;
2. ჩამოყალიბდეს სამუშაო ჯგუფი ამ ორგანიზაციების შემადგენლობიდან, რომელიც აიღებს პასუხისმგებლობას ტბ ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების დაგეგმვის, იმპლემენტაციისა და მონიტორინგის კუთხით;
3. განისაზღვროს ჯგუფის მუშაობის გრძელვადიანი სტრატეგია და პროცედურები;
4. უზრუნველყოფილ იქნას ადექვატური ტექნიკური შესაძლებლობები შემდეგი ამოცანებისთვის:
    a. სამედიცინო დაწესებულებებში ტბ ინფექციის კონტროლის სიტუაციური ანალიზი;
    b. ტექნიკური სახელმძღვანელოების შემუშავება და დანერგვა;
    c. ბიუჯეტზე დამყარებული ტბ ინფექციის კონტროლის პროგრამისა და გეგმის შემუშავება.

4.1.1. ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ შემუშავებულია სახელმწიფო დონეზე ტბ ინფექციის კონტროლის განვითარების სახელმძღვანელო. სახელმწიფო ვალდებულია შეიმუშაოს, პრაქტიკაში დანერგოს და განავითაროს ტბ ინფექციის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკა, სტანდარტები და ტექნიკური გაიდლაინი, რომლებიც განსაზღვრავს როგორც საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის სისტემის ორგანიზაციების, ისე კონკრეტული სამედიცინო დაწესებულებების მოთხოვნებს.

ტბ ინფექციის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის გატარებაზე მუშაობენ შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო, ტუბერკულოზის სახელმწიფო პროგრამა, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრალური და ადგილობრივი სამსახურები, სასჯელაღსრულების სისტემის ორგანიზაციები, ინფრასტრუქტურის, გარემოს დაცვის სამსახურები, სამედიცინო მომსახურების მიმწოდებლებები, აკადემიური სექტორი, ადგილობრივი თვითმმართველობები, პროფესიული ასოციაციები, პროფილური არასამთავრობო ორგანიზაციები და სამოქალაქო-საზოგადოებრივი სექტორის წარმომადგენლები.

ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებისათვის მნიშვნელოვანია:

ა) ეროვნული პოლიტიკის ყველა არსებული რეგულაციის (მათ შორის სახელმძღვანელოების) შეკრება და ანალიზი და მათი საერთაშორისო სტანდარტებთან შესაბამისობაში მოყვანა;

ბ) ტბ ინფექციის კონტროლის პოლიტიკის ინტეგრირება ინფექციის კონტროლის ერთიან ეროვნულ პოლიტიკასთან ან, მისი არარსებობის შემთხვევაში ტბ ინფექციის კონტროლის პროგრამის, როგორც სასტარტო რეგულაციის, გამოყენება ზოგადად ინფექციის კონტროლის ეროვნული გეგმის შესამუშავებლად;

გ) ფაქტობრივ მონაცემებზე დამყარებით ტბ ინფექციის კონტროლის პოლიტიკის რეგულარული განახლება;

დ) ტბ ინფექციის კონტროლის ეფექტიანობასთან დაკავშირებული სხვა მიმართულებების პოლიტიკის განვითარების ხელშეწყობა;

ე) ტბ ინფექციის კონტროლის ეროვნული პოლიტიკის ასახვა საგანმანათლებლო მიმართულებაში, ტრეინინგებისა და სხვა საგანმანათლებლო

პროგრამების მიმდინარეობის მონიტორინგი და განახლება ტბ ინფექციის კონტროლის ეროვნული პროგრამის მიზნების შესაბამისად;

ვ) ინფორმაციის (მათ შორის სახელმძღვანელოების, პროტოკოლებისა და გაიდლაინების) გავრცელება სამედიცინო დაწესებულებებსა და სხვა სამიზნე ორგანიზაციებში;

ზ) ანგარიშგების ვალდებულების, გრაფიკისა და უკუგების უზრუნველყოფა.

4.2. ტუბერკულოზის ინფექციის ადმინისტრაციული კონტროლი

4.2.1. ზოგადი პრინციპები

ადმინისტრაციული კონტროლი წარმოადგენს ტბ ინფექციის კონტროლის იერარქიულად პირველ საფეხურს და გულისხმობს:

ა) ტბ ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებლობების დელეგირებას;

ბ) დაწესებულებაში ტბ ინფექციის რისკის შეფასებას;

გ) ტბ ინფექციის კონტროლის წესების შემუშავებასა და გატარებას;

დ) ტბ ინფექციის კონტროლის პრაქტიკის იმპლემენტაციას;

ე) ტრეინინგს, განათლებას და კონსულტირებას;

ვ) პერსონალის სკრინინგს.

სამედიცინო დაწესებულებას შესაძლებლობა აქვს, დაწესებულებაში გაატაროს ადმინისტრაციული ზომები, რითიც მნიშვნელოვნად შეამცირებს ტუბერკულოზის გადაცემის რისკს დაწესებულების შიგნით, როგორც პაციენტებისთვის, ისე მნახველების, ჯანდაცვის მუშაკებისა და ზოგადად სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე სხვა პერსონალისთვის.

პაციენტები, რომლებიც მკურნალობას გადიან სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულებაში, შეიძლება იყვნენ ტუბერკულოზით დაავადების მაღალი რისკის ქვეშ. ამასთან, სამედიცინო დაწესებულებებში ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტთა სხვადასხვა ნაკადი (დიაგნოსტირებული და ჯერ არდიაგნოსტირებული) მნიშვნელოვნად ზრდის ექსპოზიციის ხარისხს პაციენტების, მნახველების, ჯანდაცვის მუშაკებისა და სამედიცინო დაწესებულების სხვა პერსონალისთვის.

შესაბამისად, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, რომ ინფექციის კონტროლის ზომები დაცული იქნას როგორც პაციენტებისთვის, რომლებიც მკურნალობას გადიან სამედიცინო დაწესებულებაში (სტაციონარული პაციენტები და ამბულატორიული პაციენტები), ისე სამედიცინო პერსონალისა და ვიზიტორებისთვის, რათა ინფექციის გავრცელების კერა არ გახდეს უშუალოდ სამედიცინო დაწესებულება.

ხშირ შემთხვევაში, სამედიცინო დაწესებულების ფინანსური რესურსი საკმარისი არ არის ინფრასტრუქტურული და აღჭურვილობითი სიახლეების დანერგვისთვის, როგორიცაა ძვირადღირებული ფილტრები და სხვა საშუალებები, რაც გააუმჯობესებდა ინფექციის კონტროლს. გარდა ამისა, სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლებს ხშირად არ აქვთ საკმარისი გამოცდილება ინფექცური კონტროლის ღონისძიებებში, რაც ასევე ზრდის რისკს.

სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის გადაცემის რისკის შემცირების ღონისძიებებს შორის წამყვანი როლი ადმინისტრაციული კონტროლის მექანიზმს უჭირავს. ადმინისტრაციული კონტროლის ზომები ინფექციური კონტროლის ძირითადი კომპონენტია და უზრუნველყოფს ინფექციური კონტროლის ღონისძიებების დანერგვასა და ხელშეწყობას. ადმინისტრაციული ზომები ყველაზე ფართო გავლენის მქონეა და მოიცავს ყველაზე დიდი რაოდენობით ადამიანს. მისი ძირითადი მიზანია, ინფექციის გადაცემის შემცირების მიზნით, ტუბერკულოზით დაავადებულთა მხრიდან არაინფიცირებული პირების ექსპოზიციის პრევენცია.

ადმინისტრაციული კონტროლის ღონისძიებებში მოიაზრება:

ა) სამედიცინო დაწესებულებაში ტბ ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირ(ებ)ის განსაზღვრა;

ბ) სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის გადაცემის რისკის შეფასება;

გ) სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის კონტროლის სამოქმედო გეგმის შემუშავება, რომელიც უზრუნველყოფს ტუბერკულოზის ადრეულ გამოვლენას, გადაცემის რისკის შემცირებასა და ტუბერკულოზით დაავადებულ და ტუბერკულოზზე საეჭვო პირთა მკურნალობის დროულ დაწყებას;

დ) მომსახურების ორგანიზება ისეთი ფორმით, რომ ექიმის მიერ დანიშნული ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები და მათი შედეგები შეუფერხებლად (უმოკლეს დროში) გახდეს ხელმისაწვდომი ტუბერკულოზით დაავადებული ან/და ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტებისათვის;

ე) დაწესებულებაში ტუბერკულოზით დაავადების ან/და ტუბერკულოზზე საეჭვო შემთხვევების მართვის ეფექტური სამუშაო პროცედურების დაგეგმვა და დანერგვა;

ვ) პოტენციურად დაბინძურებული ხელსაწყოების/აღჭურვილობის (მაგ., ბრონქოსკოპი, ენდოსკოპი) ჯეროვანი გასუფთავების და სტერილიზაცია/დეზინფექციის უზრუნველყოფა;

ზ) ჯანდაცვის მუშაკების ტრენირება და განათლება ტუბერკულოზის შესახებ, განსაკუთრებული აქცენტით მის პრევენციაზე, გადაცემის გზებსა და სიმპტომებზე;

თ) ჯანდაცვის იმ მუშაკების სკრინინგი და შეფასება, რომლების ექსპოზირებული არიან ტუბერკულოზის გამომწვევით;

ი) ეპიდემიოლოგიური მონაცემებით გამყარებული პრევენციის პრინციპების გამოყენება, მათ შორის კონკრეტული ტიპის დაწესებულებისათვის დამახასიათებელი ინფექციის კონტროლის მონაცემების გამოყენება;

კ) ადექვატური ვიზუალური მასალის გამოყენება, რათა ხელი შეეწყოს რესპირატორული ჰიგიენისა და ხველის ეტიკეტის უნივერსალურ გამოყენებას;

ლ) აქტიური კოორდინაცია საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ადგილობრივ და ცენტრალურ სტრუქტურებთან.

4.2.2. ტუბერკულოზის ინფექციის კონტროლის მართვა სამედიცინო დაწესებულების დონეზე

სამედიცინო დაწესებულებაში ტბ ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირველი პირია ადმინისტრაციული ხელმძღვანელი, რომელიც დაწესებულების შიგნით აყალიბებს ინფექციის კონტროლის კომიტეტს და მობილიზირებას უკეთებს შესაბამის რესურსებს დაწესებულებაში ტბ ინფექციის კონტროლის ეფექტიანი ღონისძიებების გასატარებლად.

გარდა ამისა, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 12 სექტემბერის №01-6 3/ ნ ბრძანების «სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესების და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შეფასების შიდა სისტემის ფუნქციონირების შესახებ“ თანახმად, სამედიცინო საქმიანობის ლიცენზირებისა და

ნებართვების შესახებ მარეგულირებელი ჩარჩოს იმპლემენტაციისთვის, სტაციონარულ სამედიცინო დაწესებულებებში უნდა არსებობდეს სამედიცინო მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესებისა და პაციენტთა უსაფრთხოების უზრუნველყოფის შედარების შიდა სისტემა, რომლის განხორციელების წესიც უნდა იყოს დამტკიცებული დაწესებულების შიდა ბრძანებით და სხვა ფუნქციებთან ერთად, წარმოდგენილი სისტემა უნდა უზრუნველყოფდეს (1) სანებართვო პირობების შესრულებას, (2) ინფრასტრუქტურისა და ტექნიკური აღჭურვილობის გამართულ მუშაობას, (3) სამედიცინო პერსონალის შესაბამის კვალიფიკაციასა და მის ამაღლებას (4) სანიტარიულ-ჰიგიენური და ეპიდემიოლოგიური ღონისძიებების უზრუნველყოფას, (5) ნოზოკომიური ინფექციების კონტროლისა და აღრიცხვის პროცესის მართვასა და (6) ქვეყანაში აღიარებული სტანდარტების (გაიდლაინი, პროტოკოლი) სამედიცინო მომსახურების პროცესში გამოყენებას.

სამედიცინო დაწესებულების ინფექციის კონტროლის კომიტეტი წარმოადგენს მულტიდისციპლინურ სამუშაო ჯგუფს, რომლის წევრები არიან სხვადასხვა რგოლის მენეჯერები, სამედიცინო პერსონალი, მიკრობიოლოგები, ინჟინრები, სანიტარული პერსონალი და სხვ. კომიტეტს ხელმძღვანელობენ მის მიერ არჩეული თავმჯდომარე, რომელიც პირდაპირ ანგარიშვალდებულია დაწესებულების ადმინისტრაციასთან და ტბ ინფექციის კონტოლის სფეროში ტრენირებული კომიტეტის მდივანი.

კომიტეტის სხდომების პერიოდულობის ოპტიმუმი თვეში ერთი შეხვედრაა, წინააღმდეგ შემთხვევაში სხდომების პერიოდულობა უნდა იყოს წელიწადში არანაკლებ სამი შეხვედრისა.

კომიტეტი შეიმუშავებს დაწესებულებაში ტბ ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების შეფასების, ანალიზისა და უზრუნველყოფის შიდაინსტიტუციურ პროგრამასა და გეგმას, რომლებიც შესაბამისობაშია ეროვნულ და საერთაშორისო რეგულაციებთან.

კომიტეტი მუშაობს სამედიცინო დაწესებულების ადმინისტრაციასა და პერსონალთან ტბ ინფექციის კონტროლის პროგრამის გამჭვირვალობისა და ეფექტიანობის გაუმჯობესების ღირებულებებიდან გამომდინარე.

სამედიცინო დაწესებულების ინფექციის კონტროლის კომიტეტი კონკრეტული ამოცანები და პასუხისმგებლობებია:

ა) ტბ ინფექციის კონტროლის მიზნით სამედიცინო დაწესებულების შესაბამისი პოლიტიკის შემუშავება და განვითარება;

ბ) ტბ ინფექციის კონტროლის პროგრამისა და გეგმის იმპლემენტაცია და მათ შესრულებაზე ზედამხედველობა;

გ) პროგრამის აქტივობის პერიოდული შეფასება და წლიური ანგარიში;

დ) ეპიდემიოლოგიური მონაცემების ანალიზი, ანგარიში და ინტერვენციის სამიზნეების განსაზღვრა;

ე) ტბ ინფექციის კონტროლის პრაქტიკაში არსებული ინოვაციების დანერგვა;

ვ) პერსონალის უსაფრთხოების პრაქტიკის უზრუნველყოფა;

ზ) ტბ ინფექციისგან დამცავი საშუალებების გამოყენების პრაქტიკის უზრუნველყოფა;

თ) პერსონალში ტბ ინფექციის კონტროლის სწავლებების ორგანიზება.

სამედიცინო დაწესებულებაში ტბ ინფექციის კონტროლის პროგრამის ყოველდღიური ზედამხედველობისათვის უნდა შეიქმნას ტბ ინფექციის კონტროლის სამუშაო ჯგუფი, რომელიც სამედიცინო დაწესებულების ინფექციური კომიტეტის ქვეკომიტეტის სახით უნდა ჩამოყალიბდეს. ტბ ინფექციის კონტროლის პასუხისმგებლობა შეიძლება აგრეთვე დაეკისროს კონკრეტულ პიროვნებას, რომელიც ზოგადი ინფექციური კომიტეტის წევრია. ეს შეიძლება იყოს ინფექციონისტი, ეპიდემიოლოგი, მიკრობიოლოგი, ექიმი ან ექთანი, რომელსაც ტბ ინფექციის კონტროლის ოფიცრის სტატუსი ენიჭება და გავლილი აქვს სპეციალური მომზადება ტბ ინფექციის კონტროლის მიმართულებით. სამუშაო ჯგუფის წევრებსაც უნდა ჰქონდეთ შესაბამისი კვალიფიკაცია ტბ ინფექციის კონტროლის საქმეში. ტბ ინფექციის კონტროლის ეს რგოლი პასუხისმგებელია ტბ ინფექციის კონტროლის სისტემის ყოველდღიურ მუშაობაზე, მონაცემთა შეგროვებაზე და ანგარიშვალდებულია დაწესებულების ინფექციური კონტროლის კომიტეტისა და ადმინისტრაციის წინაშე. სამუშაო ჯგუფის წევრთა შორის უნდა იყოს ტბ ინფექციის კონტროლის თუნდაც ერთი პრაქტიკოსი სპეციალისტი.

აღნიშნული მენეჯერული რგოლის, სამუშაო ჯგუფის, ფუნქციებია:

1. სამედიცინო დაწესებულებაში ტბ ინფექციის კონტროლის პროგრამის ყოველდღიური ზედამხედველობა;
2. ტბ ინფექციის კონტროლის პროცედურების ხელშეწყობა;
3. კრიზისული მდგომარეობის მართვა;

4. ტრეინინგის განხორციელება და კოორდინირება.

სამედიცინო დაწესებულების ინფექციური კონტროლის კომიტეტის მიერ უნდა შემუშავდეს ტბ ინფექციის კონტროლის შიდა გეგმა, რაც წარმოადგენს ერთგვარ სახელმძღვანელოს დაწესებულებაში ტუბერკულოზის გავრცელების რისკის შემცირებისაკენ მიმართული ღონისძიებების დანერგვის, განვითარებისა და მეთვალყურეობის შესახებ.

ტბ ინფექციის კონტროლის გეგმის ძირითადი ინფორმაციაა:

ა) სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის გამომწვევით ზემოქმედების მაღალი რისკის პერსონალის განსაზღვრა;

ბ) ტუბერკულოზის დადასტურებული და საეჭვო შემთხვევების იდენტიფიკატორები;

გ) აქტიური ტუბერკულოზით დაავადებული და ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტების ტრიაჟის პროცედურა;

დ) ტუბერკულოზის გამომწვევით ზემოქმედების მინიმიზაციის ღონისძიებები;

ე) ტბ ინფექციის შესახებ პერსონალის ინფორმირების მექანიზმები;

ვ) ტუბერკულოზზე პერსონალის სკრინინგის პროცედურა;

ზ) ტუბერკულოზით ინფიცირებული პერსონალის კონსულტირება და დახმარება;

თ) ტბ ინფექციის მაღალი რისკის მქონე პროცედურების დროს პერსონალის დაცვა;

ი) ტბ ინფექციის შესამცირებლად გარემოს კონტროლის ღონისძიებების გამოყენება;

კ) ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (რესპირატორების) გამოყენების პრაქტიკა;

ლ) ტბ ინფექციის კონტროლის შესახებ პერსონალის ტრეინინგი.

სამედიცინო დაწესებულების ტბ ინფექციის კონტროლის გეგმა ინფექციური კონტროლის ეროვნულ სტანდარტებს უნდა შეესაბამებოდეს. ის უნდა დამტკიცდეს დაწესებულების ადმინისტრაციის მიერ და ხელმისაწვდომი უნდა იყოს პერსონალისათვის. გეგმის ეფექტიანობა განისაზღვრება ყოველწლიური შემოწმების

შედეგად ტბ ინფექციის კონტროლის სპეციალისტის ან სპეციალისტთა ჯგუფის მიერ.

4.2.3. სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის გადაცემის რისკის შეფასება

ტბ ინფექციის კონტროლის გეგმის განხორციელების პირველი საფეხურია დაწესებულებაში ტბ გადაცემის რისკის შეფასება. ცნობილია, რომ ტბ გადაცემის რისკი სამედიცინო დაწესებულებებში არაერთგვაროვანია. რისკი დამოკიდებულია სამედიცინო სერვისის მიმღებ პოპულაციაზე, სამედიცინო დაწესებულების შენობის ტიპზე, დაწესებულებაში განხორციელებულ სამედიცინო პროცედურებსა და სხვა ფაქტორებზე.

მაგალითად, სამედიცინო დაწესებულება შეიძლება იყოს მოდერნიზებული - სექტორულად დაგეგმარებული ან კაპიტალური ტიპის - შერეული სამედიცინო, ადმინისტრაციული და საყოფაცხოვრებო მოდულებით. შესაბამისად, ტბ ინფექციის გადაცემის რისკები ამ ორი ტიპის შენობებში განსხვავებული იქნება.

სამედიცინო სერვისის მიმღები პოპულაცია მნიშვნელოვნად ცვლის ტბ ტრანსმისიის რისკის მაჩვენებელს, ასევე, სამედიცინო პროცედურების სპეციფიკა, რომელთაც ესა თუ ის სამედიცინო დაწესებულება ახორციელებს. მაგალითად, ზოგიერთი სამედიცინო დაწესებულება ახორციელებს მაღალი რისკის პროცედურებს (მათ შორის ნახველის კოლექციას) მაშინ, როცა სხვა დაწესებულებები ნაკლები რისკის პროცედურებით შემოიფარგლებიან.

ჩამოთვლილი ფაქტორები გავლენას ახდენს სამედიცინო დაწესებულებაში ტუბერკულოზის გამომწვევის ტრანსმისიის მაჩვენებელზე. ამიტომ, ტბ ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები ამა თუ იმ სამედიცინო დაწესებულებისთვის შესაბამისი ფაქტორების გათვალისწინებით უნდა დაიგეგმოს.

სამედიცინო დაწესებულებაში ტბ ტრანსმისიის რისკის შეფასება გვეხმარება ინფექციის კონტროლის ეფექტიანი ღონისძიებების გატარებაში.

რისკის შეფასების კლასიფიკაცია ერთმანეთისგან განასხვავებს ძალიან მაღალი, მაღალი, საშუალო და დაბალი რისკის ზონებს და პროცედურებს, რაც საფუძვლად უნდა დაედოს ტბ ინფექციის კონტროლის გეგმას. როგორც წესი, სამედიცინო დაწესებულებებში მოვლისა და პროცედურების გარკვეული ტიპები ასოცირდება ტბ რისკის სხვადასხვა კატეგორიასთან. ქვემოთ მოცემული კლასიფიკაცია ითვალისწინებს რისკის სხვადასხვა კატეგორიას, თუმცა ის არ

მოიცავს ყველა სახის მომსახურებასა და პროცედურას და ამასთან, ცალკეულ დაწესებულებში შეიძლება რისკის კლასიფიკაცია განსხვავებულად, კონკრეტული მიდგომით განხორციელდეს. ამისათვის მტკიცებულებების შეგროვებას ინფექციის კონტროლის გუნდის ლიდერი უნდა ხელმძღვანელობდეს.

ქვემოთ წარმოდგენილია სტანდარტული მოდელი, თუმცა, უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ეს მოდელი არ ითვალისწინებს რისკებს კონკრეტული პაციენტებისთვის, როგორიცაა ბავშვები და იმუნოკომპრომენტირებული პირები.

4.2.4. ფუნქციური არეები და პროცედურები

თუ სამედიცინო დაწესებულებაში ტბ ინფექციის კონტროლის ზომები შეზღუდულია, მაღალია ალბათობა იმისა, რომ ბაქტერიაგამომყოფი ტბ პაციენტების მიერ ინფექციის გავრცელება მოხდება გარკვეულ გარემოში ან გარკვეული პროცედურის დროს, რაც ზრდის სხვა პირებისთვის ტბ ექსპოზიციის რისკს (როგორ სენსიტური, ისე რეზისტენტული ფორმების მიმართ). რადგან ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები დაკავშირებულია ადამიანურ და ფინანსურ რესურსებთან, მნიშვნელოვანი და ხარჯთეფექტურია ამ ღონისძიებათა მიმართვა განსაკუთრებით მაღალი რისკის მქონე ზონებისა და პროცედურების მიმართ.

ტბ ექსპოზიციის ხარისხის გათვალისწინებით, რისკის ხარისხის კლასიფიკაცია შემდეგია:

1. **დაბალი რისკის გარემო ან პროცედურა** - სამედიცინო დაწესებულების შიგნით არსებული არეალი ან განხორციელებული პროცედურა, რომლის დროსაც მცირეა ალბათობა იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალი, პაციენტი ან სხვა პირი ექსპოზირებული იქნება ტუბერკულოზის გამომწვევი ბაქტერიებით, რომელსაც გამოყოფს ტბ პაციენტი ან ინფექციური მასალა.
2. **საშუალო რისკის გარემო ან პროცედურა** - სამედიცინო დაწესებულების შიგნით არსებული არეალი ან განხორციელებული პროცედურა, რომლის დროსაც საშუალოა ალბათობა იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალი, პაციენტი ან სხვა პირი ექსპოზირებული იქნება ტუბერკულოზის გამომწვევი ბაქტერიებით, რომელსაც გამოყოფს ტბ პაციენტი ან ინფექციური მასალა. ტბ ინფიცირებული პირები ან საშუალო რისკთან ასოცირებული პროცედურები ამ გარემოში წარმოდგენილია მხოლოდ დროის მცირე პერიოდით.
3. **მაღალი რისკის გარემო ან პროცედურა** - სამედიცინო დაწესებულების შიგნით არსებული არეალი ან განხორციელებული პროცედურა, რომლის დროსაც მაღალია ალბათობა იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალი, პაციენტი ან სხვა პირი

ექსპოზირებული იქნება ტუბერკულოზის გამომწვევი ბაქტერიებით, რომელსაც გამოყოფს ტბ პაციენტი ან ინფექციური მასალა. მაღალი რისკის ზონებში ტბ ინფიცირებული პირები (საეჭვო ან დადგენილი დიაგნოზით) დიდ დროს ატარებენ ან იტარებენ მაღალ რისკთან ასოცირებულ პროცედურას. ასეთ ზონებში, ასევე, შესაძლებელია, იყოს ტუბერკულოზის რეზისტენტული ფორმით დაავადებული პირები.

4. ძალიან მაღალი რისკის გარემო ან პროცედურა - სამედიცინო დაწესებულების შიგნით არსებული არეალი ან განხორციელებული პროცედურა, რომლის დროსაც ძალიან მაღალია ალბათობა იმისა, რომ სამედიცინო პერსონალი, პაციენტი ან სხვა პირი ექსპოზირებული იქნება ტუბერკულოზის გამომწვევი ბაქტერიებით, რომელსაც გამოყოფს ტბ პაციენტი ან ინფექციური მასალა. მაღალი რისკის ზონებში ტბ ინფიცირებული პირები (საეჭვო, ან დადგენილი დიაგნოზით) დიდ დროს ატარებენ ან იტარებენ მაღალ რისკთან ასოცირებულ პროცედურას. ცხრილში მოცემულია გარემოს/არეალის რისკის კლასიფიკაციის სტანდარტული ჩარჩო:

სამედიცინო დაწესებულების არეალი/გარემო	დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	ძალიან მაღალი რისკი
ადმინისტრაციული სივრცეები (სადაც პაციენტები არ ხვდებიან, მაგ., ცალკე შენობა)				
ადმინისტრაციული სივრცეები (სადაც პაციენტები მხოლოდ იშვიათად ხვდებიან, ან ჰაერის ნაკადი არ არის იზოლირებული)				
სამშობიარო და ბავშვთა განყოფილება				
არვ თერაპიის ამბულატორიული განყოფილება				
გადაუდებელი დახმარების განყოფილება				
კრიტიკული მედიცინისა და ინტენსიური თერაპიის განყოფილება				
DOT კლინიკა				
ტბ სტაციონარული პალატები				
MDR განყოფილება				
XDR განყოფილება				

სამედიცინო დაწესებულების არეალი/გარემო	დაბალი რისკი	საშუალო რისკი	მაღალი რისკი	ძალიან მაღალი რისკი
ნახველის მიკროსკოპია				
ქირურგიული პროცედურები (გარდა გულმკერდის არეში ღია ოპერაციისა ტბ დადასტურებული ან საეჭვო პაციენტის შემთხვევაში)				
რენტგენოლოგიური გამოკვლევები				
რესპირატორული გამოკვლევები (მაგ., სპირომეტრია)				
ინტუბაცია				
ბრონქოსკოპია				
ტბ მასალების კუტურალური გამოკვლევა და DST				
ტბ მოლეკულური გამოკვლევები				
ნახველის აღება				
ბრონქოალვეოლური ლავაჟი				

აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიხედვით, ტბ რისკი არსებობს, თუ პოპულაციაში ან დაესებულებაში აღინიშნება რეზისტენტული ტუბერკულოზის შემთხვევები, ასევე, თუ დაწესებულებაში ხორციელდება ბრონქოსკოპია, ნახველის შეგროვება და მასზე მანიპულირება. სამედიცინო დაწესებულებაში ტბ ტრანსმისიის რისკის მაჩვენებელია ე.წ. კონვერსიის სიხშირე. სიხშირის გამოსათვლელად, სამედიცინო დაწესებულებაში, მხოლოდ კონკრეტულ საკვლევ წელს, ტუბერკულინის კანის (მანტუს სინჯი) ან გამა-ინტერფერონის ახალი დადებითი ტესტის მქონე პერსონალის რაოდენობა იყოფა გამოკვლეული პერსონალის საერთო

რაოდენობაზე და მრავლდება 100-ზე, მიღებული პროცენტი წარმოადგენს კონვერსიის წლიურ სიხშირეს.

სამედიცინო დაწესებულების კონკრეტულ განყოფილებაში იგივე მაჩვენებლის გამოსათვლელად განყოფილებაში მომუშავე მანტუს ტესტით დადებითი პერსონალის რაოდენობა იყოფა განყოფილებაში მომუშავე პერსონალის იმ საერთო რაოდენობაზე, რომელიც დაექვემდებარა ტესტირებას.

ზოგადად, არ არსებობს სამედიცინო დაწესებულებებში ტბ ტრანსმისიის რისკის შეფასების სტანდარტიზებული და დამტკიცებული კრიტერიუმები. ამიტომ, დაწესებულებას შეუძლია შექმნას საკუთარი ალგორითმი და შეფასების სისტემა.

4.2.5. ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე პაციენტების დროული გამოვლენა და ტრიაჟი

საკითხი: ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე პაციენტების დროული გამოვლენა.

მიზანი: სამედიცინო დაწესებულებაში შემოსულ პაციენტთა შორის ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე პირთა იდენტიფიცირება, მათი განცალკევება და დაჩქარებული წესით მომსახურება.

ვის ეხება: ყველა პაციენტს და სამედიცინო მუშაკს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად:

- ტუბერკულოზის სიმპტომების მქონე (2 კვირაზე მეტი ხანრძლივობის ხველა, მაღალი ტემპერატურა, წონაში კლება და ღამით ოფლიანობა) ყველა პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს რუტინული სკრინინგი ტუბერკულოზზე
- ჯანდაცვის მუშაკმა პაციენტს უნდა მიაწოდოს ინფორმაცია, რომ სკრინინგი სამედიცინო მომსახურების ხარისხის უზრუნველყოფის ნაწილია და მისი მიზანია სამედიცინო დაწესებულებაში მყოფი ყველა ადამიანის უსაფრთხოების დაცვა.
- პაციენტთა ტრიაჟის პროცედურის მეშვეობით სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა განხორციელდეს პაციენტებს შორის ტბ შემთხვევების დროული გამოვლენა და ტბ დიაგნოზის დადასტურების შემთხვევაში შესაბამისი იზოლაცია.

- ტბ საეჭვო პაციენტებს უნდა ჩაუტარდეთ სწრაფი მეთოდებით დიაგნოსტიკა აქტიურ ტუბერკულოზზე. შეძლებისდაგვარად, ამ პერიოდში აღნიშნული პაციენტები უნდა განთავსდნენ ცალკე მოსაცდელ სივრცეებში.
- ნახველის შეგროვება უნდა მოხდეს სხვა ადამიანებისგან მოშორებით, სპეციალურად მოწყობილ, ვენტილაციის მქონე ოთახში, ხოლო ასეთის არარარსებობის შემთხვევაში - ღია სივრცეში. მჟავაგამძლე ბაქტერიის მიკროსკოპირების შედეგი უნდა იქნას მიღებული არაუმეტეს 24 საათის განმავლობაში.

პაციენტთა ტრიაჟის სპეციფიკური რეკომენდაციები:

1. სამედიცინო დაწესებულებაში შეიმუშავეთ ტრიაჟის სტანდარტული პროცედურა და კრიტერიუმები, რომლებიც ტბ საეჭვო პაციენტის დროული გამოვლენის საშუალებას იძლევა;
2. სპეციალურად გამოყოფილ პერსონალს (ექთანს) შესაბამისი ტრეინინგის საფუძველზე მიანიჭეთ ე.წ. „ხველის ოფიცრის“ სპეციფიკური ფუნქციაც;
3. განაცალკევეთ ხველის სიმპტომის მქონე ყველა პაციენტი ტბ დიაგნოსტიკის გატარებამდე;
4. სამედიცინო ეთიკის დაცვით მიაწოდეთ პაციენტს სრულყოფილი ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ რატომ არის აუცილებელი გატარდეს მის მიმართ ტრიაჟის ღონისძიებები;
5. დოკუმენტიურად ასახეთ პაციენტის ინფორმირებულობა ტრიაჟის პროცედურის შესახებ;
6. უზრუნველყავით მონიტორინგის სისტემა, რათა თქვენს დაწესებულებაში ხველის მქონე ყველა პაციენტი ექვემდებარებოდეს აქტიურ ტუბერკულოზზე გამოკვლევას;
7. აწარმოეთ შესაბამისი სტატისტიკა.

4.2.6. პაციენტების სეპარირება/იზოლირება

საკითხი: ტბ ინფექციის გადამდები პაციენტების იზოლირება.

მიზანი: ნოზოკომიური ინფექციების რისკის შემცირების მიზნით, ტუბერკულოზზე საეჭვო, ან უკვე დიაგნოსტირებული პაციენტების სხვა პაციენტებისგან განცალკევების უზრუნველყოფა.

ვის ეხება: ყველა პაციენტი, ვიზიტორი და სამედიცინო მუშაკი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად:

- პაციენტები, რომელთა ტუბერკულოზის დიაგნოზიც ცნობილია ან არსებობს მასზე ეჭვი, უნდა მოთავსდნენ ოთახში ან გარე სივრცეში, სხვა პაციენტებისგან იზოლირებულად;
- იზოლაციის ზომები განსაკუთრებით მკაცრად უნდა იყოს დანერგილი აივ-ინფექცია/შიდსის მქონე პაციენტებსა და სხვა იმუნოკომპრომენტირებული პირების მიმართ;
- ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციენტებს შორის უნდა მოხდეს სენსიტიური, მულტი- და ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზის ფორმებით დაავადებული პირების ურთიერთგანცალკევება;
- რეზისტენტული შტამების ტრანსმისიის თავიდან აცილების მიზნით, ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტების სეპარაცია უნდა მოხდეს მულტი- და ექსტენსიურად რეზისტენტული ტუბერკულოზით დაავადებული პირებისგან;
- თუ პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა და სოციალური გარემო ამის შესაძლებლობას იძლება, სასურველია სათემო მკურნალობის მოდელის გამოყენება;
- დაუშვებელია პაციენტთან მნახველების ვიზიტი მედპერსონალთან წინასწარი შეთანხმების, რისკების შეფასების და ნიღბის გარეშე; უმჯობესია ვიზიტები განხორციელდეს ღია სივრცეში; მნახველთა ვიზიტების ხანგრძლივობა ლიმიტირებული უნდა იყოს (არაუმეტეს 2 საათისა).

პაციენტების იზოლირების ძირითადი რეკომენდაციებია:

ა) შეძლებისდაგვარად, შექმენით ან გადატიხრეთ განცალკევებული ან იზოლირებული სივრცეები ტბ პაციენტებისთვის;

ბ) შექმენით სტრატეგიული გეგმა, რომლის საშუალებითაც შესაძლებელი გახდება ახლადშემოსულ პაციენტებს შორის ტბ საეჭვო და დაავადებული პირების დროული გამოვლენა;

გ) იზოლირებულ სივრცეებში დაიცავით ინფექციის კონტროლის, პაციენტზე მზრუნველობისა და მათი უფლებების დაცვის მაღალი სტანდარტები;

დ) მიაწოდეთ ინფორმაცია პაციენტს და მის მნახველებს იზოლირების აუცილებლობის შესახებ;

ე) გამოიყენეთ სპეციალური საინფორმაციო ნიშნულები საიზოლაციო ოთახის/განყოფილებების აღსანიშნავად.

4.2.7. ხველის ეტიკეტი

საკითხი: ინფექციური პათოგენების გავრცელების თავიდან აცილება ხველის ეტიკეტის გამოყენების გზით.

მიზანი: პაციენტების, მნახველების და სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლების მიერ რესპირატორული ჰიგიენის ნორმების დაცვის უზრუნველყოფა და ხველის ნორმირების გზით პათოგენების გავრცელების კონტროლი.

ვის ეხება: ყველა პაციენტი, მნახველი და დაწესებულების თანამშრომელი.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად:

- ყველა სამედიცინო დაწესებულების მოსაცდელ სივრცეებში, მიმღებებსა და საპროცედურეებში უნდა განთავსდეს პოსტერი ხველის ეტიკეტის შესახებ;
- პაციენტებს, თანამშრომლებსა და ვიზიტორებს მიეწოდოს ინსტრუქცია, რომ პირი შეაქციონ სხვა პირებს ხველისა და ცემინების დროს, პირისა და ცხვირის დასაფარად გამოიყენონ რაიმე სახის ქსოვილი - ცხვირსახოცი, ერთჯერადი ხელსახოცი (უკიდურეს შემთხვევაში ცხვირ-პირზე მოხრილი იდაყვი მიიფარონ) ან გამოიყენონ ნიღაბი. ერთჯერადი ნიღბის გამოყენება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, როდესაც პაციენტი მოძრაობს შენობაში.
- სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლებს უნდა ჰქონდეთ გაცნობიერებული, რომ თვითონ უნდა მისცენ სწორი რესპირაციულ-ჰიგიენური ქცევის მაგალითი და ამ გზითაც დაეხმარონ პაციენტს, ვიზიტორსა თუ კოლეგას ხველის ეტიკეტის დაცვაში.

ხველის ეტიკეტის ზოგადი რეკომენდაციები:

ა) გამოსაჩენ ადგილას იქონიეთ ხველის ეტიკეტის საინფორმაციო პოსტერები;

ბ) ყოველდღიურად უზრუნველყავით ჰიგიენური განათლება სამედიცინო სერვისის ყველა რგოლში;

გ) უზრუნველყავით პერსონალთან კომუნიკაცია და პრაქტიკული რეკომენდაციების მიწოდება, რათა გაზარდოთ მათი მოტივაცია ხველის ეტიკეტის შესახებ სხვების რეგულარული განათლების საკითხში;

დ) უზრუნველყავით ტბ საეჭვო და ფილტვის ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტი ერთჯერადი ჰიგიენური საწმენდებით და ნიღბებით;

ე) რეგულარულად შეახსენეთ პაციენტებს, რომ დაიცვან დაწესებულების რესპირაციული ჰიგიენის წესები;

ვ) ხელი შეუწყვეთ პაციენტის მხრიდან ნიღბის ტარებასთან დაკავშირებული სტიგმის შემცირებას პერსონალის მიერ რესპირატორების თავისუფალი გამოყენების გზით.

4.2.8. სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტების დაყოვნების შემცირება

საკითხი: დაწესებულებაში პაციენტთა სკრინინგისა და დიაგნოსტიკის დროული/სწრაფი უზრუნველყოფა და მკურნალობის დროული დაწყება, რათა შემცირდეს ტუბერკულოზის გადაცემის რისკი.

მიზანი: პაციენტთა და სამედიცინო მუშაკთა ტუბერკულოზთან ექსპოზიციის რისკის შემცირება, დიაგნოსტირებული ან ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტების დაწესებულებაში დაყოვნების შემცირების გზით.

ვის ეხება: ყველა პაციენტი, მნახველი და დაწესებულების თანამშრომელი.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის რეკომენდაციის თანახმად:

- ტუბერკულოზზე საეჭვო ან ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების დაყოვნება სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა შემცირდეს, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც პაციენტის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ჰოსპიტალიზაციის აუცილებელ ჩვენებას წარმოადგენს.
- ტუბერკულოზით დაავადებული პაციენტების თემზე დაფუძნებული მკურნალობის მოდელი წარმოადგენს უფრო ხარჯთ-ეფექტურ და ინფექციის კონტროლის თვალსაზრისით მეტად კეთილსაიმედო მიდგომას.
- დაწესებულებაში პაციენტის დაყოვნების შემცირება ამცირებს ტუბერკულოზის გადაცემის რისკს.

სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის დაყოვნების შემცირება ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი რეგულაციაა ნოზოკომიური ტბ ინფექციის გავრცელების შესამცირებლად. ზოგადი რეკომენდაციები:

ა) უზრუნველყავით ტბ საეჭვო ან დაავადებული პაციენტებისთვის სამედიცინო სერვისის ურიგოდ მიწოდება;

ბ) შეამცირეთ ტბ საეჭვო ან და დაავადებული პაციენტის ლოდინისა და საკონსულტაციო დრო;

გ) აწარმოეთ ტბ საეჭვო ან დაავადებული პაციენტის მიერ სამედიცინო დაწესებულებაში გატარებული დროის აღრიცხვა;

დ) გააუმჯობესეთ მომსახურება ისე, რომ ტბ საეჭვო ან დაავადებული პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების დრო მინიმუმამდე დაიყვანოთ;

ე) შესაძლებლობის ფარგლებში დანერგეთ და გამოიყენეთ სწრაფი სადიაგნოსტიკო ტესტ-სისტემები;

ვ) არ მოახდინოთ ტბ საეჭვო ან დაავადებული პაციენტის ჰოსპიტალიზაცია აბსოლუტური აუცილებლობის გარეშე.

დანართ 4-ში მოცემულია პაციენტების ლოდინის დროის შეფასების ფორმის ნიმუში.

4.2.9. ჯანდაცვის მუშაკებში ტუბერკულოზის პრევენცია და მართვა

ჯანდაცვის მუშაკებში ტუბერკულოზის პრევენცია, ტექნიკური რეგლამენტის გარდა, გულისხმობს ტუბერკულოზზე სკრინინგის, ტუბერკულოზის მაღალი რისკის მქონე სხვა დაავადებების (განსაკუთრებით აივ ინფექციის) დიაგნოსტირებისა და საჭიროების შემთხვევაში პრევენციული მკურნალობის ღონისძიებებს.

სამედიცინო პერსონალის ყველა წევრი უნდა იყოს ინფორმირებული ტბ სკრინინგის მნიშვნელობის, ასევე, ტუბერკულოზზე საეჭვო სიმტომებისა და კლინიკური ნიშნების შესახებ.

მიუხედავად საქართველოში აივ ინფექციის დაბალი გავრცელებისა, გასათვალისწინებელია, რომ ტბ პრევენციისთვის პირველი ხარისხის სამიზნე ჯგუფია აივ-ინფიცირებული პერსონალი, რაც აივ და ტბ კოინფექციის პრევენციას ემსახურება.[1]

[1] აივ ინფიცირებული პერსონალის შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს ტუბერკულოზზე რეგულარული მონიტორინგი და საჭიროებისამებრ - ტუბერკულოზის პრევენციული მკურნალობა.

ზოგადი რეკომენდაციები:

ა) უზრუნველყავით ტბ და აივ ინფიცირებული, ასევე, კოინფიცირებული პერსონალის სამედიცინო გამოკვლევის, კონსულტირებისა და მკურნალობის კონფიდენციალობა;

ბ) გამოყავით პერსონალი სპეციალურად ამ მიზნისთვის;

გ) შექმენით და პერიოდულად განაახლეთ სამუშაო წესები, რომელიც ინფიცირებული პერსონალის შესაბამისი სამუშაო პირობებით უზრუნველყოფას ეფუძნება;

დ) შექმენით და ჩართეთ შესაბამისი წესების შემუშავების პროცესში პროფესიული ასოციაციები და სამოქალაქო საზოგადოების ჯგუფები;

ე) შიდა წესებისა და რეგულაციების შემუშავებისას გაითვალისწინეთ ეროვნული რეგულაციები და გაიდლაინები;

ვ) აწარმოეთ საგანმანათლებლო მუშაობა პერსონალს შორის აივ და ტბ ინფექციის სიმპტომებისა და პრევენციის მნიშვნელობის შესახებ;

ზ) საჭიროების შემთხვევაში, სიმპტომური ჩვენების მიხედვით ან დაწესებული გარკვეული პერიოდულობით განახორციელეთ ტბ და აივ-ზე სკრინინგი;

თ) აივ ინფიცირებული პერსონალი გადაიყვანეთ სამუშაოდ დაბალი ტბ რისკის პირობებში.

ამასთან, აივ ინფიცირებული პერსონალი არ უნდა მუშაობდეს ტბ საეჭვო და ტუბერკულოზის დადგენილი დიაგნოზის მქონე პაციენტებთან და უნდა იქნას გადაყვანილი დაბალი რისკის სამუშაო პირობებში. ამ ღონისძიებების გატარება აუცილებელია სტიგმატიზაციის თავიდან აცილება: ტესტირება, მკურნალობა და კონსულტირება უნდა განხორციელდეს სამედიცინო ეთიკისა და კონფიდენციალობის დაცვით.

დანართი 1.ინფექციური კონტროლის პრაქტიკული უზრუნველყოფა

1. სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები

სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტების მკურნალობა სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების დაცვით მიზნად ისახავს პაციენტების, მნახველების და ჯანდაცვის მუშაკების დაცვას სხვადასხვა ინფექციებისგან.

სტანდარტული უსაფრთხოების ზომებია:

- ხელის დაბანა და ანტისეპტიკა (ხელის ჰიგიენა)
- პერსონალური დამცავი მოწყობილობების გამოყენება სისხლთან, სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან, სეკრეტებთან და ექსკრემენტებთან მუშაობის დროს
- დაბინძურებულ თეთრეულთან და პაციენტის მოვლის სხვა საშუალებებთან სწორი მოპყრობა
- ნემსის ჩხვლეტის და ბასრი საგნებით დაზიანების პრევენცია
- გარემოს დასუფთავება და შხეფებთან სწორი მოპყრობა
- ნარჩენების უტილიზაცია

ხელის დაბანა და ანტისეპტიკა (ხელის ჰიგიენა)

ხელის სწორი ჰიგიენა მინიმუმამდე ამცირებს მიკროორგანიზმების რაოდენობას, რომლებიც ხელზე ხვდება ყოველდღიური საქმიანობის და სისხლთან, სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან, სეკრეტთან, ექსკრემენტებთან, დაბინძურებულ მოწყობილობებთან და ზედაპირებთან კონტაქტის დროს. ხელის დასაბანად ან დეკონტამინაციისთვის გამოიყენეთ ჩვეულებრივი საპონი ან ხელის დასამუშავებელი სპირტის შემცველი ანტისეპტიკური საშუალებები.

დაიბანეთ ხელი (ან ჩაიტარეთ ხელების დეკონტამინაცია):

- სისხლთან, სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან, სეკრეტებთან, ექსკრემენტებთან, დაბინძურებულ მოწყობილობებთან და ზედაპირებთან ყოველი კონტაქტის შემდეგ
- სხვადასხვა პაციენტებთან კონტაქტის ეპიზოდებს შორის
- ერთი და იგივე პაციენტზე სხვადასხვა მანიპულაციებს/პროცედურებს შორის, რათა თავიდან ავიცილოთ სხეულის სხვადასხვა ნაწილის ჯვარედინი კონტამინაცია
- დაუყოვნებლივ ხელთათმანის მოხსნისას

პერსონალური დამცავი მოწყობილობები

პერსონალური დამცავი მოწყობილობების გამოყენება ქმნის ფიზიკურ ბარიერს და იცავს ხელებს, თვალებს, თმას და ფეხსაცმელებს მიკროორგანიზმებით დაბინძურებისგან, რითაც ხელს უშლის მათ გადაცემას სხვა პაციენტებზე და ჯანდაცვის მუშაკებზე.

პერსონალური დამცავი მოწყობილობებია:

- ხელთათმანები
- დამცავი სათვალე
- პირბადე
- წინსაფარი
- ხალათი
- ბახილები
- ქუდი

პერსონალური დამცავი მოწყობილობები უნდა გამოიყენოს:

- ჯანდაცვის მუშაკმა, რომელსაც პირდაპირი კონტაქტი აქვს პაციენტთან და რომელიც მუშაობს ისეთ გარემოში, რომ შესაძლებელია ჰქონდეს კონტაქტი სისხლთან და სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან, სეკრეტებთან და ექსკრემენტებთან;
- დამხმარე პერსონალმა, როგორიცაა სანიტარი, დამლაგებელი, მრეცხავი ისეთ სიტუაციებში, როდესაც შესაძლებელია, რომ ჰქონდეთ კონტაქტი სისხლთან და სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან, სეკრეტებთან და ექსკრემენტებთან;
- ლაბორატორიის მუშაკებმა;
- პაციენტის ოჯახის წევრებმა, რომლებიც უვლიან პაციენტს და იმყოფებიან ისეთ გარემოში, რომ შესაძლებელია ჰქონდეს კონტაქტი სისხლთან და სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან, სეკრეტებთან და ექსკრემენტებთან.

პერსონალური დამცავი მოწყობილობების გამოყენების პრინციპები

პერსონალური დამცავი მოწყობილობების გამოყენება ამცირებს (მაგრამ 100%-ით არ გამორიცხავს) ინფიცირების რისკს. მნიშვნელოვანია, რომ მოხდეს მათი ეფექტურად და სწორად გამოყენება ყოველთვის, როდესაც შესაძლებელია გვქონდეს კონტაქტი პაციენტის სისხლთან და სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან. აუცილებელია, რომ პერსონალური დამცავი მოწყობილობები მუდმივად იყოს ხელმისაწვდომი

სამედიცინო დაწესებულებაში. ასევე, მნიშვნელოვანია შესაბამისი ტრეინინგების ჩატარება მათი სწორად გამოყენების შესახებ. პერსონალმა უნდა იცოდეს, რომ პერსონალური დამცავი მოწყობილობების გამოყენება არ ანაცვლებს ინფექციური კონტროლის ძირითად ზომებს, როგორიცაა ხელის ჰიგიენა.

პერსონალური დამცავი მოწყობილობების გამოყენების ძირითადი პრინციპებია:

- პერსონალური დამცავი მოწყობილობების შერჩევა უნდა მოხდეს ექსპოზირების რისკის შესაბამისად. ჯანდაცვის მუშაკმა უნდა შეაფასოს, იმყოფება თუ არა სისხლთან, სხვა ქსოვილოვან სითხეებთან, სეკრეტებთან და ექსკრემენტებთან ექსპოზირების რისკის ქვეშ და აღნიშნული რისკის შესაბამისად მოახდინოს პერსონალური დამცავი მოწყობილობების შერჩევა.
- მოერიდეთ ნებისმიერ კონტაქტს დაბინძურებულ (გამოყენებულ)პერსონალურ დამცავ მოწყობილობებთან, ზედაპირებთან და ტანსაცმელთან.
- დაბინძურებული (გამოყენებული) პერსონალური დამცავი მოწყობილობები მოათავსეთ სპეციალურ ურნებში ან პაკეტებში და გაიტანეთ დაწესებულების შიდა რეგულაციის შესაბამისად
- არ გამოიყენოთ საერთო (ან ერთმანეთს არ გაუზიაროთ) პერსონალური დამცავი მოწყობილობები
- გამოიცვალეთ პერსონალური დამცავი მოწყობილობები და კარგად დაიბანეთ ხელი ყოველი პაციენტის გასინჯვის შემდეგ

ხელთათმანები

- გამოიყენეთ ხელთათმანები (არასტერილური), როდესაც ეხებით სისხლს, ქსოვილოვან სითხეებს, სეკრეტებს, ექსკრემენტებს ან ლორწოვან გარსებს.
- გამოიცვალეთ ხელთათმანები სხვადასხვა პაციენტებთან კონტაქტის დროს.
- გამოიცვალეთ ხელთათმანები ერთი და იგივე პაციენტზე სხვადასხვა მანიპულაციის/პროცედურის ჩატარების დროს, რათა თავიდან ავიცილოთ სხეულის სხვადასხვა ადგილების ჯვარედინი კონტამინაცია.
- დაუყოვნებლივ მოიხსენით ხელთათმანები ყოველი გამოყენების შემდეგ და ყოველი შემდგომი პაციენტის ნახვამდე.
- დაუყოვნებლივ დაიბანეთ ხელი ხელთათმანების მოხსნის შემდეგ.
- ხელის დასაბანად გამოიყენეთ ჩვეულებრივი საპონი ან ხელის დასამუშავებელი სპეციალური ანტისეპტიკური საშუალებები.

– დაუშვებელია ერთჯერადი ხელთათმანების ხელმეორედ გამოყენება. გამოყენებული ხელთათმანების უტილიზაცია უნდა მოხდეს დაწესებულების შიდა განაწესის მიხედვით.

ნიღაბი

– გამოიყენეთ ნიღაბი, რათა დაიცვათ პირისა და ცხვირის ღრუს ლორწოვანი გარსები ისეთი პროცედურების/მანიპულაციების დროს, როდესაც წარმოიქმნება სისხლის და სხვა ქსოვილოვანი სითხეების, სეკრეტების და ექსკრემენტების შხეფები.
– გამოიყენეთ ქირურგიული და არა დოლბანდის ნიღბები. განსხვავებით დოლბანდის ნიღბისაგან, ქირურგიული ნიღაბი არ ატარებს სითხეს.
– დაუშვებელია ერთჯერადი ნიღბის ხელმეორედ გამოყენება. გამოყენებული ნიღბების უტილიზაცია უნდა მოხდეს დაწესებულების შიდა განაწესის მიხედვით.

დამცავი სათვალე

– გამოიყენეთ დამცავი სათვალე, რათა დაიცვათ თვალის ლორწოვანი გარსები ისეთი პროცედურების/მანიპულაციების დროს, როდესაც წარმოიქმნება სისხლის და სხვა ქსოვილოვანი სითხეების, სეკრეტების და ექსკრემენტების შხეფები.
– თუ სათვალე ერთჯერადია, მისი უტილიზაცია უნდა მოხდეს დაწესებულების შიდა განაწესის მიხედვით.
– თუ სათვალე მრავალჯერადი მოხმარებისთვის არის განკუთვნილი, მოახდინეთ მისი დეკონტამინაცია მწარმოებლის ინსტრუქციის მიხედვით.

ხალათი და წინსაფარი

– გამოიყენეთ ხალათი (არასტერილური), რათა დაიცვათ კანის საფარველი და თავიდან აიცილოთ ტანსაცმლის დაბინძურება ისეთი პროცედურების/მანიპულაციების დროს, როდესაც წარმოიქმნება სისხლის და სხვა ქსოვილოვანი სითხეების, სეკრეტების და ექსკრემენტების შხეფები. უმჯობესია წყალგაუმტარი ხალათის გამოყენება.
– რაც შეიძლება სწრაფად გაიხადეთ დაბინძურებული ან სველი ხალათი.
– აიფარეთ წინსაფარი ხალათზე სისხლის და სხვა ქსოვილოვანი სითხეების, სეკრეტების და ექსკრემენტების ექსპოზირებისგან თავის დასაცავად.

- მრავალჯერადი მოხმარების ხალათები და წინსაფრები უნდა გაირეცხოს სამრეცხაოში დაწესებულების შიდა განაწესის შესაბამისად.
- დაუშვებელია ერთჯერადი ხალათის და წინსაფრის ხელმეორედ გამოყენება. გამოყენებული ხალათების და წინსაფრების უტილიზაცია უნდა მოხდეს დაწესებულების შიდა განაწესის მიხედვით.

ქუდი და ბახილები

- გამოიყენეთ ქუდი და ბახილები, როდესაც არსებობს პაციენტის სისხლის და სხვა ქსოვილოვანი სითხეების, სეკრეტების და ექსკრემენტების თმაზე ან ფეხსაცმელებზე შეშხეფების, შესხმის ან გაჟონვის საშიშროება.
- მრავალჯერადი მოხმარების ქუდები და ბახილები უნდა გაირეცხოს სამრეცხაოში დაწესებულების შიდა განაწესის შესაბამისად.
- დაუშვებელია ქუდის და ბახილების ხელმეორედ გამოყენება. გამოყენებული ქუდების და ბახილების უტილიზაცია უნდა მოხდეს დაწესებულების შიდა განაწესის მიხედვით.

პაციენტის მოვლის საშუალებები

- სისხლით და სხვა ქსოვილოვანი სითხეებით, სეკრეტებით და ექსკრემენტებით დაბინძურებულ პაციენტის მოვლის საშუალებებს მოეპყარით ფრთხილად, რათა ექსპოზირებისგან დაიცვათ კანი, ლორწოვანი გარსები, ტანსაცმელი და გარემო.
- დარწმუნდით, რომ პაციენტის მოვლის ყველა მრავალჯერადი საშუალების გაწმენდა და დამუშავება ხდება შესაბამისი წესების დაცვით.

თეთრეული

- სისხლით და სხვა ქსოვილოვანი სითხეებით, სეკრეტებით და ექსკრემენტებით დაბინძურებულ თეთრეულის ტრანსპორტირება და დამუშავება უნდა მოხდეს სიფრთხილით.
- დარწმუნდით, რომ არ ხდება სითხის გაჟონვა თეთრეულიდან სხვა ზედაპირებზე.

ნემსის ჩხვლეტის და ბასრი საგნებით დაზიანების პრევენცია

- ნემსების, სკალპელების და სხვა ბასრი საგნების გამოყენებისას გამოიჩინეთ განსაკუთრებული სიფრთხილე, რათა თავიდან აიცილოთ კანის დაზიანება.

- ერთჯერადი მოხმარების ნემსები, შპრიცები, სკალპელის პირები და სხვა ბასრი საგნები გამოყენების შემდეგ მოათავსეთ სპეციალურ თავსახურიან კონტეინერში. კონტეინერი უნდა იყოს მყარი, რომ ნემსებმა და ბასრმა საგნებმა არ დააზიანოს. კონტეინერი უნდა მდებარეობდეს ისეთ ადგილზე, სადაც ხდება აღნიშნული საგნების გამოყენება.
- მრავალჯერადი მოხმარების ბასრი ინსტრუმენტების გაწმენდისას გამოიჩინეთ განსაკუთრებული სიფრთხილე.
- დაუშვებელია ნემსის გადაღუნვა ან თავსახურის წამოცმა.
- ბასრი საგნების დეზინფექცია და/ან განადგურება უნდა მოხდეს ეროვნული სტანდარტების ან გაიდლაინების შესაბამისად.

ნარჩენების უტილიზაცია

- დაუშვებელია სამედიცინო დაწესებულებაში ნარჩენების უკონტროლოდ და ხანგრძლივი ვადით დაყოვნება, შენახვა ან ბრუნვა.
- დაწესებულების ადმინისტრაციამ უნდა შეიმუშავოს ნარჩენების უტილიზაციის სისტემა და განახორციელოს მუდმივი მონიტორინგი.

2. დამატებითი უსაფრთხოების ზომები

სამედიცინო დაწესებულებაში დამატებითი უსაფრთხოების ზომების გატარება ხდება სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების პარალელურად და შეესაბამება ინფექციის გადაცემის გზებს. დამატებითი უსაფრთხოების ზომები განკუთვნილია ჰაერის, წვეთოვანი და კონტაქტური გზით გადამდები დაავადებების პრევენციისათვის.

ჰაერის გზით გადამდები დაავადებების უსაფრთხოების ზომები

აღნიშნული უსაფრთხოების ზომების გატარების მიზანია ჰაერის გზით გადამდები დაავადებების გადაცემის შემცირება. დაავადება გადაეცემა ჰაერის გზით, როდესაც ჰაერში იფრქვევა 5 მიკრონზე ნაკლები ზომის ინფიცირებული წვეთები. ჰაერში გაფრქვეული წვეთები შრება და წარმოიქმნება პატარა ნაწილაკები, რომლებიც შესაძლებელია ჰაერში დარჩეს ხანგრძლივად, განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც ხდება მათი მტვრის ნაწილაკებთან შეერთება. ჰაერის გზით გადაეცემა შემდეგი დაავადებები: ფილტვის აქტიური ტუბერკულოზი, წითელა, ჩუტყვავილა, შავი ჭირის ფილტვის ფორმა და ჰემორაგიული ცხელება პნევმონიით.

ჰაერის გზით გადამდები დაავადებების პრევენციისთვის უნდა გატარდეს უსაფრთხოების შემდეგი ზომები:

- სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების გატარება
- პაციენტის მოთავსება განცალკევებით, უარყოფითი წნევის ოთახში. ოთახიდან ჰაერის გადინება უნდა ხდებოდეს შენობის გარეთ ან უნდა გაიაროს სპეციალური ფილტრები სანამ ცირკულირდება დაწესებულების სხვა ნაწილებში
- ოთახის კარი უნდა იყოს დახურული
- ნებისმიერ ადამიანს, რომელიც შევა ოთახში, უნდა ეკეთოს სპეციალური, მაღალი ფილტრაციის ნიღაბი (N95 რესპირატორი)
- მინიმუმამდე უნდა შემცირდეს პაციენტის გაყვანა ოთახიდან
- პაციენტის ოთახიდან გაყვანის შემთვევაში პაციენტს უნდა ეკეთოს ქირურგიული ნიღაბი, რაც შეამცირებს ინფიცირებული წვეთების ჰაერში გამოფრქვევას

წვეთოვანი გზით გადამდები დაავადებების უსაფრთხოების ზომები

წვეთოვანი გზით გადაეცემა: პნევმონია, ყივანახველა, დიფტერია, B ტიპის გრიპის ვირუსი, ყბაყურა და მენინგიტი. დაავადების წვეთოვანი გზით გადაცემა ხდება, როდესაც დაავადებული ადამიანი ჰაერში აფრქვევს 5 მიკრონზე მეტი ზომის ინფიცირებულ წვეთებს ხველის, დაცემინების ან საუბრის დროს. ინფიცირებული წვეთების ჰაერში გაფრქვევა ასევე შეიძლება მოხდეს სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციის დროს, როგორიცაა, მაგალითად, ტრაქეის ამოტუმბვა.

წვეთოვანი გზით გადამდები დაავადებების პრევენციისთვის უნდა გატარდეს უსაფრთხოების შემდეგი ზომები:

- სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების გატარება
- პაციენტის მოთავსება ცალკე პალატაში (ან ერთ პალატაში იმავე ინფექციის მქონე პაციენტთან)
- ქირურგიული ნიღბის გამოყენება ინფიცირებულ პაციენტთან 1-2 მეტრის რადიუსში
- ტრანსპორტირებისას პაციენტმა უნდა გამოიყენოს ქირურგიული ნიღაბი
- წვეთოვანი გზით გადამცემი ინფექციების პრევენციისთვის ჰაერის სპეციალური დამუშავება და ვენტილაცია არ არის საჭირო

კონტაქტური გზით გადამდები დაავადებების უსაფრთხოების ზომები

კონტაქტური გზით გადაეცემა მულტი-რეზისტენტული მიკროორგანიზმებით კოლონიზაცია ან ინფექცია, ენტერული და კანის ინფექციები.

კონტაქტური გზით გადამდები დაავადებების პრევენციისთვის უნდა გატარდეს უსაფრთხოების შემდეგი ზომები:

- სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების გატარება
- პაციენტის მოთავსება ცალკე პალატაში (ან ერთ პალატაში იმავე ინფექციის მქონე პაციენტთან)
- გამოიყენეთ ახალი, არასტერილური ხელთათმანები პალატაში შესვლის დროს
- ჩაიცვით ახალი, არასტერილური ხალათი პალატაში შესვლის დროს
- მინიმუმამდე შეამცირეთ პაციენტის პალატიდან გაყვანა და ტრანსპორტირება

პაციენტების განთავსება და ტრანსპორტირება

პაციენტების განთავსება

პაციენტების შესაბამისი და სელექტიური განთავსება მნიშვნელოვანია სამედიცინო დაწესებულებაში ინფექციების გადაცემის პრევენციისთვის. პაციენტების განთავსების ძირითადი პრინციპებია:

<u>საწოლებს შორის დაშორება</u>

მრავალსაწოლიან პალატებში საწოლებს შორის ოპტიმალური დაშორება 1-2 მეტრია, რაც ამცირებს ჯვარედინი კონტამინაციის/ინფიცირების რისკს პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტით ან წვეთოვანი გზით.

<u>ერთსაწოლიანი პალატები</u>

ერთსაწოლიანი პალატები ამცირებს ინფექციის გადაცემის რისკს, პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტის გზით, ინფიცირებული პაციენტიდან სხვა პაციენტებზე. შემლებისდაგვარად, ერთსაწოლიან პალატაში უნდა იყოს ხელსაბანი, ტუალეტი და აბაზანა.

სელექტიური განთავსება

იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო დაწესებულებას არა აქვს (ან არ არის თავისუფალი) ერთსაწოლიანი პალატები, უნდა მოხდეს ინფიცირებული პაციენტების სელექტიური განთავსება გამომწვევი მიროორგანიზმების მიხედვით ანუ შესაძლებელია ერთი და იმავე ინფექციის მქონე პაციენტების ერთად მოთავსება პალატაში.

როდესაც პაციენტების სელექტიური განთავსება ხდება ეპიდაფეთქების დროს, ის პალატა ან პალატები, სადაც განთავსდებიან ინფიცირებული პაციენტები, უნდა იყოს მკვეთრად გამოყოფილი და დაშორებული იმ პალატებისგან და ადგილებისგან, სადაც სხვა პაციენტები იმყოფებიან.

პაციენტების ტრანსპორტირება

იზოლირებული პალატებიდან პაციენტების გადაადგილება და ტრანსპორტირება უნდა შევამციროთ მინიმუმამდე, რათა თავიდან ავიცილოთ მიკროორგანიზმების გავრცელება დაწესებულების სხვა ადგილებში. თუ პაციენტის ტრანსპორტირება გარდაუვალია, უნდა გატარდეს შესაბამისი უსაფრთხოების ზომები, რაც შეამცირებს მიკროორგანიზმების გადაცემას სხვა პაციენტებზე, ჯანდაცვის მუშაკებზე და გარშემო საგნებზე. მაგალითად, თუ გადაგვყავს ფილტვის აქტიური ტუბერკულოზის მქონე პაციენტი, აუცილებელია, რომ მას ეკეთოს ქირურგიული ნიღაბი ტრანსპორტირების სრულ მონაკვეთში.

დანართი 2. რისკის შეფასების ფორმა

შეფასება ჩატარდა ---------- წლისთვის

1. ქვეყანაში დადასტურებული ტბ შემთხვევების სრული რაოდენობა ----------

2. ქვეყანაში რეზისტენტული ტბ შემთხვევების სრული რაოდენობა ----------

3. ასაკობრივი სტატისტიკა:

ასაკობრივი ჯგუფი				
დადასტურებული ტბ შემთხვევები				

4. სხვა ეროვნული სტატისტიკა ----------

5. დადასტურებული ტუბერკულოზის შემთხვევები თქვენს დაწესებულებაში მომართვით მოსულ პაციენტებში ----------

6. მე-6 პუნქტის მაჩვენებელი გაყავით პირველი პუნქტის მაჩვენებელზე და გაამრავლეთ 100-ზე, მიღებული პასუხი (პროცენტში) გაძლევთ ინფორმაციას იმის შესახებ თუ ქვეყნის მასშტაბით ტბ პაციენტების რა წილი მიმართავს თქვენს დაწესებულებას სამედიცინო მომსახურებისთვის

7. რა რაოდენობით ტბ პაციენტი მიმართავს წლის მანძილზე თქვენს დაწესებულებას სამედიცინო მომსახურებისთვის ----------

დანართი 3. სამედიცინო დაწესებულებებში ტბ ტრანსმისიის რისკის კლასიფიკაცია

გარემო	**დაბალი რისკი**	**საშუალო დონის რიკი**	**პოტენციური მიმდინარე ტრანსმისია**
სტაციონარული <200 საწოლი	< 3 პაციენტი/წელიწადში	≥ 3 პაციენტი/წელიწადში	
სტაციონარული ≥ 200 საწოლი	<6 პაციენტი/წელიწადში	≥ 6 პაციენტი/წელიწადში	
ამბულატორიული	< 3 პაციენტი/წელიწადში	≥ 3 პაციენტი/წელიწადში	
ტბ მკურნალობის კომპონენტით	ა) ლატენტური ტბ პაციენტები ბ) ტრიაჟის გარემო გ)ტბ აეროზოლის არწარმომქმნელი პროცედურები	ბ) აქტიური ტბ პაციენტები გ) დაბალი რისკის სხვა კრიტერიუმების დაუკმაყოფილებლობა	გარემოსგან დამოუკიდებელი კრიტერიუმი *
ლაბორატორიები	*M.tuberculosis*-ზე მანიპულაციებს ადგილი არ აქვს	*M.tuberculosis*-ზე მანუპულაციებს ადგილი აქვს	
სკრინინგის რეკომენდაცია			
პერსონალის ძირითადი ორსაფეხურიანი TST და BAMT**	დიახ	დიახ	
სამედიცინო პერსონალის სერიული TST და BAMT **	არა	წელიწადში ერთხელ	
M.tuberculosis-ით ინდ. დაუცველად ექსპოზირებული პერსონალის TST და BAMT	დიახ - ყოველი ზემოქმედების შემდეგ და უარყოფითი ტესტის შემთხვევაში, განმეორებითი ტესტი ზემოქმედებიდან 8-10 კვირის თავზე		

*პოტენციური ტრანსმისიის კლასიფიკატორი წარმოადგენს გარემოსგან დამოუკიდებელ მახასიათებელს და ის ტარდება პერსონალის სპეციფიკურ ჯგუფსა ან სპეციფიკურ სამედიცინო დაწესებულებაზე, სადაც აშკარა მონაცემებია მუდმივი ტრანსმისიის შესახებ, რისკის დონე შეიძლება განისაზღვროს როგორც საშუალო და გატარდეს საშუალო რისკის შესაბამისი ინტერვენცია. პოტენციური ტრანსმისიის პირობებში, პერსონალის სკრინინგი ტარდება 8-10 კვირაში ერთხელ ინფექციის კონტროლის მექანიზმების სრულყოფამდე.

**სამედიცინო პერსონალს უტარდება ძირითადი ორსაფეხურიანი ტესტირება კანის ტუბერკულინის სინჯით (TST) ან სისხლის ტესტით ტუბერკულოზის გამომწევევზე (BAMT) მაშინაც კი, როცა დაწესებულება დაბალი რისკის კატეგორიას მიეკუთვნება. სკრინინგი შეიძლება არ შეეხოს იმ პერსონალს, რომელიც არასდროს არის კონტაქტში ინფექციის სავარაუდო წყაროსთან (მაგალითად, სატელეფონო ოპერატორს). სამედიცინო პერსონალი, რომლის საქმიანობა არ არის დაკავშირებული პაციენტებთან და ტბ კლინიკურ მასალასთან კონტაქტთან არ საჭიროებს სერიული სკრინინგის პროგრამაში ჩართვას. სკრინინგის სიხშირე შეიძლება ადაპტირებული იქნას დაწესებულებაში რისკის კალკულაციაზე დაყრდნობით.

დანართი 4. პაციენტებში ტუბერკულოზის ადრეული გამოვლენის კითხვარი

ისტორია/სიმპტომები		დიახ	არა	არ ვიცი
1.	გაქვთ ხველა, რომელიც 2 კვირაზე მეტია გრძელდება?			
2.	უჩივით უმადობას?			
3.	უჩივით წონაში კლებას დიეტის გარეშე?			
4.	გაქვთ ცხელება და ღამის ოფლიანობა?			
5.	გაქვთ სისხლიანი ნახველი?			
6.	გრძნობთ საერთო სისუსტეს?			
7.	ყოფილხართ მანტუს ტესტით დადებითი?			
8.	გქონიათ ცვლილებები ფილტვის რენტგენოგრამაზე?			
9.	ჩაგიტარებიათ ნახველის ტესტირება ტუბერკულოზზე?			
10.	გიავადმყოფიათ ტუბერკულოზით?			
11.	გიმკურნალიათ ტუბერკულოზზე?			
12.	გქონიათ მჭიდრო კონტაქტი ტუბერკულოზით დაავადებულთან?			
შემფასებლის კომენტარი:				
აღნიშნეთ ტბ ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები, რომელთაც გამოიყენებთ და დაუსვით თარიღი და დრო:				
ერთჯერადი ნიღაბი				
სეპარირება/იზოლირება				
ერთჯერადი ცხვირსახოცებით/ნიღბით მომარაგება და ინსტრუქცია				
პაციენტის ოთახზე შესაბამისი ნიშნის განთავსება				

შემფასებლის ხელმოწერა:	თარიღი:

დანართი 5. ეჭვით ტუბერკულოზზე პაციენტების რეგისტრაციის ფორმა

თარიღი	ხველა> 2 კვირაზე მეტი	სხვა სიმპტომები (წ/ს/ღო)*	დაწესებულებაში შესვლისას იდენტიფიცირება (დიახ/არა)**	ნახველის აღების მოთხოვნის დრო	ნაველის აღების დრო	ნახველია ბაქტეორიოსკოპიაზე გაგაზავნი დრო	ბაქტერიოსკოპიის შედეგების მიღების დრო	შედეგები	მკურნალობის დაწყების დრო
[i] სხვა სიმპტომები: წ= წონაში კვლება, ს=სიცხე, ღო=ღამით ოფლიანობა									
[ii] **დაწესებულებაში შესვლისას არაიდენტიფიცირებულად ითვლება პაციენტი, რომლის შემთხვევაშიც ეს სიმპტომები დადგინდა პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში შესვლიდან გარკვეული პერიოდის შემდგე, მაგალითად, ექიმ-სპეციალისტთან კონსულტაციისას.**									
[iii] შედეგები: ტუბერკულოზის დიაგნოზი დადასტურდა=TB, ტუბერკულოზის დიაგნოზი არ დადასტურდა=არა TB, პაციენტი არ გამოცხადდა ტუბერკულოზის დიაგნოზის დასადასტურებლად (მაგ. რეფერალით)=NS									

ინფორმაციის წყარო: ტუბერკულოზზე საეჭვო პაციენტების შეფასების ფორმაში აღნიშნული ინფორმაციის შეფასება/ ან ასეთი ფორმის არ არსებობის შემთხვევაში, პაციენტების სამედიცინო ჩანაწერების შეფასება.

თუ დაწესებულებას უკვე აქვს განსაზღვრული შიდა სტანდარტი, თუ რა დრო იხარჯება სტანდარტულად ამ პროცედურებზე, ყოველი ახალი პაციენტის დაყოვნების დროის შეფასება უნდა შედარდეს ამ სტანდარტთან.

[i] Global Tuberculosis Report, 2013.World Health Organization, 2013

[ii] Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe, 2014. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe, 2013

[iii] ჯანმრთელობის დაცვა. სტატისტიკური ცნობარი 2012. დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი.