



საქართველოს მეცნიერებათა ეროვნული აკადემია

ქართული ენციკლოპედიის ი. აბაშიძის სახელობის მთავარი სამეცნიერო რედაქცია

ინვაზიური დაავადებები

ინვაზიური დაავადებები, პ ა რ ა ზ ი ტ უ ლ ი და ა ვ ა დ ე ბ ე ბ ი, ცხოველური პარაზიტების შეჭრით გამონვეული დაავადებები.

სამედიცინო პარაზიტოლოგია შეისწავლის პარაზიტის აგებულების თავისებურებებს, მის სასიცოცხლო ციკლს და იყოფა სამედ. პროტოზოოლოგიად და სამედ. ჰელმინთოლოგიად, რ-ებიც, შესაბამისად, შეისწავლიან ადამიანში გავრცელებულ უმარტივესებსა და ჭიებს. არანაკლები მნიშვნელობა აქვს ცხოველურ ორგანიზმებსაც, რ-ებიც ფეხსახსრიანებში არიან გაერთიანებული. ზოგიერთი მათგანი დაავადების გამომწვევია, ზოგი – პარაზიტული და ინფექციური დაავადების გადამტანი.

ს ა ქ ა რ თ ვ ე ლ ო შ ი გავრცელებული ი. დ-იდან, როგორც არის ამებიები, ლამბლიოზი, ტოქსოპლაზმოზი, ფასციოლოზი, ტენიოზი, ექინოკოკოზი, ტრიქინელოზი და ა.შ., თავისი მძიმე მიმდინარეობით და გავრცელების სიხშირით, გამოირჩევა ლეიშმანიოზი და ექინოკოკოზი.

ლეიშმანიოზი ტრანსმისიული პროტოზოული დაავადებაა. ფართოდაა გავრცელებული ტროპ. და სუბტროპ. ზონის ქვეყნებში, ძირითადად აფრიკაში, ინდოეთში, ხმელთაშუა - ზღვის, ევროპისა და ამერიკის ქვეყნებში. მსოფლიოს 88 ქვეყანაში ლეიშმანიოზი ენდემური დაავადებაა.

ცნობილია ადამიანის ლეიშმანიოზის სამი ფორმა: კანის ლეიშმანიოზი (*Leishmania tropica* და *Leishmania mexicana*), კან-ლორწოვანის ლეიშმანიოზი (*Leishmania braziliensis*) და შინაგანი ორგანოების – ვისცერული ლეიშმანიოზი (*Leishmania donovani*)

ანუ კალააზარი. ლეიშმანიოზების გამომწვევები პარაზიტული თვისების მქონე უმარტივესებია. მათი გადამტანები კი არის მცირე ზომის მწერები, მოსკიტები – ფლებოტომუსები. ადამიანი ავადდება ლეიშმანიებით (*Leishmania*) ინფიცირებული მოსკიტის კბენით. დაავადების ძირითადი რეზერვუარი ძაღლისებრთა ოჯახის (ძაღლი, ტურა, მელა, მგელი) სახეობებია.

საქართველოში გავრცელებულია ლეიშმანიოზის ორი ფორმა: კანის ლეიშმანიოზი და ვისცერული ლეიშმანიოზის ხმელთაშუა ზღვის ფორმა, რ-საც დამატებით ბავშვთა ლეიშმანიოზსაც უწოდებენ (*Leishmaniosis infantum*) და ახასიათებს ბუნებრივი კერობრიობა, ტრანსმისიულობა, მკვეთრად გამოხატული სეზონურობა. ვისცერული ლეიშმანიოზის პირველი 4 შემთხვევა აღწერილია 1913. სავარაუდოდ, ეს იყო პირველი ცნობები მთელ კავკასიის რეგიონში ამ დაავადებაზე. 1954-ისთვის აღმ. საქართველოში აღირიცხა ვისცერული ლეიშმანიოზის 540 შემთხვევა. 1995–2013 წლებში საქართველოში დაფიქსირდა ვისცერული ლეიშმანიოზის 2375 შემთხვევა, 2011–13 წლებში – 337, რთაგან 6 დასრულდა ლეტალურად. 2014 წელს – მხოლოდ 46, 2015 წელს – 68, 2016 წელს კი – 53 შემთხვევა.

დაავადების შემთხვევების მატება დაკავშირებულია მისი ძირითადი რეზერვუარის – ძაღლების რაოდენობის ზრდასთან, თუმცა ეს პროცესი აღინიშნება მრავალ სხვა ქვეყანაშიც, მ. შ. ევროპის სამხრეთში, რაც გლობალური დათბობის პრობლემებს უკავშირდება და რამაც გადამტანებით გამომწვეული დაავადებების მატება გამოიწვია. კერების მიხედვით თბილისში გამოკვეთილი იყო სამი რაიონი – მთაწმინდა, ვაკე და კრწანისი – ანუ მთისპირა და ტყისპირა რაიონები, სადაც მანანწალა ძაღლები აფარებენ თავს. თუმცა ბოლო წლებში დაავადება გავრცელდა მარცხ. სანაპიროს რაიონებშიც (განსაკუთრებით ისან-სამგორსა და ნაძალადევში), რაც იმაზე მიუთითებს, რომ დაავადებული ცხოველები – ძაღლები და გადამტანი მწერები – ფლებოტომუსები მეტნაკლებად თბილისის ყველა რაიონში გვხვდება.

2013 ვისცერული ლეიშმანიოზი, გარდა თბილისისა, კიდევ 17 მუნიციპალიტეტის (მცხეთა, რუსთავი, გარდაბანი, მარნეული, თეთრი წყარო, ბოლნისი, გორი, კასპი, ქარელი, თელავი, საგარეჯო, გურჯაანი, სიღნაღი, ყვარელი, ლაგოდეხი, ახმეტა, ქუთაისი) ტერიტორიაზე დაფიქსირდა.

ბოლო წლებში ლეიშმანიოზის კერა დაფიქსირდა დას. საქართველოშიც, კერძოდ, ქუთაისში. ქვეყნის დას. ნაწილში ლეიშმანიოზის გადამტანები არ ბინადრობდნენ, მაგრამ ბოლო წლებში მათი გავრცელების არეალი გაფართოვდა, რამაც გამოიწვია ქ. ქუთაისში ვისცერული ლეიშმანიოზის კერის ჩამოყალიბება.

ლეიშმანიის გადაცემა ხდება დაინფიცირებული მდედრი ფლებოტომუსის კბენით. ფლებოტომუსი მცირე ზომის სისხლმწოვი მწერია, რ-იც ბუდიდან შორს არ დაფრინავს. გამრავლებისათვის საჭირო პირობებს მოსკიტები პოულობენ ცხოველთა ბუნაგებში, გამოქვაბულებში, მღრღნელების სოროებში, კლდის ნაპრალებში, ხის ფულუროებში, შენობების ბზარებში, დაჩრდილულ ნაგვის გროვებში, ნიადაგში. ინფიცირდებიან დაავადებული ცხოველის სისხლის წოვის დროს. დაინფიცირებული მწერის კბენისას პარაზიტი გადადის ჯანმრთელი ადამიანის სისხლში ან ცხოველის ორგანიზმში და ასნებოვნებს მას.

საკვების ანუ სისხლის მოსაპოვებლად ფლებოტომუსი საღამოს ან ღამის საათებში დაფრინავს. მათი ცხოველქმედება ივნის-აგვისტოს ემთხვევა.

დაავადების გავრცელებაში წამყვანი ფაქტორია ძაღლები (როგორც მანანწალა, ასევე - სახლის). ახალგაზრდა ცხოველში დაავადება სწრაფად მიმდინარეობს და ხშირად სიკვდილით მთავრდება, ზრდასრულ ძაღლში კი დაავადების კლინიკა წაშლილია; აღინიშნება უსიმპტომო მტარებლობაც. ვისცერული ლეიშმანიოზით დაავადებული ძაღლების მკურნალობის ეფექტური საშუალება ჯერჯერობით არ არსებობს, ამიტომ ეპიდემიოლოგიური საშიშროების გამო ძაღლი ექვემდებარება ევთანაზიას. ადამიანებში ვისცერული ლეიშმანიოზის საინკუბაციო პერიოდი 20 დღიდან 1 წლამდეა, საშუალოდ 3-5 თვე. დაავადებისათვის ზოგადად დამახასიათებელია მაღალი ტემპერატურა, მოთენთილობა, ადინამია, სიფერმკრთალე, უმადობა, ელენთისა და ღვიძლის გადიდება, ანემია. სპეციფიკური მკურნალობის გარეშე ავადმყოფი შეიძლება დაიღუპოს. ვისცერული ლეიშმანიოზის დიაგნოზი ეფუძნება კლინიკურ სურათს და ანამნეზურ მონაცემებს.

ადამიანიდან ადამიანზე ვისცერული ლეიშმანიოზი არ გადადის.

საქართველოში კანის ლეიშმანიოზის სპორადული შემთხვევები ძირითადად ფიქსირდება მცხეთის მუნიციპალიტეტში. იგი ხასიათდება შედარებით მსუბუქი მიმდინარეობით და მწერის (ფლებოტომუსის) ნაკბენი ადგილის დანყლულებით. შეჭრის ადგილას პარაზიტი ხვდება ადგილობრივი შემაერთებელი ქსოვილის უჯრედებში, სადაც რჩება 1 წლამდე. საინკუბაციო პერიოდი რამდენიმე დღიდან 4 კვირამდეა. კანის ლეიშმანიოზის დროული მკურნალობის შემდეგ უხეში ნაწიბური არ რჩება.

საქართველოში კანის ლეიშმანიოზის ერთ-ერთ რეზერვუარად მიჩნეულია მაჩვები. ლეიშმანიის დიაგნოსტიკისთვის აუცილებელია პარაზიტის იდენტიფიკაცია სისხლისა და ქსოვილის ნაცხებში. ასევე გამოიყენება სხვა დიაგნოსტიკური საშუალებები, მაგალითად, იმუნოლოგიური სინჯები. ავადმყოფს უნიშნავენ სპეციფ. ანტილეიშმანიოზურ პრეპარატს.

ლეიშმანიოზის კონტროლისა და პროფილაქტიკისათვის აუცილებელია:

1. ლეიშმანიოზით დაავადებულ ადამიანთა დროული გამოვლენა და მკურნალობა;
2. ინფექციის რეზერვუარის კონტროლი, რაც გულისხმობს ინფიცირებული ცხოველების გამოვლენას, მათ მკურნალობას ან ევთანაზიას, მოხეტიალე ძაღლების პოპულაციის რეგულირებას;
3. ბრძოლა მოსკიტებთან, რაც, პირველ რიგში, გულისხმობს უკანონო ნაგავსაყრელების ლიკვიდაციას და ინსექტიციდებით დამუშავებას;
4. საგანმან. მუშაობა მოსახლეობაში, განსაკუთრებით მცირეწლოვანი ბავშვების მშობელთა შორის.

ადამიანის ჰიდატიდოზის (ექინოკოკოზის) გამომწვევია Echinococcus-ის გვარის ორი ყველაზე მნიშვნელოვანი სახეობა – ექინოკოკის სოლიტერი Echinococcus granulosus), რიც ინვესს ბუშტუკოვან ექინოკოკოზს, და ალვეოკოკის სოლიტერი (Echinococcus multilocularis), რიც ინვესს ალვეოლურ ექინოკოკოზს. უფრო ხშირად გვხვდება დაავადების ბუშტუკოვანი ფორმა.

საქართველოში 2014 წელს აღინიშნა ექინოკოკის 62 შემთხვევა. 2015 წელს – 45, 2016 წელს – 108.

ზრდასრული ექინოკოკი მიეკუთვნება ყველაზე მცირე ზომის თასმა ჭიებს, რ-თა სიგრძე 2–8 მმია. სტრობილა (სხეული) შედგება სამი ან ოთხი პროგლოტიდისაგან. ბინადრობს შინაური და მტაცებელი ცხოველების (ძაღლის, მგლის, ტურას, მელიის, აფთრის) ნაწლავებში, რ-ებიც ექინოკოკის კვერცხებს ფეკალურ მასებთან ერთად გამოყოფენ და გარემოს აბინძურებენ. ადამიანისთვის დაავადების ძირითადი წყარო ძაღლია. ექინოკოკის კვერცხი დიდხანს ძლებს ძაღლის ბენჯზე, საოჯახო ნივთებზე, წყალში, საკვებში, ხილზე, მწვანილზე, ბალახზე, ნიადაგში. ბალახთან ერთად ხვდება შუალედური მასპინძლის (ცხვარი, - მსხვილფეხა რქოსანი საქონელი, ღორი) კუჭ-ნაწლავში და ექინოკოკოზით აავადებს. დაბინძურებული საკვების (ბოსტნეული, მწვანილი, კენკრა), ხელებისა და წყლის საშუალებით ექინოკოკის კვერცხები ხვდება ადამიანის საჭმლის მომწელებელ ტრაქტშიც. ადამიანისა და ცხოველის კუჭ-ნაწლავში მოხვედრილი კვერცხის გარსი ირღვევა და იქიდან ჩანასახი (ონკოსფერო) გამოდის 6 კაუჭით და აქტიური მოძრაობის უნარით. ის იჭრება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კედლებში და სისხლის ნაკადის მეშვეობით – ღვიძლსა ან ფილტვებში, უფრო იშვიათად კი სხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში (თავის ტვინი, ელენთა, თირკმელი, კუნთები, ძვლები) აღწევს, სადაც ვითარდება პარაზიტის ცისტური (ბუშტუკოვანი) სტადია (ჰიდატიდური ცისტა). ჰიდატიდური ცისტა შეიცავს სითხეს და ათასობით შვილეულ ბუშტუკს, რ-ებშიც, თავის მხრივ, მოთავსებულია ჩანასახოვანი პროტოსკოლექსი (სხეულის წინა ნაწილი, ანუ მისამაგრებელი ორგანო). თუ ძაღლმა ან რომელიმე მტაცებელმა ექინოკოკით დაავადებული ცხოველის ორგანო შეჭამა, მის

ნაწლავში განვითარდება ექინოკოკის სოლიტერი. ეს პათოლოგია საქართველოშიც არის გავრცელებული. ბუშტუკოვანი ექინოკოკი მიმდინარეობს ღვიძლის დაზიანებით, ამასთან, ხშირად ლოკალიზებულია მარჯვენა წილში. იშვიათად ცისტა რამდენიმეა.

მეტად მნიშვნელოვანია დაავადების პროფილაქტიკა, რაც ტარდება ექინოკოკოზის კერებში.

ს ა ქ ა რ თ ვ ე ლ ო შ ი ი. დ-ის კვლევა დაიწყო 1913, როდესაც ბათუმში გაიხსნა მალარიის სანინააღმდეგო სადგური. შემდგომ ეტაპზე, ს. ვირსალაძის ინიციატივით და უშუალო ხელმძღვანელობით, თბილისში დაარსდა ტროპ. დაავადებათა სადგური, რ-ის ბაზაზეც 1924 შეიქმნა ტროპ. დაავადებათა ინ-ტი. მისი პირველი დირექტორი იყო ს. ვირსალაძე. შემდგომ ინ-ტის დირექტორები იყვნენ: ს. კანდელაკი, გ. მარუაშვილი (მისი ძალისხმევით მოხდა მალარიის, როგორც მასობრივი დაავადების და ანკილოსტომოზის ლიკვიდაცია საქართველოში), ი. თოფურია, ბ. ბარჯაძე, თ. ჩირგაძე, გ. ჭუბაბრია. ამჟამად, ინ-ტს ხელმძღვანელობს ნ. კოკაია.

თ. გოგიჩაძე

თ. ბენაიშვილი
