

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი  
ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის  
სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრი

მაია ცინცაძე

*აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა და მაღალი რისკის ქცევები  
საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში*

14.00.07 - ჰიგიენა

მედიცინის მეცნიერებათა კანდიდატის  
სამეცნიერო ხარისხის მოსაპოვებლად წარმოდგენილი

დ ი ს ე რ ტ ა ც ი ა

სამეცნიერო ხელმძღვანელები:

ნინო ვეფხვაძე, მედიცინის მეცნიერებათა  
დოქტორი, პროფესორი  
თენგიზ ცერცვაძე, პროფესორი

თბილისი

2006



## ს ა რ ჩ ე ვ ი

შესავალი.

თავი I. ლიტერატურის მიმოხილვა..

- 1.1. აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიოლოგია  
ძირითადი ტერმინები, ისტორიული ცნობები.  
დაავადების გავრცელება მსოფლიოში.  
დაავადების გავრცელება საქართველოში.  
აივ ინფექციის გადაცემის გზები.
- 1.2. აივ ინფექცია/შიდსის ეტიოპათოგენები, კლინიკური სპექტრი,  
დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ძირითადი მიმართულებები.
- 1.3. თანამედროვე მონაცემები მსოფლიოს პენიტენციურ სისტემაში  
აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობისა და რისკის ქცევების შესახებ.

თავი II. კვლევის მასალა და მეთოდები.

თავი III. საკუთარი გამოკვლევები - აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობისა და  
მაღალი რისკის ქცევების შესწავლა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში.

- 3.1. I ეტაპი - 1997-1998 წ.წ.
- 3.2. II ეტაპი - 1999-2000 წ.წ.
- 3.3. III ეტაპი - 2001-2002 წ.წ.
- 3.4. IV ეტაპი 2003-2005 წ.წ.

თავი IV.. მიღებული შედეგების შეფასება და განსჯა.  
დასკვნები.

პრაქტიკული რეკომენდაციები.

დანართი.

გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა.

## შ ე ს ა ვ ა ლ ი

### პრობლემის აქტუალობა

აივ ინფექცია/შიდსის პანდემია დღეს გლობალურ კრიზისად არის აღიარებული და თანამედროვე მედიცინის ერთ-ერთ უმწვავეს პრობლემას წარმოადგენს. სადღეისოდ აივ ინფექცია აქტუალურია საქართველოსთვისაც. მართალია, მსოფლიო სტატისტიკით საქართველო მიეკუთვნება აივ ინფექცია/შიდსის დაბალი პრევალენტობის ქვეყნებს (< 0.5%) და ამ ქვეყნებს შორისაც ერთ-ერთი ყველაზე ბოლო ადგილი უკავია მაგრამ, შიდსის ეპიდემიის კანონზომიერებიდან გამომდინარე, აივ ინფექცია/შიდსის რეგისტრირებული 880 შემთხვევის უკან დგას სავარაუდოდ 3500-მდე არარეგისტრირებული შემთხვევა. ეს კი ისეთი მცირერიცხოვანი ქვეყნისათვის, როგორც საქართველოა, უკვე საკმაოდ სოლიდური რიცხვია (4, 5, 103).

რამოდენიმე წლის წინ უცხოელი ექსპერტები ქვეყანაში არსებული ფაქტორების გათვალისწინებით გვაფრთხილებდნენ, რომ საქართველოს შიდსის ფართომასშტაბიანი ეპიდემია ემუქრებოდა. ეს განგაში განსაკუთრებით გაძლიერდა უკრაინასა და რუსეთში ბოლო დროს განვითარებული მოვლენების შემდეგ, სადაც ფაქტიურად ერთ წელიწადში აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევების რაოდენობამ ორჯერ და მეტად მოიმატა (11, 15, 17, 24, 78).

აივ ინფექცია/შიდსის მზარდი მაჩვენებლები სასჯელადსრულების დაწესებულებებში პატიმართა შორის მსოფლიოში თვალსაჩინოდ ადასტურებს, რომ პატიმართა და საპატიმროებში მომსახურე პერსონალის ჯანმრთელობის დაცვა უნდა იყოს საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სისტემის პრიორიტეტული ამოცანა, მით უმეტეს, რომ სასჯელადსრულების დაწესებულებები არ წარმოადგენენ სტრუქტურებს, რომლებიც მთლიანად იზოლირებულია სამყაროსაგან (8, 23, 29, 74).

საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პირველი შემთხვევების გამოვლინებისთანავე აქტუალური გახდა პენიტენციურ სისტემაში ეპიდემიოლოგიური

კვლევის ჩატარება აივ ინფექციის პრევალენტობის, რისკ-ფაქტორების და მაღალი რისკის ჯგუფების ქცევების შესწავლის მიზნით. აქტუალობა განპირობებულია იმ ფაქტით, რომ პატიმრები, მთლიანი მოსახლეობისაგან განსხვავებით, ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსით (აივ) ინფიცირების შედარებით მაღალი რისკის ქვეშ იმყოფებიან (4, 31, 112).

ფაქტორებს, რომლებიც ხელს უწყობენ აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელებას პენიტენციურ სისტემაში, წარმოადგენენ:

- სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ადგილი აქვს არალეგალურ და ჯანმრთელობისათვის სახიფათო ქცევების სტერეოტიპს, როგორცაა ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარება და ჰომოსექსუალიზმი;
- თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მყოფი პირების მნიშვნელოვანი ნაწილი ნარკოტიკის ინექციური გზით მოხმარებლები არიან;
- პატიმართა უმრავლესობა სოციალურად დაუცველი და ლტოლვილი მოსახლეობის ჯგუფის წარმომადგენელია, რომლებიც ყველაზე მეტად ავადდებიან სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით (სგგი), მათ შორის აივ ინფექცია/შიდსით და ტუბერკულოზით;
- გადავსებული ციხეები, არასრულფასოვანი საკვები, არადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები;
- თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მყოფი პირებისათვის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარება ნაკლებად ხელმისაწვდომია მთლიანი მოსახლეობისაგან განსხვავებით (16, 40, 112).

**კვლევის მიზანს** წარმოადგენდა აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობის შესწავლა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში და დაავადების გავრცელების კორელაციის განსაზღვრა რისკ-ფაქტორებსა და მაღალი რისკის ქცევებთან.

### **შრომის ამოცანები:**

1. საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში მყოფ პატიმართა ნებაყოფლობითი და ანონიმური ტესტირება აივ ინფექციაზე;
2. პატიმართა შორის მაღალი რისკის ქცევების, დემოგრაფიული მაჩვენებლების და ავადმყოფობის ისტორიის შესწავლა სპეციალურად შემუშავებული ანკეტის მონაცემების ანალიზით;
3. პატიმართა შორის აივ ინფექცია/შიდსზე ცოდნის დონის შეფასება სპეციალურად შემუშავებული ანკეტის მონაცემების ანალიზით;
4. თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში აივ ინფექციის გადაცემის ძირითადი გზების გამოვლენა და მისი კორელაცია რისკის ქცევებთან;
5. პენიტენციური სისტემისთვის აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების პროფილაქტიკური რეკომენდაციების შემუშავება.

### **ნაშრომის მეცნიერული სიახლე:**

თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ჩატარებული ეპიდკვლევის შედეგებზე დაყრდნობით:

1. შეფასდა საპატიმროებში შექმნილი ეპიდსიტუაცია საქართველოს მასშტაბით;
2. განისაზღვრა რისკის ქცევების კავშირი აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობასთან;
3. ეპიდემიის გავრცელების შეზღუდვის მიზნით შემუშავდა რეკომენდაციები, რომლებიც უზრუნველყოფენ პრევენციული ღონისძიებების მაქსიმალურად მიზანმიმართულ დაგეგმვას.

### **კვლევის შედეგების პრაქტიკული ღირებულება:**

თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიოლოგიური კვლევის ჩატარების შედეგად:

1. გამოვლინდა საპატიმროებში მყოფი აივ ინფიცირებული პირები და განხორციელდა მათზე დისპანსერული მეთვალყურეობა;

2. შესაძლებელი გახდა მაღალი რისკის ჯგუფის პირებთან კონტაქტის დამყარება (რაც თავისუფლების პირობებში გაძნელებულია) და მათთან სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებების ჩატარების გზით აივ ინფექციის ახალ შემთხვევათა თავიდან აცილება;
3. შემუშავდა მაღალი რისკის ჯგუფების პატიმართა ქცევის შეცვლის ყველაზე მისაღები გზები;
4. შესაძლებელი გახდა პატიმრებისა და მათთან მომსახურე პერსონალის ინფორმაციული უზრუნველყოფა;
5. ჩატარებული გამოკვლევის შედეგები და შემუშავებული რეკომენდაციები გადაეცა სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურს.

#### **ნაშრომის აპრობაცია:**

სადისერტაციო ნაშრომი განხილულია სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის საზოგადოებრივი ჯანდაცვის კათედრის სხდომაზე (ოქმი 11, 2006 წლის 20 თებერვალი).

გამოკვლევის მასალები მოხსენდა საერთაშორისო კონფერენციას – “აივ ინფექცია/შიდსი აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში” (საფრანგეთი, ქ. ანისი, 1999 წ.);

გამოკვლევის შედეგები გამოყენებულ იქნა:

- UNAIDS-ის სტრატეგიული დაგეგმვის პროექტის ფარგლებში საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის სიტუაციური ანალიზის შემუშავების დროს (თბილისი, 2000 წ.);
- UNAIDS/WHO-ს საერთაშორისო სემინარის «აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში აივ ინფექცია/შიდსის შეფასება და პროგნოზირება» მუშაობაში (ხორვატია, სიბენიკი, 2003 წ.);

- UNAIDS/WHO-ს საერთაშორისო სემინარის «აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში აივ ინფექცია/შიდსის შეფასება და პროგნოზირება» მუშაობაში (ყაზახეთი, ალმა-ათა, 2005 წ.).

#### **მიღებული შედეგების პუბლიკაცია:**

დისერტაციის თემაზე გამოქვეყნებულია 6 სამეცნიერო ნაშრომი.

#### **დისერტაციის მოცულობა და სტრუქტურა:**

სადისერტაციო ნაშრომი შესრულებულია ქართულ ენაზე, შეიცავს შესავალს, 4 თავს (თავი I – ლიტერატურის მიმოხილვა, თავი II – კვლევის მასალა და მეთოდები, თავი III – კვლევის შედეგები, თავი IV – მიღებული შედეგების განსჯა), დასკვნებს, პრაქტიკულ რეკომენდაციებს, ციტირებული ლიტერატურის ნუსხას, რომელიც შედგება 116 წყაროსაგან (მათ შორის 5 ქართული და 111 უცხოური). ნაშრომი მოიცავს კომპიუტერზე ნაბეჭდ 110 გვერდიან ტექსტს, ილუსტრირებულია 4 ცხრილით, 14 დიაგრამით, 12 სურათით.



## თ ა ვ ი I

# ლიტერატურის მიმოხილვა

### 1.1. აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიოლოგია

(ძირითადი ტერმინები, ისტორიული ცნობები, დაავადების გავრცელება მსოფლიოში და საქართველოში, გადაცემის გზები)

მსოფლიო აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიის განვითარების მესამე ათწლეულში შევიდა. შიდსის (შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი) პრობლემა კვლავ უმწვავესია მთელს მსოფლიოში და მიჩნეულია კაცობრიობისათვის ყველაზე დიდ საფრთხედ თერმობირთვული ომის შემდეგ. შიდსის ეპიდემიამ საოცარი სისწრაფით მოიგვა მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა კონტინენტი, ყველა ქვეყანა და დაამტკიცა, რომ იგი თანაბრად ემუქრება ყველას რასის, სქესის, ასაკის, ეროვნების, განათლებისა და სარწმუნოების მიუხედავად (75, 100).

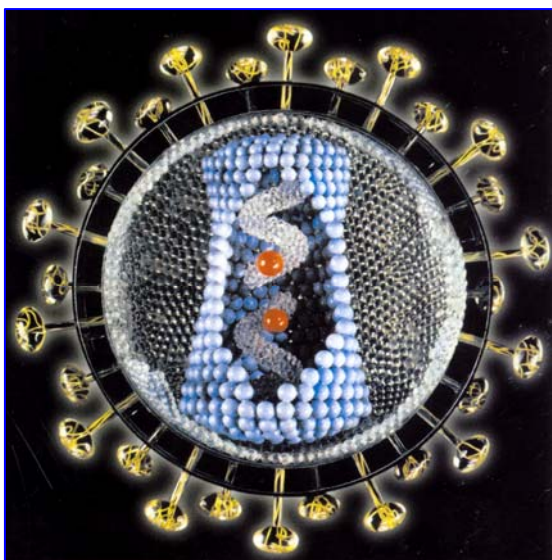
შიდსი ნელა პროგრესირებადი ინფექციური დაავადებაა. მას იწვევს ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (აივ). ვირუსი ადამიანის ორგანიზმში შეჭრის შემდეგ აზიანებს დამცველ-იმუნურ სისტემას და მწყობრიდან გამოჰყავს იგი, რის შედეგად ინფიცირებულ პირს ადვილად უჩნდება სხვადასხვა ინფექციური ან სიმსივნური დაავადება, როგორც წესი, სასიკვდილო შედეგით.

თანამედროვე კლასიფიკაციით, აივ ინფექცია ეწოდება დაავადებას ვირუსით ინფიცირების მომენტიდან სიცოცხლის ბოლომდე, ხოლო ტერმინით “შიდსი”, აღინიშნება აივ ინფექციის ბოლო სტადია, როდესაც ავადმყოფს უვითარდება დაავადების გარკვეული კლინიკური ნიშნები და/ან იმუნური სისტემის მძიმე დაზიანება (3, 26).

1982 წელს დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრმა (CDC) დაავადებათა რეესტრში შეიტანა ახალი დაავადება – *შემენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი*. შიდსი კლინიკურად პირველად აღწერეს ამერიკის შეერთებულ შტატებში 1981 წელს, როდესაც ჰომოსექსუალ მამაკაცთა შორის ზედიზედ იქნა

დიაგნოსტირებული იშვიათი დაავადებების – პნევმოცისტური პნევმონიისა და კაპოშის სარკომის რამდენიმე შემთხვევა. აღნიშნული დაავადებები მანამდე მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში იყო აღწერილი. ვინაიდან უცნობი მიზეზით გამოწვეული იმუნური სისტემის დარღვევები პირველად ჰომოსექსუალებში აღინიშნებოდა, თავიდან ამ დაავადებას “გეი-ასოცირებული იმუნოდეფიციტი” უწოდეს. შემდეგ გაირკვა, რომ ეს უცნობი სინდრომი შეიძლება ჰქონოდატ მოსახლეობის სხვა ჯგუფების წარმომადგენლებსაც. 1982 წელს გამოვლინდა პნევმოცისტური პნევმონიის შემთხვევები ჰემოფილიით დაავადებულ პაციენტებში და ბავშვებში, რომლებსაც შეუმოწმებელი სისხლი ჰქონდატ გადასხმული. ამ და სხვა შემთხვევებმა საზოგადოება დაარწმუნა, რომ აღნიშნული სინდრომი არ იყო მოსახლეობის მხოლოდ გარკვეული, ე. წ. მაღალი რისკის ჯგუფების დაავადება და რომ იგი თანაბრად ემუქრება ყველას.

1983 წელს შიდსის გამომწვევი ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (სურათი 1) თითქმის ერთდროულად იქნა აღმოჩენილი პარიზში (საფრანგეთი) პასტერის



ინსტიტუტში ლუკ მონტანიესა და ბეთესდაში (აშშ) კიბოს ნაციონალურ ინსტიტუტში რობერტ ჰალოს მიერ (105).

აივ-ის წარმოშობის შესახებ განსხვავებული ვერსიები არსებობს. ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ შიდსის გამომწვევი ვირუსი არ არის ახალი – იგი ხანგრძლივად არსებობდა ცენტრალური და დასავლეთ აფრიკის ზოგიერთ რეგიონში, მაგრამ გლობალურად გავრცელდა

მხოლოდ უკანასკნელ წლებში, რასაც, სხვა ფაქტორებთან

ერთად, ხელი შეუწყო აფრიკიდან იაფფასიანი სისხლის ექსპორტმა ამერიკისა და ევროპის სისხლის ბანკებში.

*სურათი 1. შიდსის ვირუსი*

ყველაზე გავრცელებული ვერსიის თანახმად, აფრიკის კონტინენტზე მცხოვრები მაიმუნების ზოგიერთ სახეობაში (მწვანე მაიმუნები, მაკაკები) ხანგრძლივი დროის მანძილზე ფართოდ იყო გავრცელებული შიდსის ვირუსის წინამორბედი, რომელიც არ იყო პათოგენური ადამიანისათვის. შემდგომში, მუტაციის ან/და სხვა ფაქტორების შედეგად, მაიმუნის ვირუსმა გადალახა სახეობრივი ბარიერი და გავრცელდა ადამიანებში. ამ ვერსიის სასარგებლოდ მეტყველებს ის ფაქტი, რომ ზემოაღნიშნულ მაიმუნებში აღმოჩენილია ე.წ. მაიმუნის იმუნოდეფიციტის ვირუსი (მივ), რომელიც მათში იწვევს შიდსის მსგავს დაავადებას. გარდა ამისა, ადამიანისა და მაიმუნისაგან გამოყოფილი ვირუსები საკმაოდ ჰგვანან ერთმანეთს გენეტიკური და ანტიგენური თვისებებით.

აღსანიშნავია, რომ შიდსის ვირუსი აღმოჩენილია ზაირის, უგანდის და ზოგიერთი სხვა აფრიკული ქვეყნის მცხოვრებთა 50-იან წლებში აღებული და შენახული სისხლის ნიმუშებში. 60-იან წლებში აფრიკაში აღწერილია ე.წ. „slim disease“, რომელიც კლინიკური ნიშნებით შიდსს მოგვაგონებს.

კიდევ ერთი ჰიპოთეზის მიხედვით, შიდსის ვირუსი ხელოვნურად შეიქმნა ამერიკის სამხედრო დანიშნულების ლაბორატორიებში, როგორც ბიოლოგიური იარაღი. ეს ვერსია განსაკუთრებით პოპულარული იყო ყოფილი საბჭოთა კავშირის ხელმძღვანელთა შორის. იგი თავიდანვე ნაკლებად დამაჯერებელი იყო, ამჟამად კი მთლიანად უარყოფილია (3, 26, 115).

### აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელება მსოფლიოში

გაეროს შიდსის პროგრამის (UNAIDS) მონაცემებით, აივ/შიდსის ეპიდემია კვლავ რჩება დინამიურ და მზარდი ხასიათის ეპიდემიად, რომელმაც საოცარი სისწრაფით მოიცივა მსოფლიოს პრაქტიკულად ყველა კონტინენტი. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმო) მონაცემებით, შიდსს მსოფლიოში სიკვდილიანობის მიზეზთა შორის მეოთხე ადგილი უკავია. მართალია, ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ხელმისაწვდომობამ და ეფექტურმა პროფილაქტიკურმა პროგრამებმა განაპირობეს

განვითარებულ ქვეყნებში მდგომარეობის სტაბილურობა, მაგრამ მთლიანად მსოფლიოში აივ ინფიცირებულთა რიცხვი განუხრელად იზრდება (82,114).

განვითარებად ქვეყნებში აივ ინფექციის გავრცელება მკვეთრად აღემატება განვითარებული ქვეყნების აივ-ით ავადობის მაჩვენებლებს. ამის ძირითადი მიზეზები შემდეგია:

- ქვეყანაში არსებული ტრადიციები;
- ქალთა უფლებების დარღვევა, მათზე განხორციელებული ძალადობა;
- აივ/შიდსზე განათლების და პრევენციის დაბალი დონე;
- მოსახლეობაში აივ/შიდსთან დაკავშირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია;
- მოსახლეობის საკონსულტაციო ცენტრებისადმი ხელმისაწვდომობის ნაკლებობა;
- კონფიდენციალურობის და ანონიმურობის დაცვის ნაკლებობა;
- რეპროდუქციულ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული პრობლემები;
- მაღალი რისკის ქვეყნის პირებისათვის შემუშავებული პროგრამების სიმცირე;
- აივ ინფიცირებულებისა და შიდსით დაავადებულების მხარდაჭერის პროგრამების ნაკლებობა და ა.შ.

შიდსი რეგისტრირებულია მსოფლიოს 216 ქვეყანაში. მათგან 41 ქვეყანაში აქვს გენერალიზებული ხასიათი, ხოლო 85 – კონცენტრირებულია მხოლოდ მაღალი რისკის ჯგუფებში (103, 114) (ცხრილი 1).

*ცხრილი 1.*

*მსოფლიოში აივ/შიდსის ეპიდემიის გავრცელების შეფასება*

	ეპიდემიის გავრცელების დონე	ქვეყნების რიცხვი
1	მაღალი (> 5%)	24
2	საშუალო (1-5%)	25
3	დაბალი (0.5-1%)	13
4	ძალიან დაბალი (< 0.5%)	64

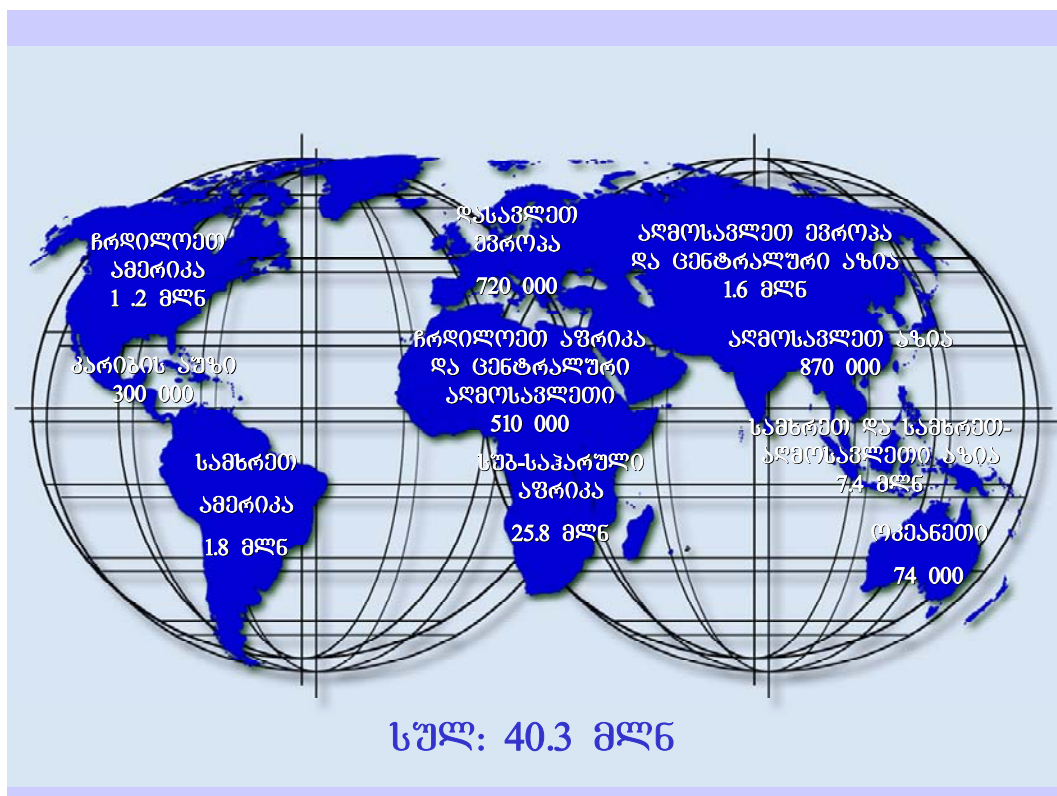
გაეროს შიდსის პროგრამის (UNAIDS) 2005 წლის მონაცემებით, მსოფლიოში ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე ინფიცირებულია 40,3 მილიონი ადამიანი (სურათი 2), მათ შორის:

- მოზრდილები - 38 მლნ,
- ქალები - 17.25 მლნ,
- ბავშვები <15წ - 2.3 მლნ.

ეპიდემიის დაწყებიდან დღემდე გარდაიცვალა 20 მილიონზე მეტი ადამიანი.

სურათი 2.

ავი ინფექცია/შიდსის გავრცელება მსოფლიოში



მსოფლიოში, სავარაუდოდ, ყოველდღიურად აღირიცხება აივ ინფიცირების 14 000 ახალი შემთხვევა. კერძოდ, შემთხვევათა

- 95% რეგისტრირდება საშუალო და დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში,
- დაახლოებით 2 000 არის ბავშვები 15 წლამდე, ხოლო 12 000 – მოზრდილები. მათ შორის შემთხვევათა თითქმის ნახევარს წარმოადგენენ ქალები და, რაც ყველაზე მნიშვნელოვანია, 50% შეადგენენ 15-დან 24 წლამდე ასაკის პირები.

მხოლოდ 2005 წელს დაინფიცირდა 4,9 მილიონი ადამიანი. მათ შორის:

- მოზრდილები - 4,2 მლნ
- ბავშვები <15წ - 700 000

2005 წელს გარდაიცვალა 3,1 მილიონი ადამიანი. მათ შორის:

- მოზრდილები - 2,6 მლნ,
- ბავშვები <15წ - 570 000.

აღსანიშნავია, რომ მსოფლიოში ინფიცირების ახალი შემთხვევების ნახევარი 15-დან 24 წლამდე ასაკზე მოდის. ამასთან, თუ ეპიდემიის დასაწყისში აივ ინფიცირებული მამაკაცების რაოდენობა მნიშვნელოვნად აღემატებოდა ინფიცირებული ქალების რაოდენობას, უკანასკნელ წლებში პროპორცია დაირღვა და 2002 წლიდან მსოფლიოში შიდსის ვირუსით ინფიცირებულთა თითქმის ნახევარი ქალებმა და გოგონებმა შეადგინეს. საყურადღებოა აივ ინფიცირებულ ორსულ ქალთა და ახალშობილთა რაოდენობის მზარდი დინამიკაც. ეს ტენდენცია განსაკუთრებით შესამჩვევია მსოფლიოს იმ რეგიონებში, სადაც დომინირებს აივ-ის გადაცემის ჰეტეროსექსუალური გზა. აივ ინფიცირებული ქალების წილი ასევე დიდია იმ ქვეყნებში, სადაც ეპიდემია კონცენტრირებულია მაღალი რისკის ჯგუფებში, როგორცაა ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებლები, პატიმრები და მოსახლეობის ის ნაწილი, რომელიც ხშირად გადაადგილდება (33, 37, 114).

აივ ინფიცირებულთა რაოდენობა ყველაზე მეტია აფრიკის კონტინენტზე. მართალია, სუბ-საჰარულ აფრიკაში დედამიწის პოპულაციის მხოლოდ 10% ცხოვრობს,

მაგრამ მსოფლიოში ყველა აივ ინფიცირებულთა 2/3 სწორედ ამ რეგიონზე მოდის (ცხრილი 2).

მხოლოდ 2005 წელს აღნიშნულ რეგიონში დაახლოებით 3,2 მლნ ადამიანი დაინფიცირდა აივ-ით, 2,4 მლნ კი გარდაიცვალა შიდსისაგან. განსაკუთრებული კრიზისია სუბსაჰარული აფრიკის ქვეყნებში, სადაც ეპიდემიამ გენერალიზებული ხასიათი მიიღო, ანუ აივ გავრცელებულია მთელს პოპულაციაში და არა მხოლოდ მაღალი რისკის ჯგუფის პირებში. სუბსაჰარული აფრიკის ქვეყნებში აივ ინფექციის გადაცემის ძირითადი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტებია (114).

ექსპერტების შეფასებით, აშშ-ში 2000 წლიდან ყოველწლიურად აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების დინამიკა ინარჩუნებს სტაბილურ ხასიათს (საშუალოდ 40 000 შემთხვევა), 2003 წელს კი აივ ინფიცირებულთა რიცხვმა გადააჭარბა 1 მილიონს. აივ-ის გადაცემის ძირითადი გზა (63%) ჰომოსექსუალური კონტაქტებია. თუმცა, ბოლო წლებში ჩატარებულმა გამოკვლევებმა გამოავლინა გადაცემის გზის სხვა ტენდენციებიც - ნარკოტიკების გამოყენება და ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები, განსაკუთრებით ქალებს შორის (56,88).

## აივ/შიდსის ეპიდემიის თავისებურებები მსოფლიოს სხვადასხვა

## რეგიონში 2005 წლის ბოლოსათვის

	რეგიონი	ეპიდემიის დასაწყისი (წ.)	მოზრდილები და ბავშვები აივ/შიდსით	ახალი შემთხვევები (2005 წ.)	პრევალენტობა მოზრდილ მოსახლეობაში (%)	შიდსით გარდაცვლილთა რაოდენობა
1	საჰარიდან სამხრეთ აფრიკამდე	70-იანის ბოლო 80-იანის დასაწ.	25.8 მლნ	3.2	7.2	2.4 მლნ
2	ჩრდილოეთ აფრიკა და ახლო აღმოსავლეთი	80-იანის ბოლო	510 000	67 000	0.2	58 000
3	სამხრეთი და სამხრეთ-აღმოსავლეთი აზია	80-იანის ბოლო	7.4 მლნ	990 000	0.7	480 000
4	აღმოსავლეთი აზია	80-იანის ბოლო	870 000	140 000	0.1	41 000
5	ჩრდილოეთ ამერიკა	80-იანის დასაწ.	1.2 მლნ	43 000	0.7	18 000
6	ლათინური ამერიკა	70-იანის ბოლო 80-იანის დასაწ.	1.8 მლნ	200 000	0.6	66 000
7	კარიბის აუზი	70-იანის ბოლო 80-იანის დასაწ.	300 000	30 000	1.6	24 000
8	აღმოსავლეთ ევროპა და ცენტრალური აზია	90-იანის დასაწ.	1.6 მლნ	270 000	0.9	62 000
9	დასავლეთი და ცენტრალური ევროპა	70-იანის ბოლო 80-იანის დასაწ.	720 000	22 000	0.3	12 000
10	ოკეანეთი	70-იანის ბოლო 80-იანის დასაწ.	74 000	8 200	0.5	3 600
	<b>სულ</b>		<b>40.3 მლნ</b>	<b>4,9 მლნ</b>	<b>1.1</b>	<b>3.1 მლნ</b>

უკანასკნელ წლებში აშშ-ში ინფიცირების ახალი შემთხვევების ნახევარი შეადგინა აფრო-ამერიკელმა მოსახლეობამ, რომელიც აშშ-ს მოსახლეობის 12%



შეადგენს. აივ-ის გავრცელების მაჩვენებელი აფრო-ამერიკელებში 11-ჯერ მეტია თეთრკანიან მოსახლეობასთან შედარებით. აშშ-ში ანტირეტროვირუსული პრეპარატების ხელმისაწვდომობამ შეამცირა შიდსით გამოწვეული სიკვდილიანობა (36, 37, 87).

კანადაში 2004 წლის ბოლოს რეგისტრირებული იყო 58 000 შემთხვევა. აივ ინფიცირების ძირითადი გზა ჰომოსექსუალური კონტაქტებია, შემთხვევათა 25% კი გამოწვეულია ნარკოტიკების ინექციური მოხმარებით (89).

ამერიკის კონტინენტზე, აშშ-ს შემდეგ, აივ ინფექცია ყველაზე ფართოდ ბრაზილიასა და მექსიკაში არის გავრცელებული. ამ ქვეყნებშიც დომინირებს აივ ინფექციის გავრცელება ნარკოტიკების ინექციური მოხმარების ან ჰომოსექსუალური კონტაქტების შედეგად. თუმცა, უკანასკნელ წლებში გაიზარდა ქალების ჰეტეროსექსუალური კონტაქტებით ინფიცირების შემთხვევები, რაც სპეციალისტების აზრით, გარკვეულწილად დაკავშირებულია სქესობრივი ცხოვრების ადრეულ ასაკში დაწყების ტენდენციასთან (35, 67).

დასავლეთ ევროპაში რეგისტრირებულია აივ ინფექციის ნახევარ მილიონზე მეტი შემთხვევა და ეს რიცხვი სტაბილურად მზარდი ხასიათისაა. აღსანიშნავია, რომ ამ რეგიონში მაღალია პედატიური შიდსის შემთხვევები (49).

აივ/შიდსის ყველაზე მეტი შემთხვევა აღრიცხულია ინგლისში, შემდეგ შვეიცარიაში, პორტუგალიასა და გერმანიაში. აივ/შიდსის გავრცელების მაღალი მაჩვენებლები დარეგისტრირდა ჰოლანდიაში, შვედეთში, საბერძნეთსა და საფრანგეთში. იტალიაში დაფიქსირდა აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების მნიშვნელოვანი ზრდა. კერძოდ, 1984-1995 წლებთან შედარებით 2000-2004 წლებში გამოვლენილ შემთხვევათა საერთო რაოდენობამ 2-ჯერ და მეტად მოიმატა. გამოვლენილ აივ ინფიცირებულთა 37% ქალია, 29% – ახალგაზრდები 30 წლამდე (49).

1990 წლიდან ესპანეთში ზიანის შემცირების პროგრამების ამოქმედებამ ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებელთა შორის შეამცირა აივ ინფექციის ახალი

შემთხვევები, თუმცა 2001 წელს კატალონიაში სწორედ ამ რისკ ჯგუფში გამოვლინდა აივ ინფექციის მაღალი მაჩვენებლები (67).

ცენტრალურ ევროპაში ეპიდემია ინარჩუნებს შეზღუდულ მასშტაბებს. ახალი შემთხვევების ნახევარზე მეტი მოდის პოლონეთსა და თურქეთზე, სადაც აივ-ის გადაცემის ძირითადი გზა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტებია უნგრეთის, ჩეხეთის და სლოვაკიის რესპუბლიკებისგან განსხვავებით, სადაც აივ შემთხვევების ძირითად მიზეზად ჰომოსექსუალური კონტაქტები სახელდება (58, 81).

აზიის კონტინენტზე რეგისტრირებულია აივ ინფექციის 8,3 მლნ. შემთხვევა. ეს რეგიონი დიდი ხნის მანძილზე აივ ინფექციისაგან თავისუფალ ზონად ითვლებოდა, ამჟამად კი, ახალი შემთხვევების გამოვლინების მხრივ, აზია ერთ-ერთ პირველ ადგილზე აღმოჩნდა. განსაკუთრებით შემაშფოთებელი სტატისტიკაა სამხრეთ (პირველ რიგში ჩინეთსა და ინდოეთში) და სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიაში. აივ-ის გადაცემის ძირითად გზას ჩინეთში ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება წარმოადგენს, ხოლო ინდოეთში, სადაც ექსპერტების შეფასებით 5,1 მლნ ადამიანია აივ ინფიცირებული – ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები (79, 114).

ეპიდემია ძალას იკრებს აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებშიც. უკანასკნელ წლებში მსოფლიოში აივ ინფექციის ყველაზე სწრაფი აღმავლობა სწორედ ამ რეგიონში დაფიქსირდა. 2005 წელს აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევებმა ამ რეგიონში 1,6 მლნ-ს მიაღწია. სპეციალისტების შეფასებით, ბოლო ათი წლის განმავლობაში შემთხვევების რიცხვი თითქმის 20-ჯერ გაიზარდა და მათი 75% 30 წლამდე ასაკის მოსახლეობამ შეადგინა (80, 50).

აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში აივ ინფექციის მნიშვნელოვანი წილი მოდის რუსეთის ფედერაციასა და უკრაინაზე, თუმცა დაავადების ახალი შემთხვევების მზარდი მაჩვენებლები დაფიქსირდა ბელორუსიაში, მოლდოვასა და ყაზახეთში (9, 12, 50, 68).

რუსეთის ფედერაციაში 2004 წლის ბოლოს ოფიციალურად რეგისტრირებული იყო დაახლოებით 300 000 შემთხვევა. აივ შემთხვევათა 80% ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებლებში გამოვლინდა (11, 14,46).

ამავე დროს, ნარკოტიკების მოხმარებელთა უმრავლესობა ეწევა უწყესრიგო სქესობრივ ცხოვრებას, არ იყენებს თავდაცვის საშუალებებს. თუ ეპიდემია პირველად კონცენტრირებული იყო ინექციურ ნარკომანებში, ბოლო პერიოდში დაიწყო სწრაფი გავრცელება კომერციულ სექს-მუშაკებსა და მათ პარტნიორებს შორის (45, 50).

უკრაინაში, ექსპერტების შეფასებით, აივ-ის პრევალენტობა 1,4%-ია და წარმოადგენს ევროპის რეგიონებს შორის ყველაზე “დაზარალებულ” ქვეყანას. ყოველწლიურად ახალი შემთხვევები სტაბილურად იზრდება. 2004 წელს გამოვლენილი შემთხვევები 25%-ით აღემატება 2003 წლის მონაცემებს (15, 59).

ეპიდემია მზარდ ხასიათს ინარჩუნებს ბალტიისპირეთის ქვეყნებშიც, თუმცა აივ ინფექციის პრევალენტობა აქ დაბალია. ყველაზე ბევრი შემთხვევა რეგისტრირებულია ესტონეთში - დაახლოებით 5 000 (113).

აღსანიშნავია, რომ სისხლის გზით გადამდებ ინფექციებზე დონორთა სკრინინგის პროგრამების დანერგვამ ეფექტური შედეგი გამოიღო - ბევრ ქვეყანაში აღინიშნება სისხლისა და მისი პროდუქტების გადასხმის გზით ინფიცირების შემთხვევათა შემცირების ტენდენცია.

აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში აივ ინფიცირების მიზეზებია:

- 61% – ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება,
- 24% – ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები,
- 0,3% – ჰომო- /ბისექსუალური კონტაქტები.

აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების ძირითადი გზა ამ რეგიონში ინექციური ნარკომანიაა, თუმცა სულ უფრო იზრდება აივ-ის ჰეტეროსექსუალური ტრანსმისიის შემთხვევები. აღნიშნულის გათვალისწინებით, სახეზეა რისკის ჯგუფის პირებიდან შიდსის ვირუსის გავრცელების ტენდენცია მოსახლეობის ფართო ფენებში.

ამიერკავკასიაში (სომხეთი და აზერბაიჯანი) აივ/შიდსი ინარჩუნებს გავრცელების დაბალ მაჩვენებლებს, მაგრამ ექსპერტები ამ რეგიონში არ გამოორიცხავენ ეპიდემიის მკვეთრ ზრდას (10, 114).

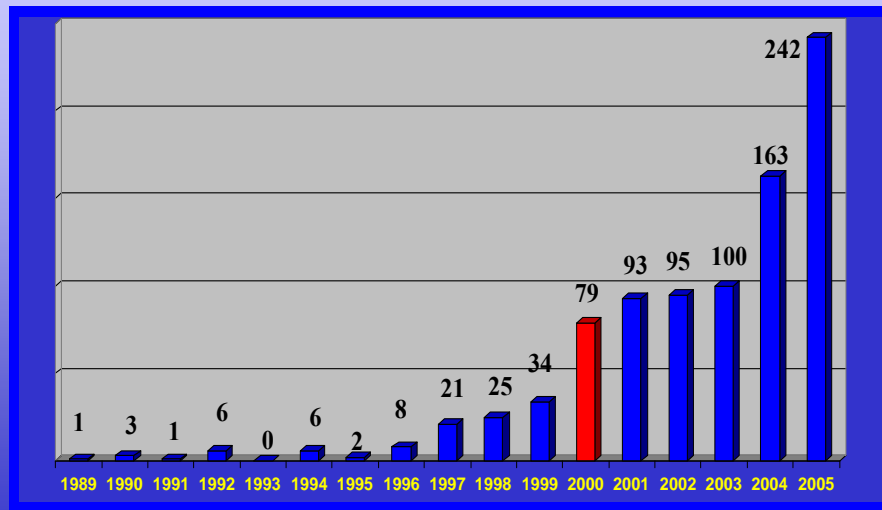
### აივ ინფექციის გავრცელება საქართველოში

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის განმარტებით, ქვეყანაში აივ ინფექცია/შიდსის *გენერალიზებული ეპიდემია* ითვლება იმ შემთხვევაში, თუ აივ/შიდსის გავრცელება ორსულებში 1% აღემატება. *კონცენტრირებულია ეპიდემია*, როდესაც ქვეყანაში აივ-ის გავრცელება რომელიმე სუბ-პოპულაციაში (მაგალითად, ინექციური ნარკომანები, ტუბერკულოზით დაავადებულები, სექს-მუშაკები და ა.შ.) 5% აღემატება. *დაბალი გავრცელებისაა ეპიდემია* – როდესაც აივ-ის გავრცელება რომელიმე სუბ-პოპულაციაში 5%-ზე დაბალია. ამ მაჩვენებლების მიხედვით, საქართველო მიეკუთვნება აივ ინფექცია/შიდსზე დაბალი პრევალენტობის მქონე ქვეყნებს (20,37,76).

საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პირველი შემთხვევა გამოვლინდა 1989 წელს (3). ამჟამად მკაფიოდ შეინიშნება ახალ შემთხვევათა სტაბილური ზრდის ტენდენცია. მართალია, 2000 წელს მოხდა აივ ინფექციის რეგისტრირებული შემთხვევების გაორმაგება (1999 წლის 34 შემთხვევასთან შედარებით 2000 წელს გამოვლინდა 79 ახალი შემთხვევა), მაგრამ შემდეგ წლებში მსგავსი მზარდი ნახტომები აღარ დაფიქსირებულა (დიაგრამა 1).

დიაგრამა 1.

**საქართველოში აივ ინფექციის შემთხვევათა  
დინამიკა წლების მიხედვით**



უკანასკნელ პერიოდში რუსეთსა და უკრაინაში აივ ინფექცია/შიდსით დაავადებულთა რაოდენობა მკვეთრად გაიზარდა. კერძოდ, ერთ წელიწადში აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევების რაოდენობამ ორჯერ და მეტად მოიმატა, რამაც უცხოელ ექსპერტებს საფუძველი შეუქმნა, საქართველოში არსებული ფაქტორების გათვალისწინებით, ეწინასწარმეტყველებინათ შიდსის ფართომასშტაბიანი ეპიდემიის გავრცელების საშიშროება.

უცხოელი ექსპერტების პროგნოზი არ ეფუძნებოდა მხოლოდ მეზობელ ქვეყნებში შექმნილი ვითარების საქართველოსა და ზოგადად კავკასიის ქვეყნებზე შესაძლო გავლენის ანალიზს (22,24). ასეთი განცხადებების საფუძველს ქვეყნის შიგნით მოქმედი მთელი რიგი ფაქტორებიც იძლეოდა, კერძოდ:

- ინექციური ნარკომანიის ფართო გავრცელება და საერთო შპრიცების გამოყენება;
- არასახარბიელო ეპიდსიტუაცია საქართველოს მეზობელ ქვეყნებში შიდსის თვალსაზრისით;
- მოსახლეობის მაღალი მიგრაცია, ტურიზმის და ბიზნესის განვითარება;
- სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მაღალი პრევალენტობა;

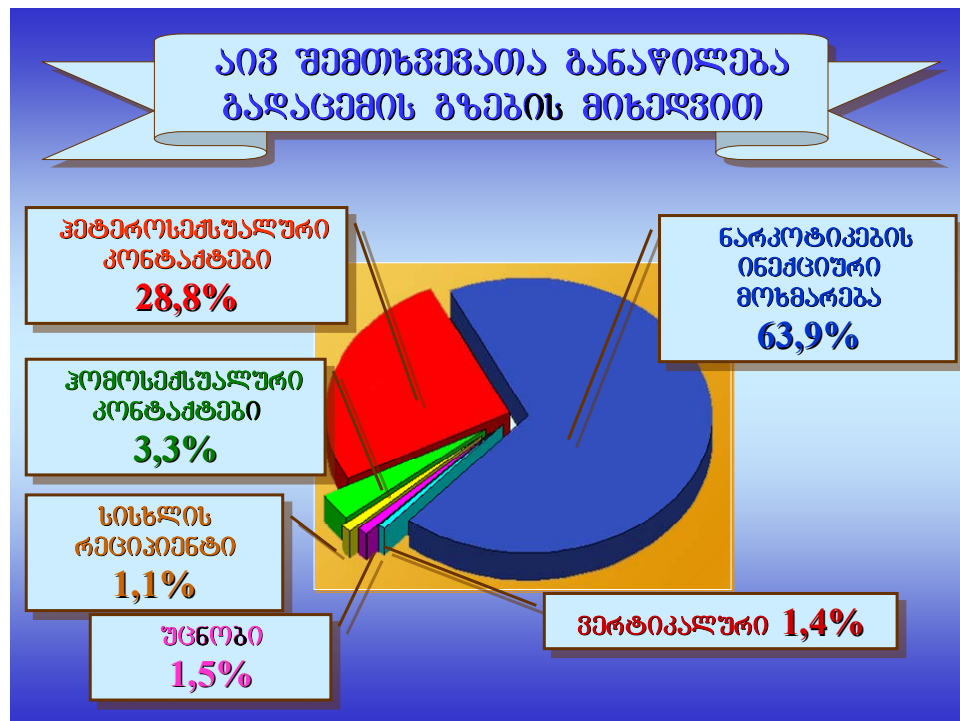
- ერთჯერადი სამედიცინო ინსტრუმენტების, სადეზინფექციო და სასტერილიზაციო საშუალებათა ნაკლებობა;
- სამედიცინო პერსონალის არასაკმარისი უნარ-ჩვევები ინფექციათა გადაცემის პროფილაქტიკის საკითხებთან დაკავშირებით;
- პრეზერვატივებზე ტრადიციულად დაბალი მოთხოვნილება და/ან მათი არასისტემატიური მოხმარება;
- შიდსის შესახებ მოსახლეობის ინფორმირებულობის დაბალი დონე.
- შიდსთან ასოცირებული სტიგმა და დისკრიმინაცია(1,2,4).

ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის (შემდგომში შიდსის ცენტრი) 2005 წლის მონაცემებით, საქართველოში ოფიციალურად რეგისტრირებულია აივ-ით ინფიცირების 880 შემთხვევა, მათ შორის 42%-ს განუვითარდა შიდსი, 191 გარდაიცვალა. გამოვლენილი შემთხვევების რიცხვი არ ასახავს საქართველოში აივ/შიდსის გავრცელების რეალურ სურათს. საერთაშორისო და ადგილობრივი ექსპერტების პროგნოზით, სავარაუდოდ აივ ინფიცირებულთა რიცხვი 3 500-ზე მეტია.

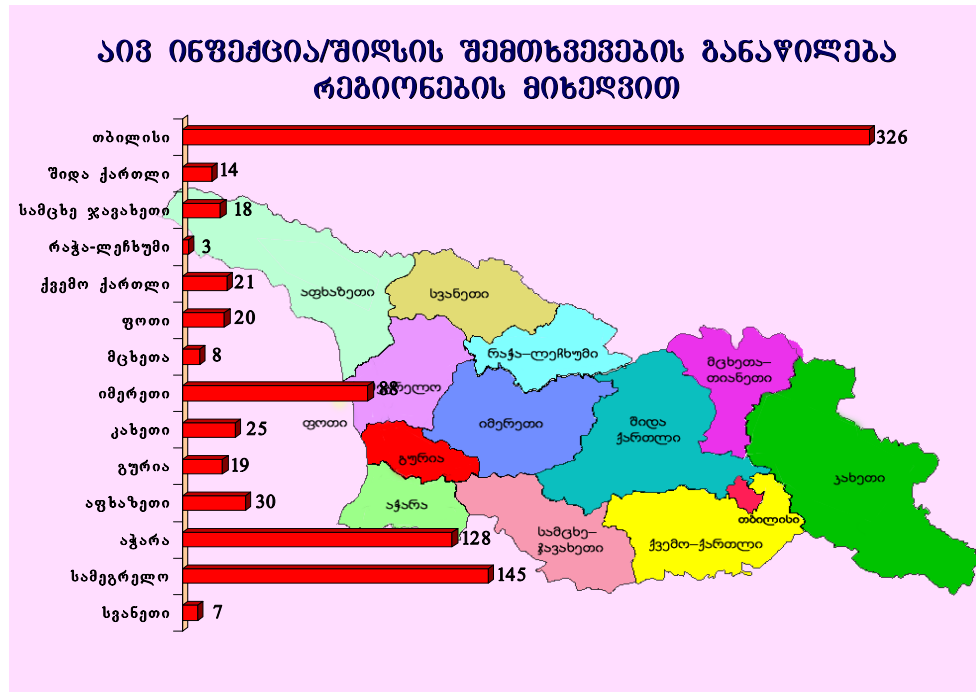
გამოვლენილ ინფიცირებულებში აღინიშნება დისპროპორცია სქესთან მიმართებაში. კერძოდ, აივ ინფიცირებული/შიდსით დაავადებულ მამაკაცთა და ქალთა თანაფარდობა შეადგენს 4:1.

საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელების თავისებურებანი ისეთივეა, როგორც აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში. შიდსის გავრცელების უპირველეს რისკ-ჯგუფს ნარკოტიკის ინექციური გზით მომხმარებლები წარმოადგენენ (99).

რეგისტრირებულ შემთხვევათა განაწილება აივ-ის გადაცემის გზების მიხედვით შემდეგია: 63.9% ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელია, 28.8% დაინფიცირდა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტით, 3.3% – ჰომო/ბისექსუალური კონტაქტით, 1.4%-ს ვირუსი გადაეცა ვერტიკალური გზით, 1.1% – აივ ინფიცირებული სისხლის გადასხმით, 1.5%-ში ინფიცირების გზა დაუდგენელია (დიაგრამა 2).



აივ ინფიცირების ყველაზე მეტი შემთხვევა რეგისტრირებულია თბილისში (326 შემთხვევა), შემდეგ სამეგრელოში (145), აჭარაში (128), იმერეთში (88), აფხაზეთში (30), კახეთში (25), ფოთში (20), ქვემო ქართლში (21), გურიაში (19), სამცხე-ჯავახეთში (18), შიდა ქართლში (14). (სურათი 3) სხვა რეგიონებში რეგისტრირებულია ერთეული შემთხვევები. გამოვლინდა უცხოეთის 26 მოქალაქე, მათგან 16 დაბრუნდა თავიანთ ქვეყანაში.



საქართველოში ოფიციალურად რეგისტრირებული აივ/შიდსის შემთხვევათა 83% შემოტანილი ინფექციაა, ანუ პიროვნების დაინფიცირება მოხდა საქართველოს ფარგლებს გარეთ (ძირითადად უკრაინასა და რუსეთში). დანარჩენი 15.5% კი უკვე შემოტანილი ინფექციის ქვეყნის შიგნით გავრცელების შედეგია, პირველ რიგში ინფიცირებულების მეუღლეებსა და სქესობრივ პარტნიორებზე. აღნიშნულის გათვალისწინებით, სავარაუდოა, რომ საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემია ახლა იწყებს ძალების მოკრევას.



### აივ ინფექციის გადაცემის გზები

აივ ინფექციის წყაროს წარმოადგენს აივ ინფიცირებული ან შიდსით დაავადებული ადამიანი, როგორც დაავადების უსიმპტომო პერიოდში, ასევე კლინიკური სურათის გაშლის შემდეგ.

აივ აღმოჩენილია ადამიანის მთელ რიგ ბიოლოგიურ სითხეებში. მას განსაკუთრებით მაღალი კონცენტრაციით შეიცავს სისხლი, სპერმა, ვაგინალური სეკრეტი, თავზურგტვინის სითხე, დედის რძე (3,98, 115).

შიდსის ვირუსის გადაცემა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული ისეთ ფაქტორებზე, როგორც არის:

- ვირუსის რაოდენობა,
- ვირუსის ვირულენტობა,
- მასპინძელი ორგანიზმის მიმღებლობა.

აივ ინფიცირებული პირიდან ინფექციის გადაცემის რისკი ყველაზე მაღალია ინფიცირებიდან რამდენიმე კვირის განმავლობაში და შემდეგ, დაავადების პროგრესირებისას.

#### შიდსის ვირუსი გადაეცემა:

- სქესობრივი კონტაქტით, როგორც ჰეტერო-, ისე ჰომოსექსუალური - ვაგინალური, ანალური, ორალური;
- პარენტერალური გზით - აივ ინფიცირებული სისხლის ან მისი ცალკეული კომპონენტების გადასხმით; აივ ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული შპრიცის, ნემსის და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენების შემთხვევაში;
- ვერტიკალურად – აივ ინფიცირებული დედისგან ნაყოფზე ან ახალშობილზე მუცლად ყოფნის პერიოდში, მშობიარობის ან ძუძუთი კვების დროს (3,115).

აივ-ის გადაცემის გზებს შორის მნიშვნელოვანია *სქესობრივი კონტაქტით გადაცემა*. აივ ინფიცირებულთა დაახლოებით 75% ინფიცირებულია სქესობრივი კონტაქტებით. სქესობრივი გზით ინფიცირების მაღალი რისკი გააჩნიათ ჰომო- და

ბისექსუალებს, კომერციული სექსის მუშაკებს, პირებს, რომელთაც გააჩნიათ ხშირი დაუცველი სქესობრივი კონტაქტი. დაინფიცირების ალბათობა იზრდება სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესების დროს.

აივ-ი *პარენტერალურად გადაეცემა* აივ ინფიცირებული სისხლის ან მისი ცალკეული კომპონენტების გადასხმით, ორგანოთა ტრანსპლანტაციის დროს, აივ ინფიცირებული სისხლით დაბინძურებული შპრიცის, ნემსის და სხვა სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენების შემთხვევაში.

აივ ინფიცირებული სისხლისა და მისი პროდუქტების რეციპიენტი თითქმის ყველა შემთხვევაში ინფიცირდება, ამ დროს ვირუსი უშუალოდ სისხლის ნაკადში ხვდება და ინფიცირების რისკი 100%-ს აღწევს. მაგრამ მას შემდეგ, რაც დაფიქსირდა სისხლის გადასხმის გზით აივ ინფექციის გადაცემის შემთხვევები, ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის გადაწყვეტილებით, 1985 წლიდან ყველა დონორის სისხლი მოწმდება აივ ინფექციაზე (საქართველოში – 1997 წლიდან). შესაბამისად, ჰემოტრანსფუზიის გზით აივ ინფექციის გავრცელება მკვეთრად შემცირდა.

დაუზიანებელი კანი და ლორწოვანი გარსი ეფექტური ბარიერია აივ-სათვის, მაგრამ როდესაც ხდება მასში აივ-ით ინფიცირებული შპრიცის, ტატუირების ან ყურის გასახვრეტი ნემსის შეყვანა, ჩნდება ინფიცირების რეალური რისკი, რაც დამოკიდებულია ორგანიზმში მოხვედრილი ვირუსის კონცენტრაციაზე. თეორიულად საშიშია აივ ინფიცირებულის მიერ გამოყენებული სამართებლით სარგებლობაც, მაგრამ ამ გზით ინფიცირების შემთხვევა პრაქტიკულად არ არის დაფიქსირებული. ინფიცირების რისკი არსებობს სამედიცინო მანიპულაციების დროსაც, თუ ეს მანიპულაცია ტარდება არასტერილური სამედიცინო ინსტრუმენტებით.

გამოკვლევებით დადგინდა, რომ ბავშვთა 90% აივ-ით ინფიცირდება *ვერტიკალური* (დედიდან შვილზე) გადაცემის გზით.

აივ ინფიცირებული ან შიდსით დაავადებული დედიდან ნაყოფს ან ახალშობილს ვირუსი შეიძლება გადაეცეს:

- ორსულობის პერიოდში;

- მშობიარობის დროს;
- ძუძუთი კვების შემთხვევაში.

დედიდან ბავშვზე ვირუსის გადაცემის რისკი საშუალოდ 28-30% შეადგენს. ყოველი მესამე ახალშობილი, რომლის დედაც ინფიცირებულია, აივ ინფიცირებული იზადება.

დედიდან ბავშვზე აივ-ის გადაცემის რისკი ყველაზე მაღალია მშობიარობის დროს – 70-75%. მშობიარობის დროს დაინფიცირების მიზეზი შეიძლება იყოს ის მიკროტრაკტები, რომლებიც წარმოიქმნებიან სამშობიარო გზების გავლის დროს. კერძოდ,

- ნაყოფის და დედის სისხლის (რომელიც დიდი რაოდენობით შეიცავს ვირუსს) შერევა პლაცენტის მოშორების შემდეგ;
- მშობიარობის დროს სამედიცინო პერსონალის მიერ სხვადასხვა სამედიცინო მანიპულაციების გამოყენება, რომლის დროსაც იზრდება ნაყოფის კონტაქტი დედის სისხლთან;
- სხვადასხვა ბიოლოგიური სეკრეტების ასპირაცია/შესუნთქვა და სხვ.

ყველა ეს ფაქტორი ასოცირდება მშობიარობის დროს დაინფიცირების რისკის ზრდასთან.

ორსულობის პერიოდში აივ-ის გადაცემის რისკი შეადგენს 25-30%. დადგენილია, რომ ორსულობა არ ცვლის აივ ინფექციის მიმდინარეობას. თავის მხრივ, აივ ინფექცია ორსულობის დროს არ არის ის დაავადება, რომლის დროსაც აუცილებელია თერაპიული აბორტი.

გადაწყვეტილება ორსულობის გაგრძელების ან შეწყვეტის შესახებ მომავალი მშობლების მისაღებია. თუ ორსულობის გაგრძელება გადაწყდა, აუცილებელია პროფილაქტიკური ანტივირუსული მკურნალობის დროული დაწყება როგორც ბავშვზე აივ-ის გადაცემის რისკის შესამცირებლად, ასევე დედის ჯანმრთელობის შესანარჩუნებლად.

სამეცნიერო კვლევებით დასტურდება, რომ სათანადო და დროულად დაწყებული მკურნალობის შედეგად აივ ინფიცირებული დედების ახალშობილთა უმრავლესობა ჯანმრთელი იბადება.

აივ ინფიცირებულ ორსულთა ახალშობილების 10-20% შესაძლოა დაინფიცირდეს ძუძუთი კვების დროს. აივ-ი არის ინფიცირებული დედის რძეში, თუმცა ვირუსის შემცველობა რძეში გაცილებით მცირეა, ვიდრე სისხლში. ამ გზით ახალშობილები ინფიცირდებიან სწორედ მშობიარობის შემდეგ სისტემატიური და ხანგრძლივი ძუძუთი კვების შემთხვევაში. ხელოვნური კვება ერთადერთი საშუალებაა ამ გზით აივ ინფექციის თავიდან აცილებისთვის.

ვერტიკალური გზით გადაცემის შემთხვევების გარდა, გამოვლენილია ბავშვთა დაინფიცირების შემთხვევები აივ ინფიცირებული სისხლის ან სისხლის პროდუქტების გადასხმის, ასევე არასტერილური სამედიცინო ინსტრუმენტების გამოყენების შედეგად. მაგალითად, ელისტასა და როსტოვში ამ გზით რამდენიმე ათეული ბავშვი დაინფიცირდა, ხოლო რუმინეთში – რამდენიმე ასეული. აღწერილია ბავშვებზე აივ-ის გადაცემა სქესობრივი ძალადობის შედეგადაც.

განსაკუთრებული მსჯელობის საგანია შიდსის გამო დაობლებული ბავშვები. მხოლოდ სუბ-საჰარულ აფრიკაში შიდსის შედეგად დაახლოებით 12 მილიონ ბავშვს დაეღუპა ერთი ან ორივე მშობელი.

#### **შიდსის ვირუსი არ გადაეცემა:**

- ჰაერ-წვეთოვანი გზით. შესაბამისად, არ არის საშიში აივ ინფიცირებულთან საუბარი. ვირუსი არ გადაეცემა დახველებით, დაცემინებით ან კოცნით;
- საყოფაცხოვრებო და სოციალური კონტაქტებით. არ არის საშიში ხელის ჩამორთმევა, მოხვევა, დაავადებულის მიერ გამოყენებული ჭურჭლით, თეთრეულით, საერთო ტუალეტით და აბაზანით სარგებლობა. არ არის საშიში აივ ინფიცირებულთან ერთად ყოფნა საზოგადოებრივი თავშეყრის ადგილებში და მგზავრობა ტრანსპორტით;

- მწერების ან/და ცხოველების საშუალებით.

1.2. აივ ინფექცია/შიდსის ეტიოპათოგენები, კლინიკური სპექტრი,  
ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა,  
მკურნალობის ძირითადი მიმართულებები

აივ მიეკუთვნება რეტროვირუსების ოჯახს, ლენტვირუსების ქვეოჯახს. ლენტვირუსები, ჩვეულებრივ, ნელ ინფექციებს იწვევენ. მათთვის დამახასიათებელია დაავადების ხანგრძლივი ლატენტური პერიოდი, პათოლოგიურ პროცესში წერტილოვანი სისტემის ჩართვა და სუსტი იმუნური პასუხი, რასაც თან სდევს პერსისტული ვირემია.

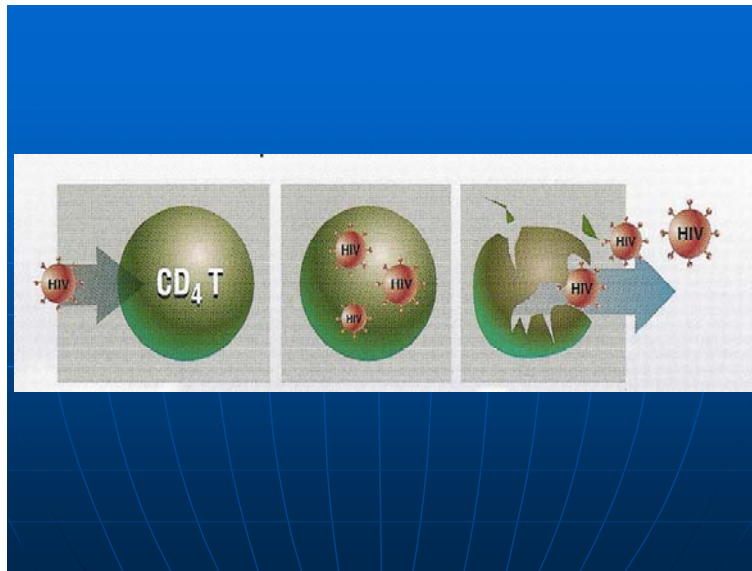
განასხვავებენ ვირუსის ორ ტიპს – აივ-1 და აივ-2. აივ-2 მოგვიანებით აღმოაჩინეს. იგი აივ-1-საგან გენეტიკური თავისებურებების მიხედვით განსხვავდება და ძირითადად აფრიკის კონტინენტზეა გავრცელებული, თუმცა სხვა ქვეყნებშიც გვხვდება. აივ-2 აივ-1-თან შედარებით უფრო ძნელად გადაეცემა. იშვიათია მისი ვერტიკალური გადაცემის შემთხვევებიც. აივ-2 ინფექცია კლინიკურად აივ-1 ინფექციის მსგავსია, თუმცა ვირუსული დატვირთვა, ჩვეულებრივ, დაბალია და დაავადების პროგრესირება უფრო ნელია (3,63,64).

აივ ადვილად ინაქტივირდება გარემოში - მშრალ პირობებში რამდენიმე საათში ილუპება, თუმცა შესაძლოა 1-3 დღე გაძლოს. ქსოვილოვან კულტურაში ვირუსი ოთახის ტემპერატურაზე 15 დღე ძლებს, ხოლო 37°C-ზე - 11 დღე. 56-60°C-ზე ვირუსი 30 წუთში, ხოლო 100°C-ზე რამდენიმე წუთში ილუპება. ვირუსი ადვილად ინაქტივირდება ქიმიური სადეზინფექციო საშუალებებით და კარგად ექვემდებარება სტერილიზაციას.

აივ-ის ძირითადი სამიზნე უჯრედებია CD4+ ლიმფოციტები (T helper ანუ Th ლიმფოციტები). გარდა ამისა, იგი აინფიცირებს მონოციტ/მაკროფაგებს, ცნს-ის მიკროგლიას, ფოლიკულურ-დენდრიტულ უჯრედებს და სხვ.

აივ-ით უჯრედის ინფიცირებისას ვირუსის გარსის ცილა უერთდება სამიზნე უჯრედის CD4 მოლეკულას (სურათი 4), რასაც მოჰყვება ვირუსის შესვლა უჯრედში, მისი გენეტიკური მასალის ინტეგრაცია მასპინძლის გენომში, შემდეგ კი ახალი ვირიონების აწყობა (105).

## აივ-ით უჯრედის ინფიცირება



მანეიტრალიზებელი ანტისხეულები გამომუშავდებიან პირველადი ინფექციიდან 2-4 კვირის შემდეგ და მაქსიმუმ ასიმპტომური ფაზის დროს აღწევენ. მათი განსაზღვრა სისხლში რუტინული სეროლოგიური ტესტებით შესაძლებელია ინფიცირებიდან 4-8 კვირის შემდეგ. ანტისხეულების გაჩენას სისხლში სეროკონვერსია ეწოდება, ხოლო პერიოდს ინფიცირებიდან სეროკონვერსიამდე – ე.წ. “*ფანჯარა*” (“*window*”) პერიოდი.

მანეიტრალიზებელი ანტისხეულები, T ლიმფოციტებთან ერთად, იმუნური პასუხის ერთ-ერთი ძირითადი კომპონენტია, რომელიც დასაწყისში ნაწილობრივ აბლოკირებს აივ-ის რეპლიკაციას. პირველადი ინფექციის დროს არ ხდება აივ-ის სრული ელიმინაცია, რაც ინფექციის ქრონიკულ მიმდინარეობას განაპირობებს. შიდსის განვითარებასთან ერთად აივ ანტისხეულების კონცენტრაცია მკვეთრად ეცემა (98).

## აივ ინფექციის მიმდინარეობა

პერიოდი ინფიცირების მომენტიდან კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებამდე საშუალოდ 5-10 წელია, თუმცა დაავადების პროგრესირების ტემპი სხვადასხვა პაციენტებში ძალიან ვარიაბელურია და მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული

ერთის მხრივ, მასპინძლის ე.წ. დაცვით ფაქტორებზე და მეორეს მხრივ, ვირუსის თავისებურებებზე. ასევე მნიშვნელოვნად იცვლება იგი მკურნალობისა და პროფილაქტიკის ფონზე (3,63,64).

განასხვავებენ აივ ინფექციის მიმდინარეობის სამ ძირითად ტიპს:

1. **ტიპიური მიმდინარეობა** – ინფიცირებულთა 80-90%, რომელთა სიცოცხლის საშუალო ხანგრძლივობა 10 წელია;
2. **სწრაფად პროგრესირებადი** – ინფიცირებულთა 10-15%, რომელთა დაავადება უჩვეულოდ სწრაფად, 3-4 წელიწადში, პროგრესირებს;
3. **ხანგრძლივად არაპროგრესირებადი** – ინფიცირებულები, რომელთა დაავადება ხანგრძლივი დროის მანძილზე (10-15 წელი) არ გადადის შიდსში.

ზემოაღნიშნული კანონზომიერებები ეხება არანამკურნალებ პაციენტებს, ხოლო მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების ფონზე აივ დაავადების მიმდინარეობა მნიშვნელოვნად განსხვავებულია.

### აივ ინფექციის კლინიკური სპექტრი

შიდსის კლინიკური გამოვლინებანი მეტად მრავალფეროვანია. შიდსით დაავადებულს ღრმა იმუნოდეფიციტის ფონზე შეიძლება განუვითარდეს პრაქტიკულად ნებისმიერი ინფექცია და სიმსივნე, მაგრამ მათი განვითარების სიხშირე ერთნაირი არ არის. ყველაზე ხშირად უვითარდებათ ე.წ. ოპორტუნისტული ინფექციები და ის სიმსივნეები, რომლებიც, სავარაუდოდ, ასოცირებულია ვირუსებთან.

**ოპორტუნისტული** ეწოდება ინფექციას, რომლის გამომწვევი – ბაქტერია, ვირუსი, პარაზიტი თუ სოკო, ჩვეულებრივ შეიძლება ჯანმრთელი ადამიანის ორგანიზმშიც ბინადრობდეს და არ იწვევდეს პათოლოგიას და მხოლოდ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში გამოიწვიოს დაავადება. შიდსით ავადმყოფებში ოპორტუნისტული ინფექციები, როგორც წესი, ძალიან მძიმედ მიმდინარეობს, ცუდად ექვემდებარება მკურნალობას და ხშირად სიკვდილით მთავრდება.



აივ ინფექციის აღმოჩენიდან დღემდე ამ დაავადების კლასიფიკაციის მრავალი მცდელობა არსებობს. ამჟამად ფართოდ გამოიყენება აშშ დაავადებათა კონტროლისა და პრევენციის ცენტრის 1993 წლის კლასიფიკაცია, რომელიც ერთის მხრივ, ეყრდნობა სისხლში CD4+ ლიმფოციტების აბსოლუტურ რიცხვს და მეორეს მხრივ - კლინიკურ გამოვლინებებს.

კლინიკურ პრაქტიკაში მიღებულია, აგრეთვე, აივ ინფექციის დაყოფა ექვს ძირითად კატეგორიად, რაც დაფუძნებულია როგორც კლინიკურ გამოვლინებებზე, ასევე CD4+ ლიმფოციტების რაოდენობაზე. ეს კატეგორიებია:

**საწყისი ინფექცია** – ინფიცირებიდან 3-8 კვირის შემდეგ ავადმყოფთა 50%-ს უვითარდება სიმპტომოკომპლექსი, რომელიც გარკვეულწილად წააგავს გრიპს ან ინფექციურ მონონუკლეოზს. ამ დროს აღინიშნება ტემპარატურის მომატება, ყელის, თავის, სახსრების, კუნთების ტკივილი, ლიმფური კვანძების გადიდება, დიარეა, გულისრევა. მწვავე სეროკონვერსიული სინდრომის ერთ-ერთი ყველაზე დამახასიათებელი ნიშანია სწრაფად წარმავალი წითელასებური გამონაყარი. იშვიათად შეიძლება გამოვლინდეს ნევროლოგიური დარღვევებიც.

ყველა ზემოჩამოთვლილი გამოვლინება, როგორც წესი, ზომიერად არის გამოხატული, არ იპყრობს განსაკუთრებულ ყურადღებას და 2-3 კვირაში მკურნალობის გარეშე უკუგანვითარდება. იმ პაციენტებში, რომელთაც საწყისი ინფექციის სიმპტომატიკა უფრო დიდხანს უგრძელდებათ, ჩვეულებრივ, აივ ინფექციის გადასვლა შიდსში უფრო სწრაფად ხდება.

**ადრეული აივ დაავადება** – ამ სტადიაში, რომლის ხანგრძლივობა საშუალოდ 7-10 წელია, პაციენტთა უმრავლესობა ასიმპტომურია. თუმცა ზოგიერთებს აღინიშნებათ ლიმფადენოპათია, რომელიც ჩვეულებრივ პერსისტირებს მწვავე სეროკონვერსიული სინდრომის შემდეგ.

**შუალედური აივ დაავადება** – ამ სტადიაზე ოპორტუნისტული ინფექციების განვითარების რისკი უფრო მაღალია, ვიდრე ადრეული აივ დაავადების დროს, მაგრამ

პაციენტთა უმრავლესობა ამ ეტაპზე რჩება ასიმპტომური ან აღინიშნება მხოლოდ ზომიერად გამოხატული სიმპტომატიკა.

**გვიანი აივ დაავადება** – ამ ეტაპზე CD4 ლიმფოციტების რიცხვი ნაკლებია 200-ზე, ამიტომ ეს პაციენტები, CDC კლასიფიკაციით, ერთიანდებიან შიდსის ჯგუფში. ოპორტუნისტული ინფექციებიდან ყველაზე ხშირად ვითარდება პნევმოცისტური პნევმონია, თუმცა უკანასკნელ წლებში, ამ ინფექციის საპროფილაქტიკო კურსის შემოღების ფონზე, პნევმოცისტოზის სიხშირე 80%-დან 15%-მდე შემცირდა.

ასევე, ხშირია ტოქსოპლაზმოზი, ტუბერკულოზი, ეზოფაგური კანდიდოზი, ლომფომა, კაპოშის სარკომა – მულტიცენტრული სისხლძარღვოვანი სიმსივნე. პაციენტს შეიძლება განუვითარდეს კონსტიტუციური სიმპტომები: ტემპერატურის არამოტივირებული მატება, წონაში კლება, მიალგია, ართრალგია.

**შორსწასული აივ დაავადება** – ამ სტადიაზე ვითარდება ისეთი ოპორტუნისტული ინფექციები, როგორცაა კრიპტოკოკული მენინგიტი, ციტომეგალოვირუსული რეტინიტი, ინვაზიური ასპერგილოზი, პროგრესირებადი მრავალკეროვანი ლეიკოენცეფალოპათია, ტვინის ლიმფომა და ა.შ. ხშირად ადგილი აქვს ორი ან მეტი ოპორტუნისტული ინფექციის არსებობას. აღინიშნება ტენდენცია რეციდივებისადმი მკურნალობის თავდაპირველი შედეგიანი კურსის შემდეგ. რიგ პაციენტებში ვითარდება ე.წ. განლევის სინდრომი რომლისთვისაც დამახასიათებელია წონის მნიშვნელოვანი, არამოტივირებული კლება სხეული მასის 10%-ით და მეტად.

**ტერმინალური აივ დაავადება.** ძნელია იმის ზუსტად განსაზღვრა, თუ როდის გადადის შორსწასული აივ დაავადება ტერმინალურში. ამ სტადიის დიაგნოზი ისმება იმ შემთხვევაში, როცა მკურნალობა უეფექტო ხდება და, მრავალრიცხოვანი მედიკამენტების მიუხედავად, პაციენტის მდგომარეობა უკიდურესად მძიმეა. ტერმინალურ სტადიაზე მნიშვნელოვანია პაციენტისათვის მაქსიმალური კომფორტისა და ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა.

მართალია, აივ ინფექციას პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია, მაგრამ შეიძლება გამოიყოს სიმპტომებისა და დაავადებების ჯგუფი, რომელთა დროს პირველ რიგში ეჭვი უნდა იქნას მიტანილი ამ ინფექციაზე. ესენია:

- არამოტივირებული ცხელება;
- ძლიერი საერთო სისუსტე;
- წონაში დაკლება სხეულის მასის 10%-ით და მეტად დროის მცირე პერიოდში;
- ჭარბი ოფლიანობა, განსაკუთრებით ღამის საათებში;
- ლიმფადენოპათია
- ფაღარათი;
- მუქი წითელი ფერის გამონაყარი კანსა და ლორწოვან გარსებზე;
- თეთრი ფერის ნადები ენაზე;
- გახანგრძლივებული ფილტვების ანთება, რომელიც ცუდად ექვემდებარება ჩვეულებრივ ანტიბაქტერიულ თერაპიას;
- ნერვული სისტემის სხვადასხვა სახის დაზიანება (დემენცია, მენინგიტი, ენცეფალიტი, მიელოპათია, პერიფერიული ნეიროპათია) და სხვ.

ამასთან, აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული ეპიდემიოლოგიური მონაცემები (მაღალი რისკის ჯგუფი, აივ ინფიცირებულთან კონტაქტი და სხვ).

აღსანიშნავია, რომ აივ ინფექციის დროს ხშირია B ან/და C ჰეპატიტის ვირუსებით კოინფექცია, რაც აღნიშნული ვირუსების გადაცემის გზების თანხვედრით აიხსნება. შესაბამისად, მიზანშეწონილია B და C ჰეპატიტის ვირუსით ინფიცირებულთა გამოკვლევა აივ ინფექციაზე. გარდა ამისა, აივ ინფექციაზე გამოკვლეულ უნდა იყვნენ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებითა და ტუბერკულოზით დაავადებულები (3,101,111).

### **აივ ინფექციის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა**

აივ ინფექციას პათოგნომური კლინიკური ნიშნები არ გააჩნია, ამიტომ გადამწყვეტს მის დიაგნოსტიკაში ლაბორატორიული გამოკვლევა წარმოადგენს.

აივ ინფექციის, ისევე, როგორც სხვა ვირუსული დაავადებების, ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა სხვადასხვა მეთოდით ხორციელდება: ვირუსის კულტივირება შემდგომი იდენტიფიკაციით, სისხლსა და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებში ვირუსის ანტიგენისა და ანტისხეულების განსაზღვრა, ვირუსის გენომის გამოვლენა და სხვ (63,64).

რა თქმა უნდა, ყველაზე ზუსტი იქნებოდა საკუთრივ ვირუსის გამოყოფა-კულტივირება. თუმცა ეს მეთოდი ძალიან რთულია, ხანგრძლივი და შრომატევადი, რის გამოც მხოლოდ სპეციალიზებულ ცენტრებში ტარდება სამეცნიერო კვლევებისათვის. სადიაგნოსტიკო მიზნით მან ფართო გამოყენება ვერ ჰპოვა.

დღეისათვის აივ ინფექციის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ძირითადი საშუალებებია სისხლში აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულების და ვირუსის გენეტიკური მასალის განსაზღვრა.

აივ ანტისხეულების განსაზღვრის მეთოდები ორ ჯგუფად იყოფა: **პირველადი** ანუ სკრინინგული და **დამადასტურებელი** ანუ კონფირმაციული (3).

სკრინინგულ მეთოდებს მიეკუთნება აივ ანტისხეულების გამოვლენა იმუნოფერმენტული ანალიზის (იფა), იმუნოფლოორესცენციის, ჰემაგლუტინაციის, იმუნოქრომატოგრაფიის, მიკროპრეციპიტაციის და სხვა მეთოდებით. გამოკვლევის ხანგრძლივობის მიხედვით ეს მეთოდები იყოფა ჩვეულებრივ (ხანგრძლივობა 2-5 საათი) და სწრაფ/მარტივ (ხანგრძლივობა 5-30 წუთი) მეთოდებად.

**სკრინინგულ მეთოდებს** შორის ყველაზე ფართოდ გამოიყენება აივ ანტისხეულების გამოვლენა იფა და სწრაფ/მარტივი მეთოდებით, რომლებიც მაღალი მგრძობელობითა და სპეციფიკურობით ხასიათდება და ადვილად ხელმისაწვდომია. მათი საშუალებით აივ ანტისხეულები სისხლში ვლინდება ინფიცირებიდან 4-8 კვირის შემდეგ. დადებითი შედეგის შემთხვევაში კვლევა გრძელდება დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული მეთოდებით. **კონფირმაციული მეთოდებიდან** ძირითადად გამოიყენება იმუნობლოტინგი (Western blot). იმუნობლოტინგის მეთოდი საშუალებას

იძლევა განისაზღვროს სპეციფიკური ანტიგენების, ანუ ვირუსის ცალკეული ცილების, საწინააღმდეგო ანტისხეულები.

სადღეისოდ ყველაზე ზუსტი და მაღალმგრძობიარე მეთოდია ვირუსის გენომის (რნმ, დნმ) გამოვლენა პოლიმერიზაცია ჯაჭვური რეაქციის (PCR) მეთოდით.

PCR, რომელიც 80-იან წლებში დაინერგა, დიდი წინგადადგმული ნაბიჯია ზოგადად ინფექციური დაავადებების, მათ შორის აივ ინფექციის დიაგნოსტიკაშიც. მისი საშუალებით ხდება ინფექციური აგენტის მასალის ამპლიფიკაცია და გამოვლენა იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მისი კონცენტრაცია გამოსაკვლევ მასალაში უკიდურესად მცირეა (1 ვირუსი 100 000 უჯრედზე) და შესაძლებელია დიაგნოზის დასმა ინფიცირების მომენტიდან 5-8 დღის განმავლობაში.

PCR მეთოდი ორი სახისაა: თვისობრივი და რაოდენობრივი. თვისობრივი გამოიყენება აივ ინფექციის დიაგნოსტიკისათვის ადრეულ სტადიაზე – სისხლში ანტისხეულების გაჩენამდე, აგრეთვე, იფა და იმუნობლოტინგით საექვო პასუხის მიღების შემთხვევაში. განსაკუთრებით დიდია მისი დიაგნოსტიკური ღირებულება ინფიცირებული დედის ახალშობილის აივ ინფექციის დიაგნოსტიკისას.

რაოდენობრივი მეთოდი საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ე.წ. ვირუსული დატვირთვა, ანუ ვირუსის რაოდენობა 1 მლ პლაზმაში. ვირუსული დატვირთვა საუკეთესო მარკერია დაავადების პროგნოზირებისა და მკურნალობის ეფექტიანობის შესაფასებლად.

### **აივ ინფექციის მკურნალობის ძირითადი მიმართულებები**

მართალია, შიდსის სამკურნალო რადიკალური საშუალება არ არსებობს, მაგრამ მიღწეულია უდიდესი პროგრესი მის მკურნალობაში. თანამედროვე მედიცინის მიღწევებმა შიდსი მომაკვდინებელი ინფექციიდან ქრონიკულ მართვად დაავადებად აქცია (107,113).

განასხვავებენ აივ/შიდსის მკურნალობის შემდეგ მიმართულებებს:

1. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ანუ თვით ადამიანის იმუნოდეფიციტის ვირუსის რეპლიკაციის წინააღმდეგ მიმართული მკურნალობა;
2. ოპორტუნისტული ინფექციებისა და სიმსივნეების მკურნალობა;
3. იმუნორეაბილიტაცია.

სწორედ შერჩეული და დროულად დაწყებული ანტირეტროვირუსული მკურნალობა აივ ინფექციის უსიმპტომო პერიოდს და პაციენტის სიცოცხლეს ახანგრძლივებს, ასევე ამცირებს ვირუსის გადაცემის რისკს.

არსებობს ანტირეტროვირუსული პრეპარატების სამი ძირითადი კლასი (სურათი 5): ნუკლეოზიდის ანალოგი შებრუნებითი ტრანსკრიფტაზას ინჰიბიტორები, არანუკლეოზიდური შებრუნებითი ტრანსკრიფტაზას ინჰიბიტორები და პროტეაზას ინჰიბიტორები. აღნიშნული კლასების მედიკამენტები ვირუსის რეპლიკაციის სხვადასხვა ეტაპზე მოქმედებენ და ინიშნებიან სხვადასხვა კომბინაციით.



*სურათი 5. ანტირეტროვირუსული პრეპარატები*

შიდსის საზოგადოების ოფიციალური რეკომენდაციით, აივ სპეციფიკურ მკურნალობას ექვემდებარება ყველა ის აივ ინფიცირებული ავადმყოფი, რომელთაც აღნიშნებათ ქვემოთ ჩამოთვლილი ერთ-ერთი მდგომარეობა:

1. სიმპტომური აივ ინფექცია;
2. CD4+ ლიმფოციტების აბსოლუტური რიცხვი ნაკლებია 200 მკლ-ზე;

3. ვირუსული დატვირთვა აღემატება 30 000 ასლი/მლ-ს.

თანამედროვე ანტივირუსული მკურნალობის ეფექტიანობის მიუხედავად, მას მთელი რიგი შეზღუდვებს აქვს:

- მკურნალობის ფონზე არ ხდება ვირუსის სრული დათრგუნვა, რის გამოც გრძელდება დაავადების პროგრესირება,
- ყალიბდება წამლის მიმართ რეზისტენტობა ანუ ვირუსი შეიძლება «გამძლე გახდეს» წამლების მიმართ,
- არაიშვიათად ამ მკურნალობას თან ახლავს გვერდითი მოქმედება,
- ანტივირუსული მედიკამენტები ძალიან ძვირია.

ანტირეტროვირუსული პრეპარატების ეფექტიანობა დროთა განმავლობაში მცირდება, ასევე შეიძლება ჩამოყალიბდეს რეზისტენტობა მედიკამენტების მიმართ. ასეთ შემთხვევებში მიმართავენ მედიკამენტების შეცვლას. სადღეისოდ ოფიციალურად მოწოდებულია 20-ზე მეტი ანტირეტროვირუსული პრეპარატი და კიდევ რამდენიმე გადის კლინიკურ გამოცდას. მედიკამენტების ფართო არჩევანი იძლევა საშუალებას გამოყენებულ იქნას მკურნალობის ალტერნატიული სქემები.

ანტირეტროვირუსული თერაპია ინიშნება აივ ინფიცირებულ ორსულებში ინფექციის ვერტიკალური გზით გადაცემის საპროფილაქტიკოდ.

ანტირეტროვირუსული მკურნალობის პროფილაქტიკური კურსი ენიშნებათ ჯანდაცვის მუშაკებს, რომლებსაც აივ ინფიცირებულის სისხლით დაბინძურებული სამედიცინო ინსტრუმენტით ან ნემსით დაუზიანდათ კანი. მკურნალობის ფონზე ინფიცირების რისკი 75%-ით მცირდება.

გავრცელებულია აზრი, რომ ანტირეტროვირუსული თერაპია იშვიათად გამოიყენება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებში. ამ აზრის მიმდევრები თვლიან, რომ ნარკომანია და მკურნალობის რეჟიმის მკაცრი დაცვა შეუთავსებელია, ხოლო თანმხლები დაავადებები (მაგ. ჰეპატიტი C) იწვევს ანტირეტროვირუსული პრეპარატების მიმართ აუტანლობას. მსგავსი პრობლემები პაციენტთა გარკვეულ ნაწილს შეექმნა, თუმცა პრაქტიკულმა გამოცდილებამ და მეცნიერული კვლევის

შედეგებმა ცხადყო, რომ ინდივიდუალური მიდგომისას აივ ინფიცირებულ ნარკომანთა ანტირეტროვირუსული მკურნალობა საკმაოდ წარმატებულია. წარმატებული მკურნალობის საწინდარს წარმოადგენს ზედმიწევნით გამოკვლევაზე დაფუძნებული მკურნალობის ინდივიდუალური გეგმა და პაციენტის გათვითცნობიერება (91,95).

რიგი მიზეზების გამო სასურველია ანტირეტროვირუსული თერაპიის ჩატარება ნარკოტიკების მიღების შეწყვეტის ფონზე, მაგრამ გასათვალისწინებელია, რომ ბევრ ნარკომანს არ შეუძლია თავის შეკავება, მით უფრო, როდესაც გაიგებს რომ აქვს სიცოცხლისათვის საშიში დაავადება. თუ ნარკომანი ბოლომდე ვერ ანებებს თავს ნარკოტიკებს, მაგრამ რეგულარულად მიდის სამედიცინო დაწესებულებაში და იცავს პრეპარატების მიღების რეჟიმს, ანტირეტროვირუსული თერაპია მისთვის ეფექტური იქნება.



### 1.3. თანამედროვე მონაცემები აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობისა და რისკის ქცევების შესახებ მსოფლიოს პენიტენციურ სისტემაში

სასჯელაღსრულებისა და თავისუფლების აღკვეთის ადგილები, თავისი როლით აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელებაში, განსაკუთრებული დაკვირვებისა და შესწავლის საგანია. ჩატარებული გამოკვლევები ამტკიცებს, რომ ციხეებში ყოფნა ზრდის შიდსის ვირუსით ინფიცირების რისკს, რაც განპირობებულია სარეჟიმო დაწესებულებაში ცხოვრების განსხვავებული წესით, რისკის-ქცევების მაღალი ალბათობით, ძალადობის არაიშვიათი ფაქტებით და ა.შ.

საინტერესო კვლევებია ჩატარებული გერმანიის, ინგლისის, ედინბურგის, ესპანეთის, იტალიის, კანადის, მექსიკის, ავსტრალიის, ბელარუსის, უკრაინის, რუსეთის ციხეებში. ზოგიერთ ამ ქვეყანაში თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მოხვედრამდე დგინდება პატიმრის აივ სტატუსი (7,27,28,35,41,47,52,69).

ჩვენთვის ხალმისაწვდომ ლიტერატურულ წყაროებში ხაზგასმით არის აღნიშნული პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფექცია/შიდსზე კვლევის საჭიროება და ამ მხრივ ჩასატარებელი საპროფილაქტიკო ღონისძიებების შემუშავების აუცილებლობა (32,90).

UNAIDS-ის მონაცემებით, აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელება ციხეებში აღემატება მის პრევალენტობას ციხისგარე საზოგადოებაში. ზემოაღნიშნული შეეხება ისეთ ინფექციებსაც, როგორცაა B და C ჰეპატიტები, ტუბერკულოზი. ციხეები არ არის საზოგადოებისაგან იზოლირებული. პატიმრების ვიზიტორები და ციხეში მომუშავე პერსონალი ყოველდღიურად აკავშირებენ პატიმრებს გარე სამყაროსთან. პატიმრების ნაწილი სასჯელს იხდის მოკლე ვადებში და უბრუნდება საზოგადოებას და პირიქით, პატიმრების ნაწილი გათავისუფლების შემდეგ კვლავ ხვდება ციხეში. აივ პოზიტიური პატიმრების ნაწილი ინფიცირებულია ციხის გარეთ. სწორედ ამიტომ აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციის საკითხების შემუშავებისას გათვალისწინებული უნდა იყოს ინფექციის გავრცელების ყველა შესაძლო საფეხური, ანუ არა მხოლოდ პატიმრები და მომსახურე პერსონალი, არამედ მთელი საზოგადოება (43).

საყურადღებოა ციხეში ჩატარებული კვლევები, რომელთა თანახმად აივ ინფიცირებული პატიმრების იზოლაცია არაეფექტურია (UNAIDS) (21,34,114).

იმ ძირითად ფაქტორებად, რომლებიც ხელს უწყობენ აივ ინფექცია/შიდსის ციხეებში გავრცელებას, მიჩნეულია შემდეგი:

- ციხეების გადატვირთვა;
- ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების ფაქტები;
- არასტერილური ნემსებისა და შპრიცების გამოყენება;
- დაუცველი ინვაზიური ჰომოსექსუალური კონტაქტები;
- არასტერილური მოწყობილობა ტატუირებისა და პირსინგისათვის;
- საპატიმროებში არსებული ზოგადი არადამაკმაყოფილებელი სიტუაცია;
- აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ მწირი ინფორმაცია;
- ჯანდაცვის ადეკვატური სამსახურის არარსებობა.

საინტერესოა კვლევებია ჩატარებული სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების შესწავლასთან დაკავშირებით. ამერიკის შემდეგ, დასავლეთ და აღმოსავლეთ ევროპის ბევრი ციხეებისათვის შიდსი უკვე რეალობად იქცა (85,106,114). მონაცემები პატიმართა შორის აივ ინფექციის გავრცელების შესახებ საკმაოდ წინააღმდეგობრივია. ძნელია აივ ინფიცირებულ პატიმართა ზუსტი რიცხვის დადგენა, რადგან ტესტირება სხვადასხვა ქვეყნის პენიტენციურ სისტემაში სხვადასხვა მექანიზმით ხორციელდება, მაგალითად,

- ზოგიერთ ქვეყანაში მიმდინარეობს პატიმართა პერიოდული ნებაყოფლობითი ტესტირება;
- ზოგან – მაღალი რისკის ჯგუფის ამორჩევითი გამოკვლევა;
- ზოგან – მხოლოდ ახალშემოსული პატიმრების სკრინინგი;
- ზოგან კი გამოკვლევები ტარდება ეპიდსიტუაციის მიხედვით და ა.შ.

პატიმრებში აივ ინფექციის გავრცელების დონეზე გავლენას ახდენს ორი ძირითადი ფაქტორი:

1. საზოგადოებაში ნარკოტიკის ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის აივ ინფიცირების დონე;
2. კანონმდებლობა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულებების მიმართ.

ნარკოტიკების არასამედიცინო გზით მოხმარება ისჯება კანონით. მართალია, მსოფლიოს ბევრ ქვეყანაში საკანონმდებლო მიდგომებმა ნარკოტიკებთან დაკავშირებული დანაშაულებების მიმართ თანდათან განიცადეს პოზიტიური ცვლილებები, მაგრამ ეს რეფორმები პრაქტიკულად არ რეალიზდება, განსაკუთრებით აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნებში. იურისტები აცხადებენ, რომ ძალისხმევა მიმართულია ნარკომადიის წინააღმდეგ, მაგრამ სანქციები უფრო ხშირად ხორციელდება რიგითი მომხმარებლების და არა გამსაღებლების მიმართ, რის გამოც ნარკომომხმარება “გადავიდა იატაკქვეშეთში”, სადაც ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული რისკი უფრო მაღალია.

2002 წელს საქართველოს პარლამენტმა მიიღო კანონი ”ნარკოტიკული საშუალებების, ფსიქოტროპული პრეპარატების, პრეკურსორებისა და ნარკოლოგიური დახმარების შესახებ”, რომელიც ქვეყანაში ნარკოტიკული და ფსიქოტროპული პრეპარატების ლეგალურ ბრუნვას არეგულირებს და ნარკომანიის მკურნალობის პრინციპებს განსაზღვრავს. აღნიშნული კანონის თანახმად, ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პირი დაავადებული ადამიანია, სახელმწიფო ვალდებულია მათი უფასო მკურნალობა და რეაბილიტაცია სულ მცირე, ერთხელ მაინც უზრუნველყოს. ასევე, უზრუნველყოს ნარკოტიკების მომხმარებელთა სავალდებულო მკურნალობა დაკავების ადგილებში. თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს, რომ თანხების სიმწირის გამო, ნარკოტიკის მომხმარებელ პატიმართა სახელმწიფოს ხარჯზე მკურნალობა დღემდე პრაქტიკულად განუხორციელებელია (13).

ისეთი ქვეყნების ციხეებში, როგორცაა იტალია, ირლანდია, შოტლანდია, შვეიცარია და აშშ, ნარკოტიკთან დაკავშირებული სისხლის სამართლის მუხლებით დაკავებული არიან დიდი რაოდენობით პატიმრები და მათში მაღალია აივ ინფიცირების მაჩვენებელიც; მაშინ როდესაც, სხვა ქვეყნების (მაგალითად, უნგრეთი)

პატიმრებს შორის აივ ინფიცირების საკმაოდ დაბალი მაჩვენებლებია, რაც, კვლევების თანახმად, განპირობებულია ნარკოტიკთან დაკავშირებული დანაშაულის ალტერნატიული გზებით დასჯასთან და ასევე ნარკოტიკის ინექციური გზით მომხმარებლებს შორის აივ ინფექციის გავრცელების შესაძლო დაბალ დონესთან (25, 44,66,96).

ცხრილებიდან 3 და 4 ჩანს, რომ აივ ინფიცირების დონე აღმოსავლეთ ევროპის სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ბევრად დაბალია დასავლეთ ევროპასთან შედარებით. აღმოსავლეთ ევროპის ქვეყნები ახლახანს აღმოჩნდნენ აივ ინფექციის პირველი ტალღის პირისპირ, რაც, უდავოდ, დაკავშირებულია საინექციო ნარკოტიკების მოხმარების მოგვიანებით დაწყებასთან დასავლეთ ევროპის ქვეყნებთან შედარებით. ამ ქვეყნებში ნარკოტიკული ნივთიერებები ძირითადად მოიხმარებოდა მოწევის ან შესუნთქვის გზით (46,48,53,77).

პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში აივ ინფექციის სწრაფი გავრცელება ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებლებს შორის განპირობებულია რისკის გაუცნობიერებლობით, ზიანის შემცირების სტრატეგიის არარსებობით, დაუხვეწავი კანონმდებლობით. მაგალითად, რუსეთის ფედერაციაში აივ პოზიტიური ახლადშემოსული პატიმრების რიცხვი 1993 წლის 7 შემთხვევიდან 1998 წლისათვის გაიზარდა 2 311 შემთხვევამდე. 2000 წელს კი რუსეთის ფედერაციის პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში იყო 7 500-ზე მეტი აივ ინფიცირებული პატიმარი. რუსეთის იუსტიციის სამინისტროს 2005 წლის მონაცემებით, ქვეყანაში პატიმართა 4%-ზე მეტი ინფიცირებულია. აივ ინფიცირებული პატიმრების რაოდენობის ასეთი სწრაფი მატება ქმნის მრავალ გადაუჭრელ პრობლემას და კრიზისულ სიტუაციას როგორც სასჯელაღსრულების დაწესებულებების ჯანდაცვის სისტემისათვის, ასევე ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო სამსახურებისათვისაც (57,90).

განსაკუთრებით საყურადღებოა ის მდგომარეობა, რომელიც შეიქმნა უკრაინაში. პოსტსაბჭოთა სავრციდან ყველაზე მძიმე მდგომარეობა სწორედ ამ რეგიონშია. საინექციო ნარკოტიკების მომხმარებლები კონცენტრირებულნი არიან ქალაქ ოდესასა

და ნიკოლაევოში, თუმცა აივ ინფექციის შემთხვევები უკრაინის მთელს ტერიტორიაზეა გამოვლენილი. 1987-94 წლებში უკრაინის საგამომძიებლო იზოლატორში გამოვლენილი იყო სულ 11 აივ ინფიცირებული პაციმარი. ეს რაოდენობა ნახტომისებურად გაიზარდა 1996 წლის 451 შემთხვევიდან 1997 წლის 2 940 შემთხვევამდე. 1999 წლიდან უკრაინის ციხეებში დაიწყო აქტიური საგანმანათლებლო მუშაობა როგორც პაციმრებს, ასევე მომსახურე პერსონალს შორის, ნებაყოფლობითი ტესტირება კონფიდენციალობის მკაცრი დაცვით, შეწყდა სეგრეგაციის პროცესი, ციხეებში ფსიქოლოგიური დამაბულობა შედარებით შემცირდა. გატარებული ღონისძიებების მიუხედავად, აივ ინფექციის პრევალენტობა კვლავ მაღალი რჩება სხვა ქვეყნების შესაბამისი სისტემის დაწესებულებებთან შედარებით. კერძოდ, 2004 წელს უკრაინის პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფიცირებულ პაციმართა რიცხვმა შეადგინა 12 700. მათგან 3 500 მეტი ადამიანი კვლავ რჩება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში (13,41,55).

ცხრილი 3.

აივ/შიდსის გავრცელება დასავლეთ ევროპის ზოგიერთი ქვეყნის ციხეებში

№	ავტორი	წელი	მონაცემთა ტიპი	ქვეყანა	აივ პოზიტიური პატიმრების %
1	DAP, 1997	1996	ნებაყოფლობითი ტესტირება	იტალია	7
2	Nelles et al., 1997	1996	ნებაყოფლობითი ტესტირება ზოგიერთ ციხეში	შვეიცარია	4-12
3	Allwright et al. 2000	1998	რეპრეზენტატიული ჯგუფის ამორჩევითი გამოკვლევა	ირლანდია	2
4	Direction Generale de la Sante, 1997	1996	პერსონალისთვის ცნობილი აივ ინფიცირე- ბული პატიმრების გამოკვლევა	საფრანგეთი	1,9
5	Maruschak, 1999	1997	ციხის ადმინისტრაციის ყოველწლიური ანგარიში	აშშ	2

ცხრილი 4.

აივ/შიდსის გავრცელება აღმოსავლეთ ევროპის ზოგიერთი ქვეყნის ციხეებში

№	ავტორი	წელი	მონაცემთა ტიპი	ქვეყანა	აივ პოზიტიური პატიმრების %
1	Bollini et al. 2001	1998	ყველა ახლადშემოსულ პატიმართა ტესტირება	უნგრეთი	0,03
2	Bollini and Renaud-Thery	1998	ყველა ახლადშემოსულ პატიმართა ტესტირება	ბელორუსია	1
3	MAP, 1998	1997	ყველა ახლადშემოსულ პატიმართა ტესტირება	რუსეთის ფედერაცია	0,1
4	Gurchenko, 2000	1999	პატიმართა ანონიმური ტესტირება	უკრაინა	6

ჩვენს მიერ შესწავლილ ლიტერატურულ წყაროებში ხაზგასმით არის აღნიშნული, რომ სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ავადობისა და სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლების ერთ-ერთი ძირითადი მიზეზია ტუბერკულოზი. საპატიმროებში ტუბერკულოზით ავადობა 100-ჯერ აღემატება ანალოგიურ მაჩვენებელს მთლიანად მოსახლეობაში. მსოფლიო სტატისტიკის მიხედვით, ტუბერკულოზი წარმოადგენს აივ-პოზიტიური პირების სიკვდილის ძირითად მიზეზს. აივ-პოზიტიურ პაციენტებში, რომლებიც პარალელურად ავად არიან ტუბერკულოზის აქტიური ფორმით, უფრო მაღალია შიდსის განვითარების ალბათობა და ლეტალური გამოსავალი, ვიდრე იმ აივ ინფიცირებულ პაციენტებში, რომლებიც არ არიან ავად ტუბერკულოზით. ამ შემთხვევაში, იმუნური სისტემის დათრგუნვის გამო, ტუბერკულოზის აქტიური ფორმის განვითარების ალბათობა 100-ჯერ უფრო მაღალია, აივ-ნეგატიურ პირებთან შედარებით (8,39,92).

გამოსასწორებელ დაწესებულებებში განსაკუთრებული შესწავლის საგანია რისკთან დაკავშირებული ქცევები. არსებობს მთელი რიგი შრომები, რომლებშიც დასაბუთებულია აივ ინფიცირების ფართოდ გავრცელების კავშირი ქცევის მაღალ რისკთან (13,60,65,71). პენიტენციურ სისტემაში მაღალი რისკის ქცევებიდან საყურადღებოა:

- ნარკოტიკის ინექციური გზით გამოყენება;
- ჰომოსექსუალური კონტაქტები;
- ტატუირება და პირსინგი.

**ნარკოტიკის ინექციური გზით გამოყენება.** თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში დიდია იმ პატიმართა რიცხვი, რომლებიც სასჯელს ნარკოტიკის გაყიდვის, შენახვის, გავრცელების თუ მოხმარების გამო იხდიან. ცნობილია, რომ მსოფლიოს ყველა ქვეყნის პენიტენციური სისტემის ადმინისტრაცია ცდილობს შეზღუდოს, ხელი შეუშალოს ნარკოტიკების შეღწევას ციხეებში. მიუხედავად ამისა, აკრძალული ნივთიერებები მაინც ხვდება საპატიმროებში. წამალდამოკიდებული პირები მაინც

პოულობენ ნარკოტიკის ციხეში შემოტანის გზებს. პატიმართა ნაწილი ციხეში მოხვედრისას უკვე წამალდამოკიდებულია, ნაწილი კი ციხეში ხდება ნარკოტიკის ინექციური მომხმარებელი, რათა შეეგუოს იმ ახალი ძალადობის გარემოს, რომელშიც მოხვდა და ცოტა ხნით მოწყდეს რეალობას (60,67,104).

ძირითად ნარკოტიკულ საშუალებებს, რომელთა მოხმარებასაც აღნიშნავენ თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში, წარმოადგენს ოპიოიდები. ოპიოიდებზე დამოკიდებულ და მომხმარებელ პირთა შორის 92% მათ მოიხმარს პარენტერული გზით, როგორც წესი – ინტრავენურად, 8% – ინტრამუსკულურად (84,93).

პენიტენციური სისტემის დაწესებულებათა უმრავლესობის ადმინისტრაცია არ აღიარებს, რომ ნარკოტიკების ფართოდ გამოყენება ციხეებში ფაქტია და შესაბამისად არ ატარებს ინექციური ნარკომანების აღრიცხვიანობას და პრევენციულ ღონისძიებებს. რეალურად კი საპატიმრო ადგილებში ფართოდ არის გავრცელებული საინექციო ნარკოტიკი. მაგალითად, კანადის, ბრაზილიის ციხეებში ჩატარდა გამოკვლევა, რომლის თანახმად მსჯავრდებულთა 40%-მა აღიარა, რომ პირველად სწორედ ციხეში დაიწყო ნარკოტიკის ინექციური გზით გამოყენება (48,73).

გამოსასწორებელ დაწესებულებებში მყოფი პირები ამტკიცებენ, რომ ნარკოტიკი წარმოადგენს ციხის კულტურის ყოველდღიურ ელემენტს და მისი გამოყენების აღმოფხვრა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან შეუძლებელია. ყოველივე ზემოთ აღწერილი მიეკუთვნება რისკ-ქცევას და დაკავშირებულია სისხლის გზით გადამდები ისეთი დაავადებების გავრცელებასთან, როგორცაა აივ ინფექცია/შიდსი, B და C ჰეპატიტები. ვინაიდან ციხეებში დიდ პრობლემას წარმოადგენს ერთჯერადი საინექციო ინსტრუმენტები, პატიმრები, როგორც წესი, იყენებენ არასტერილურ, ზიარ ნემსებსა და შპრიცებს. კერძოდ,

- საკუთარი შპრიცის ხელმეორედ გამოყენების პრაქტიკას აღნიშნავს 83%;
- ზიარი შპრიცის გამოყენებას თავად აღნიშნავს 36%;
- თავისი ნახმარი შპრიცის სხვის მიერ გამოყენებას - 42%.



ნარკოტიკების მოხმარების სწორედ ასეთი პრაქტიკა არის აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების ყველაზე “ეფექტიანი” გზა.

ჩატარებული გამოკვლევები ამტკიცებს, რომ თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ყოფნა ზრდის შიდსით დაინფიცირების რისკს. ევროკავშირის მიერ ევროპის 7 ქვეყანაში ჩატარებული გამოკვლევების შედეგების თანახმად, მსჯავრდებულთა უმრავლესობამ, თითქმის 79%-მა, ნარკოტიკის გამოყენება დაიწყო ციხეში. დაპატიმრებამდე საინექციო ნარკოტიკის მომხმარებელთა რაოდენობა ვარირებდა 9%-დან (საფრანგეთი) 59%-მდე (შვეცია) (27,61).

საინტერესოა ტაილანდის მონაცემები, სადაც აივ ინფექციის პირველი აფეთქება დაფიქსირდა 1998 წელს ინექციურ ნარკომანებს შორის. ამ პერიოდში ნარკომანები სასჯელს იხდიდნენ სპორადიულად (77,102).

რუსეთის ფედერაციის მონაცემებით, ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელ პატიმართა 43%-მა აღიარა ნარკოტიკების მოხმარება საპატიმრო ადგილებში. მათ შორის:

- იშვიათად (წელიწადში 3-4-ჯერ) – 44%,
- თვეში ერთხელ – 26%,
- კვირაში ერთხელ – 14%,
- კვირაში 3-4-ჯერ – 10%,
- ყოველდღე – 6%.

ამასთან, 64%-ს ერთხელ მაინც გამოუყენებია საზიარო საინექციო მოწყობილობა.

ჩატარებულია მთელი რიგი გამოკვლევები, რომლებიც ამტკიცებს, რომ აივ ინფექცია/შიდსი გავრცელდა სწორედ სასჯელადსრულების დაწესებულებაში. ამის კარგი მაგალითია შოტლანდიის მამაკაცთა ციხე და ავსტრალიის გამოსასწორებელი დაწესებულება, სადაც ადგილი ჰქონდა აივ ინფექციის აფეთქებას პატიმართა შორის. ორივე ქვეყანაში ჩატარდა გამოკვლევის გენეტიკური მეთოდები, რომლებმაც დაამტკიცა, რომ მსჯავრდებულები ინფიცირებული იყვნენ ვირუსის ერთი და იგივე შტამით (69, 83).

გამოსასწორებელ დაწესებულებებში, აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების მხრივ, არასტერილური და საზიარო საინექციო მოწყობილობის გამოყენებასთან შედარებით, ნაკლებ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს *დაუცველი სქესობრივი კონტაქტები* (28,94).

შემთხვევათა უმრავლესობაში ციხის ადმინისტრაცია არ აღიარებს იმ ფაქტსაც, რომ ყველა ციხეში პატიმრები ემორჩილებიან ციხის მკაცრ შიდა იერარქიულ დაყოფას. ძირითადად გამოიყოფა პატიმართა ოთხი ჯგუფი: მაღალი კასტის წარმომადგენლები ე.წ. “ძველები” და “კაი ბიჭები”, შემდეგ ე.წ. “ჩამშვებთა” კასტა, რომლებიც თანამშრომლობენ ციხის ადმინისტრაციასთან და “ქათმები”, რომლებიც გამოიყენებიან სქესობრივი ურთიერთობებისათვის მაღალი კასტის წარმომადგენლების მიერ. ამ სახის სქესობრივი ურთიერთობების დროს არასოდეს არ გამოიყენება თავდაცვის საშუალება, არაიშვიათია ძალადობის ფაქტებიც. ჰომოსექსუალური კონტაქტები მკაცრად გასაიდუმლოებული და ტაბუდადებულია. შესაბამისად, მწირია შრომები, გამოკვლევები და მონაცემები, რომლებიც შეეხება ციხეებში ამ სახის რისკ-ქცევის კორელაციას აივ ინფექციის პრევალენტობასთან (7,25,42).

ყველა ქვეყანაში ჰომოსექსუალური კონტაქტის სიხშირესა და სახეობაზე გავლენას ახდენს:

- საზოგადოების დამოკიდებულება ჰომოსექსუალური კონტაქტების მიმართ;
- გამოსასწორებელი დაწესებულების მოცულობა (დიდ დაწესებულებებში, სადაც შედარებით უფრო დაცულია ანონიმურობა, ჰომოსექსუალური კავშირის ალბათობა მეტია);
- პატიმრების საკანის ტიპი (იზოლაციური, საერთო კამერები);
- კამერების განლაგება ციხეებში;
- მომსახურე პერსონალის განრიგის წინასწარი ცოდნა, რაც საშუალებას აძლევს პატიმრებს დაამყარონ სქესობრივი კავშირი დაცვის შემოვლამდე ან შემოვლის შემდეგ;
- რეჟიმის ტიპი (მკაცრი რეჟიმის დაწესებულებებში იშვიათია ძალადობის ფაქტები);
- ცოლ-ქმარს შორის პაემანის ფორმა;

- სასჯელის ხანგრძლივობა (რისკ-ჯგუფს უფრო მეტად განეკუთვნებიან ის პატიმრები, რომლებიც იხდიან ხანგრძლივ სასჯელს) (54).

რუსეთში გამოკვლევა ჩატარდა 18-დან 80 წლამდე 1100 მამაკაც პატიმარში, რომლებმაც გაატარეს ციხეში 1,5-10 წელი. აღმოჩნდა, რომ მხოლოდ 10-15%-ს არ ჰყავდა საერთოდ სქესობრივი პარტნიორი. “ქათმებს”- პატიმრების 8-10%-ს, ჰქონდათ რეგულარული სქესობრივი კავშირები სხვა მამაკაცებთან პასიური პარტნიორების როლში. მათი ასაკი მერყეობდა 20-33 წლის ფარგლებში. ბევრ მათგანს თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ჰქონდა ანალური და ორალური სქესობრივი კავშირი 30-დან 50-მდე პარტნიორთან. პრეზერვატივი, როგორც წესი, არ გამოიყენებოდა სასჯელადსრულების დაწესებულებაში მათი არარსებობის გამო (6).

1993 წელს ჩატარდა გამოკვლევა ბრაზილიაში, რიო-დე-ჟანეიროს საპატიმროში, რომლის თანახმად, მამაკაცი პატიმრების 73% თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში ამყარებდა სქესობრივ კავშირს სხვა მამაკაცებთან. ავსტრალიაში, 373 მამაკაც-პატიმართა შორის ჩატარებული გამოკვლევების თანახმად, 12%-მა ერთხელ მაინც დაამყარა ანალური სქესობრივი კავშირი. ავსტრალიაში ჩატარებული სხვა გამოკვლევის თანახმად, პატიმრების საერთო რაოდენობის 14-დან 34%-მდე პერიოდულად ამყარებს ჰომოსექსუალურ კონტაქტებს სხვა პატიმრებთან. სამხრეთ უელსში 158 მამაკაც-პატიმარს შორის შემთხვევითი ამორჩევის მეთოდით ჩატარებულმა კვლევამ აჩვენა, რომ 7%-ს ჰქონდა ნებაყოფლობითი სქესობრივი კავშირი სხვა მამაკაც-პატიმრებთან (69).

სასჯელადსრულების დაწესებულებებში აივ ინფექციის გავრცელების მხრივ, ინექციურ ნარკომანიასა და დაუცველ სქესობრივ კავშირებთან შედარებით, ნაკლებ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს **ტატუირება და პირსინგი**.

სხეულის ტატუირება საკმაოდ გავრცელებულია თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში. ტატუირებისათვის განკუთვნილი ნემსები, როგორც წესი, არასტერილურია და გამოიყენება საერთო მოხმარებისთვის, რაც ქმნის აივ ინფექციისა და B და C ჰეპატიტების გადაცემის საფრთხეს. რაიმე მიზანმიმართული გამოკვლევა,

რომელიც შეისწავლიდა ტატუირებასა და აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელებას შორის კავშირს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩვენთვის ხელმისაწვდომ ლიტერატურაში არ შეგვხვდრია (71,74).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 1987 და 1993 წლებში გამოცემულია «პენიტენციალური სისტემის დაწესებულებებში აივ ინფექციის პროფილაქტიკის ტექნიკური რეკომენდაციები». ბოლო გამოცემაში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ნებაყოფლობით ტესტირებას, კონფიდენციალობას, ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირების პროგრამების განხორციელებას, აივ ინფიცირებული პატიმრების დისკრიმინაციის აღმოფხვრას, პროფილაქტიკური ღონისძიებების ხელმისაწვდომობას, ისეთივე სამედიცინო მომსახურების არსებობას პატიმრებისათვის, როგორც აქვთ თავისუფალ მოქალაქეებს (51, 97,109,110,114).

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მონაცემებით, არ არსებობს არალეგალური ნარკოტიკების მოხმარების პროფილაქტიკის ეფექტიანი პროგრამები. ფაქტია, რომ ნარკოტიკების მოხმარება, მკაცრი ზომების მიუხედავად, არსებობს ყველა ქვეყნის საპატიმროებში. გამოდის, რომ მხოლოდ ნარკოტიკების მოხმარების შეზღუდვაზე გამიზნული პროგრამები არსებითად არაეფექტურია და რომ ისინი ვერ უზრუნველყოფენ აივ ინფექცია/შიდსის თუ სისხლის გზით გადამდები სხვა დაავადებების გავრცელების ტემპებისა და მასშტაბების შემცირებას (38,86,112).

ამ მიდგომის საპირისპიროდ, *ზიანის შემცირების პროგრამების* ყურადღების ცენტრშია მიღწევადი და რეალური მიზანი – ნარკოტიკების მოხმარებასთან დაკავშირებული ზიანის შემცირება და არა თვით ნარკოტიკების მოხმარების აღმოფხვრა. ზიანის შემცირების პროგრამების მეშვეობით შესაძლებელია სისხლის გზით გადამდები ინფექციების გავრცელების თავიდან აცილება, დოზის გადაჭარბების და სხვა რისკის შემცირება. ასევე ცალკეულ პირებსა თუ ლოკალურ ჯგუფებში ნარკოტიკების მოხმარების ნეგატიური შედეგების, მათ შორის სიღარიბის და დამნაშავეობის შემცირება (62,72,84,108).

### ზიანის შემცირების ძირითადი სტრატეგიები:

- შპრიცების გაცვლის პროგრამები – სუფთა ნემსებისა და შპრიცების მიწოდება ნახმარი საინექციო ინსტრუმენტების სანაცვლოდ;
- ჩანაცვლებითი თერაპია – სინთეტიკური პრეპარატის, ჩვეულებრივ მეტადონის ან ბუპრენორფინის გამოყენება «ქუჩის ნარკოტიკებზე» (მაგალითად, ჰეროინზე) დამოკიდებული პაციენტებისათვის. ჩანაცვლებითი თერაპია პაციენტს იცავს აბსტინენციის სინდრომისაგან და ეხმარება ნარკოტიკებისადმი ლტოლვის გადალახვაში. მეტადონი მოქმედებს როგორც მორფინი ან ჰეროინი, მაგრამ უფრო ხანგრძლივი ეფექტი აქვს, არ იწვევს ეიფორიას (ნარკოტიკული თრობის მდგომარეობას), მიიღება ორალურად და არა ინექციის სახით;
- კონსულტირება და განათლება – ინდივიდუალური კონსულტაცია ან ბეჭდვითი საინფორმაციო მასალების მიწოდება ნარკოტიკების მომხმარებლებს ეხმარება, აკონტროლონ თავისი ქცევა და ისწავლონ ინფიცირების რისკის შემცირება (უსაფრთხო ინექცია და სტერილიზაციის წესები).

სხვადასხვა ავტორთა პუბლიკაციების ანალიზმა აჩვენა, რომ ამ პროგრამების მუშაობის შედეგად შეიმჩვევა:

- ინექციური ნარკოტიკების მოხმარების შეწყვეტა;
- ნარკოტიკების მოხმარების სიხშირის შემცირება;
- ნახმარი საინექციო ინსტრუმენტების ხელახალი გამოყენების შეწყვეტა/შემცირება;
- სტერილური შპრიცების გამოყენების სიხშირის გაზრდა;
- ნარკოდამოკიდებულების სამკურნალოდ მიმართვების და მკურნალობა-ჩატარებულ მომხმარებელთა რაოდენობის ზრდა;
- თავდაცვის საშუალებების გამოყენების შემთხვევების ზრდა და დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების შემთხვევების შემცირება.

ევროპის მთელი რიგი ქვეყნები ხელმძღვანელობდა და ახლაც ხელმძღვანელობს ჯანმოს რეკომენდაციებით, თუმცა ბოლო წლების გამოცდილებამ აჩვენა, რომ არის უამრავი გადაუჭრელი პრობლემა, სიტუაციის გაუმჯობესება გასულ წლებშიც არ

აღინიშნა. პირიქით, გამოიკვეთა, რომ სასჯელადსრულების დაწესებულებები აივ ინფექციის გავრცელებისათვის «იდეალური ინკუბატორია», პატიმრებს შორის დაბალია ცოდნის დონე აივ ინფექციის გადაცემის გზებსა და დაავადების რაობაზე, შესამუშავებელია დაავადების კონტროლის ეფექტური მეთოდები, დასანერგია ნარკოტიკების მოხმარებით გამოწვეული ზიანის შემცირების აპრობირებული პროგრამები, შესარბილებელია პოლიტიკა, სადაოა საკითხები სკრინინგის, პროფილაქტიკისა და სეგრეგაციის შესახებ (18,19,70).

## თ ა ვ ი I I

### კვლევის მასალა და მეთოდები

საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობისა და მაღალი რისკის ქცევების შესწავლა მიმდინარეობს 1997 წლიდან შიდსის ცენტრის ინიციატივით და შინაგან საქმეთა სამინისტროს (ამჟამად იუსტიციის სამინისტროს) სასჯელაღსრულების დეპარტამენტის სამედიცინო სამსახურის მხარდაჭერითა და ხელშეწყობით.

საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობის შესასწავლად ხდებოდა პატიმრების კონსულტირება აივ ინფექცია/შიდსზე და ნებაყოფლობითი უფასო ტესტირება აივ ანტისხეულებზე.

პატიმრების უფასო ტესტირება აივ ანტისხეულებზე მიმდინარეობდა “აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამის” ფარგლებში. ზემოთ ხსენებული სახელმწიფო პროგრამა მოქმედებს საქართველოში 1994 წლიდან და ითვალისწინებს აივ ინფექცია/შიდსზე რისკ-ჯგუფების გამოკვლევას, რომელთაც მიეკუთვნება ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებლები, კომერციული სექს-მუშაკები, ჰომო-, ბისექსუალები, B და C ვირუსული ჰეპატიტით და სგგი-ით დაავადებული პირები, პატიმრები და ა.შ.

საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მაღალი რისკის ქცევების შესაფასებლად და მისი კორელაციის დასადგენად აივ ინფექციის გავრცელებასთან პატიმრების მიერ ივსებოდა ჩვენს მიერ შემუშავებული ანონიმური გამოკითხვის ანკეტა (იხ. დანართი 1).

ყველა პატიმარს ჩაუტარდა კონსულტაცია აივ ინფექცია/შიდსზე (ე.წ. პრე-ტესტ კონსულტაცია), რომელიც მოიცავდა ძირითადი ინფორმაციის მიწოდებას აივ ინფექცია/შიდსზე, გადაცემის გზებზე, ძირითად პროფილაქტიკურ ღონისძიებებზე, შიდსზე ტესტირების ჩატარების აუცილებლობის შესახებ. ამის შემდეგ პატიმრები ეცნობოდნენ შიდსზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმას (იხ. დანართი 2) და მისი

ხელმოწერის შემდეგ ხდებოდა სისხლის აღება აივ ანტისხეულებზე გამოსაკვლევად. სისხლის აღებას, გარდა შიდსის ცენტრის თანამშრომლებისა, ესწრებოდნენ პენიტენციური სისტემის ერთი ან ორი წარმომადგენელი.

პატიმრების შეტყობინება ლაბორატორიული გამოკვლევის შედეგების შესახებ ხდებოდა სიტყვიერად ცენტრის ექიმი-ეპიდემიოლოგის მიერ. აივ ანტისხეულებზე დადებითი პასუხის შემთხვევებში ტარდებოდა პოსტ-ტესტ კონსულტაცია. ტესტირების შემდგომი კონსულტაცია მოიცავს აივ ინფექცია/შიდსის მიმდინარეობასა და კლინიკურ მახასიათებლებზე ძირითადი ინფორმაციის მიწოდებას, პასუხის სწორ ინტერპრეტაციას, მონაცემებს ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დანიშვნის და შემდგომი ზედამხედველობის შესახებ.

ჩატარდა ერთმომენტიანი (ჯვარედინ-სექციური) ეპიდემიოლოგიური გამოკვლევები ეტაპობრივად (4 ეტაპი 9 წლის მანძილზე) და მოიცვა საქართველოს პენიტენციური სისტემის შემდეგი დაწესებულებები:

## I ეტაპი – 1997-1998 წწ.

### 1997წ.

- 1 საპყრობილე (თბილისი),
- სასჯელაღსრულების 5 დაწესებულება (თბილისი, ქალთა კოლონია),
- სასჯელაღსრულების 6 დაწესებულება (ავჭალა),
- ტუბერკულოზით დაავადებულ პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება (ქსანი).

### 1998წ.

- სასჯელაღსრულების 1 დაწესებულება (რუსთავი),
- სასჯელაღსრულების 2 დაწესებულება (რუსთავი),
- სასჯელაღსრულების 6 დაწესებულება (ავჭალა),
- სასჯელაღსრულების 9 დაწესებულება (ხონი),
- 4 საპყრობილე (ზუგდიდი).

## II ეტაპი – 1999-2000 წწ.



1999წ.

- 2 საპრობილე (ქუთაისი),
- სასჯელადსრულების 8 დაწესებულება (გეგუთი),
- სასჯელადსრულების 3 მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება (საგარეჯო).

## 2000 წ.

- 11 საპრობილე (თბილისი),
- 13 საპრობილე (ბათუმი),
- 14 საპრობილე (ზუგდიდი).

## III ეტაპი – 2001-2002 წწ.

### 2001 წ.

- სასჯელადსრულების 15 დაწესებულება - თბილისის ციხე,
- 15 დაწესებულება (ქალთა კოლონია),
- 11 საპრობილის სამედიცინო დაწესებულება (თბილისი).

### 2002 წ.

- სასჯელადსრულების 13 დაწესებულება (ბათუმი),
- სასჯელადსრულების 11 დაწესებულება (რუსთავი),
- სასჯელადსრულების 18 დაწესებულება (გეგუთი),
- 12 საპრობილე (ქუთაისი),
- სასჯელადსრულების 16 დაწესებულება (ავჭალა).

## IV ეტაპი – 2003-2005 წწ.

### 2003 წ.

- ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება (ქსანი),
- ქსნის 17 კოლონია,
- არასრულწლოვანთა აღმზრდელი დანაწესებულება,
- სასჯელადსრულების 16 დაწესებულება (ავჭალა).

### 2004 წ.

- 11 საპრობილე (თბილისი),
- 13 საპრობილე (ბათუმი),

- მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება (თბილისი),
- 15 დაწესებულება (ქალთა კოლონია),
- ქსნის 17 დაწესებულება,
- სასჯელაღსრულების 12 დაწესებულება (რუსთავი).

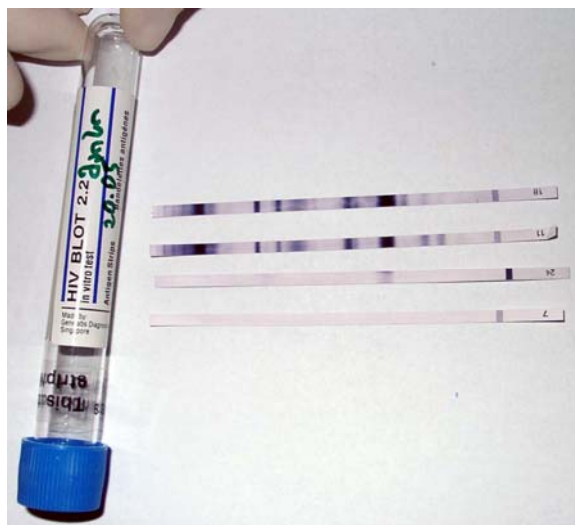
**2005 წ.**

- თბილისის 11 საპყრობილე,
- მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება (თბილისი),
- 15 დაწესებულება (ქალთა კოლონია),
- ბათუმის ციხე,
- რუსთავის 11 დაწესებულება,
- ქსნის 5 საპყრობილე
- ქსნის 7 დაწესებულება.

გამოსაკვლევ მასალას წარმოადგენდა სისხლის შრატის ანტისხეულებზე სკრინინგული გამოკვლევებისათვის გამოყენებული იყო იმუნოფერმენტული მეთოდები

HIV 1+2 HUMAN ELIZA (Human, Germany), Vironostika HIV UniForm II plus O (Organon Technika, Netherlands), ხოლო კონფირმაციული გამოკვლევებისათვის – იმუნობლოტინგი HIV Western Blot (HIV BLOT 2.2 Western Blot ASSAY, Genelabs Diagnostics, Singapore)] (სურათი 6).

*სურათი 6. აივ ტესტირების შედეგები კონფირმაციული მეთოდით*



სულ აივ/შიდსზე პრეტესტ-კონსულტაცია ჩაუტარდა 10 000-მდე მსჯავრდებულსა და პატიმარს. მათგან თანხმობა განაცხადა და სისხლში აივ ანტისხეულებზე ნებაყოფლობითი ტესტირება ჩაუტარდა 9 439 და ხოლო პოსტ-ტესტ კონსულტაცია - ყველა აივ პოზიტიურ პატიმარს. გამოკვლეული პატიმრებიდან 8 801 იყო მამაკაცი, 638 – ქალი. ასაკი მერყეობდა 14-დან 70 წლამდე.

გამოკითხვის ანონიმური ანკეტის საფუძველზე შეკრებილ იქნა მონაცემები მსჯავრდებულთა მაღალი რისკის ქცევების შესახებ, ასევე პატიმართა დემოგრაფიული მაჩვენებლები, ავადმყოფობის ისტორია, ეპიდემიოლოგიური ანამნეზი და ა.შ.

გამოკვლევულ იქნა ეპიდკერები და აივ ინფიცირებული პატიმრების კონტაქტები. გამოვლენილ აივ ინფიცირებულ პატიმრებზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში განხორციელდა დისპანსერული მეთვალყურეობა: ჩატარდა კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების სრული სპექტრი, განისაზღვრა დაავადების კატეგორია, საჭიროების შემთხვევაში დაინიშნა სიმპტომური ან/და მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა (2005 წლიდან ანტირეტროვირუსულ თერაპიას ფინანსურად უზრუნველყოფს «აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი»).

საქართველოს პენიტენციური სისტემის ყველა დაწესებულებაში, სადაც ჩატარდა პატიმრების კონსულტაცია, დარიგდა შიდსის ცენტრის პროფილაქტიკური განყოფილების მიერ შემუშავებული საინფორმაციო მასალები აივ/შიდსის საკითხებზე: პლაკატები ბუკლეტები, გაზეთები (იხ. დანართი 3).

კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა და დამუშავდა SPSS 11.0 სტატისტიკური პროგრამით.

სტატისტიკურად შესწავლილი იქნა აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა პენიტენციურ სისტემაში და მისი კორელაცია რისკ-ქცევასთან, დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან.

## თ ა ვ ი I I I

### საკუთარი გამოკვლევები

#### აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობისა და მაღალი რისკის ქცევების შესწავლა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში

##### 3.1. I ეტაპი

1997 წელს შიდსის ცენტრის ინიციატივით და შინაგან საქმეთა სამინისტროს (შემდგომში იუსტიციის სამინისტროს) სამედიცინო სამსახურის თანხმობითა და ხელშეწყობით დაიგეგმა პატიმართა და მსჯავრდებულთა კონსულტირება, ნებაყოფლობითი ტესტირება და ინფორმირება აივ ინფექცია/შიდსზე.

1997 წელს კონსულტირება და ნებაყოფლობითი ტესტირება ჩატარდა სასჯელაღსრულების შემდეგ დაწესებულებებში:

- 1 საპყრობილე (ორთაჭალა) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 108 პატიმარი;
- სასჯელაღსრულების 5 დაწესებულება (ქალთა კოლონია) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 116 პატიმარი;
- სასჯელაღსრულების 6 დაწესებულება (ავჭალა) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 652 პატიმარი;

- ტუბერკულოზით დაავადებულ პაციმართა სამკურნალო დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 851 ტუბერკულოზით დაავადებული პაციმარი.

სულ 1997 წელს გამოკვლეული იქნა 1727 პაციმარი, მათგან 1611 მამაკაცი, 116 ქალი. აივ ინფექცია/შიდსზე პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ ყველა პაციმარმა გამოთქვა აივ ანტისხეულებზე ტესტირების სურვილი. მათ მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი (სურათი 7).

*სურათი 7.*

*სისხლის აღების პროცედურა საპაციმროებში*



ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებულ იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პაციმართა ასაკი მერყეობდა 23-57 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 38,5 წელი;
- პაციმართა 43% იყო თბილისის მაცხოვრებელი, 21% - იძულებით გადაადგილებული პირი;

- პატიმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 8%-ს, საშუალო – 79%-ს, არასრული საშუალო – 14%-ს;
- მსჯავრდებულთა 48% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევი;
- 67% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- მამაკაცი პატიმრების 48% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 26% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელადსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 7% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 93% ნარკოტიკს მოიხმარდა ეპიზოდურად;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 12%-მა აღნიშნა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, ოპიუმი;
- ნარკომან პატიმართა 13% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ შიდსის გავრცელების მაღალი რისკის ქვეყნებში, ძირითადად რუსეთსა და უკრაინაში;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა თითქმის 100% აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უსარგებლია ზიარი ნემსითა და შპრიცით, ერთხელ მაინც ამოულია ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პატიმართა 72%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღნიშნა პატიმართა მხოლოდ 1.6%-მა, ყველა კონტაქტი მოდიოდა პატიმრობის პერიოდზე და იყო იძულებითი;
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 72%-ს; ამასთან, ტატუირების უმრავლესობა გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პატიმართა 46%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პატიმართა მხოლოდ 12%-ს;

- არცერთ პაციმარს ადრე არ ჰქონდა ჩატარებული აივ ტესტირება.

გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა 3 აივ პოზიტიური პაციმარი, მათგან 1 – ქალი. პირველადი შედეგები გადამოწმდა და დადასტურდა კონფირმაციული მეთოდით. აივ ინფიცირებულ პაციმრებს ჩაუტარდათ პოსტ-ტესტ კონსულტაცია და აყვანილ იქნენ აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერული მეთვალყურეობის განყოფილებაში.

სასჯელადსრულების 5 დაწესებულებაში გამოვლინდა ერთი აივ ინფიცირებული პაციმარი ქალი (სურათი 8). პაციენტის ეპიდემიოლოგიური ანამნეზი ყურადღებას იქცევს მაღალი რისკის ქცევით და სხვა პაციმრების ანამნეზის მსგავსია: ნინო ბ., ავადმყოფობის ისტორია 55, დაბადებული 1965 წელს საჩხერის რაიონში. საშუალო სკოლის დამთავრების შემდეგ საცხოვრებლად გადავიდა ქ. რუსთავში ბიძასთან და ამავე წელს გათხოვდა. 1985 წელს შეეძინა შვილი. 1989 წელს მეუღლისაგან გადაედო სიფილისი და ამავე წელს იგი განქორწინდა. განქორწინების შემდეგ გადავიდა საცხოვრებლად ჭიათურაში მშობლებთან. ამავე წელს დაიწყო მიმოსვლა რუსეთში, ქ. მოსკოვში. 1990 წელს დააპატიმრეს ბინის გაქურდვის გამო, სასჯელს იხდიდა 6 თვე. განთავისუფლების შემდეგ გაიჩინა მეგობარი – დავით დ., დაბადებული 1967 წელს, მცხოვრები ქ. სენაკში, რომელიც პაციენტის გადმოცემით, ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი იყო და სწორედ მასთან ერთად დაიწყო ნარკოტიკების გამოყენება.





*სურათი 8. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში გამოვლენილი*

*აივ ინფიცირებული ნინო ბ. კაპოშის სარკომით*

1991 წლიდან ჩვენს ცენტრში დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე აყვანის მომენტისათვისაც ნინო ბ. იყო ინექციური ნარკოტიკის აქტიური მომხმარებელი.

1991-94 წლებში ცხოვრობდა მოსკოვსა და კრასნოდარში, განაგრძობდა ინექციური ნარკოტიკების გამოყენებას. აღნიშნავს, რომ არაერთხელ გამოუყენებია ზიარი ნემსი და შპრიცი.

1994-96 წლებში იხდიდა სასჯელს მოლდავეთში. 1996-97 წ.წ. ცხოვრობდა მოსკოვში. 1997 წელს დაშორდა დავით დ.-ს, სხვა სქესობრივი პარტნიორი აღარ ჰყოლია. დაბრუნდა ჭიათურაში და ამავე წელს დააპატიმრეს. მისი აივ ინფექციაზე ტესტირება და კონსულტირება მოხდა სასჯელაღსრულების 5 დაწესებულებაში ჩატარებული პროფილაქტიკური გამოკვლევების დროს. პატიმარი განთავისუფლდა 2000 წელს პრეზიდენტის შეწყალების საფუძველზე და ამჟამად იმყოფება აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში.

სასჯელაღსრულების 6 დაწესებულებაში აღმოჩნდა 2 აივ ინფიცირებული პატიმარი, მამაკაცები. ანკეტურ მონაცემებზე დაყრდნობით, აღმოჩნდა, რომ ორივე შემთხვევაში აივ ინფიცირების გზა ინექციური ნარკოტიკების გამოყენებაა. ამასთან, ორივე მათგანი აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იმყოფებოდნენ უკრაინაში და ასევე აღნიშნავდნენ არასტერილური და საზიარო შპრიცების გამოყენებას. დაავადების კატეგორიის მიხედვით, ერთი პატიმარი აღმოჩნდა შიდსით დაავადებული, მეორე - აივ ინფიცირებული. ორივე პაციენტი გარდაიცვალა შესაბამისად 2002 და 2004 წლებში.

ავჭალის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში აღმოჩენილი აივ ინფიცირების შემთხვევების გამო პენიტენციური სისტემის ეს რგოლი ყოველ წელს ჩაისვა აივ ინფექცია/შიდსზე გამოსაკვლევ დაწესებულებათა სიაში, რადგან გამოკითხულ პაციენტთა ნაწილმა აღიარა, რომ მცირე რაოდენობით ნარკოტიკები შედიოდა

საპატიმროში და, ერთჯერადი საინექციო ინსტრუმენტების დეფიციტის გამო, შესაბამისად ხდებოდა ზიარად მათი გამოყენება.

1997 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო აივ ინფექცია/შიდსის 48 შემთხვევა, მათგან 21 იყო ახალი შემთხვევა. 3 შემთხვევა გამოვლინდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული პროფილაქტიკური კვლევის შედეგად, ანუ ახალი შემთხვევების 1/7 სწორედ პენიტენციურ სისტემაში გამოვლენილმა შემთხვევებმა შეადგინეს. 1997 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 0,17 %.

**1998 წელს აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლევა ჩატარდა პენიტენციური სისტემის შემდეგ დაწესებულებებში:**

- სასჯელაღსრულების 1 დაწესებულება (რუსთავი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 682 პატიმარი;
- სასჯელაღსრულების 2 დაწესებულება (რუსთავი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 664 პატიმარი;
- სასჯელაღსრულების 9 დაწესებულება (ხონი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 112 პატიმარი;
- 4 საპყრობილე (ზუგდიდი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 116 პატიმარი;
- სასჯელაღსრულების 6 დაწესებულება (ავჭალა) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 585 პატიმარი.

სულ 1998 წელს გამოკვლეული იქნა 2159 პატიმარი, მათგან ყველა იყო მამაკაცი. აივ ინფექცია/შიდსზე პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ თითქმის ყველა პატიმარმა გამოთქვა აივ ანტისხეულებზე ტესტირების სურვილი. მათ მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი.

ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პაციმართა ასაკი მერყეობდა 22-69 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 36,9 წელი;
- პაციმართა 33% იყო თბილისის მაცხოვრებელი, 27% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პაციმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 7%-ს. საშუალო განათლება – 81%-ს, არასრული საშუალო – 12%-ს;
- მსჯავრდებულთა 54% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევი;
- 71% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- პაციმართა 51% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 29% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელადსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 9% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 91% ნარკოტიკს არარეგულარულად მოიხმარდა;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 13%-მა აღიარა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, ოპიუმი;
- ნარკომან პაციმართა 19% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ შიდსის გავრცელების მაღალი რისკის ქვეყნებში, ძირითადად რუსეთსა და უკრაინაში;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 92% აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უსარგებლია ზიარი ნემსითა და შპრიცით, ერთხელ მაინც ამოულია ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პაციმართა 82%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღიარა პაციმართა 2.9%-მა. ყველა კონტაქტი მოდიოდა პაციმართის პერიოდზე და ხშირ შემთხვევაში იყო

იძულებითი. ამავე ჯგუფში გამოვლინდნენ პატიმრები, რომლებსაც თავისუფლების აღკვეთამდეც ჰქონდათ ჰომოსექსუალური კონტაქტები. ე.წ. “ქათმები” სასჯელს იხდიან სხვა პატიმრებისაგან იზოლირებულად. თუმცა, კულუარული ინფორმაციით, სხვა პატიმრები მაინც ახერხებენ მათთან შესვლას და ჰომოსექსუალური კავშირის დამყარებას;

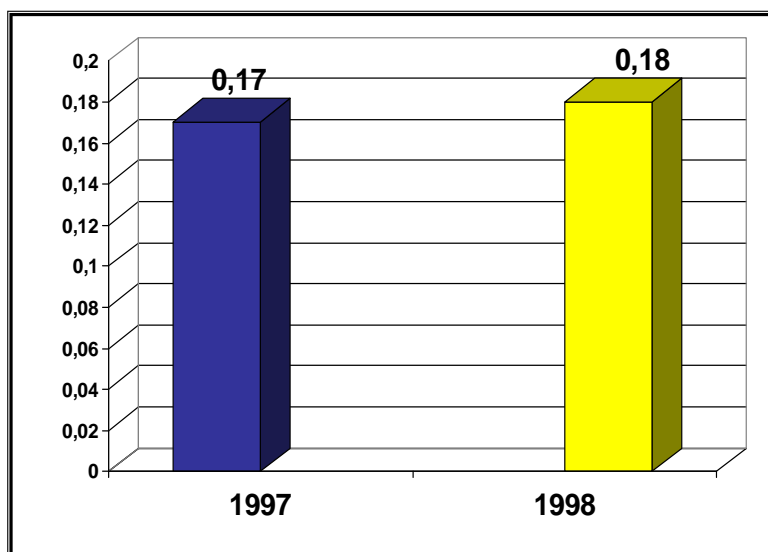
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 76%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ნაწილი კი პატიმრობის პერიოდში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პატიმართა 49%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პატიმართა მხოლოდ 15%-ს;
- არცერთ პატიმარს ადრე არ ჰქონდა ჩატარებული აივ ტესტირება.

გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა ოთხი აივ პოზიტიური პატიმარი, სამი - სასჯელაღსრულების 1 დაწესებულებაში, ერთი - სასჯელაღსრულების 2 დაწესებულებაში, რომლებიც მდებარეობენ ქ. რუსთავში. პირველადი შედეგები გადამოწმდა და დადასტურდა კონფირმაციული მეთოდით. აივ ინფიცირებულ პატიმრებს ჩაუტარდათ პოსტ-ტესტ კონსულტაცია და აყვანილ იქნენ აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერული მეთვალყურეობის განყოფილებაში. ინფექციის გადაცემის გზა ოთხივე შემთხვევაში იყო ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება. ანამნეზში ყველა პატიმარი აღნიშნავდა არასტერილური და საერთო შპრიცების გამოყენებას. ორი მათგანი დაკავებამდე იმყოფებოდა უკრაინაში. დაავადების კატეგორიის მიხედვით, ოთხივე პატიმარი იყო აივ ინფიცირებული. პატიმრები განთავისუფლდნენ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან სასჯელის მოხდის შემდეგ და იმყოფებოდნენ აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში. 2005 წლის მონაცემებით, მათგან ცოცხალია მხოლოდ 1 პაციენტი.

1998 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო აივ ინფექცია/შიდსის 73 შემთხვევა, მათგან მიმდინარე წელს დაფიქსირდა 25 ახალი შემთხვევა. 4 შემთხვევა გამოვლინდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული კვლევების შედეგად, ანუ ახალი შემთხვევის 1/6 სწორედ პენიტენციურ სისტემაზე მოვიდა. 1998 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 0,18 % (დიაგრამა 3).

დიაგრამა 3.

აივ/შიდსის პრევალენტობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში 1997-98 წ.წ.



### 3.2. II ეტაპი

1999 წელს კონსულტირება და ნებაყოფლობითი ტესტირება ჩატარდა პენიტენციური სისტემის შემდეგ დაწესებულებებში:

- 2 საპყრობილე (ქუთაისი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 220 პატიმარი;
- სასჯელაღსრულების 8 დაწესებულება (გეგუთი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 783 პატიმარი;
- სასჯელაღსრულების 3 მკაცრი რეჟიმის დაწესებულება (საგარეჯო) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 92 პატიმარი.

სულ 1999 წელს გამოკვლეული იქნა 1095 პაციმარი, მათგან ყველა იყო მამაკაცი. ხაზგასასმელია ის ფაქტი, რომ პენიტენციური სისტემის ყველა დაწესებულება, რომლებიც მოცული იქნა 1999 წელს აივ ინფექცია/შ

სულ აივ/შიდსზე პრეტესტ-კონსულტაცია ჩაუტარდა 10 000-მდე მსჯავრდებულსა და პაციმარს. მათგან თანხმობა განაცხადა და სისხლში აივ ანტისხეულებზე ნებაყოფლობითი ტესტირება ჩაუტარდა 9 439 და ხოლო პოსტ-ტესტ კონსულტაცია - ყველა აივ პოზიტიურ პაციმარს. გამოკვლეული პაციმრებიდან 8 801 იყო მამაკაცი, 638 – ქალი. ასაკი მერყეობდა 14-დან 70 წლამდე.

გამოკითხვის ანონიმური ანკეტის საფუძველზე შეკრებილ იქნა მონაცემები მსჯავრდებულთა მაღალი რისკის ქცევების შესახებ, ასევე პაციმართა დემოგრაფიული მაჩვენებლები, ავადმყოფობის ისტორია, ეპიდემიოლოგიური ანამნეზი და ა.შ.

გამოკვლევულ იქნა ეპიდკერები და აივ ინფიცირებული პაციმრების კონტაქტები. გამოვლენილ აივ ინფიცირებულ პაციმრებზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში განხორციელდა დისპანსერული მეთვალყურეობა: ჩატარდა კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევების სრული სპექტრი, განისაზღვრა დაავადების კატეგორია, საჭიროების შემთხვევაში დაინიშნა სიმპტომური ან/და მაღალაქტიური ანტირეტროვირუსული მკურნალობა (2005 წლიდან ანტირეტროვირუსულ თერაპიას ფინანსურად უზრუნველყოფს «აივ/შიდსთან, ტუბერკულოზთან და მალარიასთან ბრძოლის გლობალური ფონდი»).

საქართველოს პენიტენციური სისტემის ყველა დაწესებულებაში, სადაც ჩატარდა პაციმრების კონსულტაცია, დარიგდა შიდსის ცენტრის პროფილაქტიკური განყოფილების მიერ შემუშავებული საინფორმაციო მასალები აივ/შიდსის საკითხებზე: პლაკატები ბუკლეტები, გაზეთები (იხ. დანართი 3).

კვლევის შედეგად მიღებული მონაცემების სტატისტიკური ანალიზი განხორციელდა და დამუშავდა SPSS 11.0 სტატისტიკური პროგრამით. სტატისტიკურად შესწავლილი იქნა აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა პენიტენციურ სისტემაში და მისი კორელაცია რისკ-ქცევასთან, დემოგრაფიულ მახასიათებლებთან.

იდსზე გამოკვლევების თვალსაზრისით, განლაგებული იყო დედაქალაქის ფარგლებს გარეთ (ქ.ქ. ქუთაისი, გეგუთი, საგარეჯო) და პატიმრების დიდი უმრავლესობა იყო არა დედაქალაქის, არამედ რაიონის მაცხოვრებელი და იძულებით ადგილნაცვალი პირი.

აივ ინფექცია/შიდსზე პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ თითქმის ყველა პატიმარმა გამოთქვა აივ ანტისხეულებზე ტესტირების სურვილი. მათ მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი.

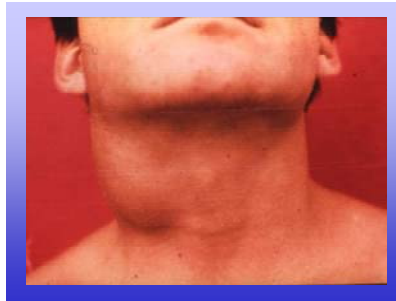
ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებულ იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პატიმართა ასაკი მერყეობდა 24-60 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 39,8 წელი;
- პატიმართა 3% იყო დედაქალაქის მაცხოვრებელი, 47% - იმერეთისა და სამეგრელოს რეგიონის მაცხოვრებელი, 15% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პატიმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 3%-ს, საშუალო განათლება – 78%-ს, არასრული საშუალო – 19%-ს;
- მსჯავრდებულთა 51% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევი;
- 69% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- პატიმართა 36% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 21% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელადსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 7% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 90% ნარკოტიკს მოიხმარდა არარეგულარულად;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 11%-მა აღიარა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;

- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, ოპიუმი;
- ნარკომან პატიმართა 22% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყნებში;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 57% აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უსარგებლია ზიარი ნემსითა და შპრიცით, ერთხელ მაინც ამოუღია ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პატიმართა 43%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღიარა პატიმართა 0.8%-მა. ყველა კონტაქტი მოდიოდა პატიმრობის პერიოდზე და ხშირ შემთხვევაში იყო იძულებითი.
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 77%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ნაწილი კი პატიმრობის პერიოდში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პატიმართა 51%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პატიმართა მხოლოდ 11%-ს;
- არცერთ პატიმარს ადრე არ ჰქონდა ჩატარებული აივ ტესტირება.

ტესტირების შედეგად დაფიქსირდა ერთი აივ პოზიტიური პატიმარი გეგუთის სასჯელაღსრულების 8 დაწესებულებაში (სურათი 9). ეს ფაქტი ადასტურებს აივ ინფექციის რეგიონებში გავრცელების დაბალ დონეს. ამავე დროს, რეგიონებში არსებული პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში, დედაქალაქთან შედარებით, 1.5-ჯერ ნაკლებია პატიმრებს შორის რისკ-ქცევების სტერეოტიპი.





*სურსათი 9. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პირი გენერალიზებული ლიმფადენოპათიით*

გამოკვლევის პირველადი შედეგი გადამოწმდა და დადასტურდა კონფირმაციული მეთოდით. აივ ინფიცირებულ პაციმარს ჩაუტარდა პოსტ-ტესტ კონსულტაცია და აყვანილ იქნა აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერული მეთვალყურეობის განყოფილებაში. ინფექციის გადაცემის გზა კვლავ იყო ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება. ანამნეზში პაციმარი აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იმყოფებოდა უკრაინაში, ქ. ოდესაში, სადაც ხშირად უკვე შპრიცში გამზადებულ ნარკოტიკებს ყიდულობდა. მისივე გადმოცემით, იგი არაიშვიათად იყენებდა არასტერილურ და ზიარ შპრიცებს. დაავადების კატეგორიის მიხედვით, პაციმარი იყო შიდსით დაავადებული. 2001 წელს, სასჯელის მოხდის შემდეგ, განთავისუფლდა და იმყოფებოდა აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში. გარდაიცვალა 2002 წელს.

1999 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო აივ ინფექცია/შიდსის 108 შემთხვევა, მათგან მიმდინარე წელს გამოვლენილი იქნა 35 ახალი შემთხვევა. 1 შემთხვევა გამოვლინდა საპატიმროებში ჩატარებული პროფილაქტიკური კვლევების შედეგად. 1999 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 0,09 %. მართალია, ჩატარებული კვლევების მიხედვით, თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში გამოვლენილ აივ ინფიცირებულ პირთა რიცხვი დაბალია, მაგრამ ტესტირების პარალელურად ჩატარებულმა ინტერვიუებმა გამოავლინა სასჯელაღსრულების ადგილებში ინფექციის გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორები და პაციმართა მაღალი რისკის ქცევები, რომელთა

საფუძველზეც შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ აივ ინფექციის გავრცელება საეჭვოა დარჩეს იმ დაბალ დონეზე, რაც ჩვენს მიერ გამოკვლევის ამ ეტაპზე იქნა მიღებული.

**2000 წელს აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტაცია და გამოკვლევა ჩატარდა შემდეგ საპრობილებში:**

- 1 საპრობილე (ორთაჭალა) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 165 პაციმარი;
- 3 საპრობილე (ბათუმი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 48 პაციმარი;
- 4 საპრობილე (ზუგდიდი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 55 პაციმარი.

სულ 2000 წელს კონსულტირებული იყო 300-მდე პაციმარი, მათგან ტესტირებაზე თანხმობა განაცხადა 268. ყველა იყო მამაკაცი. პაციმართა უფრო მეტი რაოდენობის გამოკვლევა ვერ მოხერხდა 2000 წელს «აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკის» სახელმწიფო პროგრამის შეზღუდული დაფინანსების გამო. ამიტომ შერჩეულ იქნა პენიტენციური სისტემის ის დაწესებულებები, რომლებიც აივ ინფექცია/შიდსის თვალსაზრისით განლაგებული იყო დაავადების მაღალი პრევალენტობის ზონებში, კერძოდ: დედაქალაქში, ზღვისპირა რეგიონში (ქ. ბათუმი), სამეგრელოს რეგიონულ ცენტრში – ქ. ზუგდიდში, სადაც ყველაზე მაღალია იძულებით გადაადგილებულ პირთა რაოდენობა.

აივ ინფექცია/შიდსზე პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ პაციმრების მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი. ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პაციმართა ასაკი მერყეობდა 27-58 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 33,4 წელი;

- პატიმართა 44% იყო დედაქალაქის მაცხოვრებელი, 25% - აჭარის და გურიის რეგიონის, 31% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პატიმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 4%-ს. საშუალო განათლება – 75%-ს, არასრული საშუალო – 21%-ს;
- მსჯავრდებულთა 49% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევნი;
- 70% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- პატიმართა 56% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 33% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელადსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 12% წამლდამოკიდებული იყო, ხოლო 88% ნარკოტიკს არარეგულარულად მოიხმარდა;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 17%-მა აღიარა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, ოპიუმი;
- ნარკომან პატიმართა 23% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყნებში;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 82% აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უსარგებლია ზიარი ნემსითა და შპრიცით, ერთხელ მაინც ამოულია ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პატიმართა 77%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღიარა პატიმართა 1.7%-მა. ყველა კონტაქტი მოდიოდა პატიმრობის პერიოდზე და ხშირ შემთხვევაში იყო იძულებითი.
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 74%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ნაწილი კი პატიმრობის პერიოდში;

- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პაციმართა 53%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პაციმართა მხოლოდ 18%-ს;
- აივ ტესტირება ადრე ჩატარებული ჰქონდა 24 მსჯავრდებულს. აქედან ჩვენი ცენტრის მიერ გამოკვლეული აღმოჩნდა 15. დანარჩენ 9 პაციმარს ტესტირება ჩატარებული ჰქონდა რუსეთის და უკრაინის სასჯელაღსრულების სამედიცინო სამსახურების მიერ.

გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა ხუთი აივ პოზიტიური პაციმარი: 3 - ორთაჭალის 1 საპყრობილეში, 2 - ზუგდიდის 4 საპყრობილეში (სურათი 10). ყველა მათგანი იყო ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელი, რომლებიც ანამნეზში აღნიშნავდნენ არასტერილური და საზიარო შპრიცების მოხმარებას.



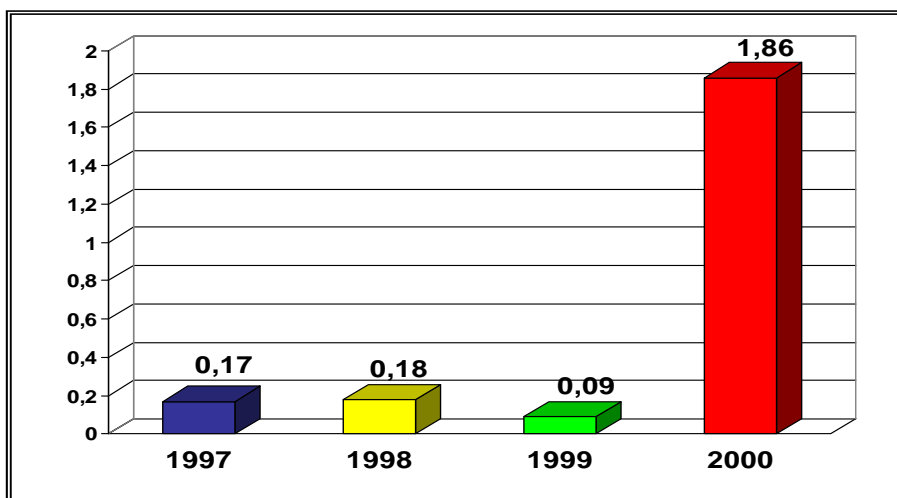
*სურათი 10 . სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პირი კაპოშის სარკომით*

2000 წელს შიდსის ცენტრში რეგისტრირებული იყო 187 ახალი შემთხვევა, მათგან 79 ახალი შემთხვევა გამოვლენილ იქნა მიმდინარე წელს. გამოვლენილი ახალი შემთხვევებიდან 5 იყო პაციმარი. 2000 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 1,86 % (დიაგრამა 4).

*დიაგრამა 4.*

*აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა საქართველოს*

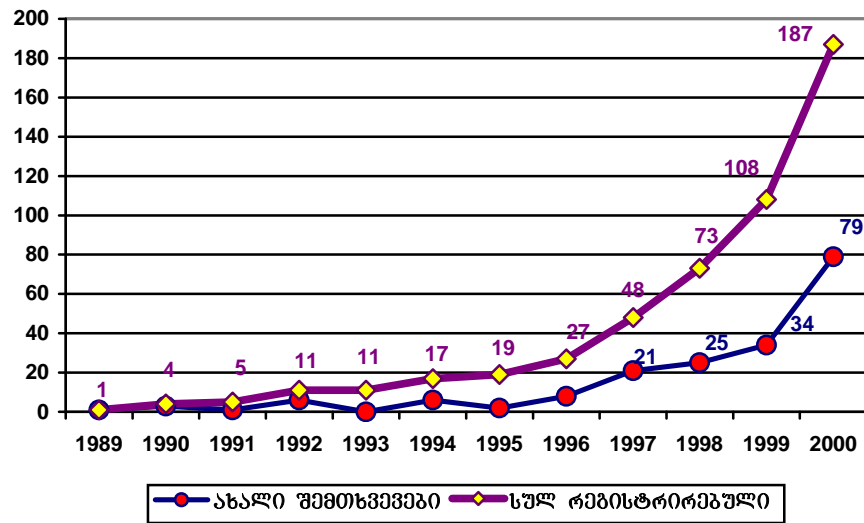
პენიტენციურ სისტემაში 1997-2000 წ.წ.



საყურადღებოა ის ფაქტი, რომ 2000 წელს, მიუხედავად აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლულ პატიმართა მცირე რაოდენობისა, გამოვლინდა აივ ინფიცირების ყველაზე მეტი შემთხვევა. ეს ფაქტი აიხსნება შიდსის ეპიდემიის ერთ-ერთი მახასიათებლით: აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა ყოველთვის მაღალია დედაქალაქში და იმ რეგიონებში, სადაც აღინიშნება მიგრაციის პიკი. აღსანიშნავია ისიც, რომ 2000 წელს საქართველოში დაფიქსირდა არა მხოლოდ აივ ინფიცირების ყველაზე მეტი შემთხვევა პატიმართა შორის, არამედ ქვეყნის მასშტაბით აივ ინფექცია/შიდსის გამოვლენილი შემთხვევების პირველი ნახტომისებური პიკიც (დიაგრამა 5).

დიაგრამა 5.

საქართველოში აივ/შიდსის რეგისტრირებულ შემთხვევათა დინამიკა (1989-2000 წ.წ.)



### 3.3. III ეტაპი

2001 წელს კონსულტირება და ნებაყოფლობითი ტესტირება ჩატარდა პენიტენციური სისტემის შემდეგ დაწესებულებებში:

- 5 საპრობილე (თბილისი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 159 პაციმარი, მათგან 150 - მამაკაცი, 9 - ქალი;
- სასჯელაღსრულების 5 დაწესებულება (ქალთა კოლონია) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 120 პაციმარი;
- მსჯავრდებულთა და პაციმართა სამკურნალო დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 100 პაციმარი, მათგან 65 მამაკაცი, 35 - ქალი.

სულ 2001 წელს გამოკვლეული იქნა 379 პაციმარი, მათგან 215 - მამაკაცი, 164 - ქალი. აღსანიშნავია, რომ გამოკვლეული 164 ქალიდან 27% იყო კომერციული სექს-მუშაკი ან აღნიშნავდნენ, რომ იყვნენ განქორწინებული და ჰყავდათ ერთი, იშვიათად ორი სქესობრივი პარტნიორი. მხოლოდ 6% იყო სასჯელმისჯილი ნარკოდანაშაულის (ნარკოტიკების მოხმარება, შენახვა ან გასაღება) გამო.

აივ ინფექცია/შიდსზე პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ პაციმრების მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ

ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც მათ საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი.

ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პაციმართა ასაკი მერყეობდა 20-61 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 37,5 წელი;
- პაციმართა 47% იყო დედაქალაქის მაცხოვრებელი, 23% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პაციმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 2%-ს, საშუალო განათლება – 76%-ს, არასრული საშუალო – 22%-ს;
- მსჯავრდებულთა 47% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევნი;
- 73% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- პაციმართა 59% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 34% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელადსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 14% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 86% ნარკოტიკს არარეგულარულად მოიხმარდა;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 18%-მა აღიარა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, ოპიუმი;
- ნარკომან პაციმართა 27% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყნებში;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 79% აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უსარგებლია ზიარი ნემსითა და შპრიცით, ერთხელ მაინც ამოულია ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პაციმართა 80%-მა;

- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღიარა პატიმართა 2,6%-მა. ყველა კონტაქტი მოდიოდა პატიმრობის პერიოდზე და ხშირ შემთხვევაში იყო იძულებითი. ამავე ჯგუფში გამოვლინდნენ პატიმრები, რომლებსაც თავისუფლების აღკვეთამდეც ჰქონდათ ჰომოსექსუალური კონტაქტები. ისინი სასჯელს იხდიან სხვა პატიმრებისგან იზოლირებულად. თუმცა, ადმინისტრაციის ინფორმაციით, სხვა პატიმრები მაინც ახერხებენ მათთან შესვლას და ჰომოსექსუალური კავშირის დამყარებას;
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 78%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ძირითადად კი პატიმრობის პერიოდში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პატიმართა 54%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პატიმართა მხოლოდ 19%-ს;
- შიდსზე ტესტირება ადრე ჩატარებული ჰქონდა 32 მსჯავრდებულს. აქედან ჩვენი ცენტრის მიერ გამოკვლეული აღმოჩნდა 21. დანარჩენ 11 პატიმარს ტესტირება ჩატარებული ჰქონდა რუსეთის და უკრაინის სასჯელაღსრულების სამედიცინო სამსახურების მიერ. მათგან ერთმა იცოდა საკუთარი აივ სტატუსის შესახებ.

გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა სამი აივ ინფიცირებული პატიმარი, მათგან 2 - 5 საპყრობილეში, 1 - მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში. ყველა იყო მამაკაცი, ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელი. ერთი პაციენტის გადმოცემით, საქართველოში დაპატიმრებამდე სასჯელი მოიხდა უკრაინის სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, სადაც ჩაუტარდა აივ ტესტირება. შედეგი იყო დადებითი (სურათი 11).





*სურსათი 11. სასჯელადსრულების დაწესებულებაში გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პირი განღვების სინდრომით*

აივ ინფიცირება არ გამოვლენილა ტესტირებულ ჰომოსექსუალებს, კომერციულ სექს-მუშაკებსა და ხშირი შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის მქონე პატიმრებს შორის, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელების ძირითად გზას წარმოადგენს ნარკოტიკების ინექციური გამოყენება.

2001 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო აივ ინფექცია/შიდსის 280 შემთხვევა, მათგან მხოლოდ მიმდინარე წელს გამოვლენილ იქნა 93 ახალი შემთხვევა. 3 შემთხვევა გამოვლინდა საპატიმროებში ჩატარებული პროფილაქტიკური კვლევების შედეგად. 2001 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 0,8 %.

**2002 წელს აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტაცია და გამოკვლევა ჩატარდა პენიტენციური სისტემის შემდეგ დაწესებულებებში:**

- 3 საპრობილე (ბათუმი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 80 პატიმარი;
- სასჯელადსრულების 1 დაწესებულება (რუსთავი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 200 პატიმარი;
- სასჯელადსრულების 8 დაწესებულება (გეგუთი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 200 პატიმარი;

- სასჯელადსრულების 6 დაწესებულება (ავჭალა) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 107 პატიმარი.

სულ 2002 წელს გამოკვლეული იქნა 587 პატიმარი, ყველა მამაკაცი. აივ ინფექცია/შიდსზე პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ მათ მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი.

ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პატიმართა ასაკი მერყეობდა 23-60 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 39,4 წელი;
- პატიმართა 42% იყო დედაქალაქის მაცხოვრებელი, 26% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პატიმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 3%-ს, საშუალო განათლება – 74%-ს, არასრული საშუალო – 23%-ს;
- მსჯავრდებულთა 46% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევნი;
- 74% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- პატიმართა 61% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 37% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელადსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 16% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 84% ნარკოტიკს არარეგულარულად მოიხმარდა;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 21%-მა აღიარა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, ოპიუმი;
- ნარკომან პატიმართა 29% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ პოსტსაბჭოთა სივრცის ქვეყნებში;

- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 76% აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უსარგებლია ზიარი ნემსითა და შპრიცით, ერთხელ მაინც ამოულია ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პატიმართა 82%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღიარა პატიმართა 2,8%-მა. ყველა კონტაქტი მოდიოდა პატიმრობის პერიოდზე და ხშირ შემთხვევაში იყო იძულებითი. ამავე ჯგუფში გამოვლინდნენ პატიმრები, რომლებსაც თავისუფლების აღკვეთამდეც ჰქონდათ ჰომოსექსუალური კონტაქტები. ისინი სასჯელს იხდიან სხვა პატიმრებისაგან იზოლირებულად.
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 81%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ძირითადად კი პატიმრობის პერიოდში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პატიმართა 53%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პატიმართა მხოლოდ 19%-ს;
- შიდსზე ტესტირება ადრე ჩატარებული ჰქონდა 64 მსჯავრდებულს. აქედან ჩვენი ცენტრის მიერ გამოკვლეული აღმოჩნდა 48. დანარჩენ 16 პატიმარს ტესტირება ჩატარებული ჰქონდა რუსეთის და უკრაინის სასჯელაღსრულების სამედიცინო სამსახურების მიერ.

გამოკვლევების შედეგად გამოვლინდა 8 აივ ინფიცირებული პატიმარი, 4 - სასჯელაღსრულების 1 დაწესებულებაში (ქ. რუსთავი), 3 - სასჯელაღსრულების 6 დაწესებულებაში (ავჭალა), 1 - 3 საპყრობილეში (ქ. ბათუმი). ანამნეზში ერთმა პატიმარმა აღიარა, რომ იყო ჰომოსექსუალი. მეორე პატიმარმა კატეგორიულად უარყო ნარკოტიკების მოხმარება. მისი გადმოცემით, დაკავებამდე იმყოფებოდა რუსეთში, ქ. პეტერბურგში, სადაც ჰქონდა დაუცველი, შემთხვევითი კონტაქტები. შესაბამისად, ამ

შემთხვევაში ინფიცირების მიზეზი იყო ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები. დანარჩენი 6 პატიმარი აღნიშნავდა ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებას არასტერილური, ზიარი შპრიცების გამოყენებით. გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პატიმრებიდან აღმოჩნდა, რომ ერთ-ერთი დაპატიმრებამდე უკვე იმყოფებოდა აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრში, როგორც აივ ინფიცირებული. დანარჩენი 7 შემთხვევა იყო ახლად გამოვლენილი.

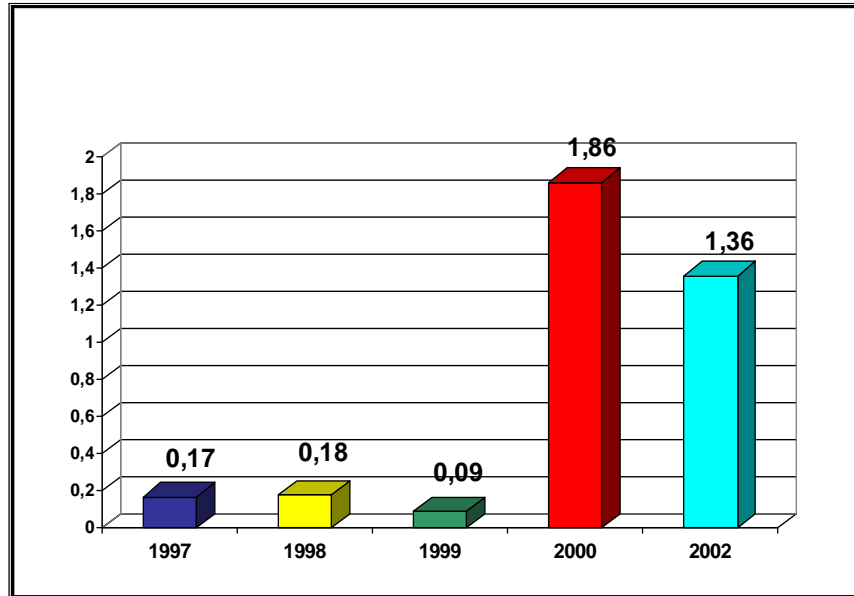
აღნიშნული პატიმრებიდან ამჟამად სასჯელს იხდის 1 პატიმარი, 7 – განთავისუფლდა სასჯელადსრულების დაწესებულებებიდან სასჯელის ვადის დასრულების შემდეგ და იმყოფება აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში.

2002 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო აივ ინფექცია/შიდსის 375 შემთხვევა, მათგან მხოლოდ მიმდინარე წელს გამოვლენილ იქნა 95 ახალი შემთხვევა, 8 შემთხვევა გამოვლინდა პენიტენციურ დაწესებულებაში ჩატარებული პროფილაქტიკური კვლევების შედეგად.

2002 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 1,36% (დიაგრამა 6), მაშინ როდესაც ზოგადად მოსახლეობაში აივ ინფექცია/შიდსის შემთხვევების მატების ტენდენცია არ იქნა დაფიქსირებული: 2001 წელს გამოვლინდა 93 ახალი შემთხვევა, ხოლო 2002 წელს - 95 ახალი შემთხვევა. ეს მონაცემები კიდევ ერთხელ ცხადყოფს, რომ ციხე დახურული საზოგადოებაა და პატიმრები ქცევის სტერეოტიპით, აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების მხრივ, პირდაპირ რისკ-ჯგუფს წარმოადგენენ.

*დიაგრამა 6.*

*აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში 1997-2002 წ.წ.*



### 3.4. IV ეტაპი

2003 წელს აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტაცია და გამოკვლევა ჩატარდა პენიტენციური სისტემის შემდეგ დაწესებულებებში:

- ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულება (ქსანი) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 206 პატიმარი;
- ქსნის 7 კოლონია - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 180 პატიმარი;
- არასრულწლოვანთა აღმზრდელობითი დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 26 მოზარდი;
- სასჯელადსრულების 6 დაწესებულება (ავჭალა) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 164 პატიმარი;

სულ 2003 წელს გამოკვლეულ იქნა 576 პატიმარი, ყველა იყო მამაკაცი. პროექტ კონსულტაციის შემდეგ მათ მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც პატიმრებს საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი.

ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პაციმართა ასაკი მერყეობდა 14-59 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 38,7 წელი;
- პაციმართა 43% იყო თბილისის მაცხოვრებელი, 24% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პაციმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 2%-ს, საშუალო განათლება – 75%-ს, არასრული საშუალო – 23%-ს;
- მსჯავრდებულთა 47% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევი;
- 77% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- მამაკაცი პაციმრების 64% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 39% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელადსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 17% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 83% ნარკოტიკს მოიხმარდა ეპიზოდურად;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 24%-მა აღნიშნა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი;
- ნარკომან პაციმართა 31% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ შიდსის გავრცელების მაღალი რისკის ქვეყნებში, ძირითადად რუსეთსა და უკრაინაში;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 73% აღნიშნა, რომ ერთხელ მაინც უსარგებლია ზიარი ნემსითა და შპრიცით, ერთხელ მაინც ამოულია ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პაციმართა 85%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღნიშნა პაციმართა 2.1%-მა, ყველა კონტაქტი მოდიოდა პაციმრობის პერიოდზე და იყო იძულებითი; ამავე ჯგუფში

გამოვლინდნენ პაციმრები, რომლებმაც აღიარეს, რომ თავისუფლების აღკვეთამდეც ჰქონდათ ჰომოსექსუალური კონტაქტები.

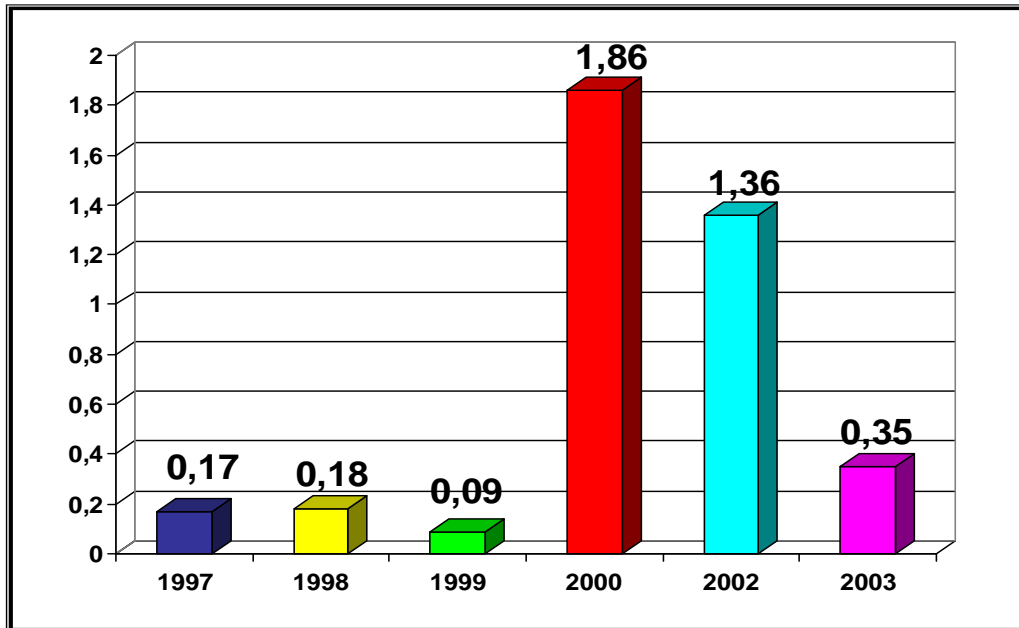
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პაციმრების 83%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ძირითადად კი პაციმრობის პერიოდში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პაციმართა 52%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პაციმართა მხოლოდ 20%-ს;

გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა 2 აივ პოზიტიური პაციმარი ტუბერკულოზით დაავადებულ მსჯავრდებულთა სამკურნალო დაწესებულებაში. პირველადი შედეგები გადამოწმდა და დადასტურდა კონფირმაციული მეთოდით. ეპიდანამნეზის მიხედვით, ინფიცირების გზა იყო ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება არასტერილური და ზიარი საინექციო ინსტრუმენტების გამოყენებით. პაციმრები განთავისუფლდნენ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან სასჯელის მოხდის შემდეგ და იმყოფებიან აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში.

2003 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო 475 აივ ინფიცირებული, მათგან მხოლოდ მიმდინარე წელს გამოვლენილ იქნა 100 ახალი შემთხვევა (შემთხვევების მატების ზომიერი ტენდენცია). 2 შემთხვევა გამოვლინდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული კვლევების შედეგად. აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 0,35% (დიაგრამა 7), რაც თითქმის 4-ჯერ ნაკლებია წინა 2002 წლის პრევალენტობის მაჩვენებელზე. უკანასკნელი წლების პრევალენტობის დაბალი მაჩვენებლები არ ასახავს საქართველოს საპაციმრობებში აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების რეალურ სურათს, ვინაიდან გამოკვლევა ატარებდა არასისტემატიურ ხასიათის და გამოკვლევულ პაციმართა რიცხვი იყო მცირე.

*დიაგრამა 7.*

აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა საქართველოს  
პენიტენციურ სისტემაში 1997-2003 წ.წ.



ამ მონაცემებმა კიდევ ერთხელ დაადასტურეს პენიტენციურ სისტემაში აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლევების ინტენსიფიკაციის აუცილებლობა.

2004 წელს აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტაცია და გამოკვლევა ჩატარდა პენიტენციური სისტემის შემდეგ დაწესებულებებში:

- 1 საპრობილე - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 490 პატიმარი;
- ბათუმის 3 საპრობილე - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 150 პატიმარი;
- 5 დაწესებულება (ქალთა კოლონია) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 146 პატიმარი;
- მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 160 პატიმარი;
- ქსნის 7 დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 90 პატიმარი;



- რუსთავის 2 კოლონია - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 304 პატიმარი.

სულ 2004 წელს გამოკვლეულ იქნა 1 340 პატიმარი, 1 194 - მამაკაცი, 146 - ქალი. პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ მათ მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი.

ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პატიმართა ასაკი მერყეობდა 22-67 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 40,3 წელი;
- პატიმართა 46% იყო თბილისის მაცხოვრებელი, 31% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პატიმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 4%-ს, საშუალო განათლება – 72%-ს, არასრული საშუალო – 24%-ს;
- მსჯავრდებულთა 67% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევნი;
- 78% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- მამაკაცი პატიმრების 73% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 38% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელაღსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 19% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 81% ნარკოტიკს მოიხმარდა ეპიზოდურად;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 27%-მა აღნიშნა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, სუბუტექსი ინექციის სახით;

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა აივ ინფიცირებასთან დაკავშირებული რისკის ქცევების შესწავლისას აგრეთვე გამოვლინდა, რომ

- 83% მრავალჯერ იყენებდა საკუთარ ნახმარ შპრიცს;

- 51% აღნიშნავდა, რომ ამა თუ იმ სიხშირით იყენებდა სხვის მიერ უკვე გამოყენებულ საინექციო ინსტრუმენტებს;
- 49% აღიარებდა მათ მიერ გამოყენებული შპრიცების სხვებისათვის გაზიარების ფაქტს;
- ნარკომან პატიმართა 21% აღნიშნავდა, რომ უკანასკნელი 5 წლის განმავლობაში იმყოფებოდნენ შიდსის გავრცელების მაღალი რისკის ქვეყნებში, ძირითადად რუსეთსა და უკრაინაში;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პატიმართა 85%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღნიშნა პატიმართა 4%-მა, ყველა კონტაქტი მოდიოდა პატიმრობის პერიოდზე და იყო იძულებითი; ამავე ჯგუფში გამოვლინდნენ პატიმრები, რომლებსაც აღიარეს, რომ თავისუფლების აღკვეთამდეც ჰქონდათ ჰომოსექსუალური კონტაქტები.
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 85%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ძირითადად კი პატიმრობის პერიოდში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პატიმართა 49%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პატიმართა მხოლოდ 22%-ს;
- შიდსზე ტესტირება ადრე ჩატარებული ჰქონდა 150-მდე მსჯავრდებულს. აქედან ჩვენი ცენტრის მიერ გამოკვლეული აღმოჩნდა 94%. დანარჩენ პატიმრებს ტესტირება ჩატარებული ჰქონდათ რუსეთისა და უკრაინის სასჯელაღსრულების სამედიცინო სამსახურების მიერ.

გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა 18 აივ პოზიტიური პატიმარი. კერძოდ,

- 7 პატიმარი გამოვლინდა 1 საპრობილეში,
- 5 - მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში,

- 4 - ქსნის 7 დაწესებულებაში,
- 1 - რუსთავის 2 კოლონიაში და
- 1 - 3 საპრობილეში.

სკრინინგული გამოკვლევის შედეგები გადამოწმდა და დადასტურდა კონფირმაციული მეთოდით.

ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის მიხედვით, ორი ამ პატიმართაგანი იყო ჰომოსექსუალი მამაკაცი, რომლებმაც აღიარეს, რომ თავისუფლების აღკვეთამდე ჰქონდათ დაუცველი ჰომოსექსუალური ურთიერთობები, მათ შორის აღნიშნეს კონტაქტები ნარკომან პარტნიორებთან.

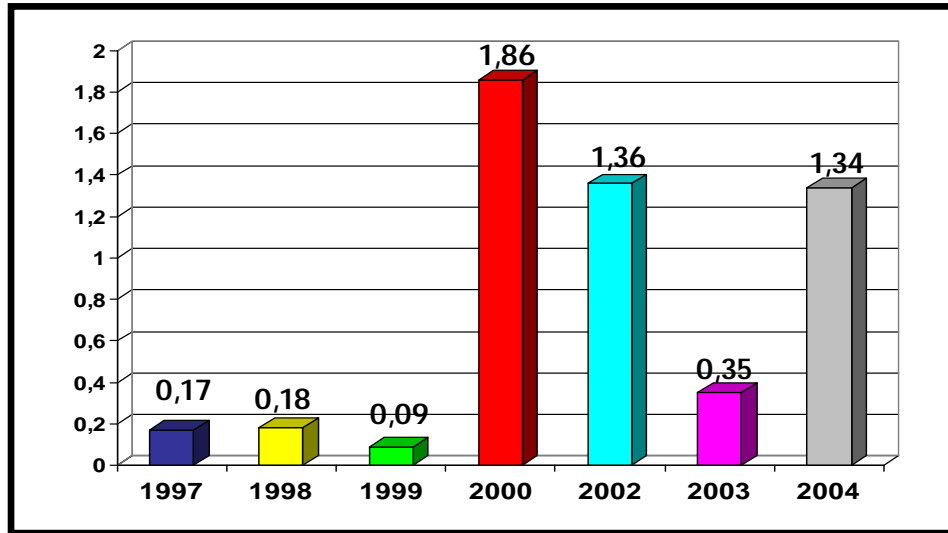
დანარჩენი 16 აივ ინფიცირებული პატიმრიდან ყველა იყო ნარკოტიკების ინექციური გზით მოხმარებული. ანამნეზში აღნიშნავდნენ, რომ დაპატიმრებამდე იმყოფებოდნენ უკრაინასა და რუსეთში და ასევე მიუთითებდნენ არასტერილური, საერთო შპრიცების გამოყენებას. საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ 2 მათგანის გადმოცემით, მათთვის ცნობილი იყო აივ ინფექციის სისხლის გზით გადაცემის საფრთხე, იცოდნენ, რომ საკანში იყო აივ ინფიცირებული პატიმარი, მაგრამ მასთან ერთად მაინც იყენებდნენ ზიარ საინექციო ინსტრუმენტებს. სავარაუდოა, რომ მათი აივ ინფიცირება სწორედ სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში მოხდა.

2004 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო აივ ინფექცია/შიდსის 638 შემთხვევა, მათგან მხოლოდ მიმდინარე წელს გამოვლენილ იქნა 163 ახალი შემთხვევა. 18 შემთხვევა გამოვლინდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული პროფილაქტიკური კვლევების შედეგად.

2004 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 1,34% (დიაგრამა 8). ამასთან, ციხეებსა და კოლონიებში გამოვლინდა აივ-ის გადაცემასთან დაკავშირებული შემაშფოთებელი სურათი - აივ ინფიცირებულ პატიმრებთან საზიარო შპრიცების გამოყენების ფაქტები. ასევე საინტერესოა, რომ ნარკოტიკების ეპიზოდურად მომხმარებლები ნახმარი, არასტერილური შპრიცების გამოყენებისაკენ უფრო მიდრეკილნი არიან, ვიდრე

ქრონიკული ნარკომანები, რომლებმაც აივ-ის გადაცემის გზების ცოდნის უკეთესი «შედეგი აჩვენეს».

აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა საქართველოს  
პენიტენციურ სისტემაში 1997-2004 წ.წ.



2005 წელს აივ ინფექცია/შიდსზე კონსულტაცია და გამოკვლევა ჩატარდა პენიტენციური სისტემის შემდეგ დაწესებულებებში:

- თბილისის 1 საპყრობილე - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 284 პატიმარი;
- მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 127 პატიმარი;
- 5 დაწესებულება (ქალთა კოლონია) - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 212 პატიმარი;
- ბათუმის ციხე - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 109 პატიმარი;
- რუსთავის 1 დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 265 პატიმარი;
- ქსნის 5 საპყრობილე - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო 159 პატიმარი;
- ქსნის 7 დაწესებულება - კონსულტირებული და ტესტირებული იყო პატიმარი.

სულ 2005 წელს გამოკვლეულ იქნა 1302 პაციმარი, 1090 - მამაკაცი, 212 - ქალი. პრე-ტესტ კონსულტაციის შემდეგ პაციმრების მიერ შევსებულ იქნა გამოკითხვის ანონიმური ანკეტა, ხელმოწერილ იქნა აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა, რის შემდეგაც მათ საანალიზოდ აეღოთ ვენური სისხლი.

ანკეტური მონაცემების დამუშავების შედეგად მიღებული იქნა შემდეგი მონაცემები:

- გამოკვლეულ პაციმართა ასაკი მერყეობდა 22-65 წლის ფარგლებში. საშუალო ასაკმა შეადგინა 39,9 წელი;
- პაციმართა 47% იყო თბილისის მაცხოვრებელი, 33% - იძულებით გადაადგილებული პირი;
- პაციმართა შორის უმაღლესი განათლება მიღებული ჰქონდა მხოლოდ 3%-ს, საშუალო განათლება – 72%-ს, არასრული საშუალო – 25%-ს;
- მსჯავრდებულთა 57% იყო 2-ჯერ და მეტჯერ ნასამართლევნი;
- 83% აღნიშნავდა, რომ დაკავებამდე იყო უმუშევარი;
- მამაკაცი პაციმრების 75% აღიარა, რომ ნარკოტიკები მოუხმარია ცხოვრების მანძილზე, 39% კი ნარკოტიკების მიღებას სასჯელაღსრულების დაწესებულებაშიც აგრძელებდა. მათგან 21% წამალდამოკიდებული იყო, ხოლო 79% ნარკოტიკს მოიხმარდა ეპიზოდურად;
- ნარკოტიკის ინექციურ მომხმარებელთა 26%-მა აღნიშნა, რომ პირველად საინექციო ნარკოტიკი სწორედ ციხეში გამოიყენეს;
- მოხმარებული ინექციური ნარკოტიკის ძირითადი სახეობა – ჰეროინი, სუბუტექსი ინექციის სახით;

ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა აივ ინფიცირებასთან დაკავშირებული რისკის ქცევების შესწავლისას აგრეთვე გამოვლინდა, რომ

- 79% მრავალჯერ იყენებდა საკუთარ ნახმარ შპრიცს;
- 46% აღნიშნავდა, რომ ამა თუ იმ სიხშირით იყენებდა სხვის მიერ უკვე გამოყენებულ საინექციო ინსტრუმენტებს;

- 31% აღიარებდა მათ მიერ გამოყენებული შპრიცების სხვებისათვის გაზიარების ფაქტს;
- შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები თავისუფლების აღკვეთამდე აღნიშნა პატიმართა 85%-მა;
- დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები აღნიშნა პატიმართა 3%-მა, ყველა კონტაქტი მოდიოდა პატიმრობის პერიოდზე და იყო იძულებითი; ამავე ჯგუფში გამოვლინდნენ პატიმრები, რომლებმაც აღიარეს, რომ თავისუფლების აღკვეთამდეც ჰქონდათ ჰომოსექსუალური კონტაქტები.
- ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების 88%-ს; ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ძირითადად კი პატიმრობის პერიოდში;
- წარსულში სქესობრივი გზით გადამდები რომელიმე ინფექციის ან ვირუსული ჰეპატიტების გადატანა აღნიშნა პატიმართა 49%-მა;
- აივ ინფექცია/შიდსის გადაცემის გზების ან რაიმე სხვა ინფორმაცია ამ დაავადების შესახებ გააჩნდა პატიმართა მხოლოდ 21%-ს;
- შიდსზე ტესტირება ადრე ჩატარებული ჰქონდა 212 მსჯავრდებულს. აქედან ჩვენი ცენტრის მიერ გამოკვლეული აღმოჩნდა 93%. დანარჩენ პატიმრებს ტესტირება ჩატარებული ჰქონდათ რუსეთისა და უკრაინის სასჯელაღსრულების სამედიცინო სამსახურების მიერ.

გამოკვლევის შედეგად გამოვლინდა 23 აივ პოზიტიური პატიმარი. კერძოდ,

- 7 პატიმარი გამოვლინდა რუსთავის 1 დაწესებულებაში;
- 6 - ქსნის 7 დაწესებულებაში;
- 3 - ქსნის 5 საპყრობილეში;
- 3 - მსჯავრდებულთა და პატიმართა სამკურნალო დაწესებულებაში;
- 3 - ბათუმის ციხეში;
- 1 - თბილისის 1 საპყრობილეში.

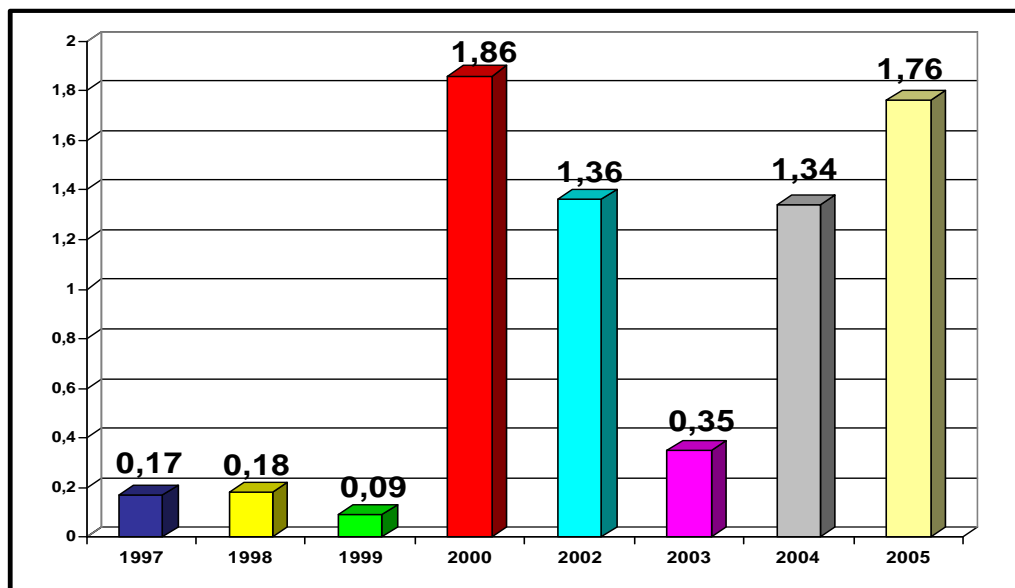
სკრინინგული გამოკვლევის შედეგები გადამოწმდა და დადასტურდა კონფირმაციული მეთოდით. ყველა აივ პოზიტიური პატიმარი აყვანილ იქნა აღრიცხვაზე შიდსის ცენტრის დისპანსერულ განყოფილებაში.

ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის მიხედვით, გამოვლენილ აივ ინფიცირებულ პატიმართაგან ერთი იყო ჰომოსექსუალი მამაკაცი, ორი – აღნიშნავდა, რომ თავისუფლების აღკვეთამდე იმყოფებოდნენ უკრაინაში, სადაც ჰქონდათ ხშირი, შემთხვევითი, დაუცველი ჰეტეროსექსუალური კონტაქტები, ხოლო დანარჩენი 20 აივ ინფიცირებული პატიმრიდან ყველა იყო ნარკოტიკების ინექციური გზით მომხმარებელი და აღნიშნავდნენ არასტერილური, ზიარი შპრიცების გამოყენებას.

2005 წელს საქართველოში სულ რეგისტრირებული იყო 880 აივ ინფიცირებული, მათგან მხოლოდ მიმდინარე წელს გამოვლენილ იქნა 242 ახალი შემთხვევა. 23 შემთხვევა გამოვლინდა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ჩატარებული კვლევების შედეგად. 2005 წელს აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ გამოკვლეულ მოსახლეობაში შეადგინა 0,15%, ხოლო პენიტენციურ სისტემაში - 1,76% (დიაგრამა 9).

დიაგრამა 9

აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში 1997-2005 წ.წ.





მართალია, სასჯელადსრულების დაწესებულებებში გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პატიმრების რიცხვი მნიშვნელოვან მაჩვენებლებს არ აღწევს, მაგრამ ტესტირების პარალელურად ჩატარებულმა ინტერვიუებმა გამოავლინა საპატიმროებში აივ ინფექციის გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორები და პატიმართა მაღალი რისკის ქცევები, რომელთა საფუძველზეც შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ სასჯელადსრულების დაწესებულებებში მოსალოდნელია აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების სწრაფი გავრცელება.

საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ უკანასკნელ წლებში აივ ინფიცირება გამოვლინდა ტესტირებულ ჰომოსექსუალ და ხშირი შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის მქონე პატიმრებს შორის, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ, მართალია, საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელების ძირითად გზას კვლავ ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება წარმოადგენს, მაგრამ უკანასკნელ წლებში შიდსის ვირუსი ვრცელდება დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების შედეგადაც.

ჩვენი კვლევების მიხედვით, 1997 წლიდან 2005 წლის ჩათვლით საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში სულ გამოვლინდა 67 აივ ინფიცირებული პატიმარი. 7 პატიმარი გარდაიცვალა. 35 განთავისუფლდა და იმყოფება შიდსის ცენტრის დისპანსერული განყოფილების მეთვალყურეობის ქვეშ.

2005 წლის დეკემბრის მონაცემებით, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში სასჯელს იხდიდა 25 აივ ინფიცირებული პატიმარი. აივ ინფიცირებულ პატიმრებს უტარდებათ პერიოდული ლაბორატორიული გამოკვლევები და საჭიროების შემთხვევაში - სიმპტომური მკურნალობა. შიდსით დაავადებულ 6 პატიმარს კი მკურნალობა უტარდება ანტირეტროვირუსული პრეპარატებით. მკურნალობის საჭიროების შესახებ გადაწყვეტილების მიღება ხდება შიდსის საერთაშორისო საზოგადოების ოფიციალური რეკომენდაციების გათვალისწინებით. ანტირეტროვირუსული მედიკამენტებით უფასო მკურნალობა ხორციელდება შიდსთან, მალარიასთან და ტუბერკულოზთან ბრძოლის გლობალური ფონდის ფინანსური

მხარდაჭერით, ხოლო პერიოდულ გამოკვლევებსა და სიმპტომურ მკურნალობას უზრუნველყოფს სოციალური დაზღვევის ერთიანი სახელმწიფო ფონდი.

## თავი IV

### მიღებული შედეგების შეფასება და განსჯა

აივ ინფექცია/შიდსი მსოფლიო პრობლემას წარმოადგენს, რომელმაც უკვე გამოიწვია მილიონობით ადამიანის დაავადება და გარდაცვალება. სოციალური, კულტურული და ეკონომიკური ფაქტორები, ისევე როგორც საკანონმდებლო ბაზა, გავლენას ახდენენ აივ ინფექციის განვითარებაზე. UNAIDS-ის (გაეროს შიდსის პროგრამის) მონაცემებით, აივ/შიდსის გავრცელება სასჯელადსრულების დაწესებულებებში აღემატება მის პრევალენტობას ციხისგარე საზოგადოებაში. ეს მაჩვენებელი შეეხება ისეთ ინფექციებსაც, როგორცაა B და C ჰეპატიტები და ტუბერკულოზი, რადგან, მთელი რიგი ფაქტორების გამო, სასჯელადსრულების დაწესებულებები მიჩნეულია ამ დაავადებებისათვის “იდეალურ ინკუბატორებად”. უკანასკნელ წლებში მსოფლიოს ბევრი ქვეყნის ციხეებში, ბრაზილიიდან რუსეთის ჩათვლით, დაფიქსირდა აივ/შიდსის და C ჰეპატიტის ეპიდემიები.

საქართველოში აივ/შიდსის პირველი შემთხვევების გამოვლინებისთანავე აქტუალური გახდა პენიტენციურ სისტემაში ეპიდემიოლოგიური კვლევის ჩატარება აივ ინფექციის პრევალენტობის, რისკ-ფაქტორების და მაღალი რისკის ჯგუფების ქცევების შესწავლის მიზნით.

ჩვენს მიერ ჩატარებული კვლევების საფუძველზე გამოვლინდა ფაქტორები, რომლებიც ხელს უწყობენ აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელებას პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში. ესენია:

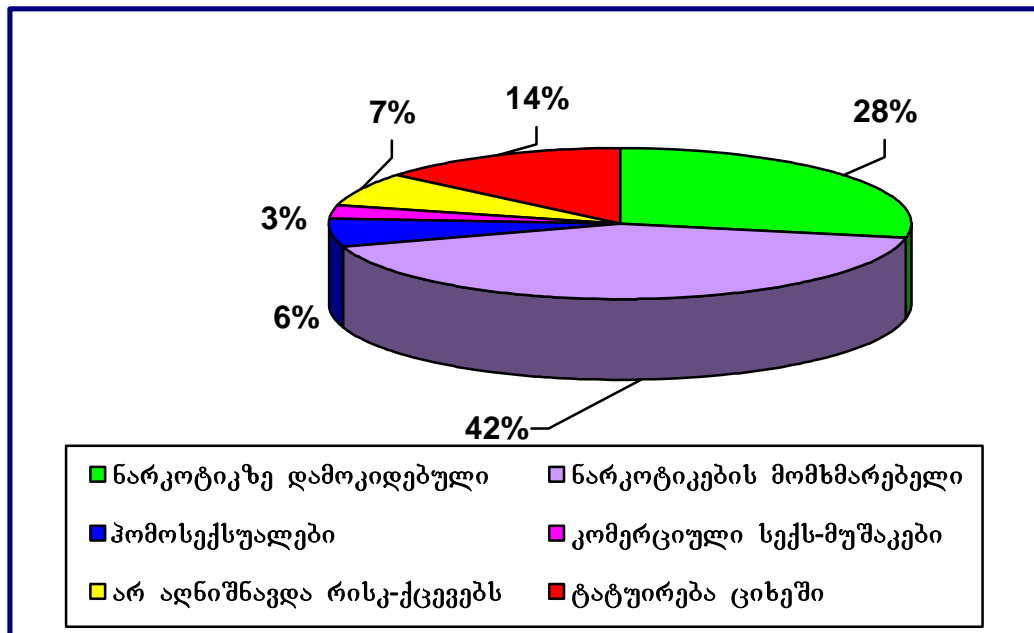
- გადავსებული ციხეები;
- სასჯელადსრულების დაწესებულებებში ადგილი აქვს არალეგალურ და ჯანმრთელობისათვის სახიფათო ქცევების სტერეოტიპს, როგორცაა ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება და ჰომოსექსუალიზმი;
- ტატუირებისა და პირსინგისათვის არასტერილური მოწყობილობების გამოყენება;

- არაადეკვატური და არასრულფასოვანი საკვები;
- არადადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები;
- პატიმართა უმრავლესობა სოციალურად დაუცველი და ლტოლვილი მოსახლეობის ჯგუფის წარმომადგენელია, რომლებიც ყველაზე მეტად ავადდებიან სგგდ, ტუბერკულოზით და აივ/შიდსით;
- თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მყოფი პირებისათვის სამკურნალო-პროფილაქტიკური დახმარების ნაკლები ხელმისაწვდომობა მთლიანი მოსახლეობისაგან განსხვავებით;
- აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ინფორმაციის ნაკლებობა.

საპატიმროებში რისკთან დაკავშირებული ქცევების შესწავლამ დაამტკიცა დადებითი კორელაციის არსებობა აივ ინფიცირების გავრცელებასა და რისკ-ქცევებს შორის.

დიაგრამა 10.

პატიმართა განაწილება რისკ-ქცევების მიხედვით.



პენიტენციურ სისტემაში მაღალი რისკის ქცევებიდან განსაკუთრებით საყურადღებოა *ნარკოტიკის ინექციური გზით გამოყენება*.

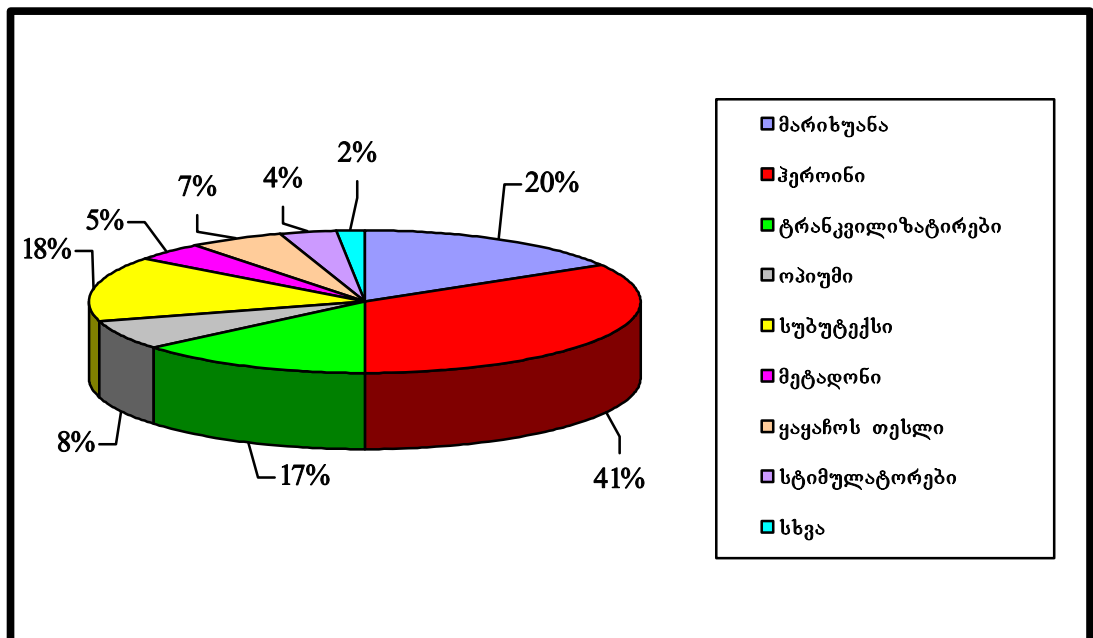
თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში იმ პატიმართა რიცხვი, რომლებიც სასჯელს ნარკოტიკის გაყიდვის, შენახვის, გავრცელების თუ მოხმარების გამო იხდიან, არც ისე მაღალია, 7- 9%.

რესპოდენტების 23% აღნიშნავდა, რომ ნარკოტიკები ციხეებში არ გამოიყენება, ხოლო, პატიმართა დიდმა ნაწილმა აღიარა, რომ მცირე რაოდენობით ნარკოტიკები მაინც ხვდება ციხეებში და არ უარყოფდა ნარკოტიკების არარეგულარულ გამოყენებას. ამასთან, მათ აღნიშნეს, რომ დაკავებამდე უკვე იყვნენ წამალდამოკიდებული და დაახლოებით 40% ნარკოტიკების მოხმარებას ციხეშიც აგრძელებდა. პატიმართა დაახლოებით 25%-მა კი აღიარა, რომ სწორედ ციხეში დაიწყო ინექციური ნარკოტიკის გამოყენება.

ძირითად ნარკოტიკულ საშუალებებს, რომელთა მოხმარებასაც აღნიშნავენ თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში, წარმოადგენს ოპიოიდები (დიაგრამა 11). მოხმარების ძირითად გზას ინექცია წარმოადგენს.

დიაგრამა 11.

პატიმართა და მსჯავრდებულთა მიერ მოხმარებული ნარკოტიკები



ოპიოიდების ჯგუფის ნივთიერებებიდან 2000 წლამდე ძირითადად მოიხმარებოდა ნედლი ოპიუმი, ე.წ. “შავი”. 2000 წლიდან ქვეყანაში და, შესაბამისად, საპატიმროებში გაიზარდა ჰეროინის შემოტანა და მოხმარება. 2004 წელს მნიშვნელოვანი ცვლილება მოხდა მოხმარებადი ოპიოიდების სპექტრში. კერძოდ, ევროპიდან შემოვიდა სუბუტექსი (ბუპრენორფინი) - პერორალური პრეპარატი, რომელსაც საქართველოში ინექციური გზით მოიხმარენ აბების საინექციო წყალში გახსნის გზით.

აღკვეთის მდგომარეობის განცდა სასჯელადსრულების დაწესებულებებში აღნიშნა გამოკითხულთა 18%-მა, ხოლო ზედოზირების ფაქტი – 12%-მა.

ვინაიდან საპატიმროებში პრობლემას წარმოადგენს სტერილური ან ერთჯერადი საინექციო ინსტრუმენტები, პატიმრები, როგორც წესი, გამოიყენებენ არასტერილურ, ზიარ ნემსებსა და შპრიცებს, და ნარკოტიკის მოსამზადებელ ჭურჭელს. კერძოდ,

- 79% მრავალჯერ იყენებდა საკუთარ ნახმარ შპრიცს;
- 46% აღნიშნავდა, რომ ამა თუ იმ სიხშირით იყენებდა სხვის მიერ უკვე გამოყენებულ საინექციო ინსტრუმენტებს;
- 31% აღიარებდა მათ მიერ გამოყენებული შპრიცების სხვებისათვის გაზიარების ფაქტს.

უკვე გამოყენებული საინექციო ინსტრუმენტების სტერილიზაციასთან დაკავშირებით გაცემული იქნა შემდეგი პასუხები:

- 48% ავლებდა ანადულარ წყალს;
- 37% ნემსს მოატარებდა ცეცხლზე;
- 59% რეცხავდა ჩვეულებრივი წყლით;
- 13% საერთოდ არ ასუფთავებდა.

ყოველივე ზემოთ აღწერილი მიეკუთვნება რისკ-ქცევას და მიუთითებს ნარკოტიკების ინექციურ მოხმარებელთა შორის აივ-ის გადაცემის მაღალ ალბათობაზე.

სასჯელადსრულების დაწესებულებებში, აივ-ის გავრცელების მხრივ, საზიარო საინექციო მოწყობილობების გამოყენებასთან ერთად, საყურადღებო რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს *დაუცველი სქესობრივი კავშირები*. განსაკუთრებით რისკის შემცველია საპატიმროებში არსებული ჰომოსექსუალური კონტაქტები.

საქართველოში ჰომოსექსუალიზმი ერთ-ერთი ყველაზე მეტად ტაბუირებული თემაა. როგორც კვლევებმა აჩვენეს, ჰომოსექსუალებს შორის არსებობს გარკვეული კატეგორიები:

- ჰომოსექსუალები, რომლებიც არ მალავენ თავის ორიენტაციას;
- ჰომოსექსუალები, რომლებიც კატეგორიულად უარყოფენ თავის ორიენტაციას;
- ბისექსუალები, რომელთა უმრავლესობას ჰყავს ცოლ-შვილი, მაგრამ ამავე დროს ჰყავს თავისივე სქესის პარტნიორი;
- ჰომოსექსუალები, რომლებმაც ეს სტატუსი მიიღეს თავისი სურვილის საწინააღმდეგოდ, ძალადობრივად განხორციელებული სქესობრივი ურთიერთობის შემდეგ.

ამ სახის კონტაქტები სასჯელადსრულების დაწესებულებებში მკაცრად გასაიდუმლოებულია და შემთხვევათა უმრავლესობაში ციხის ადმინისტრაცია არც აღიარებს იმ ფაქტს, რომ ყველა საპატიმროში არსებობს ამ სახის სქესობრივი ურთიერთობები. თუმცა ისინი არ უარყოფენ, რომ ციხეში არიან ჰომოსექსუალი მამაკაცები, ე.წ. “ქათმები”, რომლებიც არ მალავენ თავიანთ ორიენტაციას და მათ ჩვეულებრივ ცალკე კამერებში ათავსებენ. “კულუარული” ინფორმაციით, ეს პატიმრები გამოიყენებიან სქესობრივი ურთიერთობებისათვის ე.წ. “მაღალი კასტის” წარმომადგენლების მიერ. ამ სახის სქესობრივი ურთიერთობები ძირითადად ძალადობრივია და არასოდეს გამოიყენება თავდაცვის საშუალება, რაც თავისთავად ზრდის აივ-ის მიმართ ამ რისკ-ჯგუფის დაუცველობას.

პატიმრებსა და მათ სქესობრივ პარტნიორებს შორის აივ-ის გავრცელების მაღალი რისკი არსებობს ჰეტეროსექსუალური კონტაქტების დროსაც, რადგან მათი

მნიშვნელოვანი ნაწილი ეწევა უწესრიგო სქესობრივ ცხოვრებას და არ იყენებს თავდაცვის საშუალებებს, განსაკუთრებით მუდმივ პარტნიორებთან - მეუღლეებთან.

პატიმართა გამოკითხვისას გამოვლინდა შემდეგი მონაცემები:

- 80%-ზე მეტი აღნიშნავდა, რომ ცხოვრების მანძილზე ავად იყვნენ სხვადასხვა სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციებით, რაც გამოწვეული იყო დაუცველი სქესობრივი ურთიერთობებით უცნობ პარტნიორებთან;
- სქესობრივი ურთიერთობების დროს იყენებდნენ პრეზერვატივს, მაგრამ მხოლოდ 23% მოიხმარდა მას ყოველთვის და 47% – ხშირად. დანარჩენ შემთხვევებში აღნიშნავდნენ ხანდახან ან იშვიათად გამოყენებას;
- 11% მიუთითებდა სქესობრივ კონტაქტებზე ნარკომან პარტნიორებთან.

საყურადღებოა, რომ სქესობრივი გზით დაავადებათა გადაცემას მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს წამალდამოკიდებულების ის სახეობებიც, რომლებიც არ არის დამოკიდებული ნივთიერებათა ინექციური გზით მიღებასთან (ალკოჰოლი, ჰაშიში, ტრანკვილიზატორები და სხვა), მაგრამ იწვევენ თრობის მდგომარეობაში სქესობრივი ლტოლვის აქტივაციას და თვითკონტროლის დაქვეითებას, რაც, შესაბამისად, ზრდის აივ-ით და სხვა სგგი-ით ინფიცირების რისკს.

სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში აივ ინფექციის ნაკლებ რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს *სხეულის ტატუირება*. კვლევების ჩატარების დროს ტატუირება სხეულზე აღმოაჩნდა მამაკაცი-პატიმრების დაახლოებით 80% და ქალი-პატიმრების 23%. ამასთან, ტატუირების ნაწილი გაკეთებული იყო ახალგაზრდობის წლებში, ძირითადად კი პატიმრობის პერიოდში. პატიმართა გამოკითხვით აღმოჩნდა, რომ ტატუირებისათვის განკუთვნილი ნემსების სტერილიზაციისათვის იყენებდნენ ანადუღარ წყალს, ან ასუფთავებდნენ სპირტით, ან ნემსს მოატარებდნენ ცეცხლზე. აივ ინფიცირების რისკი ასეთი სახის მანიპულაციების შემთხვევაში არსებობს, მაგრამ ამ გზით ინფიცირების შემთხვევები ჩვენს მიერ არ დაფიქსირებულა.

ასევე საშიშია პატიმრებს შორის საერთო მოხმარების სამართებლით და კბილის ჯაგრისით სარგებლობაც, რასაც აღნიშნავდა პატიმართა მცირე ნაწილი.



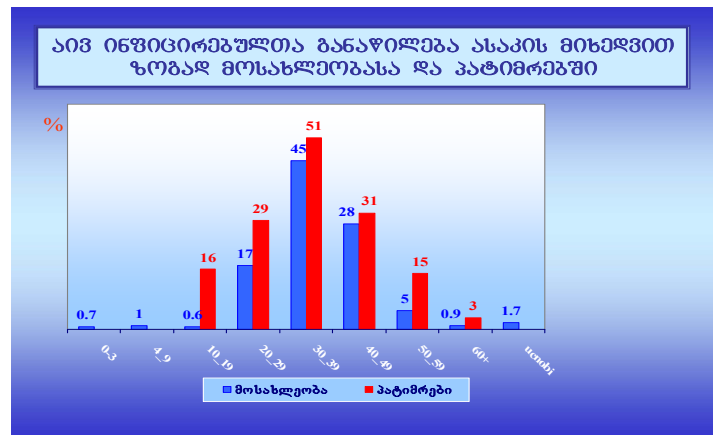
ჩვენს მიერ ჩატარებული ეპიდემიოლოგიური კვლევის მიმდინარეობის დროს (1997-2005 წ.წ.) აივ ინფექცია/შიდსზე პრეტესტ-კონსულტაცია ჩატარდა 10 000-მდე მსჯავრდებულსა და პატიმარს. მათგან თანხმობა განაცხადა და სისხლში აივ ანტისხეულებზე ნებაყოფლობითი ტესტირება ჩაიტარა 9 439 პატიმარმა. გამოკვლეული პატიმრებიდან 8 801 იყო მამაკაცი, 638 – ქალი (სურათი 12).

სურათი 12.



ასაკი მერყეობდა 14-დან 70 წლამდე (დიაგრამა 12).

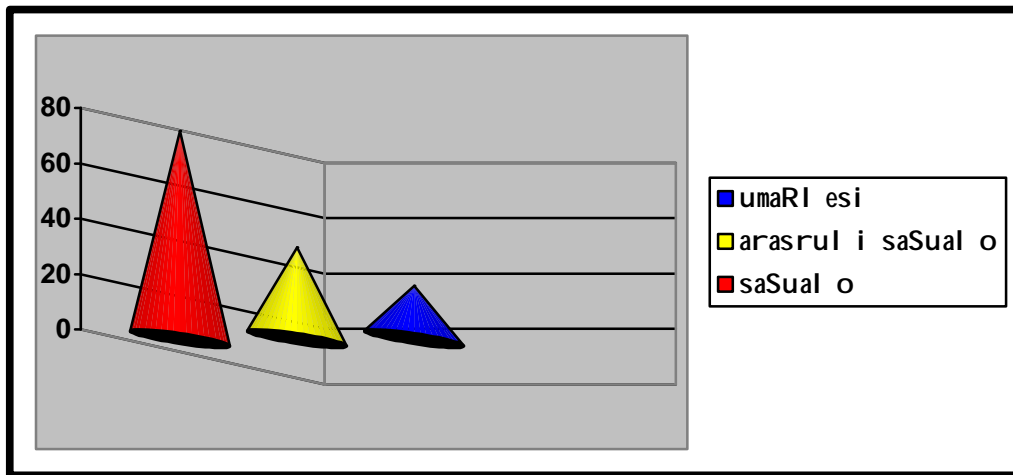
დიაგრამა 12.



განათლების მიხედვით გამოკვლეულ პატიმართა შორის 4%-ს გააჩნია უმაღლესი განათლება, 75%-ს საშუალო, 21%-არასრული საშუალო (დიაგრამა 13). დაპატიმრებამდე დაახლოებით 70% იყო უმუშევარი.

დიაგრამა 13

გამოკვლეულ პატიმართა განაწილება განათლების დონის მიხედვით



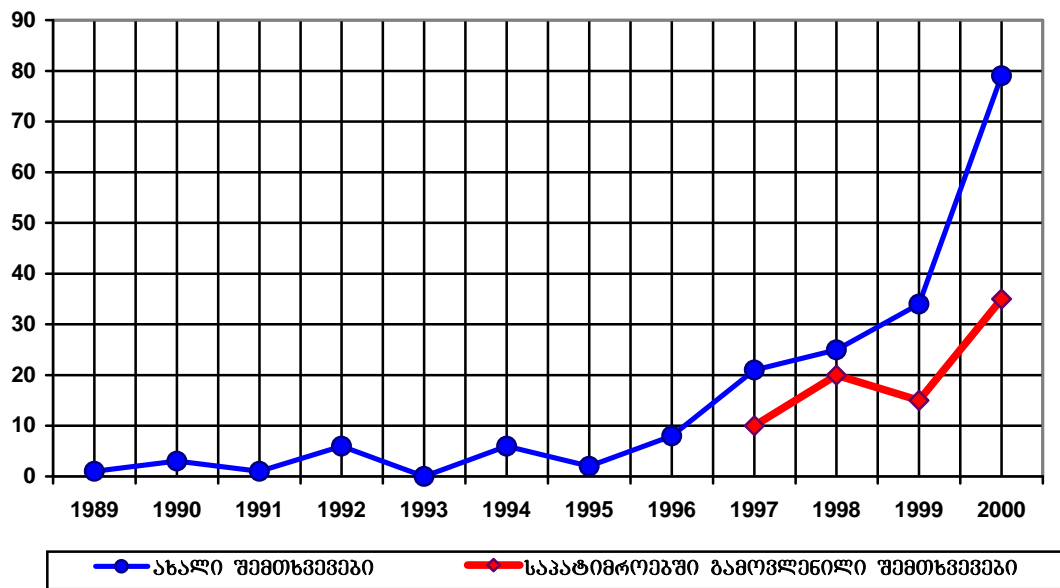
საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებაში ჩვენს მიერ 1997-1999 წ.წ. ჩატარებული კვლევების თანახმად, გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პატიმრების რიცხვი დაბალი აღმოჩნდა, მაგრამ ტესტირების პარალელურად ჩატარებულმა ინტერვიუებმა გამოავლინა სასჯელაღსრულების ადგილებში ინფექციის გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორები და პატიმართა მაღალი რისკის ქცევები, რომელთა გათვალისწინებით, სავარაუდო იყო, რომ აივ ინფექციის გავრცელება არ დარჩებოდა იმ დაბალ დონეზე, რაც გამოკვლევის ამ ეტაპზე იქნა მიღებული.

2000 წელს გამოკვლეულ იქნა პენიტენციური სისტემის ის დაწესებულებები, რომლებიც აივ ინფექცია/შიდსის თვალსაზრისით განლაგებული იყო დაავადების მაღალი პრევალენტობის ზონებში, კერძოდ: ქ. თბილისში, ბათუმსა და ზუგდიდში, სადაც ყველაზე მაღალია იძულებით გადაადგილებულ პირთა რაოდენობა. მიუხედავად აივ ინფექცია/შიდსზე გამოკვლეულ პატიმართა მცირე რაოდენობისა, გამოვლინდა აივ ინფიცირების ყველაზე მეტი შემთხვევა (დიაგრამა 10). ეს ფაქტი

ახსნება შიდსის ეპიდემიის ერთ-ერთი მახასიათებლით, რომ აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობა ყოველთვის მაღალია დედაქალაქში და იმ რეგიონებში, სადაც მოსახლეობის მიგრაცია პიკს აღწევს. ამავე დროს, მნიშვნელოვანი ფაქტია ისიც, რომ სწორედ 2000 წელს აღინიშნა საქართველოს მასშტაბით აივ ინფექცია/შიდსის გამოვლენილი შემთხვევის პირველი ნახტომისებური პიკი (დიაგრამა 14).

დიაგრამა 14

აივ ინფიცირების ახალი შემთხვევების დინამიკა წლების მიხედვით მოსახლეობასა და საპატიმროებში გამოვლენილი შემთხვევებში



1997-2001 წ.წ.-ში აივ ინფიცირება არ გამოვლენილა ტესტირებულ ჰომოსექსუალებს, კომერციულ სექს-მუშაკებსა და ხშირი შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის მქონე პატიმრებს შორის, რაც ადასტურებს, რომ საქართველოში, კვლევის ამ პერიოდში, აივ ინფექციის გავრცელების ძირითად გზას ნარკოტიკების ინექციური გამოყენება წარმოადგენდა.

მართალია, 2003 წელს აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 0,35%, რაც თითქმის 4-ჯერ ნაკლები აღმოჩნდა წინა წლის პრევალენტობის მაჩვენებელზე, მაგრამ ეს მაჩვენებელი არ ასახავდა საქართველოს საპატიმროებში აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების რეალურ სურათს (2001-2003

წლებში გამოკვლეულ პაციმართა რაოდენობა იყო მცირე და ამასთან ატარებდა არასისტემატიურ ხასიათს «აივ ინფექცია/შიდსის პროფილაქტიკის» სახელმწიფო პროგრამის შეზღუდული დაფინანსების გამო).

2004 წლისათვის საქართველოში აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ პენიტენციურ სისტემაში შეადგინა 1,34%. ამასთან, გამოვლინდა ციხეებსა და კოლონიებში აივ-ის გადაცემასთან დაკავშირებული შემამოფოთებელი სურათი - აივ ინფიცირებულ პაციმრებთან საზიარო შპრიცების გამოყენების შემთხვევები. ამასთან, საინტერესოა ის ფაქტი, რომ ნარკოტიკების ეპიზოდურად მომხმარებლები ნახმარი, არასტერილური შპრიცების გამოყენებისაკენ უფრო მიდრეკილნი არიან, ვიდრე ნარკოტიკებზე დამოკიდებული პირები.

2005 წელს აივ ინფექცია/შიდსის პრევალენტობამ ზოგად პოპულაციაში შეადგინა 0,15%, ხოლო პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში - 1,76% ანუ დაავადების გავრცელება 10-ჯერ და მეტად აღემატება ციხისგარე საზოგადოებაში დაავადების გავრცელებას.

საყურადღებოა ის ფაქტიც, რომ უკანასკნელ წლებში აივ ინფიცირება გამოვლინდა ტესტირებულ ჰომოსექსუალ და ხშირი შემთხვევითი სქესობრივი კავშირის მქონე პაციმრებს შორის, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს, რომ მართალია, საქართველოში აივ ინფექციის გავრცელების ძირითად გზას კვლავ ნარკოტიკების ინექციური მომხმარება წარმოადგენს, მაგრამ უკანასკნელ წლებში შიდსის ვირუსი ვრცელდება დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების შედეგადაც.

ჩვენი კვლევების მიხედვით, 1997 წლიდან 2005 წლის ჩათვლით საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში სულ გამოვლინდა 67 აივ ინფიცირებული პაციმარი: 7 – გარდაიცვალა. 35 განთავისუფლდა და იმყოფება შიდსის ცენტრის დისპანსერული განყოფილების მეთვალყურეობის ქვეშ.

2005 წლის დეკემბრის მონაცემებით, საქართველოს პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში სასჯელს იხდიდა 25 აივ ინფიცირებული პაციმარი.

მსოფლიოში არსებულ სტატისტიკურ მონაცემებთან შედარებით, საქართველოს სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში გამოვლენილი აივ ინფიცირებული პატიმრების რიცხვი მნიშვნელოვან მაჩვენებლებს არ აღწევს, მაგრამ ტესტირების პარალელურად ჩატარებულმა ინტერვიუებმა გამოავლინა საპატიმროებში აივ ინფექციის გავრცელების ხელშემწყობი ფაქტორები და პატიმართა მაღალი რისკის ქცევები, რომელთა საფუძველზეც შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში მოსალოდნელია აივ ინფექციის ახალი შემთხვევების სწრაფი გავრცელება თუ არ იქნება მიღებული ეფექტური პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

საპატიმროებში, ჯანმრთელობის საკითხებთან დაკავშირებით დაფინანსების სიმცირის გამო, ცოტა რამ კეთდება აივ ინფექციისა და ნარკოტიკების მოხმარების პრევენციისათვის. თვით ეს სისტემა არ უწყობს ხელს პრევენციული პროგრამების მუშაობას – ოფიციალურ წარმომადგენლებს არ სურთ აღიარონ, რომ პატიმრებისათვის ნარკოტიკები ხელმისაწვდომია. აქ რთულია ერთჯერადი შპრიცებისა და დამცავი საშუალებების გავრცელება. შედეგად, ციხეებსა და კოლონიებში, ნარკოტიკების მოხმარების, მათ შორის ინექციურის, ასევე დაუცველი სქესობრივი კონტაქტების მაჩვენებლები და მათთან დაკავშირებული რისკი მეტად მაღალია.

პატიმართა უმრავლესობა თვლის, რომ “ნარკოტიკი ციხის კულტურის ყოველდღიური ელემენტია და მისი აღმოფხვრა სასჯელაღსრულების დაწესებულებებიდან შეუძლებელია”. თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მყოფ ნარკოტიკების ინექციურ მომხმარებელთა დიდი ნაწილი არასაკმარისად აცნობიერებს სისხლის საშუალებით აივ-ის გადაცემის რისკს. პატიმართა უმრავლესობისათვის შიდსი უფრო სექსთან არის დაკავშირებული, ნაკლებად – სისხლთან. თუმცა აღსანიშნავია, რომ, ანკეტური მონაცემების თანახმად, უკანასკნელი 3 წლის მანძილზე გარკვეულწილად შემცირდა საზიარო საინექციო ინსტრუმენტების და ტატუირებისათვის არასტერილური ნემსების გამოყენების შემთხვევები, რაც მეტყველებს იმ ფაქტზე, რომ ბოლო წლების განმავლობაში ნარკოტიკების

მომხმარებლები დიდ სიფრთხილეს იჩენდნენ სისხლის გზით გადამდები ინფექციური დაავადებების მიმართ, რაც ქცევის ცვლილებაში გამოიხატა;

ამრიგად, კვლევის შედეგებმა აჩვენა, რომ ნარკოტიკების ინექციური მოხმარება საპატიმროებში რჩება აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების ძირითადად ხელშემწყობ ფაქტორად. ციხეებსა და კოლონიებში არ მუშაობს ნარკოტიკების მოხმარებელთა მკურნალობა/რეაბილიტაციის რაიმე სისტემა; მიუხედავად არსებული კანონისა, ფინანსების უქონლობის გამო, ვერ ხორციელდება სავალდებულო მკურნალობაც. პრაქტიკულად არ მოქმედებს აივ ინფექცია/შიდსის პრევენციისაკენ მიმართული ზიანის შემცირების პროგრამები. ამიტომ ყურადღება უნდა გამახვილდეს ინფექციის გავრცელების სწორედ ამ გზის შეზღუდვაზე.

## დასკვნები

1. საქართველოს მოსახლეობის ერთ-ერთ ყველაზე მაღალი რისკის ჯგუფს აივ-ის მიმართ პატიმრები წარმოადგენენ. აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში აღემატება მის პრევალენტობას ციხისგარე საზოგადოებაში;
2. საპატიმროებში ყოველწლიურად გამოვლენილი ახალი აივ ინფიცირების შემთხვევების რაოდენობა მცირეა, მაგრამ უკანასკნელ წლებში - სწრაფად მზარდი;
3. საპატიმროებში ნარკოტიკების ინექციური გამოყენება რჩება აივ ინფექცია/შიდსის გავრცელების ძირითად ხელშემწყობ ფაქტორად; პატიმართა უმრავლესობა სოციალურად დაუცველი და ლტოლვილი მოსახლეობის ჯგუფის წარმომადგენელია; ნარკოტიკების მოხმარება ყველაზე ხშირია 26-40 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში; ძირითად ნარკოტიკულ საშუალებებს ოპიოიდები წარმოადგენს; ოპიოიდებზე დამოკიდებულ და მომხმარებელ პირთა შორის 96% მოიხმარს მათ პარენტერული გზით, როგორც წესი – ინტრავენურად, 4% – ინტრამუსკულურად;
4. პატიმრების მიერ საზიარო საინექციო მოწყობილობების გამოყენება სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში ზრდის აივ/შიდსის და სისხლის გზით გადამდები სხვა ინფექციების გავრცელების ალბათობას. ნახმარი, არასტერილური შპრიცების გამოყენებისაკენ უფრო მიდრეკილნი არიან ახალგაზრდები და ნარკოტიკების ეპიზოდურად მომხმარებლები, ვიდრე ქრონიკული ნარკომანები;
5. სადღეისოდ აივ ინფიცირების შემთხვევები ძირითადად კონცენტრირებულია ნარკოტიკების მომხმარებელ პატიმართა შორის, თუმცა ამ ჯგუფში გამოვლენილი სარისკო სექსუალური ქცევები (განსაკუთრებით დაუცველი ჰომოსექსუალური კონტაქტები) ზრდის ეპიდემიის გადანაცვლების

შესაძლებლობას მათ სექსუალურ პარტნიორებსა და მოსახლეობის იმ ფენებზე, რომლებიც აივ-ით დაავადების რისკის ქვეშ არ მოიაზრებიან;

6. პატიმრები არ არიან გათვითცნობიერებულნი უსაფრთხო სექსისა და ნარკოტიკების უსაფრთხო მოხმარების საკითხებში;
7. თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში გამოვლინდა არადადამაკმაყოფილებელი ჰიგიენური პირობები, პატიმართა სიმჭიდროვე მაღალია, პირადი ჰიგიენა არ ხორციელდება სათანადო დონეზე;
8. აუცილებელია პენიტენციალური სისტემის დაწესებულებებში აივ/შიდსის და სისხლის გზით გადამდები სხვა ინფექციური დაავადებების გავრცელების საწინააღმდეგოდ ეფექტური, ადამიანის უფლებების დაცვაზე დაფუძნებული სტრატეგიისა და ტაქტიკის შემუშავება.



## პრაქტიკული რეკომენდაციები

პენიტენციური სისტემის დაწესებულებებში აივ ინფექცია/შიდსის ეპიდემიის გავრცელების შეზღუდვის მიზნით აუცილებელია შემდეგი ღონისძიებების გატარება:

- პატიმართა რეგულარული, ნებაყოფლობითი, ანონიმური კონსულტირება და ტესტირება (სასურველია პატიმრის აივ სტატუსის დადგენა თავისუფლების აღკვეთის ადგილებში მოხვედრისთანავე, აგრეთვე საკონტროლოდ შერჩევითი ტესტირება განთავისუფლების მომენტში);
- ზიანის შემცირების პროგრამების დანერგვა, რათა პატიმრები და მსჯავრდებულები მომარაგებული იყვნენ ერთჯერადი საინექციო მოწყობილობებით, სადეზინფექციო საშუალებებით, თავდაცვის საშუალებებით;
- აივ ინფიცირებულ პატიმრებს შორის სტიგმისა და დისკრიმინაციის აღმოფხვრა;
- პატიმართა სამედიცინო მომხახურეობასა და მკურნალობაზე ხელმისაწვდომობა;
- სასჯელაღსრულების დაწესებულებების სამედიცინო პერსონალის განსწავლა აივ ინფექცია/შიდსის შესახებ ინფორმირებისა და უსაფრთხოების ნორმების გაცნობის მიზნით;
- პატიმრებისა და მომსახურე პერსონალის ინფორმაციული უზრუნველყოფა;
- სასჯელაღსრულების დაწესებულებებში სანიტარიულ-ჰიგიენური მდგომარეობის გაუმჯობესება და ნორმატიული დოკუმენტებით გათვალისწინებული სტანდარტული პირობების შექმნა;
- სასურველია მომზადდეს საკანონმდებლო ნორმატიული დოკუმენტი, რომელშიც გათვალისწინებული იქნება “ზიანის შემცირების” პროგრამებით განსაზღვრული ღონისძიებები.

ამასთან გასათვალისწინებელია, რომ პრევენცია მაღალი რისკის ჯგუფებში ეფექტური იქნება, თუ ის:

- დაიწყება ადრეულ პერიოდში;
- მიიღებს სისტემატიურ ხასიათს;
- მოიცავს სამიზნე ჯგუფის დიდ ნაწილს;

- ფოკუსირებული იქნება აივ-ის გადაცემის ყველა შესაძლო გზაზე.



## ანონიმური გამოკითხვის ანკეტა

*საკვლევი პირის რისკის ფაქტორების შესაფასებლად*

სარეგისტრაციო ნომერი ----- თარიღი -----

სქესი ----- ასაკი ----- განათლება -----

საცხოვრებელი ადგილი: თბილისი -----

რაიონი -----

იძულებით გადაადგილებული პირი -----

1. რამდენი პატიმარი იმყოფებით საკანში? -----
2. რამდენად არის პირადი ჰიგიენის დაცვის საშუალება? -----
3. ყოფილხართ ოდესმე გამოკვლეული აივ ინფექცია/შიდსზე?  
კი ----- არა -----
- 3.1. თუ კი, როდის? სად? -----
- 3.2 როგორი იყო გამოკვლევის შედეგი? -----
4. გადატანილი გაქვთ მწვავე ჰეპატიტი (სიყვითლე, ბოტკინის დაავადება)?  
კი ----- არა -----
- 4.1. თუ კი, რომელი ჰეპატიტის დიაგნოზი დაგესვათ? -----
5. გადაგსხმიათ ოდესმე სისხლი? კი ----- არა -----
- 5.1. თუ კი, როდის? -----
6. მუშაობდით თუ არა თავისუფლების აღკვეთამდე? -----
7. ხართ თუ არა დაქორწინებული? კი ----- არა -----
8. გყოლიათ თუ არა სქესობრივი პარტნიორი მეუღლის გარდა?  
კი ----- არა -----
- 8.1. თუ კი, იყენებთ თუ არა პრეზერვატივს?  
\* რეგულარულად \* ხშირად \* იშვიათად \* არ ვიყენებ

9. გაქვთ ან გქონიათ თუ არა რომელიმე სქესობრივი გზით

გადამდები დაავადება? კი ----- არა -----

9.1. თუ კი, რომელი სქესობრივი გზით გადამდები დაავადება? -----

10. ნარკოტიკის პირველი მოხმარების ასაკი? -----

11. იკეთებდით თუ არა ნარკოტიკს თავისუფლების აღკვეთამდე?

კი ----- არა -----

11.1. თუ კი, გისარგებლიათ თუ არა საერთო შპრიცით? -----

12. გაგიკეთებიათ თუ არა ნარკოტიკი ციხეში? კი ----- არა -----

12.1. თუ კი, როდის დაიწყეთ ნარკოტიკის გაკეთება? -----

12.2. აგრძელებთ თუ არა ნარკოტიკის გამოყენებას ამჟამად?

კი ----- არა -----

12.3. ნარკოტიკის გაკეთებისას იყენებდით თუ არა ერთჯერად ან

გასტერილებულ შპრიცს? კი ----- არა -----

12.4. გისარგებლიათ თუ არა საერთო შპრიცით? კი ----- არა -----

12.5. გაგიკეთებთ თუ არა ნარკოტიკი საერთო ჭურჭლიდან ერთად?

კი ----- არა -----

12.6. როდის გაიკეთეთ ნარკოტიკი ბოლოს? -----

12.7. რომელ ნარკოტიკს იყენებდით ძირითადად? -----

13. სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში იმყოფებით:

\* პირველად \* მეორედ \* მესამედ

14. იცით თუ არა შიდსის ვირუსის სისხლის გზით გადაცემის საფრთხე?

კი ----- არა -----



### აივ ანტისხეულებზე გამოკვლევის თანხმობის ფორმა

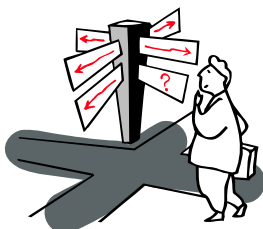
ექიმები ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრიდან ატარებენ გამოკვლევას, რომლის მიზანია საქართველოს პენიტენციურ სისტემაში შიდსის გავრცელების და მაღალი რისკის ქცევების შესწავლა.

როგორც საქართველოს მოქალაქე, რომელიც იმყოფება სასჯელაღსრულების დაწესებულებაში, თქვენ შერჩეული ხართ ამ კვლევაში მონაწილეობის მისაღებად. აღნიშნულ კვლევაში მონაწილეობა მთლიანად ნებაყოფლობითია. თანხმობის შემთხვევაში გექნებათ ინტერვიუ დემოგრაფიული მაჩვენებლების და იმ რისკის ქცევების შესახებ, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიონ შიდსის ვირუსით ინფიცირება. აგრეთვე, მაჯის ვენიდან აგიღებთ 2-3 მლ სისხლს შიდსის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულებზე გამოსაკვლევად. ჩვენ გაცნობებთ გამოკვლევის შედეგს სისხლის ალებიდან 1 კვირაში. თუ ჩატარებული გამოკვლევის პასუხი იქნება უარყოფითი, თქვენი კვლევაში მონაწილეობა დასრულებულად ითვლება, ხოლო თუ თქვენს სისხლში აღმოჩნდება აივ საწინააღმდეგო ანტისხეულები, მაშინ ჩაგიტარდებათ შემდგომი გამოკვლევები.

თქვენს მიერ მოწოდებული ინფორმაციის კონფიდენციალურობა სრულიად იქნება დაცული. ინფორმაცია კვლევაში მონაწილე პიროვნების შესახებ არ მოხვდება არცერთ ანგარიშში. გამოყენებული იქნება მხოლოდ ჯამური მონაცემები, რომლიდანაც ცალკეული პიროვნების იდენტიფიცირება შეუძლებელია.

თქვენს მიერ ამ კვლევაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული რისკი ძალიან მცირეა. სისხლის ალების შემდეგ შეიძლება მკლავზე გაგიჩნდეთ სილურჯე ან მცირედი წვა ხანმოკლე დროით.

სისხლის გამოკვლევა არის უფასო და სრულდება შიდსთან ბრძოლისა და პროფილაქტიკის სახელმწიფო პროგრამის ფარგლებში.



გამოსაკვლევი პირის ხელმოწერა -----

თარიღი \_\_\_\_\_

# თქონიერი კოვარი შიდანი

საქართველოს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის საინფორმაციო ჟურნალი №4 (39), 2005 წ.  
 Newsletter No.4 (39) 2005. The Georgian Infectious Diseases, AIDS & Clinical Immunology Research Center.

საქართველო ინფექციური და ადვილი დაავადებების ცენტრი

ინფექციური დაავადებების ცენტრი

საქართველო ინფექციური და ადვილი დაავადებების ცენტრი

გასსოვდეთ, რომ ერთი სისოსხლე გაქვთ!

## ოფიციალური ქრონიკა

2005 წლის 25 დეკემბრის მონაცემებით ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრში რეგისტრირებულია შიდსის ვირუსით ინფიცირების 876 შემთხვევა, 697- მამაკაცი, 179 - ქალი, მათ შორის 5 - ორსულია. ჰაციენტთა უმრავლესობა 25-დან 40 წლამდეა. შიდსი განუვითარდა 364 პაციენტს, 191 გარდაიცვალა.

რეგისტრირებულ შემთხვევათა განაწილება გადაცემის გზების მიხედვით ასეთია:

- 63,9%** - ნარკოტიკების ინექციური მომხმარებელია
- 28,6%** - დაინფიცირდა ჰეტეროსექსუალური კონტაქტის შედეგად
- 3,4%** - ჰომო-/ბისექსუალური კონტაქტით
- 1,4%** - დაინფიცირდა ვერტიკალური გადაცემის გზით
- 1,1%** - სისხლის რეციპიენტია
- 1,5%** - გადაცემის გზა დაუდგენელია.

საქართველოში ავრეექცია/შიდსის პირველი შემთხვევა გამოვლინდა 1989 წ. თუ გავანალიზებთ ბოლო 5 წლის მონაცემებს, აღმოჩნდება, რომ ამგვარ



## გამოყენებული ლიტერატურის ნუსხა

1. გამყრელიძე ა., ლეჟავა გ., თოდაძე ხ., ცინცაძე მ., სტვილია ქ. და სხვ. წლიური ანგარიში “ნარკოვითარება საქართველოში”. UNDP-გაეროს განვითარების პროგრამა- ამიერკავკასიის ანტინარკოტიკული პროგრამა. 2004 წ.
2. თოდაძე ხ., ნიჟარაძე გ., სტვილია ქ. და სხვ. “აივ ინფექცია/შიდსი საქართველოში: სოციალურ-კულტურული მიდგომა”. UNESCO – კულტურული პოლიტიკისა და ინტერკულტურული დიალოგის განყოფილება. 2005 წ.;
3. ცერცვაძე თ., ნელსონი კ., ბუწაშვილი მ., გოჩიტაშვილი ნ., “შიდსი”, თბილისი, 1999 წ.
4. ცერცვაძე თ., სტვილია ქ., ცინცაძე მ., ჯაში მ., და სხვ. “აივ /შიდსზე სიტუაციური ანალიზი საქართველოში”. შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი, UNAIDS - გაეროს შიდსის პროგრამა, UNICEF – გაეროს ბავშვთა ფონდი. 2001 წ.
5. ცერცვაძე თ., სტვილია ქ., ცინცაძე მ., ბადრიძე ნ., და სხვ. “აივ/ შიდსზე საპასუხო ღონისძიებების ანალიზი საქართველოში”. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსის და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი, UNAIDS – გაეროს შიდსის პროგრამა, UNICEF – გაეროს ბავშვთა ფონდი. 2002 წ.
6. Альбов А.П., Исаев Д.Д., “Гомосексуальные контакты среди мужчин - заключенных в России” Министерство внутренних дел, отдел реформ, Санкт-Петербург. Международная конференция по СПИДу, 7-12 августа 1994 г.; 10(2):53.
7. Бобрик А. и др. **Здравоохранение в тюрьмах России – крупным планом.** Journal of Public Policy, 26:30-59, 2005 г.
8. Европейское региональное бюро ВОЗ и ООН-СПИД. «**ВИЧ/СПИД, Болезни Передаваемые Половым Путем и Туберкулез в Тюрьмах**». Отчет о совместном семинаре ВОЗ и ООН-СПИД 1997 г.
9. Министерство Здравоохранения Беларуси. **Ситуация с эпидемией ВИЧ в Республике Беларусь.** 2005, январь.
10. Национальный центр СПИДа Армении. **Эпидемия ВИЧ/СПИДа в Республике Армения.** Информационный бюллетень. Ереван. 2005 г.

11. Покровский В., Федеральный центр СПИДа. **ВИЧ/СПИД в Россию.** Презентация на тему ВИЧ/СПИДа в Российской Федерации и Украине, семинар Женева, 2005 г., январь.
12. Республиканский центр СПИДа. **Результаты дозорного эпиднадзора за ВИЧ в 2003 году среди работников секс-бизнеса в Казахстане.** Алматы. 2004 г.
13. **Реформирование Наркополитики с целью профилактики ВИЧ/СПИДа. Ситуация в пяти странах: Грузии, Кыргызстане, России, Таджикистане и на Украин.** 2005 г.
14. Шакаришвили А. и др. **Секс-бизнес, употребление наркотиков, ВИЧ инфекция и рас-пространение ИППП, в Москве.** Российская Федерация. The Lancet,366:57-60, 2005 г.
15. Украинский центр СПИДа. **ВИЧ инфекция в Украине.** Информационный бюллетень 24. Киев, 2005 г.
16. ЮНЭЙДС. **Заболееваемость ВИЧ и другими вирусами, передаваемыми с кровью, и туберкулезом в тюрьмах.** Пособие для участников Первого Национального Семинара. Киев, Украина. ООН-СПИД. Тюремная служба ее Величества. Англия и Уэльс. 1997 г.
17. ЮНЭЙДС/ВОЗ. **Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие.** Рабочая группа по глобальному эпиднадзору за ВИЧ/СПИДом и СПИ. ЮНЭЙДС/ВОЗ. 2000 г.5
18. ЮНЭЙДС/ВОЗ. **Оценка Национальной программы по СПИДу: Методика профилактики ВИЧ- инфекций.** Женева, 1999 г.
19. ЮНЭЙДС/МОИР. **Национальные программы по СПИДу: пособие по мониторингу и оценке.** Женева, 2000 г.
20. ЮНЭЙДС. **Руководящие принципы по разработке ключевых показателей.** Специальная сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу. Женева, декабрь, 2002 г.
21. ЮНЭЙДС/УВКПЧ (Управление Верховного Комиссара по Правам Человека). **ВИЧ/СПИД и права человека. Международные руководящие принципы,** Женева.25-26 июля 2002. ООН, Нью-Йорк и Женева, 2003 г.
22. ЮНЭЙДС/Фэмили хелс интернэшнл. **Эффективная стратегия профилактики в условиях низкого распространения ВИЧ.** Ключевые материалы. 2003 г.
23. AIDS & Society, International Research and Policy Bulletin Special Issue: **AIDS in prisons.** 6:3. 1995 Mar/Apr.

24. Allabeta G. **Technical Assessment of HIV/AIDS in the Republic of Georgia.** Recommendations for Interventions. Report for USAID / Caucasus/ Georgia 2000.
25. Allwright S. et al. **Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey.** British medical journal, 321: 78-82,2000.
26. American College of Physicians. Position paper: **Human immunodeficiency virus (HIV) infection.** Ann Intern Med 1994, 120-130
27. Bellis MA, Weild AR, Beecheng NJ, Mutton KJ, Syed Q. **Prevalence of HIV infection and injecting drug use un men entering Liverpool prison** BMJ 1997; 315:30-1 [Full text Link] [Medline Link] [Context Link].
28. Bird AG, Gore SM, Jolliffe DW, Burns SM, **Second anonymous HIV surveillance in Haughton Prison, Edinburgh: prisoners give a lead to other heterosexuals on being HIV tested.** AIDS 1993; 7:1277-9 [Medline Link] [Context Link]
29. Bird AG, Gore SM. Inside methodology: **HIV surveillance in prisons.** AIDS 1994; 8:1345-651 [Medline Link] [Context Link].
30. Bolloni, P. & Renaud-Thiry, F. **Workshop on HIV/AIDS prevention in prisons in the Republic of Belarus.** Minsk 8-16 may 1998. Geneva, UNAIDS.
31. Braithwaite, R.L. et al. **“Prisons and AIDS.”** A Public Health Challenge. San Francisco, Josser -Bass, 1996.
32. Brookmeyer R & Quinn T. **Estimation of current human immunodeficiency virus incidence rates from a cross-sectional survey using early diagnostic tests.** American journal of epidemiology, 141:166-72,1995.
33. Campbell I D. 2001. **A short note on HIV/AIDS competence.** London, Salvation Army International Health Services.
34. Canadian HIV/AIDS Legal Network. **Wide range of publications including on HIV/AIDS and IDUs, Stigma and discrimination, criminal law, prisons, commercial sex work, gays and lesbians, occupational issues for health workers.** 2004.
35. CENSIDA. **Data from the National AIDS Cases Rrgistry in Mexico.**2004
36. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). **Advancing HIV Prevention: new strategies for a changing epidemic – United States, 2003.** Morbidity and Mortality Weekly Report 52 (15): 329-332, 2003.
37. CDC. **HIV/AIDS surveillance Report 13(2).** Atlanta, GA: US Department of health and Human Services, Public Health Service, 2001.

38. CDC. **Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patient drug exposure-prone invasive procedures.** Atlantic Information Services, 1992.
39. Corbett E et al. 2003. **The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic.** Archives of Internal Medicine. 163:1009 -1021
40. Correctional Service Canada. **HIV /AIDS in prisons: final report of the Expert Committee on AIDS and Prisons.** Ottawa, Minister of Supply and Services Canada, 1994.
41. Curran, L. & Gavrilova, A. **Report on implementation of the Joint Ukraine & UNAIDS Project for the Prevention of HIV & AIDS in prisons.** Kiev, UNAIDS, 1999.
42. Curran, L. et al. **The review of HIV & AIDS in prisons.** London, AIDS Advisory Committee, 1995.
43. Curran, L. et al. **AIDS inside: an education package for prison staff.** London, AIDS Advisory Committee, 1997.
44. Davies A.G, Dominy N.J, Peters A. et al. **HIV in injecting drug users in Edinburgh: Prevalence and correlates.** Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology. 8(4): 399-405, 1995
45. Dehne, K. (2000). **Sex work and injecting drug use in Eastern Europe and Central Asia: Epidemiological Overview.** 13<sup>th</sup> International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Ljubljana, Slovenia.
46. Dehne K, Grund J, Khodakevich L, Kobysheva Y. **The HIV/AIDS epidemic among drug injectors in Eastern Europe: Patterns, Trends and determinants.** Journal of Drug Issues 29 (4) : 729-736, 1999.
47. Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. **National inquiry on drug addicts and HIV infected persons in penitentiary institutions on 31 December 1996.** Rome, Ministero di Grazia e Giustizia, 1997.
48. Dolan K. **Evidence about HIV Transmission in prisons.** Canadian HIV/ AIDS Policy & Law Newsletter, 3(4)/4(1): 32-35, 1997/98.
49. Dougan S et al. (2005). **HIV infections acquired through heterosexual intercourse in the United Kingdom: findings from national surveillance. British Medical Journal, 330:1304-1305. June.**
50. EuroHIV (2005). **HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2004, N° 71.** Institut de Veille Sanitaire. Saint-Maurice.

51. **European Network on HIV/ AIDS and Hepatitis prevention in prisons.** Final Report on the EU Project European Network on HIV/AIDS Prevention in Prisons. Bonn and Marseilles, The Network, 1997.
52. Ford P.M. et al. “**HIV and Hepatitis C seroprevalence and associated risk behaviors in a Canadian prison**”. Canadian HIV/AIDS Policy &law newsletter; 492/3): 52-54,1999.
53. Freudenberg N., **Jails prisons and the health of urban populations: A review of the impact of the correctional system on community health.** Journal of urban health, 78: 214-235, 2001.
54. Giuliani M et al.(2005). **Increased HIV incidence among men who have sex with men in Rome.** AIDS, 19 (13):1429-1431.
55. Grund, J. P et al.(2005). **Role of Injecting Drug Users in the Development of the Epidemic of HIV infection in Ukraine.** Ukrainian AIDS Centre.Kiev.
56. Glynn M, Rhodes P .(2005).**Estimated HIV prevalence in the United States at the end of 2003.** Abstract No. 595. No 595. National HIV Prevention Conference. June.Atlanta , USA
57. Gunchenko, A. & Bollini, P. “**Joint UNAIDS/WHO assistance to strategic planning of the national response to HIV/AIDS, STDs and TB in prison in the Russian Federation**”. Geneva, UNAIDS, 1999.
58. Hamers FF and Downs AM.(2004). **The changing face of the HIV epidemic in western Europe.** Lancet, 364:83-94.
59. Hamers F. **HIV infection in Ukraine (1987-96).** Revue d’Epidemiologie et de Sante publique 48 (Suppl. 1): 1S3-1S15, 2000.
60. Hammett T. M.,etal. **Reaching seriously at risk populations: health interventions in criminal justice settings.** Health education and behavior, 25:99 -120 , 1998.
61. Harding, T.W. & Schaller, G. **HIV/AIDS and prisons: updating and policy review. A survey covering 55 prison systems in 31 countries.** Geneva, University Institute of Legal Medicine, 1992 (report for the WHO/UNAIDS)
62. Jacob, J. and Stever H. (2000). **The transfer of harm-reduction strategies into prisons: needle exchange programmer in two German prisons.** International Journal of Drug Policy 11(5): 325 – 335.
63. John G. Bartlett. **Medical Management of HIV Infection.** 2002.
64. John G. Bartlett. **Medical Care of Patients With HIV Infection.** The Johns Hopkins Hospital. Guide 2000- 2001.
65. Jurgens R. **HIV/AIDS in prisons:** final report. Montreal: Canadian HIV/AIDS Legal Network and Canadian AIDS society, 1996

66. Kantor E. **AIDS and HIV infection in prisoners.** The AIDS Knowledge Base 1994 (updated 1997)
67. Khaisa JH, Francis H. and Mazin R (2003). **Bloodborne and Sexually Transmitted infections in Drug Abusers in the United States, Latin America, the Caribbean and Spain.** Clinical Infectious Diseases, 37 (suppl 5): S331-7.
68. Khodakevich L,. **Development of HIV epidemics in Belarus, Moldova and Ukraine and response to the epidemics.** 8<sup>th</sup> International Conference on Reduction of drug Related Harm, Paris, March 1997.
69. MacDonald M, Ryan J, Brown P, et al. **HIV prevalence at reception into Australian prisons 1991-1997.** Medical Journal of Australia 171(1): 18-21, 1999.
70. Making standards work: **An international handbook on good prison practice.** The Hague, Penal Reform International, 1995
71. Mandell W, Vlahov D, Latkin C, Oziemkowska M, Cohn S. **Correlates of needle sharing among injection drug users.** AmJ Public Health 1994; 84:920.
72. Malinowska-Sempruch, K. **“Harm Reduction policies Needed to Stem the Spread of HIV in Prisons in Eastern Europe and the former Soviet Union.”** IHRD News (Spring 2001).
73. Marines JRP et al. (2003). **Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients.** AIDS, 17 (11):1675-1682.
74. Maruschak, L. **HIV in prisons 1997.** Bureau of Justice Statistics Bulletin, November 1999.
75. Mertens TE, Burton A, Stoneburner R, et al. **Global estimates and epidemiology of HIV infections and AIDS.** AIDS 1994; 8 (Suppl 1): S361
76. Mertens TE, Hayes RJ, Smith PG. **Epidemiological methods to study the interaction between HIV infection and other STD.** AIDS 1990; 4:57.
77. Monitoring the AIDS Pandemic Network (MAP). **Drug injection and HIV/AIDS in Asia – MAP Report 2005.** July. Geneva.
78. Monitoring the AIDS Pandemic (MAP). **The AIDS Pandemic at the Start of the 21<sup>st</sup> Century.** MAP Report 2000.
79. MAP. **The status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics among Asia and the Pacific Monitoring the AIDS Pandemic,** October 4, 2001, Melbourne, Australia. MAP Report 2001.
80. MAP. **The determinants of the HIV/AIDS epidemics in Eastern Europe.** Harvard School of Public Health, 1998. pp. 13-15.

81. National AIDS Centre. **HIV and AIDS in Poland: From the beginning of the epidemic in 1985 till the end of 2004.** Sidepresentation. Warsaw.
82. Needle R, Ball A, Des Jarlais D, et al. **The Global Research Network on HIV Prevention in Drug-Using Populations (GRN) 1998 - 2000: Trends in the epidemiology, ethnography, and prevention of HIV/AIDS in injection drug users.** In: 2000 Global Research Network Meeting on HIV prevention in Drug-Using Populations, Third Annual Meeting Report, July 5-7,2000, Durban, South Africa. Bethesda, MD: National Institute on Drug abuse, 2001. pp. 9 -17.
83. Nelles J. et al. **Drug, HIV and Hepatitis prevention in the Realty Cantonal Men's Prison: summary of the evaluation.** Berne, Swiss Federal Office of Public Health, 1999.
84. Nelles J. et al. **Provision of syringes and prescription of Heroin in prison; the Swiss Experience in the prisons of Hindelbank and Oberschunghen.** In: Nelles J. & Further A., ed. **Harm Reduction in Prisons.** Bern: Peter Lang, 1997, pp. 239-262.
85. Nelles J. & Fuhrer A. **Drug and HIV prevention at the Hindelbank Penitentiary.** Abridger report of the evaluation results of the pilot project. Berne, Swiss Federal Office of Public Health, 1995.
86. NIDA NOTES (National Institute on Drug Abuse). Articles That Address – **Drug Abuse Prevention.** NNOO15, Septeber 2002.
87. PAHO.2001. **Building blocks: comprehensive care guidelines for persons living with HIV/AIDS in the Americas.** Washington, DC, Pan American Health Organization.
88. Pappaioanou M, Dondero T, Peterson L, Onorato I, Sanchez C, Curran J. **The family of seroprevalence surveys: objectives, methods and uses of sentinel surveillance for HIV in the U.S.** Public Health Rep 1990; 105:113
89. Public Heaith Agency of Canada (2005). **HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31, 2004.** Surveillance and Risk Assessment Division, Public Health Agency of Canada. Ottawa.
90. Reyes, H., SIZOs, **Colonies and Prisons: Introduction to the Penitentiary System of the Russian Federation.** Geneva, International Committee of the Red Cross, 1997.
91. Rich J., et al. **Successful linkage of medical care and community services for positive offenders being released from prison.** Journal of urban health (in press), 1997
92. Robinson B.F. et al. **HIV, TB & blood borne viruses in prisons.** London, AIDS Advisory Committee, 1995.
93. Shewan, D. & Davies, J.B. ED. **Drug Use and Prisons: an international perspective.** Amsterdam, Harwood Academic, 1999.

94. Singh BK, koman JJ, 3d, Catan Vm, et al. **Sexual risk Behavior among injection drug-using human immunodeficiency virus positive clients.** Int j Addict 1993; 28:735.
95. Sorensen J, and Copeland A. **Drug Abuse treatment as an HIV prevention strategy: A review.** Drug and Alcohol Dependence 59(1): 17-31, 2000.
96. Taylor, A., et al. **Outbreak of HIV infection in a Scottish prison.** British medical journal, 310; 289-292,1995.
97. Timberlake S. **Discrimination and HIV/AIDS.** Geneva, UNAIDS, 1996.
98. Thomas C Merigan, Jr. John G. Bartlett, Dani Bolognese, **Textbook of AIDS Medicine,** 1999
99. Tsertsvadze T, Nelson K, Gvetadze R, et al. **HIV and Hepatitis B and C in Georgian injecting drug users.** Abstract book of XIII international AIDS conference. Durban, South Africa, 2000.
100. United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS). **UNAIDS Report 2000: AIDS in a New Millennium: A Crime Picture with Glimmers of Hope.** Report on the global HIV/AIDS epidemic June 2000, Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2000.
101. UNAIDS. **Tools for evaluating HIV voluntary counseling and testing,** 2000
102. UNAIDS/UNDCP. **Drug Use and HIV Vulnerability. Policy Research Study in Asia: Bangkok, Thailand:** UNAIDS/UNDCP, 2000.
103. UNAIDS/WHO. **AIDS Epidemic update.** Geneva, 2005.
104. Varghese b., et al. **Cost-effectiveness of HIV counseling and testing in US prisons.** Journal of urban health (in press), 1997.
105. Vincent T. DeVita, Jr. Samuel Hellman, Stiven A. Rosenberg. **AIDS Etiology, Diagnosis, Treatment and Prevention.** Forth Edition. Lippincott – Raven publishers, Philadelphia, New York 1997.
106. Weild A. et al. **Prevalence of HIV, hepatitis B, hepatitis C antibodies in prisoners in England & Wales: a national survey.** Communicable disease and public health journal, 392): 121-126(2000).
107. World Health Organization (WHO). **Partnership work: Care and Treatment of HIV/AIDS.** Report of a WHO Consultation 5-6 December 2002, Geneva, Switzerland. WHO, Geneva: 2003.
108. WHO. 2003b. **Integrating general into HIV/AIDS programmes: a review paper.** Geneva,
109. WHO. **WHO Guidelines on HIV infection and AIDS in prisons.** Geneva: 1993 (WHO/GPA/DIR/93.3).



110. WHO. **WHO Guidelines on HIV/AIDS Protocols for countries of the Commonwealth of Independent States.** Geneva: 2004.
111. WHO/Substance Abuse Department. (December 1998). **The Rapid Assessment and Response Guide on Substance Use and Sexual Risk Behavior (SEX-RAR).** (Draft for Field Testing). Geneva, Switzerland.
112. WHO/EUROPE. **HIV in Prisons – A reader with particular relevance to the newly independent states,** 2001.
113. WHO Regional office for Europe. **Methods for Second Generation HIV Surveillance Implementation for Countries of Central and Eastern Europe (CEE) and the Baltic States.** Report on a WHO workshop. Berlin, Germany, 27-29 May, 2002.
114. [www.unaids.org](http://www.unaids.org)
115. [www.fhi.org /en/HIVAIDS/Publication](http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publication)
116. [www.org/Russian/prisons\\_articles/14\\_contents\\_prisoners.php](http://www.org/Russian/prisons_articles/14_contents_prisoners.php).

