

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) „პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი“ მიღებულია კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს 2009 წლის 18 ნოემბრის №1 სხდომაზე და დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2009 წლის 19 ნოემბრის № 381 /ო ბრძანებით.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი

ზოგადი მიზანი

მოცემული კლინიკური რეკომენდაციის „პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი“ მიზანს წარმოადგენს უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ახალი 2009 წლის გრიპის პანდემიის შესახებ სხვადასხვა პროფილის ექიმებისათვის, საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და ყველა დაინტერესებული პირისათვის.

განხილული კლინიკური საკითხები

მოცემული კლინიკური რეკომენდაცია განიხილავს პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპით დაავადებულთა კლინიკურ გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკა-მკურნალობასა და მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ასევე დაავადების თავიდან აცილების პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

ვისთვის არის განკუთვნილი მოცემული კლინიკური რეკომენდაცია

მოცემული კლინიკური რეკომენდაცია განკუთვნილია ექიმი-ინფექციონისტების, ოჯახის ექიმების, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის სხვა ექიმების, აგრეთვე სხვა პროფილის ექიმების, საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და სოციალური მუშაკებისათვის.

1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია, ტერმინოლოგია

დაავადების დეფინიცია

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი წარმოადგენს ვირუსულ ინფექციას, რომლის აფეთქება დაიწყო მექსიკაში 2009 წლის აპრილის ბოლოს. გამომწვევია - A გრიპის ვირუსი, რომელიც გენეტიკურად ახლოს დგას ღორის გრიპის ვირუსთან. მიუხედავად ამისა, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმოს) განცხადებით ეს შტამი არასოდეს ყოფილა იზოლირებული ღორებისაგან ადრე. ვირუსი იოლად გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანს და იწვევს სეზონური გრიპისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებს (1, 2).

დაავადების სინონიმები

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სინონიმებს წარმოადგენს: 2009 წლის პანდემიური გრიპი, მექსიკური გრიპი A(H1N1), კალიფორნიული გრიპი A(H1N1), ადამიანის ღორის გრიპი და სხვ.

დაავადების კლასიფიკაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით (Disease classification and coding systems DIMDI- ICD-10 WHO - 2007)

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი განეკუთვნება სასუნთქი ორგანოების დაავადებათა კლასს, კოდი – **J 10** – გრიპი, გამოწვეული გრიპის იდენტიფიცირებული ვირუსით.

ტერმინოლოგია

სეზონური გრიპი არის გრიპის A და B ვირუსით გამოწვეული მწვავე ინფექციური დაავადება, რომელიც იწვევს სეზონურ აფეთქებებს ზომიერი კლიმატის რეგიონებში (მაგ. აშშ, კანადა, ევროპა, რუსეთი, ჩინეთი, იაპონია, ავსტრალია, ბრაზილია, არგენტინა), ხოლო ტროპიკული კლიმატის ქვეყნებში (ეკვატორული აფრიკა, აზიის სამხრეთ-აღმოსავლეთი) ახასიათებს წლიური აქტივობა. დაავადება ხასიათდება შემცვივებით, ტემპერატურის უეცარი მატებით, თავისა და კუნთების ტკივილით, საერთო სისუსტით, ხველით, ყელის ტკივილით და სხვა რესპირაციული სიმპტომებით. დაავადება რამოდენიმე დღე გრძელდება და ხშირად გამოჯანმრთელებით მთავრდება. შესაძლებელია გართულებების განვითარებაც, უპირატესად ფილტვის მხრივ. გრიპი ჩრდილოეთ და სამხრეთ ჰემისფეროს ზომიერი სარტყლის ქვეყნებში გარკვეულ სეზონებზე გვხვდება და ამიტომაც მას «სეზონური» უწოდეს. სეზონური აფეთქებები 5-6 კვირა გრძელდება და მოსახლეობის 5-15%-ს მოიცავს.

ამჟამად, მსოფლიოში სეზონურ გრიპს ძირითადად იწვევს A(H3N2), A(H1N1) ქვეტიპის და B ტიპის ვირუსები.

პანდემიური გრიპი არის გრიპის ვირუსის ახალი ქვეტიპით გამოწვეული ინფექცია, რომელიც იოლად გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანს, სწრაფად ვრცელდება მსოფლიოში და სპეციფიური იმუნიტეტის არარსებობის გამო იწვევს მოსახლეობის მასობრივ ავადობას და მაღალ ლეტალობას. ამასთან ის დიდ პრობლემებს უქმნის ქვეყნების საზოგადოებრივ ჯანდაცვას, მათ ეკონომიკას და სოციალურ ყოფას.

ფრინველის გრიპი – წარმოადგენს ზოონოზურ ინფექციას, რომელსაც იწვევს A გრიპის ვირუსი. ფრინველის გრიპი გარეულ გადამფრენ ფრინველებში (განსაკუთრებით იხვებში) საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. გარეული ფრინველებიდან ეს დაავადება შეიძლება შინაურ ფრინველსაც გადაედოს. რიგ შემთხვევებში ფრინველის გრიპის ვირუსი გადალახავს სახეობრივ ბარიერს და შეიძენს სხვა სახეობის ფრინველებისა და ცხოველების, აგრეთვე იშვიათ შემთხვევაში ადამიანის დაინფიცირების უნარს. ადამიანებში მას მაღალი ლეტალობა ახასიათებს (50%-ზე მეტი).

ადაპტიური მუტაციები – A გრიპის ვირუსის გენეტიკური ცვლილების ერთ-ერთი სახეა, რაც გულისხმობს ადამიანის A გრიპის ახალი ქვეტიპის წარმოქმნას ვირუსის გენომში წერტილოვანი მუტაციების დროთა განმავლობაში დაგროვების გზით, რამაც მას შესაძლებელია მნიშვნელოვნად შეუცვალოს სახე და პანდემიის მიზეზი გახდეს.

რეკომბინაცია – ახალი ჰიბრიდული ვირუსის წარმოქმნა ორი ვირუსისაგან. გრიპის ვირუსი რნმ-ს სეგმენტის ნაწილს (ხშირად ერთი ნუკლეოტიდის სახით) უცვლის გრიპის მეორე ვირუსის იმავე ან სხვა სეგმენტის ნაწილს, რითაც მიიღება მოზაიკური სეგმენტი.

რეასორტირება (reassortment) – A გრიპის ვირუსის ანტიგენური ცვლილების ერთ-ერთი სახე, რასაც საფუძვლად უდევს გენეტიკური ინფორმაციის გაცვლა ადამიანისა და ცხოველის გრიპის გამომწვევ ვირუსებს შორის მთლიანი სეგმენტის სახით.

დრეიფი – გრიპის ვირუსის ცვლილება წლიდან წლამდე. ის გამოწვეულია წერტილოვანი მუტაციებით ჰემაგლუტინინის გენში, რაც მთავარ ზედაპირულ პროტეინში ჰემაგლუტინინში იწვევს მსუბუქ ცვლილებებს; ახალწარმოქმნილი ვირუსის მიმართ მოსახლეობის იმუნიტეტი შეზღუდულია, რაც საფუძვლად ედება სეზონურ ეპიდემიებს.

შიფტი - მნიშვნელოვანი ცვლილებები ვირუსის გენომში ადამიანის A გრიპის ახალი ქვეტიპების წარმოქმნით. ხშირად ხორციელდება რეასორტირებისა და ადაპტიური

მუტაციების გზით. მოსახლეობაში არ არსებობს იმუნიტეტი მის მიმართ და იოლი ტრანსმისიის უნარის შექმნისას იქმნება პანდემიების საშიშროება.

მწვავე რესპირაციული დისტრეს სინდრომი - მრდს (ძველი განმარტებით, მოზრდილთა რესპირაციული დისტრეს სინდრომი) არის ფილტვის შეშუპებით განპირობებული მწვავე ჰიპოქსემიური რესპირაციული უკმარისობა, რასაც საფუძვლად უდევს ალვეოლების კაპილარების განვლადობის მატება გულის უკმარისობის არსებობის გარეშე.

2. ეპიდემიოლოგია

სეზონური გრიპის ეპიდემიისას ერთი სეზონის განმავლობაში საშუალოდ ავადდება მსოფლიოს მოსახლეობის 5-15%. დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს 3-5 მილიონ პაციენტში და კვდება 250.000-500.000. განვითარებულ ქვეყნებში მძიმე ავადობა და სიკვდილი ძირითადად აღინიშნება მაღალი რისკის პაციენტებში: ჩვილებში, ასაკოვან პოპულაციასა და ქრონიკულ ავადმყოფებში (3).

გარდა ყოველწლიური ეპიდემიებისა, A გრიპის ვირუსი იწვევს გლობალურ პანდემიებს. მე-20 საუკუნეში აღწერილ იქნა სამი ასეთი პანდემია: “ესპანურა” - 1918 წელს, “აზიის გრიპი” - 1957 წელს და “ჰონგ-კონგის გრიპი” - 1968-69 წწ. ეს პანდემიები გამოწვეული იყო A გრიპის შტამებით, რომელთაც განიცადეს მნიშვნელოვანი გენეტიკური ცვლილებანი. მათ მიმართ მოსახლეობას არ ჰქონდა ეფექტური იმუნიტეტი, იოლად ვრცელდებოდა ადამიანებს შორის და იწვევდა მაღალ ლეტალობას (3, 4).

ცხრილი 2-1: მე-20 საუკუნის გრიპის პანდემიები

წელი	სახელწოდება	ქვეტიპი	წარმოშობის ადგილი	ვირუსის გენეტიკის წარმოშობის წყარო	ლეტალობა მსოფლიოში
1918-1919	“ესპანურა”	A(H1N1)	ჩინეთი? ევროპა? ჩრდილო ამერიკა?	უცნობია. შესაძლოა ღორის, სავარაუდოდ ადაპტური მუტაცია	40-50 მლნ
1957	“აზიის გრიპი”	A(H2N2)	ჩინეთი	რეასორტირება ფრინველის ვირუსთან	დაახლოებით, 2 მლნ
1968	“ჰონგ-კონგის გრიპი”	A(H3N2)	ჩინეთი	რეასორტირება ფრინველის ვირუსთან	დაახლოებით, 1 მლნ

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის წარმოშობა ბოლომდე გარკვეული არ არის. ისტორიულად ღორის გრიპის ვირუსები იწვევდნენ ადამიანების დაავადებას. ღორებში გრიპის მასიური ინფექცია პირველად აღინიშნა 1918-1919 წლებში “ესპანურას” პანდემიის დროს. ღორის გრიპის ვირუსი ადამიანიდან პირველად იზოლირებულ იქნა 1974 წელს.

1976 წელს აშშ არმიის ჯარისკაცებში ფორტ-დიქსში, ნიუ-ჯერსი, ადგილი ჰქონდა A(H1N1) ვირუსით დაინფიცირებას. გამოყოფილი შტამი წარმოადგენდა ღორის გრიპის A/New Jersey/1976 (H1N1) ვირუსს. ის ფიქსირდებოდა დაავადებულებში 19 იანვრიდან 9

თებერვლის ჩათვლით და არ გავრცელებულა ამ ტერიტორიის გარეთ. აფეთქებამ გამოიწვია 13 ჯარისკაცის ავადობა და ერთის სიკვდილი. მოგვიანებითმა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევამ აჩვენა, რომ 230 ჯარისკაცი იყო ინფიცირებული იგივე ვირუსით. ღორებთან ექსპოზიცია არ დაფიქსირებულა. ეს შტამი ახლო გენეტიკურ კავშირში იყო 1918 წლის გრიპის პანდემიის გამომწვევი ვირუსის შტამთან (5,7,8,9).

1988 წლის სექტემბერში ღორის გრიპის ვირუსმა აშშ-ში გამოიწვია ერთი ორსული ქალის სიკვდილი. დაავადდა სხვებიც. გარდაცვლილს აღმოაჩნდა ღორის გრიპის A(H1N1) ვირუსი. გარდა ამისა, ღორებთან ექსპოზიციის მქონე 25 პირიდან 76%-ს აღმოაჩნდა ანტისხეულები შესაბამისი ვირუსის მიმართ. ნაწილში დაავადება მიმდინარეობდა უსიმპტომოდ, მძიმე მიმდინარეობა არ დაფიქსირებულა. გარდა ამისა, პაციენტებთან კონტაქტის მქონე ჯანდაცვის მუშაკებში აღინიშნებოდა მსუბუქი გრიპისმაგვარი სიმპტომები. მათ აღმოაჩნდათ ამ გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულები (8).

1998 წელს გრიპის ვირუსი აღმოჩენილი იქნა აშშ ოთხი შტატის ღორებში. წლის განმავლობაში ის გავრცელდა აშშ მთელს ტერიტორიაზე. მეცნიერებმა დაადგინეს, რომ ვირუსი წარმოიქმნა ფრინველებისა და ადამიანის ვირუსების შტამების რეასორტირების შედეგად. ამ აფეთქებამ დაადასტურა ღორის მნიშვნელოვანი როლი გრიპის სხვადასხვა შტამების რეასორტირების შედეგად მიღებული ახალი შტამის გავრცელების თვალსაზრისით.

სულ 1958-2005 წწ აშშ-ში ღორის გრიპის ვირუსით ადამიანთა ინფიცირება დადასტურდა 37 პაციენტში. მათგან 6 (17%) მოკვდა. ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა პნევმონია. ოთხ პაციენტში გრიპის ვირუსი იყო ერთადერთი პათოგენი, რომელიც ფილტვებში დაფიქსირდა. ერთ შემთხვევაში გრიპის ვირუსთან ერთად ამოითესა *Streptococcus viridans*, *Neisseria spp*, და *Klebsiella spp* შტამები (5,6,10,11,12,).

2005-2009 წწ ღორის გრიპის ვირუსით 12 ადამიანის ინფიცირების შემთხვევა იქნა აღწერილი აშშ-ში ლეტალური გამოსავლის გარეშე (8).

2009 წლის აფეთქება განპირობებულია A(H1N1) იმ შტამით, რომელიც ადრე არ დაფიქსირებულა ღორებში. აპრილის ბოლოს, ჯანმოს გენერალურმა დირექტორმა - მარგარეტ ჩანმა განაცხადა A(H1N1) ვირუსის ახალი შტამის გამოჩენის შესახებ აშშ-ში.

აფეთქება პირველად დაფიქსირდა 2009 წლის მარტში მექსიკაში, სადაც ადგილი ჰქონდა მაღალ ლეტალობას. სავარაუდოა, რომ მექსიკაში მანამდეც აღინიშნებოდა გრიპის ეპიდემია A(H1N1) შტამებით დიაგნოსტიკის გარეშე. ამასთან არ არის გამორიცხული, რომ აფეთქება დაწყებულიყო ევრაზიის კონტინენტზე და შემდეგ თავი ეჩინა მექსიკაში (15).

2009 წლის 27 აპრილს ჯანმო-ს მიერ გამოცხადდა გრიპის პანდემიის მე-4 ფაზაში გადასვლა. 2009 წლის 29 აპრილს ჯანმოს გენერალურმა დირექტორმა მარგარეტ ჩანმა განაცხადა პანდემიის მე-5 ფაზის, ხოლო 2009 წლის 11 ივნისს კი უკვე პანდემიის მე-6 ფაზის დადგომის შესახებ მსოფლიოში.

ახალი შტამი პირველად აღწერილ იქნა, როგორც A გრიპის H1N1 ქვეტიპის სულ მცირე 4 შტამის რეასორტირების შედეგი, მათ შორის, ადამიანის, ჩრდილო-ამერიკული ფრინველის, ჩრდილო-ამერიკული ღორისა და აზია-ევროპის ღორის გრიპის ვირუსებისა.

ამჟამად ახალი გრიპის მიმდინარეობა ლეტალობის თვალსაზრისით სეზონური გრიპის მსგავსია, თუმცა არსებობს იმის საფრთხე, რომ ვირუსმა განიცადოს მუტაცია, რაც უფრო მძიმე დაავადების აფეთქებას გამოიწვევს მომავალში. ცნობილია, რომ 1918 წლის "ესპანურას" პანდემიას წინ ახლდა მსუბუქი შემთხვევების ტალღა გაზაფხულზე.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პანდემიური გრიპის აქტივობის ექვს ფაზას გამოყოფს (16).

ცხრილი 2-2: ჯანმოს მიერ განსაზღვრული პანდემიური გრიპის ფაზები და მზადყოფნის გლობალური გეგმა

ფაზა	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანი სტადიების მიხედვით
<p>ფაზა 1. ცხოველებში მოცირკულირე გრიპის ვირუსები არ იწვევენ დაავადებას ადამიანებში</p> <p>ფაზა 2. შინაურ ან გარეულ ცხოველებში მოცირკულირე გრიპის ვირუსებს შეუძლიათ გამოიწვიონ ადამიანის დაავადება, და შესაძლოა შექმნან პანდემიის პოტენციური საფრთხე</p> <p>ფაზა 3. ცხოველების ან ადამიანისა და ცხოველის რეასორტირებული ვირუსი იწვევს ადამიანებში სპორადულ შემთხვევებს ან მცირე კლასტერებს. ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემას საყოფაცხოვრებო პირობებში ადგილი არა აქვს. იშვიათად გარკვეულ პირობებში (მაგ. ახლო კონტაქტისას) ხდება ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა, მაგრამ გადამდებობის ხარისხი ვერ აღწევს იმ დონეს, რომ გამოიწვიოს პანდემიის საფრთხე.</p>	<p>გრიპის პანდემიისათვის მზადყოფნის განმტკიცება გლობალურ, რეგიონულ, ეროვნულ და ქვე-ეროვნულ დონეებზე. მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი ადამიანებზე გადადების რისკი; გადადების ფაქტის შემთხვევაში დაუყონებლივ მოხდეს ამ ფაქტის აღმოჩენა და დაფიქსირება.</p> <p>ვირუსის ახალი ქვეტიპის გადაუდებელი კატეგორიზაცია და ადრეული გამოვლენა, ახალი შემთხვევების შეტყობინება და მათზე რეაგირება</p>
<p>ფაზა 4. ადგილი აქვს ადამიანიდან ადამიანზე გრიპის ვირუსის გადაცემას ან ადამიანისა და ცხოველის რეასორტირებული ვირუსს შეუძლია საყოფაცხოვრებო დონეზე აფეთქების გამოწვევა. მე-4 ფაზა მიუთითებს პანდემიის გაზრდილ რისკზე, მაგრამ არ მიანიშნებს პანდემიის გარდაუვალობაზე.</p>	<p>ახალი ვირუსის კერის ლოკალიზება ან გავრცელების შენელება დროის მოგების მიზნით, რათა მოხდეს მზადყოფნის ღონისძიებების გატარება და ვაქცინის შემუშავება.</p>
<p>პანდემიის პერიოდი</p> <p>ფაზა 5. სახეზეა ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა ჯანმოს ერთი რეგიონის სულ მცირე ორ ქვეყანაში. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნების უმრავლესობა ამ დროს არ არის დაზარალებული, მე-5 ფაზის გამოცხადება პანდემიის გარდაუვალობის მკაცრი სიგნალია. საჭიროა საორგანიზაციო, საკომუნიკაციო და სხვა დაგეგმილ ღონისძიებათა განხორციელება მოკლე დროში.</p>	<p>მაქსიმალური ძალისხმევა ვირუსის ლოკალიზების ან მისი გავრცელების შენელებისათვის, რათა თავიდან იყოს აცილებული პანდემია და მოგებულ იქნას დრო პანდემიის საწინააღმდეგო ზომების გატარებისათვის</p>
<p>პანდემიის პერიოდი</p> <p>ფაზა 6. ხასიათდება მე-5 ფაზის კრიტერიუმებზე დამატებით გრიპის საყოფაცხოვრებო აფეთქებით ჯანმოს სხვა რეგიონის სულ მცირე ერთ ქვეყანაში. ფაზის გამოცხადება მიუთითებს გლობალური პანდემიის არსებობაზე.</p>	<p>პანდემიის უარყოფითი შედეგის მინიმუმამდე დაყვანა.</p>
<p>პიკის შემდგომი პერიოდი</p> <p>პანდემიური დაავადების ხარისხი ადექვატური ზედამხედველობის მქონე ქვეყნების უმრავლესობაში დაეცემა პიკზე დაკვირვებული ხარისხის ქვემოთ. პიკის შემდგომი პერიოდი ნიშნავს პანდემიური აქტივობის კლებას; თუმცა ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია დაავადების ახალი ტალღების შესაძლებლობა და ქვეყნები მომზადებული უნდა იყვნენ მეორე ტალღისთვის.</p>	<p>საპასუქხო ქმედებათა შეფასება, რეაბილიტაცია, შესაძლოა მეორე ტალღისათვის მზადება</p>

ფაზა	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანი სტადიების მიხედვით
შესაძლო ახალი ტალღა პანდემიური გრიპის აქტივობის ხარისხი ადექვატური ზედამხედველობის მქონე ქვეყნების უმრავლესობაში ისევ მატულობს	საპასუხო ქმედება
პანდემიის შემდგომი პერიოდი გრიპის დაავადების აქტივობა ბრუნდება ნორმალური სეზონური გრიპის დონეზე. მოსალოდნელია, რომ პანდემიური ვირუსი იმოქმედებს სეზონური გრიპის A ტიპის ვირუსის მსგავსად.	ზედამხედველობის შენარჩუნება და პანდემიისათვის მზადყოფნის და მასზე რეაგირების გეგმების შესაბამისი კორექტირება. რეაბილიტაცია, შეფასება.

ქვეყნის საპასუხო ქმედებანი დამოკიდებული იქნება საქართველოში შემთხვევათა რეგისტრაციაზე და დაავადების გავრცელების მასშტაბზე. შესაბამისად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანმოს პანდემიურ ფაზებზე (4, 5 და 6) განგაშის ოთხი დამატებითი დონე არის შემოღებული.

ცხრილი 2-3. ჯანმოს მიერ გამოცხადებულ პანდემიურ ფაზებში განგაშის დამატებითი დონეები საქართველოში

განგაშის დონე	აღწერა
1	შემთხვევა დარეგისტრირებულია საქართველოს გარეთ
2	ვირუსი გამოყოფილია საქართველოში
3	ეპიდემიოლოგიური (ეპი) საქართველოში
4	დაავადების მნიშვნელოვანი გავრცელება საქართველოში

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილ პანდემიური აქტივობის ფაზებსა და საქართველოს განგაშის დონეების შესახებ ინფორმაცია განახლებადია და მათზე ინფორმირება მოხდება საქართველოს ჯანმრთელობის, შრომის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

3. ეტიოლოგია და პათოგენეზი

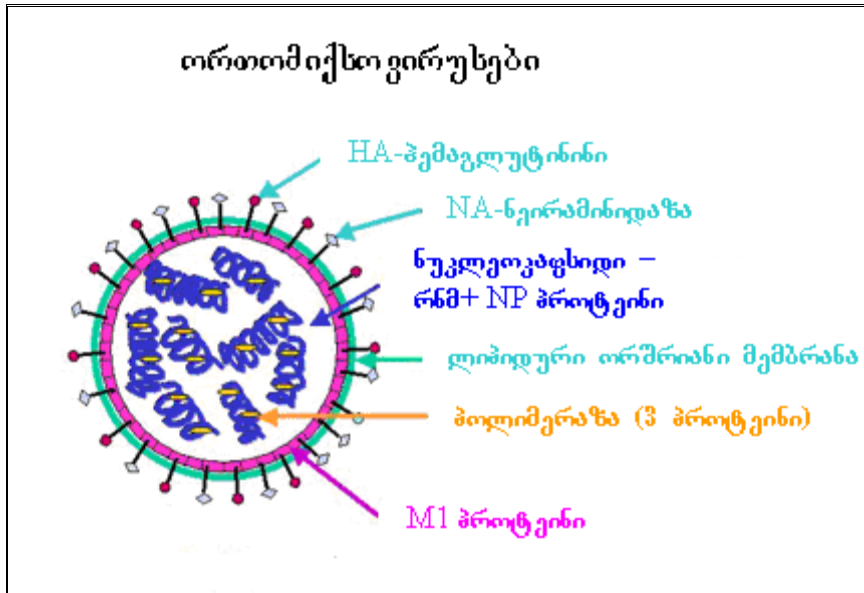
გრიპის ვირუსი მიეკუთვნება ორთომიქსოვირუსების ოჯახს. ის 80-120 ნმ ზომის სფერული ფორმის ვირუსია და შეიცავს სეგმენტურ ერთმადიან რნმ-ს, რომელიც 10 ცილის სინთეზზეა პასუხისმგებელი. რნმ სეგმენტები ვირუსის გარსშია მოთავსებული ნუკლეოკაპსიდთან (NP) და ვირუსული პოლიმერაზას სამ სუბერთეულთან (PA, PB1, PB2) ერთად. იქმნება რიბონუკლეოკაპსიდის (RNP) კომპლექსი, რომელიც უზრუნველყოფს რნმ რეპლიკაციასა და ტრანსკრიპციას.

გრიპის ვირუსები კლასიფიცირდება A, B და C ვირუსებად. მათ შორის არის გარკვეული გენეტიკური და სტრუქტურული განსხვავებანი. A და B ვირუსები შეიცავენ რნმ 8 სეგმენტს, ხოლო C ვირუსი 7 სეგმენტს.

B და C ვირუსებისაგან განსხვავებით, A ვირუსის ვირუსი იყოფა ქვეტიპებად ვირუსის გარსის ზედაპირზე არსებული გლიკოპროტეინების: ჰემაგლუტინინისა (HA) და ნეირამინიდაზას (NA) კომბინაციის საფუძველზე. სულ არსებობს ჰემაგლუტინინის 16 (H1-H16) და ნეირამინიდაზას 9 განსხვავებული ანტიგენი (N1-N9), რომლებიც აღმოჩენილია ქათმებში, იხვებში, ბატებში, ცხენებში, ვეშაპებში, სელაპებში და სხვა. A ვირუსის ყველა ქვეტიპის ბუნებრივ რეზერვუარს გარეული ფრინველები წარმოადგენს.

A გრიპის ვირუსი ყველაზე ვირულენტული ტიპია ადამიანისათვის და ადამიანთა გრიპით ინფიცირებას 80%-ში განაპირობებს. გრიპის დღემდე აღწერილი პანდემიები მხოლოდ A გრიპის ვირუსითაა გამოწვეული.

1918 წლიდან ადამიანებში გავრცელებულ A გრიპის ვირუსს გააჩნია ჰემაგლუტინინის სამი (H1, H2, H3) და ნეირამინიდაზას ორი (N1, N2) ქვეტიპი.

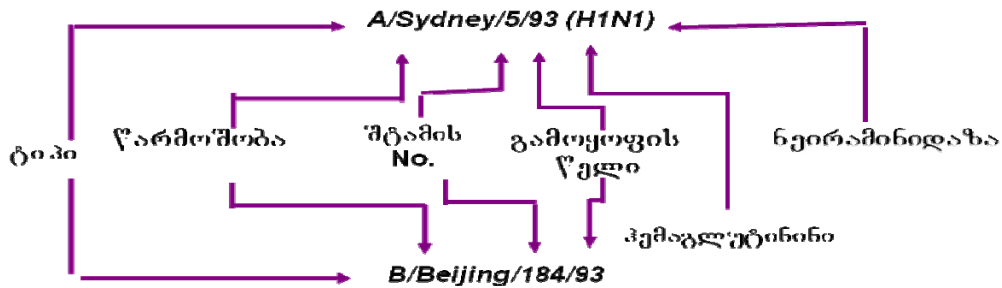


ჰემაგლუტინინი ემაგრება მასპინძლის უჯრედის ზედაპირზე არსებულ სიალის მჟავას რეცეპტორს, რაც განაპირობებს ვირუსის შეჭრას უჯრედში. ჰემაგლუტინინი მთავარი ანტიგენური დეტერმინანტია მანეიტრალიზებელი ანტისხეულების წარმოსაქმნელად. ამიტომ ის სეზონური ვაქცინების უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს წარმოადგენს. ნეირამინიდაზა ანტისხეულების წარმოქმნის მეორე დეტერმინანტია. ის ხლეჩს გლიკოზიდურ კავშირებს მასპინძლის უჯრედის სიალის მჟავასა და ვირიონის ზედაპირს შორის, რითიც აადვილებს ვირუსის გამოთავისუფლებას უჯრედიდან. ამ მნიშვნელოვანი ფუნქციის ინჰიბირება ანტივირუსული მკურნალობის ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ სტრატეგიას წარმოადგენს. მესამე მემბრანული პროტეინი ე. წ. M2 პროტეინი მცირე რაოდენობითაა წარმოდგენილი A ვირუსებში. ის იონური არხების მსგავსად ფუნქციონირებს და არეულირებს ვირუსის შინაგან pH-ს, რაც მნიშვნელოვანია ვირუსის რეპლიკაციის ადრეულ სტადიებზე, როდესაც ვირუსი ახორციელებს ნუკლეინის მჟავას ე. წ. “გაშიშვლებას”. ამ ფუნქციის ბლოკირება ხორციელდება ამანტადინისა და რიმანტადინის საშუალებით (16, 36).

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ A გრიპის ვირუსი მუდმივად იცვლება, რაც იძლევა მის უამრავ სახესხვაობას. ზოგიერთი A გრიპის ვირუსი აინფიცირებს მხოლოდ ღორს, სხვები მხოლოდ ადამიანს ან ფრინველებს. ღორები უჩვეულო ცხოველები არიან ამ თვალსაზრისით. ისინი მიმღები არიან როგორც ადამიანის ან ფრინველის გრიპის ვირუსის, ასევე საკუთარი ღორის გრიპის ვირუსის შტამების მიმართ. ასე, რომ ღორმა სხვადასხვა ვირუსებით ინფიცირების შემთხვევაში შესაძლოა შეასრულოს ე.წ. “შემრევი ჭურჭლის” ფუნქცია, სადაც გენების შერევით ახალი შტამი წარმოექმნება.

ვირუსის სახელწოდება მიუთითებს მის ტიპს, გამოყოფის გეოგრაფიულ ადგილსა და დროს, შტამის ნომერს. ხოლო A გრიპის შემთხვევაში კი, დამატებით, ჰემაგლუტინინისა და ნეირამინიდაზას ქვეტიპს. მაგალითად, A/Sydney/5/93 (H1N1) – მიუთითებს რომ ეს არის A

გრიპი, გამოყოფილია სიდნეიში 1993 წელს, შტამის ნომერია 5 და შეიცავს: ჰემაგლუტინინ I და ნეირამინიდაზას I ქვეტიპს.



პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი ასევე მიეკუთვნება გრიპის A ტიპს. ვირუსის გარსის ზედაპირზე არის გლიკოპროტეინები: ჰემაგლუტინინი (HA) -1 და ნეირამინიდაზა (NA) -1.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი ადრე არასოდეს ყოფილა გამოყოფილი ღორის ან ადამიანების ორგანიზმიდან (18). ეს შტამი, სავარაუდოდ, წარმოადგენს “ოთხმაგ რეასორტანტს” ღორის, ადამიანისა და ფრინველის გრიპის ვირუსებისა (19,20,21). გენების დიდი ნაწილი ეკუთვნის ღორის გრიპის ვირუსს (ჩრდილო ამერიკული და ევრაზიული ღორის გრიპის ვირუსების გენეტიკური მასალა შეადგენს ახალი ვირუსის გენომის 30,6% და 17,5 %-ს, შესაბამისად), შემდეგ მოდის ფრინველის გრიპის ვირუსი (34,4 %) და ადამიანის გრიპის ვირუსი (17,5% გენეტიკური მასალისა) (22).

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის ანტიგენური და გენეტიკური მახასიათებლების შესწავლის საფუძველზე დადგინდა, რომ მისი გენური სეგმენტები ცირკულირებდა მრავალი წლის განმავლობაში, მაგრამ მისი აღმოჩენა ვერ მოხერხდა იმის გამო, რომ მუდმივად არ ხორციელდებოდა მოცირკულირე ვირუსებზე მეთვალყურეობა ღორებში (20,21).

ვირუსების სექვენირებისას დადგინდა, რომ პანდემიის გამომწვევი A(H1N1) ვირუსი იყო ანტიგენურად ჰომოგენური. აშშ-სა და მექსიკაში გამოყოფილი ვირუსების შედარებითმა ანალიზმა დაადგინა, რომ მას არ ჰქონდა რაიმე ისეთი მოლეკულური მახასიათებლები, რაც გაზრდიდა მისი ტრანსმისიულობის ან ვირულენტობის უნარს (20).

ტრანსმისია - პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსი მსხვილი რესპირაციული ნაწილაკების (წვეთები ზომით > 5 μm) ინჰალაციით და/ან არაპირდაპირი კონტაქტებით გადაეცემა. ვირუსის გადაცემა ხორციელდება 1 მეტრ მანძილზე. არ გამოირიცხება ინფექციის გადაცემა წვრილი აეროზოლური ნაწილაკების (<5 μm) მეშვეობით 1 მეტრზე მეტ მანძილზეც, განსაკუთრებით გარკვეული სამედიცინო მანიპულაციების შესრულების დროს, როგორცაა ტრაქეის ინტუბაცია, რესპირაციული სეკრეტის ამოქაჩვა, ნებულაიზერის გამოყენება და სხვა. წვრილი აეროზოლური ნაწილაკების მეშვეობით ინფექციის გადაცემა დასაშვებია, მაგრამ არაა დადასტურებული. ვირუსი თვითინოკულირდება ზემო რესპირაციული ტრაქტისა და კონიუქტივას ლორწოვან გარსში.

გარდა რესპირაციული სეკრეტისა, სხვა ქსოვილოვანი სითხეებიც (მაგალითად, განავალი, ამონაღები მასა და სხვა) შესაძლოა ჩაითვალოს ინფექციურად (8,22).

პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსი ხასიათდება მდგრადი გავრცელებით ადამიანთა შორის. ჯანმოს ადრეული ანალიზების მიხედვით ახალი ვირუსი ავლენდა ტრანსმისიის უფრო მაღალ მაჩვენებელს, ვიდრე სეზონური გრიპი (18,23,24). მოგვიანებით აშშ დაავადებათა

კონტროლის ცენტრის მიერ ვირუსის ხელახალი ანალიზით დადგინდა, რომ ახალი ვირუსის ტრანსმისიის უნარი მსგავსია სეზონური გრიპის იმავე მახასიათებლისა (25).

სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინა არ უზრუნველყოფს დაცვას პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსის მიმართ (13).

ვირუსის გამოყოფა (შედინგი) - ვინაიდან პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსის გამოყოფის ხანგრძლივობა ჯერ-ჯერობით უცნობია, ამ საკითხზე მსჯელობისას ხელმძღვანელობენ სეზონური გრიპის ამავე მახასიათებლის შესახებ არსებული მონაცემებით (8,26).

პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსით დაავადებული სავარაუდოდ კონტაგიოზურია დაავადების კლინიკის გამოვლინებამდე 1 დღით ადრე და ცხელების მთელი პერიოდის განმავლობაში, სულ - საშუალოდ 7 დღე. კლინიკური სიმპტომების გახანგრძლივების პერიოდში პაციენტი გადამდებად ითვლება კლინიკური სიმპტომების ჩათავეებიდან კიდევ 24 საათის განმავლობაში. უფრო ხანგრძლივი შედინგია აღწერილი ბავშვებში, განსაკუთრებით ჩვილებში, მოხუცებში, ქრონიკული დაავადებების მქონე და იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტებში.

გრიპის ვირუსი მგრძობიარეა ტემპერატურის, გამოშრობის, მზისა და ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედების მიმართ; ოთახის ტემპერატურაზე იღუპება რამოდენიმე საათში. მასზე მოქმედებს სადეზინფექციო ხსნარები, მგრძობიარეა ტუტე და მჟავე გარემოს მიმართ. ინაქტივდება მჟანგველი აგენტების, ლიპიდების გამხსნელების, β-პროპიონლაქტონის, ასევე ფორმალინისა და იოდის კომპონენტების ზემოქმედებით.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 3-4 დღეს შეადგენს. ჯანმოს მითითებით, ინკუბაციური პერიოდის მაქსიმალურ ვადად უნდა ჩაითვალოს **7 დღე** (27).

პაციენტთა უმრავლესობას დაავადება ეწყება მაღალი ცხელებითა (ჩვეულებრივ, 38°C-ზე მეტი) და რესპირაციული სიმპტომებით: ყელის ტკივილი, ხველა და თავის ტკივილი. ხშირია რინორეა, ცხვირის გაჭედვა. ასევე აღინიშნება: გულისრევა, ღებინება, დიარეა, მიალგია, ართრალგია, დაღლა. იშვიათად აღინიშნება კონიუნქტივიტი. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას აღინიშნება: სუნთქვის უკმარისობა და ლეთარგია (22,28,29).

აშშ-ში პაციენტთა 95%-ს ჰქონდა ცხელება, ხოლო მექსიკის ჰოსპიტალში მოთავსებულ პაციენტთა ერთ მესამედს ტემპერატურის მატება საერთოდ არ აღენიშნებოდა (27,30).

პაციენტთა გარკვეულ ჯგუფებს, როგორცაა ჩვილები, მოხუცები და იმუნოკომპრომეტირებული პირები, შესაძლებელია ჰქონდეთ დაავადების ატიპური გამოვლინებები.

ჩვილ ბავშვებში ინფექცია, როგორც წესი, განსხვავებული სიმპტომებით მიმდინარეობს. მათ შესაძლებელია არ ჰქონდეთ ხველა ან სხვა რესპირაციული სიმპტომები. მძიმე მიმდინარეობა შესაძლოა გამოვლინდეს ისეთი სიმპტომებით, როგორცაა ლეთარგია, აპნოე ან დისპნოე, ციანოზი, დეჰიდრატაცია, მენტალური სტატუსის შეცვლა.

ცხრილი 4-1. ევროპის ქვეყნებში რეგისტრირებულ პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევებში გამოხატული კლინიკური ნიშნები (პროცენტულად):

კლინიკური ნიშნები	საშუალო გავრცელება (%)
ცხელება (>38°C)	95
ხველა	60
მიაღვია	35
თავის ტკივილი	30
დიარეა	30
ყელის ტკივილი	30
აპათია	25
რინიტი, ართრალგია, ლებინება, სუნთქვის უკმარისობა	2-5

ლაბორატორიული კვლევის შედეგები – პაციენტებში აღწერილია როგორც ლეიკოციტოზი, ასევე ლეიკოპენია. მექსიკაში ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა ლეიკოპენია, ამინოტრანსფერაზების, ლაქტატდეჰიდროგენაზის, კრეატინინ-ფოსფოკინაზის მომატებული დონე.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის გართულებების სრული სპექტრი ჯერ-ჯერობით არ არის ცნობილი.

5 წლამდე ასაკის ბავშვები განსაკუთრებულად არიან მიდრეკილი გრიპის გართულებებისადმი.

კალიფორნიის შტატში 553 პაციენტის შესწავლით დადგინდა, რომ გრიპის გართულების ყველაზე დიდ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენდა ფილტვის ქრონიკული დაავადებები (ასთმა, ობსტრუქციული დაავადებები, 37%), იმუნოდეპრესიული მდგომარეობა (17%), გულის დაავადებები (17%), ორსულობა (17%), შაქრიანი დიაბეტი (13%) და სიმსუქნე (13%) (31).

ასაკოვანი პაციენტები გრიპის გართულებების თვალსაზრისით მაღალი რისკის ქვეშ არიან. სამაგიეროდ მათში პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი შედარებით იშვიათად ფიქსირდებოდა. ამის მიზეზი, სავარაუდოდ, იყო მათში არსებული იმუნიტეტი, რომელიც ჩამოყალიბდა იმ ვირუსების მიმართ, რომელიც 1957 წლამდე ცირკულირებდა მსოფლიოში. 60 წელზე მეტი ასაკის პაციენტების 33%-ს აღმოაჩნდა ანტისხეულები (H1N1)- ის მიმართ (განსაზღვრული მიკრონეიტრალიზაციის მეთოდით) ტიტრით ≥ 160 (26). ზოგადად მიკრონეიტრალიზაციის ტიტრი ≥ 160 კორელირებს გრიპის ვირუსით ინფიცირების რისკის სულ მცირე 50%-ით შემცირებასთან, მაგრამ რამდენად იცავს ეს ტიტრი პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპისაგან ჯერჯერობით გაურკვეველია (25,32).

2009 წლის პანდემიის დროს მექსიკაში რიგ შემთხვევებში აღწერილი იქნა სწრაფად პროგრესირებადი პნევმონია, სუნთქვის უკმარისობა, მწვავე რესპირატორული დისტრეს სინდრომი (27). აშშ-ში შემთხვევათა დიდი ნაწილი იყო მსუბუქი მიმდინარეობის. აშშ-სა და კანადაში დადასტურებული შემთხვევების 2-5 % საჭიროებდა ჰოსპიტალიზაციას, ხოლო მექსიკაში 6%. ჰოსპიტალიზაციის ხშირი მიზეზები იყო დეჰიდრატაცია და პნევმონია (29,31,33,34).

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს ბაქტერიული ინფექციები იშვიათად ფიქსირდებოდა. ოცდაერთი მძიმე და ფატალური შემთხვევიდან აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ ორ შემთხვევაში იქნა გამოვლენილი კოპათოგენი (*Streptococcus pneumoniae* და ადენოვირუსი) (29).

კალიფორნიაში ჰოსპიტალიზებულ 30 პაციენტს შორის, 19-ს (64%) აღენიშნებოდა თანმხლები დაავადებები, 5 (17%) იყო ორსული, 6 (20%) საჭიროებდა ინტენსიურ თერაპიას შემოსვლისას და 4-ს (13%) აღენიშნებოდა სუნთქვის უკმარისობა (31). 25 პაციენტიდან, რომლებსაც ჩაუტარეს გულმკერდის რენტგენოგრაფია, 15-ს (60%) აღენიშნებოდა პნევმონიის სურათი. არც ერთ შემთხვევაში არ მომხდარა მეორადი ბაქტერიული პნევმონიის მიკრობიოლოგიური დადასტურება. სიკვდილი არ დაფიქსირებულა.

და ბოლოს, პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს აღწერილი გართულებების ჩამონათვალი მსგავსია სეზონური გრიპისა და მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილს:

- ზემო რესპირაციული ტრაქტის დაავადებები (სინუსიტი, ოტიტი, კრუპი);
- ქვემო რესპირაციული ტრაქტის დაავადებები (პნევმონია, ბრონქოლიტი, ასთმური სტატუსი);
- გულის დაავადებები (მიოკარდიტი, პერიკარდიტი);
- ნევროლოგიური დარღვევები (მწვავე და პოსტინფექციური ენცეფალოპათია, ენცეფალიტი, ფებრილური კრუნჩხვა, ეპილეპსიური სტატუსი);
- ტოქსიური შოკის სინდრომი;
- თანმხლები ქრონიკული დაავადებების გამწვავება.

ორსულები – განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ინფექცია ორსულებში. ისინი 4-ჯერ უფრო ხშირად ექვემდებარებიან ჰოსპიტალიზაციასა და ინტენსიურ თერაპიას. აღინიშნება სპონტანური აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევები პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპით დაავადებულ ორსულებში, განსაკუთრებით პნევმონიის ფონზე. ხუთი ჰოსპიტალიზებული ორსულიდან ორს განუვითარდა გართულებები სპონტანური აბორტის (გესტაციის მე-13 კვირაზე) და ნაადრევი მშობიარობის სახით (35-ე კვირაზე) (12.11.31).

ლეტალობა — სეზონური გრიპის მიერ გამოწვეული ლეტალობა მაღალია ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში, ორსულ ქალებში და ასაკოვან პოპულაციაში. მსგავსი სიტუაცია დაფიქსირდა პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს. თუმცა, როგორც აღინიშნა, მოხუცებში ავადობა იყო დაბალი, რაც შესაძლებელია განპირობებული ყოფილიყო მათში ანტიგენურად მსგავსი ვირუსის საწინააღმდეგო იმუნიტეტის არსებობით (25).

მექსიკაში 10.262 ლაბორატორიულად დადასტურებული შემთხვევიდან 119 დამთავრდა ფატალურად. ლეტალობის შემთხვევები დაკავშირებული იყო სუნთქვის უკმარისობასთან, მძიმე პნევმონიასთან მულტიფოკალური ინფილტრატებით და მწვავე რესპირაციულ დისტრესს სინდრომთან. სუნთქვის უკმარისობასთან ერთად შემთხვევათა 24 პროცენტში მექსიკაში აღინიშნებოდა თირკმლის ან მულტიორგანული უკმარისობა (29,34,35).

დღეისათვის პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებულ შემთხვევებში ლეტალობა დაახლოებით 0.6%-ს შეადგენს.

5. დაავადების დიაგნოზი

ა) შემთხვევის განსაზღვრა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევის დიაგნოსტიკა საფეხურებრივად ხორციელდება.

შესაძლო შემთხვევა

შესაძლო შემთხვევას შეესაბამება პირი კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმებით, როცა სხვა მიზეზი არ არის იდენტიფიცირებული.

სავარაუდო შემთხვევა

სავარაუდო შემთხვევას შეესაბამება პირი კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმებით, რომელსაც დაუდგინდა გრიპის A ვირუსი, მაგრამ ვირუსის შემდგომი ქვეტიპირება ვერ ხერხდება იმ რეაგენტებით, რომლებიც გამოიყენება სეზონური გრიპის ვირუსების (H1 ან H3) აღმოსაჩენად.

დადასტურებული შემთხვევა

დადასტურებულ შემთხვევას შეესაბამება პირი, სადაც დიაგნოზი დადასტურდა ლაბორატორიული კრიტერიუმით.

კლინიკური კრიტერიუმები:

მწვავედ განვითარებული შემდგომი კლინიკური სიმპტომები:

- ცხელება $> 38^{\circ}\text{C}$ * და გრიპისმაგვარი დაავადებების კლინიკური ნიშნები (ერთი ან მეტი ჩამოთვლილთაგან: ხველა, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, რინორეა/ცხვირის გაჭედვა, ღებინება/დიარეა და სხვა)
ან
- სასუნთქი სისტემის მძიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით
ან
- სიკვდილი გაურკვეველი მწვავე რესპირაციული დაავადებით.

* ტემპერატურის მატების დოკუმენტირება არ არის სავალდებულო თერმომეტრით; საკმარისია ტემპერატურის მატების თუნდაც ერთი პრეცედენტის სუბიექტური დადასტურება წინა სამი დღის განმავლობაში;

ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმები

დაავადების გამოვლენამდე 7 დღით ადრე ადექვატური დაცვის გარეშე:

- მოგზაურობა/ცხოვრება ტერიტორიაზე*, სადაც დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის აფეთქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით
ან
- ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან ამ უკანასკნელში კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების პერიოდში ან ამ სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში.
ან
- მუშაობა პანდემიურ (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში.

* ამ ტერიტორიების შესახებ განახლებული ინფორმაციის მისაღებად დაუკავშირდით საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს ტელეფონზე: (+995 32) 398946 ან მიმართეთ ვებ გვერდებს: www.ncdc.ge, www.who.int

ლაბორატორიული კრიტერიუმები

დადებითი შედეგი ერთი ან მეტი ლაბორატორიული ტესტის გამოყენებით*:

- პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია;
- ვირუსის კულტურა;
- პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების ტიტრის ოთხჯერადი მატება მინიმუმ 10-14 დღის შუალედით აღებულ სისხლის შრატში.

* პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის საიდენტიფიკაციო კვლევის ჩატარება წარმოებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში (*მცისიერი პოლიმერაზული-ჯაჭვური რეაქცია*).

ბ) გამომრიცხავი

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის აფეთქების შემთხვევა გამორიცხულია, თუ პირი არ აკმაყოფილებს ზემოთ აღნიშნულ კრიტერიუმებს.

6. გამოკვლევის სქემა (ალგორითმი)

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურება, მისი კლინიკური მართვა და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები ერთდროულად ხორციელდება, რაც ასახულია ქვემოთ მოყვანილ სქემებზე.

პანდემიის პერიოდში, განგაშის მე-3 და მე-4 დონეზე მთავარ მიზანს წარმოადგენს შემთხვევების იდენტიფიცირება და ერთად თავმოყრა. ამ პერიოდის განმავლობაში ამბულატორიები, კლინიკები და გადაუდებელი დახმარების ცენტრები მაქსიმალურად დაიტვირთება პაციენტებით, რაც გამოიწვევს დროისა და ლაბორატორიული რესურსების დეფიციტს. გარდა ამისა, ინფექცია შესაძლოა იმდენად სწრაფად გავრცელდეს მოსახლეობაში, რომ შემთხვევათა გამოვლენა და კონტაქტების იდენტიფიცირება მაქსიმალურად ადვილი გახდეს. დიაგნოსტიკა და მყარებული იქნება კლინიკურ საბაზისო ლაბორატორიულ ანალიზებზე, ნაკლები აქცენტით სპეციფიკურ სადიაგნოსტიკო ტესტებზე (რაც შესაძლოა არც კი იყოს სამყოფი) და ეპიდემიოლოგიურ კრიტერიუმებზე. იმ შემთხვევებში, თუ გავრცელებას არ ექნა მასიური ხასიათი ქვეყანაში, კლინიციტებს ექნებათ პაციენტების კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევის მეტი შესაძლებლობა.

პანდემიის პერიოდში, განგაშის მე-3 და მე-4 დონეზე ლაბორატორიული ტესტებისა და დროის დეფიციტის პირობებში პაციენტის მართვა შესაძლოა განხორციელდეს ნებისმიერ დონეზე (შესაძლოა ან სავარაუდო) დამადასტურებელი ტესტირებების ჩატარების გარეშე.

6-1. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევათა გამოვლენის და მართვის სქემა

პირი, რომელსაც მწვავედ განუვითარდა შემდგომი კლინიკური სიმპტომები:

- ცხელება $> 38^{\circ}\text{C}$ და გრიპისმაგვარი დაავადებების კლინიკური ნიშნები (ერთი ან მეტი ჩამოთვლილთაგან: ხველა, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, რინორეა/ცხვირის გაჭედვა, ლებინება /დიარეა და სხვ)

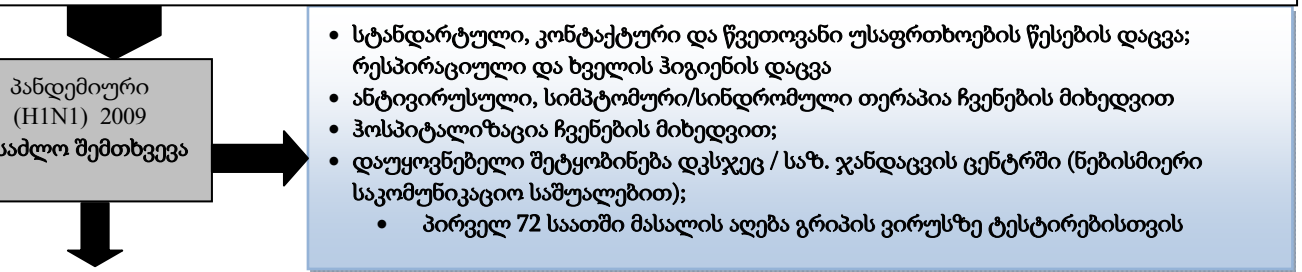
ან

- სასუნთქი სისტემის მძიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით, როცა სხვა მიზეზი არ არის იდენტიფიცირებული

და

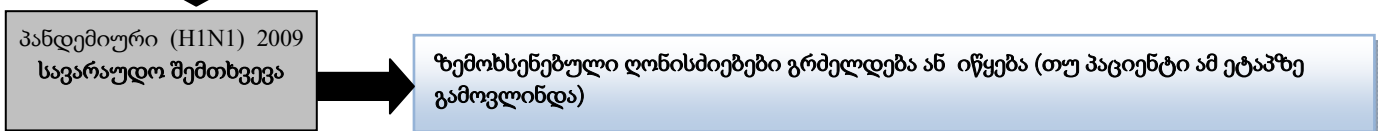
დაავადების გამოვლინებამდე 7 დღით ადრე ადექვატური დაცვის გარეშე (ერთი ჩამოთვლილთაგან):

- მოგზაურობა/ ცხოვრება ტერიტორიაზე, სადაც დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 ინფექციის ავთენტების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით.
- აღნიშნებოდა ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან კლინიკური გამოვლინებების პერიოდში ან სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათით ადრე.
- მუშაობა პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში



პაციენტს დაუდგინდა გრიპის A ვირუსი, მაგრამ შემდგომი ქვეტიპირება ვერ ხერხდება იმ რეაგენტებით, რომლებიც გამოიყენება სეზონური გრიპის ვირუსების (H1 ან H3) აღმოსაჩენად.

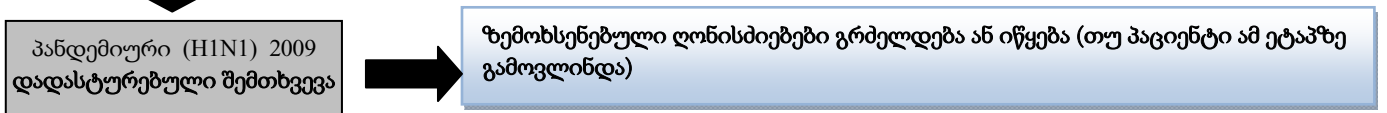
დაახ



დადებითი შედეგი ლაბორატორიული კვლევით (ერთ-ერთი)

- პოლიმერაზული-ჯაჭვური რეაქცია
- ვირუსის კულტურა;
- პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსის საწ. ანტისხეულების ტიტრის ოთხჯერადი მატება.

დაახ



- პაციენტის მართვის ზემოთ აღნიშნული ღონისძიებები წყდება, თუ პაციენტთან გამოირიცხება პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსით ინფექციის დიაგნოზი.
- პანდემიის პერიოდში, განგაშის მე-3 და მე-4 დონეზე პაციენტის მართვა შესაძლოა განხორციელდეს ნებისმიერ ეტაპზე (შესაძლო ან სავარაუდო შემთხვევა) ლაბორატორიული ტესტირების ჩატარების გარეშე.

(H1N1) 2009 გრიპის პანდემიის დროს მნიშვნელოვანია ტრიაჟის ჩატარება, რომლის მიზანია შემთხვევების დროული იდენტიფიცირება მათი ჰოსპიტალიზაციის, კლინიკური მართვისა და ვირუსის შემდგომი გავრცელების თავიდან ასაცილებლად.

კრიტერიუმები, რასაც მნიშვნელოვანი ყურადღება უნდა მიექცეს შემთხვევის შესაფასებლად პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ეტაპზე ჩატარებული ტრიაჟის დროს

ძირითადი ზომები ტრიაჟის დროს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე:

- პაციენტის მოსათავსებლად ადეკვატური ადგილის განსაზღვრა;
- სტანდარტული და წვეთოვანი უსაფრთხოების ზომების მკაცრი დაცვა.

6-2. შეფასების კრიტერიუმები ტრიაჟის დროს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე

ბავშვებისათვის	მოზრდილებისათვის
<ul style="list-style-type: none"> • ზოგადი მდგომარეობის შეფასება • დეჰიდრატაციის შეფასება • სხეულის ტემპერატურა ($\geq 38^{\circ} C$) • სუნთქვის სიხშირე • ნეკნთაშუა არეების ჩაზნექვა ან ცხვირის ნესტოების ბერვა სუნთქვის დროს • ხმაურიანი სუნთქვა • კრეპიტაცია აუსკულტაციის დროს • ფრჩხილების და ლორწოვანის ფერის შეფასება, პერიორალური ციანოზი • და სხვა 	<ul style="list-style-type: none"> • ზოგადი მდგომარეობის შეფასება • სხეულის ტემპერატურა ($\geq 38^{\circ} C$) • სუნთქვის სიხშირე • აუსკულტაციური მონაცემების შეფასება • კანისა და ლორწოვანის ფერის შეფასება (ციანოზი) • და სხვა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის მქონე პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება დამოკიდებულია პირველ რიგში პაციენტის მდგომარეობაზე, რისკის ჯგუფის კუთვნილებაზე, სახლის პირობებში მისი მოვლის შესაძლებლობებზე, ასევე ქვეყანაში არსებულ რესურსებზე. გადაწყვეტილებას ჰოსპიტალიზაციის მიზანშეწონილობის შესახებ იღებს ექიმი.

არასტაბილურ მდგომარეობაში მყოფ პაციენტებს ენიჭებათ პრიორიტეტი ჰოსპიტალში მოსათავსებლად, თუმცა მაღალი რისკის ქვეშ მყოფ პაციენტებს ასევე გაეწევათ სპეციალური მეთვალყურეობა მაშინაც კი, როდესაც დაავადება მსუბუქი ფორმით მიმდინარეობს.

მაღალი რისკის მქონე პაციენტებია:

- 65 წელზე მეტი ასაკის პირები;
- ორსულები;
- პაციენტები ფილტვის დაავადებებით (მაგ.ფილტვის ქრონიკულ ობსტრუქციული დაავადება, ცისტური ფიბროზი, ასთმა);
- პაციენტები კარდიოვასკულური დაავადებებით (გარდა ჰიპერტენზიისა);
- პაციენტები თირკმლის უკმარისობით;
- პაციენტები იმუნოდეფიციტით (დაკავშირებული აივ ინფექციასთან ან სტეროიდებით მკურნალობასთან);

- პაციენტები ჰემატოლოგიური დარღვევებით (ანემია, ჰემოგლობინოპათიები);
- პაციენტები შაქრიანი დიაბეტით;
- პაციენტები ღვიძლის დაავადებებით;
- პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ აცეტილსალიცილის მჟავას (რეის სინდრომის მომატებული რისკის გამო).

კრიტერიუმები რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპით დაავადებული ბავშვებისა და მოზრდილებისათვის

<p>6-3. კრიტერიუმები რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის (ბავშვები)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ციანოზი • სითხის მიღების ან ძუძუს წოვის უნარის დაკარგვა • კრუნხვები • განმეორებითი ღებინება • მნიშვნელოვანი დეჰიდრატაცია • ცნობიერების მოშლა, ლეთარგია ან აგზნება • დაჭიმული ყიფლიბანდი • მიკროცირკულაციის მოშლა • მძიმედ მიმდინარე რესპირაციული დაავადების ნიშნები <ul style="list-style-type: none"> ▪ სუნთქვის გახშირება <ul style="list-style-type: none"> ○ >60 წუთში 0- 2 თვემდე ○ >50 წუთში 2-11 თვის ასაკის ჩვილებში ○ >40 წუთში 12-59 თვის ასაკის ბავშვებში ○ >30 წუთში 5 წლის ასაკის ზემოთ ▪ სუნთქვისას ნესტოების ბერვა, ნეკნთაშუა კუნთების ჩაზნექვა ან სუნთქვისას გულმკერდის შეზნექვა; ▪ აპნოეს ეპიზოდები (განისაზღვრება, როგორც 20 წმ-დე გახანგრძლივებული პაუზა სუნთქვის დროს), ხმაურიანი სუნთქვა; ▪ SpO2 ≤ 90%, თუ პულსოქსიმეტრი ხელმისაწვდომია • განგაშის სხვა ნიშანი (მაგ. სწრაფად პროგრესირებადი ან გახანგრძლივებული დაავადება და სხვ.)
<p>6-4. კრიტერიუმები რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის (მოზრდილები)</p>
<p>ცხელება > 38° C ასოცირებული შემდეგ ნიშნებთან:</p> <ul style="list-style-type: none"> • დისპნოე ან სუნთქვის გაძნელება; • დამხმარე კუნთების მონაწილეობა სუნთქვის აქტში; • პულსოქსიმეტრით სატურაცია SpO2 ≤ 90%, ორსულებში: SpO2 ≤ 95% (თუ პულსოქსიმეტრი ხელმისაწვდომია); • სიცოცხლისათვის პოტენციურად საშიში ცვლილებები: არტერიული ჰიპოტენზია (სისტოლური წნევა <90 mmHg, დიასტოლური წნევა <60 mmHg.), სუნთქვის სიხშირის მატება (>30 წუთში), კაპილარული ავსების დრო >2 წმ, კანის დაქვეითებული ტურგორი, გულისცემის სიხშირის მატება და სხვა; • ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე; • თანმხლები დაავადებების დამძიმება;

- ცნობიერების მოშლა;
- პაციენტები, რომლებიც მობრუნდნენ განმეორებითი კონსულტირებისათვის სასუნთქი სისტემის მხრივ დარღვევების გამო;
- რისკ-ფაქტორები: ორსულობა, მოხუცები, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები, კარდიოვასკულური დაავადებები, თირკმლის, ღვიძლის, ჰემატოლოგიური, ნევროლოგიური, ნერვ-კუნთოვანი დაავადებები და სხვა.

6-5. კრიტერიუმები ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მოსათავსებლად (H1N1) 2009 გრიპის პანდემიის დროს

- რეფრაქტორული ჰიპოქსემია
- ჰემოდინამიკის მოშლა, როცა რეჰიდრატაცია არ არის ეფექტური
- შოკის ნიშნები და სხვა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დიაგნოსტიკა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დიაგნოსტიკისას ვირუსოლოგიური ტესტების გამოყენებას კლინიკური მართვისათვის ნაკლები ღირებულება აქვს. სამაგიეროდ ის მნიშვნელოვანია ეპიდემიოლოგიური ზედამხედველობისთვის რეზისტენტული ან/და შეცვლილი ვირულენტობის მქონე ვირუსის აღმოჩენების გამოვლენის თვალსაზრისით.

დღეისათვის არ არსებობს ვალიდური სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტები პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სადიაგნოსტიკოდ.

პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია (PCR) არის ერთადერთი ტესტი დღეისათვის, რომელსაც გააჩნია საკმარისი სენსიტიურობა და სპეციფიურობა პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სადიაგნოსტიკოდ, განსაკუთრებით პანდემიის აფეთქების დასაწყისში. ასევე საიმედო სადიაგნოსტიკო მეთოდია გრიპის ვირუსის გამოყოფა, თუმცა ამ მეთოდს არ გააჩნია პრაქტიკული ღირებულება კლინიკური მართვისთვის დროში დაყოვნების გამო.

მასალის აღება გამოკვლევისათვის რეკომენდებულია იმ პაციენტებისათვის, რომლებიც აკმაყოფილებენ შესაძლო შემთხვევის კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ კრიტერიუმებს. მასალა ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის უნდა იქნას აღებული ცხვირ-ხახიდან (ნაზოფარინგეალური ნაცხი), ცხვირის ღრმა მიდამოებიდან (ცხვირის ნაცხი) ან ხორხის ან ბრონქული ასპირატი. დღეისათვის უცნობია, თუ მასალის აღების რომელი მეთოდია საუკეთესო მოცემული ვირუსის აღმოსაჩენად. ჩვილებში შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ნაზალური ასპირატი.

ბრონქული ასპირატის შეგროვება არის მაღალი რისკის შემცველი პროცედურა აეროზოლის წარმოქმნის თვალსაზრისით და საჭიროებს ჰაერწვეთოვანი უსაფრთხოების ზომების დაცვას.

აღებული მასალა თავსდება სატრანსპორტო მედიაში. ძალიან მნიშვნელოვანია მასალის სწორად აღება, შენახვა და ტრანსპორტირება უსაფრთხოების ზომების დაცვით.

6-6. გამოკვლევები, რომლებიც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზებული ან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსებული პაციენტებისათვის

ზოგადი გამოკვლევები, რომლებიც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის	გამოკვლევები, რომლებიც რეკომენდებულია ინტენსიური თერაპიის განყოფილების პაციენტებისათვის
<p>ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სისხლის საერთო ანალიზი • შრატის ელექტროლიტები • ღვიძლის ფუნქციები (AST, ALT) • თირკმლის ფუნქციები (კრეატინინი, შარდმჟავა აზოტი) • კრეატინფოსფოკინაზა • ლაქტატდეჰიდროგენაზა • გლუკოზა • შარდის ანალიზი • რესპირაციული მასალის მიკრობიოლოგიური კვლევა და სისხლის კულტურა • C-რეაქტიული ცილა • სისხლის გაზები • პულსოქსიმეტრია • გულმკერდის რენტგენოგრაფია • ელექტროკარდიოგრამა 	<p>ჰოსპიტალიზებული პაციენტისთვის რეკომენდებულ გამოკვლევებს შესაძლოა დაემატოს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • კოაგულაციის მაჩვენებლები • პროკალციტონინი (თუ ხელმისაწვდომია) • და სხვა ჩვენების მიხედვით.

6-7. ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევის შედეგები, რომელიც მოითხოვს მეთვალყურეობას

ლაბორატორიული კვლევები	შედეგები, რომელიც მოითხოვს ზედამხედველობას და სამედიცინო ჩარევას
სისხლის საერთო ანალიზი	ჰემოგლობინი < 80.0 გ/დლ ლეიკოციტები < 2,500 ან > 12, 000 უჯრედი/mkl ჩხირბირთვიანი >15% თრომბოციტები < 50,000/ μ l
ელექტროლიტები	Na < 125 მექ/ლ ან > 148 მექ/ლ K < 3 მექ/ლ ან > 5.5 მექ/ლ
შარდმჟავა აზოტი, კრეატინინი	შარდმჟავა აზოტი > 10.7 მმოლ/ლ კრეატინინი >115 მკმოლ/ლ
გლუკოზა	< 4 მმოლ/ლ ან > 7 მმოლ/ლ
სისხლის გაზები, ჟანგბადის სატურაცია	სისხლის გაზები pO ₂ < 60 ოთახის ჰაერზე ჟანგბადის სატურაცია < 90-95% ოთახის ჰაერზე
გულმკერდის რენტგენოგრამა	პათოლოგიური ცვლილებები, დაკავშირებული პნევმონიასთან ან გულის უკმარისობასთან
ეკგ	იშემია, შექმნილი არითმია

შენიშვნა: ყველა პაციენტისთვის აუცილებელი არ არის ამ გამოკვლევების ჩატარება, აღნიშნული ლაბორატორიული კვლევები უნდა ჩატარდეს ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა რესურსების დეფიციტია.

7. მკურნალობის სქემა

ანტივირუსული პრეპარატებით მკურნალობა და პროფილაქტიკა

გრიპის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატები ორ ჯგუფად იყოფა: ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორები (ოსელტამივირი და ზანამივირი) და ადამანტანის დერივატი M2 ინჰიბიტორები (ამანტადინი და რიმანტადინი).

ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორები მსგავსი ქიმიური ბუნების პრეპარატებია და აქტიურია A და B გრიპის ვირუსების მიმართ. ეს პრეპარატები N-აცეტილ ნეირამინის მჟავას (უჯრედის ზედაპირზე არსებული გრიპის ვირუსის რეცეპტორი) ანალოგები არიან. ისინი გრიპის ვირუსული ენზიმის ნეირამინიდაზას აქტიური უბნის ბლოკირებას ახდენს, რაც განაპირობებს ვირუსის აგრეგაციას მასპინძლის უჯრედის ზედაპირზე და ხელს უშლის ინფიცირებული უჯრედიდან ვირუსის გამოთავისუფლებას.

პანდემიური A(H1N1) გრიპის ვირუსები მგრძობიარენი არიან ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების კლასის ორივე პრეპარატის – ოსელტამივირისა და ზანამივირის მიმართ.

ოსელტამივირი გამოდის კაფსულებისა და ორალური სუსპენზიის მოსამზადებელი ფხვნილის სახით. გარდა ამისა, პანდემიის პირობებში ეფექტურად გამოიყენება ოსელტამივირის ხსნარი, რომელიც დამზადების შემდეგ მოსახლეობის განსაზღვრულ რაოდენობას უნდა დაურიგდეს შეზღუდული დროის განმავლობაში.

პრეპარატის მიღება დაკავშირებულია შემდეგ გვერდით მოვლენებთან; 1%-ზე უფრო ხშირად ვლინდება: ღებინება (15.0%; პლაცებო -9.3%); მუცლის ტკივილი (4.7%; პლაცებო - 3.9%); ცხვირიდან სისხლდენა (3.1% პლაცებო - 2.5%); შუა ყურის ანთება (1.7%; პლაცებო - 1.2%). 1%-ზე ნაკლებ შემთხვევაში ვლინდება კონიუქტივიტი (1.0%; პლაცებო -0.4%).

ოსელტამივირის აქტიური მეტაბოლიტის - ოსელტამივირის კარბოქსილატის (GS4071) კონცენტრაცია შრატში იზრდება თირკმლის ფუნქციის დაქვეითებასთან ერთად. ამდენად თირკმლის ფუნქციის მოშლისას საჭირო ხდება დოზის კორექცია.

ოსელტამივირი არ არის შესწავლილი პაციენტებში ღვიძლის ფუნქციის მოშლის დროს. ასეთ პაციენტებში ამჟამად არ არის მოწოდებული დოზის შეცვლა.

არ არის მოწოდებული დოზის შემცირება პაციენტის ხანდაზმულობის გამო.

აღწერილია გულყრები ოსელტამივირისა და ზანამივირის მიღების შემდეგ. თუმცა ეპიდემიოლოგიურმა კვლევებმა ვერ დაადგინა კავშირი გულყრათა გამოვლინების რისკსა და პრეპარატების მიღებას შორის.

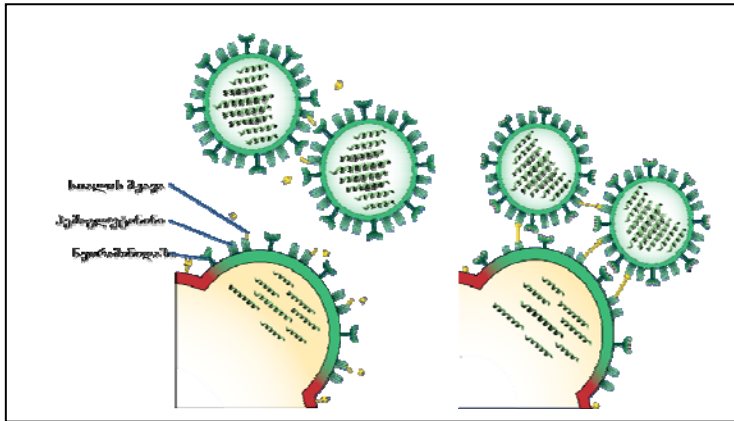
ზანამივირი - იჰალირებადი ფხვნილია. ინჰალაცია ხორციელდება მაღალი ნაკადით. პრეპარატის დოზის 78% ხვდება ოროფარინგეალურ არეში, 15% კი ტრაქეო-ბრონქულ ხესა და ფილტვებში. პრეპარატი გამოიყენება A და B გრიპის სამკურნალოდ 7 წელზე მეტი ასაკის პირებში.

არ არის მოწოდებული დოზის შემცირება პაციენტის ხანდაზმულობის გამო.

მონაცემები ზანამივირის გამოყენების შესახებ პაციენტებში თირკმლისა და ღვიძლის ფუნქციის მოშლის დროს შეზღუდულია. რეკომენდებულია, რომ ინჰალირებადი ზანამივირის კურსი არ შეიცვალოს პაციენტთა ამ პოპულაციაში.

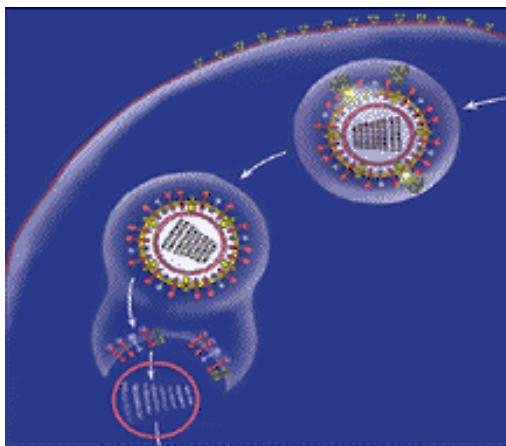
ზანამივირის გვერდითი მოვლენებია: გულისრევა, დიარეა, თავის ტკივილი, თავბრუსხვევა, ხველა, რაც შესაძლოა მისი ფხვნილისებური ფორმით იყოს განპირობებული.

ზანამივირი არ არის რეკომენდებული რესპირაციული დაავადების მქონე ზოგიერთი პირისათვის, ვინაიდან შესაძლოა გამოიწვიოს ბრონქოსპაზმი. რესპირაციული გვერდითი მოვლენები აღწერილია როგორც ფილტვის ქრონიკული დაავადებების მქონე, ასევე ჯანმრთელ ადამიანებში.



ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორები ნეირამინიდაზას აქტიური უბნის ბლოკირებით ხელს უშლის ინფიცირებული უჯრედიდან ვირუსის გამოთავისუფლებას.

ადამანტანის დერივატები, M2 ინჰიბიტორები - ამანტადინი და რიმანტადინი, ქიმიურად მსგავსი ბუნების პერორალური პრეპარატებია, რომლებიც გამოიყენება გრიპის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის. ეს პრეპარატები მოქმედებენ A გრიპის ვირუსის მემბრანის იონური არხის M2 ცილაზე და აინჰიბირებენ ვირუსის გარსის შემოცლას, ვირუსის რეპლიკაციასა და გამოყოფას უჯრედიდან. ამანტადინი და რიმანტადინი სპეციფიურად აინჰიბირებენ მხოლოდ A გრიპის ვირუსის რეპლიკაციას.



ადამანტანის დერივატები აბლოკირებს M2 პროტეინის არხს A გრიპის ვირუსში, არღვევს წყალბადის ტრანსპორტს და ხელს უშლის რნმ-ის ტრანსკრიპციას.

დღეისათვის არსებული მონაცემების მიხედვით, პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი რეზისტენტულია ადამანტანის დერივატების მიმართ. ამიტომ პანდემიური (H1N1) გრიპის დროს მათი დამოუკიდებელი ხმარება რეკომენდებული არ არის. თუმცა მიჩიგანში, აშშ, მძიმე პაციენტების სამკურნალოდ გამოიყენებოდა ადამანტანის დერივატები (ამანტადინი) ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორებთან (ოსელტამივირი) ერთად კომბინაციაში (41).

ანტივირუსული მკურნალობის დაწყება უნდა მოხდეს რაც შეიძლება ადრე. კლინიკურმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ სეზონური გრიპის დროს ანტივირუსული მედიკამენტები აუმჯობესებენ ავადობის მიმდინარეობას და ამცირებენ მის ხანგრძლივობას, თუკი მკურნალობა დაავადების დაწყებიდან 12-48 საათის განმავლობაში იქნება დაწყებული.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალოდ ანტივირუსული მედიკამენტების გამოყენება ასევე რეკომენდებულია დაავადების დაწყებიდან პირველ 48 სთ-ში, თუმცა ზოგიერთი ავტორი მიზანშეწონილად თვლის მათ გამოყენებას დაგვიანებულ შემთხვევებშიც, მაგრამ არა უგვიანეს 7 დღისა დაავადების დაწყებიდან (41).

<i>პრეპარატი</i>	<i>საფირმო სახელი</i>	<i>გრიპის ტიპი, რომლის მიმართ პრეპარატს გააჩნია ანტივირუსული მოქმედება</i>
<i>ადამანტანების ჯგუფი</i>		
<i>ამანტადინი, აბები</i>	<i>სიმეტრელი</i>	<i>A გრიპი *</i>
<i>რიმანტადინი, აბები</i>	<i>ფლუმადინი</i>	<i>A გრიპი *</i>
<i>ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორები</i>		
<i>ზანამივირი, საინჰალაციო ფხვნილი</i>	<i>რელენზა</i>	<i>A, B გრიპი</i>
<i>ოსელტამივირი, აბები, სუსპენზია, ხსნარი</i>	<i>ტამიფლუ</i>	<i>A, B გრიპი</i>

- პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი რეზისტენტულია ადამანტანის ჯგუფის პრეპარატების მიმართ

ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალოდ

ა). გრიპის პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან მკაცრად საეჭვო (შესაძლო ან სავარაუდო) შემთხვევების დროს, როდესაც კლინიკური გამოვლინებები არის მძიმე ან პროგრესირებადი და გრიპის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატები ხელმისაწვდომია:

კლინიკური რეკომენდაცია 1

პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებები, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ოსელტამივირით, მკურნალობა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე. ჩვეულებრივი დოზების გარდა, შესაძლოა გამოყენებულ იქნას პრეპარატის მაღალი დოზები 150 მგ-მდე ორჯერ დღეში გახანგრძლივებული კურსით კლინიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე (ძლიერი რეკომენდაცია, დაბალი ხარისხის მტკიცებულება). (40)

რეკომენდაცია შეეხება პაციენტთა ყველა კატეგორიას, მათ შორის ორსულ ქალებსა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს, ახალშობილების ჩათვლით. მკურნალობა იწყება რაც შეიძლება მალე (მკურნალობის დაწყებისათვის არ არის აუცილებელი დიაგნოზის ლაბორატორიული დადასტურება). კლინიკური კვლევები მიუთითებს, რომ მკურნალობა განსაკუთრებით ეფექტურია სიმპტომების დაწყებიდან 48 საათის განმავლობაში, მაგრამ (H5N1) გრიპის დროს მძიმე ქვემო სასუნთქი გზებით დაავადებული პაციენტების შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ მკურნალობის მოგვიანებითი დაწყება ასევე ეფექტური იყო იქ, სადაც ვირუსულ რეპლიკაციას ჰქონდა სავარაუდოდ ადგილი.

მძიმე და პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტებს, რომლებიც არ პასუხობენ მკურნალობის ჩვეულებრივ რეჟიმებს, შესაძლებელია დაენიშნოთ ოსელტამივირის მაღალი დოზები გახანგრძლივებულად. მოზრდილებში, მაგალითად, 150 მგ ორჯერ დღეში. (40)

კლინიკური რეკომენდაცია 2

სიტუაციებში, როცა ოსელტამივირი არაა ხელმისაწვდომი ან შეუძლებელია მისი გამოყენება ან თუ ვირუსი რეზისტენტულია ოსელტამივირის მიმართ, მაგრამ მგრძნობიარე ან სავარაუდოდ მგრძნობიარე ზანამივირის მიმართ, პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებები, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ზანამივირით (ძლიერი რეკომენდაცია, ძალიან დაბალი ხარისხის მტკიცებულება). (40)

ბ). ანტივირუსული მკურნალობა პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან მკაცრად საეჭვო (შესაძლო და სავარაუდო) შემთხვევის დროს, როდესაც არ აღინიშნება გართულებები და გრიპის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატები ხელმისაწვდომია:

კლინიკური რეკომენდაცია 3

პაციენტებს, რომელთაც არ აღინიშნებათ გართულებები, მაგრამ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ოსელტამივირით ან ზანამივირით. მკურნალობა უნდა დაიწყოს, რაც შეიძლება მალე დაავადების გამოვლენიდან (ძლიერი რეკომენდაცია, ძალიან დაბალი ხარისხის მტკიცებულება). (40)

რეკომენდაცია ითვალისწინებს:

- მძიმე გართულებების შესაძლებლობას პაციენტთა ამ კატეგორიაში;
- ამგვარი მიდგომის ხარჯთეფექტურობას იმის გათვალისწინებით, რომ მათში გრიპის გართულებებთან დაკავშირებული დანახარჯები მაღალია.

კლინიკური რეკომენდაცია 4

პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გართულებები და არ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს არ სჭირდებათ მკურნალობა ანტივირუსული პრეპარატებით (სუსტი რეკომენდაცია, დაბალი ხარისხის მტკიცებულება) (40).

რისკის ჯგუფს მიეკუთვნება: 5 წლამდე ასაკის ბავშვები, მოხუცები (>65 წელზე), ორსულები, ქრონიკული დაავადებებით პაციენტები, იმუნოკომპრომეტირებული პირები და სხვა.

კლინიკური რეკომენდაცია 5

სიტუაციებში, როცა მოცირკულირე A გრიპის შტამი სავარაუდოდ ან დადასტურებულად რეზისტენტულია M2 ინჰიბიტორების მიმართ, პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებები, არ უნდა ჩაუტარდეს მკურნალობა ამანტადინითა და რიმანტადინით (ცალკე ან სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში) (ძლიერი რეკომენდაცია, დაბალი ხარისხის მტკიცებულება) (40).

მძიმე დაავადების მქონე პაციენტებში, სადაც არაეფექტურია ოსელტამივირის გამოყენება, შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ალტერნატიული ანტივირუსული პრეპარატები, როგორცაა ინტრავენური ზანამივირი, პერამივირი, რიბავირინი ან სხვა ექსპერიმენტული პრეპარატები. მონაცემები ამ პრეპარატების გამოყენების შესახებ უნდა შეგროვდეს შემდგომი შეფასებისათვის.

7-1. გრიპის შემთხვევის შეფასება და ანტივირუსული პრეპარატების დაწყება

1.1. პაციენტი ერთ წლამდე ასაკისაა?

დიახ

მითითებები ამ სასაკობრივ კატეგორიაში ანტივირუსული თერაპიის დაწყების შესახებ

არა

1.2. პაციენტს აქვს მაღალი ცხელება და ერთერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომებიდან?

- კუნთებისა და სახსრების ტკივილი;
- ხველა
- თავის ტკივილი
- ცხვირის გაჭედულობა ან სურდო
- ყელის ტკივილი
- ღებინება
- წყლიანი დიარეა
- ხანგრძლივი ტირილი (მხოლოდ ბავშვები)

დიახ

1.3. აქვს პაციენტს გრიპის სიმპტომები 7 დღეზე მეტხანს?

დიახ

არ დაინიშნოს ანტივირუსული პრეპარატები

არა

1.4. არის პაციენტი მიმდინარე სიმპტომების გამო ნამკურნალები ოსელტამივირით ან ზანამივირით?

დიახ

არ დაინიშნოს ანტივირუსული პრეპარატები

არა

1.5. არის პაციენტი 1-დან 5 წლამდე?
ან არის პაციენტი 65 წელზე მეტი ასაკის
ან აქვს პაციენტს თანმხლები დაავადებები?

- ფილტვის ქრონიკული დაავადებები ან ასთმა, რომელიც მედიკამენტითაა ნამკურნალები ბოლო სამი წლის განმავლობაში
- გულის დაავადებები
- დიაბეტი ან სხვა მეტაბოლური დარღვევები
- ღვიძლის ქრონიკული დაავადებები
- ცისტური ფიბროზი
- ნევროლოგიური დარღვევები
- ნამგლისებრი ანემია
- ორსულობა
- პაციენტი იმუნოკომპრომეტირებულია.

დიახ

დაინიშნოს ანტივირუსული პრეპარატები ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების ჯგუფიდან

არა

ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენების საკითხი გადაწყდეს ინდივიდუალურად ჩვენების (სიმძიმე და პროგრესირება) მიხედვით

ანტივირუსული პრეპარატებით პროფილაქტიკა პანდემიის პერიოდში

კლინიკური რეკომენდაცია 6

იქ, სადაც არის გრიპის ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის შესაძლებლობა და არის ინფექციის გართულების რისკი (განპირობებული გრიპის ვირუსის შტამის ან ექსპოზირებული ჯგუფის თავისებურებებით), ოსელტამივირი ან ზანამივირი შესაძლოა დაინიშნოს ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით (სუსტი რეკომენდაცია, ზომიერი ხარისხის მტკიცებულება) (40).

კლინიკური რეკომენდაცია 7

თუ გრიპის გართულებების ალბათობა დაბალია, ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკა არ უნდა დაინიშნოს. ეს რეკომენდაცია ძალაშია ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის რისკის მიუხედავად (სუსტი რეკომენდაცია, დაბალი ხარისხის მტკიცებულება) (40).

პანდემიის პერიოდში პროფილაქტიკა არ უტარდება კონტაქტში მყოფ ყველა პირს, არამედ გამოიყოფა განსაკუთრებული რისკის ქვეშ მყოფი პირები.

ოჯახის პირობებში ან ისეთ დაწესებულებებში, როგორცაა მაგალითად მოხუცთა თავშესაფარი და სხვა, პროფილაქტიკა უტარდებათ გახანგრძლივებული ახლო კონტაქტის მქონე პირებს, როცა ისინი მიეკუთვნებიან მაღალი რისკის ჯგუფს. გადაწყვეტილებას პროფილაქტიკის ჩატარების შესახებ იღებს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ზოგადი პროფილის ექიმი საჭიროების შემთხვევაში შესაბამისი ექსპერტის აზრის გათვალისწინებით (ინფექციონისტი, პედიატრი, ნეფროლოგი, იმუნოლოგი და ა.შ).

ახლო გახანგრძლივებული კონტაქტის მაგალითებს წარმოადგენენ: პირები, რომლებიც ცხოვრობენ/ სძინავენ ერთსა და იმავე ოჯახში, მოსწავლეები ერთ ოთახში და ა.შ. მომატებული რისკის პირები მითითებულია ცხრილში. მათ უტარდებათ პროფილაქტიკა, თუ მათ ახლო გახანგრძლივებული კონტაქტი ჰქონდათ H1N1 შემთხვევასთან.

ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკის ჩატარება ემყარება სუსტი რეკომენდაციისა და დაბალი ხარისხის მტკიცებულებას.

7-2. პაციენტთა მაღალი რისკის ჯგუფები ანტივირუსული პროფილაქტიკისათვის

პირები ფილტვის ქრონიკული დაავადებით
პირები თირკმლის ქრონიკული დაავადებით
პირები ქრონიკული ნეფროლოგიური დაავადებით
პირები ღვიძლის ქრონიკული დაავადებით
პირები გულის ქრონიკული დაავადებით
5 წლამდე ასაკის ბავშვები
65 წელზე მეტი ასაკის პირები
იმუნოკომპრომეტირებული პირები (გამოწვეული პრეპარატით ან დაავადებით)
პირები შაქრიანი დიაბეტით
პირები, რომელთაც ჩატარებული აქვთ თერაპია ასთმის გამო ბოლო სამი წლის განმავლობაში
ორსულები
პაციენტები სიმსუქნით

7-3. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალო და საპროფილაქტიკო ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება:

სამკურნალო საშუალება,	ასაკობრივი ჯგუფი						
	ხანგრძლივობა	1-6	7-9	10-12	13-64	>65	
ოსელტამივირი							
მკურნალობა	5 დღე	წონადამოკიდებული დოზირება ¹ 30 მგ ორჯერ დღეში ≤ 15 კგ 45 მგ ორჯერ დღეში 15-დან 23 კგ-მდე 60 მგ ორჯერ დღეში 23-დან 40 კგ-მდე 75 მგ ორჯერ დღეში >40კგ			75 მგ ორჯერ დღეში ¹	75 მგ ორჯერ დღეში ^{1,2}	
პროფილაქტიკა	იწყება ექსპოზიციიდან რაც შეიძლება მალე და გრძელდება 5-7 დღე ბოლო ექსპოზიციიდან	წონადამოკიდებული დოზირება ¹ 30 მგ დღეში ≤ 15 კგ 45 მგ დღეში 15-დან 23 კგ-მდე 60 მგ დღეში 23-დან 40 კგ-მდე 75 მგ დღეში >40კგ			75 მგ დღეში	75 მგ დღეში	
ზანამივირი							
მკურნალობა	5 დღე	არაა ლიცენზირებული ამ ასაკობრივ ჯგუფში		10 მგ(2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში	10 მგ(2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში	10 მგ(2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში
პროფილაქტიკა	იწყება ექსპოზიციიდან რაც შეიძლება მალე და რძელდება 5-7 დღე ბოლო ექსპოზიციიდან	1-4 არ ინიშნება	5-6 წ 10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში

1-ოსელტამივირის დოზის დაქვეითება ხდება პაციენტებში დაქვეითებული კრეატინინის კლირენსით.

2- რიგ შემთხვევებში დაავადების კლინიკური მიმდინარეობის მიხედვით ოსელტამივირი შესაძლებელია დაინიშნოს 150 მგ-მდე ორჯერ დღეში გახანგრძლივებული კურსით

ორსულებსა და მეძუძურ ქალებში ანტივირუსული პრეპარატების (ოსელტამივირისა და ზანამივირის) გამოყენების სარგებლობა აღემატება რისკს, ამიტომ ორივე პრეპარატი გამოიყენება სამკურნალოდ და პროფილაქტიკისათვის.

ანტივირუსული თერაპია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ნიშნების მქონე ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებს ენიშნებათ ოსელტამივირი. დოზირება შეადგენს 2 მგ/კგ ორჯერ დღეში ხუთი დღის განმავლობაში. არსებობს ორი ტიპის ფორმულა: ოსელტამივირის სუსპენზია (12მგ/მლ) და ხსნარი (15 მგ/მლ).

ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის ჩატარებისას ამ ასაკობრივ ჯგუფში უნდა გვახსოვდეს, რომ ბალანსი რისკსა და სარგებელს შორის გაურკვეველია. ამიტომ გადაწყვეტილება პროფილაქტიკის მიზნით ოსელტამივირის დანიშნვის თაობაზე მიიღება ინდივიდუალურად პაციენტის თანმხლები დაავადების / მდგომარეობის გათვალისწინებით თუ გადაწყვეტილება მიღებულია, ინიშნება 2 მგ/კგ ერთხელ დღეში. (36).

1 წლამდე, განსაკუთრებით კი 2 თვემდე, ასაკის ბავშვებში საჭიროა პაციენტის დამატებითი მეთვალყურეობა პრეპარატის გამოყენებისას. ის სასურველია ჩატარდეს საავადმყოფოში, თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ პანდემიის პერიოდში საავადმყოფოები შესაძლოა იყოს გადავსებული.

7-4. ოსელტამივირის დოზირება სამკურნალოდ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში

ოსელტამივირის დოზირება ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში, კალკულაცია დოზირებით 2მგ/კგ			
ოსელტამივირის ხსნარი 15 მგ/მლ		ოსელტამივირის სუსპენზია 12 მგ/მლ	
ბავშვის წონა	დოზირება, მლ	ბავშვის წონა	დოზირება, მლ
3,0-3,6	0,4	3,0-3,5	0,5
3,7-4,3	0,5	3,6-4,1	0,6
4,4 -5,0	0,6	4,2-4,7	0,7
5,1-5,7	0,7	4,8-5,3	0,8
5,8-6,4	0,8	5,4-5,9	0,9
6,5-7,1	0,9	6,0-6,5	1,0
7,2-7,8	1,0	6,6-7,1	1,1
7,9-8,5	1,1	7,2-7,7	1,2
8,6-9,2	1,2	7,8-8,3	1,3
9,3-9,9	1,3	8,4-8,9	1,4
10-10,6	1,4	9,0-9,5	1,5
10,7-11,3	1,5	9,6-10,1	1,6
11,4-12,0	1,6	10,2-10,7	1,7
		10,8-11,3	1,8
		11,4-11,9	1,9
		12,0-12,5	2,0

- პაციენტს შესთავაზეთ 2 მლ-იანი შპრიცის გამოყენება ზუსტი დოზირებისათვის
- დოზა ეძლევა ორჯერ დღეში სამკურნალოდ
- მაქსიმალური ყურადღებით ინიშნება 2 თვემდე ასაკის ბავშვებში.
- ოსელტამივირის ხსნარს აქვს მწარე გემო და საჭიროებს ცოტა (10მლ) ტკბილი ხსნარის დამატებას.

ანტივირუსული თერაპია პაციენტებში თირკმლის დაზიანებით

როგორც სამკურნალოდ, ასევე ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკისათვის არჩევის პრეპარატია ზანამივირი მისი აბსორბციის სუსტი უნარის (10-20%) გამო. ამ კატეგორიის პაციენტებში არ არის საჭირო ზანამივირის დოზის შეცვლა.

თირკმლის დაზიანების მქონე ბავშვებში საჭიროა ნეფროლოგის კონსულტაცია და ინდივიდუალური გადაწყვეტილების მიღება.

პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ უკუჩვენება ზანამივირზე, ინიშნება ოსელტამივირი. თირკმლის დაზიანების შემთხვევაში საჭიროა დოზის შესაბამისი კორექცია.

7-5. ოსელტამივირის დოზირება სამკურნალოდ პაციენტებში თირკმლის დაზიანებებით

გლომერულური ფილტრაციის მაჩვენებელი (მლ/წთ)	ოსელტამივირის რეკომენდებული დოზირება
>30 მლ/წთ	75 მგ ორჯერ დღეში
10 - 30 მლ/წთ	75 მგ ერთხელ დღეში ან 30 მგ ორჯერ დღეში
10 მლ/წთ	კონსულტაცია ნეფროლოგთან
პაციენტები დიალიზზე	კონსულტაცია ნეფროლოგთან

7-6. ოსელტამივირის დოზირება საპროფილაქტიკოდ პაციენტებში თირკმლის დაზიანებებით

გლომერულური ფილტრაციის მაჩვენებელი (მლ/წთ)	ოსელტამივირის რეკომენდებული დოზირება
>30 მლ/წთ	75 მგ ერთხელ დღეში
10 - 30 მლ/წთ	75 მგ ყოველ მეორე დღეს ან 30 მგ ერთხელ დღეში
10 მლ/წთ	კონსულტაცია ნეფროლოგთან
პაციენტები დიალიზზე	კონსულტაცია ნეფროლოგთან

ანტივირუსული პრეპარატების გვერდითი ეფექტები

7-7. ოსელტამივირისა და ზანამივირის გვერდითი ეფექტები

ოსელტამივირის გვერდითი ეფექტები მოზრდილებში	
გვერდითი ეფექტები	გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, დიარეა, თავის ტკივილი, კონიუქტივიტი
იშვიათია	გამონაყარი
ასევე შესაძლოა აღნიშნოს	ჰეპატიტი, არითმია, ნეიროფსიქიატრიული დარღვევები (ბავშვებსა და მოზრდილებში), მხედველობის დარღვევები, სტივენს-ჯონსონის სინდრომი, ტოქსიური ეპიდერმალური ნეკროლიზი.

ოსელტამივირის გვერდითი ეფექტები ბავშვებში	
გვერდითი ეფექტები	გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, დისპეპსია, დიარეა, თავის ტკივილი, დადლილობა, უძილობა, თავბრუსხვევა, ეპისტაქსისი, გამონაყარი
ძალიან იშვიათია	ჰეპატიტი, სტივენს-ჯონსონის სინდრომი, ტოქსიური ეპიდერმალური ნეკროლიზი აღწერილია ასევე ნეიროფსიქიატრიული დარღვევები

ზანამივირის გვერდითი ეფექტები	
მოზრდილებსა და ბავშვებში	ძალიან იშვიათია - ბრონქოსპაზმი, რესპირაციული დარღვევები, ანგიოედემა, ურტიკარია, გამონაყარი, ასევე აღწერილია ნეიროფსიქიატრიული დარღვევები (განსაკუთრებით ბავშვებსა და მოზარდებში)

ვაქცინაცია პანდემიური გრიპის საწინააღმდეგოდ

ეფექტურობისათვის გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინას უნდა ახასიათებდეს სუბტიპური და შტამური სპეციფიკურობა. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინა შემუშავებულია. ვაქცინის დეფიციტის პირობებში ქვეყანაში გამოიყოფა პრიორიტეტული ჯგუფები მისი განაწილების მიზნით.

ანტიბიოტიკებით მართვა

პნევმონიების და ქვემო რესპირატორული ტრაქტის ინფექციების გამომწვევები იშვიათად დგინდება მიკრობიოლოგიურად საწყის ეტაპზე, ამიტომ ანტიმიკრობული საშუალებების დანიშვნა ემპირიულად ხდება. პაციენტების მართვა ხდება ქვეყანაში მოქმედი საყოფაცხოვრებო პნევმონიის მართვის შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით. აღსანიშნავია, რომ გრიპის შემდგომი ბაქტერიული პნევმონიების მიზეზები ხშირადაა *S. pneumoniae*, *H. influenzae* and *S. aureus*, რაც უნდა დაიფაროს შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიით. გასათვალისწინებელია, რომ გრიპის შემდგომი პნევმონიების დროს *S. aureus* გამოწვეული ინფექციები ჩვეულებრივზე ხშირია. გათვალისწინებულ უნდა იქნას მეტიცილინ-რეზისტენტული *S. aureus* შტამის არსებობა.

გრიპით ავადმყოფებში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების გამწვავება ხშირად ასოცირებულია მიკროორგანიზმებთან: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, და *Moraxella catarrhalis*. (17,38,39)

სიმპტომური და სინდრომული თერაპია

სიმპტომური და სინდრომული თერაპია (მაგ. ოქსიგენოთერაპია, ვიტამინოთერაპია, წყალ-მარილოვანი, მჟავა-ტუტოვანი ბალანსის შენარჩუნება და სხვა) საჭიროა ჩატარდეს შესაბამისი ჩვენების მიხედვით.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპით დაავადებულ პაციენტთა უმრავლესობისათვის საკმარისია სიმპტომური თერაპია.

ცხელების დროს 18 წლის ასაკამდე საჭიროა თავის შეკავება სალიცილატების (როგორცაა, ასპირინი) გამოყენებისგან რეის სინდრომის (მწვავე ენცეფალოპათია და ღვიძლის უკმარისობა) განვითარების მაღალი რისკის გამო, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა, მაგალითად, როგორცაა კავასაკის დაავადება. ასპირინი და მისი შემცველი პრეპარატები ასევე უკუნაჩვენებია ძუძუთი კვების დროს (36). საჭიროებისას გამოიყენება პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი.

კორტიკოსტეროიდების გამოყენება - კორტიკოსტეროიდები არ უნდა იქნას გამოყენებული რუტინულად, მაგრამ მისი დაბალი დოზები შესაძლოა დაინიშნოს სეპტიური შოკის დროს, პაციენტებში ვაზოპრესორების საჭიროებისას და თირკმელზედა ჯირკვლის შესაძლო უკმარისობის დროს.

გამოცდილება აჩვენებს, რომ კორტიკოსტეროიდების ხანგრძლივი გამოყენება მაღალი დოზებით აუარესებს გრიპის მიმდინარეობას პაციენტებში, მათ შორის ოპორტუნისტული ინფექციების განვითარების რისკის თვალსაზრისით.

რიბავირინით მკურნალობა

კლინიკური რეკომენდაცია 8 - პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან მკაცრად საეჭვო შემთხვევის (შესაძლო, სავარაუდო) დროს, რიბავირინი არ უნდა დაინიშნოს მონოთერაპიის სახით. თუ რიბავირინი ინიშნება სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში, ეს უნდა მოხდეს პროსპექტულ კლინიკურ და ვირუსოლოგიურ მონაცემებზე დაყრდნობით.

კლინიკური რეკომენდაცია 9 – თუ პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან მკაცრად საეჭვო (შესაძლო, სავარაუდო) შემთხვევაში ორსულებში რიბავირინი სამკურნალოდ ან საპროფილაქტიკოდ არ უნდა დაინიშნოს.

ოქსიგენოთერაპია - პაციენტის მართვის პროცესში, შეძლებისდაგვარად, უნდა ჩატარდეს ჟანგბადით სატურაციის მონიტორინგი პულს-ოქსიმეტრის საშუალებით. ჰიპოქსემიის სიმძიმის მიხედვით მის მოსაწესრიგებლად გამოიყენება ოქსიგენოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდები (ცხვირის კანულა, სახის ნიღაბი, ნიღაბი რეზერვუარით, ინტუბაცია და დამხმარე ვენტილაცია).

მრდს, ასევე პანდემიური H1N1 გრიპის ყველა შესაძლო გართულების მკურნალობა ხორციელდება ქვეყანაში მოქმედი შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით.

გრიპით დაავადებულთა ბინაზე მკურნალობა

- ბინაზე მკურნალობის შემთხვევაში ავადმყოფი მაქსიმალურად იზოლირებული უნდა იყოს ოჯახის დანარჩენი წევრებისგან. ოჯახის წევრებმა უნდა დაიცვან რესპირაციული და ხველის ჰიგიენა, სტანდარტული, კონტაქტური, წვეთოვანი ინფექციებისათვის უსაფრთხოების წესები.

რეკომენდაციები სახლის პირობებში მოთავსებული 18 წლისა და მეტი ასაკის პირთათვის, რომელსაც შეუძლიათ თავის მოვლა და არა აქვთ თანმხლები დაავადებები:

- პარაცეტამოლი (მოზრდილებში და ბავშვებში), იბუპროფენი ან აცეტილსალიცილის მჟავა (მხოლოდ მოზრდილებში) მიაღების, ჰიპერთერმიის და ართრალგიის სამკურნალოდ.
- წოლითი რეჟიმი
- სითხეების მიღება
- არ შეიძლება მოწევა ან მწეველთა გარემოში ყოფნა
- დახმარებისთვის უნდა მიმართოს ექიმს, თუ აღენიშნება:
 - სუნთქვის გახშირება
 - ახლად წარმოქმნილი პლევრული გენეზის გულმკერდის ტკივილი
 - ახლად წარმოქმნილი ჩირქიანი ნახველი
 - შეუჩერებელი ღებინება

ბავშვები, რომლებსაც არ აღენიშნებათ თანმხლები დაავადება და გრიპის მსუბუქი ფორმები აქვთ, შესაძლებელია მოთავსდნენ სახლში მშობლების ინფორმირებით გარკვეულ საკითხებზე:

- ჰიდრატაციის შენარჩუნება
- ცხელების მართვა (არ შეიძლება აცეტილსალიცილის მკვავის გამოყენება)
- ჩვილ ბავშვთა დედებს მიეცეთ რეკომენდაცია სასწრაფოდ მიაკითხონ საავადმყოფოს, თუკი ბავშვი ცუდად იღებს ან საერთოდ შეწყვეტს კვებას ან აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება
- ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები.

ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენება

ჯანდაცვის დაწესებულებებში პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის კონტროლი გულისხმობს:

- დაავადების პროფილაქტიკას ჯანდაცვის მუშაკებში,
- რესპირაციული და ხველის ჰიგიენის დაცვას,
- სტანდარტული, კონტაქტური, წვეთოვანი ინფექციებისათვის უსაფრთხოების წესების დაცვას,
- დაავადებული მნახველებისა და სამედიცინო პერსონალის კონტროლს.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის **დროს იდს-ს იყენებს:**

- პაციენტის უშუალოდ მომვლელი ყველა სამედიცინო მუშაკი;
- დამხმარე პერსონალი (დამლაგებლები და სხვა);
- ლაბორატორიის ყველა მუშაკი, რომლებსაც უხდებათ პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის მქონე პაციენტის ბიოლოგიურ მასალასთან მუშაობა;
- მნახველები და ოჯახის წევრები.

იდს მოიცავს:

- არასტერილური ხელთათმანები
- ნიღაბი *
- ხალათი
- დამცავი სათვალე და ქუდი (შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას სიტუაციაში, სადაც მაღალია რესპირაციული აეროზოლის წარმოქმნის საშიშროება)
- წყალგამტარი წინსაფარი, იქ სადაც არსებობს სისხლის, ქსოვილოვანი სითხის, ექსკრეტებისა და სეკრეტების გაშხეფების საშიშროება.

* სამედიცინო მუშაკის მიერ 95%-იანი ეფექტურობის მქონე ნიღბის გამოყენება ნაჩვენებია სპეციალური პროცედურების ჩატარების დროს, როგორცაა ენდოტრაქეული ინტუბაცია, რესპირაციული სითხის ამოქაჩვა, ინჰალაცია, როცა მაღალია ინფიცირებული აეროზოლური ნაწილაკების გამოყოფის რისკი.

8. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

გამოჯანმრთელებული პაციენტი რაიმე სპეციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს ან მეთვალყურეობას არ საჭიროებს.

რაიმე გართულებების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტს ჩაუტარდება შესაბამისი მკურნალობა გამოვლენილი სიმპტომების/სინდრომების ხასიათისა და სიმძიმის გათვალისწინებით პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმის გადაწყვეტილებით.

ბინაზე ჩატარებული მკურნალობის/პროფილაქტიკის ღონისძიებებს (მათ შორის ანტივირუსული პრეპარატებით), მათ შორის გრიპით დაავადებულთან კონტაქტის მქონე ჯგუფებში, მართავენ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმები. გვერდითი მოვლენების გამოვლენის შემთხვევაში სამედიცინო პერსონალის კლინიკურ გადაწყვეტილებას განსაზღვრავს ამ გამოვლენათა სიმძიმე და ხასიათი.

საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი ჯერ კიდევ ინფექციის წყაროს წარმოადგენს, ოჯახის წევრებს უტარდება სპეციალური სწავლება პირადი ჰიგიენის და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების შესრულების შესახებ (მაგ. ხელების დაბანა, ნიღბის გამოყენება და ა.შ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების, ექთნების მიერ.

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

დღეს ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორი პრეპარატების მნიშვნელოვანი პრობლემაა მათი შეზღუდული მოცულობით წარმოება მსოფლიოში და მაღალი ფასი.

მათემატიკური გათვლების მიხედვით პრეპარატები შესაძლოა გამოყენებულ იქნას პროფილაქტიკური მიზნებისათვის მხოლოდ პანდემიის დასაწყის სტადიებზე.

თუ ქვეყნებში არსებული პრეპარატის მარაგი არ აღმოჩნდება საკმარისი მოთხოვნილების სრულად დასაკმაყოფილებლად, ქვეყნების მიერ არჩეული იქნება პრიორიტეტული ჯგუფები პრეპარატის დასანიშნად სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომლებისათვის და კონსულტანტებისათვის ექსპოზიციის მაღალი რისკით ან ისეთი პირებისათვის, რომლებსაც აღნიშნებათ ქრონიკული დაავადებები (კარდიალური, რესპირატორული, და სხვა), ბავშვებისა და ორსულებისათვის.

10. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სავარაუდო შემთხვევის დიაგნოსტიკის და შემდგომ მისი მართვის თაობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების ხმარების წესების შესწავლას დაავადების პროფილაქტიკისათვის. აღნიშნული სწავლება უნდა ჩატარდეს პერიოდულად. პერიოდულობის სიხშირე უნდა განისაზღვროს პანდემიის მიმდინარეობის შესაბამისად.

11. გაიდლაინების გადასინჯვის და განახლების ვადა

სასურველია გაიდლაინი გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციით მოცემული ინფექციის შესახებ საჭიროებისამებრ.

12. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი შედგენილია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ასევე ამერიკის, ინგლისის და სხვა ქვეყნების ეროვნულ გაიდლაინებსა და საქართველოს გრიპის პანდემიისათვის მზადყოფნის ეროვნულ გეგმაზე დაფუძნებით.

მტკიცებულებათა დონეები და რეკომენდაციების ხარისხი

წინამდებარე გაიდლაინში გათვალისწინებულია მტკიცებულების სიძლიერის ხუთი დონე, რომელიც აღინიშნება რომაული ციფრებით I-დან V-მდე და რეკომენდაციის ოთხი ხარისხი, რომელიც აღინიშნება ლათინური ასოებით A-დან D-მდე.

დონე	მტკიცებულების სიძლიერის დონე (Muir Gray)	ხარისხი	რეკომენდაციის ხარისხი (Cook et al)
I	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	A	ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია
II	ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთი სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას	B	ეყრდნობა II დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია
III	კლინიკური კვლევა რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა – კონტროლის კვლევები	C	ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად
IV	არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული კვლევები	D	ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას საჭიროებს კონსულტაციას
Va	ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება		
Vb	კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა ანგარიში		

13. ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

14. გამოყენებული ლიტერატურა

1. *Maria Zampaglione* (April 29, 2009). "Press Release: A/H1N1 influenza like human illness in Mexico and the USA: OIE statement".
2. World Organisation for Animal Health. http://www.oie.int/eng/press/en_090427.htm. Retrieved on April 29, 2009.
3. "Influenza : Fact sheet". World Health Organization. March 2003. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/en/>. Retrieved on 2009-05-07.
4. Kilbourne ED (January 2006). "Influenza pandemics of the 20th century". *Emerging Infectious Diseases* **12** (1). <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/vol12no01/05-1254.htm>.
5. Myers, KP, Olsen, CW, Gray, GC. Cases of swine influenza in humans: a review of the literature. *Clin Infect Dis* 2007; 44:1084.
6. Smith, TF, Burgert, EO Jr, Dowdle, WR, et al. Isolation of swine influenza virus from autopsy lung tissue of man. *N Engl J Med* 1976; 294:708.
7. Zimmer, SM, Burke, DS. Historical perspective -- emergence of influenza A (H1N1) viruses. *N Engl J Med* 2009; .
8. United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance on antiviral recommendations for patients with novel influenza A (H1N1) virus infection and their close contacts. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/recommendations.htm> (Accessed on May 7, 2009).
9. Gaydos, JC, Hodder, RA, Top, FH Jr, et al. Swine influenza A at Fort Dix, New Jersey (January-February 1976). I. Case finding and clinical study of cases. *J Infect Dis* 1977; 136 Suppl:S356.
10. United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance for clinicians on the prevention and treatment of swine-origin influenza virus infection in young children. <http://www.cdc.gov/swineflu/childrentreatment.htm> (Accessed April 29, 2009).
11. United States Centers for Disease Control and Prevention. Pregnant women and novel influenza A (H1N1): Considerations for clinicians. http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinician_pregnant.htm (Accessed May 10, 2009).
12. Hospitalized patients with novel influenza A (H1N1) virus infection - California, April-May, 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009; 58:536.
13. Serum cross-reactive antibody response to a novel influenza A (H1N1) virus after vaccination with seasonal influenza vaccine. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009; 58:521.
14. World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009 - update 58, 6 July 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_07_06/en/index.html (Accessed July 14, 2009).
15. Ito, T, Couceiro, JN, Kelm, S, et al. Molecular basis for the generation in pigs of influenza A viruses with pandemic potential. *J Virol* 1998; 72:7367.
16. World Health Organization. Pandemic Influenza Preparedness and Response. Guidance document, April 2009.
17. Pandemic flu: clinical management of patients with an influenza-like illness during an influenza pandemic Provisional guidelines from the British Infection Society, British Thoracic Society, and Health Protection Agency in collaboration with the Department of Health Thorax 2007;62(Suppl I):i1-i13. doi: 10.1136/thx.2006.073080

18. Shinde, V, Bridges, CB, Uyeki, TM, et al. Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005-2009. *N Engl J Med* 2009;
19. United States Centers for Disease Control and Prevention. Novel H1N1 Flu Situation Update. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/update.htm> (Accessed July 14, 2009).
20. Dawood, FS, Jain, S, Finelli, L, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med* 2009; 360:2605.
21. Belshe, RB. Implications of the emergence of a novel H1 influenza virus. *N Engl J Med* 2009;
22. World Health Organization. Swine flu illness in the United States and Mexico - update 2, 26 April 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_04_26/en/index.html (Accessed April 27, 2009).
23. Trifonov, V, Khiabani, H, Rabadan, R. Geographic dependence, surveillance, and origins of the 2009 influenza A (H1N1) virus. *N Engl J Med* 2009;
24. Garten, RJ, Davis, CT, Russell, CA, et al. Antigenic and genetic characteristics of swine-origin 2009 A(H1N1) influenza viruses circulating in humans. *Science* 2009;
25. Smith, GJ, Vijaykrishna, D, Bahl, J, et al. Origins and evolutionary genomics of the 2009 swine-origin H1N1 influenza A epidemic. *Nature* 2009; 459:1122.
26. Morens, DM, Taubenberger, JK, Fauci, AS. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *N Engl J Med* 2009; .
27. World Health Organization. Influenza-like illness in the United States and Mexico, 24 April 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html (Accessed April 27, 2009).
28. United States Centers for Disease Control and Prevention. Novel H1N1 Flu Situation Update. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/update.htm> (Accessed July 14, 2009).
29. Center for Infectious Disease Research and Policy. CDC: H1N1 spreads about as readily as seasonal flu, May 20, 2009. <http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/influenza/swineflu/news/may2009attack.html> (Accessed May 21, 2009).
30. United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance on specimen collection, processing, and testing for patients with suspected swine-origin influenza A (H1N1) virus infection. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/specimencollection.htm> (Accessed May 12, 2009).
31. Wang, TT, Palese, P. Unraveling the mystery of swine influenza virus. *Cell* 2009; 137:983.
32. Olsen, CW. The emergence of novel swine influenza viruses in North America. *Virus Res* 2002; 85:199.
33. Vincent, AL, Ma, W, Lager, KM, et al. Swine influenza viruses a North American perspective. *Adv Virus Res* 2008; 72:127.
34. World Health Organization. Human infection with new influenza A (H1N1) virus: Mexico, update, March-May 2009. *Weekly epidemiological record* 2009; 84:213. <http://www.who.int/wer/2009/wer8423.pdf> (Accessed June 9, 2009).
35. World Health Organization. Human infection with new influenza A (H1N1) virus: clinical observations from Mexico and other affected countries, May 2009. *Weekly epidemiological record* 2009; 84:185. <http://www.who.int/wer/2009/wer8421.pdf> (Accessed May 28, 2009).

36. Summary of prescribing guidance for the treatment and prophylaxis of influenza-like illness: CONTAINMENT PHASE; v 1.5 Published 7 July 2009
www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_077276
37. Harrison's Manual of Medicine 15 th edition, Eugene Braunwald, Anthony S. fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, dan L. Longo, J. Larry Jameson).
38. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults; **CID 2007:44 (Suppl 2)**
39. მწვავე პნევმონია მოზრდილებში – ეროვნული გაიდლაინი და პროტოკოლი; <http://www.moh.gov.ge/page.php?141>
40. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses **Publication date:** 20 August 2009 - http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html
41. Intensive-Care Patients With Severe Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection — Michigan, June 2009, *MMWR Dispatch*, Vol. 58 / July 10, 2009
42. გრიპის A (H1N1) ახალი ქვეტიპი - http://www.ncdc.ge/W3/Page1_ge.htm

15. ავტორები:

➤ ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

- თენგიზ ცერცვაძე - სს ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის გენერალური დირექტორი, ივ. ჯავახიშვილის სახ. სახელმწიფო უნივერსიტეტი, სრული პროფესორი
- თეა კაკაბაძე - მმკ, სს ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის ექიმი-ინფექციონისტი

ექსპერტიზა:

- ⇒ ანა ლალიძე - სს ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრის რეანიმაციის განყოფილების გამგე. მმდ;
- ⇒ ივანე ჩხაიძე - საქართველოს რესპირაციული ასოციაციის პრეზიდენტი. მმდ, პროფესორი;
- ⇒ შოთა ცანავა - სსიპ დაავადებათა კონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრის დირექტორის მოადგილე;
- ⇒ ირინა ქაროსანიძე _ საქართველოს საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე;
- ⇒ გურამ კვიციანიძე - საქართველოს ოჯახის ექიმთა ასოციაციის თავმჯდომარე;
- ⇒ თეა თავიდაშვილი - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი;

⇒ ლელა წოწორია - საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ჯანმრთელობის დაცვის დეპარტამენტი.

1. რესპირაციული/ხველის ჰიგიენა

დაწესებულებებში უნდა გამოიფინოს პაციენტებისა და მათი თანმხლები პირებისათვის ვიზუალური პოსტერები, რომელიც შეიცავს შემდეგ ინფორმაციას:

- დაიფარეთ პირი და ცხვირი ხველის ან ცემინების დროს;
- თუკი ხელთ არ გაქვთ ცხვირსახოცი, დაახველეთ ან დააცემინეთ არა ხელებში, არამედ ტანსაცმლის სახელოში;
- ნახმარი ცხვირსახოცი გადაადგეთ;
- ხველის ან ცემინების შემდეგ ხელები დაიბანეთ საპნითა და წყლით ან გაიწმინდეთ სპირტის შემცველი საწმენდით;
- გთხოვთ ატაროთ ქირურგიული ნიღაბი ან დოლბანდი სხვა პაციენტების დაცვის მიზნით.

დაწესებულებებში გამართულ მდგომარეობაში უნდა იყოს ხელსაბანი მოწყობილობები საპნითა და ხელის გასაწმენდი სპირტის შემცველი ხელსაწმენდებით;

დაავადებული პაციენტი სულ მცირე 1 მეტრის მანძილით უნდა იქნას დაშორებული არაინფიცირებული პირისაგან.

2. უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები

უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები ეხება ყველა პაციენტს, რომელიც სტაციონარულ მკურნალობას ექვემდებარება. ის მოიცავს უსაფრთხოების ზომების დაცვას სისხლის, ყველა ქსოვილოვანი სითხის, სეკრეტისა და გამონაყოფის მიმართ, გარდა ოფლისა, მიუხედავად იმისა, შეიცავენ თუ არა ისინი თვალისათვის ხილულ სისხლს არაინტაქტური კანსა და ლორწოვან გარსებზე.

სტანდარტული უსაფრთხოება უზრუნველყოფს ჰოსპიტალში მიკროორგანიზმების გადაცემის შემცირებას ინფექციის წყაროს როგორც დადასტურებულ, ასევე საეჭვო შემთხვევაში.

უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები გულისხმობს ქვემოთ ჩამოთვლილ ღონისძიებებს:

1. ხელის დაბანა;
2. ხელთათმანების გამოყენება;
3. ნიღბის გამოყენება, თვალისა და სახის დაცვა;
4. ხალათის გამოყენება;
5. პაციენტის მოსავლელი საგნების მიმართ უსაფრთხოების დაცვა;
6. გარემოს კონტროლი;
7. თეთრეულის მიმართ უსაფრთხოების დაცვა;
8. სისხლის გზით გადამდები ინფექციების პროფილაქტიკა.

3. უსაფრთხოების ზომები წვეთოვანი ინფექციების დროს

უსაფრთხოების ეს ზომები გამოიყენება წვეთოვანი გზით გადამდები ინფექციებისათვის, როცა ტრანსმისია ხდება კონიუნქტივისა და ცხვირისა და პირის ლორწოვანზე დიდი ზომის წვეთებით (დიამეტრით >5 მკმ), რომელიც შეიცავს მიკროორგანიზმებს დაავადებული ან ინფექციის მატარებელი ადამიანისაგან. წვეთები წარმოიქმნება ხველის, ცემინების, საუბრის ან ზოგიერთი პროცედურის ჩატარების დროს, როგორცაა ბრონქოსკოპია ან სეკრეტის ამოქაჩვა. დიდი ზომის ნაწილაკების ტრანსმისია საჭიროებს კონტაქტს 1 მეტრზე ახლო

მანძილზე. ვინაიდან ეს ნაწილაკები არ რჩება ჰაერში, უსაფრთხოების ზომები არ გულისხმობს ჰაერის ვენტილაციას.

უსაფრთხოების ზომები წვეთოვანი ინფექციების დროს გულისხმობს:

1. პაციენტის მოთავსება ცალკე ოთახში ან იმ პაციენტებთან ერთად, რომლებსაც აქვთ იმავე მიკროორგანიზმით გამოწვეული ინფექცია. თუკი ასეთი დაჯგუფება არ ხერხდება, დაავადებულსა და სხვა პაციენტებს შორის მანძილი უნდა იყოს სულ მცირე 1 მეტრი. სპეციალური ჰაერის სავენტილაციო მოწყობილობების გამოყენება არ არის აუცილებელი. კარი შესაძლოა იყოს ღია.
2. ქირურგიული ნიღბის გამოყენება პაციენტისაგან მაქსიმუმ 1 მეტრის მანძილზე.
3. პაციენტის ტრანსპორტირების, გადაყვანის შეზღუდვა ერთი ადგილიდან მეორეზე. ტრანსპორტირებისას მისი აღჭურვა ნიღბით.

4. კონტაქტური უსაფრთხოების ზომები

უსაფრთხოების სტანდარტული ზომების გარდა, კონტაქტური უსაფრთხოების ზომები გამოიყენება, როდესაც პაციენტი ავადაა ან საეჭვოა ეპიდემიოლოგიურად მნიშვნელოვან ისეთ პათოგენზე, რომელიც შესაძლოა გავრცელდეს პაციენტთან პირდაპირი ან არაპირდაპირი კონტაქტით (გარშემომყოფ ზედაპირებთან, პაციენტის მოვლის საგნებთან და სხვა).

1. პაციენტი უნდა მოთავსდეს ცალკე ოთახში. თუკი ეს შეუძლებელია, იმ პაციენტებთან ერთად, რომელსაც აქვს იმავე მიკროორგანიზმით გამოწვეული ინფექცია. თუკი ასეთი დაჯგუფება შეუძლებელია, გათვალისწინებულ უნდა იყოს მიკროორგანიზმის ეპიდემიოლოგიური თავისებურებები პაციენტის მოთავსების დროს.
2. გამოყენებულ უნდა იქნას ხელთათმანები (სუფთა, არასტერილური) პალატაში შესვლის წინ. ინფიცირებულ მასალასთან კონტაქტის შემდეგ საჭიროა ხელთათმანების გამოცვლა, რადგან ის შესაძლოა შეიცავდეს მიკროორგანიზმებს მაღალი კონცენტრაციით (განავალი, ჭრილობა და სხვა). ხელთათმანების გახდა საჭიროა პაციენტის ოთახიდან გამოსვლის წინ და ხელების დაბანა ანტიმიკრობული სითხით ან უწყლო ანტისეპტიკით.
3. უსაფრთხოების სტანდარტული წესების გათვალისწინების გარდა, ხალათის (სუფთა, არასტერილური) გამოყენება საჭიროა პაციენტის ოთახში შესვლისას თუკი მოსალოდნელია სამედიცინო პერსონალის კონტაქტი პაციენტებთან ან გარშემომყოფ საგნებთან ოთახში ან თუკი პაციენტს აღენიშნება შეუკავებლობა, დიარეა, ილეოსტომია, კოლოსტომია, დრენირებადი ჭრილობა, რომელიც არ არის შეხვეული. პაციენტის ოთახიდან გამოსვლამდე ხალათის გახდის შემდეგ უნდა შემოწმდეს, რომ ტანსაცმელი არ არის დასვრილი პოტენციურად დაინფიცირებული მასალით.
4. უნდა შეიზღუდოს პაციენტის ტრანსპორტირება/გამოყვანა ოთახიდან. ტრანსპორტირების აუცილებლობისას უნდა იქნას უზრუნველყოფილი უსაფრთხოება, რათა არ მოხდეს მიკროორგანიზმების ტრანსმისია სხვა პაციენტებზე ან გარშემომყოფ საგნებზე.
5. შეძლებისდაგვარად უნდა იქნას გამოყენებული ერთჯერადი მოვლის საშუალებები, მაგრამ თუკი ეს შეუძლებელია, გამოყენებული საგნები/მოწყობილობები უნდა დამუშავდეს ადექვატურად მათი სხვა პაციენტებთან გამოყენების წინ.