

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასებისა და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2012 წლის 6 ივლისის №1 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2012 წლის 22 აგვისტოს № 01-249/ო ბრძანებით

ორსულების, მელოგინეებისა და ახალშობილების მართვა ახალი H1N1 2009 პანდემიური გრიპის საეჭვო და დადასტურებულ შემთხვევებში

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია
(გაიდლაინი)

შინაარსი

შეჯამება	4
1 დაავადების დეფინიცია	4
2 დაავადების სინონიმები	5
3 დაავადების კლასიფიკაცია	5
4 კლინიკური ეპიდემიოლოგია	5
5 კლინიკური სიმპტომატიკა	6
6 დაავადების დიაგნოზი	7
7 ორსულის შეფასება და მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე	7
7.1 სიმპტომური მკურნალობა	7
7.2 ანტივირუსული მკურნალობა	8
7.3 ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია	9
7.4 ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები	9
7.5 ვაქცინაცია	10
8 რეკომენდაციები მეორადი დახმარებისათვის	10
8.1 ორსულის შეფასება და მართვა ჰოსპიტალში	10
8.2 ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება ჰოსპიტალიზებულ ორსულსა და მელოგინებში	11
8.3 ანტენატალური კორტიკოსტეროიდები	11
8.4 მშობიარობის გადაწყვეტილების მიღება	12
8.5 პოტენციური გართულებები	13
8.6 მშობიარობის შემდგომი მართვა	13
8.7 ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია ჰოსპიტალიზებულ ორსულებში	14
8.8 ორსულის კრიტიკული მოვლის განყოფილებაში გადაყვანა	15
9 გრიპით და ინფიცირებული დედების ახალშობილთა მოვლა	16
9.1 ახალი H1N1 პანდემიური გრიპი ახალშობილებში	16
9.2 დედებისა და მათი ახალშობილების მოვლის თავისებურებანი სამშობიარო სახლში	16
9.3 კრიტერიუმები ახალშობილთა რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის:	18
9.4 ახალშობილთა მკურნალობა	19
10 პრაქტიკაში ადაპტაციისა და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები 19	
10.1 აუდიტის კრიტერიუმები	20
11 გაიდლაინების გადასინჯვის და განახლების ვადა	20
12 გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო	20
13 ალტერნატიული გაიდლაინი	21
14 ავტორები	21
15 დანართი 1. ორსულთა ვაქცინაციის ალგორითმი	22
16. გამოყენებული ლიტერატურა	23

წინამდებარე გაიდლაინი მომზადდა ფრინველის გრიპის კონტროლის და პანდემიისადმი მზადყოფნისა და რეაგირების პროექტის (საერთაშორისო განვითარების ასოციაცია) (IDA) სესხის ნომერი: 4179-GE (საერთაშორისო განვითარების ასოციაციის გრანტების ნომერი: H228-GE და TF057342; იაპონური გრანტის ნომერი: TF056631) ფინანსური მხარდაჭერით. გაიდლაინში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან.

შესავალი

მოცემული კლინიკური რეკომენდაციის „ორსულების, მელოგინეებისა და ახალშობილების მართვა ახალი H1N1 2009 პანდემიური გრიპის საეჭვო და დადასტურებულ შემთხვევებში“ მიზანს წარმოადგენს უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება ექიმი-ინფექციონისტების, მეან-გინეკოლოგების, ოჯახის ექიმების, თერაპევტების, პედიატრების, ნეონატოლოგების, გადაუდებელი დახმარების ექიმების და ექთნებისთვის.

კლინიკური რეკომენდაცია განიხილავს ორსულებში, მელოგინეებისა და ახალშობილებში ახალი H1N1 2009 პანდემიური გრიპის კლინიკურ გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკა-მკურნალობასა და მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ასევე დაავადების თავიდან აცილების ღონისძიებებს.

გაიდლაინი კავშირშია და აზუსტებს ორსულები, მელოგინეებისა და ახალშობილებისთვის „H1N1 პანდემიური გრიპის მართვის“ ეროვნული გაიდლაინის რეკომენდაციებს (2011წ). ასევე, გაიდლაინი განიხილავს ახალი H1N1 პანდემიური გრიპით დაინფიცირებული დედების დროული ჯანმრთელი ახალშობილთა მოვლის ძირითად პრინციპებს სამშობიარო ბლოკში და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, რათა მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი ვირუსული ინფექციის ტრანსმისიის რისკი ინფიცირებული დედიდან ახალშობილზე. შესაბამისად მოცემულ დოკუმენტში არ შევეხებით მძიმე ახალშობილთა მართვის საკითხებს.

შეჯამება

1. ახალი H1N1 2009 პანდემიური გრიპი როგორც ბავშვთა, ისე მოზრდილთა ასაკში უპირატესად მსუბუქი კლინიკური მიმდინარეობით ხასიათდება;
2. ორსულ ქალებში ბაქტერიული და ვირუსული ინფექციათა კლინიკური მიმდინარეობა იდენტურია და მათი დიფერენციული დიაგნოსტიკა იოლი არ არის. საყურადღებოა, რომ მსგავსი სიმპტომები შეიძლება ზოგიერთი სამედიცინო გართულების (მაგ. ქორიოამნიონიტი) დროსაც გამოვლინდეს და, ამდენად, პაციენტის შეფასება და დიაგნოსტიკა განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა მოხდეს.
3. ორსულებში გართულებების მაღალი რისკის გათვალისწინებით, ახალი H1N1 2009 პანდემიური გრიპის საექვო სიმპტომებისა და ნიშნების გამოვლენისთანავე, დიაგნოზის დამადასტურებელი ტესტების შედეგების მიღებამდე, უნდა მოხდეს ანტივირუსული თერაპიის დაწყება.
4. დაუყოვნებლივ განხილულ უნდა იქნეს ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყების საკითხი შემდეგ შემთხვევებში: სასუნთქი სისტემის ბაქტერიული ინფექციის ნიშნები, უშედეგო ანტივირუსული თერაპია, დადასტურებული დიაგნოზი და ახალი H1N1 2009 პანდემიური გრიპის მძიმე ფორმა;
5. არ არის აღწერილი დედიდან ნაყოფზე ახალი H1N1 პანდემიური გრიპის ვირუსის ტრანსპლაცენტარული გადაცემის არცერთი შემთხვევა. ასევე არ არსებობს ზუსტი ინფორმაცია ახალი H1N1 პანდემიური გრიპის ვირუსის ტრანსმისიისა და ინფიცირებული დედიდან ახალშობილზე. თუ ახალშობილის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება მოხდა დედის ტემპერატურის ნორმალიზებიდან შვიდი დღის განმავლობაში, სავარაუდოა ახალშობილის ვირუსით ინფიცირება.
6. ნეონატალურ ასაკში ნაკლები სიხშირით გვხვდება გრიპის კლასიკური კლინიკური ნიშნები ცხელების, ზემო სასუნთქი გზების კატარის, ხველების სახით¹; შესაბამისად ახალშობილზე მუდმივად უნდა წარმოებდეს მეთვალყურეობა, რათა დროულად განხორციელდეს პაციენტის რეფერალი შესაბამის კლინიკაში შემდგომი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით;
7. ახალშობილებში ინფიცირებაზე საექვო და/ან დადასტურების შემთხვევებში, მძიმე კლინიკური სტატუსის ფონზე, დაუყოვნებლივ უნდა დაწყებული იქნას ანტივირუსული მკურნალობა. ანტივირუსული პრეპარატებიდან გამოიყენება ოსელტამივირის ორალური სუსპენზიის ფორმა.

1 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 (**Error! Reference source not found., Error! Reference source not found.**).

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.

3 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.

4 კლინიკური ეპიდემიოლოგია

2005-2009 წწ ღორის გრიპის ვირუსით ადამიანის ინფიცირების 12 შემთხვევა იქნა აღწერილი აშშ-ში ლეტალური გამოსავლის გარეშე².

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 მექსიკაში³.

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.

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპით დაინფიცირების ალბათობაზე ასაკი განსაკუთრებულ გავლენას ახდენს. მომატებული რისკის ქვეშ ახალგაზრდები იმყოფებიან და რისკი მცირდება 60 წლის ზევით. დადასტურებული (H1N1) 2009 გრიპით დაავადებულთა 60% იმყოფება 16-დან 64 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფში. მიუხედავად ამისა, ასაკთან ერთად იზრდება სიკვდილობა, რომ აღარაფერი ვთქვათ მცირე ასაკის ბავშვებზე, სადაც ეს მაჩვენებელი აგრეთვე მაღალია.

შესაძლებლობისთანავე ადრეულად, განსაკუთრებით კი სიმპტომების გამოვლენიდან პირველ 48 საათში, დაწყებული ანტივირუსული მკურნალობა ამცირებს სერიოზული ავადობის რისკს.

აღსანიშნავია, რომ სიმპტომების სიმძიმის მიუხედავად, აშშ-ს მონაცემებით პაციენტების მხოლოდ 1% მიმართავს საავადმყოფოს.

ორსულები, მათ ორგანიზმში მიმდინარე ფიზიოლოგიური ცვლილებებიდან გამომდინარე, რესპირატორული გართულებების რისკის ქვეშ არიან, განსაკუთრებით II და III ტრიმესტრში⁴; გართულებების გამო ორსულების ჰოსპიტალიზაცია 4-ჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე არაორსული მოსახლეობისა⁴;

ორსულები წარმოადგენენ უმრავლესობას იმ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს შორის, რომელთაც ესაჭიროებათ განსაკუთრებული ყურადღება ან ინტენსიური თერაპია/რეანიმაცია. აშშ-ს⁵, კანადისა⁶ და ავსტრალიის⁷ მონაცემებით, ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მოთავსებულთა 7%-9%-ს ორსულები შეადგენს. ჰოსპიტალიზებული პაციენტების უმეტესობას (80%) მომართვამდე არ უმკურნალია ანტივირუსული პრეპარატებით. ჰოსპიტალიზებულ ქალთა მხოლოდ 24%-ს ჰქონდა დაწყებული ანტივირუსული მკურნალობა სიმპტომების განვითარებიდან 48 საათის განმავლობაში;

გაცილებით ცუდია გამოსავალი პაციენტებში თანმხლები დაავადებით. საავადმყოფოში მოხვედრისა და სიკვდილობის რისკზე ძლიერ გავლენას ახდენს თანმხლები დაავადება.

ჰოსპიტალიზებულ სრულწლოვანთა შორის ფატალური გართულებების რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენს ფილტვების ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადება, დიაბეტი და გულის დაავადებები. მსგავსი თანმხლები დაავადებებია ნანახი ორსულებში მძიმე გართულებებით⁸;

აშშ-ში ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა 40%-ს აღენიშნებოდა გრიპთან ასოცირებული პნევმონია, რაც რენტგენოლოგიურად დადასტურებული იქნა ორმხრივად არსებული ინფილტრაციული კერების არსებობით⁵.

ახალ ზელანდიასა და ავსტრალიაში ინტენსიური თერაპიის პალატაში მოხვედრილ, H1N1 2009 პანდემიური გრიპით დაავადებულ პაციენტთა შორის, 49%-ს აღენიშნებოდა ვირუსული პნევმონიტი ან მწვავე რესპირატორულ-დისტრეს სინდრომი და 20%-ს მეორადი ბაქტერიული პნევმონია⁹;

აშშ-ში შესრულებულ ერთ კვლევაში სიკვდილის შემდგომი მასალების შესწავლისას შემთხვევათა 29%-ში¹⁰ იდენტიფიცირებულია თანმხლები ბაქტერიული პათოგენები: *Streptococcus pneumoniae*, *S. pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *S. mitis* and *Haemophilus influenzae*. ყველა მათგანთან კლინიცისტის მიერ ეჭვი არ იქნა მიტანილი ბაქტერიულ პნევმონიაზე; გრიპთან ასოცირებული პნევმონია სიმძიმის ხარისხის შეფასება კვლავ კლინიკური მსჯელობის საგნად რჩება. დღესდღეობით არაა მოწოდებული მისი სპეციფიური პროგნოზული მარკერი;

2009 წელს საქართველოში დაფიქსირდა დედათა გარდაცვალების 33 შემთხვევა, რომელთაგანაც 5 გამოწვეულ იქნა გრიპით, 2 - მელოგინეტა სეფსისით, 3 - სამეანო ემბოლიითა და 9 - სიკვდილი დაუზუსტებელი მიზეზით⁴⁷.

5 კლინიკური სიმპტომატიკა

H1N1 2009 პანდემიური გრიპის პირველი ტალღის დროს, დიდი ბრიტანეთის მონაცემებით, უმეტეს შემთხვევაში მსუბუქი კლინიკური მიმდინარეობით ხასიათდებოდა. პაციენტთა 50%-ს აღენიშნა გამოჯანმრთელება კლინიკური სიმპტომების გამოვლენიდან 7 დღის განმავლობაში, 25%-ს კი -10 დღეში **Error! Bookmark not defined.** ძირითად კლინიკურ სიმპტომო კომპლექსს წარმოადგენდა: ცხელება, სისუსტე, მშრალი ხველა, ყელისა და თავის ტკივილი.

ჰოსპიტალიზებულ ბავშვებსა და მოზრდილებში ხშირი იყო გამოვლინებები გასტროინტესტინური ტრაქტის დისფუნქციის სახით, კერძოდ გულისრევა, ღებინება, ფაღარათი, ტკივილი მუცლის არეში;

H1N1 2009 პანდემიური გრიპის ხშირი გართულებაა მიოკარდიტი, ასოცირებული ტაქიკარდიასთან. გრიპთან ასოცირებული მიოკარდიტი ძირითადად სასიკეთო გამოსავლით ხასიათდება;

სეზონური გრიპის მსგავსად, შესაძლებელია კლინიკური მანიფესტაცია ც.ნ.ს.-ის სხვადასხვა დარღვევების სახით, როგორცაა გულყრა, ენცეფალიტი ცნობიერების დარღვევით²⁸. იზოლირებული ნევროლოგიური სიმპტომების მქონე პაციენტთა პროგნოზი ძირითადად კეთილსაიმედოა, თუკი მათ არ დასჭირდეთ ინტენსიური თერაპია;

კლინიცისტმა უნდა გაითვალისწინოს, რომ ორსულ ქალებში მაღალია სხვა თანმხლები ბაქტერიული გენეზის ინფექციის ალბათობა. მძიმედ მიმდინარე სიცოცხლისათვის საშიში დაავადებების, როგორცაა მენინგიტი, ენცეფალიტი და ბაქტერიემია კლინიკური მანიფესტაცია უმეტესად გრიპის ვირუსის სიმპტომების იდენტურია;

6 დაავადების დიაგნოზი

იხილეთ პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი კლინიკური მართვის ნაციონალური რეკომენდაცია (გაიდლაინი), 2011.

7 ორსულის შეფასება და მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე

7.1 სიმპტომური მკურნალობა

ორსულებში კლინიკურად დადასტურებული გაურთულებელი გრიპოზული ინფექცია ძირითადად სრულდება სრული გამოჯანმრთელებით. ადეკვატური და დროული ეტიოპათოგენური მკურნალობა, ორსულთა სრული ინფორმირება დაავადების მიმდინარეობის შესახებ და შესაბამისი კონსულტაცია ზრდის კეთილსაიმედო გამოსავლის ალბათობას;

მსუბუქი ცხელება, სურდო და ახლად აღმოცენებული ხველა – სასუნთქი სისტემის ვირუსული ინფექციის ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა და მათი არსებობისას ორსულთა უმეტესი ნაწილი შეიძლება იმართოს ბინაზე სითხეების მიღებითა და სიცხის დამწვევი საშუალების /პარაცეტამოლით/ გამოყენების ფონზე. ორსულებში ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული საშუალებების გამოყენება მიზანშეწონილი არ არის;

არ უნდა იქნას გამოყენებული საცალო გაყიდვაში არსებული ხველისა და გაციების საწინააღმდეგო მედიკამენტები, მათში პარაცეტამოლისა და იბუპროფენის მაღალი დოზირების გამო;

რეკომენდაციები:

რევ. 1	მსუბუქი ცხელების, სურდოს, ახლად აღმოცენებული ხველის შემთხვევაში, რასაც ექიმი სასუნთქი სისტემის ვირუსული ინფექციის გამოვლინებად ჩათვლის ორსულებში დასაშვებია მდგომარეობის მართვა ბინაზე სიმპტომური საშუალებებით.
რევ. 2	ორსულებში სასუნთქი სისტემის ვირუსული ინფექციის მართვისას არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტების გამოყენება რეკომენდებული არ არის.
რევ. 3	სასუნთქი სისტემის ვირუსული ინფექციის გამო პირველადი ჯანდაცვის ქსელში პირველივე მიმართვისას ექიმმა ამომწურავი ინფორმაცია უნდა მიაწოდოს ორსულს დაავადების ბუნებისა და შესაძლო გართულებების შესახებ და გააფრთხილოს, რომ დაუყოვნებლივ მიმართოს სამედიცინო დაწესებულებას სიმპტომების პროგრესირების შემთხვევაში.

7.2 ანტივირუსული მკურნალობა

დროულად-დაავადების კლინიკური სიმპტომების დაწყებიდან პირველი 48 საათის განმავლობაში/ და ადეკვატურად ჩატარებული ანტივირუსული მკურნალობა სეზონური A გრიპით დაინფიცირებული პაციენტისათვის მაღალეფექტურია. თუმცა ბოლო მონაცემებით ანტივირუსული თერაპია შედარებით ეფექტურია დაავადების სიმპტომების დაწყებიდან 48 საათის შემდეგაც⁵, თითქმის 7 დღემდე;

ნეირამინიდაზის ინჰიბიტორები: ოსელტამივირი და ზანამივირი, ორივე აქტიურად გამოიყენება ახალი პანდემიური H1N1 2009 გრიპის სამკურნალოდ. სასუნთქი გზების ინფექციის დროს ეფექტურია ზანამივირის ინჰალაციის გზით მიღება, მაგრამ ვერ აღწევს ეფექტურ სისტემურ დონეს. დღეისათვის ოსელტამივირისადმი რეზისტენტობა იშვიათია, რეზისტენტული ვირუსის შემდგომი ტრანსმისიის არცერთი შემთხვევა არ არის დაფიქსირებული.

რეკომენდაციები:

რევ. 4	რეკომენდებულია გრიპით დაავადებულ ორსულთა ანტივირუსული პრეპარატებით მკურნალობის ადრეული დაწყება;
რევ. 5	გრიპით დაავადებულ ორსულებში, რომლებსაც სისტემური დაავადების ნიშნები არ აღენიშნებათ, რეკომენდირებულია მკურნალობა ზანამივირით (რელენზა) ან ოსელტამივირით (ტამიფლუ). ზანამივირი წარმოადგენს ორსულებში პირველი რიგის არჩევის მედიკამენტს, თუმცა გამოყენებულ შეიძლება იქნეს ორივე პრეპარატი.
რევ. 6	პაციენტებში ბრონქული ასთმით ან ფილტვების სხვა ქრონიკული პათოლოგიით, მიზანშეწონილია ოსელტამივირი გამოყენება;
რევ. 7	ჰოსპიტალიზებულ ორსულებში გრიპის ფონზე აღმოცენებული მძიმე სისტემური გართულებებით რეკომენდებულია ოსელტამივირის გამოყენება.

7.3 ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია

რეკომენდაციები:

რევ. 8	გართულებულ შემთხვევებში ორსულებში ანტიბიოტიკოთერაპიის დანიშნვა რეკომენდებული არ არის.
რევ. 9	ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია ნაჩვენებია ორსულებში გრიპის სიმპტომებით, რომლებსაც შემდეგი გართულებები უვითარდებათ: ქვემო სასუნთქი გზების ინფექცია, მწვავე ჩირქოვანი ტონზილიტი, ლიმფადენოპათია და ჩირქოვანი ოტიტი.
რევ. 10	პენიცილინის ჯგუფის პრეპარატებზე ალერგიის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ამოქსიცილინ/კლავულანატი ან კლარიტრომიცინის გამოყენება;
რევ. 11	პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპიის ხანგრძლივობა შეადგენს 5-დღეს. ეს კურსი საკმარისია იმ პაციენტთა დიდი ნაწილისათვის, რომელთაც მკურნალობა დაეწყოთ ბინაზე. ამავდროულად, პაციენტი გაფრთხილებული უნდა იყოს, კლინიკური ნიშნების გახანგრძლივების ან გაუარესების შემთხვევაში, დროულად მიმართოს სტაციონარს;
რევ. 12	პაციენტებთან, თანმხლები დაავადებით (როგორცაა ქრონიკული ფილტვების, გულის, თირკმელების, ღვიძლისა ან ნერვ-კუნთოვანი სისტემის დაავადებები, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა), ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება რეკომენდებულია გრიპისმაგვარი დაავადების სიმპტომოკომპლექსის მანიფესტაციისთანავე ^{11,12,13} ;
რევ. 13	თუ ანტივირუსული თერაპიის დაწყების მიუხედავად მდგომარეობა არ უმჯობესდება, საჭიროა დამატებითი გამოკვლევების ორგანიზება ბაქტერიული პნევმონიის გამორიცხვის მიზნით.

7.4 ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმები

პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას კლინიცისტს ყოველთვის უნდა ახსოვდეს ისეთი სამეანო გართულებების არსებობა, რომელთა ატიპური მიმდინარეობა ძალიან წააგავს გრიპის სიმტომებს. აგ.

- ტაქიკარდია და ტაქიპნოე –ფილტვის არტერიის ემბოლიის დროს;
- ტკივილები ეპიგასტრიუმში, თავის ტკივილი და არტერიული წნევის მომატება – პრეეკლამპსიის ან პლაცენტის აცლის შემთხვევაში.

ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილ შემთხვევებში ნაჩვენებია ორსულის სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია. თუმცა უნდა აღინიშნოს, რომ წინამდებარე გაიდლაინი არანაირად არ ჩაანაცვლებს გამოცდილი ექიმის გადაწყვეტილებას, გაგზავნოს სტაციონარში დაავადებული ორსული შემდგომი შეფასებისა და მართვისათვის;

რევ. 14	<p>ორსულებში გრიპისმაგვარი სიმპტომებით აუცილებელია სასწრაფო ჰოსპიტალიზაცია, თუ სახეზეა ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი:</p> <p>ა. რესპირატორული დისტრესის ნიშნები (სუნთქვის გაძნელება, ტაქიპნოე);</p> <p>ბ. ჟანგბადით სატურაციის მაჩვენებელი $\leq 94\%$-ზე¹⁴;</p> <p>გ. დეჰიდრატაცია ან შოკი;</p> <p>დ. სეფსისის რომელიმე ნიშანი;</p>
---------	---

	ე. ცნობიერების გაუარესება; ვ. კრუნჩხვები.
რევ. 15	ყველა ორსული გრიპთან ასოცირებული ფილტვების ანთების კლინიკური დიაგნოზით ექვემდებარება ჰოსპიტალიზაციას;

7.5 ვაქცინაცია

2010 წლის მაისის თვიდან ხელმისაწვდომი გახდა ახალი H1N1 პანდემიური გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია. ორსულები უპირველეს ყოვლისა უნდა იყვნენ აცრილები გრიპის შემდგომი გართულებებისა და სიკვდილობის შემცირების მიზნით^{15,16}. ამერიკის დაავადებათა მართვის ეროვნული ცენტრის მიერ გამოყოფილი იყო პაციენტების 5 მნიშვნელოვანი ჯგუფი. მათ შორის, უპირველესია სწორედ ორსულები და მედ-პესონალი, რომელთაც აქვთ ინფიცირების მაღალი რისკი ახალი H1N1 პანდემიური გრიპით დაავადებულ პაციენტებთან კონტაქტის გამო¹⁷.

რევ. 16	ახალი H1N1 პანდემიური გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩატარება უკუნაჩვენებია 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში, შესაბამისად, მნიშვნელოვანია ვაქცინაცია ჩაუტარდეს იმ პირებს, რომლებიც ამ ასაკობრივი ჯგუფის ბავშვებთან ხშირ კონტაქტში იმყოფებიან;
რევ. 17	ორსულებისა და 24 თვემდე ასაკის ბავშვებში რეკომენდებულია მხოლოდ ე.წ. ინაქტივირებული გრიპის ვაქცინის გამოყენება; ცოცხალი დასუსტებული გრიპის შტამით ვაქცინაცია კატეგორიულად აკრძალულია ზემოხსენებულ პოპულაციაში.

ორსულთა ვაქცინაციის ალგორითმი იხ. დანართი 1-ში.

8 რეკომენდაციები მეორადი დახმარებისათვის

8.1 ორსულის შეფასება და მართვა ჰოსპიტალში

სასუნთქი სისტემის მხრივ გართულებებით ჰოსპიტალიზებული ორსულის მართვა წარმოებს ერთობლივად, **მეანისა და სპეციალისტთა** გუნდის მიერ. ორსულის ჰოსპიტალიზაცია უნდა მოხდეს იმ სტაციონარში, სადაც ორსულის მდგომარეობის მართვისთვის ყველა პირობა იქნება შექმნილი (მაგ. მართვითი სუნთქვის აპარატი, სამშობიარო ბლოკი და ა.შ). კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი ქალის შეფასებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული სხვა სამეანო პათოლოგიების (მაგ. მწვავე ქორიოამნიონიტი, A და B ჯგუფის სტრეპტოკოკული ინფექცია) არსებობა. ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის უნდა შემუშავდეს პირველადი შეფასების პროტოკოლი, რომლის მიხედვითაც გაადვილდება დამძიმებული პაციენტების იდენტიფიცირება;

დაბალი არტერიული წნევისა და თირკმლის ფუნქციის დარღვევის მქონე პაციენტათვის ინტრავენური სითხეების ბოლუსით შეყვანა საწყისი სამკურნალო ღონისძიებების რუტინული და ყველაზე მისაღები მეთოდია. თუმცა, არსებობს ადრეული მონაცემები, რომელიც სითხეების მასიური გადასხმის შედაგად ფილტვების სერიოზულ

დაზიანების მიუთითებს. პაციენტებში, რომელთა მდგომარეობა ადეკვატურ ინფუზიურ თერაპიას არ ემორჩილება, რეკომენდებულია ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია და ინოტროპული/ვაზოპრესორული მხარდაჭერის ადრეული დაწყება.

ეპიდემიოლოგიური კვლევები მოწმობს დედის გაუკონტროლებელი პირექსიის კავშირს ორსულობის შეწყვეტასთან¹⁸ და ნაყოფის განვითარების ანომალიასთან (ნერვული მილისა და გულის დეფექტები)¹⁹. დედის მაღალი ტემპერატურა მიჩნეულია ნაადრევი მშობიარობის რისკ ფაქტორად²⁰. განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება დედის პირექსიის კონტროლს პარაცეტამოლის რეგულარული და ეფექტური დოზებითა და სითხის მიღებით.

რეკომენდაციები:

რევ. 18	გრიპის გართულებების ჰოსპიტალიზებული ორსულის მდგომარეობის შეფასება უნდა მოხდეს მულტიპროფესიული გუნდის, მ.შ მეანის მიერ.
რევ. 19	ორსულის ჰოსპიტალიზაციის ტანავე უნდა მოხდეს სასიცოცხლო ფუნქციების შეფასება და შემუშავდეს მართვის გეგმა გამოვლენილი საჭიროებების შესაბამისად.
რევ. 20	აუცილებელია ორსულებში პირექსიის კონტროლი პარაცეტამოლის რეგულარული და ეფექტური დოზებითა და სითხის მიღებით.

8.2 ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება ჰოსპიტალიზებულ ორსულსა და მელოგინებში

რეკომენდაციები:

რევ. 21	რეკომენდებულია გრიპით დაავადებულ ორსულთა ანტივირუსული პრეპარატებით მკურნალობის ადრეული დაწყება;
რევ. 22	ორსულს მსუბუქი კლინიკური მიმდინარეობის გრიპით ეძლევა ზანამივირი (რელენზა) ან ოსელტამივირი (ტამიფლუ).
რევ. 23	პაციენტებში ბრონქული ასთმით ან ფილტვების სხვა ქრონიკული დაავადებებით, გამოყენებულ უნდა იყოს ოსელტამივირი;
რევ. 24	ორსულები, მძიმე კლინიკური მიმდინარეობის გრიპით რეკომენდებულია ანტივირუსული მკურნალობის დაწყება ოსელტამივირით ;
რევ. 25	კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ორსულებში ოსელტამივირი შესაძლოა გამოყენებულ იქნას მაღალი დოზებით: 150 მგ ორჯერ დღეში გახანგძლივებული კურსით კლინიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე.

ანტივირუსული პრეპარატის დოზის შერჩევითვის იხელმძღვანელებთ საქართველოში მიღებული H1N1 პანდემიური გრიპის მართვის“ ეროვნული გაიდლაინით.

8.3 ანტენატალური კორტიკოსტეროიდები

თანამედროვე მეანობის პრაქტიკაში მიღებულია კორტიკოსტეროიდების შეყვანა (24მგ დექსამეტაზონი 48 საათის განმავლობაში, ან ბეტამეტაზონი 12 მგ 24 საათის განმავლობაში) რ.დ.ს.-ის პროფილაქტიკის მიზნით მოსალოდნელი ნაადრევი

მშობიარობის საშიშროების ან ნაყოფისა და დედის ჩვენებით ნაადრევი მშობიარობის აღძვრის აუცილებლობის შემთხვევაში. კორტიკოსტეროიდების ერთჯერადი კურსის ეფექტი დედის იმუნურ სისტემაზე უცნობია, მაგრამ მტკიცებულებები არ გვიჩვენებს, რომ ის დედის დაზიანებისა და ინფექციის დამძიმებისათვის საკმარის იმუნო-სუპრესიას იწვევს²¹.

რადგანაც, ნაყოფის ფილტვების მომწიფების მიზნით კორტიკოსტეროიდების შეყვანა მნიშვნელოვანია, და მისგან მიღებული სასიკეთო შედეგი აღემატება რისკს, ეს მეთოდი რეკომენდებულია დღევანდელ პრაქტიკაში²². გარდა ამისა, არსებობს მტკიცებულებები, ნაყოფის ინტერესებიდან გამომდინარე, კორტიკოსტეროიდების განმეორებით (გადარჩენის) დოზების შესახებ¹⁴, თუმცა კვლევებმა აჩვენა, რომ ამან დედის თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა და ნაყოფისმხრივი გართულებები შეიძლება გამოიწვიოს²³. კორტიკოსტეროიდების განმეორებითი (გადარჩენის) დოზის გამოყენება არაა რეკომენდებული.

რეკომენდაციები:

რეკ. 26	ორსულობის 34 კვირამდე, ვირუსული გრიპის გამო შესაძლო ნაადრევი მშობიარობის რისკის გათვალისწინებით, რეკომენდებულია ანტენატალური კორტიკოსტეროიდები ახალშობილის რ.დ.ს. განვითარების პროფილაქტიკის მიზნით: 24მგ დექსამეტაზონი 48 საათის განმავლობაში, ან ბეტამეტაზონი 12 მგ 24 საათის განმავლობაში.
----------------	---

8.4 მშობიარობის გადაწყვეტილების მიღება

გრიპის სიმპტომების მქონე მშობირეთა უმეტესობას შეუძლია წარმატებით გადაიტანოს მშობიარობა ადეკვატური გაუტკივარებითა და ჰიდრაციით; როდესაც სიმპტომების მქონე ორსული შემოდის გრიპის გართულებებით, **სამეანო ანესთეზიის, ინტენსიური თერაპიის სპეციალისტებთან ერთად ჰემატოლოგიც** საჭიროა მართვის ეფექტური გეგმის შესამუშავებლად;

შემთხვევათა უმეტესობაში ორსულობის მშობიარობით დასრულების გადაწყვეტილება მიიღება სამეანო ჩვენებით. კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფი ვადამიტანილი ორსულის შემთხვევაში დგება ფილტვების მექანიკური ვენტილაციის საკითხი, რაც თავის მხრივ, საკეისრო კვეთის კლინიკური ჩვენება ხდება. საკეისრო კვეთა გადატანილი უნდა იქნეს იმ დროისათვის, როდესაც ქალის კლინიკური მდგომარეობა სტაბილური გახდება და სხვა, პოტენციური გართულებები, როგორცაა კოაგულოპათია გამოირიცხება ან კორეგირდება;

სასუნთქი სისტემის უმეტესი გართულებები მეორე და მესამე ტრიმესტრში იჩენს თავს¹⁶. შესაძლებელია ჩამოყალიბდეს სიტუაცია, როდესაც საჭირო ხდება ნაადრევი ახალშობილით მშობიარობა იმისათვის, რომ მძიმედ დაავადებული დედის ვენტილაციის გამოსავალი გაუმჯობესდეს. ეს გადაწყვეტილება მიიღება ერთდროულად, მეანის, რეანიმაციისა და ნეონატალური სამსახურის წარმომადგენლების მონაწილეობით. ამ გადაწყვეტილების მიღებაში მონაწილეობს ორსულიც, და თუ მას მდგომარეობის სიძიმის გამო არ შეუძლია კლინიკურ მსჯელობაში მონაწილეობის მიღება, მის ნაცვლად ამას მისი მეუღლე ან უახლოესი ნათესავი ახორციელებს. **ნაადრევი ახალშობილის გამოსავლის გაუმჯობესების მიზნით, რეკომენდებულია მშობიარობამდე კორტიკოსტეროიდების გამოყენება ;**

არანაირი საფუძველი არა აქვს ორსულობის შეწყვეტას პირველ ან მეორე ტრიმესტრში, თუ ორსულობის გაგრძელება საზიანო არ იქნება ქალის მდგომარეობისათვის;

განსახილველია აგრეთვე, სიტუაცია, როცა სტაციონარს მიმართავს ორსული დაგეგმილი საკეისრო კვეთისათვის, და მას ამავედროულად, გრიპის სიმპტომატიკა აღენიშნება. თუ ეს სამეანო თვალსაზრისით შესაძლებელია, გადაიდოს ჩარევა 5 დღით, დაენიშნოს ამ ხნის განმავლობაში ანტივირუსული თერაპია, რითაც ორსულს გამოჯანმრთელების, სასუნთქი სისტემის გართულებებისა და ინფექციის სხვა პაციენტზე და სამედიცინო პერსონალზე კონტამინაციის შემცირების საშუალება ეძლევა.

რეკომენდაციები:

რეკ. 27	გრიპის სიმპტომების მქონე მშობირეთა უმეტესობას შეუძლია წარმატებით გადაიტანოს მშობიარობა ადეკვატური გაუტკივარებითა და ჰიდრაციით.
რეკ. 28	შემთხვევათა უმეტესობაში ორსულობის მშობიარობით დასრულების გადაწყვეტილება მიიღება სამეანო ჩვენებით.

8.5 პოტენციური გართულებები

ამ დოკუმენტში მოგვიანებით მოხსენიებულ პოტენციურ გართულებებს შორის, H1N1 გრიპით დაავადებულ კრიტიკულ მდგომარეობაში მყოფ ქალთა მართვის გამოცდილების მქონე მეანები აღნიშნავენ ²⁴:

- დისემინირებულ სისხლძარღვშიდა შედედებას;
- ვირემიის/ენცეფალიტის შემდგომ ცნობიერების დარღვევას;
- გამოჯანმრთელების ფაზის შემდგომი ფსიქოლოგიური ეფექტები, რომლებიც სათანადო მიდგომას საჭიროებს;
- ვენური თრომბოემბოლიზმი და ფილტვის ემბოლიზმი²⁵.

8.6 მშობიარობის შემდგომი მართვა

მშობიარობის შემდგომ ქალები, სავარაუდოდ, სასუნთქი სისტემის მხრივ გართულებების ნაკლები რისკის ქვეშ არიან, ფილტვებზე ორსული საშვილოსნოს გავლენის შემცირების შედეგად. თუმცა, ინფექციის შემთხვევაში მათ მაინც მსგავსი გართულებები ემუქრებათ და ამას ახალშობილზე ინფექციის გადაცემის რისკი ემატება. მათი მეთვალყურეობის პროცესში იგივე მკაცრი ჰიგიენური ზომებია დასაცავი და რეკომენდებულია ანტივირუსული მედიკამენტები, მაგ. ოსელტამივირი, თუ ეს კლინიკური სურათითაა ნაჩვენები. ამ შემთხვევებში ძუძუთი კვების წახალისება აუცილებელია;

ძუძუთი კვება ახალშობილისათვის მნიშვნელოვანია და უნდა გაგრძელდეს ყველა შესაძლო შემთხვევაში, მაშინაც კი, თუ დედა ღორის გრიპითაა ავად. ძუძუთი კვების სარგებელი მნიშვნელოვანია და ორმაგ დატვირთვას ატარებს: ერთი, რომ ის აძლევს ახალშობილს მისი ჯანმრთელობისათვის ყველაზე მისაღებ საკვებებსა და დედასა და ჩვილს შორის კონტაქტს აძლიერებს, და მეორე - ხსენი მდიდარია ანტისხეულებით, რომელიც იცავს ახალშობილს მრავალი ინფექციისაგან;

ის მეძუძური დედები, რომელთაც გრიპის სიმპტომები აქვს, უნდა იქნენ ნამკურნალევი ანტივირუსული პრეპარატებით. ისევე, როგორც სხვა სრულწლოვანი პაციენტისათვის, მათთვისაც ყველაზე მისაღები მედიკამენტი ოსელტამივირია. თუმცა, თუ ახალშობილი დაიბადა და ძუძუთი კვება დაწყებულ იქნა ზანამივირით

მკურნალობის ფონზე, საჭიროა ამ უკანასკნელის კურსის დასრულება, არაა აუცილებელი ოსელტამივირზე გადასვლა.

რეკომენდაციები:

რეკ. 29	მემუპურ დედებში გრიპისმაგვარი სიმპტომებით შერჩევის ანტივირუსული მედიკამენტი ოსელტამივირი.
რეკ. 30	თუ დედა ახალშობილის დაბადებამდე ზანამივირით მკურნალობდა და ძუძუთი კვება ამ ფონზე დაიწყო, პრეპარატის შეცვლა ოსელტამივირით რეკომენდებული არ არის.

8.7 ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია ჰოსპიტალიზებულ ორსულებში

ნებისმიერი მკურნალობის დანიშნვისას ყოველთვის მნიშვნელოვანია კლინიკური მსჯელობა. კვლევაში ORACLE ნაჩვენებია სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრის დროს ამოქსიცილინ/კლავულანატის გამოყენებასთან დაკავშირებული მანევროზელი ენტეროკოლიტის რისკის ზრდა²⁶. თუმცა, არ არსებობს კვლევები, რომელნიც გვიჩვენებდა ამ ეფექტის არსებობას ინტაქტური სანაყოფე გარსების შემთხვევაში ამოქსიცილინ/კლავულანატით ფილტვების ანთების მკურნალობის შემთხვევაში;

პაციენტები ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების გამწვავებით ნამკურნალებნი უნდა იყვნენ სათანადო გაიდლაინის მიხედვით^{27,28};

ანტიბიოტიკოთერაპიის შეფასება ყოველდღიურად უნდა მოხდეს. პნევმონიის გამო ანტიბიოტიკის გახანგძლივებული ან პროფილაქტიკური გამოყენება რეზისტენტული მიკროორგანიზმებით გვიანი სუპერინფექციის რისკს ზრდის, განსაკუთრებით გახანგძლივებული ფილტვების ვენტილაციის საჭიროების მქონე პაციენტებში. ხშირად, ასეთი ინფექციები დაკავშირებულია მდგომარეობის უეცარ გაუარესებასთან;

ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპიიდან საჭიროა ვიწრო სპექტრის ანტიბიოტიკზე გადასვლა მგრძობელობის მიხედვით, გამომწვევი მიკროორგანიზმის ლაბორატორიული დადასტურების შემდეგ;

ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპიიდან პერორალურზე გადასვლა უნდა მოხდეს მაშინ, როდესაც მკურნალი ექიმი ამას მისაღებად ჩათვლის.

რეკომენდაციები:

რეკ. 31	გრიპის სიმპტომების მქონე ორსულებში, რომელთაც აღენიშნებათ გართულებები: ქვემო სასუნთქი გზების, მწვავე მტკივნეული ჩირქოვანი ტონზილიტის/ყელის ტკივილის, მწვავე მტკივნეული ყელის ლიმფადენოპათიისა და მნიშვნელოვანი მწვავე ჩირქმდენი შუა ყურის ანთების სახით, ნაჩვენებია ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია.
რეკ. 32	გაურთულებელი გრიპის მქონე პაციენტები, რომელთაც მიმართეს სტაციონარს სხვა მიზეზით, როგორცაა მაგ. პრეეკლამფსია ან მშობიარობამდელი სისხლდენა, და არ აქვთ მძიმე დაავადების რისკ ფაქტორები, არ საჭიროებენ რუტინულ ანტიბიოტიკოთერაპიას;
რეკ. 33	პაციენტებს, მანამდე არსებული თანმხლები დაავადებებით (როგორცაა ფილტვების, გულის, თირკმლის, ღვიძლისა ან ნერვ-კუნთოვანი ქრონიკული დაავადებები, იმუნო-სუპრესია და გაცხიმოვნება), რომელნიც

	ზემოაღნიშნულის გამო მძიმე დაავადებისა და გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფში შედიან, და მომართვისას აღნიშნებათ გრიპის მაგვარი დაავადება, კატეგორიულად უნდა ერჩიოთ ანტიბიოტიკოთერაპია ანტივირუსულ მკურნალობასთან ერთად;
რეკ. 34	პაციენტების უმეტესობა გრიპთან ასოცირებული არა მძიმე პნევმონიით შეიძლება ნამკურნალები იყვნენ პერორალური ანტიბიოტიკებით. როდესაც ნაჩვენებია ანტიბიოტიკოთერაპია, ორსულმა უნდა მიიღოს ამოქსიცილინი/კლავულანატი (ან კლარიტრომიცინი პენიცილინზე ალერგიის შემთხვევაში). რეკომენდებულია მთლიანობაში ანტიბიოტიკით 5 დღიანი სამკურნალო კურსი;
რეკ. 35	ოპტიმალურად ითვლება ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება სტაციონარში მოთავსებიდან პირველ ოთხ საათში;
რეკ. 36	გრიპთან ასოცირებული მძიმე ფილტვების ანთებით დაავადებულთა მკურნალობა უმჯობესია დაუყოვნებლივ წარიმართოს პარენტერალური ანტიბიოტიკებით. ამ მიზნით რეკომენდებულია ამოქსიცილინი/კლავულანატისა და ისეთი მაკროლიდის ინტრავენური კომბინაცია, როგორცაა კლარიტრომიცინი. პენიცილინზე ალერგიული პაციენტებისათვის მათ ნაცვლად, როგორც მკურნალობის ალტერნატივა, შესაძლებელია გამოყენებულ იქნეს მეორე თაობის ცეფალოსპორინი, ისეთი, როგორცაა ცეფუროქსიმი. ყველაზე მისაღები ანტიბიოტიკი, რა თქმა უნდა, შეირჩევა ბაქტერიული კულტურის შესწავლის შემდეგ, შესაძლებლობისთანავე მოკლე დროში;
რეკ. 37	მძიმე, მიკრობიოლოგიურად არაიდენტიფიცირებული გამომწვევით განვითარებული ფილტვების ანთების მკურნალობის კურსი უნდა გაგრძელდეს 10 დღე. მკურნალობა უნდა გაგრძელდეს 14-21 დღე, თუკი პნევმონიის საეჭვო ან დადასტურებული მიზეზი <i>S.aureus</i> ან გრამ-ნეგატიური ენტერობაქტერიაა ²⁹ ;

8.8 ორსულის კრიტიკული მოვლის განყოფილებაში გადაყვანა

რეკ. 38	<p>ჰოსპიტალიზებულ ორსულებში მძიმეს გამოხატული გრიპის სიმპტომებით, ნაჩვენებია ინტენსიური თერაპიის დაწყება, თუ პაციენტს აღნიშნება ერთ ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. მძიმე დისპნოე; 2. პაციენტები გრიპთან ასოცირებული პნევმონიით ან ორმხრივი პირველადი ვირუსული პნევმონიით; 3. ჰიპოქსემია PaO₂<8 Kpa-ზე ჟანგბადის მაქსიმალური დოზები მიცემის მიუხედავად; 4. პროგრესული ჰიპერკაპნია; 5. რეფრაქტული ჰიპოტენზია; 6. სეპტიური შოკი;
---------	--

- | | |
|--|--|
| | 7. მძიმე აციდოზი (pH<7.26);
8. გლაზგოს შკალა < 10 ან ცნობიერების გაუარესება |
|--|--|

9 გრიპით დაინფიცირებული დედების ახალშობილთა მოვლა

9.1 ახალი H1N1 პანდემიური გრიპი ახალშობილებში

ამჟამად არ არის აღწერილი დედიდან ნაყოფზე ახალი H1N1 პანდემიური გრიპის ვირუსის ტრანსპლაცენტარული გადაცემის არცერთი შემთხვევა. არ არსებობს ზუსტი ინფორმაცია ახალი H1N1 პანდემიური გრიპის ვირუსის ტრანსმისიისა და ინფიცირებული დედიდან ახალშობილზე.

ნეონატალური ასაკის პაციენტთა იმუნური სისტემის უმწიფრობა მნიშვნელოვნად ზრდის გრიპის ვირუსის ფონზე სხვადასხვა გართულებების, ჰოსპიტალიზაციისა და სიკვდილობის რისკს. მსოფლიო ჯანდაცვის ორგანიზაციის მონაცემებით, 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში გრიპის ვირუსით განპირობებული ჰოსპიტალიზაცია 2-3 ჯერ მაღალია სხვა ჯგუფის პაციენტებთან შედარებით³⁰.

9.2 დედებისა და მათი ახალშობილების მოვლის თავისებურებანი სამშობიარო სახლში

ახალი (H1N1) პანდემიურ გრიპზე საექვო ან დადასტურებული დედებისა და მათი ახალშობილთა მოვლა მოიცავს ინტერვენციულ ღონისძიებებს, რაც აერთიანებს ინფექციის გავრცელების პრევენციას, კონტროლს, ასევე კლინიკური მენეჯმენტის საკითხებს^{31, 32,33,34,35}. მნიშვნელოვანია დედისა და ახალშობილის ერთად ყოფნის საკითხი. უზრუნველყოფილი უნდა იყოს ახალშობილისა და დედის ერთად ყოფნა. ამერიკის დაავადებათა მართვის ეროვნული ცენტრის (CDC) მიერ მოწოდებული იქნა დაინფიცირებული დედა-ახალშობილის ერთად ყოფნის ორსაფეხურიანი სქემა³⁶. ეს უკანასკნელი მოიცავს მწვავე პერიოდში დედა-ახალშობილის დროებით განცალკევებას, გადაწყვეტილება მათი ერთად ყოფნის შესახებ უნდა იქნეს მიღებული თუ:

- ✓ დედას უკანასკნელი 48სთ-ში ჩატარებული აქვს ანტივირუსული მკურნალობა და;
- ✓ დედას უკანასკნელი 24სთ-ის განმავლობაში არ აღენიშნება ცხელება და არა აქვს მიღებული სიცხის დამწვევი საშუალება და;
- ✓ დედას შეუძლია ე.წ. «ხველების ეტიკეტის» დაცვა;

ამჟამად, სულ უფრო ნაკლებად განიხილება დედა-ახალშობილის განცალკევების საკითხი. დაინფიცირებული დედის ახალშობილი რჩება დედასთან ერთად პალატაში, ახალშობილის საწოლი 1 მ დისტანციით უნდა იყოს დაშორებული დედის საწოლისაგან, რიგ კლინიკებში გამოიყენება ინკუბატორი, გამყოფი ფარდა და ა.შ; არარსებობს არანაირი მტკიცებულება, რაც მიუთითებს დაინფიცირებული დედისაგან ახალშობილის იზოლაციის უპირატესობას;

ახალშობილზე და სხვა პირებზე ინფექციის ტრანსმისიის თავიდან აცილების მიზნით, დაინფიცირებული დედა უნდა იცავდეს ინფექციური კონტროლოს სამსახურის მითითებებს: პირბადის ხმარება, ხელების ხშირი დამუშავება საპნით ბავშვთან კონტაქტამდე და კონტაქტის შემდგომ, უნდა ასრულებდეს ე.წ.«ხველების» ეტიკეტს;

რეკომენდაციები:

რეკ. 39	ახალი H1N1 პანდემიური გრიპზე საეჭვო ან დადასტურებული ორსულთა, მელოგინეთა და მათი ახალშობილთათვის ჰოსპიტალში უნდა გამოყოფილი იქნას ცალკე სამშობიარო ბლოკი და პალატები, რომლებიც მთლიანად იქნება იზოლირებული სხვა ორსულ და ჰოსპიტალიზირებულ პაციენტებისაგან. სამშობიარო ბლოკის და პალატების შერჩევა კლინიკაში წარმოებს ინდივიდუალურად, მისი ინფრასტრუქტურის გათვალისწინებით და შეთანხმებულია ადგილობრივი ინფექციური კონტროლის სამსახურთან;
რეკ. 40	მედ-პერსონალი აუცილებლად უნდა იცავდეს ინფექციური კონტროლის სამსახურის მიერ მოწოდებულ ზოგად რეკომენდაციებს: პირბადეებისა და ქირურგიული ხელთათმანების ხმარება და ხშირი ცვლა, პალატების დროული და ადექვატური ვენტილაცია, ზედაპირების დამუშავება სველი წესით, ხელების საპნით დაბანვა ყოველი მანიპულაციის წინ და შემდეგ. დამცავი საშუალებები, სამედიცინო მასალა უნდა გამოყენებული იქნას ერთჯერადად და მოთავსდეს სპეციალურად ცალკე გამოყოფილ თავსახურიან ურნაში ³⁷ ;
რეკ. 41	ახალშობილის დედისაგან განცალკევება რეკომენდებული არ არის. ახალშობილის საწოლი 1მ დისტანციით უნდა იყოს დაშორებული დაინფიცირებული დედის საწოლისაგან. ამასთან დედა უნდა იცავდეს ინფექციური კონტროლოს სამსახურის მითითებებს: პირბადის ხმარება, ხელების ხშირი დამუშავება საპნით ბავშვთან კონტაქტამდე და კონტაქტის შემდგომ, უნდა ასრულებდეს ე.წ.«ხველების» ეტიკეტს;
რეკ. 42	მნიშვნელოვანია, რომ ადრეულ ეტაპზე (მშობიარობიდან 1 ^{სთ.} -ში) ინიცირებული იქნას ექსკლუზიური ძუძუთი კვება ³⁸ . დადგენილია, რომ ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ხელს უწყობს ანტისხეულების პასიურად გადასვლას დედიდან ბავშვზე, რაც მნიშვნელოვნად იცავს ახალშობილს ინფექციისაგან, მათ შორის ვირუსული გენეზის.
რეკ. 43	თუ ძუძუთი კვება ვერ ხორციელდება (დედის ან ბავშვის მიზეზით) უპირატესობა ენიჭება გამოწვევლილი დედის რძის მიცემას ე.წ. ალტერნატიული მეთოდით-კოვზი, ჭიქა;
რეკ. 44	დედამ დამცავი ღონისძიებების გამოყენება უნდა გააგრძელოს ტემპერატურის ნორმალიზებიდან (სიცხისდამწევი საშუალებების გამოყენების გარეშე) 24სთ-ის განმავლობაში;
რეკ. 45	თუ ახალშობილისა და დედის ერთად ყოფნა შეუძლებელია (დედის

	გართულებული მდგომარეობის გამო):ახალშობილი თავსდება სამშობიარო სახლის სპეციალიზირებულ ოთახში სხვა ასეთივე სტატუსის ახალშობილებთან ერთად, ახალშობილის საწოლებს შორის დისტანცია შეადგენს 1 მეტრს;
რეკ. 46	მამას, თუ ის კლინიკურად ასიმპტომურია, შეუძლია ახალშობილის მონახულება სამშობიარო სახლის სპეციალიზირებულ ოთახში პირბადით და ხელის დაბანვის შემდგომ. ამასთან მას უნდა აეხსნას, რომ არ გამოიყინოს ერთი და იგივე ნიღაბი დედისა და ახალშობილის ოთახში, ხელის დაბანვა აწარმოოს უშუალოდ ახალშობილთან კონტაქტამდე და კონტაქტისშემდგომ;
რეკ. 47	ახალშობილზე მუდმივად უნდა წარმოებდეს მეთვალყურეობა გრიპის ნიშნების გამოვლენის თვალსაზრისით, რათა დროულად განხორციელდეს პაციენტის რეფერალი შესაბამის კლინიკაში შემდგომი გართულებების თავიდან აცილების მიზნით; ნეონატალურ ასაკში ნაკლები სიხშირით გვხვდება გრიპის კლასიკური კლინიკური ნიშნები ცხელების, ზემო სასუნთქი გზების კატარის, ხველების სახით ³⁹ ;

9.3 კრიტერიუმები ახალშობილთა რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის:

თუ ახალშობილის ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება მოხდა დედის ტემპერატურის ნორმალიზებიდან შვიდი დღის განმავლობაში, სავარაუდოა ახალშობილის ვირუსით ინფიცირება.

დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს ახალშობილის რეფერალი შესაბამის კლინიკაში.

რეკ. 48	ახალშობილის რეფერალის ან ჰოსპიტალიზაციის თაობაზე გადაწყვეტილებების მიღებისას იხელმძღვანელებთ ქვემოთ წარმოდგენილი კრიტერიუმებით: <ol style="list-style-type: none"> 1. ციანოზი; 2. სითხის მიღების ან ძუძუს წოვის უნარის დაკარგვა; 3. ლებინება და დეჰიდრატაცია; 4. მიკროცირკულაციის დარღვევა; 5. კრუნჩხვები; 6. ცნობიერების მოშლა, ლეთარგია ან აგზნება; 7. ტაქიპნოე(RR>60); 8. მკვნესარე ტიპის სუნთქვა; 9. სუნთქვის აქტში დამხმარე მუსკულატური მონაწილეობა; 10. მკერდის ძვლის რეტრაქცია; 11. აპნოე(ხანგრძლივობით 20წმ, ბრადიკარდიით); 12. სატურაციის დაბალი მაჩვენებელი SpO₂<90%;
---------	--

9.4 ახალშობილთა მკურნალობა

სპეციალიზირებულ განყოფილებაში მოთავსების შემდგომ დაუყოვნებლივ უნდა იქნეს დაწყებული ეტიოპათოგენური მკურნალობა ძირითადი რეკომენდაციის მიხედვით:

- დახურული ტიპის ინკუბატორი (იზოლაციისათვის);
- ადრეული ნეონატალური სეფსისის გამორიცხვა ან დადასტურების მიზნით ჩასატარებელი სტანდარტული გამოკვლევები;
- ახალი პანდემიური H1N1 გრიპის ვისურზე ტესტირება;
- ანტიბიოტიკოთერაპიის და ანტივირუსული თერაპიის დროული დაწყება;

მონაცემები, ახალშობილებში ახალი H1N1 პანდემიური გრიპის მკურნალობისას ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენებაზე ძალზედ მწირია. მიჩნეულია, რომ ახალშობილებში ინფიცირებაზე საექვო და/ან დადასტურების შემთხვევებში, მძიმე კლინიკური სტატუსის ფონზე დაუყოვნებლივ უნდა დაწყებული იქნას ანტივირუსული მკურნალობა. ანტივირუსული პრეპარატებიდან გამოიყენება ოსელტამივირის ორალური სუსპენზიის ფორმა.

ოსელტამივირის დოზირება ახალშობილებში					
ახალშობილებში ასაკი<14 დღე	პოსტნატალური	3მგ/კგ/დოზა განმავლობაში;	ერთჯერადად	5	დღის
ახალშობილებში ასაკი>14დღე	პოსტნატალური	3მგ/კგ/დოზა განმავლობაში ⁴⁰	ორჯერადად	5	დღის

ახალშობილებში ყველა მედიკამენტი, მათ შორის სიცხისდამწევი საშუალება, გამოიყენება დიდი სიფრთხილით ექიმის კონსულტაციის საფუძველზე. სიცხის დამწევი საშუალებებს შორის უპირატესობა ენიჭება პარაცეტამოლს (აცეტამინოფენი), მიზანშეწონილი არ არის აცეტილსალიცილისმჟავის(ასპირინისგამოყენება) რეას სინდრომის განვითარების რისკის გამო.

რეკომენდაციები:

რეკ. 49	ახალშობილებში, ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება განიხილება ინფიცირებაზე საექვო და/ან დადასტურების შემთხვევაში, დამძიმებული კლინიკური სტატუსის ფონზე. უპირატესობა ენიჭება ოსელტამივირის ორალური სუსპენზიის ფორმას პოსტნატალურის ასაკის შესაბამისი დოზირებით
რეკ. 50	სიცხის დამწევი საშუალებების გამოყენება წარმოებს ექიმის შესაბამისი კონსულტაციის საფუძველზე. პირველადი არჩევის პრეპარატად გამოიყენება პარაცეტამოლი (აცეტამინოფენი).

10 პრაქტიკაში ადაპტაციისა და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება ორსულებში და მელოგინებში, აგრეთვე მათ ახალშობილებთან ახალი პანდემიური (H1N1) 2009 პანდემიური გრიპის სავარაუდო

შემთხვევის დიაგნოსტიკებისა და შემდგომ, მისი მართვის თაობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ორსულის განათლებას, ვაქცინაციასა და მათ ადრეულ ვადაზე კონსულტირებას ჯანდაცვის პირველადი რგოლის ფარგლებში, აგრეთვე ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების ხმარების წესების შესწავლას დაავადების პროფილაქტიკისათვის. აღნიშნული სწავლება უნდა ჩატარდეს პერიოდულად. პერიოდულობის სიხშირე უნდა განისაზღვროს პანდემიის მიმდინარეობის შესაბამისად.

10.1 აუდიტის კრიტერიუმები

რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული გაიდლაინი?

საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?

რამდენ ორსულსა და მელოგინეს (%) დაენიშნა ანტივირუსული პრეპარატი პირველ 48 საათში?

რამდენ ორსულსა და მელოგინეს (%) დაენიშნა ანტივირუსული პრეპარატი 48 საათის შემდეგ?

რამდენ ორსულს (%) დაენიშნა ანტივირუსული პრეპარატი?

ჰოსპიტალიზებული ორსულიდან, მშობიარიდან და მელოგინიდან რამდენი გარდაიცვალა (%) სეზონური გრიპით?

რამდენი ორსული, მშობიარე და მელოგინე (%) იქნა გადაყვანილი ინტენსიური თერაპიის და რეანიმაციის განყოფილებებში სეზონური გრიპით?

11 გაიდლაინების გადასინჯვის და განახლების ვადა

სასურველია გაიდლაინი გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციით მოცემული ინფექციის შესახებ 1 წლის შემდეგ. გაიდლაინის განახლება მოხდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაფერისი რეკომენდაციების მიხედვით (2011 წლის გაიდლაინების სახელმძღვანელოს შესაბამისად).

12 გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციების, პანდემიური (H1N1)2009 გრიპის მართვის გაიდლაინები და პროტოკოლები უკვე შემუშავებული და განთავსებულია ქართულ მედია-სივრცეში. ინფორმაცია (H1N1) 2009 გრიპის შესახებ იზრდება და შემუშავებული კლინიკური გაიდლაინები აქტუალური რჩება. წინამდებარე დოკუმენტი პანდემიის პირველი ტალღის კლინიკური გამოცდილების გათვალისწინებითაა შექმნილი. მისი პუბლიკაცია თანხვედრა აქამდე არსებული, ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციების, გაიდლაინების განახლებას.

გაიდლაინის ავტორთა ჯგუფმა ჩაატარა ძიება კოპრეინის ბიბლიოთეკაში გაიდლაინის თემაზე სისტემური მიმოხილვების ან რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევების

მოძიების მიზნით. ამ ტიპის კლევების მოძიება ვერ მოხერხდა. ასევე ჩატარდა ძიება უკვე მომზადებული გაიდლაინების ან კლინიკური მიმოხილვების მოპოვების მიზნით. მოძიებულ და გამოყენებულ იქნა შემდეგი ინტერნეტ-რესურსი:

1. ბრიტანეთის სამეფო კოლეჯის გაიდლაინი: “პანდემური (H1N1)2009 გრიპი: კლინიკური მართვის გაიდლაინი ორსულთათვის”⁴¹
2. ამერიკის დაავადებათა კონტროლის ცენტრის შუალედური გაიდლაინი: “(H1N1) 2009 პანდემური გრიპის განხილვა მშობიარეთა და მელოგინეთა სტაციონარული დახმარების თვალსაზრისით”⁴² და გაიდლაინი “ორსულები და ახალი პანდემური (H1N1)2009 გრიპი: რეკომენდაციები კლინიცისტებისათვის”⁴³;
3. ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის საინფორმაციო წერილი: “ორსულობა და (H1N1)2009 პანდემური გრიპი: ინფორმაცია პროგრამების მენეჯერებისა და კლინიცისტებისათვის”⁴⁴;
4. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) «პანდემური (H1N1) 2009 გრიპი»⁴⁵ და “კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) «პანდემური (H1N1) 2009 გრიპი»⁴⁶
5. არ აღმოჩნდა აღნიშნულ საკითხზე სისტემური კვლევა ან რანდომიზებული კონტროლირებული კვლევა კოპრეინის ბიბლიოთეკაში;

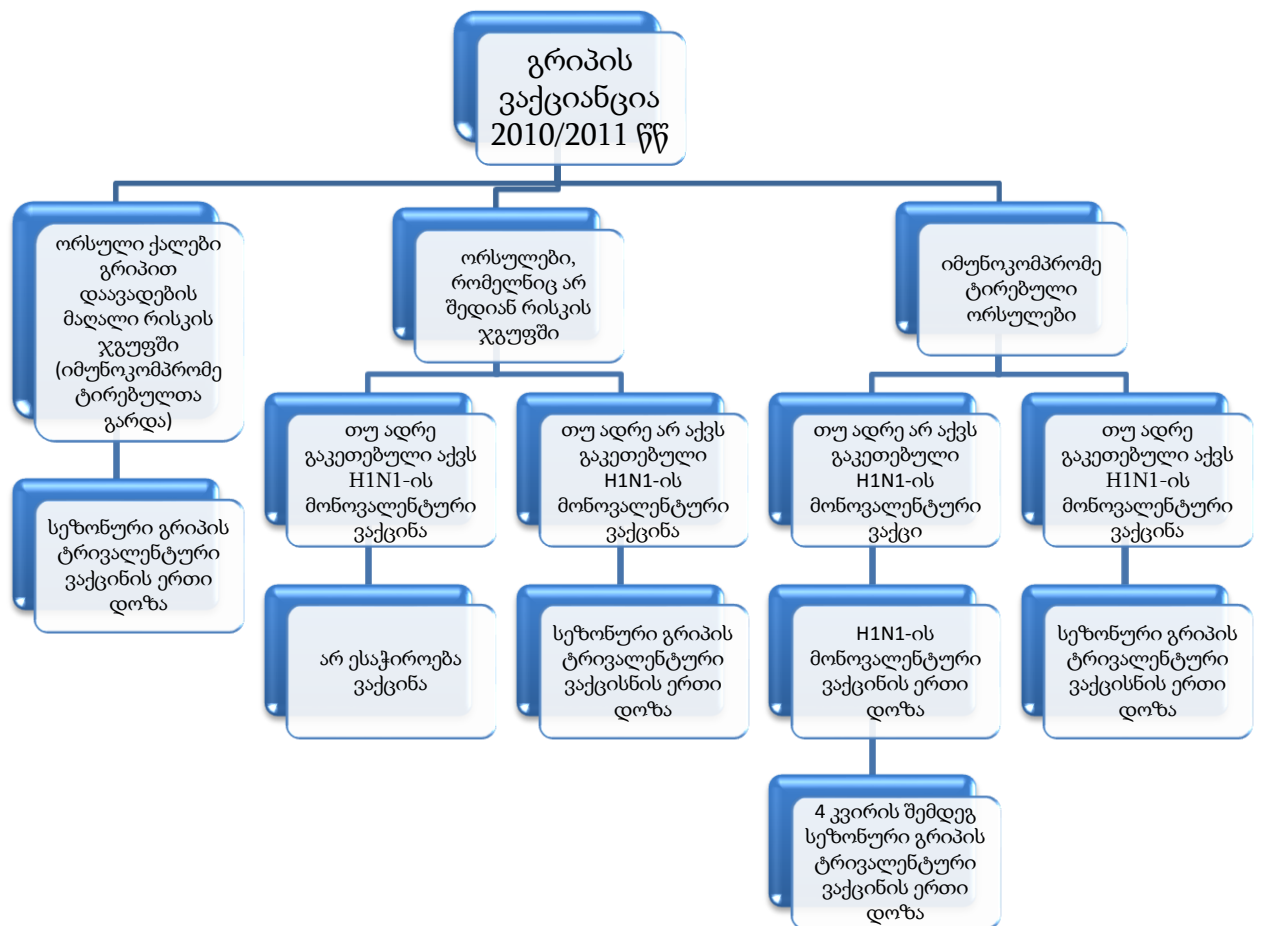
13 ალტერნატიული გაიდლაინი

ალტერნატიული გაიდლაინი არ არსებობს

14 ავტორები

- მამუკა ნემსაძე - აკად.ო.ლუდუშუაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის პერინატალური დეპარტამენტი, სამეანო განყოფილების უფროსი
- ხათუნა ლომაური - მმდ, აკად.ო.ლუდუშუაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის პერინატალური დეპარტამენტი, ახალშობილთა რეანიმაციის განყოფილების ნეონატოლოგ-რეანიმატოლოგი
- ირაკლი სასანია - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი, CCM ჯგუფის დირექტორი
- მაია ფოფხაძე - ეპიდემიოლოგი, ინფექციებისა და ჰიგიენის კონტროლის განყოფილების უფროსი, აკად.ო.ლუდუშუაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრი
ოჯახის ექიმი:
- ნინო ქანთარია - თერაპევტი, სადაზღვევო კომპანია “იმედი-ლ”
საავადმყოფო
- ირმა მოდებაძე - უფროსი ექთანი, აკად.ო.ლუდუშუაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის პერინატალური დეპარტამენტი
- ლალი ლომსაძე - ბაქტერიოლოგი, აკად.ო.ლუდუშუაურის სახ. ეროვნული სამედიცინო ცენტრის ლაბორატორია

15. დანართი 1. ორსულთა ვაქცინაციის ალგორითმი



16. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Poehling KA, et. al. New Vaccine Surveillance Network: The underrecognized burden of influenza in young children. N Engl J Med. 2006 Jul 6;355(1):31-40. Available at: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/355/1/31>;
2. 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).
3. Ito, T, Couceiro, JN, Kelm, S, et al. Molecular basis for the generation in pigs of influenza A viruses with pandemic potential. JVirol 1998; 72:7367.

-
4. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *The Lancet* online July 29 2009; DOI:10.1016/S0140-6736(09)6134-0
 5. Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et al. Hospitalized Patients with 2009 H1N1 Influenza in the United States, April-June 2009. *N Engl J Med* 2009; 361 (10.1056/NEJMoa0906695)
 6. Kumar A, Zarychanski R, Pinto R et al. Critically ill patients with 2009 Influenza A(H1N1) infection in Canada. *JAMA* online October 12 2009 (doi:10.1001/jama2009.1496)
 7. The ANZIC Influenza Investigators. Critical Care Services and 2009 H1N1 Influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med* 2009; 361.
 8. Vaillant L, La Ruche G, Tarantola A. Epidemiology of fatal cases associated with Pandemic H1N1 Influenza 2009. *Euro Surveill* 2009; Vol 14 (33): pii=19309.
 9. The ANZIC Influenza Investigators. Critical Care Services and 2009 H1N1 Influenza in Australia and New Zealand. *N Engl J Med* 2009; 361.
 10. Bacterial coinfections in lung tissue specimens from fatal cases of 2009 pandemic influenza A (H1N1) - United States, May-August 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2009;58(38):1071-4.
 11. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ინფექციები <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/3.1.pdf>
 12. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მწვავე ბრონქიტი <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/4.1.pdf>
 13. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) მწვავე პნევმონია მოზრდილებში <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/5.1.pdf>
 14. O'Driscoll BR, Howard LS, Davison AG. British Thoracic Society guideline for emergency oxygen use in adult patients. *Thorax* 2008;63 Suppl 6:vi1-68
 15. Safety of pandemic vaccines. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 6. World Health Organization, 6 August 2009. Available at: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_safety_vaccines_20090805/en/index.html
 16. WHO recommendations on pandemic (H1N1) 2009 vaccines. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 2. World Health Organization, 13 July 2009. Available at: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_vaccine_20090713/en/index.html
 17. CDC Advisors Make Recommendations for Use of Vaccine Against Novel H1N1 Centers for Disease Control and Prevention Available at: <http://www.cdc.gov/media/pressrel/2009/r090729b.htm>
 18. Kline J, Stein Z, Susser M, Warburton D. Fever during pregnancy and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol*. 1985 Jun;121(6):832-42
 19. Milunski A, Ulcickas M, Rothman KJ, Willet W, Jick SS, Jick H: Maternal heat exposure and neural tube defects. *JAMA* 1992;268:882-885
 20. May A, Elton C. Risk factors for preterm delivery. Anaesthetic issues in preterm labour and intensive care management of the sick parturient. In *Preterm Labour. Managing risk in Clinical practice*. Eds. Norman J, Greer I. Cambridge University Press. 2005. 235-259.
 21. Crowley P A. Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomized trials, 1972 to 1994. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1995; 173: 322-335.
 22. Brownfoot FC, Crowther CA, Middleton P. Different corticosteroids and regimens for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD006764. DOI: 10.1002/14651858.CD006764.pub2
 23. McKenna DS, Glynn MW, Nagaraja HN et al. The effects of repeated doses of antenatal corticosteroids on maternal adrenal function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2000;183: 669 – 673.

-
24. Downey G. Personal communication
 25. Mollura DJ, Asnis DS, Cornetta R, Feigin DS. Imaging Findings in a Fatal Case of Pandemic Swine-Origin Influenza A (H1N1). *AJR* 2009; 193.
 26. Kenyon S, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W on behalf of the ORACLE Collaborative Group. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial. *The Lancet*, Vol 357; March 31st 2001.
 27. NICE Clinical Guideline 12. Feb 2004. COPD. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care.
 28. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD [Internet] [updated Nov 2008]. Available from: <http://www.goldcopd.org>
 29. British Thoracic Society Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009 *Thorax*, 2009, Vol 64, Supplement III, iii1-55
 30. Transmission dynamics and impact of pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus. World Health Organization, *Weekly Epidemiological Record*, 84:46, 481-484, 13 November 2009. Available at: <http://www.who.int/wer/2009/wer8446.pdf>.
 31. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care: WHO interim guidelines. World Health Organization, June 2007. Available at: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/WHO_CD_EPR_2007_6/en/index.html.
 32. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses. World Health Organization, February 2010. Available at: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html;
 33. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance. World Health Organization, November 2009. Available at: http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/index.html.
 - 34 infection prevention and control guidance is available from WHO website at <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>
 - 35 Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care. A guide for essential practice. World Health Organization, United Nations Population Fund, UNICEF, and the World Bank. Geneva, Switzerland, 2009. Available at: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/924159084x/en/index.html
 - 36 CDC H1N1 Flu | Considerations Regarding 2009 H1N1 Influenza in Intrapartum and Postpartum Hospital Settings Centers for Disease Control and Prevention /November 2009 available at http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/rapid_testing.htm
 - 37 infection prevention and control guidance is available from WHO website at <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/index.html>
 38. For WHO recommendations see Breastfeeding. World Health Organization, 2010. Available at: http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/en/index.html;
 39. Poehling KA, et. al. New Vaccine Surveillance Network: The underrecognized burden of influenza in young children. *N Engl J Med*. 2006 Jul 6;355(1):31-40. Available at: <http://content.nejm.org/cgi/content/short/355/1/31>;
 40. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses. World Health Organization, February 2010. Available at:

http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html

41. Pandemic H1N1 2009 Influenza: Clinical Management Guidelines for Pregnancy v3
42. CDC H1N1 Flu | Considerations Regarding 2009 H1N1 Influenza in Intrapartum and Postpartum Hospital Settings Centers for Disease Control and Prevention /November 2009 available at http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/rapid_testing.htm
43. Guideline NGC-7261 Pregnant women and novel influenza A (H1N1): considerations for clinicians
44. WHO Pregnancy and Pandemic Influenza A (H1N1) 2009: information for programme managers and clinicians; July 2010
45. კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (გაიდლაინი) «პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი» <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/61.1.pdf>
46. კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი) «პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი» <http://www.moh.gov.ge/files/gaidline/protokoli/61.2.pdf>
47. ჯანმრთელობის დაცვა, საქართველო 2009, სტატისტიკური ცნობარი, თ.3 გვ. 3 http://www.moh.gov.ge/index.php?lang_id=GEO&sec_id=162&info_id=446;