

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/თ ბრძანებით

სეზონური გრიპი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია
(გაიდლაინი)

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 da TF057342; იაპონური გრანტის ნომერი: TF056631) ფინანსური მხარდაჭერით. გაიდლაინში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან.

შესავალი

მოცემული კლინიკური რეკომენდაციის „სეზონური გრიპი“ მიზანს წარმოადგენს უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება სეზონური გრიპის შესახებ ექიმი-ინფექციონისტების, ოჯახის ექიმების, თერაპევტების, პედიატრების, საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და სოციალური მუშაკებისათვის. კლინიკური რეკომენდაცია განიხილავს სეზონური გრიპით დაავადებულთა კლინიკურ გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკა-მკურნალობასა და მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ასევე დაავადების თავიდან აცილების პროფილაქტიკურ ღონისძიებებს.

1. დაავადების დეფინიცია, კლასიფიკაცია, 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. ამჟამად, მსოფლიოში სეზონურ გრიპს იწვევს A(H3N2), A(H1N1) ქვეტიპის და B ტიპის ვირუსები.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით (Disease classification and coding systems DIMDI-ICD-10 WHO – 2006) გრიპი განეკუთვნება რესპირაციული სისტემის დაავადებათა ჯგუფს. კოდი – J10-J11 (45).

ტერმინოლოგია
პანდემიური გრიპი არის გრიპის ვირუსის ახალი ქვეტიპით გამოწვეული ინფექცია, რომელიც იოლად გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანს, სწრაფად ვრცელდება მსოფლიოში და იწვევს მოსახლეობის მასობრივ ავადობას და ლეტალობას. ის დიდ პრობლემებს უქმნის ქვეყნების საზოგადოებრივ ჯანდაცვასა და მათ ეკონომიკას.
ფრინველის გრიპი წარმოადგენს ზოონოზურ ინფექციას, რომელსაც იწვევს გრიპის A ვირუსი. ფრინველის გრიპი გარეულ გადამფრენ ფრინველებში (განსაკუთრებით იხვებში) 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.
მწვავე რესპირაციული დისტრეს სინდრომი – მრდს (ძველი განმარტებით მოზრდილთა რესპირაციული დისტრეს სინდრომი) არის ფილტვის შეშუპებით განპირობებული მწვავე რესპირაციული უკმარისობა კაპილარების მომატებული განვლადობის გამო. მას საფუძვლად არ უდევს კარდიალური დაზიანება და ახლავს მრავლობითი პულმონარული ინფილტრაცია გულმკერდის რენტგენოგრამაზე.
რეკომბინაცია – ახალი ჰიბრიდული ვირუსის წარმოქმნა. გრიპის ვირუსი რნმ-ს ერთერთი სეგმენტის ნაწილს უცვლის გრიპის მეორე ვირუსის იმავე ან სხვა სეგმენტის ნაწილს, რითაც მიიღება მოზაიკური სეგმენტი.
წერტილოვანი მუტაცია – გრიპის A ვირუსის ანტიგენური ცვლილების ერთ-ერთი სახეა. წერტილოვანი მუტაციების წყება საფუძვლად შეიძლება დაედოს ანტიგენურ შიფტს.

2. ეპიდემიოლოგია

გრიპი მსოფლიოში ერთ-ერთი ყველაზე უფრო გავრცელებული ინფექციაა. გრიპის სეზონური ეპიდემია ყოველწლიურად 3-5 მილიონ მძიმე დაავადებას იწვევს მსოფლიოში.

გრიპი ჩვეულებრივ ასოცირებულია U-ფორმის ეპიდემიურ მრუდთან. ავადობა განსაკუთრებით მაღალია მცირე ასაკის პირებში, ხოლო ლეტალობა კი ასაკოვან ადამიანებში (17).

სეზონური გრიპი ჩრდილოეთ ნახევარსფეროს ზომიერი კლიმატის ქვეყნებში ყოველწლიურად ფიქსირდება დეკემბერი-მარტის თვეებში, სამხრეთ ნახევარსფეროზე კი მაისი-აგვისტოს თვეებში. ტროპიკულ ქვეყნებში მას სეზონურობა არ ახასიათებს და მთელი წლის განმავლობაშია აქტიური.

საქართველოში გრიპის სეზონური მატება იწყება ნოემბრის ბოლოს, პიკს აღწევს იანვრის მეორე ნახევარში და თებერვლის დასაწყისში. საქართველოში სეზონური გრიპი ხასიათდება საშუალო ან მაღალი აქტივობით. ავადობის მაჩვენებელი (100 000 მოსახლეზე) 130-დან 179-მდე აღნიშნავს სეზონური გრიპის დაბალ სიხშირეს, 180-დან 279-მდე – საშუალო სიხშირეს და ორივე მათგანი (მაჩვენებელი 130-დან 279-მდე) განიხილება, როგორც ფონური. ავადობა 280-დან 449-მდე ფონურზე მაღალი სიხშირის მაჩვენებელია, ხოლო 450-ზე მეტი ნიშნავს სეზონური გრიპის ეპიდემიურ გავრცელებას (1).

სეზონური გრიპის აქტივობის დაწყების კარგი ინდიკატორია გრიპისმაგვარი დაავადებების (გმდ) შემთხვევათა მატება, რასაც მალე მოჰყვება რესპირაციული ცხელებით მიმდინარე დაავადებების შემთხვევების მატება და პნევმონიით და ქრონიკული ფილტვის დაავადებების მქონე პაციენტთა მომატებული ჰოსპიტალიზაცია.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2011-2012 წლების გრიპის სეზონისათვის ჩრდილოეთ ნახევარ-სფეროში რეკომენდებულია შემდეგი შტამების შემცველი ვაქცინები: A/California/7/2009 (H1N1); A/Perth/16/2009 (H3N2); და B/Brisbane/60/2008).

დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემებით 2010-2011 წწ სეზონზე საქართველოში გრიპის შემდეგი აქტივობაა დაფიქსირებული: სულ დადასტურებულია 1129 სინჯი. მათ შორის: AH1 დადასტურდა 615 შემთხვევაში, AH3- 1, ხოლო B –497 შემთხვევაში, A არატიპირებული – 16 შემთხვევაში. ლეტალური შემთხვევა სულ – 49 შემთხვევაში. მათ შორის: AH1 –29 შემთხვევაში, B – 16 შემთხვევაში, A არატიპირებული – 3 შემთხვევაში.

გარდა სეზონური ეპიდემიებისა, პერიოდულად 10-60 წელიწადში ერთხელ, ადგილი აქვს გრიპის პანდემიებს..

2010 წლის აგვისტოში ჯანმომ განაცხადა ახალი A(H1N1) გრიპის ვირუსის პანდემიის დასრულების შესახებ. ამჟამად მსოფლიო არის პოსტპანდემიურ პერიოდში. ადრე არსებული პანდემიების გამოცდილებიდან გამომდინარე H1N1 (2009) ვირუსი სავარაუდოდ განაგრძობს ცირკულირებას სეზონური გრიპის სახით რამოდენიმე წლის განმავლობაში. პოსტპანდემიური პერიოდში, სავარაუდოდ, ვირუსი კვლავ დარჩება განსაკუთრებით საშიში ახალგაზრდა პაციენტებისათვის. არ შეიცვლება რისკის ჯგუფები დაავადების მძიმე მიმდინარეობის თვალსაზრისით. ვინაიდან ვირუსს შეუძლია ქვემო სასუნთქი გზების დაზიანება, დაავადების სიმძიმეს, სავარაუდოდ, ისევ წარმართავს ვირუსული პნევმონია, რაც არაა დამახასიათებელი, ზოგადად, სეზონური გრიპისათვის.

ცხრილი 2-1: მე-20- 21-ე საუკუნეების გრიპის პანდემიები (15).

წელი	სახელწოდება	ქვეტიპი	გამოწვეული სიკვდილი	ლეტალობა	პანდემიის სიმძიმის ინდექსი *
1889-1890	აზიის (რუსული გრიპი)	შესაძლოა A(H3N8)	1 მლნ	0,15%	არაგანსაზღვრადი
1918-1919	“ისპანკა”	A(H1N1)	40-50 მლნ	2%	5
1957	“აზიის გრიპი”	A(H2N2)	დაახლოებით, 2 მლნ	0,13%	2
1968	“ჰონგ-კონგის გრიპი”	A(H3N2)	დაახლოებით, 1 მლნ	<0,1%	2
2009	პანდემიური (H1N1) 2009	A(H1N1)	18.000	0,03%	არაგანსაზღვრადი

*გრიპის პანდემიის სიმძიმის ამსახველი კლასიფიკაციის შკალა. კავშირშია ლეტალობასთან. 1-ლი კატეგორია შეესაბამება < 0,1% ლეტალობას, კატეგორია 2 – 0,1-0,5%, კატეგორია 3- 0,5-1%, კატეგორია 4 -1-2% და კატეგორია 5 - 2% და მეტი.

ცხრილი 2-3.

ძირითადი განსხვავებები სეზონურ და პანდემიურ გრიპს შორის

სეზონური გრიპი	პანდემიური გრიპი
აფეთქებებს წინასწარ განსაზღვრული – სეზონური ხასიათი აქვს ზომიერი კლი-მატის ქვეყნებში.	იშვიათად ვლინდება (დაახლოებით სამი-ოთხჯერ საუკუნეში).
მოსახლეობას აქვს გარკვეული იმუნიტეტი მის მიმართ.	მოსახლეობაში იმუნიტეტი არ არსებობს ან ძალიან დაბალი ინტენსივობისაა.
დაავადება მეტ საფრთხეს უქმნის ბავშვებს, ასაკოვან და ქრონიკული დაავადებების მქონე პირებს.	ჯანმრთელ ადამიანებს შესაძლებელია განუვითარდეს სიცოცხლისათვის სა-შიში გართულებები.
ჯანდაცვის სისტემა ჩვეულებრივ უმ-კლავდება მოთხოვნას სამედიცინო მომ-სახურებაზე.	ჯანდაცვის სისტემა გადატვირთულია და ვერ უმკლავდება მოთხოვნას სამე-დიცინო მომსახურებაზე.
ვაქცინის წარმოება ემყარება მოცირკუ-ლირე გრიპის შტამებს და ხელმისაწ-ვდომია ეპიდემიათა შორის პერიოდში.	ვაქცინის წარმოება იწყება პანდემიის ადრეულ ეტაპებზე.
ანტივირუსული პრეპარატების მიწოდება ადექვატურია.	ანტივირუსული პრეპარატების მიწოდება შესაძლოა აღმოჩნდეს შეზღუდული.
სიმპტომები: ცხელება, ხველა, გამო-ნადენი ცხვირიდან, კუნთების ტკივილი. სიკვდილს იწვევს უფრო მეორადი ბაქტერიული გართულებები, მაგ. პნევმონია.	სიმპტომები უფრო მძიმეაა გამოხატუ-ლი, ხშირია გართულებები.

ზომიერ ზეგავლენას ახდენს საზოგადოებრივ აქტივობაზე (მოსახლეობას მოუწოდებენ თავი შეიკავონ სახლიდან გასვლისაგან და სხვა).	დიდ ზეგავლენას ახდენს საზოგადოების აქტივობაზე (მოგზაურობის შეზღუდვა, სკოლების, დაწესებულებების დაკეტვა და სხვა).
ზომიერ ზეგავლენას ახდენს საშინაო და საგარეო ეკონომიკაზე.	პოტენციურად სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს ქვეყნების ეკონომიკაზე.

3. ეტიოპათოგენები

ადამიანის გრიპის ვირუსები მიეკუთვნება ორთომიქსოვირუსების ოჯახს. გრიპის ვირუსი 80-120 ნმ ზომის სფერული ფორმის ვირუსია და შეიცავს სეგმენტურ 8 ერთმადიან რნმ-ს, რომელიც 10 ცილის სინთეზზეა პასუხისმგებელი. რნმ სეგმენტები ვირუსის გარსშია მოთავსებული ნუკლეოპროტეინთან (NP) და ვირუსული პოლიმერაზას სამ სუბერთეულთან (PA, PB1, PB2) ერთად. იქმნება რიბონუკლეოპროტეინის კომპლექსი, რომელიც უზრუნველყოფს რნმ რეპლიკაციასა და ტრანსკრიპციას (22).

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. A და B ვირუსებს აქვთ ორი გლიკოპროტეინი-ჰემაგლუტინინი და ნეირამინიდაზა. C ვირუსს არ გააჩნია ნეირამინიდაზა. სამივე ვირუსის გარსი შეიცავს სხვადასხვა იონურ არხებს, რომლებიც კოდირდება M გენით (მაგ.: M2 ან CM2) ან NA გენით (მაგ. NB). სამივე ვირუსს განსხვავებული ნუკლეოპროტეინები აქვთ, რომლებიც NP გენით კოდირდება. გრიპის ვირუსების სახელწოდება მიუთითებს მის ტიპს იზოლირების ადგილს, იზოლატის ნომერს, აღმოჩენის წელს და A გრიპის ვირუსისათვის სუბტიპს. მაგ.: A/Texas/36/91[H1N1].

B და C გრიპის ვირუსებისაგან განსხვავებით გრიპის A ტიპი იყოფა ქვეტიპებად ვირუსის გარსის ზედაპირზე არსებული გლიკოპროტეინების: ჰემაგლუტინინისა (HA) და ნეირამინიდაზას (NA) კომბინაციის საფუძველზე. სამყაროში სულ არსებობს ჰემაგლუტინინის 16 (H1-H16) და ნეირამინიდაზას 9 განსხვავებული ანტიგენი (N1-N9) რომლებიც აღმოჩენილია სხვადასხვა სახეობის ცხოველებსა და ადამიანში. A ვირუსის ყველა ქვეტიპის ბუნებრივ რეზერვუარს გარეული ფრინველები წარმოადგენს. A გრიპის ვირუსი ადამიანთა გრიპით ინფიცირებას 80%-ში განაპირობებს; გრიპის დღემდე აღწერილი პანდემიები მხოლოდ A გრიპის ვირუსითაა გამოწვეული. (46).

A გრიპის ვირუსი, ჩვეულებრივ, მაღალსპეციფიურია ცხოველთა სახეობის მიმართ და იშვიათად გადალახავს სახეობრივ ბარიერს. ფრინველის გრიპის 100 შტამიდან (მათ შორის მაღალპათოგენური და დაბალ-პათოგენური), მხოლოდ 5 იწვევს ადამიანის ინფიცირებას: H5N1, H7N2, H7N3, H7N7, H9N2. მათგან H7N2, H7N3, H7N7, H9N2 ადამიანებში იწვევს მსუბუქ სიმპტომატიკას (კონიუქტივითი, თავის ტკივილი). ძალიან იშვიათია დაავადების მძიმე მიმდინარეობა. გამოწვევის აღმოჩნდა H5N1 ვირუსი, რომლის მიერ გამოწვეული ლეტალობა ადამიანებში 50%-ს აღემატება.

B გრიპის ვირუსით ძირითადად ინფიცირდება ადამიანები. ის ეპიდემიებს უფრო ნაკლები სიხშირით იწვევს, ვიდრე A გრიპის ვირუსი, საერთოდ არ იწვევს პანდემიებს და არ იყოფა ქვეტიპებად.

C გრიპი ავადებს ადამიანებსა და შეიძლება ღორებსაც. ახასიათებს მსუბუქი მიმდინარეობა ადამიანებში და 15 წლის ასაკისათვის ადამიანთა უმრავლესობას აქვს მისი საწინააღმდეგო ანტისხეულები.

გრიპი A-ს ვირუსები განიცდის ანტიგენურ ცვალებადობას ვირუსის ზედაპირზე არსებული პროტეინების მსუბუქი ცვლილების – დრეიფის (drift) ან მნიშვნელოვანი ცვლილებების – Shift სახით.

3.1. ანტიგენური დრეიფი (Drift)

გრიპის ვირუსები გენეტიკური ლაბილობით გამოირჩევიან. რეპლიკაციის დროს წარმოქმნილი “შეცდომები” საფუძვლად ედება ვირუსის გენეტიკურ ცვლილებებს.

ანტიგენური დრეიფი გამოწვეულია წერტილოვანი მუტაციებით ჰემაგლუტინინში, რაც მთავარ ზედაპირულ პროტეინში – ჰემაგლუტინინში იწვევს მსუბუქ ცვლილებებს. ეს მუდმივი პროცესია. მოსახლეობის იმუნიტეტი სუსტია ახალწარმოქმნილი ვირუსის მიმართ, რის გამოც ანტიგენური დრეიფი საფუძვლად ედება სეზონურ ეპიდემიებს.

3.2. ანტიგენური ცვლილება (Shift)

ანტიგენური შიფტი გულისხმობს ადამიანის A გრიპის სრულიად ახალი ქვეტიპების წარმოქმნას. ამ პროცესს საფუძვლად უდევს გენეტიკური ინფორმაციის გაცვლა ადამიანისა და ცხოველის გრიპის გამომწვევ ვირუსებს შორის – რეასორტირება (reassortment) ან ცხოველის (ფრინველის) ვირუსის უშუალო ტრანსმისია ადამიანებში. რეასორტირებით მიღებული ვირუსის გენეტიკური მასალა სრულიად განსხვავდება მშობელი ვირუსების გენეტიკური მასალისაგან. რეასორტირებას ხელს უწყობს ვირუსის გენეტიკური მასალის ფრაგმენტულობა, რაც აადვილებს ვირუსებს შორის ცალკეული ფრაგმენტების გაცვლის პროცესს, თუკი მასპინძლის უჯრედში ერთდროულად აღმოჩნდება გრიპის ორი სხვადასხვა ქვეტიპის ვირუსი.

ასეთი ვირუსების მიმართ მოსახლეობას არ გააჩნია იმუნიტეტი (ბუნებრივი ან პოსტვაქცინალური). ამიტომ თუკი ვირუსი შეიძენს ადამიანიდან ადამიანზე იოლად ტრანსმისიის უნარს, შეიქმნება მოცემული ქვეტიპის ვირუსით პანდემიის გავრცელების საშიშროება.

A გრიპის ვირუსი მგრძობიარეა მაღალი ტემპერატურის, გამოშრობის, მზისა და ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედების მიმართ. 56°C-ზე იღუპება 3 საათის განმავლობაში, 60°C-ზე 30 წთ-ის, ხოლო 65°C-ზე კი – 5-10 წთ-ის განმავლობაში. ფრინველის ექსკრემენტებში 40°C-ზე – 35 დღის, ხოლო 37°C-ზე – 6 დღის განმავლობაში ინარჩუნებს ინფიცირების უნარს. მასზე დამლუპველად მოქმედებს სადეზინფექციო ხსნარები, მგრძობიარეა ტუტე და მჟავე გარემოს მიმართაც, ინაქტივდება მჟანგველი აგენტების, ლიპიდების გამხსნელების, β-პროპიონლაქტონის, ასევე ფორმალინისა და იოდის კომპონენტების ზემოქმედებით.

სეზონური გრიპის დროს დაავადების წყაროა ავადმყოფი ადამიანი. გრიპის ვირუსი ინფიცირებული რესპირაციული ნაწილაკების (ზომით 5-10 μm) ინჰალაციით (წარმოიშობა ცემინების, ხველის, საუბრის დროს), პირდაპირი და შესაძლოა არაპირდაპირი კონტაქტებით (მაგ. ცხვირსა-ხოცით) გადაეცემა. ვირუსის გადაცემა ხორციელდება დაახლოებით 1 მეტრ მანძილზე. ვირუსი თვითინოკულირდება ზემო რესპირაციული ტრაქტის ლორწოვან გარსში (25, 26).

გრიპის ვირუსის სასიცოცხლო ციკლი შედგება შემდეგი ფაზებისაგან: ვირუსის დაკავშირება მასპინძლის უჯრედის ზედაპირზე არსებულ სიალის მჟავასთან, უჯრედში შეჭრა, რეპლიკაცია და გამოთავისუფლება (23, 24).

ჰემაგლუტინინი მთავარი ანტიგენური დეტერმინანტია მანეი-ტრალიზებელი ანტისხეულების წარმოქმნისათვის. ამიტომ ის სეზონური ვაქცინების უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს წარმოადგენს. ნეირამინიდაზა ანტისხეულების წარმოქმნის მეორე დეტერმინანტია. ის ხლეჩს გლიკო-ზიდურ კავშირებს მასპინძლის უჯრედის სიალის მჟავასა და ვირიონის ზედაპირს შორის, რითიც აადვილებს ვირუსის გამოთავისუფლებას უჯრედიდან და მის გავრცელებას რესპირატორულ ტრაქტში. 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 არეგულირებს ვირუსის შინაგან pH-ს, რაც მნიშვნელოვანია ვირუსის რეპლიკაციის ადრეულ სტადიებზე, როდესაც ვირუსი ახორციელებს ნუკლეინის მჟავას ე. წ. “გამიშვლებას”. ამ ფუნქციის ბლოკირება ხორციელდება ამანტადინისა და რიმანტადინის საშუალებით.

საშუალოდ 1-2 დღიანი ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ ვირუსის დეტექცია შესაძლებელია ცხვირ-ხახაში. ვირემიას სავარაუდოდ იშვიათად და ხანმოკლედ აქვს ადგილი. ვირუსის ნეირამინიდაზა აქვეითებს რესპირაციული ტრაქტის ლორწოვანის ვისკოზურობას და აშიშვლებს რეცეპტორებს, რაც აადვილებს ვირუსის გავრცელებას ქვემო რესპირაციულ ტრაქტში. თუკი შეჭრის ადგილას არის სპეციფიური ანტისხეულები, ინფექციური პროცესი წყდება.

პერიფერიული მონონუკლეარული უჯრედების, მათ შორის პოლიმორფულნუკლეარული ლეიკოციტების, ლიმფოციტების და მონოციტების ინფიცირება არაპროდუქტიულია, თუმცა იწვევს უჯრედული იმუნიტეტის დართევუნვას და შემდგომ გართულებებს, როგორცაა ლეიკოციტების ქემოტაქსისისა და ფაგოციტოზის მოშლა, ასევე დაქვეითებული პროლიფერაციისა და ოქსიდაციური ჟანგვის უნარი. ყოველივე ეს განპირობებულია ვირუსის რეპლიკაციითა და შესაძლოა ვირუსის გარკვეული პროტეინების პირდაპირი ციტოტოქსიური ზეგავლენით.

ავადმყოფი მოზრდილი ადამიანი ვირუსს ავრცელებს კლინიკური ნიშნების გამოვლენამდე 1 დღით ადრე და კლინიკური ნიშნების გამოვლენიდან პირველი 5-10 დღის განმავლობაში. თუმცა გამოყოფილი ვირუსის რაოდენობა და შესაბამისად, დაავადების გადაცემის ინტენსივობა ყველაზე მაღალია დაავადების პირველ-მეორე დღეს და მკვეთრად ქვეითდება მე-3-5 დღეს. ჩვილი ასაკის ბავშვები და იმუნოკომპრომიტირებული გრიპით დაავადებული ადამიანები ინფექციის გადაცემის თვალსაზრისით საშიშროებას ქმნიან კვირებისა და თვეების განმავლობაში (39).

იმუნოლოგია: ეპიდემიოლოგიური და ექსპერიმენტული დაკვირვებების თანახმად, გრიპის ვირუსი ხანგრძლივ რეზისტენტობას ავითარებს ადამიანის ორგანიზმში ჰომოლოგიური ვირუსის მიმართ. შეინიშნება ჯვარედინი იმუნიტეტი ქვეტიპის შიგნით, მაგრამ არა ქვეტიპებს და მით უმეტეს ტიპებს შორის. ინფექცია

იწვევს ანტისხეულების გამომუშავებას სისტემურად და ლოკალურად, ასევე ციტოტოქსიურ T უჯრედოვან იმუნიტეტს, რაც უზრუნველყოფს გამოჯანმრთელებას და რეინფექციისაგან დაცვას.

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

გრიპის ინკუბაციური პერიოდი ტიპურ შემთხვევებში არის 1-4 დღე, საშუალოდ 2 დღე (20).

დაავადების დასაწყისი მწვავეა. დაავადება იწყება შემცივნებით, ცხელებით, თავის ტკივილით, მიალგიით, ანორექსიით, რესპირაციული სიმპტომებით. ბავშვებში დაავადებას შესაძლოა ახლდეს გულისრევა და ლებინება. მძიმე შემთხვევებში დაავადება იწყება პროსტრაციით. დაავადების პროგრესირებას ახლავს რესპირაციული სიმპტომების გამძაფრება. ბოლოს ყველაზე შემაწუხებელი სიმპტომი ხდება უხეში ხველა ვირუსული ტრაქეობრონქიტის გამო.

ცხელება	დამახასიათებელია მაღალი ტემპერატურა შემცივნებით. ოფლიანობით. დაავადების მსუბუქი მიმდინარეობისას სხეულის ტემპერატურა 38 ⁰ ჩ-ზე მეტად არ იწევს, ხანგრძლივობა – 1-2 დღეა. საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობისას 39 ⁰ ჩ-მდე მატულობს და ხანგრძლივობა 2-3 დღეა. მძიმე მიმდინარეობისას 39-40 ⁰ ჩ-ზე მეტია და 4-5 დღე გრძელდება. ზოგჯერ ტემპერატურული მრუდი ორფაზიან მიმდინარეობას იღებს (ბავშვებში).
ინტოქსიკაცია	ვლინდება საერთო სისუსტით, ოფლიანობით, კუნთებში და სახსრებში ტეხვის შეგრძნებით და/ან ტკივილით, თავის ტკივილით, ტკივილით თვალების ლატერალური მოძრაობისას. სისტემური ნიშნების გამოხატვა გრიპს სხვა რესპირაციული ვირუსული დაავადებებისაგან მკვეთრად განასხვავებს.
კატარული მოვლენები	რბილი სასის და ხახის უკანა კედლის, ცხვირის ლორწოვანი გარსის გაწითლება, კონიუნქტივას ინიცირება, სურდო, ხველა, ცრემლდენა, სინათლის შიში და ა.შ.
რინიტი	საწყის პერიოდში დამახასიათებელია ცხვირიდან თხიერი ლორწოვანი გამონადენი. თანდართული ბაქტერიული ინფექციის შემთხვევაში გამონაყოფი სქელდება, შეიძლება მიიღოს ჩირქოვანი ხასიათი და არასასიამოვნო სუნის.
ფარინგიტი	დამახასიათებელია ხეხვისა და ფხაჭნის, ტკივილის შეგრძნება ყელში, წამოხველება, ზედაპირული ხველა.
ლარინგიტი	დამახასიათებელია მშრალი, ხშირ შემთხვევაში შეტევითი მტანჯველი ხველა, ხმის ჩახლეჩა.
ტრაქეიტი	დამახასიათებელია მშრალი ან სველი ხველა, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან.
ბრონქიტი	სველ ხველასთან და ნახველთან ერთად ვლინდება ხიხინი ფილტვებში სუნთქვის დროს. როგორც წესი, მოისმინება სველი ხიხინი.

გართულებების გარეშე მიმდინარეობისას ერთი-ოთხი დღის განმავლობაში სხეულის ტემპერატურა ნორმალიზდება და მე-7-10 დღიდან იწყება გაჯანსაღება. გადატანილი ინფექციის შემდეგ 14-20 დღის განმავლობაში შეიძლება დარჩეს ჰაერგამტარი გზების გაღიზიანება. ვლინდება ხველა, სისუსტე, გაღიზიანება (ასთენიური სინდრომი).

გრიპის გართულებები - რიგ შემთხვევებში გრიპმა შესაძლოა გაამწვავოს ფონური ქრონიკული დაავადებები, გართულდეს პირველადი ვირუსული ან მეორადი ბაქტერიული პნევმონიით ან სხვა ინფექციებით. გრიპის მძიმე მიმდინარეობისას შეიძლება გამოვლინდეს ცნს დაზიანების ნიშნები. ჩვილ ბავშვებს გრიპის დროს შესაძლოა განუვითარდეს ფებრილური კრუნჩხვები, ცრუ კრუპის სინდრომი (32).

4.1. ფილტვისმიერი გართულებები

გრიპთან ასოცირებულია პნევმონიის ტიპები: პირველადი – გრიპის ვირუსით გამოწვეული პნევმონია და მეორადი – ბაქტერიული პნევმონია ან შერეული ვირუსულ-ბაქტერიული პნევმონია.

ცხრილი 4-1. გრიპის ფილტვისმიერი გართულებების შედარებითი დახასიათება (17,20)

	პირველადი ვირუსული პნევმონია	მეორადი ბაქტერიული პნევმონია	შერეული ვირუსულ-ბაქტერიული პნევმონია	კეროვანი ვირუსული პნევმონია
პოპულაცია, რომელშიც უპირატესად ვლინდება გართულება	კარდიო-ვასკულური დაავადებების მქონე, ორსულები	> 65 წ., ფილტვის ქრონიკული დაავადებების მქონე	ნებისმიერი A ან B გრიპით დაავადებული	?
კლინიკური მიმდინარეობა	კლინიკის განუწყვეტელი პროგრესირება	გაუმჯობესებას შემდეგ გაუარესება	კლინიკის განუწყვეტელი პროგრესირება	კლასიკური სამდღიანი სინდრომის გაგრძელება
ფიზიკალური კვლევის ნიშნები	ბილატერალური დაზიანების ნიშნები, კეროვანი კონსოლიდაციის გარეშე	კეროვანი კონსოლიდაცია	კეროვანი კონსოლიდაცია	მსტვინავი ხიხინები ლოკალურად
ნახველის ბაქტერიოლოგია	ნორმალური ფლორა	Pneumococcus, Staphylococcus, H. influenzae	Pneumococcus, Staphylococcus, H. influenzae	ნორმალური ფლორა
გულმკერდის რენტგენოგრაფია	ბილატერალური დაზიანებანი	კეროვანი კონსოლიდაცია	კეროვანი კონსოლიდაცია	შეგმენტური ინფილტრაცია
ლეიკოციტური ფორმულა	ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით	ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით	ლეიკოციტოზი მარცხნივ გადახრით	ნორმალური

გრიპის ვირუსის იზოლირება	დიახ	არა	დიახ	დიახ
ეფექტი ანტიბიოტიკო-თერაპიაზე	არა	დიახ	ხშირად	არა
ლეტალური გამოსავლის სიხშირე	მაღალი	შედარებით დაბალი	ვარიანბელურია	დაბალი

ვირუსული პნევმონია ჩვეულებრივ იწყება ტიპური გრიპის სიმპტომებით, რასაც მოსდევს პროგრესირებადი ცხელება, ხველა, დისპნოე, ციანოზი. ფიზიკალური გამოკვლევისას ვლინდება ბილატერალური დაზიანებანი, რაც მოზრდილთა რესპირატორულ დისტრეს სინდრომს შეესაბამება. სისხლის გაზების შესწავლით ვლინდება მნიშვნელოვანი ჰიპოქსია. ნახველის გრამის წესით შეღებვისას იშვიათია ბაქტერიები. ბაქტერიული კულტურა იძლევა ნორმალური ფლორის მწირ ზრდას, ასეთი პაციენტები არ ემორჩილებიან ანტიბიოტიკოთერაპიას და ლეტალობა მაღალია. აუტოფსიაზე ვლინდება ტრაქეიტი, ბრონქიტი, დიფუზური ჰემორაგიული პნევმონია, ალვეოლების ამომფენი ჰიალინური მემბრანები და ანთებადი უჯრედები ალვეოლების შიგნით. ინტერპანდემიურ პერიოდში პირველადი პნევმონია შედარებით იშვიათად გვხვდება.

მეორადი ბაქტერიული პნევმონია ხშირად არ განიხილება გრიპის გარეშე განვითარებული ბაქტერიული პნევმონიისაგან. პაციენტებს (ხშირად მოხუც ან ქრონიკული კარდიოვასკულური ან მეტაბოლური დაავადებების ფონზე) აქვთ კლასიკურად მიმდინარე გრიპი, რის ფონზეც კლინიკური გაუმჯობესების შემდეგ ადგილი აქვს ცხელებას, რასაც ახლავს ბაქტერიული პნევმონიის ნიშნები და სიმპტომები, როგორცაა ხველა ნახველით, ფიზიკალური გამოკვლევითა და გულმკერდის რენტგენოგრაფიით ვლინდება კონსოლიდაციის არეები. გრამის წესით შეღებვა ავლენს ბაქტერიულ პათოგენებს, უპირატესად *S. Pneumococcus*, *Haemophilus influenzae*. ბოლო დროს მატულობს *Staphylococcus aureus* სიხშირე, რაც შედარებით იშვიათადაა საყოფაცხოვრებო პნევმონიის მიზეზი. ზოგიერთი გამოკვლევებით *Staphylococcus aureus*, მათ შორის არაჰოსპიტალური მეტიცილინ-რეზისტენტული შტამი რაც ასოცირებულია მაღალ ლეტალობასთან. *S. aureus* და სხვა ზოგიერთი ბაქტერია გამოიმუშავებს პროტეოლიზურ ფერმენტებს, რაც ააქტივებს გრიპის ჰემაგლუტინინს და ზრდის ვირუსის რეპლიკაციას.

გრიპის აფეთქების დროს პაციენტების ნაწილს აქვს შერეული ვირუსული ბაქტერიული პნევმონია. ბოლოდროინ-დელი დაკვირვებებით გრიპის დროს შესაძლოა გამოვლინდეს ვირუსული პნევმონიის შედარებით მსუბუქი ფორმა ფილტვის წილის ან სეგმენტის დაზიანებით, რაც ძალიან წააგავს *Mycoplasma pneumoniae* მიერ გამოწვეულ პნევმონიას.

4.2. გართულებები ფილტვის მხრივ იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტებში

აივ ინფიცირებული პაციენტებში დაავადება უფრო მძიმედ მიდის, ვიდრე იმუნოკომპეტენტურ პაციენტებში.

გრიპი უფრო მძიმედ მიმდინარეობს პნევმონიის ფონზე იმუნო-სუპრესირებულ ბავშვებში ავთვისებიანი სიმსივნეებით, ვიდრე იმუნოსუპრესიის გარეშე იმავე ასაკის პოპულაციაში. დაავადების მძიმედ მიმდინარეობა და პნევმონიისა და ლეტალობის მაღალი სიხშირე შეინიშნება ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაციისა და ლეიკემიის მქონე პაციენტებში. გრიპის ვირუსის გახანგრძლივებული არაკონტროლირებადი

რეპლიკაციის გამო ამ პაციენტებში მაღალია ანტივირუსული პრეპარატების მიმართ რეზისტენტობის განვითარების შანსი (27,28,29,38).

4.3. სხვა გართულებები სასუნთქი სისტემის მხრივ

კრუპი – A გრიპის ვირუსთან ასოცირებული კრუპი უფრო მძიმედ მიმდინარეობს, ვიდრე B გრიპის ვირუსთან, თუმცა უფრო იშვიათად გვხვდება, ვიდრე სხვა ვირუსული დაავადებების დროს, როგორცაა 1 ან 3 ტიპის პარაგრიპის ვირუსი ან რესპირატორულ-სინციტიური ვირუსი.

ვილტვის ქრონიკული დაავადებების გამწვავება – ქრონიკული ბრონქიტის და ასთმის გამწვავება ხშირია.

4.4. არაფილტვისმიერი გართულებები

მიოზიტი და მოგლობინურია წვივის კუნთების გამკვრივებითა და კრეატინფოსფოკინაზის მატებით შრატში ძირითადად ვლინდება ბავშვებში გრიპის A და B ინფექციის შემდეგ. გართულება შესაძლოა მოზრდილებშიც გამოვლინდეს (17,47,20).

4.5. კარდიალური გართულებები

მიოკარდიტი და პერიკარდიტი იშვიათად ასოცირდება გრიპის A და B ინფექციასთან. გულის დაავადებების მქონე პაციენტებში გრიპი მაღალ ლეტალობას იწვევს (33).

4.6. ტოქსიური შოკის სინდრომი

ბოლო დროს გრიპის A და B ინფექციის დროს აღწერილ იქნა ტოქსიური შოკის მაგვარი სინდრომი. სავარაუდო მიზეზი არის ტოქსინ-სინთეზირებადი სტაფილოკოკის კოლონიზაცია და გრიპის ვირუსის რეპლიკაციის გააქტივება.

4.7. გართულებები ცნს-ის მხრივ

გრიპი A დროს აღწერილია გიენ-ბარეს სინდრომი, თუმცა არ არსებობს რაიმე ეტიოლოგიური კავშირი ამ ორ პათოლოგიას შორის. იშვიათად ვლინდება განივი მიელიტი და ენცეფალიტი (35).

4.8. რეის სინდრომი

რეის სინდრომი ბევრ ვირუსულ ინფექციასთანაა ასოცირებული ბავშვებში, ყველაზე მეტად კი გრიპის და ჩუტყვავილას ვირუსთან. ვლინდება მენტალური სტატუსის შეცვლა. მანიფესტაცია მერყეობს ლეტარგიიდან დელირიუმამდე. შესაძლოა განვითარდეს კრუნჩხვები, სუნთქვის გაჩერება. თავ-ზურგ-ტვინის სითხეში ვლინდება ცილისა და უჯრედების ნორმალური რაოდენობა. ყველაზე ხშირი ლაბორატორიული მაჩვენებელია სისხლში ამონიუმის დონის მატება, რაც ყველა პაციენტს უვლინდება. რეის სინდრომი თითქმის ყოველთვის ვლინდება ბავშვებში, რომელთაც მიიღეს ასპირინი სიცხის დაწვევის თვალსაზრისით გრიპის ან სხვა

ვირუსული ინფექციის ფონზე. ბავშვები, რომლებიც საჭიროებენ ასპირინის უწყვეტ მიღებას წარმოადგენენ სამიზნე ჯგუფს გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩასატარებლად (20,34, 48).

მეორადი გართულებების, ჰოსპიტალიზაციის და ლეტალობის რისკი მაღალია 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტებში, ბავშვებში და პირებში სხვა თანმხლები დაავადებებით. გრიპთან ასოცირებული გართულებების გამო ჰოსპიტალიზაციის სიხშირე მნიშვნელოვნად ცვალებადობს ასაკის მიხედვით გრიპის სხვადასხვა ეპიდემიების დროს (41).

5. დაავადების დიაგნოზი

ადამიანის სეზონურ გრიპზე სავარაუდო შემთხვევად ითვლება პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება კლინიკური ნიშნები: დაავადების მწვავე დაწყება, ხველა, ცხელება $>38^{\circ}\text{C}$, კუნთების და/ან თავის ტკივილი და ეპიდემიოლოგიური კავშირი გრიპთან (20).

კლინიკური გამოვლინებების მიხედვით ძნელია გრიპის გარჩევა სხვა რესპირაციული ვირუსებით გამოწვეული დაავადებებისაგან.

გრიპის კლინიკური განსაზღვრების მგრძობელობა (სენსიტიურობა) და სპეციფიკურობა კლინიკურ კვლევებში მოზრდილებში უტოლდებოდა 63-78%-ს და 55-71%-ს, შესაბამისად, ვირუსის კულტივირებასთან შედარებით. კლინიკური განსაზღვრების სენსიტიურობა დამოკიდებულია სხვა რესპირატორული პათოგენების გავრცელების სიხშირესა და გრიპის აქტივობაზე მოცემულ სეზონზე მოცემულ ტერიტორიაზე.

ამ სირთულის თავიდან ასაცილებლად შემოღებულია ცნება: **გრიპისმაგვარი დაავადება** (გმდ). ის კლინიკურ დიაგნოზს წარმოადგენს და მისი მიზანი არის არა მხოლოდ შემთხვევის ადრეული და შესაბამისი მართვა ინდივიდუალურ შემთხვევებში, არამედ ის მნიშვნელოვან როლს თამაშობს გრიპისა და სხვა რესპირაციული ინფექციების შესაძლო აფეთქების კონტროლში.

სეზონური გრიპის დიაგნოზის დადასტურება საჭიროებს ლაბორა-ტორიული კვლევების ჩატარებას, როგორცაა: ვირუსის კულტივირება, პოლიმერაზა-ჯაჭვური რეაქცია, A და B გრიპის მიმართ სპეციფიური ანტისხეულების გამოვლინება შრატში, სწრაფი ანტიგენური ტესტირება, იმუნოფლუორესცენტული კვლევა.

ლაბორატორიული კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია უნდა მოხდეს კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებთან ერთად.

6. გამოკვლევის გეგმა

6.1. რა მასალა გამოიყენება გრიპის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკისათვის ?

რესპირაციული ვირუსების დიაგნოსტიკა დამოკიდებულია მასალის შეგროვებაზე, მის სწრაფ ტრანსპორტირებასა და ტესტირებამდე შესაბამის პირობებში შენახვაზე. ვირუსის აღმოჩენა ეფექტურად ხდება უჯრედების ან სეკრეტის შემცველ მასალაში. მასალა ვირუსის ანტიგენის ან ნუკლეინის მჟავას დეტექციისათვის და ვირუსის იზოლირებისათვის უკეთესია აღებულ იქნას კლინიკური სიმპტომების გამოჩენიდან პირველ 3-4 დღეში.

ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციების კვლევისათვის გამოიყენება შემდეგი მასალა: ნაზოფარინგეალური ნაცხი; ნაზოფარინგეალური ასპირატი; ცხვირის ნაცხი; ცხვირის გამონარეცხი; ხახის ნაცხი.

ხახის ნაცხი ნაკლებსენსიტიურია ვირუსის დეტექციისათვის სხვა მასალასთან შედარებით.

შესაძლოა ჩატარდეს ინვაზიური პროცედურები ვირუსული ინფექციის დიაგნოსტიკი-სათვის ქვემო რესპირაციული გზებიდან: ტრანსტრაქეალური ასპირატი; ბრონქოალვეოლარული ლავაჟი; ფილტვის ბიოფსია; გვამის ფილტვის ან ტრაქეის ქსოვილი.

გრიპის დიაგნოსტიკური ტესტირება ტარდება, როდესაც გრიპის აფეთქებას აქვს ადგილი ან როდესაც ტესტის შედეგი ზეგავლენას მოახდენს კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებაზე. სწრაფი ტესტები ფართოდ გამოიყენება, ვინაიდან მისი ჩატარებისათვის საჭირო დროის პერიოდი სავსებით შეესაბამება კლინიკური გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო დროს. მიუხედავად ამისა, დიაგნოზის სტანდარტულ რეფერალურ მეთოდს ვირუსის კულტივირება წარმოადგენს (30,42,44).

6.2. რომელი ტესტები გამოიყენება გრიპის დიაგნოსტიკისათვის?

არაპირდაპირი იმუნოფლოუორესცენციის მეთოდი

მონოკლონური ანტისხეულების გამოყენებით იმუნოფლოუორესცენციის მეთოდით ხდება ვირუსული ანტიგენების აღმოჩენა. ტექნიკის სენსიტიურობა არის 70-100 %, ხოლო დადებითი პრედიქტიური ღირებულება - 84-94%, აღწევს რა მაღალ მაჩვენებლებს ვირუსის მაქსიმალური ცირკულაციის დროს. (50,51).

ვირუსის კულტურა

ეს მეთოდი წარმოადგენს ოქროს სტანდარტს გრიპის ტესტირებისათვის. არ გამოიყენება რუტინულ კლინიკურ პრაქტიკაში. ტესტის გამოყენებით შესაძლებელია ვირუსის გამოყოფა ვაქცინის წარმოებისათვის. (50,51).

პოლიმერაზა-ჯაჭვური რეაქცია (პჯრ)

პჯრ ახდენს ვირუსის გენეტიკური მასალის დეტექციას კლინიკურ მასალაში ან ვირუსულ კულტურაში. ტესტი დამყარებულია რნმ ამპლიფიკაციაზე. საშუალებას იძლევა დადგინდეს ვირუსის ევოლუცია და მუტაციები, რაც საფუძვლად დაედება ვაქცინის შტამის შერჩევას (50,51).

სეროლოგიური გამოკვლევა

მეთოდი ემყარება ჰემაგლუტინაციის ინჰიბირებას. საჭიროებს წყვილ შრატს 10 და 15 დღიანი შუალედით. ის იძლევა სეროკონვერსიის დადგენის საშუალებას მოცემული ვირუსის შტამისათვის. გამოიყენება რეტროსპექტული დიაგნოსტიკისათვის (50,51).

გრიპის სწრაფი ტესტები

არის სწრაფი ტესტების სამი ტიპი: ტესტი, რომლებიც ახდენს მხოლოდ გრიპის A დეტექციას, ახდენს გრიპის ვირუსის დეტექციას, მაგრამ ვერ განარჩევს გრიპ A და გრიპ B-ს და რომლებიც ახდენს გრიპის ვირუსის დეტექციას და თან განასხვავებს გრიპს A და B.

სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტი პასუხს 30 წთ-ში იძლევა, რაც მნიშვნელოვანია კლინიკური გადაწყვეტილების მიღების დროს. მისი ღირებულება მნიშვნელოვანწილად დამოკიდებულია პირობებსა და პერიოდზე, როდესაც ის არის გამოყენებული. ასეთი ტესტების სპეციფიკურობა დაახლოებით 90-95%-ს უტოლდება, მაგრამ სენსიტიურობა არის დაახლოებით 60-90%, რაც დამოკიდებულია მასალის ტიპზე, პაციენტის ასაკზე, დაავადების ხანგრძლივობაზე.

სწრაფი ტესტების ცრუ დადებით შედეგებს შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს როდესაც დაავადების პრევალენტობა მოსახლეობაში დაბალია, რასაც ადგილი აქვს გრიპის სეზონის დასაწყისში და დასასრულს. ცრუ უარყოფითი შედეგები სავარაუდოდ უფრო ხშირია მაშინ, როდესაც დაავადების პრევალენტობა მოსახლეობაში მაღალია, რასაც ადგილი აქვს გრიპის სეზონის პიკური აქტივობის დროს.

ცრუ შედეგების მინიმუმამდე დასაყვანად გამოყენებულ უნდა იქნას მაღალი სენსიტიურობისა და მაღალი სპეციფიურობის ტესტები, მასალა უნდა შეგროვდეს დაავადების დაწყებიდან რაც შეიძლება მალე (4-5 დღეში), მკაცრად იქნას დაცული მწარმოებლის ინსტრუქცია, ჩატარდეს სხვა გამოკვლევები სწრაფი ტესტების შედეგების დასადასტურებლად, როდესაც გრიპის პრევალენტობა მოსახლეობაში დაბალია და ტესტის შედეგი დადებითი ან როდესაც გრიპის სეზონის პრევალენტობა მოსახლეობაში მაღალია და ტესტის პასუხია უარყოფითი. ტესტის პასუხები უფრო სარწმუნოა, როდესაც სახეზეა გრიპისათვის დამახასიათებელი

ნიშნები და სიმპტომები (ცხელება, ხველა, ყელის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, თავის ტკივილი, სისუსტე) (31).

გრიპის სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტების ალტერნატივას წარმოადგენს იმუნოფლუორესცენტული ტესტირება. ორივე ეს მეთოდი გამოიყენება კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებისას. იქ, სადაც ეს ტესტები არ არის ხელმისაწვდომი, გადაწყვეტილება მიიღება კლინიკურ სიმპტომატიკაზე დაყრდნობით.

ეპიდემიოლოგიური დიაგნოზი

დიაგნოსტიკა შესაძლოა ჩატარდეს ეპიდემიოლოგიური მონაცემების შეფასებით. კვლევებმა დაადასტურა, რომ ჯანმრთელ მოზრდილებში გრიპის კლინიკური დიაგნოსტიკის სიზუსტე 80-90%-ია საზოგადოებაში გრიპის აფეთქების დროს (50,51).

7. მკურნალობის სქემა

გრიპის კლინიკური მართვა, ზოგადად, მოიცავს რიგ სამედიცინო ღონისძიებებს დაავადების პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის.

დაავადების პროფილაქტიკისათვის ჩატარებული ღონისძიებანი გულისხმობს:

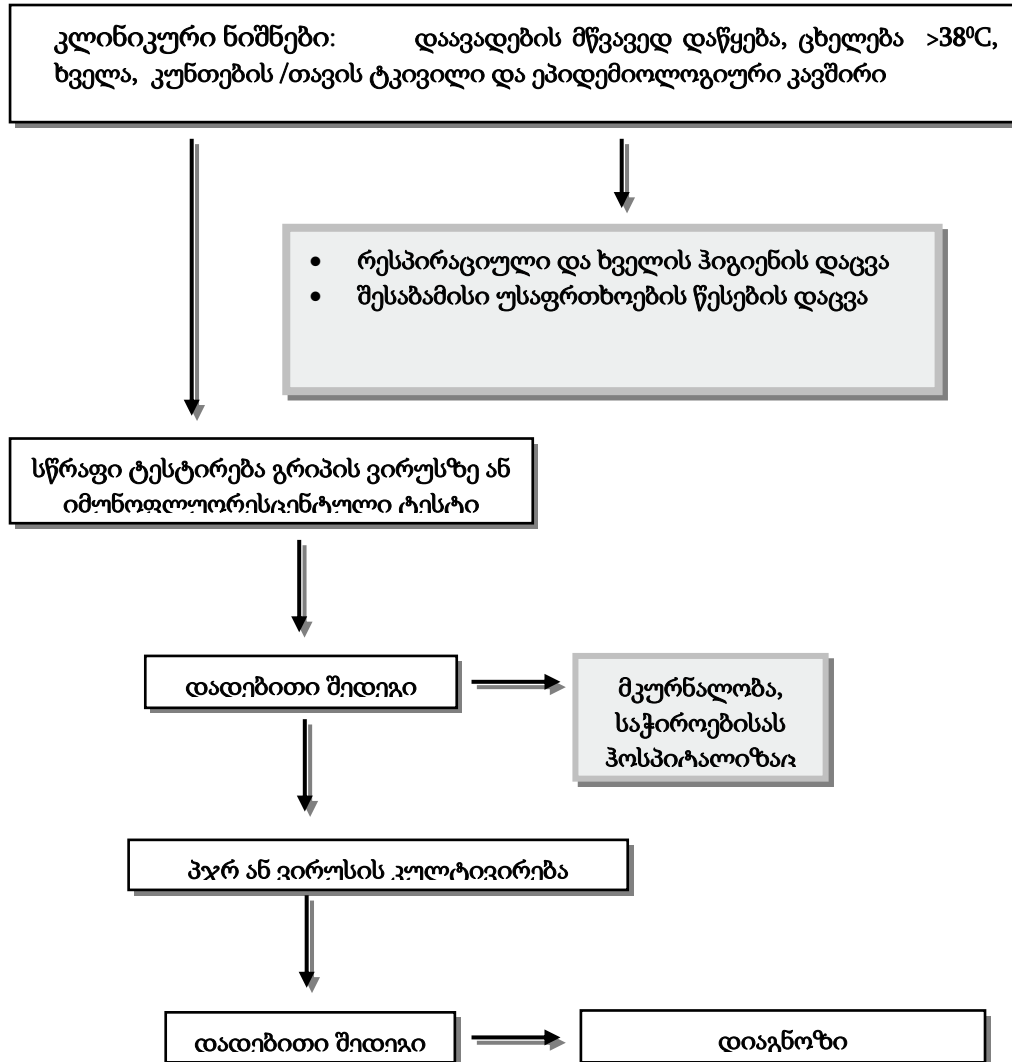
- ვაქცინაცია სეზონური გრიპის საწინააღმდეგოდ;
- *S. Pneumoniae* საწინააღმდეგო ვაქცინაცია;
- ინდივიდუალური თავდაცვის საშუალებების გამოყენება.

ხოლო დაავადების მკურნალობა კი გულისხმობს შემდეგ ღონისძიებებს:

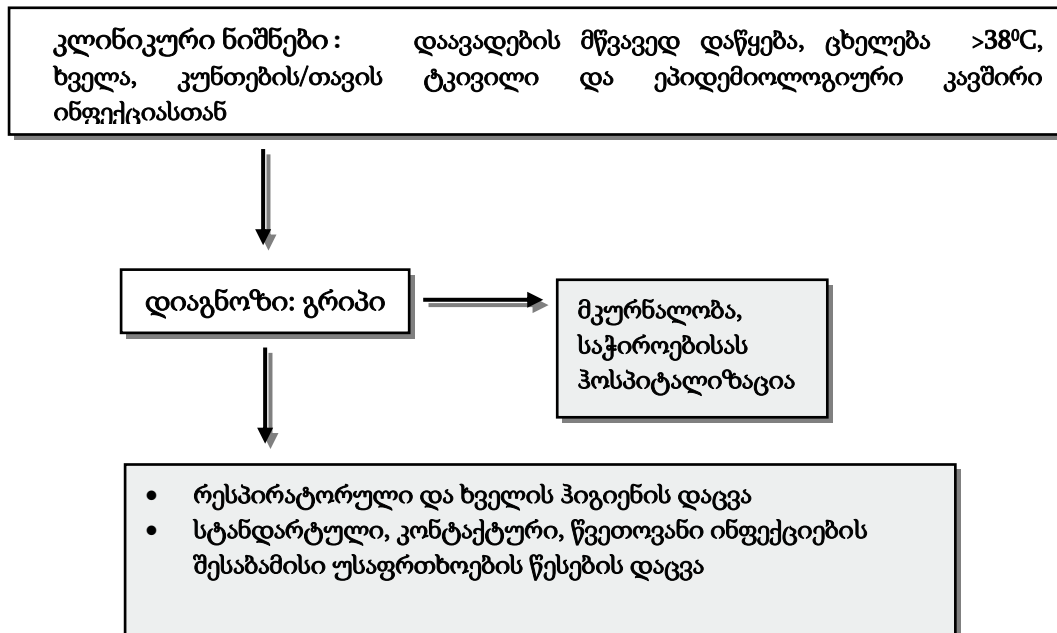
- მკურნალობა ანტივირუსული პრეპარატებით;
- მკურნალობა ანტიბაქტერიული პრეპარატებით;
- მკურნალობა ანტიპირეტიკებით;
- სხვა შესაბამისი დამხმარე თერაპია (მაგ. ოქსიგენოთერაპია, წყალ-მარილოვანი, მჟავა-ტუტოვანი ბალანსის შენარჩუნება და სხვა).

გრიპით დაავადებული პაციენტის გამოკვლევა, კლინიკური მართვა და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები ერთდროულად ხორციელდება, რაც ასახულია ქვემოთ მოყვანილი სქემებზე.

7.1. როგორია გრიპით დაავადებული პაციენტის მართვის სქემა გრიპის სეზონის დასაწყისში ან ჩამთავრებისას?



7.2. როგორია გრიპით დაავადებული პაციენტის მართვის სქემა გრიპის მაღალი აქტივობის დროს?



სეზონური გრიპის კლინიკური მართვა ხორციელდება ჯანდაცვის როგორც პირველად დონეზე, ასევე საავადმყოფოებში, რომელთაც აქვთ მოცემული დაავადების მართვის შესაბამისი რესურსები.

7.3. რა სიმპტომებს/ ნიშნებს უნდა მიექცეს ყურადღება პირველადი ჯანდაცვის დონეზე გრიპის შემთხვევის შეფასებისას ?

რეკ. 1 პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას საყურადღებოა შემდეგი სიმპტომების/ნიშნების არსებობა (ცხრილი 7.1.)

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(48)

7.4. როგორ ხორციელდება პაციენტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე?

რეკ. 2 პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე, სეზონური გრიპის აეჭვო შემთხვევის მართვა იწყება პაციენტის სკრინინგითა და შეფასებით საეჭვო კლინიკურ ნიშნებზე. გამოიყენება ალგორითმი (პაციენტის დინების სქემა), იხ. დანართი 1 (48).

როგორია პაციენტის შეფასების კრიტერიუმები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ეტაპზე?

<p>რეკ 3.</p>	<p>კლინიკური შეფასება იდეალურ შემთხვევაში იწყება ტრიაჟისათვის წინასწარ განკუთვლილ ადგილას გრიპისმაგვარი დაავადების მქონე პაციენტებში. შეფასების დროს რეკომენდებულია პაციენტები განაწილდეს შემდეგ ჯგუფებად:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტები, რომელთაც არ აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები • პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები და ესაჭიროებათ მკურნალობა და • პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები, მაგრამ არ ესაჭიროებათ მკურნალობა. (48)
<p>რეკ 4.</p>	<p>პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის შეფასებისას უნდა ჩატარდეს, სულ მცირე შემდეგი პროცედურები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ზოგადი სტატუსის შეფასება; • ჰიდრატაციის შეფასება; • სხეულის ტემპერატურის გაზომვა • სუნთქვის სიხშირის დათვლა; • სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობის შეფასება (ნეკნთაშუა არეების ჩაზნექვა, ცხვირის ნესტოების მოძრაობა); • კანის, ფრჩხილების, ლორწოვანის ფერის შეფასება; • ფილტვის აუსკულტაცია კრეპიტაციის გამოსავლენად.(48)

7.5. რომელი პაციენტის მართვა შეიძლება განხორციელდეს ბინაზე?

<p>რეკ. 5</p>	<p>შეფასების შემდეგ მსუბუქი გრიპის სიმპტომების მქონე პაციენტები, რომელთაც არ აღენიშნებათ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მძიმე დაავადების თვალსაჩინო ნიშნები და • არ არიან გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფიდან <p>შესაძლოა განთავსდნენ ბინაზე და ჩაუტარდეთ მკურნალობა 4.1.3. ნაწილში მითითებული ინფორმაციის თანახმად.(48)</p>
---------------	---

როგორ ხორციელდება პაციენტის მართვა ბინაზე?

რეკ.6	მსუბუქი დაავადების მქონე პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გართულებების რისკ-ფაქტორები ან დაავადების პროგრესირების/დამძიმების კლინიკური ნიშნები, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ბინაზე. ამ ჯგუფის პაციენტები არ საჭიროებენ ანტივირუსულ თერაპიას.(48)
რეკ. 7	<p>ბინაზე მათ ენიშნებათ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ანალგეტიკები ან ანტიპირეტიკები (არჩევს პრეპარატია აცეტამინოფენი). ასპირინი ან ასპირინის შემცველი პრეპარატები (მაგ. ასკოფენი, ბისმუტის სალიცილატი –პეპტო ბისმუტი) არ უნდა დაინიშნოს 18 წლამდე ასაკის პოპულაციაში რეის სინდრომის განვითარების მომატებული რისკის გამო; • დიდი რაოდენობით სითხე რეჰიდრატაციისათვის პაციენტის საჭიროებიდან / მდგომარეობიდან გამომდინარე; • იზოლაცია ბინის პირობებში და მოსვენების მდგომარეობა ცხელების ჩათავებამდე. • ინფექციის კონტროლის შესაბამისი ღონისძიებები ბინაზე (იხ. რეკომენდაციები ბინაზე მოვლის პირობებში 1,2,3,4); • პაციენტის შემდგომი მეთვალყურეობა დაავადების პროგრესირების ნიშნებისა და სიმპტომების გამოვლენის თვალსაზრისით (48).
რეკ.8	დაავადების პროგრესირების სიმპტომებისა და ნიშნების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტის ბინაზე დატოვების ან ჰოსპიტალიზაციის საკითხი უნდა გადაიხედოს (48).

სურათი 7.1. სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც მიუთითებს დაავადების პროგრესირებასა და დამძიმებაზე:

- სუნთვის უკმარისობა (მოსვენებულ და დატვირთვის მდგომარეობაში), ციანოზი, სისხლიანი ან შეფერილი ნახველი, გულმკერდის ტკივილი, სისხლის დაბალი წნევა;
- გახშირებული ან გაძნელებული სუნთქვა 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში;
- შეცვლილი ცნობიერება: უგონო მდგომარეობა, კონფუზია, გაღვიძების გაძნელება, მორეციდივე ან პერსისტიული კრუნჩხვა, დამბლა;
- პერსისტიული ან მორეციდივე ცხელება და სხვა სიმპტომები, რომლებიც 3 დღეზე მეტხანს გრძელდება;
- დაქვეითებული აქტივობა, დიურეზის შემცირება, ლეთარგია (48).

როგორია რეკომენდაციები პაციენტის მოვლის თაობაზე ბინის პირობებში

რეკ. 9	სამედიცინო პერსონალმა პაციენტს უნდა მისცეს რჩევა ბინაში მოთავსებისა და ოჯახის წევრებთან კონტაქტისაგან თავის არიდების თაობაზე (48)
რეკ. 10	სამედიცინო პერსონალმა პაციენტის ოჯახის წევრებს უნდა მიაწოდოს ამომწორავი ინფორმაცია თავის დაცვის ინდივიდუალური წესების შესახებ (48)

7.2. რჩევები პაციენტს ბინაზე მკურნალობის შემთხვევაში

- პაციენტი თავსდება განცალკევებულ ოთახში შესაბამისი ვენტილაციით სიმპტომების შემცირებამდე ან მათ ალაგებამდე (მაგალითად, განცალკევებული საძილე ოთახი, დამოუკიდებელი საპირფარეშო და სხვა (თუ ეს შესაძლებელია);
- ნარჩუნდება კარგი ვენტილაცია (ღია ფანჯრები) და საკმარისი მზის სხივები ოთახში;
- საჭიროა სულ მცირე 1.8 მ დისტანციის დაცვა პაციენტისაგან, თუ დამცავი ბარიერების უზრუნველყოფა არ ხერხდება ბინაში;
- პაციენტის მიერ გამოიყენება ნიღაბი, როცა ის იმყოფება ოთახში, სადაც ოჯახის სხვა ჯანმრთელი წევრებიც იმყოფებიან;
- გრიპისმაგვარი სიმპტომების მქონე პაციენტებმა თავი უნდა აარიდონ სახლიდან გასვლას და სხვა ადამიანებთან კონტაქტს, რამდენადაც ეს შესაძლებელია, მათ შორის მოგზაურობასაც, სულ მცირე 24 საათის განმავლობაში სიცხის დაწვევის მომენტიდან (ბავშვები, განსაკუთრებით მცირე ასაკში, დიდხანს გამოჰყოფენ ვირუსს);
- თუ გრიპისმაგვარი სიმპტომების მქონე პაციენტისათვის აუცილებელია შინიდან გასვლა (მაგალითად, სამედიცინო საჭიროების გამო) მან უნდა ატაროს ნიღაბი და დაიფაროს ცხვირი და პირი ხველისა და ცემინების დროს.(48)

7.2. რჩევები პაციენტის ოჯახის წევრებს, როდესაც მას ბინაზე მკურნალობთ (გაგრძელება)

- ავადმყოფს არ უნდა ჰყავდეს მნახველები, გარდა იმ ადამიანებისა, რომელთაც მათი მოვლა ევალება;
- შეძლებისდაგვარად თავიდან უნდა იქნას აცილებული 1,8 მ-ზე ახლო კონტაქტი ავადმყოფიდან;
- თუ შესაძლებელია, ოჯახში უნდა განისაზღვროს ერთი ადამიანი, რომელიც მოუვლის ავადმყოფს (ის არ უნდა იყოს გრიპის გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფიდან, მათ შორის ორსულები, თუ ეს შესაძლებელია);
- ოჯახის წევრებმა, რომლებიც მიეკუთვნებიან გრიპის გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფს, თავი უნდა აარიდონ ავადმყოფთან 1,8 მ-ზე ახლო კონტაქტს. თუ ასეთ კონტაქტს მაინც აქვს ადგილი, საჭიროა ნიღბის გამოყენება;
- ავადმყოფებმა არ უნდა მოუარონ ზავშვებს და სხვა ადამიანებს გრიპის გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფიდან;
- ავადმყოფმა უნდა დაიფაროს ცხვირი და პირი ხველის დროს და დაიბანოს ხელები საპნით ან გაიწმინდოს ალკოჰოლიანი ხელსახოცით, განსაკუთრებით ხველისა და ცემინების შემდეგ;
- ოჯახის ყველა წევრმა ხშირად უნდა დაიბანოს ხელები, მათ შორის ავადმყოფთან ან ავადმყოფის ოთახთან ან საპირფარეოსთან კონტაქტის შემდეგ; თავი აარიდოს ავადმყოფის საერთო ჭურჭლიდან საკვების გამოყენებას;
- ხელების გამშრალების დროს გამოყენებული უნდა იქნას ქაღალდის ხელსახოცები; ნაჭრის პირსახოცი უნდა იყოს ინდივიდუალურად განკუთვნილი ოჯახის ყველა წევრისათვის;
- თუ შესაძლებელია, უნდა შენარჩუნდეს კარგი ვენტილაცია ოჯახის წევრებისათვის საერთო ოთახებში (მაგ. ფანჯრების გაღება სამზარეულოში, აბაზანაში და სხვა)(48).

მომვლელის დაცვა

- პაციენტის მოვლის დროს უნდა იქნას გამოყენებული ქირურგიული ნიღაბი;
- ავადმყოფი ჩვილი ბავშვის ხელში დაჭერის დროს, მათი ნიკაპი უნდა იქნას მოთავსებული მომვლელის მხარზე, რათა ხველება ან ცემინება არ მოხდეს უშუალოდ მომვლელის სახეში;
- ხელები უნდა გასუფთავდეს საპნით ან ალკოჰოლის შემცველი ხელსახოცით, ავადმყოფთან ან ავადმყოფის მიერ ნახმარ მოვლის საგნებთან კონტაქტის დროს;
- მომვლელებმა და ოჯახის წევრებმა გრიპისმაგვარი სიმპტომების გამოვლინების შემთხვევაში უნდა მიმართონ ექიმს.(48)

დასუფთავება და ნარჩენების გადაყრა

- პაციენტის მიერ გამოყენებული მასალის გადაყრის შემდეგ საჭიროა ხელების დაბანა;
- საგნების ზედაპირები (მათ შორის საძინებლებში, სააბაზანო ოთახში) ან სათამაშოები უნდა გაიწმინდოს პერიოდულად საყოფაცხოვრებო დეზინფექტანტის საშუალებით;
- თეთრეული, ჭურჭელი და სხვა, რომელიც გამოიყენება ავადმყოფის მიერ, შესაძლებელია გაირეცხოს სხვა ჭურჭელთან ერთად, მაგრამ აუცილებელია, რომ ეს საგნები არ იქნას სხვის მიერ გამოყენებული გარეცხვამდე;
- თეთრეული (როგორცაა, საწოლის თეთრეული და პირსახოცები) უნდა გაირეცხოს საყოფაცხოვრებო საპნით, ხელები უნდა გასუფთავდეს საპნით ან ალკოჰოლის შემცველი ხელსახოცით დასვრილ თეთრეულთან კონტაქტის შემდეგ;
- ჭურჭელი უნდა დაირეცხოს ჭურჭლის სარეცხი მანქანით ან ხელით საპნითა და წყლით;
- სააბაზანო ოთახი უნდა გაიწმინდოს საყოფაცხოვრებო დეზინფექტანტით ყოველდღიურად.(48)

მსუბუქი სიმპტომების მქონე პაციენტებშიც, თუ ისინი მიეკუთვნებიან ქვემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიას:

- ორსულები;
- 65 წლისა და მეტი ასაკის პაციენტები;
- 5 წლამდე ასაკის პაციენტები (განსაკუთრებით, 2 წლამდე ასაკის);
- პაციენტები, რომელთაც აქვთ თანმხლები დაავადებები მდგომარეობები:
 - ქრონიკული ბრონქო-პულმონური დაავადება (მათ შორის, ასთმა);
 - ქრონიკული კარდიოვასკულური დაავადება (გარდა ჰიპერტენზიისა);
 - ქრონიკული ნევროლოგიური დარღვევა (ცერებრული დამბლა, ინსულტი, გაფანტული სკლეროზი, კუნთოვანი დისტროფია და სხვა);
 - იმუნური სუპრესია;
 - ჰემატოლოგიური დარღვევები;
 - ქრონიკული ღვიძლის ან თირკმლის უკმარისობა (გლომერულური ფილტრაცია <30მლ/წთ);
 - მეტაბოლური დარღვევები (განსაკუთრებით შაქრიანი დიაბეტი);
 - ავადმყოფური სიმსუქნე;
 - აცეტილსალიცილის მჟავას ხანგრძლივი გამოყენება(3 , 21)

კლინიკური მართვის სქემა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის დაწესებულებებისათვის

იხილეთ დანართი 1.

7.7. პაციენტების მიმართვა ჯანდაცვის პირველადი რგოლის რეფერალურ ცენტრებში

თუ პაციენტის მდგომარეობა თავიდანვე მძიმეა ან სწრაფად პროგრესირებს აუცილებელია მისი დროული ჰოსპიტალიზაცია.

რომელი ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობა მიუთითებს დაავადების სიმძიმეზე?

- გახანგრძლივებული, 3 დღეზე მეტი ცხელება >38°C;
- დისპნოე;
- სასიცოცხლო მნიშვნელობის მაჩვენებლების შეცვლა: არტერიული ჰიპოტენზია, სუნთქვის სიხშირის მატება, პულსის მატება;
- ცნობიერების დონის შეცვლა;

- ცნობიერების მოშლა;
- მძიმე დეჰიდრატაციის ან მოსალოდნელი შოკის კლინიკური ნიშნები;
- პაციენტის განმეორებითი მიმართვა მორეციდივე ან პერსისტიული ცხელებით (3 დღეზე მეტხანს მიუხედავად ანალგეტიკების ან ანტიპირეტიკების გამოყენებისა);
- პაციენტები გეოგრაფიულად მოშორებული რეგიონებიდან;
- სოციალური, პირადი ან ოჯახური გარემოებები, როცა დაავადება არის მაღალი რისკის შემცველი (მაგალითად, პაციენტს არ შეუძლია თავის მოვლა, წამლის მიღება და სხვა).
- და სხვა კლინიკური პრობლემები (48).

რეკ. 12

პაციენტები მძიმე ან პროგრესირებადი დაავადების ნიშნებით დაუყოვნებლივ უნდა გაიგზავნოს რეფერალურ ცენტრებში შესაბამისი მართვისათვის.

როგორ ხდება სეზონური გრიპის მქონე პაციენტების კლინიკური მართვა ჰოსპიტალის დონეზე?

ჰოსპიტალის დონეზე სეზონური გრიპის მქონე პაციენტების კლინიკური მართვის პროტოკოლი ითვალისწინებს დეტალურ კლინიკურ შეფასებას. მართვის ალგორითმი და შესაბამისი პროცედურები მოყვანილია დანართი №2. (48)

შემთხვევათა შეფასება ჰოსპიტალში

გრიპისმაგვარი დაავადების მქონე პაციენტი ჰოსპიტალს მიმართავს პირდაპირ ან ჯანდაცვის პირველადი რგოლის გავლით. მათ უტარდებათ ტრიაჟი დეტალური კლინიკური შეფასებით, რათა შეირჩეს პაციენტები ჰოსპიტალიზაციისათვის. ტრიაჟის არე წინასწარ უნდა იქნას განსაზღვრული. ტრიაჟის პერიოდში სამედიცინო პერსონალმა უნდა დაიცვას ინფექციის კონტროლის ზომები.

სეზონური გრიპის მქონე პაციენტის ჰოსპიტალიზაციის შესახებ გადაწყვეტილების მიღება დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობაზე, რისკის ჯგუფის კუთვნილებაზე, სახლის პირობებში მისი მოვლის შესაძლებლობებზე, ასევე ქვეყანაში არსებულ რესურსებზე. გადაწყვეტილებას ჰოსპიტალიზაციის შესახებ იღებს ექიმი.

რეკ. 13

შემთხვევათა კლინიკური შეფასების შემდეგ სეზონური გრიპის შესაძლო შემთხვევები დაექვემდებარება ჰოსპიტალიზაციას, თუ პაციენტს აღენიშნება შემდგომი კლინიკური კრიტერიუმები: ბავშვები

- 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
 - სუნთქვის გახშირება
 - >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.)

მოზრდილები

ცხელება **> 38° C** ასოცირებული შემდეგ ნიშნებთან:

- დისპნოე;
- 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 რენტგენოგრამაზე;
- თანმხლები დაავადებების დამძიმება;
- ცნობიერების მოშლა;
- პაციენტები, რომლებიც მობრუნდნენ განმეორებითი კონსულტირებისათვის სასუნთქი სისტემის მხრივ დარღვევების გამო და სხვა

რისკ-ფაქტორები: ორსულობა, მოხუცები, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები, კარდიოვასკულური დაავადებები, თირკმლის, ღვიძლის, ჰემატოლოგიური, ნევროლოგიური, ნერვ-კუნთოვანი დაავადებები და სხვა (48)

რა გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს ჰოსპიტალიზებული ან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსებული პაციენტებისათვის ?

გამოკვლევები, რომლებიც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზებული ან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსებული პაციენტებისათვის (48)

რევ. 14	ზოგადი გამოკვლევები, რომლებიც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის	რევ. 15	გამოკვლევები, რეკომენდებულია თერაპიის პაციენტებისათვის რომლებიც ინტენსიური განყოფილების
	<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 • ელექტროკარდიოგრაფია და სხვა ჩვენების მიხედვით 		<p>ჰოსპიტალიზებული პაციენტისთვის რეკომენდებულ გამოკვლევებს შესაძლოა დაემატოს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • კოაგულაციის მაჩვენებლები • პროკალციტონინი (თუ ხელმისაწვდომია) • და სხვა ჩვენების მიხედვით.

ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევის რომელი შედეგები 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/μl
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 pO2 < 60 ოთახის ჰაერზე

	ჟანგბადის სატურაცია < 90-95% ოთახის ჰაერზე
გულმკერდის რენტგენოგრამა	პათოლოგიური ცვლილებები, დაკავშირებული პნევმონიასთან ან გულის უკმარისობასთან
აპვ	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.

როგორია ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსების კრიტერიუმები?

როდესაც პაციენტს არ აღენიშნება გაუმჯობესება ან არ რეაგირებს ანტივირუსულ პრეპარატებზე, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, სპეციალისტთან კონსულტირების შემდეგ ის გადაჰყავთ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში.

რეკ. 16	<p>ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში პაციენტის გადაყვანის საკითხი უნდა დადგეს, თუ პაციენტს არ აღენიშნება გაუმჯობესება ან არ რეაგირებს ანტივირუსულ თერაპიაზე და აქვს შემდეგი ნიშნები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • გულმკერდის რენტგენოგრამაზე ინფილტრაციის პროგრესირების ნიშნები; • პერსისტიული ჰიპოქსია (შპO₂ < 92%) ან რესპირაციული გადაღლა; • პროგრესირებადი ჰიპერკაპნია; • ჰემოდინამიკის მოშლის ნიშნები; • სეფსისის ან გარდაუვალი შოკის ნიშნები და სხვა.
----------------	--

როგორია ჰოსპიტალიდან ბინაზე გაწერის კრიტერიუმები სეზონური გრიპის მქონე პაციენტებისათვის?

როცა სახეზეა კრიტერიუმები, რომლებიც ასახავს პაციენტის კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებას და ანტივირუსული თერაპიის ეფექტურობას, პაციენტი გაეწერება ჰოსპიტალიდან.

რეკ. 17	<p>პაციენტის გაწერა ჰოსპიტალიდან მიზანშეწონილია, თუ იგი აკმაყოფილებს შემდეგ კრიტერიუმებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტს არ აქვს სიცხე; • არ აქვს დისპნოე; • ირგებს პერორალურად მიღებულ სითხეს; • არაა დეჰიდრატაციის ნიშნები; • სუნთქვის სიხშირე ნაკლებია 30 სუნთქვა/წუთში; • ჟანგბადის სატურაცია მეტია 92%-ზე; • თანმხლები ქრონიკული დაავადებების გამწვავება არ მოხდა გართულებების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფის პაციენტებში(48)
რეკ. 18	<p>პაციენტი უნდა გაეწეროს ოსელტამივირის (ან ზანამივირის) 5 დღიანი კურსის სრულად მიღების შემდეგ ან თუ შესაძლოა ადრეც, უსიცხო 24 საათიანი პერიოდის შემდეგ (48)</p>

7.8. ანტივირუსული პრეპარატები

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 გრიპის ვირუსული ენზიმის ნეირამინიდაზას აქტიური უბნის ბლოკირებას ახდენს და ხელს უშლის ინფიცირებულ უჯრედიდან ვირუსის გამოთავისუფლებას.

A და B 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.

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 - ინჰალირებადი 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.

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.

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. დღეისათვის არსებული მონაცემების მიხედვით, პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი რეზისტენტულია ადამანტანის დერივატების მიმართ. ამიტომ

2011 წლის სეზონური გრიპის დროს, რომლის ერთ-ერთი გამომწვევია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი, მათი დამოუკიდებელი ხმარება რეკომენდებული არ არის.

ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება სეზონური გრიპის სამკურნალოდ

მოყვანილი რეკომენდაციები ემყარება სადღეისოდ მსოფლიოში არსებულ საუკეთესო მტკიცებულებებს. მართალია ამ სფეროში რანდომიზებული კონტროლირებადი კვლევები არ მოიპოვება, მაგრამ ჯანმო განმარტავს, რომ მოცემული მტკიცებულებები საკმარისად სარწმუნოა იმისათვის, რომ კლინიკურ რეკომენდაციებს დაედოს საფუძვლად.

რეკ. 19 სეზონური გრიპის დადასტურებული ან შესაძლო ან სავარაუდო შემთხვევების დროს, როდესაც კლინიკური გამოვლინებები მძიმე ან პროგრესირებადია უნდა ჩატარდეს მკურნალობა **ოსელტამივირით**, მკურნალობა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე (სიმპტომების დაწყებიდან 48 საათის განმავლობაში). (46, 52).

რეკომენდაცია შეეხება პაციენტთა ყველა კატეგორიას, მათ შორის ორსულ ქალებსა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს, ახალშობილების ჩათვლით.

რეკ. 20 მძიმე და პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტებს, რომლებიც არ პასუხობენ მკურნალობის ჩვეულებრივ რეჟიმებს, შესაძლებელია დაენიშნოს ოსელტამივირის მაღალი დოზები გახანგრძლივებულად. მოზრდილებში, მაგალითად, 150 მგ ორჯერ დღეში. (52)

რეკ. 21 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 (52)

სამიზნე ჯგუფი: გრიპის დადასტურებული ან შესაძლო და სავარაუდო შემთხვევები, როდესაც არ აღინიშნება გართულებები და გრიპის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატები ხელმისაწვდომია.

რევ. 22 პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გართულებები, მაგრამ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ოსელტამივირით ან ზანამივირით. მკურნალობა უნდა დაიწყოს, რაც შეიძლება მალე დაავადების გამოვლენიდან (52)

რეკომენდაცია ითვალისწინებს:

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

რევ. 23 პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გართულებები და არ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს, არ სჭირდებათ მკურნალობა ანტივირუსული პრეპარატებით (52).

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

რევ. 24 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)(52).

რევ. 25 მძიმე დაავადების მქონე პაციენტებში, სადაც არაეფექტურია ოსელტამივირის გამოყენება, შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ალტერნატიული ანტივირუსული პრეპარატები, როგორცაა ინტრავენური ზანამივირი, პერამივირი, რიბავირინი ან სხვა ექსპერიმენტული პრეპარატები, თუ ის ხელმისაწვდომია. მონაცემები ამ პრეპარატების გამოყენების შესახებ უნდა შეგროვდეს შემდგომი შეფასებისათვის (52)

ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება გრიპის საპროფილაქტიკოდ

რევ. 26 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 მოზნით (52).

რეკ. 27	თუ გრიპის გართულებების ალბათობა დაბალია, ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკა არ უნდა დაინიშნოს. ეს რეკომენდაცია ძალაშია ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის რისკის მიუხედავად (52).
რეკ. 28	ანტივირუსული აგენტები არ ინიშნება ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით ჯანმრთელ ბავშვებსა და მოზარდებში;
რეკ. 29	<p>ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით ოსელტამივირი (ან ზანამივირი) შესაძლებელია დაინიშნოს:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პირები, რომლებიც მაღალი რისკის ქვეშ არიან გრიპის გართულებების თვალსაზრისით და ახლო კონტაქტში იმყოფებოდნენ გრიპის შემთხვევებთან, როცა ეს უკანასკნელი გადამდები იყო. ▪ პაციენტები, რომელთაც არ შეუძლიათ თავის მოვლა და იყვნენ კონტაქტში გრიპის შემთხვევასთან, როცა ეს უკანასკნელი გადამდები იყო. ▪ ჯანდაცვის მუშაკი, რომელსაც ჰქონდა დაუცველი, ახლო კონტაქტი გრიპის შემთხვევასთან, როცა ეს უკანასკნელი გადამდები იყო(52).
რეკ. 30	<p>ანტივირუსული პროფილაქტიკა არ ინიშნება, როდესაც კონტაქტს ადგილი ჰქონდა პაციენტთან, როდესაც ის არ იყო გადამდები;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ანტივირუსული პროფილაქტიკა არ ინიშნება, როცა კონტაქტიდან გასულია 48 საათზე მეტი; ▪ კონტაქტის შემდეგ პაციენტებს ეძლევათ რეკომენდაცია მიმართონ სამედიცინო დაწესებულებას ცხელების და მწვავე რესპირაციული ნიშნების გამოვლენის შეთხვევაში (52).

გრიპის სამკურნალო და საპროფილაქტიკო ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება მოცემულია ცხრილში 7.2.

ცხრილი 7.2. გრიპის სამკურნალო და საპროფილაქტიკო ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება (52)

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
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

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

ანტივირუსული თერაპია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში

რეკ. 31	<p>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).</p> <p>ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის ჩატარებისას ამ ასაკობრივ ჯგუფში უნდა გვახსოვდეს, რომ ბალანსი რისკსა და სარგებელს შორის გაურკვეველია. გადაწყვეტილება მიიღება ინდივიდუალურად. ინიშნება 2 მგ/კგ ერთხელ დღეში(48).</p>
რეკ. 32	<p>1 წლამდე, განსაკუთრებით კი 2 თვემდე, ასაკის ბავშვებში საჭიროა პაციენტის დამატებითი მეთვალყურეობა პრეპარატის გამოყენებისას. ის სასურველია ჩატარდეს საავადმყოფოში (48).</p>

ცხრილი 7.3. ოსელტამივირის დოზირება სამკურნალოდ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში (21)

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; ოსელტამივირის ხსნარს აქვს მწარე გემო და საჭიროებს ცოტა (10მლ) ტკბილი ხსნარის დამატებას.

ცხრილი 7.4. ოსელტამივირის დოზირება 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში

პროფილაქტიკის მიზნით

ასაკი	რეკომენდებული სამკურნალო დოზა 10 დღის განმავლობაში
3 თვემდე ასაკი	არაა რეკომენდებული, თუ სიტუაცია არ არის კრიტიკული
3-5 თვის ასაკი	20 მგ ერთხელ
6-11 თვის ასაკი	25 მგ ერთხელ

განსაკუთრებული მოსაზრებანი ორსულ ქალებში

გრიპის მქონე ორსულებში დაავადება მიმდინარეობს ტიპური კლინიკური ნიშნებით. ორსულთა დიდ ნაწილში დაავადება წარიმართება გართულებების გარეშე, თუმცა რიგ შემთხვევებში დაავადებამ შესაძლებელია მიიღოს სწრაფად პროგრესირებადი ხასიათი და გართულდეს მეორადი ბაქტერიული ინფექციებით. მძიმე დაავადებას შესაძლებელია ახლდეს ფეტალური დისტრესი. გრიპისმაგვარი დაავადების მქონე ორსულებს ემპირიულად უნდა დაენიშნოთ ანტივირუსული თერაპია. მკურნალობა არ უნდა დაყოვნდეს ვირუსული ტესტის პასუხის მოლოდინში.

ანტივირუსული პროფილაქტიკა არ წარმოადგენს უკუჩვენებას ორსულთათვის. ორსულმა უნდა მიიღოს ოსელტამივირის იგივე დოზა, რაც მოზრდილმა პაციენტებმა. ორსულებში არჩევის პრეპარატი პროფილაქტიკის მიზნით უცნობია,

გასათვალისწინებელია, რომ ზანამივირი ადგილობრივ მოქმედებს და არ ახასიათებს სისტემური ზემოქმედება. ამასთან გათვალისწინებულ უნდა იქნას მისი გვერდითი მოქმედება რესპირატორული ტრაქტის მხრივ ინჰალაციის დროს.

რეკ. 33	პროფილაქტიკის მიზნით ორსულმა უნდა მიიღოს ოსელტამივირის იგივე დოზა, რაც მოზრდილმა პაციენტებმა.
რეკ. 34	ჩვილებში ავადობისა და ლეტალობის მაღალი რისკის გამო რეკომენდებულია ოსელტამივირის გამოყენება.

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 (დოზირებისთვის იხილეთ ცხრილი 7.5 და 7.6).

ცხრილი 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

ცხრილი 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

7.9. ანტივირუსული პრეპარატების 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, დაღლილობა, 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)

7.10. ვაქცინაცია სეზონური გრიპის საწინააღმდეგოდ

სეზონური გრიპის პროფილაქტიკისათვის აფეთქებატა შორის პერიოდში ყოველწლიურად ტარდება გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.

გრიპის ვაქცინები არსებობს ორი ფორმით: ინტრამუსკულარული ფორმა და , რომელიც ინაქტივირებულ ვირუსს და გასუფთავებულ ზედაპირულ ანტიგენს შეიცავს და ინტრანაზალური სპრეი, რომელიც ცოცხალი ატენუირებული ვირუსისაგან შედგება. ორივე მათგანი კვერცხის ალანტოისზე წარმოებული ვირუსისაგან მზადდება. ვაქცინა ვირუსის სამ შტამს შეიცავს (ორი A ტიპის და ერთი B ტიპის ვირუსის).

აცრილ ბავშვთა და ახალგაზრდა პირთა უმრავლესობას უვითარდება პოსტავაქცინური იმუნიტეტი. გამომუშავებული ანტისხეულები დაიცავს დაავადების განვითარებისაგან, თუ ვაქცინის შტამი ემთხვევა მოცირ-კულირე ვირუსის შტამს. ხანშიშესულებსა და ქრონიკულ ავადმყოფებში ვითარდება შედარებით სუსტი იმუნიტეტი, მაგრამ ვაქცინა მათ იცავს გრიპის გართულებებისაგან და ამცირებს ლეტალობას.

ვაქცინის ეფექტურობა დამოკიდებულია რეციპიენტის ასაკსა და იმუნოკომპეტენტურობაზე, ასევე ვაქცინაში არსებული და ცირკულირე-ბადი შტამების თანხვედრაზე. თუ თანხვედრას აქვს ადგილი მაშინ ვაქცინა ეფექტურია 70-80%-ში 65 წლამდე ასაკის პირებში, ხანშიშესულებ-ში კი 30-70%-ში (4,5,11).

2010-2011 წლის სეზონისათვის აშშ Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) მიერ რეკომენდებულია გაფართოვდეს გრიპის რუტინული ვაქცინაციის ჯგუფები 6 თვის ასაკიდან ზემოთ. ეს რეკომენდაცია ეყრდნობა მონაცემებს გრიპის ვაქცინის უსაფრთხოების და ეფექტურობის შესახებ ყველა ასაკობრივ ჯგუფში მიუხედავად რისკის ჯგუფის კუთვნილებისა. ამ სეზონზე ცირკულაციას განაგრძობს A(H1N1) პანდემიური შტამი (რომელიც მძიმედ მიმდინარეობს ახალგაზრდა ასაკის პაციენტებში, ვიდრე სეზონური გრიპი) და ცირკულირებს სეზონური შტამი.

ბავშვებს 6 თვიდან 8 წლამდე, რომელთაც პირველად უტარდებათ ვაქცინაცია, კეთდება ვაქცინის 2 დოზა. ბავშვებმა, რომელთაც მიიღეს ვაქცინის ერთი დოზა გრიპის პირველ სეზონზე, შემდგომ სეზონზე უნდა მიიღონ ორი დოზა. გარდა ამისა, 2010-2011 სეზონზე ბავშვებს, რომელთაც არ ჩატარებიათ A(H1N1) 2009 მონოვალენტური ვაქცინაცია ან არ არის ინფორმაცია მისი ჩატარების შესახებ, უნდა ჩაუტარდეთ ვაქცინაცია 2010-2011 სეზონზე ვაქცინის ორი დოზით. მიუხედავად გრიპის ვაქცინაციის ჩატარებისა წინა სეზონებზე.

რეკ. 35

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2011-2012 წლების გრიპის სეზონისათვის ჩრდილოეთ ნახევარ-სფეროში რეკომენდებულია შემდეგი შტამების შემცველი ვაქცინები: A/California/7/2009 (H1N1); A/Perth/16/2009 (H3N2) და B/Brisbane/60/2008). გრიპის A(H1N1) ვაქცინის ვირუსი მიღებულია 2009 წლის პანდემიური A(H1N1) ვირუსისაგან.

7.11. პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია

რევ. 36	<p>პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია 23 ვალენტური ვაქცინით ნაჩვენებია ბაქტერიული პნევმონიის, ბაქტერიემიისა და მენინგიტის საპროფილაქტიკოდ გრიპის გართულების განვითარების განსაკუთრებით მაღალი რისკის მქონე ადამიანებისათვის, როგორცაა 65 წელზე მეტი ასაკის პირები, პირები, ვისაც აღენიშნებათ გულის უკმარისობა, ემფიზემა, შაქრიანი დიაბეტი, ალკოჰოლიზმი, ღვიძლის ქრონიკული უკმარისობა, იმუნოკომპრომეტირებული პირები. ასევე პირები, რომლებიც ცხოვრობენ სპეციალურ გარემოში: თავშესაფარი, სახლები და ასე შემდეგ (53)</p>
----------------	---

7.12. 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.

7.13. სიმპტომური და სინდრომული თერაპია

რევ. 37	<p>სიმპტომური და სინდრომული თერაპია (მაგ. ოქსიგენოთერაპია, წყალ-მარილოვანი, მჟავა-ტუტოვანი ბალანსის შენარჩუნება და სხვა) საჭიროა ჩატარდეს შესაბამისი ჩვენების მიხედვით (52).</p>
რევ. 38	<p>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. საჭიროებისას გამოიყენება პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი (52).</p>

7.14. კორტიკოსტეროიდების გამოყენება

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

რევ. 39	<p>კორტიკოსტეროიდები არ უნდა იქნას გამოყენებული რუტინულად, მაგრამ მისი დაბალი დოზები შესაძლოა დაინიშნოს სეკტიური შოკის დროს, პაციენტებში ვაზოპრესორების საჭიროებისას და თირკმელზედა ჯირკვლის შესაძლო უკმარისობის დროს (48)</p>
----------------	--

7.15. ოქსიგენოთერაპია

რეკ. 40 პაციენტის მართვის პროცესში, შეძლებისდაგვარად, უნდა ჩატარდეს ჟანგბადით სატურაციის მონიტორინგი პულსოქსიმეტრის საშუალებით (52).

მწვავე რესპირატორული დისტრეს სინდრომის, ასევე სეზონური გრიპის ყველა შესაძლო გართულების მკურნალობა ხორციელდება ქვეყანაში მოქმედი შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით.

7.16. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენება

ჯანდაცვის დაწესებულებებში სეზონური 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.

სეზონური გრიპის **დროს იდს-ს იყენებს:**

- პაციენტის უშუალოდ მომვლელი ყველა სამედიცინო მუშაკი;
- დამხმარე პერსონალი (დამლაგებლები და სხვა);
- ლაბორატორიის ყველა მუშაკი, რომლებსაც უხდებათ 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.

8. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

ბინაზე ჩატარებული მკურნალობის/პროფილაქტიკის ღონისძიებებს, მათ შორის გრიპით დაავადებულთან კონტაქტის მქონე ჯგუფებში, მართავენ პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმები.

რეკ. 41	გამოჯანმრთელებული პაციენტი რაიმე სპეციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს ან მეთვალყურეობას არ საჭიროებს (52).
რეკ. 42	რაიმე გართულებების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტს ჩაუტარდება შესაბამისი მკურნალობა გამოვლენილი სიმპტომების/სინდრომების ხასიათისა და სიმძიმის გათვალისწინებით პირველადი ჯანდაცვის ექიმის გადაწყვეტილებით (52).
რეკ. 43	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 (52).

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

თუ ქვეყანაში 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 აღენიშნებათ 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 გრიპის სავარაუდო შემთხვევის დიაგნოსტიკის და შემდგომ მისი მართვის თაობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების ხმარების წესების შესწავლას დაავადების პროფილაქტიკისათვის.

10.1. აუდიტის კრიტერიუმები

რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული გაიდლაინი?

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

რამდენ პაციენტს (%) დაენიშნა ანტივირუსული პრეპარატი პირველ 48 საათში?

რამდენ პაციენტს (%) დაენიშნა ანტივირუსული პრეპარატი 48 საათის შემდეგ?

რისკის ჯგუფის რამდენ პაციენტს (%) დაენიშნა ანტივირუსული პრეპარატი?

ჰოსპიტალიზებული პაციენტებიდან რამდენი გარდაიცვალა (%) სეზონური გრიპით?

რამდენი პაციენტი (%) 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

გაიდლაინი შედგენილია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ასევე ამერიკის გაიდლაინებსა და საქართველოს გრიპის პანდემიისათვის მზადყოფნის ეროვნულ გეგმაზე, ასევე საქართველოში მოქმედ ჯანმრთელობის, შრომისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებულ ორ სახელმძღვანელოს "პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა (გაიდლაინი)" და "კლინიკური მართვა - პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი (დროებითი სახელმძღვანელო)" .

13. ავტორთა ჯგუფი

გაიდლაინის შექმნაში მონაწილეობა მიიღო მულტიდისციპლინარულმა ჯგუფმა შემდეგი სპეციალისტების მონაწილეობით:

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

თეა კაკაბაძე - ინფექციონისტი, მედიცინის დოქტორი, ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

ირაკლი სასანია - საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტი, CCM ჯგუფის დირექტორი

ნატო გარუჩავა - ეპიდემიოლოგი, ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

ირინე ქაროსანიძე - ოჯახის ექიმი, საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის დირექტორი, საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე

ირმა შველიძე – ექთანი, ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

ლანა გაწერელია - ექიმი ლაბორანტი, ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

14 . ალტერნატიული გაიდლაინი

საქართველოში ამჟამად არ არსებობს.

15. დანართი 1. პაციენტის მართვის ალგორითმი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე

15. დანართი 1. პაციენტის მართვის ალგორითმი

აქვს პაციენტს გრიპისმაგვარი დაავადება?

არა

დიახ

პაციენტს არა აქვს გრიპის სიმპტომები. შეაფასეთ და უმკურნალეთ ჩვენების მიხედვით.

ჩაატარეთ პაციენტის ტრიაჟი სპეციალურად გამოყოფილ ადგილას

ინფექციის კონტროლი

- ზოგადი სტატუსის შეფასება;
- ჰიდრატაციის შეფასება;
- სხეულის ტემპერატურის გაზომვა (ცხელება 38°C)
- სუნთქვის სიხშირის დათვლა;
- სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობის შეფასება;
- კანის, ფრჩხილების, ლორწოვანის ფერის შეფასება;
- ფილტვის აუსკულტაცია კრეპიტაციის გამოსავლენად.

სტანდარტული და წვეთოვანი უსაფრთხოება: პაციენტისთვის: ქირურგიული ნიღაბი; სამედიცინო პერსონალისთვის: ხელების ჰიგიენა, ქირურგიული ნიღაბი, წინსაფარი, ხელთათმანები.

პაციენტს არ აქვს მძიმე დაავადება

პაციენტს არ აქვს მძიმე დაავადება, მაგრამ არის გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფიდან. არის:
 ორსული;
 65 წელზე მეტი ან 5 წლამდე ასაკის;
 აქვს თანმხლები დაავადებები/ მდგომარეობები ნებისმიერ ასაკში: ქრონიკული ბრონქოპულმონური დაავადება; ქრონიკული კარდიოვასკულური დაავადება (გარდა ჰიპერტენზიისა); ქრონიკული ნევროლოგიური დარღვევა; იმუნური სუპრესია, ჰემატოლოგიური დარღვევა; ქრონიკული ღვიძლის ან თირკმლის დაავადება; მეტაბოლური დარღვევები; ავადმყოფური სიმსუქნე.

პაციენტს აქვს მძიმე დაავადების ნიშნები: მძიმე რესპირატორული დისტრესი; სუნთქვის სიხშირის მატება; მძიმე დეჰიდრატაციის ან გარდაუვალი შოკის ნიშნები; სასიცოცხლო ნიშნების მოშლა; ცნობიერების მოშლა; სხვა კლინიკური პრობლემა; სწრაფად პროგრესირებადი დაავადება ან უჩვეულოდ გახანგრძლივებული დაავადება და სხვა

მოსახლეობის დაცვა: პაციენტისთვის: ბინაზე ქირურგიული ნიღაბი, ხველის ჰიგიენა, ხელის ხშირი დაბანა. თავი აარიდეთ საზოგადოებრივ ტრანსპორტს; გამოიყენეთ ქირურგიული ნიღბები; დაიფარეთ ცხვირი, ნესტოები; თავი აარიდეთ ახლო კონტაქტებს.

იზოლაცია და მართვა ბინაზე;
 ანტივირუსული პრეპარატები არ არის საჭირო

ანტივირუსული მკურნალობა;
 იზოლაცია და მართვა ბინაზე ან ჰოსპიტალიზაცია

ჰოსპიტალიზაცია
 ანტივირუსული მკურნალობა

პაციენტის მართვის ალგორითმი ჯანდაცვის რეფერალურ დონეზე

უსაფრთხოების ზომები

მძიმე დაავადების ან მისი სწრაფი პროგრესირების კლინიკური ნიშნები ცხელება > 38°C, რასაც თან ახლავს

- დისპნოე და გამწვანებული სუნთქვა
- პულსოქსიმეტრით სატურაცია შპ 2 < 90% (თუ ხელმისაწვდომია);
- სასიცოცხლო ნიშნების შეცვლა: არტერიული ჰიპოტენზია (სისტოლური < 90მმ.ვწყსვ და დიასტოლური <60 მმ.ვწყსვ), სუნთქვის სიხშირის მატება (>30/წთ), პულსის მატება (>120/წთ).
- ჰიპოქსია (განსაზღვრული პულსოქსიმეტრით, თუ შესაძლებელია (ჟანგბადის სატურაცია <92%)
- ცნობიერების მოშლა: აგზნება, კრუნჩხვა და სხვა
- მძიმე დეჰიდრატაცია (სხეულის წონის 10%-ზე მეტი დანაკარგი, პერიფერიული პულსი სუსტი ან არ ისინჯება, კანის ტურგორი დაქვეითებული, სისხლის წნევა არ ისაზღვრება და ჩავარდნილი თვლები.)
- ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრამაზე (ფილტვის ინფილტრატები)
- პაციენტის შემობრუნება მორეციდივე ან პერსისტიული ცხელებით (სიცხემ არ დაიწია 3 დღის განმავლობაში მიუხედავად ანალგეტიკების გამოყენებისა);
- პაციენტები გეოგრაფიულად მოშორებული რეგიონიდან;
- სოციალური, პირადი ან ოჯახური გარემოებები, როცა დაავადება არის მაღალი რისკის შემცველი (მაგალითად, პაციენტს თვითონ არ შეუძლიათ წამლის მიღება და სხვა)

სტანდარტული და წვეთოვანი უსაფრთხოება:

პაციენტისთვის: ქირურგიული ნიღაბი;
სამედიცინო პერსონალისთვის: ხელების ჰიგიენა, ქირურგიული ნიღაბი, წინსაფარი, ხელთათმანები.

სტანდარტული და წვეთოვანი უსაფრთხოება:

პაციენტისთვის: ქირურგიული ნიღაბი, კოჰორტული განთავსება, იზოლაცია აღარაა საჭირო, როცა პაციენტი 72 საათი იღებს ანტივირუსულ პრეპარატებს და არა აქვს ცხელება 24 საათის განმავლობაში ანტიპირეტიკების გარეშე.
სამედიცინო პერსონალისთვის: ხელების ჰიგიენა, ქირურგიული ნიღაბი, წინსაფარი, ხელთათმანები, თვალის დაცვა, თუ არის გაშხეფების საშიშროება, აეროზოლწარმომქმნელი პროცედურების დროს იხმარება ხალათი, ხელთათმანები და კარგად მორგებული N95 რესპირატორი.

დამატებით
 დაუყოვნებელი
 ჰოსპიტალიზაცია
 დასვენებულთან:
 რაქტერული
 ჰიპოქსემია;
 ჰემოდინამიკის მოშლა;
 სეფსისის ან გარდაუვალი
 შოკის ნიშნები;

ანტივირუსული
 პრეპარატები+და
 მხმარე თერაპია

პაციენტის მდგომარეობა უმჯობესდება

- პაციენტი აფებრილურია;
- შეუძლია სითხის მიღება;
- არ არის დისპნოე;
- არ არის დეჰიდრატაციის ნიშნები;
- სუნთქვის სიხშირე <30/წთ;
- ჟანგბადის სატურაცია >92%
- გართულების მაღალი რისკის პაციენტებში თანმხლები ქრონიკული დაავადებები არ გამწვავდა

პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება:

- პროგრესირებადი ფილტვის ინფილტრატები;
- პერსისტიული ჰიპოქსემია (SpO₂ <92%);
- პროგრესირებადი ჰიპერკაპნია;
- ჰემოდინამიკის მოშლილობა;
- სეფსისის, შოკის ნიშნები

გაწერა ბინის პირობებში

ინტენსიური თერაპიის და
 რეანიმაციის განყოფილება

44
**პაციენტის გაწერა
 უნდა მოხდეს
 ოსელტამივირის 5 დღიანი
 გურსის ჩაბარების შემდეგ ან**

17. გამოყენებული ლიტერატურა

1. <http://www.ncdc.ge/archive.html> – საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრის ინტერნეტ-გვერდი.
2. Bridges CB, Kuehnert MJ, Hall CB. Transmission of influenza: implications for control in health care settings. *Clin Infect Dis* 2003;37:1094-1101
3. Beigel JH, Farrar J, Han AM, et al: Avian influenza A (H5N1) infection in humans. *N Engl J Med* 2005; 353:1374-1385
4. Belshe RB, Mendelman PM, Treanor J, et al. The efficacy of live attenuated, cold-adapted, trivalent, intranasal influenzavirus vaccine in children. *N Engl J Med* 1998;338:1405-1412.
5. CDC. Prevention and control of influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunizations Practices (ACIP). *MMWR* 2003; 52(RR-8):1-34.
6. CDC. Neuraminidase inhibitors for treatment of influenza A and B infections. *MMWR* 1999; 48:RR-14.
7. Cooper NJ, et al. Effectiveness of neuraminidase inhibitors in treatment and prevention of influenza A and B: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *British Med J* 2003;326:1-7
8. Demicheli V, Jefferson T, Rivetti D, Deeks J. Prevention and early treatment of influenza in healthy adults. *Vaccine* 2000; 18:957-1030.
9. Gubareva LV, Kaiser L, Hayden FG. Influenza virus neuraminidase inhibitors. *The Lancet* 2000;355:827-835.
10. Gubareva LV, Webster RG, Hayden FG. Comparison of the activities of zanamivir, oseltamivir, and RWJ-270201 against clinical isolates of influenza virus and neuraminidase inhibitor-resistant variants. *Antimicrob Agents Chemother* 2001; 45:3403-3408.
11. Harper SA, Fukuda K, Uyeki TM, et al. Prevention and control of influenza: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 53 (RR-6):1, 2004
12. Herlocher ML, Truscon R, Elias S, et al. Influenza viruses resistant to the antiviral drug oseltamivir: transmission studies in ferrets. *J Infect Dis* 2004;190:1627-1630.
13. Hayden FG, Belshe R, Villanueva C, et al. Management of influenza in households: a prospective, randomized comparison of oseltamivir treatment with or without postexposure prophylaxis. *J Infect Dis* 2004;189:440-449
14. Kaiser L, Wat C, Mills T, Mahoney P, Ward P, Hayden F. Impact of oseltamivir treatment on influenzarelated lower respiratory tract complications and hospitalizations. *Arch Intern Med* 2003;163:1667-1672.
15. 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>.
16. Jefferson TO, Demicheli V, Deeks JJ, Rivetti D. Amantadine and rimantadine for preventing and treating influenza A in adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
17. Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases (edited by) Gerald L. Mandell, John E. Bennett, Raphael Dolin. – 6th ed. 2005

18. Mounts AW, Kwong H, Izurieta HS, et al. Case-control study of risk factors for avian influenza A (H5N1) disease, Hong Kong, 1997. *J Infect Dis* 1999;180:505-508
19. Monto AS, Fleming DM, Henry D, et al. Efficacy and safety of the neuraminidase inhibitor zanamivir in the treatment of influenza A and B virus infections. *J Infect Dis* 1999;180:254-261
20. Nicholson KG. Human influenza. In: Nicholson KG, Webster RG, Hay AJ, eds. *Textbook of influenza*. Oxford, England: Blackwell Science, 1998:219-64.
21. Salgado CD, Farr BM, Hall KK, Hayden FG. Influenza in the acute hospital setting. *Lancet Infect Dis* 2002;2:145-155
22. Pons MW: Isolation of influenza virus ribonucleoprotein from infected cells. Demonstration of the presence of negative-stranded RNA in viral RNP. *Virology* 1971; 46:149-160
23. Springer GF, Schwick HG, Fletcher MA: The relationship of the influenza virus inhibitory activity of glycoproteins to their molecular size and sialic acid content. *Proc Natl Acad Sci USA* 1969; 64:634-641
24. Adachi M, Matsukura S, Tokunaga H, et al: Expression of cytokines on human bronchial epithelial cells induced by influenza virus A. *Int Arch Allergy Immunol* 1997; 113:307-311
25. Papineni RS, Rosenthal FS: The size distribution of droplets in the exhaled breath of healthy human subjects. *J Aerosol Med* 1997; 10:105-116
26. Brankston G, Gitterman L, Hirji Z, et al: Transmission of influenza A in human beings. *Lancet Infect Dis* 2007; 7:257-265
27. Numazaki K, Chiba S, Umetsu M, et al: Etiological agents of lower respiratory tract infections in Japanese children. *In Vivo* 2004; 18:67-71
28. Bowden RA: Respiratory virus infections after marrow transplant: the Fred Hutchinson Cancer Research Center experience. *Am J Med* 1997; 102:27-30; discussion 42-23
29. de Roux A, Marcos MA, Garcia E, et al: Viral community-acquired pneumonia in nonimmunocompromised adults. *Chest* 2004; 125:1343-1351
30. Petric M, Comanor L, Petti CA: Role of the laboratory in diagnosis of influenza during seasonal epidemics and potential pandemics. *J Infect Dis* 2006; 194 (Suppl 2):S98-S110
31. Hurt AC, Alexander R, Hibbert J, et al: Performance of six influenza rapid tests in detecting human influenza in clinical specimens. *J Clin Virol* 2007; 39:132-135
32. Schanzer DL, Tam TW, Langley JM, et al: Influenza-attributable deaths, Canada 1990-1999. *Epidemiol Infect* 2007; 135:1109-1116
33. Onitsuka H, Imamura T, Miyamoto N, et al: Clinical manifestations of influenza a myocarditis during the influenza epidemic of winter 1998-1999. *J Cardiol* 2001; 37:315-323
34. Mehdi S, Franco J: Reye's syndrome in an adult: A case report. *WMJ* 2000; 99:23-24
35. Morishima T, Togashi T, Yokota S, et al: Encephalitis and encephalopathy associated with an influenza epidemic in Japan. *Clin Infect Dis* 2002; 35:512-517
36. Bright RA, Shay DK, Shu B, et al: Adamantane resistance among influenza A viruses isolated early during the 2005-2006 influenza season in the United States. *JAMA* 2006; 295:891-894
37. Treanor JJ, Hayden FG, Vrooman PS, et al: Efficacy and safety of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in treating acute influenza: A randomized controlled trial. US Oral Neuraminidase Study Group. *JAMA* 2000; 283:1016-1024
38. Safrin S, Rush JD, Mills J: Influenza in patients with human immunodeficiency virus infection. *Chest* 1990; 98:33-37
39. Nichols WG, Guthrie KA, Corey L, et al: Influenza infections after hematopoietic stem cell transplantation: risk factors, mortality, and the effect of antiviral therapy. *Clin Infect Dis* 2004; 39:1300-1306
40. Treanor JJ, Hayden FG, Vrooman PS, et al. Efficacy and safety of the oral neuraminidase inhibitor oseltamivir in treating acute influenza: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:1016-1024.

41. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al: Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus. *JAMA* 289:179, 2003
42. Uyeki TM. Influenza diagnosis and treatment in children: a review of studies on clinically useful tests and antiviral treatment for influenza. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:164-177.
43. World Health Organization Global Influenza Program Surveillance Network. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 1515–21.
44. WHO (2002). WHO manual on animal influenza diagnosis and surveillance. Geneva, World Health Organization (document WHO/CDS/CSR/NCS/2002.5, available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/en/whocdscsrnscs2002>)
45. WHO Disease classification and coding systems DIMDI-ICD-10 WHO – 2006
46. Webster RG, Bean WJ, Gorman OT, et al: Evolution and ecology of influenza A viruses. *Microbiol Rev* 1992; 56:152-179
47. 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).
48. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance
Publication date: November 2009
http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/index.html
49. 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;
50. Health Establishments Preparation for Unusual or Unexpected Cases or Clusters of Severe Acute Respiratory Infection , (SARI) Version APRIL 2009
<http://www.influenzatraining.org/documents/s16036e/s16036e.pdf>
51. WHO Regional Office for Europe guidance for influenza surveillance in humans.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/90443/E92738.pdf
52. 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
53. Centers for Disease Control and Prevention. ACIP Provisional Recommendations for Use of Pneumococcal Vaccines. [Internet]. 2008 October 22 [cited 2009 June 5]. Available from: <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/provisional/downloads/pneumo-oct-2008-508.pdf>

სეზონური გრიპი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

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 (ეკვატორიული აფრიკა, აზიის სამხრეთ-აღმოსავლეთი) ახასიათებს წლიური აქტივობა. დაავადება ხასიათდება შემცივნებით, 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.

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

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაცია-ციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით (Disease classification and coding systems DIMDI-ICD-10 WHO-2006) გრიპი განეკუთვნება რესპირაციული სისტემის დაავადებათა ჯგუფს. კოდი – J10-J11.

2. კრიტერიუმები დაავადების განსაზღვრისათვის

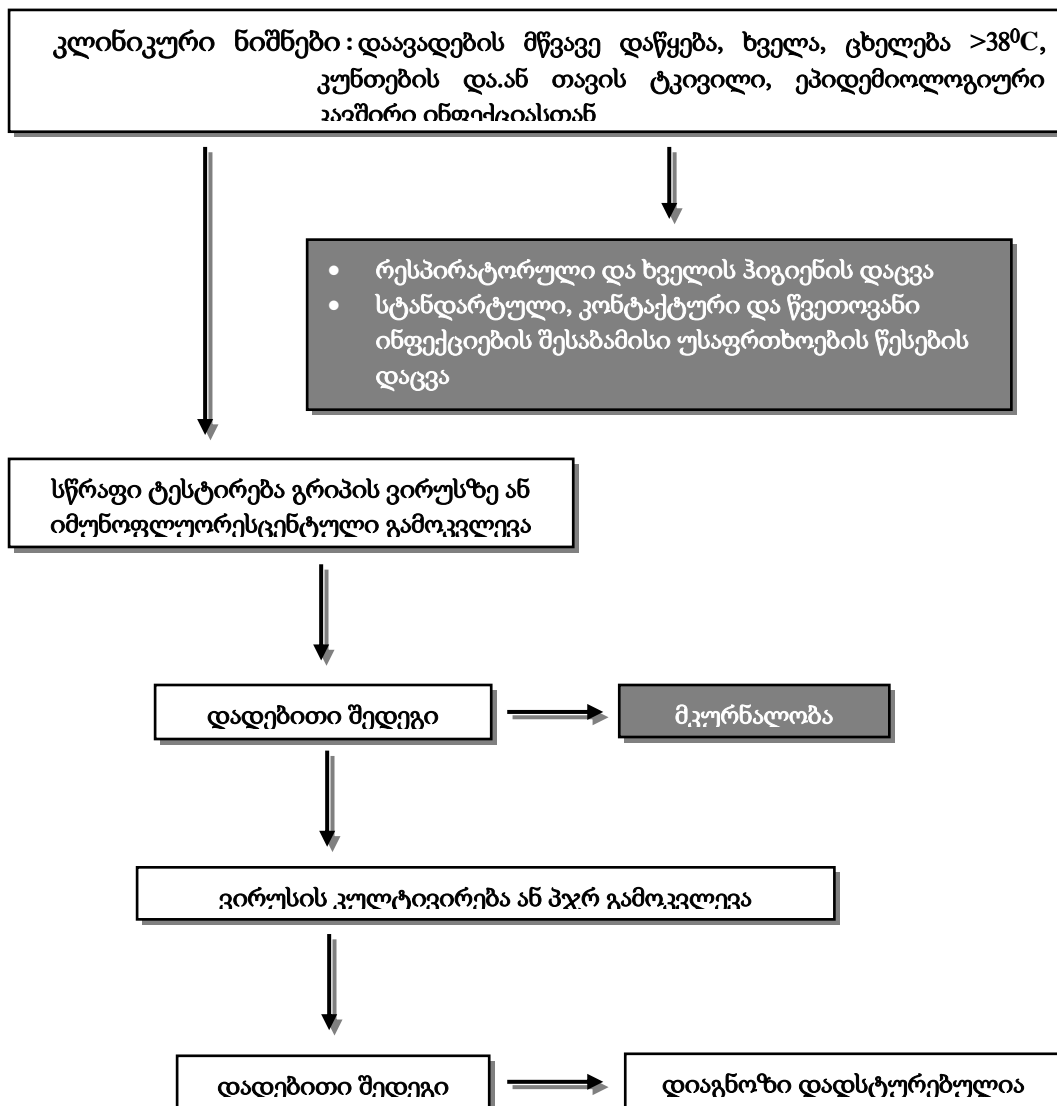
ადამიანის სეზონურ გრიპზე საეჭვოდ შემთხვევად ითვლება პაციენტი, რომელსაც აღენიშნება კლინიკური ნიშნები: დაავადების მწვავე დაწყება, ხველა, ცხელება $>38^{\circ}\text{C}$, კუნთების და/ან თავის ტკივილი და ეპიდემიო-ლოგიური კავშირი ინფექციასთან.

სეზონური გრიპის დადასტურება საჭიროებს ლაბორატორიული კვლევების ჩატარებას, როგორცაა: ვირუსის კულტივირება, A და B გრიპის მიმართ სპეციფიური ანტისხეულების გამოვლინება შრატში, სწრაფი ანტიგენური ტესტირება, პოლიმერაზა-ჯაჭვური რეაქცია, იმუნოფლუორეს-ცენტული კვლევა.

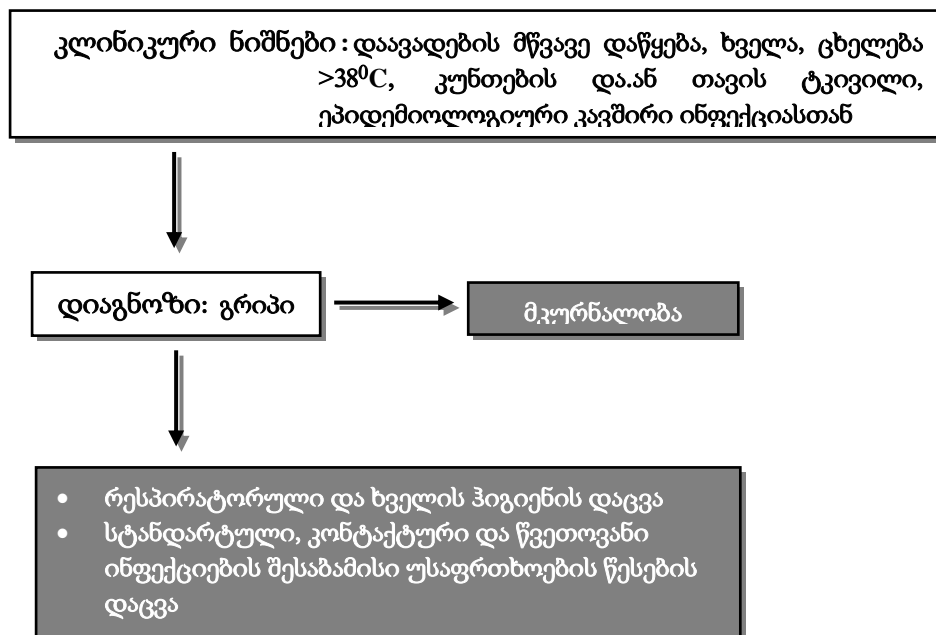
გრიპის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკური ტესტირება ტარდება, როდესაც გრიპის აფეთქებას აქვს ადგილი ან როდესაც ტესტის შედეგი ზეგავლენას მოახდენს კლინიკური გადაწყვეტილების მიღებაზე. სწრაფი ტესტები ფართოდ გამოიყენება, ვინაიდან მისი ჩატარებისათვის საჭირო დროის პერიოდი სავსებით შეესაბამება კლინიკური გადაწყვეტილების მისაღებად საჭირო დროს. მიუხედავად ამისა, დიაგნოსტიკის სტანდარტულ რეფერალურ მეთოდს ვირუსის კულტივირება წარმოადგენს.

ლაბორატორიული კვლევის შედეგების ინტერპრეტაცია უნდა მოხდეს კლინიკურ და ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებთან ერთად.

2.1. გამოკვლევის სქემა გრიპის სეზონის დასაწყისში ან ჩამთავრებისას



2.2. გამოკვლევის სქემა გრიპის მაღალი აქტივობის დროს



3. სიმპტომები და ნიშნები

გრიპის ინკუბაციური პერიოდი ტიპურ შემთხვევებში არის 1-4 დღე, საშუალოდ 2 დღე. დაავადების დასაწყისი «მწვავეა», დაავადება იწყება ცხელებით და რესპირაციული სიმპტომებით. ბავშვებში დაავადებას შესაძლოა ახლდეს გულისრევა და ლებინება. მძიმე შემთხვევებში დაავადება იწყება პროსტრაციით. დაავადების პროგრესირებას ახლავს რესპირატორული სიმპტომების გამძაფრება. ბოლოს ყველაზე შემაწუხებელი სიმპტომი ხდება უხეში ხველა ვირუსული ტრაქეობრონქიტის გამო.

ცხელება – დამახასიათებელია მაღალი ტემპერატურა, როგორც წესი შემცივნებით. ტემპერატურის სწრაფი დაწვევისას აღინიშნება ოფლიანობა. დაავადების მსუბუქი მიმდინარეობისას სხეულის ტემპერატურა 38°C -ზე მეტად არ იწევს, ხანგრძლივობა – 1-2 დღეა. სა-შუალო სიმძიმის მიმდინარეობისას 39°C -მდე მატულობს და ხანგრძლივობა 2-3 დღეა. მძიმე მიმდინარეობისას $39-40^{\circ}\text{C}$ -ზე მეტია და 4-5 დღე გრძელდება. ზოგჯერ ტემპერატურული მრუდი და ორფაზიან მიმდინარეობას იღებს. ცხელების მეორე ტალღა მე-3 ან მე-4 დღეზე მოდის.

ინტოქსიკაცია – ვლინდება საერთო სისუსტით, ოფლიანობით, კუნთებში და სახსრებში ტეხვის შეგრძნებით და/ან ტკივილით, თავის ტკივილით, ტკივილით თვალების ლატერალური მოძრაობისას.

სისტემური ნიშნების მკაფიოდ გამოხატვა გრიპს სხვა რესპირაციული ვირუსული დაავადებებისაგან მკვეთრად განასხვავებს.

კატარული მოვლენები – რბილი სასის და ხახის უკანა კედლის, ცხვირის ლორწოვანი გარსის გაწითლება, კონიუნქტივიტი. რაც გამოიხატება სურდოთი, ხველებით, ცრემლდენით, სინათლის შიშით და ა.შ.

რინიტი – საწყის პერიოდში დამახასიათებელია ცხვირიდან უხვი თხიერი ლორწოვანი გამონადენი. თანდართული ბაქტერიული ინფექციის შემთხვევაში გამონაყოფი სქელდება, შეიძლება მიიღოს მომწვანო ფერი, ჩირქოვანი ხასიათი და არასასიამოვნო სუნის.

ფარინგიტი – დამახასიათებელია ხეხვისა და ფხაჭნის, ტკივილის შეგრძნება ყელში, წამოხველება, ზედაპირული ხველა.

ლარინგიტი – დამახასიათებელია მშრალი, ხშირ შემთხვევაში შეტევიითი მტანჯველი ხველა, ხმის ჩახლეჩა.

ტრაქეიტი – დამახასიათებელია მშრალი ან სველი ხველა, ტკივილი მკერდის ძვლის უკან.

ბრონქიტი – სველ ხველასთან და ნახველთან ერთად ვლინდება ხიხინი ფილტვებში სუნთქვის დროს. როგორც წესი, მოისმინება სველი ხიხინი.

გართულებების გარეშე მიმდინარეობისას ერთი-ოთხი დღის განმავლობაში სხეულის ტემპერატურა ნორმალიზდება და მე-7-10 დღიდან იწყება გაჯანსაღება. გადატანილი ინფექციის შემდეგ 14-20 დღის განმავლობაში შეიძლება დარჩეს ჰაერგამტარი გუბების გაღიზიანება და ფილტვის ფუნქციების მოშლა. ვლინდება ხველა, სისუსტე, გაღიზიანება (ასთენიური სინდრომი).

მონაცემები მიუთითებს, რომ B გრიპის ვირუსით გამოწვეული დაავადება ძალიან ჰგავს A გრიპის ვირუსით გამოწვეულ დაავადებას, მაგრამ უფრო მსუბუქად მიმდინარეობს. C გრიპის მიერ გამოწვეული დაავადება აფებრილური მიმდინარეობით ხასიათდება და არ იწვევს ეპიდემიებს.

რიგ შემთხვევებში გრიპმა შესაძლოა გაამწვავოს ფონური ქრონიკული დაავადებები (მაგალითად, გულ-ფილტვის დაავადებები), გართულ-დეს პირველადი ვირუსული ან მეორადი ბაქტერიული პნევმონიით ან სხვა ინფექციებით. გრიპის მძიმე მიმდინარეობისას შეიძლება გამოვლინ-დეს ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნები. ჩვილ ბავშვებს გრიპის დროს შესაძლოა განუვითარდეს ფებრილური კრუნჩხვები, კრუპი.

რეის სინდრომი ბევრ ვირუსულ ინფექციასთანაა ასოცირებული ბავშვებში, ყველაზე მეტად კი გრიპის და ჩუტყვავილას ვირუსთან. მენტალური სტატუსის შეცვლა ვლინდება ტიპური რესპირაციული სინდრომის განვითარებიდან რამოდენიმე დღეში. მანიფესტაცია მერყეობს ლეტარგია-დან დელირიუმამდე. შესაძლოა განვითარდეს კრუნჩხვები, სუნთქვის გაჩერება. თავ ზურგ ტვინის სითხეში ვლინდება ცილისა და უჯრედების ნორმალური რაოდენობა, რაც მიუთითებს უფრო ენცეფალოპათიაზე, ვიდრე ენცეფალიტზე ან მენინგოენცეფალიტზე. ყველაზე ხშირი ლაბორა-ტორიული მაჩვენებელია სისხლში ამონიუმის დონის მატება, რაც ყველა პაციენტს უვლინდება. რეის სინდრომი თითქმის ყოველთვის ვლინდება ბავშვებში, რომელთაც მიიღეს ასპირინი სიცხის დაწვევის თვალსაზრისით გრიპის ან სხვა ვირუსული ინფექციის ფონზე. ბავშვები, რომლებიც საჭიროებენ ასპირინის უწყვეტ მიღებას წარმოადგენენ მნიშვნელოვან სამიზნე ჯგუფს გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის ჩასატარებლად.

4. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები რეგიონულ და რეფერალურ ჰოსპიტალში

ა. პირველ 4 საათში

- კონსულტაცია სტაციონარული;
- სისხლის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოგრამა (ერთი პროექცია);
- რენტგენოლოგის კონსულტაცია;
- პულსოქსიმეტრია (საჭიროების შემთხვევაში);
- სისხლის გაზების კონტროლი (საჭიროების შემთხვევაში).

ბ. პირველ 24 საათში

“ა” პუნქტში აღნიშნული და დამატებით:

- ეკგ (საჭიროების შემთხვევაში);
- კარდიოლოგის კონსულტაცია (საჭიროების შემთხვევაში);
- ხახის ნაცხში გრიპის A, B ვირუსის ანტიგენის განსაზღვრა;
- ხახის ნაცხის და პირის ღრუს ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა;
- ლიქვორის საერთო ანალიზი (საჭიროების შემთხვევაში);
- ლიქვორის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა (საჭიროების შემთხვევაში);
- ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობის განსაზღვრა;
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (საერთო ცილა, ალბუმინი, ALT, AST, ბილირუბინი, და მისი ფრაქციები);
- შარდის ანალიზი;
- განავლის ანალიზი;
- ნახველის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა.

გ. პირველ 3 დღეში

“ა” და “ბ” პუნქტებში აღნიშნული და დამატებით:

- ნევროპათოლოგის კონსულტაცია (საჭიროების შემთხვევაში).

5. მკურნალობა¹

I ალტერნატივა (მსუბუქი მიმდინარეობა)	
	პარაცეტამოლი (ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი, გარდა ასპირინისა 18 წლამდე) ² .
II ალტერნატივა (მიმდინარეობა კრუპის სინდრომით)	
	ანტივირუსული პრეპარატი ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების ან ადამანტანების ჯგუფიდან.
	პარაცეტამოლი (ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი, გარდა ასპირინისა 18 წლამდე) ² .
	რინგერის ხსნარი (საჭიროების შემთხვევაში).
	პრედნიზოლონი ან დექსამეტაზონი.
	ადრენალინის მიწოდება ნებულაიზერით (საჭიროების შემთხვევაში).
III ალტერნატივა (საშუალო და მძიმე მიმდინარეობა)	
	ანტივირუსული პრეპარატი ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების ან ადამანტანების ჯგუფიდან.
	პარაცეტამოლი (ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი, გარდა ასპირინისა 18 წლამდე) ² .
	რინგერის ხსნარი.
	გლუკოზა საინექციო ხსნარი, იზოტონური.
	კალიუმის ქლორიდის ხსნარი.
	პრედნიზოლონი ან დექსამეტაზონი (საჭიროების შემთხვევაში)
	ასკორბინის მჟავა.
IV ალტერნატივა (გართულებული მეორადი ბაქტერიული პნევმონიით)	
	ანტივირუსული პრეპარატი ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების ან ადამანტანების ჯგუფიდან.
	პარაცეტამოლი (ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი, გარდა ასპირინისა 18 წლამდე) ² .
	რინგერის ხსნარი.
	გლუკოზა საინექციო ხსნარი, იზოტონური.
	კალიუმის ქლორიდის ხსნარი.
	ასკორბინის მჟავა.
	პირიდოქსინი.
	ცეფტრიაქსონი + მაკროლიდი ან ფტორქინოლონი.
	პრედნიზოლონი ან დექსამეტაზონი (საჭიროების შემთხვევაში).
V ალტერნატივა (სუნთქვის უკმარისობით მიმდინარე, ექვი ჰოსპიტალურ პნევმონიაზე)	
	ანტივირუსული პრეპარატი ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების ან

	ადამანტანების ჯგუფიდან.
	პარაცეტამოლი (ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი, გარდა ასპირინისა 18წლამდე) ² .
	რინგერის ხსნარი.
	გლუკოზა საინექციო ხსნარი იზოტონური.
	კალიუმის ქლორიდის ხსნარი.
	ასკორბინის მჟავა.
	პირიდოქსინი.
	რიბოფლავინი.
	იმიპენემ ცილასტატინი.
	ვანკომიცინი (საჭიროების შემთხვევაში).
	პრედნიზოლონი ან დექსამეტაზონი (საჭიროების შემთხვევაში).
	ფუროსემიდი (საჭიროების შემთხვევაში).
IIIX განსაკუთრებული შემთხვევა (ენცეფალოპათია)	
	ანტივირუსული პრეპარატი ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორების ან ადამანტანების ჯგუფიდან.
	პარაცეტამოლი (ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი, გარდა ასპირინისა 18წლამდე) ² .
	რინგერის ხსნარი.
	გლუკოზა საინექციო ხსნარი, იზოტონური.
	კალიუმის ქლორიდის ხსნარი.
	ცეფტრიაქსონი + მაცროლიდი.
	დიაზეპამი.
	პირიდოქსინი.
	ასკორბინის მჟავა.
	რიბოფლავინი.
	ფუროსემიდი.
	მანიტოლი.
	პრედნიზოლონი ან დექსამეტაზონი (საჭიროების შემთხვევაში).

- ¹ გაცივებით მიმდინარე დაავადებების სამკურნალოდ სიმპტომა ინტენსივობის შესამცირებლად შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას საქართველოში რეგისტრირებული არარეცეპტული კომბინირებული პრეპარატები. ისინი არ ამცირებენ დაავადების ხანგრძლივობას, უფრო მეტიც, ზოგიერთ მათგანს აქვს გამოხატული გვერდითი მოვლენები, როგორცაა ძილიანობა, თავბრუსხვევა, უძილობა და სხვა, რაც პრეპარატის მიღების დროს უნდა იქნას გათვალისწინებული. არარეცეპტული ანტიჰისტამინურების მიღება ასევე ამცირებს სიმპტომებს, როგორცაა გამონადენი ცხვირიდან ან სუნთქვის გაძნელება. თანმხლები არასასურველი მოვლენები აქაც უნდა იქნას გათვალისწინებული.
- ² არ არის რეკომენდებული ტემპერატურის დაწევა 38,5°C-მდე (თუ არ არის ტკივილი ან კრუნჩხვის განვითარების რისკი და გულისსხლდარღვთა სისტემის ქრონიკული დაავადებები), ვინაიდან მას ორგანიზმის დამცველობითი როლი აკისრია.

6. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

გამოჯანმრთელებული პაციენტი რაიმე სპეციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს ან მეთვალყურეობას არ საჭიროებს.

რაიმე გართულებების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტს უნდა ჩაუტარდეს 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 ინფექციასთან კონტაქტის რისკის ჯგუფებში, მართავს პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმი.

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 პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების, ექთნების მიერ.

7. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

აღნიშნული პროტოკოლი ეყრდნობა "სეზონური გრიპის" კლინიკური მართვის გაიდლაინს

8. ადამიანური და მატერიალურ ტექნიკური რესურსი

აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს (პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმი-თერაპევტი და ექიმი-პედიატრი, ექთანი, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების და საავადმყოფოების ექიმები, ექთნები) ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება გრიპის დიაგნოსტიკის და შემდგომ მისი მართვის თაობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) ხმარების წესების შესწავლას დაავადების საავადმყოფოსშიდა კონტროლისათვის.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულება, ჰოსპიტალი, ასევე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური აღჭურვილი უნდა იყოს იდს (არასტერილური ხელთათმანები, ნიღაბი, ხალათი, დამცავი სათვალე, ქუდი, წყალგაუმტარი წინსაფარი) ადეკვატური რაოდენობით.