

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

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

გრიპის მაგვარი დაავადებები

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია

(გაიდლაინი)

შინაარსი

1. შესავალი	4
1.1. ზოგადი მიზანი	4
2. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, ტერმინოლოგია	5
2.1. დაავადების დეფინიცია და სინონიმები	5
2.2. ტერმინოლოგია	Error! Bookmark not defined.
3. ეპიდემიოლოგია	7
4. ეტიოლოგია და პათოგენეზი	13
4.1. გრიპის ეტიოლოგია და პათოგენეზი	14
4.2. სხვა გრიპის მაგვარი დაავადებების ეტიოლოგია და პათოგენეზი	17
5. კლინიკური შეფასება	19
5.1. კლინიკური სიმპტომები	19
5.2. ლაბორატორიული კვლევის შედეგები	22
6. დაავადების დიაგნოზი	23
7. გამოკვლევის სქემა (ალგორითმი)	25
7.1. ნაცხის /ასპირატის შეგროვება და გამოკვლევა	25
7.2. ნაცხის შეგროვება	26
7.2.1. ნაზოფარინგეალური ნაცხის აღების ტექნიკა	27
7.2.2. ნაზოფარინგეალური ასპირატის აღების ტექნიკა	28
7.2.3. უკანა ფარინგეალური ნაცხის აღება (ხახის ნაცხი)	28
7.2.4. წინა ცხვირის ნაცხის აღება	29
7.3. ლაბორატორიული ტესტები	30
7.3.1. არაპირდაპირი იმუნოფლუორესცენციის მეთოდი	30
7.3.2. ვირუსის კულტურა	30
7.3.3. მოლეკულური ტექნიკა - პოლიმერაზული-ჯაჭვური რეაქცია (პჯრ)	31
7.3.4. სეროლოგიური გამოკვლევა	31
7.3.5. გრიპის სწრაფი ტესტები	31
7.4. როგორ ხორციელდება კვლევა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე?	31
7.5. როგორ ხორციელდება გამოკვლევები ჰოსპიტალში?	32
8. მართვის სქემა	34
8.1. როგორ ხორციელდება შემთხვევის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე?	35
8.2. რეკომენდაციები ბინაზე მოვლის პირობებში	36
8.3. პაციენტების მიმართვა რეფერალურ ცენტრებში	39
8.3.1. რა კრიტერიუმების საფუძველზე ხდება მიმართვა რეფერალურ საავადმყოფოში და ჰოსპიტალიზაცია გმდ მქონე ბავშვებსა და მოზრდილებში?	40
8.3.2. რა კრიტერიუმების საფუძველზე თავსდება პაციენტი ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში?	41
8.4. ანტივირუსული თერაპია	41
8.4.1. ვის უტარდება ანტივირუსული თერაპია?	42
8.4.2. როგორ ტარდება ანტივირუსული თერაპია?	44
8.4.3. ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკა	44
8.4.4. ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება	46

8.4.5. ანტივირუსული პრეპარატების გვერდითი ეფექტები	50
8.5. ანტიბიოტიკოთერაპია გმდ დროს	51
8.6. ვაქცინაცია.....	54
8.7. პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.....	55
8.8. სიმპტომური და სინდრომული თერაპია.....	56
8.9. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენება	56
9. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა.....	57
10. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები	58
11. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები ..	58
11.1. აუდიტის კრიტერიუმები	59
12. გაიდლაინის გადასინჯვის/განახლების ვადა	59
13. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო	59
14. ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება	59
15. ავტორთა ჯგუფი	59
16. გამოყენებული ლიტერატურა	60
17. გრიპის მაგვარი დაავადებები - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია (პროტოკოლი)	63

გაიდლაინი მომზადდა ფრინველის გრიპის კონტროლის და პანდემიისადმი მზადყოფნისა და რეაგირების პროექტის (საერთაშორისო განვითარების ასოციაცია) (IDA) სესხის ნომერი: 4179-GE (საერთაშორისო განვითარების ასოციაციის გრანტების ნომერი: H228-GE და TF057342; იაპონური გრანტის ნომერი: TF056631) ფინანსური მხარდაჭერით.

გაიდლაინში გამოთქმული მოსაზრებები ეკუთვნის ავტორებს და თავისუფალია ყოველგვარი გარეშე ზეგავლენისაგან.

1. შესავალი

მოცემული კლინიკური რეკომენდაცია განიხილავს გრიპისმაგვარი დაავადებების (გმდ) კლინიკურ გამოვლინებებს, დიაგნოსტიკა-მკურნალობასა და მოვლასთან დაკავშირებულ საკითხებს, ასევე დაავადების თავიდან აცილების ღონისძიებებს.

რეკომენდაცია განკუთვნილია ექიმი-ინფექციონისტების, ოჯახის ექიმების, თერაპევტების, პედიატრების, საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და სოციალური მუშაკებისათვის.

1.1. ზოგადი მიზანი

მოცემული დოკუმენტის მიზანს წარმოადგენს ჯანდაცვის დაწესებულებების მიერ გრიპისმაგვარი დაავადებების (გმდ) და მძიმე მწვავე რესპირატორული ინფექციების (მმრი) შემთხვევების სწრაფი გამოვლენა და ძირითადი ქმედებების დასახვა მათი შესაბამისი, დროული და უსაფრთხო მართვისათვის გრიპის მოსალოდნელი/არსებული ეპიდემიების/პანდემიების კონტექსტში.

დღეს მაქსიმალურად გაადვილებული ტრანსპორტირებისა და ტექნოლოგიური მიღწევების პირობებში გაზრდილია ინფექციური აგენტების ტრანსმისიის პოტენციური შესაძლებლობები მსოფლიოს მასშტაბით. ამის საუკეთესო მაგალითია მძიმე მწვავე რესპირაციული სინდრომის (SARS) აფეთქება 2003 წელს. თეორიულად იგივე მიზეზი ხელს უწყობს ახალი დაავადებების აღმოცენების შესაძლებლობას. ამკარაა, რომ ჯანდაცვის მუშაკები წარმოადგენს მაღალი რისკის ჯგუფს დაინფიცირების თვალსაზრისით, ხოლო ჯანდაცვის დაწესებულებები არის ადგილი, სადაც შესაძლებელია ინფექციის გავრცელება. მაგალითად, SARS ეპიდემიის დროს ჰონკონგის 138 შემთხვევიდან მეორადი და მესამეული ტრანსმისიის 85 შემთხვევას (62%) ადგილი ჰქონდა ჯანდაცვის მუშაკებში, ტორონტოს 144 შემთხვევიდან კი 73 (51%) ჯანდაცვის მუშაკებში იყო დაფიქსირებული (17,18).

გმდ და მმრი შემთხვევის ადრეული და შესამაბამისი მართვის მიზანი არ არის მხოლოდ ინდივიდუალური პაციენტების ჯანმრთელობა, არამედ ის მნიშვნელოვან როლს თამაშობს რესპირაციული ინფექციების შესაძლო აფეთქების კონტროლში. ამასთან, ბევრ ქვეყანას აქვს საავადმყოფოების რესურსების (ადამიანური და ლოგისტიკური) გაფართოების შეზღუდული შესაძლებლობა შემთხვევათა დიდი რაოდენობის სამართავად. ამდენად, დიდი მნიშვნელობა აქვს ეპიდსიტუაციის კონტროლს და დროულ მომზადებას

2. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, ტერმინოლოგია

2.1. დაავადების დეფინიცია და სინონიმები

1947 წელს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის (ჯანმოს) მიერ დაარსდა გრიპის გლობალური მეთვალყურეობის ქსელი (FluNet) რომელიც დღეისათვის მოიცავს გრიპის ნაციონალურ 116 ცენტრს 87 ლაბორატორიით და ჯანმოს 4 გრიპის რეფერალური კვლევის ცენტრით (27)

FluNet ქსელის მიზნებია:

- ცირკულაციაში მყოფ გრიპის ვირუსებზე მეთვალყურეობა და ყოველწლიური რეკომენდაციები გრიპის ვაქცინის შემადგენლობის დასადგენად ჩრდილო და სამხრეთ ნახევარსფეროსთვის;
- ადამიანებში გრიპის უჩვეულო შტამების რაც შეიძლება ადრეული დეტექცია, რასაც შესაძლებელია პანდემიური პოტენციალი ჰქონდეს;
- მთავარ ნაციონალურ რეფერალურ ლაბორატორიებთან ერთად გრიპის პროტოტიპული ვაქცინის შტამების და გრიპის ვაქცინების სტანდარტული რეაგენტების პროდუქცია და ტესტირება.

ვინაიდან გრიპის სიმპტომები ბევრი სხვა რესპირაციული დაავადების სიმპტომების მსგავსია, ამიტომ კლინიკური დიაგნოზის დასმა ყოველთვის ადვილი არ არის. გრიპის კლინიკური დიაგნოზი პრაქტიკულად წარმოადგენს გრიპისმაგვარ დაავადებას (გმდ), მწვავე რესპირაციულ ინფექციას (მრი) და მძიმე მწვავე რესპირაციულ ინფექციას (მმრი). სწორედ ეს შემთხვევები შეადგენს კლინიკური ზედამხედველობის საგანს გრიპის ნაციონალურ ცენტრებში, სადაც მასალა ზემოაღნიშნული პაციენტებისაგან გამოიკვლევა გრიპზე.

თუმცა კლინიკური განსაზღვრებანი გმდ, მრი, მმრი ძალიან ზოგადია და კონკრეტულ ნოზოლოგიას არ გულისხმობს, ცირკულირებად ვირუსებზე ინფორმაციის შეგროვებასთან ერთად ნათელ სურათს იძლევა ქვეყანაში გრიპის აქტივობის შესახებ.

გრიპისმაგვარი დაავადებები - გმდ, ინგლისურად ILI- Influenza like illnesses, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის განსაზღვრებით არ არის ერთი ნოზოლოგია არამედ არის კრებითი დიაგნოზი, რომელიც აერთიანებს გრიპსა და სხვა რესპირაციულ ინფექციებს სიმპტომთა გარკვეული ჯგუფით: უცვარი ცხელება 38°C და მეტი და ხველა და/ან ყელის ტკივილი.

მძიმე მწვავე რესპირაციული ინფექცია- მმრი, ინგლისურად SARI - Severe Acute Respiratory Infection ასევე კრებითი განსაზღვრებაა და მოიცავს კრიტერიუმებს:

≥5 წლის ასაკის პირებისათვის:

უეცარი ცხელება 38°C და მეტი, ხველა ან ყელის ტკივილი, სუნთქვის უკმარისობა ან გაძნელება და ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება.

<5 წლის ასაკის პირებისათვის:

შემთხვევა, სადაც კლინიკურად საეჭვოა პნევმონია ან მძიმე/ძალიან მძიმე პნევმონია IMCI (Integrated Management of Childhood Illness - ბავშვთა ასაკის დაავადებების ინტეგრირებული მართვა) მიხედვით და საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას (25,27).

მწვავე რესპირაციული ინფექცია - მრი, (ინგლისურად ARI- Acute Respiratory Infection) განსაზღვრება გულისხმობს შემდგომი სიმპტომების უეცარ განვითარებას: ხველა, ყელის ტკივილი, სუნთქვის უკმარისობა, ცხვირის გაჭედვა და კლინიკური მსჯელობით დაავადება ინფექციური გენეზისაა.

შენიშვნა: მრი შესაძლოა მიმდინარეობდეს ცხელებით ან მის გარეშე.

გმდ-ის ხშირი მიზეზი არის ე.წ. გაციებით მიმდინარე დაავადებები და გრიპი. ეს უკანასკნელი უფრო იშვიათია, მაგრამ უფრო მძიმედ მიმდინარეობს. კიდევ უფრო იშვიათობას წარმოადგენს სხვა დაავადებები, რომელთაც მსგავსი სიმტომატიკა ახასიათებთ.

ამბულატორიული პაციენტებისათვის გამოიყენება დეფინიციები: **გრიპის მაგვარი დაავადება და მწვავე რესპირაციული დაავადება**, რაც შეესაბამება გრიპის მსუბუქ და სხვა რესპირაციული პათოგენების მიერ გამოწვეულ დაავადებას, ხოლო ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის კი გამოიყენება **განსაზღვრება: მძიმე მწვავე რესპირაციული ინფექცია (მმრი)**, რაც ხშირად გრიპის მძიმე ფორმას შეესაბამება.

გარდა ამისა, არსებობს განსაზღვრება: **უჩვეულო (ატიპური, იშვიათი) მმრი-ს შემთხვევები**. მათ მიეკუთვნება:

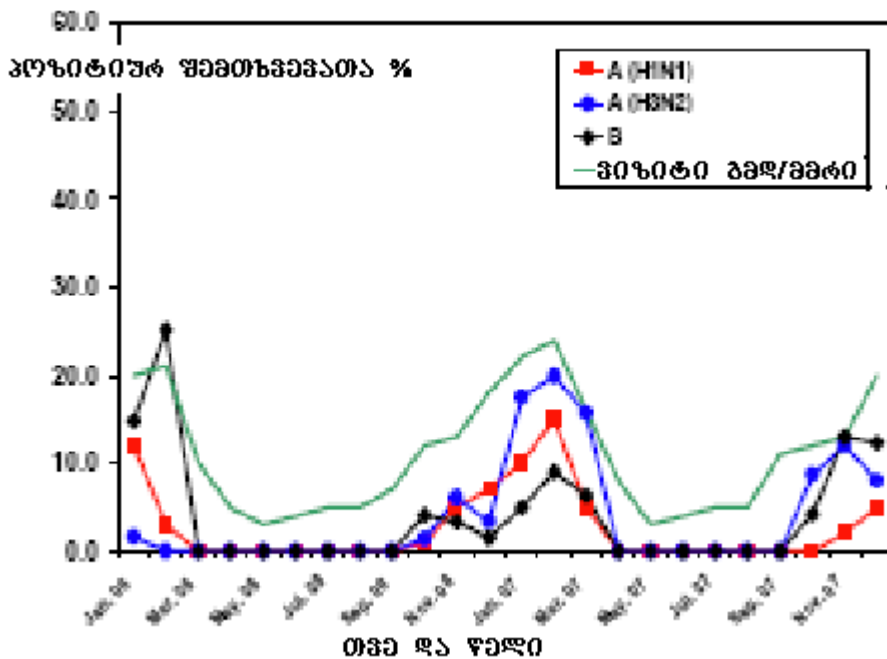
- უჩვეულო მმრი შემთხვევა პირებში, რომლებიც დაინფიცირდნენ სამუშაო ადგილზე ჯანდაცვის დაწესებულებებში ან სხვა სამუშაო ადგილას იმ პირებთან (ცოცხალი ან გარდაცვლილი) ახლო კონტაქტის შემდეგ, რომელთაც აღენიშნებოდათ უცნობი ეტიოლოგიის მმრი ან დაუდგინდათ ფრინველის ან ცხოველის გრიპი;
- უჩვეულო მმრი შემთხვევა ადამიანებში, რომლებმაც იმოგზაურეს ტერიტორიაზე, სადაც ცირკულირებს ფრინველის ან ცხოველის გრიპის ვირუსი;
- უჩვეულო მმრი შემთხვევები ჯანმრთელ ახალგაზრდა პირებში;
- მმრი-თ გამოწვეული სიკვდილი;
- ნებისმიერ შემთხვევა, რომელსაც ექიმი ჩათვლის უჩვეულოდ ან მოულოდნელ მმრი-ად (25,27).

მმრი კლასტერი –ორი ან მეტი ადამიანის ჯგუფი მმრი მანიფესტაციით ან ვინც გარდაიცვალა აუხსნელი მმრი-ით, რაც სოციალურად ან გეოგრაფიულად დაკავშირებულია 2 კვირის პერიოდით (25, 27).

3. ეპიდემიოლოგია

რესპირაციული პათოგენები სერიოზულ რისკს უქმნის კაცობრიობას მათი ტრანსმისიის მაღალი პოტენციალის გამო.

გმდ და მმრი შემთხვევებზე რუტინული მეთვალყურეობა ევროპის რეგიონის ბევრ ქვეყანაშია დანერგილი. ეს იძლევა სეზონური გრიპის, ახალი პოტენციურად პანდემიური გრიპის, ასევე სხვადასხვა რესპირაციული პათოგენების ვირუსებზე ზედამხედველობის საშუალებას, რაც მოცემულ ეტაპზე ქვეყანაშია გავრცელებული. ასევე იმ პირების დროულ გამოვლენას, რომლებიც დაავადების მძიმედ მიმდინარეობის რისკს მიეკუთვნებიან.



გრაფიკი 3-1. გრიპის და გმდ/მმრი პოზიტიური შემთხვევების (%) საგარეო თანაფარდობა დროის მიხედვით (27)

გრიპი ვირუსული კონტაგიოზური დაავადებაა. გრიპის ყოველწლიური სეზონური ეპიდემიები 3-5 მილიონ მძიმე შემთხვევას და 250- 500.000 სიკვდილს იწვევს მსოფლიოში. გრიპის პანდემიის წლებში სიკვდილობის მაჩვენებელი მილიონებზეც შეიძლება ავიდეს.

გარკვეული სტრუქტურული თავისებურებების გამო გრიპის ვირუსს გააჩნია მაღალი პოტენციალი, რომ განიცადოს ცვლილებები და დააკმაყოფილოს პანდემიის გავრცელებისათვის საჭირო კრიტერიუმები:

- გამოჩნდეს ვირუსის ახალი მანამდე უცნობი ქვეტიპი;

- ვირუსს გააჩნდეს ადამიანებში რეპლიკაციის უნარი;
- ვირუსი აქტიურად გადაეცეს ადამიანიდან ადამიანს.

მე-19-21 საუკუნეებში აღწერილ იქნა გრიპის ხუთი პანდემია: აზიის (რუსული გრიპი) -1889-1890 წწ, “ესპანურა” - 1918 წელს, “აზიის გრიპი” - 1957 წელს, “ჰონგ-კონგის გრიპი” - 1968-69 წწ. და 2009 წლის პანდემიური გრიპი. ეს პანდემიები გამოწვეული იყო A გრიპის შტამებით, რომელთაც განიცადეს მნიშვნელოვანი გენეტიკური ცვლილებანი. მათ მიმართ მოსახლეობას არ ჰქონდა ეფექტური იმუნიტეტი, იოლად ვრცელდებოდა ადამიანებს შორის და იწვევდა ლეტალობას (იხ. ცხრილი 3-1).

ცხრილი 3-1: მე-19- 21-ე საუკუნეების გრიპის პანდემიები

წელი	სახელწოდება	ქვეტიპი	გამოწვეული სიკვდილი	ლეტალობა	პანდემიის სიმძიმის ინდექსი *
1889-1890	აზიის (რუსული გრიპი)	შესაძლოა A(H3N8)	1 მლნ	0,15%	NA
1918-1919	“ესპანურა”	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%	NA

* 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. NA – არ isazRvreba

გრიპის პირველ პანდემიას, სავარაუდოდ, 1580 წელს ჰქონდა ადგილი. ის დაიწყო რუსეთში და გავრცელდა ევროპაში აფრიკის გავლით. დაავადდა ექსპოზირებული მოსახლეობის დაახლოებით მეოთხედი.

გრიპის ყველაზე მძიმე პანდემია იყო "ესპანურა", რომელიც დაიწყო 1918 წელს და გაგრძელდა 1919 წლამდე. მის მიერ გამოწვეული სიკვდილობა გაუტოლდა შავი ჭირით მიერ გამოწვეულ სიკვდილობას და შეადგინა სხვადასხვა მონაცემებით, 40 - 50 მლნ. ინფექციურობა 50%-ს გაუტოლდა. 1918 წელს "ესპანურას" სიმპტომები არასპეციფიური იყო გრიპისათვის. კლინიკური ნიშნები წააგავდა დენგეს ცხელებას, ქოლერას, ტიფს. ერთ-ერთი დამკვირვებლის გადმოცემით, ყველაზე ხშირი გართულება იყო ცხვირის, კუჭის, ნაწლავების ლორწოვანიდან, ზოგერ ყურებიდან სისხლდენა. პეტეჩიური გამონაყარი კანზე. სიკვდილი ძირითადად განპირობებული იყო ბაქტერიული პნევმონიით. გარდა ამისა ფიქსირდებოდა უშუალოდ ვირუსული პნევმონიაც. სიკვდილის ძირითადი მიზეზი იყო მასიური ჰემორაგია და შეშუპება ფილტვებში.

1918 წლის პანდემია გლობალური ხასიათის იყო. სხვადასხვა მონაცემებით გარდაიცვალა ინფიცირებულთა 2-20%, რაც გაცილებით მაღალი იყო გრიპის ჩვეულებრივი ეპიდემიის მიერ გამოწვეულ სიკვდილობასთან შედარებით (0,1%). სხვა მნიშვნელოვანი მახასიათებლებიდან აღსანიშნავია მაღალი სიკვდილობა ახალგაზრდა ასაკში.

პანდემიის პირველ 25 კვირაში მოკვდა 25 მილიონი ადამიანი. შედარებისათვის, შიდსის ეპიდემიით მსოფლიოში გარდაიცვალა 25 მილიონი ადამიანი 25 წლის მანძილზე.

შემდგომი პანდემიები არ იყო ასეთი მძლავრი გავრცელებისა და ლეტალობის თვალსაზრისით. მიუხედავად ამისა, 1957 წლის "აზიისა" და 1968 წლის "ჰონკონგის გრიპის" დროს გარდაიცვალა მილიონობით ადამიანი. ამ პანდემიების დროს ხელმისაწვდომი იყო ანტიბიოტიკები მეორადი ინფექციის კონტროლის თვალსაზრისით, რამაც სავარაუდოდ შეამცირა ლეტალობა.

ყველა ამ პანდემიის ძირითადი დამახასიათებელი ნიშანი იყო მძიმე ავადობა და მაღალი ლეტალობა ახალგაზრდა, მანამდე ჯანმრთელ პირებში.

დღეისათვის მსოფლიოში ცირკულირებს მაღალპათოგენური ფრინველის გრიპის A(H5N1) ვირუსი. ადამიანთა ინფიცირების პირველი შემთხვევები A(H5N1) ვირუსით 1997 წელს დაფიქსირდა ჩინეთში, სადაც 18 შემთხვევიდან გარდაიცვალა 6 ადამიანი. გარკვეული მშვიდი პერიოდის შემდეგ 2003 წლიდან გრიპის ვირუსმა A(H5N1) ინტენსიურად იფეთქა ჯერ აზიის შინაურ ფრინველებს შორის, შემდეგ კი ევროპისა და აფრიკის ქვეყნებშიც. ვირუსის გავრცელება სავარაუდოდ დაუკავშირდა გარეული წყლის ფრინველების გადაფრენის მარშრუტებს. ვირუსის შემდგომი გავრცელების თავიდან ასაცილებლად განადგურდა 150 მილიონზე მეტი შინაური ფრინველი, რაც გავრცელების შეზღუდვის ეფექტურ ღონისძიებად იქნა მიჩნეული.

A(H5N1) ინფექციით ფრინველების ინფიცირების შემთხვევები დღეისათვის მსოფლიოს 70-ზე მეტ ქვეყანაშია აღწერილი, რაც ადამიანთა შორის ინფექციის გავრცელების წინაპირობას წარმოადგენს.

ადამიანთა შორის A(H5N1) ინფიცირების შემთხვევები სპორადულ ხასიათს ატარებს, თუმცა დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს და მაღალია ლეტალური გამოსავლის პროცენტი.

2010 წლის 19 ნოემბრამდე ჯანმოს მიერ აღწერილ იქნა ლაბორატორიულად დადასტურებული 508 შემთხვევა ადამიანებში, რომელთა შორის 302 ფატალურად დამთავრდა. სადღეისოდ ფრინველის გრიპის ვირუსს ძალიან მაღალი ლეტალობა ახასიათებს (>60%). დაავადების გავრცელების და ლეტალობის მაჩვენებელი ზუსტად დადგენილი არ არის, ვინაიდან ამისათვის საჭიროა შესწავლილ იქნას სეროპრევალენტობა იმ რეგიონებში, სადაც ადგილი ჰქონდა A(H5N1) აფეთქებას.

მიუხედავად იმისა, რომ ადამიანიდან ადამიანზე ინფექციის გადაცემა დღეს იშვიათობას წარმოადგენს, A(H5N1) დაავადების სავარაუდოდ ოჯახური კლასტერის არსებობა ტაილანდში ხაზს უსვამს, რომ ამ ვირუსს აქვს პოტენციური შეიძინოს ადამიანებს შორის იოლად გავრცელების უნარი. წინასწარ შეუძლებელია განისაზღვროს რეკომბინაციები ან მუტაციები, რომელიც ვირუსს პანდემიური ვირუსის თვისებებს შესძენს. ასევე უცნობია დროის პერიოდი, რაც საჭიროა ამ ცვლილების ჩამოყალიბებისათვის.

ლეტალური გამოსავლის მაღალი სიხშირე ახალგაზრდა პოპულაციაში მიუთითებს, რომ შესაძლებელია H5N1 გრიპის პათოგენეზი მსგავსი იყოს 1918 წლის H1N1 გრიპის პათოგენეზისა. მკვლევარები ფიქრობენ, რომ 1918 წლის პანდემიური შტამის მიერ გამოწვეული დაავადების პათოგენეზში მნიშვნელოვან როლს ასრულებდა ე.წ. "ციტოკინური შტორმი" (ციტოკინების ჭარბი პროდუქცია).

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი პირველად იქნა აღწერილი 2009 წლის აპრილში. ეს ვირუსი წარმოადგენს ახალ შტამს, რომელიც შეიქმნა ფრინველის, ღორის, ადამიანის გრიპის ვირუსის სამმაგი რეასორტირების შედეგად შემდგომი კომბინირებით ევრაზიის ღორის გრიპის ვირუსთან.

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

2009 წლის 11 ივნისს ჯანმოს გენერალურმა დირექტორმა მარგარეტ ჩანმა განაცხადა პანდემიის მე-6 ფაზის დადგომის შესახებ. პანდემიამ კლება დაიწყო 2009 წლის ნოემბრიდან, 2010 წლის აგვისტოში კი ჯანმომ განაცხადა პანდემიის დასრულების შესახებ. ამ დროისათვის ვირუსი დაფიქსირებული იყო 195-ზე მეტ ქვეყანაში, გარდაცვლილთა რაოდენობა შეადგენდა 18,000 ადამიანზე მეტს, რაც სეზონური გრიპით წლიურ გარდაცვლილთა (250.000-500.000) დაახლოებით 4%-ს შეადგენდა. ჯანმოს მონაცემებით ტოტალური სიკვდილობა (მათ შორის დადასტურების ან შეტყობინების გარეშე) უნდა იყოს გაცილებით მაღალი.

ამჟამად მსოფლიო არის პოსტპანდემიურ პერიოდში. ადრე არსებული პანდემიების გამოცდილებიდან გამომდინარე H1N1 (2009) ვირუსი სავარაუდოდ განაგრძობს ცირკულირებას სეზონური გრიპის სახით რამოდენიმე წლის განმავლობაში. ამჟამად ვირუსის თვისებებზე დაკვირვება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, ვინაიდან ჯერჯერობით უცნობია მისი თავისებურებები სეზონური გრიპის სახით. პოსტპანდემიური პერიოდში, სავარაუდოდ, ვირუსი კვლავ დარჩება განსაკუთრებით საშიში ახალგაზრდა პაციენტებისათვის. აარ 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.

ლოკალურ H1N1 (2009) აფეთქებებს ისევ ექნება ადგილი პოსტპანდემიურ პერიოდში. ზოგ შემთხვევებში ამ აფეთქებებს სერიოზული პრობლემა შეუძლია შეუქმნას საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სამსახურებს (5,9,6,7).

ქვემოთ მოცემულია პანდემიური გრიპის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკაცია.

ცხრილი 3-2: პანდემიური გრიპის ფაზები და მზადყოფნის გლობალური გეგმა

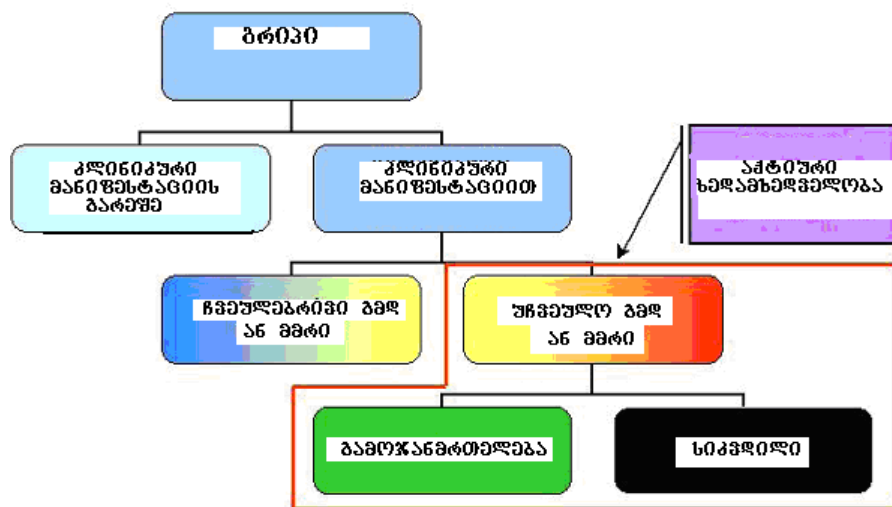
ფაზა	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანი სტადიების მიხედვით
<p>ფაზა 1. ცხოველებში მოცირკულირე გრიპის ვირუსები არ იწვევენ დაავადებას ადამიანებში</p> <p>ფაზა 2. შინაურ ან გარეულ ცხოველებში მოცირკულირე გრიპის ვირუსებს შეუძლიათ გამოიწვიონ ადამიანის დაავადება, და შესაძლოა შექმნან პანდემიის პოტენციური საფრთხე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

გრიპის საზედამხედველო სისტემის მთავარი ამოცანებია:

1. გრიპის უჩვეულო და მოულოდნელი აფეთქებების დეტექცია;
2. გრიპისა და სხვა ვირუსული რესპირაციული ინფექციების (მაგალითად, ადენოვირუსი, პარაგრიპი, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი და სხვა) ეპიდემიოლოგიური მახასიათებლების დადგენა;
3. გრიპის ვირუსების მონიტორირება და რეკომენდაციების შემუშავება ვაქცინის შემადგენლობისათვის, გრიპის მოცირკულირე ვირუსის და არსებული ვაქცინის შტამების შედარება, გრიპის ახალი ქვეტიპების დროულად დეტექცია;
4. გმდ და მმრი გავრცელების შესწავლა ქვეყანაში;
5. გრიპის პრევენციისა და კონტროლისათვის პოლისებისა და სახელმძღვანელოების შემუშავება;
6. დაავადების პრევენციისა და კონტროლისთვის მომავალი კვლევებისათვის საფუძვლის შექმნა

სურათი 3-1- ინფექცია გრიპის ვირუსით. ნაჩვენებია ის შემთხვევები, სადაც საჭიროა განსაკუთრებით აქტიური ზედამხედველობა (25)

ინფექცია გრიპის ვირუსით : კლინიკურ გამოვლინებათა კმატორი



საბოლოოდ, ინტენსიური კვლევის საგანს ყველაზე მეტად წარმოადგენს:

- მმრი უჩვეულო შემთხვევები,
- მმრი კლასტერები,
- მმრი ჭარბი რაოდენობა.

ამ დროს საჭირო ხდება მსგავსი შემთხვევების აქტიური მოძიება, ასევე სიკვდილობის შესწავლა ერთი თვის ან მეტი წინა პერიოდის განმავლობაში და სხვა აქტიური ქმედებები, მანამდეც კი, სანამ ლაბორატორიულად გამოძვევი

აგენტი დადგინდება. საჭიროა დაუყოვნებელი შეტყობინება ჯანდაცვის ლოკალური ან ნაციონალური მართვის ორგანოებისათვის სწრაფი საპასუხო რეაგირებისათვის (25).

რეკ. 1 მმრი უზვეულო შემთხვევების, მმრი კლასტერების, მმრი ჭარბი რაოდენობის შემთხვევაში საჭიროა დაუყოვნებელი შეტყობინება ჯანდაცვის ლოკალური ან ნაციონალური მართვის ორგანოებისათვის სწრაფი საპასუხო რეაგირებისათვის (25).

პანდემიური გრიპისათვის მკვეთრი სეზონური ვარიაციები არ არის დამახასიათებელი, ხოლო სეზონური გრიპისა და სხვა გმდ-ისათვის ზომიერი კლიმატის ქვეყნებში დამახასიათებელია აქტივობის შემდეგი სეზონური ცვალებადობა.

იანვარი	თებერვალი	მარტი	აპრილი	მაისი	ივნისი	ივლისი	აგვისტო	სექტემბერი	ოქტომბერი	ნოემბერი	დეკემბერი
რინოვირუსი											
კორონავირუსები				ენტეროვირუსები							
აღენოვირუსი						პარაინფლუენზა					
პარაბრივი-3							პარაბრივი-2,3				
რესპირატორულ-სინციტიური ვირუსი					რესპირატორულ-სინციტიური ვირუსი						
ბრივის ვირუსი			მეტაპნემოვირუსი								

4. ეტიოლოგია და პათოგენეზი

გმდ და მმრი შესაძლებელია გამოწვეული იყოს 200-ზე მეტი სხვადასხვა ვირუსის მიერ და ძალიან იშვიათად, ბაქტერიებით. მათ შორის ყველაზე ხშირია გრიპის ვირუსი, ადენოვირუსი, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი, პარაგრიპის ვირუსი და სხვა.

4.1. გრიპის ეტიოლოგია და პათოგენეზი

გრიპის ვირუსები მიეკუთვნება ორთომიქსოვირუსების ოჯახს. გრიპის ვირუსი 80-120 ნმ ზომის სფერული ფორმის ვირუსია და შეიცავს სეგმენტურ 8 ერთბაფიან 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 (RNP) კომპლექსი, რომელიც უზრუნველყოფს რნმ რეპლიკაციასა და ტრანსკრიპციას.

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

B და C გრიპის ვირუსებისაგან განსხვავებით გრიპის A ტიპი იყოფა ქვეტიპებად ვირუსის გარსის ზედაპირზე არსებული გლიკოპროტეინების: ჰემაგლუტინინისა (HA) და ნეირამინიდაზას (NA) კომბინაციის საფუძველზე. A გრიპის ვირუსი ყველაზე ვირულენტული ტიპია ადამიანისათვის და ადამიანთა გრიპით ინფიცირებას 80%-ში განაპირობებს; გრიპის დღემდე აღწერილი პანდემიები მხოლოდ A გრიპის ვირუსითაა გამოწვეული. 1918 წლიდან ადამიანებში გავრცელებულ A გრიპის ვირუსს გააჩნია ჰემაგლუტინინის სამი (H1, H2, H3) და ნეირამინიდაზას ორი (N1, N2) ქვეტიპი.

A გრიპის ვირუსი, ჩვეულებრივ, მაღალსპეციფიურია ცხოველთა სახეობის მიმართ და იშვიათად გადალახავს სახეობრივ ბარიერს. ფრინველის გრიპის 100 შტამიდან (მათ შორის მაღალპათოგენური და დაბალპათოგენური), მხოლოდ 6 იწვევს ადამიანის ინფიცირებას: H5N1, H7N2, H7N3, H7N7, H9N2, H10N7 და იწვევს მსუბუქ სიმპტომატიკას (კონიუქტივიტი, თავის ტკივილი). ძალიან იშვიათია დაავადების მძიმე მიმდინარეობა. გამონაკლისი აღმოჩნდა H5N1 ვირუსი, რომლის მიერ გამოწვეული ლეტალობა ადამიანებში ძალიან მაღალია.

A გრიპის ვირუსები განიცდის ანტიგენურ ცვლებადობას ვირუსის ზედაპირზე არსებული პროტეინების მსუბუქი ცვლილების- დრეიფის (*Drift*) ან მნიშვნელოვანი ცვლილებების - *Shift* სახით.

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

ანტიგენური შიფტი გულისხმობს ადამიანის A გრიპის სრულიად ახალი ქვეტიპების წარმოქმნას რეასორტირების ან წერტილოვანი მუტაციების დაგროვების შედეგად. ასეთი ვირუსების მიმართ მოსახლეობას საერთოდ არ გააჩნია იმუნიტეტი (ბუნებრივი ან პოსტვაქცინური). ამიტომ თუკი ვირუსი შეიძენს ადამიანიდან ადამიანზე იოლად ტრანსმისიის უნარს, შეიქმნება მოცემული ქვეტიპის ვირუსით პანდემიის გავრცელების საშიშროება.

B გრიპის ვირუსით ძირითადად ინფიცირდება ადამიანები. ის უფრო მსუბუქად მიმდინარეობს და ეპიდემიებსაც უფრო ნაკლები სიხშირით იწვევს,

ვიდრე გრიპის ვირუსი. საერთოდ არ იწვევს პანდემიებს და არ იყოფა ქვეტიპებად.

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

გრიპის ვირუსი ინფიცირებული რესპირაციული ნაწილაკების (ზომით 5-10 μm) ინჰალაციით წარმოიშობა ცემინების, ხველის, საუბრის დროს, ის პირდაპირი და შესაძლოა არაპირდაპირი კონტაქტებით (მაგ. დაინფიცირებულ ზედაპირებთან შეხებით და შემდგომ მისი გადატანით სახის არეში დაბინძურებული ხელებით, ცხვირსახოცით) გადაეცემა. ვირუსის გადაცემა ხდება დაახლოებით 1 მეტრ მანძილზე. არ გამოირიცხება ინფექციის გადაცემა წვრილი აეროზოლური ნაწილაკების (<5 μm) მეშვეობით 1 მეტრზე მეტ მანძილზეც, განსაკუთრებით გარკვეული სამედიცინო მანიპულაციების შესრულების დროს, როგორცაა ტრაქეის ინტუბაცია, რესპირაციული სეკრეტის ამოქაჩვა, ნებულაიზერის გამოყენება და სხვა. წვრილი აეროზოლური ნაწილაკების მეშვეობით ინფექციის გადაცემა დასაშვებია, მაგრამ არაა დადასტურებული.

ადამიანის გრიპის ვირუსი ორგანიზმში ცხვირ-ხახის გზით აღწევს. ჰემაგლუტინინი ემაგრება მასპინძლის უჯრედის ზედაპირზე არსებულ რეცეპტორს, რაც ვირუსის უჯრედში შეჭრის წინაპირობაა. რეცეპტორს წარმოადგენს მასპინძლის უჯრედის სიალის მჟავა, რომელიც SA- α 2,6-GAL ბმითაა გალაქტოზასთან დაკავშირებული. ეს რეცეპტორები ზემო რესპირაციული ტრაქტის ამომდენ ლორწოვანში (ცხვირის ლორწოვანის, პარანაზალური სინუსების, ხახის, ტრაქეის, ბრონქების ლორწოვანში, ისევე როგორც ტერმინალურ და რესპირატორულ ბრონქოლოებში) მდებარეობს და გრიპის ვირუსისათვის ადვილად ხელმისაწვდომია. უჯრედში შეჭრის შემდეგ იწყება ვირუსის რეპლიკაცია, რაც იწვევს უჯრედის დაღუპვას სხვადასხვა მექანიზმებით.

ფრინველის გრიპის ვირუსი A(H5N1) რესპირატორული ტრაქტის უჯრედთან დასაკავშირებლად საჭიროებს რეცეპტორს ე.წ. SA α -2,3-Gal კავშირით, რომელიც ძირითადად წარმოდგენილია არაცილიარულ კუბოიდურ ბრონქოლოლურ უჯრედებში რესპირატორული ბრონქოლოების ალვეოლებში გადასვლის ადგილას, აგრეთვე ალვეოლური კედლის ამომდენ უჯრედებში (კერძოდ, მე-2 ტიპის ალვეოლოციტებში). მე-2 ტიპის ალვეოლოციტები სურფაქტანტის ძირითადი პროდუცენტები არიან და მათი დაზიანება ალვეოლების კოლაფსს იწვევს, რაც ერთ-ერთი ფაქტორია ფრინველის გრიპის დროს მძიმე რესპირაციული უკმარისობისა. იგივე მიზეზი განაპირობებს ვირუსის გაძნელებულ ტრანსმისიას ადამიანებს შორის (6,7).

ჰემაგლუტინინი მთავარი ანტიგენური დეტერმინანტია მანეიტრალიზებელი ანტისხეულების წარმოქმნისათვის. ამიტომ ის სეზონური ვაქცინების უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს წარმოადგენს. ნეირამინიდაზა ხლეჩს გლიკოზიდურ კავშირებს მასპინძლის უჯრედის სიალის მჟავასა და ვირიონის ზედაპირს შორის, რითიც აადვილებს ვირუსის გამოთავისუფლებას უჯრედიდან და მის შემდგომ 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. “გაშიშვლებას”. ამ ფუნქციის ბლოკირება ხორციელდება ამანტადინისა და რიმანტადინის საშუალებით.

ავადმყოფი მოზრდილი ადამიანი ვირუსს ავრცელებს კლინიკური ნიშნების გამოვლენამდე 1 დღით ადრე და კლინიკური ნიშნების გამოვლენიდან პირველი 5-7 დღის განმავლობაში. დაავადების გადაცემის ინტენსივობა ყველაზე მაღალია დაავადების პირველ-მეორე დღეს. ბავშვები ვირუსს გამოყოფენ დაავადების დაწყებიდან 10-21 დღის განმავლობაში. ჩვილი ასაკის ბავშვები და იმუნოკომპრომეტირებული გრიპით დაავადებული ადამიანები ინფექციის გადაცემის თვალსაზრისით საშიშროებას ქმნიან კვირებისა და თვეების განმავლობაში.

გადაცემის თვალსაზრისით ყველაზე საშიშია გრიპის მსუბუქი ფორმით დაავადებულები, რომლებიც აგრძელებენ ცხოვრების აქტიურ რეჟიმს და გარშემომყოფთ ასნებოვნებენ. დაავადება იოლად ვრცელდება მოსახლეობაში, განსაკუთრებით იქ, სადაც ხალხმრავლობაა. ცივი და მშრალი ამინდი ხელს უწყობს ვირუსის სიცოცხლის უნარიანობის შენარჩუნებას დიდი ხნის განმავლობაში მასპინძლის ორგანიზმის გარეთ.

იმუნიტეტი: ეპიდემიოლოგიური და ექსპერიმენტული დაკვირვებების თანახმად, გრიპის ვირუსი ხანგრძლივ იმუნიტეტს 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.

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. მასზე დამლუპველად მოქმედებს სადეზინფექციო ხსნარები, მგრძობიარეა ტუტე და მჟავე გარემოს მიმართაც, ინაქტივდება მჟანგველი აგენტების, ლიპიდების გამხსნელების, β-პროპიონლაქტონის, ასევე ფორმალინისა და იოდის კომპონენტების ზემოქმედებით.

4.2. სხვა გრიპის მაგვარი დაავადებების ეტიოლოგია და პათოგენეზი

ქვემოთ მოცემულია გრიპის გარდა სხვა გმდ ყველაზე ხშირი გამომწვევები (25)

გმდ და მმრი გამომწვევები				
ვირუსული რესპირაციული დაავადებები:	სხვა ვირუსული ინფექციები:	ლეპტოსპიროზი	ატიპური პნევმონია:	ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი
სეზონური, პანდემიური, ფრინველის ან სხვა გრიპის ვირუსი;	მონონუკლეოზი ჰანტავირუსი დენგე ციტომეგალოვირუსი	ტიფოიდური ცხელება ტუბერკულოზი	მიკოპლაზმური პნევმონია ქლამიდიური პნევმონია ფსიტაკოზი ღცხელება ლეგიონელოზი	
რინოვირუსები; კორონავირუსები; პარაგრიპის ვირუსი ადენოვირუსი რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი				

გმდ პათოგენეზი გულისხმობს ვირუსების (რომლებიც გმდ-ს ძირითადი გამომწვევებია) პირდაპირ შეჭრას ზემო სასუნთქი გზების ამომფენ ლორწოვანში. ვირუსების უმრავლესობისათვის დამახასიათებელია ინფექციის ტრანსმისია ადამიანიდან ადამიანზე. ბაქტერიული აგენტებით ინფიცირებაც შესაძლებელია მსგავსი სახით მოხდეს ან განვითარდეს მეორადად ვირუსულ რესპირაციულ ინფექციაზე დართვის შედეგად. ბაქტერიის ან ვირუსის ინოკულაცია იწყება, როცა სეკრეტული სითხე ჭუჭყიანი ხელით გადაიტანება ცხვირის ან პირის არეში ან რესპირაციული ნაწილაკების უშუალო ინჰალაციით ინფიცირებული პაციენტისაგან ხველის ან ცემინების შედეგად.

ინოკულაციის შემდეგ ვირუსი და ბაქტერია გადალახავს ფიზიკურ, მექანიკურ, ჰუმორულ და უჯრედული იმუნური დაცვის ბარიერებს. მათ შორისაა ცხვირის თმოვანი ზედაპირი, ზემო სასუნთქი გზების ლორწოვანის ზედაპირი, ხორხისა და უკანა ცხვირის შემაერთებელი კუთხე, ქვემო რესპირაციული გზის ლორწოვანის ცილიარული უჯრედები და სხვა.

ადენოიდები და ტონზილები შეიცავს უმუნურ უჯრედებს, რომელიც რეაგირებს პათოგენებზე. ჰუმორული იმუნიტეტი (იმუნოგლობულინი A) და უჯრედული იმუნიტეტი ამცირებს რესპირაციული ტრაქტის დაინფიცირებას. ადგილობრივი და გადმონაცვლებული მაკროფაგები, მონოციტები, ნეიტროფილები და

ეოზინოფილები ახდენენ შეჭრილი აგენტების ფაგოციტოზს და განადგურებას. დაცვაში მონაწილეობას იღებს ასევე ნორმალური მიკროფლორა, მაგალითად, სტაფილო- და სტრეპტოკოკების შტამები.

დაქვეითებული იმუნიტეტის მქონე პირები მიდრეკილია დაავადების მძიმე და გახანგრძლივებული მიმდინარეობისაკენ.

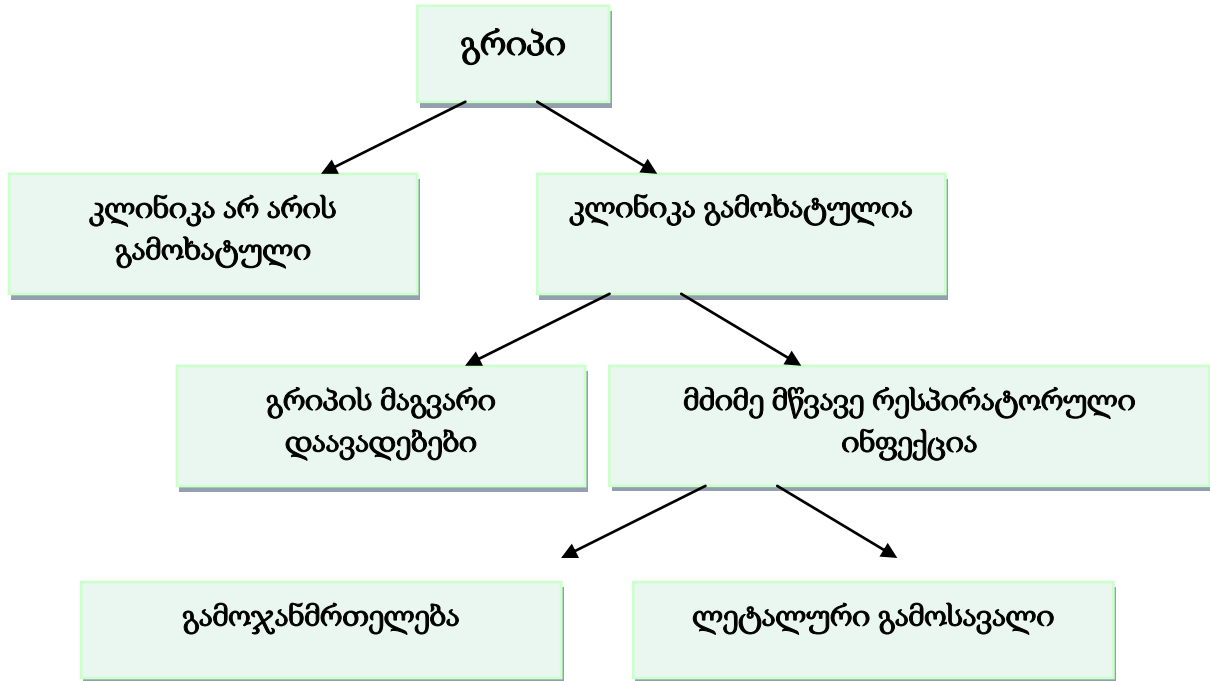
იმუნურ დაცვას პათოგენები წინ აღუდგება სხვადასხვა მექანიზმებით, როგორცაა ტოქსინების, პროტეაზების, ბაქტერიული ადჰეზიის ფაქტორების პროდუქცია, ასევე კაფსულის ფორმირება და სხვა.

ინკუბაციური პერიოდი განსხვავებულია სხვადასხვა რესპირაციული პათოგენებისათვის, მაგალითად, რინოვირუსების და A ჯგუფის სტრეპტოკოკის ინკუბაციური პერიოდია 1-5 დღე, პარაგრძის 1-4 დღე, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსისა 1 კვირა და ასე შემდეგ. ებშტეინ-ბარის ვირუსის ინკუბაციას 4-6 კვირა სჭირდება.

გმდ და მძრი სიმპტომების უმრავლესობა, მათ შორის შეშუპება, ერითემა, ჭარბი სეკრეცია, ცხელება გამოწვეულია იმუნური სისტემის აქტივაციითა და პათოგენების მიერ ტოქსინების პროდუქციით. საწყისი ნაზოფარინგეალური ინფექცია შესაძლებელია გავრცელდეს მიმდებარე სტრუქტურებზე და გამოიწვიოს სინუსიტი, შუა ყურის ანთება, ეპიგლოტიტი, ლარინგიტი, ტრაქეობრონქიტი და პნევმონია. ეპიგლოტის დონეზე ანთებითი შეშუპება იწვევს სასუნთქი გზების შევიწროებას, განსაკუთრებით ბავშვებში. მსგავსი საფრთხე შესაძლოა შეიქმნას პირებში თანდაყოლილი ან შეძენილი სუბგლოტური სტენოზით.

5. კლინიკური სიმპტომატიკა

გრიპის ვირუსი იწვევს სხვადასხვა სახის კლინიკურ გამოვლინებებს. მათ შორისაა გმდ და მმრი (25)



გმდ და მმრი კლინიკური გამოვლინებანი არასპეციფიურია და საერთოა სხვადასხვა ინფექციური დაავადებებისათვის. ამდენად ყოველთვის მნიშვნელოვანია ატიპური, განმსხვავებელი ნიშნების დაფიქსირება.

5.1. კლინიკური შეფასება

რესპირაციული სიმპტომების მქონე პაციენტები უნდა შეფასდეს გმდ ნიშნებზე, რომელიც მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილს:

ჩვეული გამოვლინებებია: ხველა ან ცხელების უეცარი დასაწყისი, ხშირად ყელის ტკივილი, ცხვირის გაჭედვა, დაღლილობა/პროსტრაცია, მიალგია/ართრალგია, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, კუჭ-ნაწლავის დაზიანება (გულისრევა, ღებინება, დიარეა).

ატიპური გამოვლინებანი შესაძლებელია აღინიშნოს ჩვილებში, მოხუცებსა და იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში. ქრონიკული ფილტვის დაავადების მქონე პაციენტებში შესაძლოა აღინიშნოს ხველა ან ხველის გაუარესება. 65 წელზე მეტი ასაკის პირებში შესაძლებელია გამოხატული არ იყოს ცხელება. იშვიათია გასტროინტესტინური გამოვლინებები.

რვ. 2

შემთხვევის განსაზღვრისთვის გამოიყენება შემდეგი კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები (25) :

გმდ*	მმრი**
მწვავედ დაწყებული ცხელება >38 ⁰ C	მწვავედ დაწყებული ცხელება >38 ⁰ C
ხველა	ხველა ან ყელის ტკივილი
ყელის ტკივილი	სუნთქვის უკმარისობა ან გაძნელებული სუნთქვა ან პნევმონია***

* არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას

** საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას

*** პაციენტებში 5 წლის ასაკამდე ვსარგებლობთ IMCI კრიტერიუმების მიხედვით

ქვემოთ მოცემულია ძირითადი განსხვავებები გრიპს, მწვავე რესპირაციულ ინფექციებს (მრი) და ალერგიას შორის (29,20)

სიმპტომი	ალერგია	მრი	გრიპი
გრემლდენა, ქავილი	ხშირია	იშვიათია; კონიუქტივიტი ადენვირუსის დროს.	ტკივილი თვალების უკან, ზოგჯერ კონიუქტივიტი
ცხვირიდან გამონადენი	ხშირია	ხშირია	ხშირია
ცხვირის გაჭედვა	ხშირია	ხშირია	ზოგჯერ
ცემინება	ძალიან ხშირია	ძალიან ხშირია	ზოგჯერ
ყელის ტკივილი	ზოგჯერ (პოსტნაზალური წვეთი)	ძალიან ხშირია	ზოგჯერ
ხველა	ზოგჯერ	ხშირია, მსუბუქი, ზომიერი	ხშირია, მშრალი, შესაძლოა ძლიერი
თავის ტკივილი	არაა ხშირი	იშვიათია	ხშირია
ცხელება	არასოდეს	იშვიათია მოზრდილებში, შესაძლებელია ბავშვებში	ძალიან ხშირია, 38 ⁰ C და მეტი (მცირე ასაკის ბავშვებში) რაც გრძელდება 3-4 დღე, შესაძლოა შემცივნებით
დაღლილობა/სისუსტე	ზოგჯერ	ზოგჯერ	ძალიან ხშირია, შესაძლოა გაგრძელდეს კვირეები. ძლიერი სისუსტე დაავადების დასაწყისში
მიაღვია	არასოდეს	მცირედ	ძალიან ხშირია, ხშირად მძიმე
ხანგრძლივობა	კვირები	3-14 დღე	7 დღე, რასაც მოსდევს ხველა და დაღლილობის შეგრძნება რამოდენიმე დღის განმავლობაში

გმდ და მმრი ზედამხედველობა უზრუნველყოფს გრიპის და სხვა საშიში რესპირაციული პათოგენების დროულ გამოვლენას. ამბულატორიულ პაციენტებში მწვავე რესპირაციული ინფექციის (მრი) განსაზღვრების გამოყენება

ხელს უწყობს სხვადასხვა რესპირაციული პათოგენების უფრო ფართო მასშტაბით გამოვლენას, მაგრამ ამავე დროს ის ზრდის რესპირაციული ინფექციების ზედამხედველობაზე დახარჯულ რესურსებს და ამცირებს შემთხვევის სპეციფიურობას გრიპთან მიმართებაში.

ანამნეზის შეგროვებისას მნიშვნელოვანია ბოლო პერიოდის განმავლობაში კონტაქტის დადგენა დაავადებულ ადამიანებთან, ცხოველებთან, მასალასთან ლაბორატორიულ გარემოში და სხვა.

პაციენტები, რომელთაც დაავადება მსუბუქად, გაურთულებელი გრიპის სახით დაეწყოთ, შესაძლოა სწრაფად პროგრესირდნენ უფრო მძიმე დაავადებამდე. მძიმე ან პროგრესირებადი დაავადება გადაუდებელ მართვას საჭიროებს.

რეკ. 3	<p>გმდ სიმპტომის ინდიკატორებია:</p> <ul style="list-style-type: none"> • სუნთქვის უკმარისობა, ხიხინი, სწრაფი ან გამძლელებული სუნთქვა; • გულმკერდის ტკივილი; • პნევმონიის ნიშნები; • სისხლიანი ან შეფერილი ნახველი; • უეცარი თავბრუსხვევა; • გაბრუება/დეზორიენტაცია; • მძიმე ან პერსისტიული ლებინება; • მაღალი ცხელება, რაც 3 დღეზე მეტხანს გრძელდება; • ჰიპოტენზია; • ციანოზური კანი. <p>დამატებითი სიმპტომები ბავშვებში</p> <ul style="list-style-type: none"> • გამოღვიძების გამძლეება; • საკმარისი საკვების ან სითხის მიღების უუნარობა; • გაღიზიანება. • ცხელება გამონაყართ.
---------------	---

გმდ და მძრი დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება შემდეგ დაავადებებთან:

- გრიპი: სეზონური, პანდემიური, ფრინველის და სხვა
- რინოვირუსული ინფექცია;
- კორონავირუსით გამოწვეული ინფექცია;
- პარაგრიპი;
- ადენოვირუსით გამოწვეული ინფექცია;
- რესპირატორულ- სინციტიური ვირუსული ინფექცია;
- ინფექციური მონონუკლეოზი;

- ჰანტავირუსი;
- დენგე;
- ციტომეგალოვირუსი;
- ლეპტოსპიროზი;
- მუცლის ტიფი;
- სხვა ბაქტერიული ინფექციები;
- ტუბერკულოზი;
- მიკოპლაზმური პნევმონია;
- ქლამიდიური პნევმონია;
- ფსიტაკოზი;
- Q ცხელება;
- ლეგიონელოზი;
- ტოქსოპლაზმოზი;
- ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი

ასევე მწვავე ლარინგიტი, რეტროფარინგეალური აბსცესი, სოკოვანი სინუსიტი, კავასაკის დაავადება, მარტივი ჰერპესი, მენინგოკოკური ინფექცია, გონოკოკური ინფექცია, წითელა და სხვა (25).

5.2. ლაბორატორიული კვლევის შედეგები

რეკ. 4	<p>ნაზოფარინგეალური ნაცხის აღება ვირუსის იდენტიფიკაციისათვის საჭიროა მკურნალობის გადაწყვეტილების მისაღებად შემდეგ სიტუაციებში:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტებში, რომლებიც საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას; • გმდ მქონე პირებში, რომლებიც იმყოფებიან ანტივირუსულ პროფილაქტიკაზე; • როდესაც არ არის ეფექტი ჩატარებულ მკურნალობაზე.
---------------	--

ხახის ან ცხვირის ნაცხი შესაძლებელია გაკეთდეს, მაგრამ ზოგადად არაა რეკომენდებული.

ვირუსების ტესტირებაზე ზეგავლენას ახდენს ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია ტერიტორიაზე (მაგალითად, ცხელებისა და ხველის უეცარი დაწყება ზაფხულში აუცილებლად საჭიროებს ტესტირებას, მაგრამ გრიპის სეზონის დროს ნაკლებია მისი საჭიროება).

ნაზოფარინგეალური ნაცხი უნდა გაიგზავნოს RT-PCR ტესტირებაზე საზოგადოებრივი ჯანდაცვის დაწესებულებაში ან რეფერალურ ჰოსპიტალში ლოკალური კანონმდებლობის შესაბამისად დადგენილ პერიოდში. კრიტიკულად მძიმე პაციენტებში ნაზოფარინგეალური ნაცხი შესაძლებელია ნეგატიური იყოს.

მაშინ საჭიროა ენდოტრაქეული ასპირატის გამოკვლევა. სწრაფი ტესტები ხშირად არაა რეკომენდებული დაბალი სენსიტიურობის გამო, თუმცა შესაძლოა სასარგებლო აღმოჩნდეს პანდემიური H1N1 აფეთქების დასადგენად იზოლირებულ ან მოშორებულ პოპულაციაში.

ზუსტი ლაბორატორიული პასუხის მიღება დროში დაყოვნებულია, ამიტომ მკურნალობის გადაწყვეტილება გმდ დროს უნდა დაემყაროს უპირველესად პაციენტის კლინიკურ შეფასებას ჯანდაცვის პირველად ცენტრებში.

არ არის რეკომენდებული, რომ სწრაფი ტესტირება საფუძვლად დაედოს გადაწყვეტილებას მკურნალობის ჩატარების შესახებ მათი დაბალი სენსიტიურობის (15-60%) და ცრუ დადებითი პასუხის მიღების შესაძლებლობის გამო. თუ ეს ტესტი კეთდება გრიპთან მიმართებაში, საჭიროა, რომ შედეგების ინტერპრეტაცია მოხდეს ტესტის შეზღუდვების გათვალისწინებით და შედეგი დადასტურდეს სტანდარტული მეთოდებით საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ლაბორატორიებში (10,12,13,20,24,25,27).

6. დაავადების დიაგნოზი

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის რეკომენდაციების მიხედვით გმდ და მმრი დიაგნოზი დაისმის, თუ პაციენტი აკმაყოფილებს შემდეგი კრიტერიუმებს (25):

რეკ. 5	<p>გრიპის მაგვარი დაავადების (გმდ) განსაზღვრება, რომელიც მოწოდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ, გულისხმობს შემდეგ კრიტერიუმებს:</p> <ul style="list-style-type: none">• უეცარი ცხელება 38°C და მეტი <p>და</p> <ul style="list-style-type: none">• ხველა და/ან ყელის ტკივილი <p>და</p> <ul style="list-style-type: none">• სხვა დიაგნოზი არ არსებობს
---------------	--

მაგალითად პაციენტს ცხელებით, ხველითა და ლებინებით ან პაციენტს ცხელებითა და ყელის ტკივილით დაესმის გმდ დიაგნოზი. ხოლო პაციენტს ცხელებით, შემცივნებით, მიაღვით და ცხვირის გაჭედვით ეს დიაგნოზი არ დაესმება, ვინაიდან არაა გამოხატული ყელის ტკივილი ან ხველა. შემთხვევის ეს განმარტება ძალიან ზოგადია, მაგრამ მოცირკულირე ვირუსების შესახებ ინფორმაციის გათვალისწინებით იძლევა ნათელ სურათს ქვეყანაში გრიპის აქტივობის შესახებ.

მმრი შემთხვევის განსაზღვრება იყოფა ორ კატეგორიად: 5 წელზე მეტი ასაკის და 5 წელზე ნაკლები ასაკის პირებისათვის (25).

რეკ. 6

მძიმე მწვავე რესპირაციული ინფექცია (მმრი) მოიცავს კრიტერიუმებს:

≥5 წელზე მეტი ასაკის პირებისათვის:

- უეცარი ცხელება 38°C და მეტი
- და ხველა ან ყელის ტკივილი
- და სუნთქვის უკმარისობა ან გამძნელება
- და ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება

მოზრდილებში მმრი არაა კლასიკური პნევმონიის ექვივალენტი და არ გულისხმობს ყოველთვის პნევმონიას. გრიპთან ასოცირებული მძიმე რესპირაციული ინფექცია ხშირად განპირობებულია ფილტვის ან გულის ქრონიკული დაავადებების გამწვავებით და არა პნევმონიით.

<5 წელზე ასაკის პირებისათვის:

შემთხვევა, სადაც კლინიკურად საექვო პნევმონია ან მძიმე/ძალიან მძიმე პნევმონია IMCI (Integrated Management of Childhood Illness - ბავშვთა ასაკის დაავადებების ინტეგრირებული მართვა) მიხედვით და საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას.

რეკ. 7

IMCI მიხედვით პნევმონიის განსაზღვრება 2 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში მოიცავს კრიტერიუმებს:

- ხველა და სუნთქვის გამძნელება
- და სუნთქვის სიხშირე:
 - >40 სუნთქვა/წთ (1-5 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის)
 - >50 სუნთქვა/წთ (2-12 თვემდე ასაკის ბავშვებისათვის)
 - 2 თვემდე ასაკის ბავშვები სუნთქვის სიხშირით >60 სუნთქვა/წთ, საექვო სერიოზულ ბაქტერიული ინფექციაზე.

IMCI მიხედვით მძიმე პნევმონიის განსაზღვრება 2 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში მოიცავს კრიტერიუმებს (22,25):

- ხველა და სუნთქვის გამძნელება
- და ნებისმიერი ჩამოთვლილთაგან:
- არ იღებს სითხეს ან არ წოვს ძუძუს;
 - ან ალებინებს ყველაფერს;
 - ან კრუნჩხვები;
 - ან ლეთარგია ან ცნობიერების მოშლა;
 - ან გულმკერდის ჩადრეკა ან სტრიდორი მშვიდ მდგომარეობაში.

რეკ. 8

მწვავე რესპირაციული ინფექცია (მრი -ARI) განიმარტება, როგორც (25): სიმპტომების უეცარი გამოჩენა და ერთი ჩამოთვლილთაგან

- ხველა;
- ყელის ტკივილი;

- სუნთქვის უკმარისობა;
 - ცხვირის გაჭედვა
- და კლინიკური მსჯელობით დაავადება ინფექციური გენეზისაა.

შენიშვნა: მრი შესაძლოა მიმდინარეობდეს ცხელებით ან მის გარეშე

7. გამოკვლევის სქემა (ალგორითმი)

გმდ და მმრი გამოკვლევა, მისი კლინიკური მართვა და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები ერთდროულად ხორციელდება, გმდ და მმრი დროს საჭიროა ნაზოფარინგეალური მასალისა და სისხლის აღება ჰემოკულტურის და სეროლოგიური გამოკვლევის მიზნით.

რეკ. 9

გმდ, მრი და მმრი დროს მასალის შეგროვებისას საჭიროა:

- პირადი დაცვის საშუალებები;
- მასალის ასაღები წკირები ან მოწყობილობა;
- ენის დეპრესორი;
- პლასტიკური კონტეინერი, რომელიც შეიცავს 2-3 მლ ვირუსულ სატრანსპორტო ნიადაგს და ინახება 4°C ზე;
- სინჯარები სისხლის შესაგროვებლად;
- სპირტი, ბამბა, შპრიცი და ასე შემდეგ (20, 25,27)

7.1. ნაცხის /ასპირატის შეგროვება და გამოკვლევა

რეკ. 10

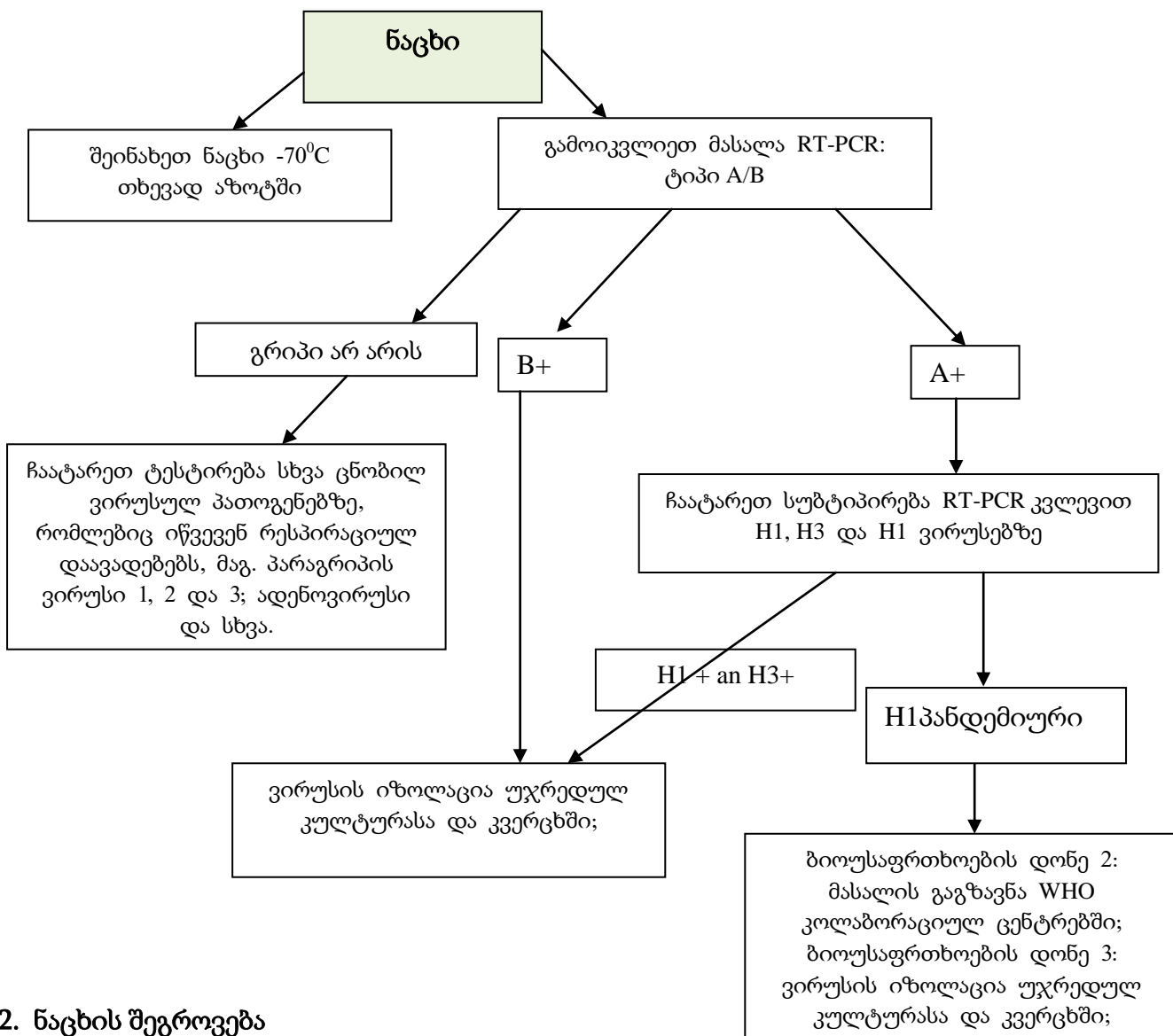
ნაზოფარინგეალური მასალის შეგროვებისას შემდეგი ფაქტორებია გასათვალისწინებელი:

- მასალის შეგროვება საჭიროა სიმპტომების დაწყებიდან პირველ 72 საათში ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენებამდე;
- საჭიროა მასალის ტრანსპორტირებისა და შენახვის პირობების მკაცრი დაცვა ლაბორატორიაში მიტანამდე;
- გრიპის ვირუსის რეპლიკაცია ხდება უპირატესად რესპირაციული ტრაქტის ეპითელურ უჯრედებში. ამისათვის აუცილებელია, რომ მასალა შეიცავდეს უჯრედებს და არა მხოლოდ სეკრეტს. ყველაზე მეტად გამოყენებული რესპირაციული მასალა არის ნაზოფარინგეალური ასპირატი და ნაზოფარინგეალური ნაცხი. ტრაქეის ასპირატი და

ბრონქოალვეოლარული ლავაჟი გამოიყენება განსაკუთრებულ შემთხვევებში სამედიცინო ჩვენების მიხედვით. ნაცები წარმატებით, მაგრამ ასევე გამოიყენება ცხვირისა და ხახის ნაცები.

ნაცხის გამოკვლევის ალგორითმი მოცემულია სქემაზე 7-1 .

სქემა - 7-1-. მასალის გამოკვლევის ალგორითმი გმდ და მმრი დროს სენტინელური მეთვალყურეობის ადგილებში (27)



7.2. ნაცხის შეგროვება

საჭიროა სტანდარტული უსაფრთხოების ზომების დაცვა (ხელების ჰიგიენა, ბარიერული უსაფრთხოება: ნიღაბი, ხელთათმანები, თვალების დაცვა). ნაცხის აღებისას წკირი სწორად უნდა დავიჭიროთ ხელში (ფანქრის მსგავსად) და არა ცერსა და საჩვენებელ თითს შორის წკირის ბოლოს ხელისგულზე მოთავსებით. იხ. სურათი.

მთავარი მიზეზი არის ის, რომ ნაცხის აღებისას პაციენტის მოძრაობამ არასწორად დაჭერილი წკირის შემთხვევაში შესაძლოა დააზიანოს პაციენტი. ხოლო პირველ შემთხვევაში წკირის მოძრაობის კონტროლი უფრო იოლია (27).



წკირის სწორი დაჭერა ნაცხის აღებისას



წკირის არასწორი დაჭერა ნაცხის აღებისას

7.2.1. ნაზოფარინგეალური ნაცხის აღების ტექნიკა



პაციენტს თავი გადააწევინეთ 70°-ით;

- სტერილური დრეკადი წკირი ნელა შეიყვანეთ ნესტოში სასის პარალელურად უკანა ცხვირხახის არემდე (შეყვანის სიღრმე დაახლოებით უტოლდება მანძილს ცხვირის შესასვლელიდან ყურის გარეთა ხვრელამდე).
- წკირი დააყოვნეთ და 10 წმ განმავლობაში როტაციული მოძრაობით აიღეთ სეკრეტი, რასაც მოჰყვება ინფიცირებული უჯრედები;
- მეტი ეფექტურობისათვის შესაძლებელია პროცედურის გამეორება მეორე ნესტოშიც;
- ნაცხი მოათავსეთ ვირუსის სატრანსპორტო ნიადაგში;

- გადალუნეთ ან გადატეხეთ ღერო, რათა წკირი თავისუფლად მოთავსდეს კონტეინერში (27).

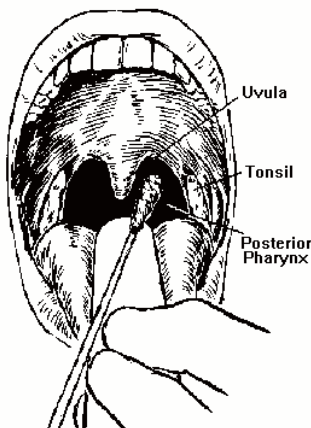
7.2.2. ნაზოფარინგეალური ასპირატის აღების ტექნიკა

- პროცედურა საჭიროებს შემდეგ მასალას: ამოსაქაჩი მოწყობილობა, სტერილური კათეტერი, სტერილური ფიზიოლოგიური ხსნარი, ვირუსის სატრანსპორტო მედიის შემცველი კონტეინერი;
- კათეტერი შეუერთეთ ამოსაქაჩ მოწყობილობას;



- რამოდენიმე წვეთი სტერილური ფიზიოლოგიური სითხე ჩააწვეთეთ ორივე ნესტოში;
- მოთავსეთ კათეტერი ნესტოში უკანა ცხვირხახამდე (სიღრმე შეესაბამება მანძილს ცხვირის შესასვლელიდან ყურის გარეთა ხვრელამდე);
- ამოქაჩეთ ფრთხილად. როტაციული მოძრაობით ამოიღეთ კათეტერი უკან;
- მეტი ეფექტურობისათვის შესაძლებელია პროცედურის გამეორება მეორე ნესტოშიც;
- კათეტერი გამორეცხეთ ვირუსის სატრანსპორტო ნიადაგით და ჩაღვარეთ გამონარეცხი კონტეინერში (27).

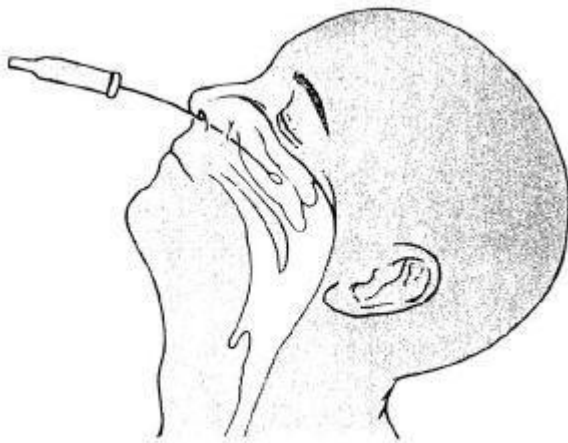
7.2.3. უკანა ფარინგეალური ნაცხის აღება (ხახის ნაცხი)



- წკირი დაიჭირეთ ისე, რომ წრიულად მოსმა შესძლოთ. ნაცხი აიღეთ ხახის უკანა კედლიდან და ტონზილარული რკალებიდან.
- პაციენტს ათქმევინეთ "აა" რათა აიწოს უფულამ.
- ენას დააწექით ენის დეპრესორისთ (შესაძლოა გამოიწვიოს ღებინების რეფლექსი !)
- თავიდან აიცილეთ რბილ სასაზე და ენის ზედაპირზე შეხება წკირის წვერით;

- მასალა დაუყოვნებლივ მოათავსეთ სტერილურ კონტეინერში ვირუსის სატრანსპორტო ნიადაგით.
- აპლიკატორი (წვირი) გადატეხეთ ისე, რომ კონტეინერის თავის დახურვა შესძლოთ.
- თუ გადატეხვა შეუძლებელია, გადაჭერით მაკრატელით;
- მაკრატლის წვერი მოატარეთ ცეცხლის ალზე (27).

7.2.4. წინა ცხვირის ნაცხის აღება



გამოიყენება იგივე რიგიდული წვირი, რაც ხახის ნაცხის ასაღებად. წვირის წვერით შეაღწევინ ცხვირის კარიბჭის უკან (წინა ნესტო) მდებარე ცხვირის ლორწოვანს (დაახლოებით 2-3 სმ-ში ნესტოს შესავალიდან მოზრდილისათვის) და ნელა როტაციული მოძრაობით აგროვებენ ნაზალურ სეკრეტს ცხვირის ნიჟარის წინა ნაწილიდან და ძგიდის ლორწოვანიდან.

- წვირის ათავსებენ სასის

პარალელურად.

- ცოტა ხნით აყოვნებენ, რათა მან შეიწოვოს სეკრეტი;
- ნაცხს ორივე ნესტოდან იღებენ ერთი წვირით
- ნაცხს დაუყოვნებლივ ათავსებენ სტერილურ კონტეინერში, რომელიც შეიცავს ვირუსის სატრანსპორტო ნიადაგს და ხახის ნაცხს
- აპლიკატორის ღეროს გადატეხენ წვერთან ახლოს, რომ ის თავისუფლად მოათავსდეს კონტეინერში და დაეხუროს თავსახური(27)

რეკ. 11

აუცილებელია:

- კონტეინერს გაუკეთეთ წარწერა (პაციენტის სახელი, გვარი, საჭიროებისას სხვა საინდეტიფიკაციო ნიშნები, დაწესებულების საიდენტიფიკაციო ინფორმაცია, თარიღი და აღებული მასალის სახეობა და სხვა);
- მმრი ან გრიპის ინფექციების დროს შეგროვდეს ნაცხების დუბლიკატები;
- მასალა გაიგზავნოს ლაბორატორიაში დაუყოვნებლივ (ტესტირების სენსიტიურობა ქვეითდება დაყოვნების შემთხვევაში);
- გაცივდეს მასალა 2-4°C- მდე შენახვისა და ტრანსპორტირებისას.

(სასურველია მასალა ლაბორატორიაში მიტალ იქნას მაქსიმუმ 2 დღეში);

- მასალა შესაძლებელია გაიყინოს მინუს 70° C ლაბორატორიაში მიტანამდე;
- დაუშვებელია სხვა ტემპერატურაზე მასალის გაყინვა და შემდგომ გაღობა(27).

7.3. ლაბორატორიული ტესტები

7.3.1. არაპირდაპირი იმუნოფლორესცენციის მეთოდი

მასალის დამუშავების მერე მონოკლონური ანტისხეულების გამოყენებით იმუნოფლორესცენციის მეთოდით ხდება ვირუსული ანტიგენების (ადენოვირუსი, გრიპი A და B, პარაგრიპის ვირუსი, რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი) აღმოჩენა. ტექნიკის სენსიტიურობა არის 70-100 %, ხოლო დადებითი პრედიქტიური ღირებულება - 84-94%, აღწევს რა მაღალ მაჩვენებლებს ვირუსის მაქსიმალური ცირკულაციის დროს. ტექნიკა საჭიროებს ბიოუსაფრთხოების მე-2 დონეს. მმრი უჩვეულო შემთხვევების, ფრინველის გრიპის შემთხვევებისას საჭირო ბიოუსაფრთხოების მე-3 დონის რეკომენდაციების გათვალისწინება (25,27).

7.3.2. ვირუსის კულტურა

ეს მეთოდი მადალსენსიტიურია, როდესაც მასალა არის მაღალი ხარისხის. წარმოადგენს ოქროს სტანდარტს გრიპის ლაბორატორიული ტესტირებისათვის. ტარდება უჯრედულ კულტურასა და განაყოფიერებულ კვერცხში. ტესტის პასუხი მზადაა 2-3 დღეში, თუ შედეგის წასაკითხად იმუნოლოგიური მეთოდები გამოიყენება და 7-10 დღეში, იმუნოფლორესცენციის ჩვეულებრივი მეთოდის გამოყენებით. კვერცხის გამოყენებით შესაძლებელია ვირუსის შემდგომი გამოყოფა ვაქცინის წარმოებისათვის. ტესტი ტარდება რეგიონის გრიპის რეფერალურ ლაბორატორიებში (25,27).

7.3.3. მოლეკულური ტექნიკა - პოლიმერაზა-ჯაჭვური რეაქცია (პჯრ)

პჯრ ახდენს ვირუსის გენეტიკური მასალის დეტექციას კლინიკურ მასალაში ან ვირუსულ კულტურაში. ტესტი დამყარებულია რნმ ამპლიფიკაციაზე. უფრო სწრაფი შედეგები მიიღება RT-PCR გამოყენებით. ვირუსის სექვენირება საშუალებას იძლევა დადგინდეს ვირუსის ევოლუცია და მუტაციები, რაც საფუძვლად დაედება ვაქცინის შტამის შერჩევას. ტესტი ტარდება გრიპის ეროვნულ ცენტრსა და რეგიონის გრიპის რეფერალურ ლაბორატორიებში(25,27).

7.3.4. სეროლოგიური გამოკვლევა

მეთოდი ემყარება ჰემაგლუტინაციის ინჰიბირებას. საჭიროებს წყვილ შრატს 10 და 15 დღიანი შუალედით. ის იძლევა სეროკონვერსიის დადგენის საშუალებას მოცემული ვირუსის შტამისათვის. ტესტი ტარდება ანტიგენებისა და ანტიშრატის რეფერალური პანელის გამოყენებით (25,27).

7.3.5. 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.

ეს ტესტები იძლევა გრიპის აფეთქების სწრაფი დეტექციის საშუალებას, ამასთან პასუხს იძლევა მალე, რაც მნიშვნელოვანია ანტივირუსული თერაპიის დასაწყებად სიმპტომების გამოჩენიდან 48 საათში. ტესტის ნაკლი არის ის, რომ ვერ იძლევა ვირუსის ქვეტიპების იდენტიფიცირების საშუალებას და ის, რომ აქვთ დაბალი სენსიტიურობა, რაც იძლევა ცრუ უარყოფით შედეგებს (25,27).

7.4. როგორ ხორციელდება კვლევა პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე?

რვ. 12

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას ყურადღება უნდა მიექცეს შემდეგ კრიტერიუმებს (28):

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

7.5. როგორ ხორციელდება გამოკვლევები ჰოსპიტალში?

რეკ. 13 ჰოსპიტალიზებული ან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსებული პაციენტების რეკომენდებულია შემდეგი გამოკვლევები (28):

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

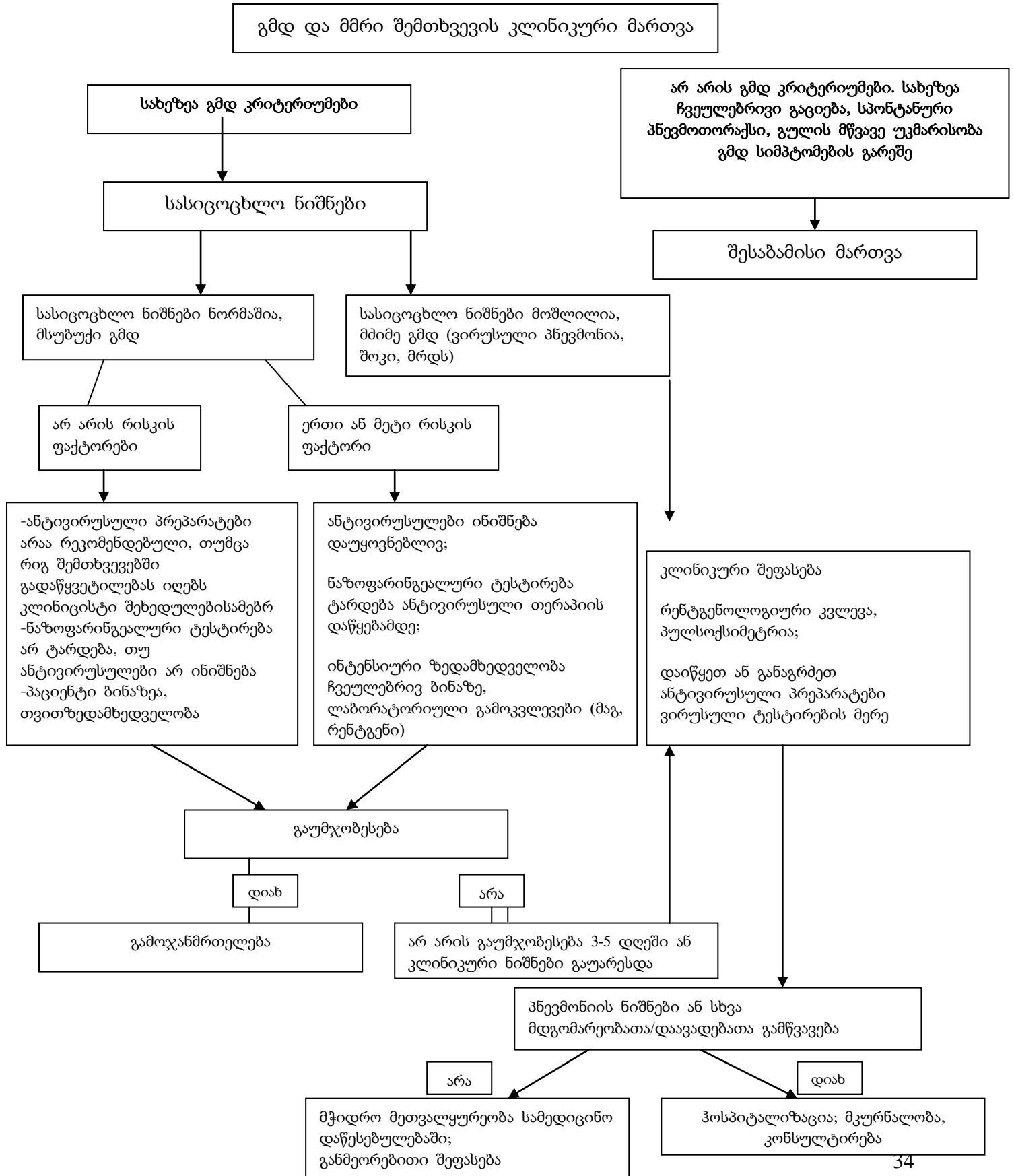
რეკ. 14 რომელი ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევის შედეგები მოითხოვს მკაცრ მეთვალყურეობას?

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 pO ₂ < 60 ოთახის ჰაერზე ჟანგბადის სატურაცია < 90-95% ოთახის ჰაერზე
გულმკერდის რენტგენოგრამა	პათოლოგიური ცვლილებები, დაკავშირებული პნევმონიასთან ან გულის უკმარისობასთან
მკვ	იშემია, შექნილი არითმია

შენიშვნა: ყველა პაციენტისთვის აუცილებელი არ არის ამ გამოკვლევების ჩატარება, აღნიშნული ლაბორატორიული კვლევები უნდა ჩატარდეს ექიმის გადაწყვეტილების საფუძველზე, განსაკუთრებით იმ შემთხვევებში, როცა რესურსების დეფიციტია (28)

8. მართვის სქემა

გმდ და მმრი შემთხვევების კლინიკური მართვა ხორციელდება ჯანდაცვის როგორც პირველად დონეზე, ასევე რეფერალურ ცენტრებში.



8.1. როგორ ხორციელდება შემთხვევის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე?

კლინიკური შეფასება იდეალურ შემთხვევაში იწყება ტრიაჟისათვის წინასწარ განკუთვნილ ადგილას.

რეკ. 15

გმდ მქონე პაციენტის შეფასება პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე მოიცავს, მაგრამ არ შემოიფარგლება ქვემოთ ჩამოთვლილი კლინიკური პროცედურებით:

- ზოგადი სტატუსის შეფასება;
- ჰიდრატაციის შეფასება;
- სხეულის ტემპერატურის გაზომვა (ცხელება $\geq 38^{\circ}\text{C}$);
- სუნთქვის სიხშირის დათვლა;
- სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობის შეფასება (ნეკნთაშუა არეების ჩაზნექა, ცხვირის ნესტოების მოძრაობა);
- კანის, ფრჩხილების, ლორწოვანის ფერის შეფასება;
- ფილტვის აუსკულტაცია კრეპიტაციის გამოსავლენად.

შეფასების დროს პაციენტები განაწილდება შემდეგ ჯგუფებად (31):

- პაციენტები, რომელთაც არ აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები;
- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები, მაგრამ არ ესაჭიროებათ ანტივირუსული მკურნალობა და
- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები და ესაჭიროებათ ანტივირუსული მკურნალობა.

პაციენტები, რომელთაც არ აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები

რეკ. 16

პაციენტებისათვის, რომელთაც არ აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები

საჭიროა შემდგომი კვლევა, დიაგნოსტიკა და მართვა დიაგნოზის შესაბამისად (31).

პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები, მაგრამ არ ესაჭიროებათ ანტივირუსული მკურნალობა

რეკ. 17

გმდ მქონე პაციენტებისათვის, რომლებსაც არა აქვთ მოშლილი სასიცოცხლო ფუნქციები და არ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს, თერაპია არის სიმპტომური ან/და სინდრომული. რეკომენდებულია, რომ მოხდეს ამ პირების თვითიზოლაცია, სანამ ისინი თავს კარგად იგრძნობენ.

ამ ჯგუფის პაციენტები არ საჭიროებენ ანტივირუსულ თერაპიას.

ბინაზე მათ ენიშნებათ

- ანალგეტიკები ან ანტიპირეტიკები (არჩევის 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 ჯანდაცვის მუშაკის ან ოჯახის წევრის მიერ დაავადების პროგრესირების ნიშნებისა და სიმპტომების გამოვლენის თვალსაზრისით (31).

8.2. რეკომენდაციები ბინაზე მოვლის პირობებში

რეკ. 18

პაციენტის მოთავსება ბინაზე (31)

- ავადმყოფი თავსდება განცალკევებულ ოთახში შესაბამისი ვენტილაციით სიმპტომების შემცირებამდე ან მათ აღაგებამდე (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 დაწყების მომენტიდან (ბავშვები, განსაკუთრებით მცირე ასაკში, დიდხანს გამოჰყოფენ ვირუსს);
- თუ გრიპისმაგვარი სიმპტომების მქონე პაციენტისათვის აუცილებელია შინიდან გასვლა (მაგ. სამედიცინო საჭიროების გამო) მან უნდა ატაროს ნიღაბი და დაიფაროს ცხვირი და პირი ხველისა და ცემინების დროს.

რეკ. 19

ოჯახის სხვა წევრების დაცვა ბინაზე

- ავადმყოფს არ უნდა ჰყავდეს მნახველები, გარდა იმ ადამიანებისა, რომელთაც მათი მოვლა ევალება;
- 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 ბავშვებს 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).

რეკ. 20

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.

რეკ. 21

დასუფთავება, 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 უნდა გაირეცხოს საყოფაცხოვრებო საპნით, ხელები უნდა გასუფთავდეს საპნით ან ალკოჰოლის შემცველი ხელსახოცით დასვრილ თეთრეულთან კონტაქტის შემდეგ;
- ჭურჭელი უნდა დაირეცხოს ჭურჭლის სარეცხი მანქანით ან საპნით.

- სააბაზანო ოთახი უნდა გაიწმინდოს საყოფაცხოვრებო დეზინფექტანტით ყოველდღიურად.

რეკ. 22

ბინაზე მოთავსებულ პაციენტს ეძლევა რეკომენდაცია, გამოცხადდეს განმორებითი კონსულტაციისათვის, თუ აღენიშნება დაავადების პროგრესირების ნიშნები (31)

სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც მიუთითებს დაავადების დამძიმებაზე

- სუნთვის უკმარისობა (მოსვენებულ და დატვირთვის მდგომარეობაში), სუნთქვის გაძნელება, 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;
- დაქვეითებული აქტივობა, დიურეზის შემცირება, ლეტარგია. პერსისტიული ან მორეციდივე ცხელება და სხვა სიმპტომები, რომლებიც 4-5 დღეზე მეტხანს გრძელდება;
- გაუმჯობესების შემდეგ კვლავ აღინიშნება მაღალი ცხელება და მდგომარეობის ზოგადი გაუარესება.

8.3. პაციენტების მიმართვა რეფერალურ ცენტრებში

გრიპისმაგვარი დაავადების მქონე პაციენტი ჰოსპიტალს მიმართავს პირდაპირ ან პირველადი ჯანდაცვის რგოლის გავლით. მათ უტარდებათ ტრიაჟი დეტალური კლინიკური შეფასებით, რათა შეირჩეს პაციენტები

ჰოსპიტალიზაციისათვის. ტრიაჟის არე წინასწარ უნდა იქნას განსაზღვრული. ტრიაჟის პერიოდში დაცული უნდა იქნას ინფექციის კონტროლის ზომები ჯანდაცვის მუშაკების მიერ.

8.3.1. რა კრიტერიუმების საფუძველზე ხდება მიმართვის რეფერალურ საავადმყოფოში და ჰოსპიტალიზაცია გმდ მქონე ბავშვებსა და მოზრდილებში?

რეკ. 23	<p>კრიტერიუმები რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის (ბავშვები)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ციანოზი • სითხის მიღების ან ძუძუს წოვის უნარის დაკარგვა • კრუნხვები • განმეორებითი ღებინება • მნიშვნელოვანი დეჰიდრატაცია • ცნობიერების მოშლა, ლეთარგია ან აგზნება • დაჭიმული ყიფლიბანდი • მიკროცირკულაციის მოშლა • მძიმედ მიმდინარე რესპირაციული დაავადების ნიშნები <ul style="list-style-type: none"> ▪ სუნთქვის გახშირება <ul style="list-style-type: none"> ○ >60 წუთში 0- 2 თვემდე ○ >50 წუთში 2-11 თვის ასაკის ჩვილებში ○ >40 წუთში 12-59 თვის ასაკის ბავშვებში ○ >30 წუთში 5 წლის ასაკის ზემოთ ▪ სუნთქვისას ნესტოების ბერვა, ნეკნთაშუა კუნთების ჩაზნექვა ან სუნთქვისას გულმკერდის შეზნექვა; ▪ აპნოეს ეპიზოდები (განისაზღვრება, როგორც 20 წმ-დე გახანგრძლივებული პაუზა სუნთქვის დროს), ხმაურიანი სუნთქვა; ▪ SpO2 ≤ 90%, თუ პულსოქსიმეტრი ხელმისაწვდომია განგაშის სხვა ნიშანი (მაგ. სწრაფად პროგრესირებადი ან გახანგრძლივებული დაავადება და სხვ.)(28)
----------------	---

რეკ. 24	<p>კრიტერიუმები რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის (მოზრდილები)</p> <p>ცხელება > 38° C ასოცირებული შემდეგ ნიშნებთან:</p> <ul style="list-style-type: none"> • დისპნოე ან სუნთქვის გაძნელება; • დამხმარე კუნთების მონაწილეობა სუნთქვის აქტში; • პულსოქსიმეტრით სატურაცია SpO2 ≤ 90%, ორსულებში: SpO2 ≤ 95% (თუ პულსოქსიმეტრი ხელმისაწვდომია); • სიცოცხლისათვის პოტენციურად საშიში ცვლილებები: არტერიული ჰიპოტენზია (სისტოლური წნევა <90 mmHg, დიასტოლური წნევა <60 mmHg.), სუნთქვის სიხშირის მატება (>30 წუთში), კაპილარული ავსების დრო >2 წმ, კანის დაქვეითებული ტურგორი, გულისცემის სიხშირის მატება და სხვა; • ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრამაზე; • თანმხლები დაავადებების დამძიმება; • ცნობიერების მოშლა; • პაციენტები, რომლებიც მოზრუნდნენ განმეორებითი კონსულტირებისათვის
----------------	--

სასუნთქი სისტემის მხრივ დარღვევების გამო;
რისკ-ფაქტორები: ორსულობა, მოხუცები, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები, კარდიოვასკულური დაავადებები, თირკმლის, ღვიძლის, ჰემატოლოგიური, ნევროლოგიური, ნერვ-კუნთოვანი დაავადებები და სხვა (28).

გმდ 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.

8.3.2. რა კრიტერიუმების საფუძველზე თავსდება პაციენტი ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში?

როდესაც პაციენტს არ აღენიშნება გაუმჯობესება ან არ რეაგირებს ანტივირუსულ პრეპარატებზე, როგორც ქვემოთაა ნაჩვენები, სპეციალისტთან კონსულტირების შემდეგ ის გადააყვავთ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში (28).

რეკ. 25

კრიტერიუმები ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მოთავსებისათვის

პაციენტს არ აღენიშნება გაუმჯობესება ან არ რეაგირებს ანტივირუსულ თერაპიაზე და აქვს:

- გულმკერდის რენტგენოგრამაზე ინფილტრაციის პროგრესირების ნიშნები;
 - პერსისტიული ჰიპოქსია (აქვს SpO₂ <92%) ან რესპირატორული გადაღლა მიუხედავად ჟანგბადის მაქსიმალური სატურაციისა;
 - პროგრესირებადი ჰიპერკაპნია;
- ჰემოდინამიკის მოშლის ნიშნები;

სეფსისის ან გარდაუვალი შოკის ნიშნები.

8.4. ანტივირუსული თერაპია

გადაწყვეტილება ანტივირუსული თერაპიის ჩატარების შესახებ ემყარება კლინიკურ სიმპტომებს და/ან პაციენტის კუთვნილებას მაღალი რისკის ჯგუფზე გართულებების თვალსაზრისით. მკურნალობა არ უნდა დაყოვნდეს ლაბორატორიული ტესტირების

პასუხების მიღებამდე. სწრაფი ტესტის უარყოფითი პასუხი არ გამორიცხავს გრიპის დიაგნოზს.

8.4.1. ვის უტარდება ანტივირუსული თერაპია?

რეკ. 26

ანტივირუსული თერაპიის ჩატარება რეკომენდებულია:

- 1) ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის მმრი-თ, რომელთაც დამატებით დაავადების სიმძიმის მაჩვენებელი გარკვეული ნიშნები/სიმპტომები აღენიშნებათ;
- 2) პაციენტებს პროგრესირებადი, მძიმე ან გართულებული დაავადებით, მიუხედავად იმისა მიეკუთვნებიან თუ არა ისინი მაღალი რისკის ჯგუფს;
- 3) გმდ მქონე პაციენტებს მსუბუქი დაავადებით, თუ ისინი არიან მაღალი რისკის ჯგუფიდან
- 4) გარკვეულ სიტუაციებში, იქ, სადაც რესპირაციული დაავადებები ფართოდაა გეოგრაფიულად გავრცელებული და სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე, ანტივირუსული თერაპია ენიშნებათ პაციენტებს გრიპისმაგვარი დაავადებით ჰოსპიტალისაციისა და გართულებების თავიდან აცილების მიზნით (28).

1) ანტივირუსული თერაპიის ჩატარების ჩვენება - ჰოსპიტალიზებული პაციენტი მმრი-თ, რომელსაც საწყისი გამოკვლევისას აღენიშნება შემდეგი სიმპტომები და ნიშნები (28):

პედიატრიული პაციენტი	მოზრდილი პაციენტი
<ul style="list-style-type: none"> • ციანოზი • ჰიპოქსემია (პელსოქსიმეტრიით სატურაცია $SpO_2 \leq 90\%$) • მნიშვნელოვანი ტაქიპნოე- >50 2 თვიდან 1 წლამდე >40 1 თვიდან 5 წლამდე • პაციენტს არ შეუძლია წყლისა და საკვების მიღება • შეუპოვარი ღებინება • ცნობიერების მოშლა/ლეთარგია • ცხვირის ნესტოების გაბერვა, ნეკნთაშუა არეების ჩაზნექვა, სტრიდორი • და სხვა 	<ul style="list-style-type: none"> • დისნოე და სუნთქვის გაძნელება • ჰიპოქსემია და სუნთქვის გაძნელება • დისპნოე და სუნთქვის გაძნელება • ჰიპოქსემია (პელსოქსიმეტრიით სატურაცია $SpO_2 \leq 90\%$, ორსულებისათვის $\leq 95\%$) • სასიცოცხლო ფუნქციების მოშლა: არტერიული ჰიპოტენზია, სუნთქვის სიხშირის მატება, პულსის სიხშირის მატება. • ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრამაზე • თანმხლები დაავადების გამწვავება. • ცნობიერების მოშლა • დეჰიდრატაცია • პაციენტები, რომლებიც მოზრუნდნენ განმეორებითი კონსულტაციისათვის რესპირატორული სიმპტომების გაუარესებით • და სხვა

2) ანტივირუსული თერაპიის ჩატარების ჩვენება - პაციენტები პროგრესირებადი, მძიმე ან გართულებული დაავადებით, მიუხედავად იმისა მიეკუთვნებიან თუ არა ისინი მაღალი რისკის ჯგუფს;

3) ანტივირუსული თერაპიის ჩატარების ჩვენება - გმდ მქონე პაციენტებს მსუბუქი დაავადებით, თუ ისინი არიან მაღალი რისკის ჯგუფიდან

- 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 <30 მლ/წთ);
 - მეტაბოლური დარღვევები (განსაკუთრებით შაქრიანი დიაბეტი);
 - ავადმყოფური სიმსუქნე;
 - აცეტილსალიცილის მჟავას ხანგრძლივი გამოყენება

4) გარკვეულ სიტუაციებში, იქ, სადაც რესპირაციული დაავადებები ფართოდაა გეოგრაფიულად გავრცელებული და სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე, ანტივირუსული თერაპია ენიშნებათ პაციენტებს გრიპისმაგვარი დაავადებით ჰოსპიტალისაციისა და გართულებების თავიდან აცილების მიზნით.

ჰოსპიტალიზაციის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს ექიმი.

8.4.2. როგორ ტარდება ანტივირუსული თერაპია?

რეკ. 27	თუ ნაჩვენებია, ანტივირუსული პრეპარატები უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება სწრაფად. მაქსიმალურად ეფექტურია მკურნალობის დაწყება სიმპტომების გამოჩენიდან პირველ 48 საათში;
რეკ. 28	მკურნალობის ხანგრძლივობაა, ჩვეულებრივ, 5 დღე. მკურნალობის გახანგრძლივება შესაძლოა საჭირო გახდეს შემთხვევებში, როცა დაავადება პროლონგირდება ან პაციენტი არის იმუნოსუპრესიული;
რეკ. 29	რიგ მძიმე შემთხვევებში ექსპერტის გადაწყვეტილებით საჭირო ხდება ოსელტამივირის გაორმაგებული დოზების გამოყენება;
რეკ. 30	ი/ვ პერამივირის, ზანამივირის და სხვა კვლევის ფაზაში მყოფი პრეპარატების გამოყენება ხდება კლინიკური კვლევის ფარგლებში.

8.4.3. ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკა

როდის შეიძლება ჩატარდეს ანტივირუსული პროფილაქტიკა ?

რეკ. 31

ანტივირუსული პროფილაქტიკა შესაძლებელია ჩატარდეს:

- პაციენტებში მაღალი რისკის ჯგუფიდან და ახლო კონტაქტით გმდ –ის მქონე პაციენტთან იმ პერიოდში, როცა ის იყო საშიში დაავადების გადადების თვალსაზრისით;
- ჯანდაცვის მუშაკებში დადგენილი ახლო კონტაქტის შემთხვევაში გმდ-ის მქონე პაციენტთან შესაბამისი პირადი დაცვის საშუალებების გამოყენების გარეშე;
- მოხუცთა თავშესაფრებში ან მსგავს დაწესებულებებში ახლო კონტაქტით გმდ-ის მქონე რეზიდენტთან ან ჯანდაცვის მუშაკთან;
- სხვა ატიპურ სიტუაციებში. მაგალითად, ექსპოზიცია სხვა მაღალი რისკის პაციენტებთან;

- ახლო კონტაქტში იგულისხმება მოვლა ან ცხოვრება პირთან, რომელიც ავადაა გმდ-ით ან კონტაქტი მის რესპირატორულ მასალასთან და/ან სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან. ახლო კონტაქტის მაგალითებია: საერთო ჭურჭლის გამოყენება, ფიზიკალური გამოკვლევა და ნებისმიერი სხვა კონტაქტი, სადაც შესაძლებელია რესპირაციული წვეთების გავრცელება.
- პაციენტი საშიშია ინფექციის გადადების თვალსაზრისით სიმპტომების გამოჩენამდე 1 დღით ადრე და ცხელების ჩათავებიდან კიდევ 24 საათის განმავლობაში. გახანგრძლივებული შედინგი აღწერილია ჩვილ ბავშვებში და იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში. თუ კონტაქტს ადგილი ჰქონდა დაავადების დაწყებამდე 7 დღით ადრე, პროფილაქტიკის ჩატარება არაა აუცილებელი.
- ანტივირუსული პროფილაქტიკის ხანგრძლივობაა 10 დღე.
- პირები, სადაც არის მიმდინარე რისკი ექსპოზიციისა (მაგ. ჯანდაცვის პერსონალი და სხვა, ვინც მუშაობს გრიპის აფეთქების კერებში), საჭიროებენ პირადი დაცვის საშუალებების გამოყენების წესების მკაცრ დაცვას;
- საერთო საცხოვრებლის (თავშესაფარი და სხვა) პირობებში ანტივირუსული თერაპია ტარდება მხოლოდ ახლო კონტაქტებში. ანტივირუსული პრეპარატების პროფილაქტიკური გამოყენების შესაძლებლობა უნდა გადაისინჯოს 10 დღის მერე. თუ შემდგომი ექსპოზიციას არ ჰქონია ადგილი, ანტივირუსული უნდა შეწყდეს;
- უკვე აღმოჩენილია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შტამის რეზისტენტული შტამები ოსელტამივირის მიმართ. ეს მიუთითებს, რომ

ქიმიოპროფილაქტიკისათვის ანტივირუსული პრეპარატები გამოყენებულ უნდა იქნას შეზღუდულად;

რეკ. 32	ანტივირუსული პრეპარატების რეზისტენტობა ინდივიდუალურია მოცემულ რეგიონში მოცემულ წელს მოცირკულირე ვირუსის შტამებისათვის. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შტამები მთლიანად რეზისტენტულია ადამანტანის დერივატების მიმართ. სეზონური გრიპის შტამები რიგ ადგილებში ინარჩუნებენ მგრძობელობას ამ ჯგუფის პრეპარატებზე (4, 27, 31) .
რეკ. 33	ექიმის მიერ კლინიკური მსჯელობის საფუძველზე უნდა გადაწყდეს ადრეული მკურნალობის ჩატარების უპირატესობა ქიმიოპროფილაქტიკასთან შედარებით.

როგორ ტარდება ანტივირუსული პროფილაქტიკა სპეციფიკურ ჯგუფებში (ორსულები და ბავშვები)?

რეკ. 34	ანტივირუსული პროფილაქტიკა არ წარმოადგენს უკუჩვენებას ორსულთათვის. ორსულმა უნდა მიიღოს ოსელტამივირის იგივე დოზა, რაც მოზრდილმა პაციენტებმა. ორსულებში არჩევის პრეპარატი პროფილაქტიკის მიზნით უცნობია. ზანამივირი ადგილობრივ მოქმედებს და არ ახასიათებს სისტემური ზემოქმედება. გათვალისწინებულ უნდა იქნას მისი გვერდითი მოქმედება რესპირატორული ტრაქტის მხრივ ინჰალაციის დროს.
----------------	--

უნდა აღინიშნოს, რომ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში ოსელტამივირის უსაფრთხოებისა და დოზირების შესახებ მონაცემები არ არსებობს. ამის გამო, ამ პაციენტებზე საჭიროა მონიტორინგი ოსელტამივირის გამოყენების დროს (31).

8.4.4. ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება

სამკურნალო საშუალება	ასაკობრივი ჯგუფი				
	ხანგრძლივობა	1-6	7-9	10-12	13-64
ოსელტამივირი					
მკურნალობა	5 დღე	წონადამოკიდებული დოზირება ¹ 30 მგ ორჯერ დღეში ≤ 15 კგ 45 მგ ორჯერ დღეში 15-დან 23 კგ-მდე		75 მგ ორჯერ დღეში ¹	75 მგ ორჯერ დღეში ^{1,2}

		60 მგ ორჯერ დღეში 23-დან 40 კგ-მდე 75 მგ ორჯერ დღეში >40კგ					
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		
ზანაზანი							
მკურნალობა	5 დღე	არაა ლიცენზირებული ამ ასაკობრივ ჯგუფში		10 მგ(2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში	10 მგ(2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში	10 მგ(2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) ორჯერ დღეში
პროფილაქტიკა	იწყება ექსპოზიციიდან რაც შეიძლება მალე და რძელდება 5-7 დღე ბოლო ექსპოზიციიდან	1-4 არ ინიშნება	5-6 წ 10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში	10 მგ (2 ინჰალაცია) დღეში

1-ოსელტამივირის დოზის დაქვეითება ხდება პაციენტებში დაქვეითებული კრეატინინის კლირენსით.

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

რეკ. 35 ოსელტამივირის დოზირება ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში შეადგენს 2 მგ/კგ ორჯერ დღეში ხუთი დღის განმავლობაში. არსებობს ორი ტიპის ფორმულა: ოსელტამივირის სუსპენზია (12მგ/მლ) და ხსნარი (15 მგ/მლ).

რეკ. 36 ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის ჩატარებისას ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში უნდა გვახსოვდეს, რომ ბალანსი რისკსა და სარგებელს შორის გაურკვეველია. ამიტომ გადაწყვეტილება პროფილაქტიკის მიზნით ოსელტამივირის დანიშვნის თაობაზე მიიღება ინდივიდუალურად პაციენტის თანმხლები დაავადების / მდგომარეობის გათვალისწინებით.

1 წლამდე, განსაკუთრებით კი 2 თვემდე ასაკის ბავშვებში საჭიროა პაციენტის დამატებითი მეთვალყურეობა პრეპარატის გამოყენებისას. ის სასურველია ჩატარდეს საავადმყოფოში,

ოსელტამივირის დოზირება სამკურნალოდ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში

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

- პაციენტს შესთავაზეთ 2 მლ-იანი შპრიცის გამოყენება ზუსტი დოზირებისათვის
- დოზა ეძლევა ორჯერ დღეში სამკურნალოდ
- მაქსიმალური ყურადღებით ინიშნება 2 თვემდე ასაკის ბავშვებში.
- ოსელტამივირის ხსნარს აქვს მწარე გემო და საჭიროებს ცოტა (10მლ) ტკბილი ხსნარის დამატებას. (28)

ოსელტამივირის დოზირება 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში პროფილაქტიკის თვალსაზრისით (31)

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

ანტივირუსული თერაპია - დოზირება 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.

რეკ. 37	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

რეკ. 38	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

8.4.5. ანტივირუსული პრეპარატების გვერდითი ეფექტები

ოსელტამივირისა და ზანამივირის გვერდითი ეფექტები

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

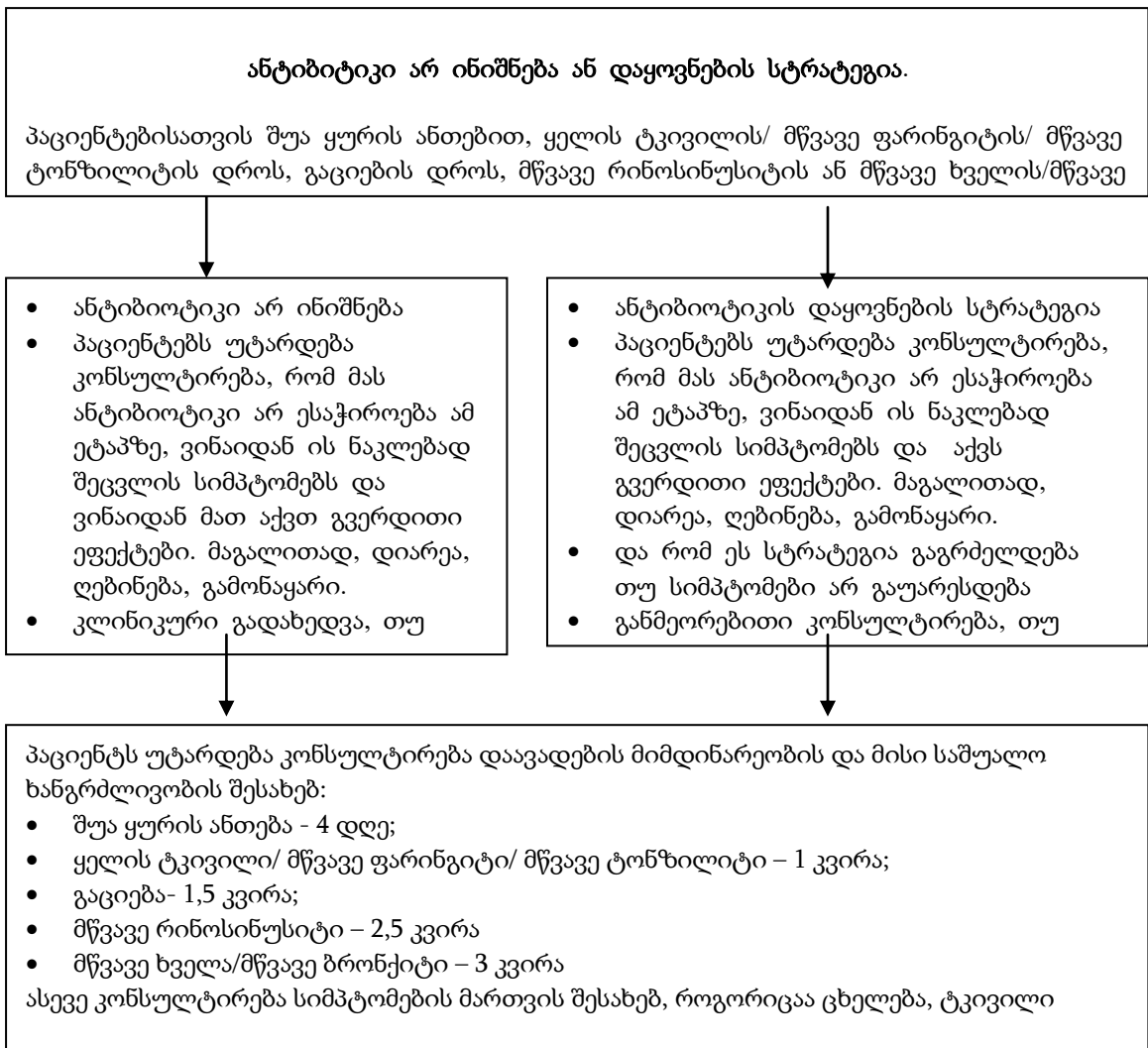
8.5. ანტიბიოტიკოთერაპია გმდ დროს

რეკ. 39

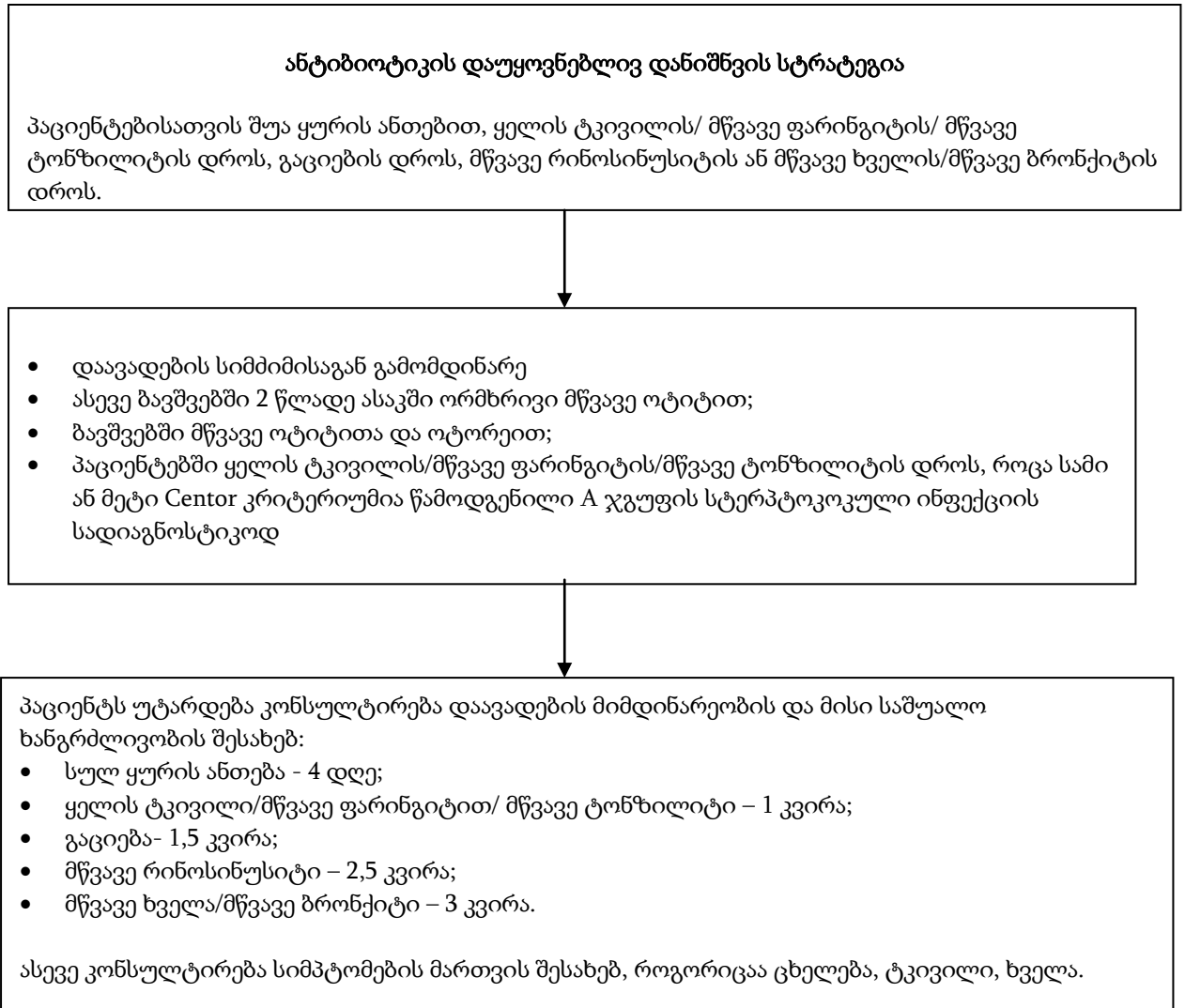
გმდ დროს გამოიყენება ანტიბიოტიკოთერაპიის სამი სტრატეგია

- 1) ანტიბიოტიკი არ ინიშნება ან დაყოვნების სტრატეგია.
- 2) ანტიბიოტიკის დაყოვნებლივ დანიშვნის სტრატეგია დაავადების სიმძიმისაგან გამომდინარე
- 3) ანტიბიოტიკის დაყოვნებლივ დანიშვნის სტრატეგია პაციენტებში, რომელთაც აქვთ გართულებების განვითარების დიდი რისკი (26)

1. ანტიბიოტიკი არ ინიშნება ან დაყოვნების სტრატეგია.



2. ანტიბიოტიკის დაუყოვნებლივ დანიშვნის სტრატეგია დაავადების სიმძიმისაგან გამომდინარე (26)



3. ანტიბიოტიკის დაუყოვნებლივ დანიშვნის სტრატეგია პაციენტებში, რომელთაც აქვთ გართულებების განვითარების დიდი რისკი (26)

ანტიბიოტიკის დაუყოვნებელი დანიშვნა ან შემდგომი კვლევა და/ან მართვა პაციენტებს აქვთ გართულებების განვითარების დიდი რისკი

- პაციენტებისათვის, რომლებიც არიან ზოგადად მძიმე;
- აქვთ სიმპტომები, ნიშნები, რაც მიუთითებს სერიოზულ დაავადებებზე და/ან გართულებებზე (მაგ. პნევმონია, მასტოიდიტი, პერიტონზილარული აბსცესი, პერიტონზილარული ცელულიტი, ინტრაორბიტალური, ინტრაკრანიალური გართულებები);
- აქვთ გართულებების მაღალი რისკი თანარსებული დაავადებების გამო. როგორცაა გულის, ფილტვის, თირკმლის, ღვიძლის ან ნეირომუსკულარული დაავადებები, იმუნოსუპრესია, ცისტური ფიბროზი, ასევე ჩვილ დღენაკლ ბავშვებში;
- 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები, რომელთაც აქვთ მწვავე ხველა და ორი ან მეტი შემდგომი ნიშანი ან არიან 80 წელზე მეტი ასაკის მწვავე ხველით და აქვთ 1 ან მეტი შემდგომი ნიშანი:
 - ჰოსპიტალიზაცია წინა წელს;
 - დიაბეტი ტიპი 1 ან ტიპი 2;
 - გულის შეგუბებითი უკმარისობა ანამნეზში;
 - პერორალური გლუკოკორტიკოიდების მოხმარება ამჟამად.

პაციენტს უტარდება კონსულტირება დაავადების მიმდინარეობის და მისი საშუალო ხანგრძლივობის შესახებ:

- სულ ყურის ანთება - 4 დღე;
- ყელის ტკივილი/მწვავე ფარინგიტი/ მწვავე ტონზილიტი – 1 კვირა;
- გაციება- 1,5 კვირა;
- მწვავე რინოსინუსიტი – 2,5 კვირა;
- მწვავე ხველა/მწვავე ბრონქიტი – 3 კვირა.

ასევე კონსულტირება სიმპტომების მართვის შესახებ, როგორცაა ცხელება, კაიჯილი, ხველა.

8.6. ვაქცინაცია

გრიპის ვაქცინები არსებობს ორი ფორმით: ინტრამუსკულარული ფორმა, რომელიც ფორმალინით ინაქტივირებულ ვირუსს და გასუფთავებულ ზედაპირულ ანტიგენს შეიცავს და ინტრანაზალური სპრეი, რომელიც ცოცხალი აქტივირებული ვირუსისაგან შედგება. ორივე მათგანი კვერცხის ალანტოისზე წარმოებული ვირუსისაგან მზადდება. ვაქცინა ვირუსის სამ შტამს შეიცავს (ორი A ტიპის და ერთი B ტიპის ვირუსის). ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2010-2011 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.

აცრილ ბავშვთა და ახალგაზრდა პირთა უმრავლესობას უვითარდება პოსტვაქცინური იმუნიტეტი. გამომუშავებული ანტისხეულები დაიცავს დაავადების განვითარებისაგან, თუ ვაქცინის შტამი ემთხვევა მოცირკულირე 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 ცირკულირებადი შტამების თანხვედრაზე. თუ თანხვედრას აქვს ადგილი მაშინ ვაქცინა ეფექტურია 70-80%-ში 65 წლამდე ასაკის პირებში, ხანშიშესულებ-ში კი 30-70%-ში.

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 საკობრივ 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, გაუკეთდეს 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. 40

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 2010-2011 წლების გრიპის სეზონისათვის ჩრდილოეთ ნახევარსფეროში 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.

რეკ. 41

სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინის დეფიციტის პირობებში პრიორიტეტულ ჯგუფებს ვაქცინაციის ჩასატარებლად საქართველოში წარმოადგენს (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს დაავადებათა კონტროლისა და სამედიცინო სტატისტიკის ეროვნული ცენტრი):

- მედმუშაკი;
- ვეტერინარი;
- სუნთქვის ორგანოების დაავადებით დაავადებულნი;
- თირკმლის ქრონიკული უკმარისობით დაავადებულნი;
- შაქრიანი დიაბეტით დაავადებულნი;
- იმუნოდეფიციტური დაავადებებით დაავადებულნი;
- 65 წლის ზევით ასაკის ადამიანები;
- ბავშვები და მოზარდები (6 თვიდან 18 წლამდე) რეის სინდრომის განვითარების რისკით;
- ორსულები მეორე ან მესამე ტრიმესტრში;
- მეფრინველეობასა და მეცხოველეობაში დასაქმებულები;
- დაზარალებული ტერიტორიის მცხოვრებნი (სოფელი ან დაბა);
- სხვა ორგანიზებულ დაწესებულებაში მომუშავე (8, 31).

8.7. პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია

რეკ. 42

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 (32)

8.8. სიმპტომური და სინდრომული თერაპია

რეკ. 43

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

გმდ პაციენტთა უმრავლესობისათვის საკმარისია სიმპტომური თერაპია.

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

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

მწვავე რესპირაციული დისტრეს სინდრომის, ასევე გმდ ყველა შესაძლო გართულების მკურნალობა ხორციელდება ქვეყანაში მოქმედი შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით (31).

8.9. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენება

რეკ. 44

ჯანდაცის დაწესებულებებში გმდ კონტროლი გულისხმობს:

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

რეკ. 45**გმდ-ის დროს იდს-ს იყენებს:**

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

რეკ. 46**იდს მოიცავს:**

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

* სამედიცინო მუშაკის მიერ 95%-იანი ეფექტურობის მქონე ნიღბის გამოყენება ნაჩვენებია სპეციალური პროცედურების ჩატარების დროს, როგორცაა ენდოტრაქეული ინტუბაცია, რესპირაციული სითხის ამოქაჩვა, ინჰალაცია, როცა მაღალია ინფიცირებული აეროზოლური ნაწილაკების გამოყოფის რისკი (25,31).

9. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

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

რეკ. 47	გამოჯანმრთლებული პაციენტი რაიმე სპეციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს ან მეთვალყურეობას არ საჭიროებს (23)
რეკ. 48	რაიმე გართულებების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტს ჩატარდება შესაბამისი მკურნალობა გამოვლენილი სიმპტომების/სინდრომების ხასიათისა და სიმძიმის გათვალისწინებით პირველადი ჯანდაცვის ექიმის გადაწყვეტილებით(23)
რეკ. 49	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 (23)

10. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

თუ ქვეყნებში არსებული პრეპარატის/ვაქცინის 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.

11. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩატარდეს სპეციალური სწავლება გმდ და მმრი შემთხვევის დიაგნოსტიკების და შემდგომ მისი მართვის თაობაზე. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიექცეს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების ხმარების წესების შესწავლას დაავადების პროფილაქტიკისათვის. აღნიშნული სწავლება უნდა ჩატარდეს პერიოდულად. პერიოდულობის სიხშირე უნდა განისაზღვროს წელიწადში ერთხელ გრიპის სეზონური ეპიდემიის აფეთქების შესაბამისად ან რესპირაციული პათოგენების მიერ გამოწვეული შესაძლო აფეთქების შესამაბისად.

11.1. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენ დაწესებულებას (%) (პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებები, ინფექციური საავადმყოფოები, საოჯახო მედიცინის ცენტრები) აქვს აღნიშნული გაიდლაინი?
- ზემოაღნიშნული დაწესებულებების რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის მიზნით?
- რამდენ პაციენტს (%) დაუდგინდა დიაგნოზი გმდ/მმრი კვირის განმავლობაში გრიპისმაგვარი დაავადებების აფეთქების სეზონზე?
- რამდენ პაციენტს (%) დაუდგინდა გრიპის დიაგნოზი გმრ/მმრი დიაგნოზის დასმის შემდეგ?
- რამდენი პაციენტი (%) გარდაიცვალა მმრი დიაგნოზით კვირის განმავლობაში?

12. გაიდლაინის გადასინჯვის/განახლების ვადა

სასურველია გაიდლაინი გადასინჯოს და შეივსოს ახალი ინფორმაციით შესახებ 2 წელიწადში ერთხელ.

13. 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)", ასევე ფრინველის გრიპი კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციის (გაიდლაინი)-2006 დაფუძნებით.

14. ალტერნატიული გაიდლაინის მითითება

ალტერნატიული გაიდლაინი საქართველოში არ არსებობს

15. 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

ოთარ ჩოკოშვილი - 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

მანანა ამურველაშვილი - ექიმი ლაბორანტი, ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

16. გამოყენებული ლიტერატურა

1. ფრინველის გრიპი A(H5N1) -ნაციონალური ეროვნული სახელმძღვანელო-გაიდლაინი, 2006
http://www.medportal.ge/index.php?act=guideline&mp_guidlinesid=1
2. ახალი (H1N1)2009 გრიპი - -ნაციონალური ეროვნული სახელმძღვანელო-გაიდლაინი, 2009
http://www.medportal.ge/index.php?act=guideline&mp_guidlinesid=1
3. ახალი (H1N1)2009 გრიპი - დროებითი კლინიკური სახელმძღვანელო-გაიდლაინი, 2009
http://www.medportal.ge/index.php?act=guideline&mp_guidlinesid=1
4. 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
5. WHO Ten things you need to know about pandemic influenza.
<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic10things/en/index.html>
<http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic10things/en/>
6. World Health Organization (WHO), Interim Protocol:Rapid operations to contain the initial emergence of pandemic influenza. Update October 2007.
http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/RapidContProtOct15
7. The Writing Committee of the World Health Organization (WHO) Consultation on Human Influenza A/H5. Avian influenza A (H5N1) infection in human. N Engl J Med 2008; 358:261-273.
8. WHO. Immunization, Vaccines and Biologicals
<http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/index.html>
9. Mujica OJ, Oliva O, dos Santos T, Ehrenberg JP. Pandemic influenza preparedness: regional planning efforts; In: Institute of Medicine (IOM) 2007. Ethical and Legal Considerations in Mitigating Pandemic Disease. Workshop Summary. The National Academies Press; Washington DC.
10. World Health Organization (WHO). Guidelines for collection of clinical specimens during field investigation of outbreaks, 2000.
<http://www.who.int/immunization/topics/influenza/en/index.html>

11. . Control Diseases Center (CDC). Rapid response for avian pandemic influenza. Module 5: Laboratory Diagnostics, Specimen Collection, and biosafety issues. Training of trainers workshop Bangkok, Thailand July 17-21, 2006.
12. World Health Organization (WHO). Guidelines for The storage and transport of human and animal specimens for laboratory diagnosis of suspected avian influenza A infection. January 2005.
13. World Health Organization (WHO). Guidelines for Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A(H5N1) virus infection Guide for field operations, October 2006.
14. Infection prevention and control in health care for confirmed or suspected cases of pandemic (H1N1) 2009 and influenza-like illnesses, Interim guidance, 16 December 2009 (updated from 29 April 2009 and 25 June 2009 versions) <http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/swineinflcont/en/index.html>
15. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007
16. Infection Prevention and Control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care, WHO Interim Guidelines. WHO/CDS/EPR/2007.
17. Lee N, Hui D, Wu A et al. A major outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *N Engl J Med* 2003. Available from: <http://content.nejm.org/cgi/reprint/NEJMoa030685v2.pdf>.
18. Booth CM, Matukas LM, Tomlinson GA et al. Clinical features and short-term outcomes of 144 patients with SARS in the Greater Toronto Area. *JAMA* 2003. Available from: <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/289.21.JOC30885v1.pdf>.
19. PAHO-CDC. Generic Protocol of Influenza Surveillance, 2006.
20. WHO information for laboratory diagnosis of pandemic (H1N1) 2009 virus in humans - revised , 23 November 2009 <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/laboratory/en/index.html>
21. CDC-Influenza Antiviral Medications: A Summary for Clinicians Antiviral medications with activity against influenza viruses are an important second line of defense in the prevention and treatment of influenza. October 23, 2007
22. Integrated management of childhood illness(IMCI) chart booklet at http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/IMCI_chartbooklet/en/index.
23. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html
24. NASOPHARYNGEAL SPECIMEN COLLECTION FOR VIRAL RESPIRATORY PATHOGENS- A Guide For Providers <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/cd/asophar-specimen-guide.pdf>
25. Health Establishments Preparation for Unusual or Unexpected Cases or Clusters of Severe Acute Respiratory Infection , (SARI) Version APRIL 2009 1 <http://www.influenzatraining.org/documents/s16036e/s16036e.pdf>
26. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care Quick reference guide NICE clinical guideline,

Developed by the Centre for Clinical Practice at NICE Issue date: July 2008

27. WHO Regional Office for Europe guidance for influenza surveillance in humans. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/90443/E92738.pdf
28. Considerations and interim recommendations for the clinical management of human infection with the pandemic influenza (H1N1) 2009 virus. PAHO/WHO expert consultation. *16 July 2009*
29. CDC. Influenza: The Disease. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/flu/about/disease/index.htm>. Accessed April 30, 2009.
30. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Common Cold. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Available at <http://www3.niaid.nih.gov/topics/commonCold>. Accessed April 30, 2009.
31. CLINICAL MANAGEMENT OF PANDEMIC (H1N1) 2009 VIRUS INFECTION Interim Guidance from Expert Consultation (For the Eastern Mediterranean Region Countries) 17 September 2009
32. 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>

გრიპის მაგვარი დაავადებები

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)

1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები

გრიპის მაგვარი დაავადება (გმდ, ინგლისურად **ILI- Influenza like illnesses**), არის სავარაუდოდ გრიპის ან სხვა ინფექციების კლინიკური დიაგნოზი, რაც გამოიხატება სიმპტომთა გარკვეული ჯგუფით. მმრი არის მძიმე მწვავე რესპირაციული ინფექცია (მისი შესატყვისია ინგლისურად **SARI - Severe Acute Respiratory Infection**) (25,27). ამბულატორიული პაციენტებისათვის გამოიყენება დეფინიციები: **გრიპის მაგვარი დაავადება და მწვავე რესპირაციული დაავადება (ARI- Acute respiratory Infectios)**, რაც შეესაბამება გრიპის მსუბუქ და სხვა რესპირაციული პათოგენების მიერ გამოწვეულ დაავადებას, ხოლო ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის კი გამოიყენება განსაზღვრება: **მძიმე მწვავე რესპირაციული ინფექცია (მმრი)**, რაც გრიპის მძიმე ფორმას შეესაბამება.

2. კრიტერიუმები დაავადების განსაზღვრისათვის

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის, აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის რეკომენდაციების მიხედვით მოწოდებულია შემდეგი განსაზღვრებები (25):

გრიპის მაგვარი დაავადების (გმდ) განსაზღვრება, რომელიც მოწოდებულია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ გულისხმობს შემდეგ კრიტერიუმებს:

- უეცარი ცხელება 38°C და მეტი
- და
- ხველა და/ან ყელის ტკივილი
- და
- სხვა დიაგნოზი არ არსებობს

მძიმე მწვავე რესპირაციული ინფექცია (მმრი) მოიცავს კრიტერიუმებს:

≥5 წელზე მეტი ასაკის პირებისათვის:

- უეცარი ცხელება 38°C და მეტი
- და ხველა ან ყელის ტკივილი
- და სუნთქვის უკმარისობა ან გამძნელება
- და ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება

მოზრდილებში მმრი არაა კლასიკური პნევმონიის ექვივალენტი და არ გულისხმობს ყოველთვის პნევმონიას. გრიპთან ასოცირებული მძიმე რესპირაციული ინფექცია ხშირად განპირობებულია ფილტვის ან გულის ქრონიკული დაავადებების გამწვავებით და არა პნევმონიით.

<5 წელზე ასაკის პირებისათვის:

შემთხვევა, სადაც კლინიკურად საექვო პნევმონია ან მძიმე/ძალიან მძიმე პნევმონია IMCI (Integrated Management of Childhood Illness - ბავშვთა ასაკის დაავადებების ინტეგრირებული მართვა) მიხედვით და საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას.

IMCI მიხედვით პნევმონიის განსაზღვრება 2 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში მოიცავს კრიტერიუმებს:

- ხველა და სუნთქვის გამძნელება
- და სუნთქვის სიხშირე:
 - >40 სუნთქვა/წთ (1-5 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის)
 - >50 სუნთქვა/წთ (2-12 თვემდე ასაკის ბავშვებისათვის)
 - 2 თვემდე ასაკის ბავშვები სუნთქვის სიხშირით >60 სუნთქვა/წთ, საექვო სერიოზულ ბაქტერიული ინფექციაზე.

IMCI მიხედვით მძიმე პნევმონიის განსაზღვრება 2 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში მოიცავს კრიტერიუმებს (22,25):

- ხველა და სუნთქვის გამძნელება

და ნებისმიერი ჩამოთვლილთაგან:

- არ იღებს სითხეს ან არ წოვს მუძუს;
- ან აღებინებს ყველაფერს;
- ან კრუნჩხვები;
- ან ლეთარგია ან ცნობიერების მოშლა;
- ან გულმკერდის ჩადრეკა ან სტრიდორი მშვიდ მდგომარეობაში.

აქვე საჭიროა განიხილოთ მწვავე რესპირაციული ინფექცია (მრი -ARI) (25):
სიმპტომების უეცარი გამოჩენა და ერთი ჩამოთვლილთაგან

- ხველა;
- ყელის ტკივილი;
- სუნთქვის უკმარისობა;
- ცხვირის გაჭედვა

და კლინიკური მსჯელობით დაავადება ინფექციური გენეზისაა.

შენიშვნა: მრი შესაძლოა მიმდინარეობდეს ცხელებით ან მის გარეშე

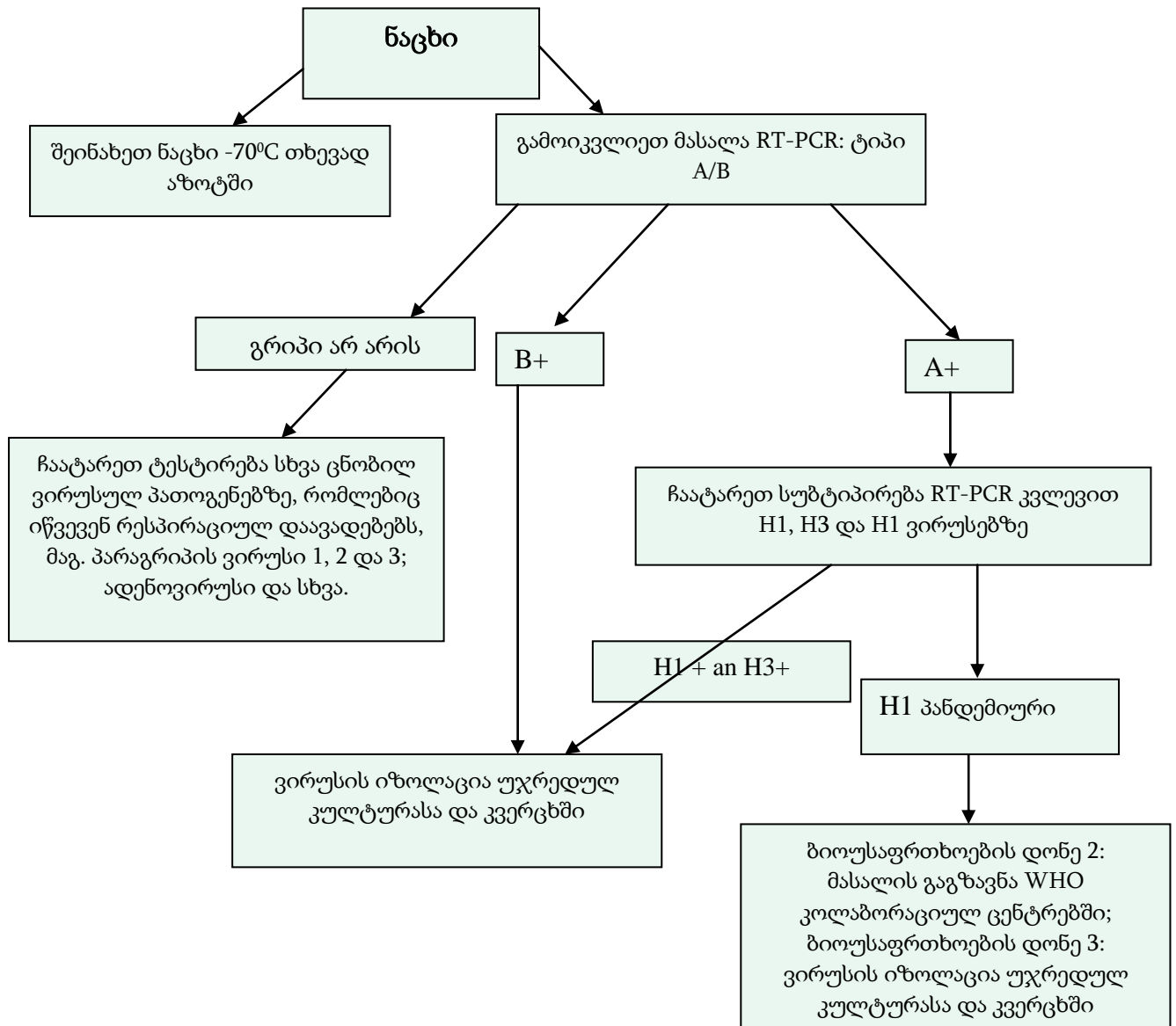
ბ) გამომრიცხავი

გმდ და მმრი შემთხვევა გამომრიცხულია, თუ პირი არ აკმაყოფილებს ზემოთ აღნიშნულ კრიტერიუმებს.

3. გამოკვლევის სქემა (ალგორითმი)

გმდ და მმრი გამოკვლევა, მისი კლინიკური მართვა და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებები ერთდროულად ხორციელდება

სქემა 3-1. მასალის გამოკვლევის ალგორითმი გმდ და მმრი დროს (27)



4. სიმპტომები და ნიშნები

რესპირაციული სიმპტომების მქონე პაციენტები უნდა შეფასდეს გმდ ნიშნებზე, რომელიც მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილს:

ჩვეულებრივ: ხველა ან ცხელების უეცარი დასაწყისი, ხშირად ყელის ტკივილი, ცხვირის გაჭედვა, დაღლილობა/პროსტრაცია, მიალგია/ართრალგია, თავის ტკივილი, მადის დაქვეითება, კუჭ-ნაწლავის დაზიანება (გულისრევა, ღებინება, დიარეა).

ატიპური გამოვლინებანი შესაძლებელია აღინიშნოს ჩვილებში, მოხუცებსა და იმუნოკომპრომეტირებულ პირებში. ქრონიკული ფილტვის დაავადების მქონე პაციენტებში შესაძლოა აღინიშნოს ხველა ან ხველის გაუარესება. 65 წელზე მეტი ასაკის პირებში შესაძლებელია გამოხატული არ იყოს ცხელება. იშვიათია გასტრონტესტინური გამოვლინებები.

გმდ დაავადების მძიმედ მიმდინარეობისთვის რისკის ფაქტორებს წარმოადგენს (4,25):

ასაკი

- 5 წლამდე (განსაკუთრებით 2 წლამდე)
- 65 წელზე მეტი ასაკის

ორსულობა და 6 თვე პოსტპარტუმ.

- რისკი მატულობს ორსულობის მე-2 ნახევარში და მე-3 ტრიმესტრში

ქრონიკული დაავადებები:

- ასთმა და სხვა ქრონიკული რესპირატორული დაავადებები
- დიაბეტი და სხვა მეტაბოლური დაავადებები
- გულის დაავადებები
- ღვიძლის ან თირკმლის ქრონიკული დაავადებები
- იმუნოკომპრომეტირებული, იმუნოსუპრესირებული პაციენტები;
- სისხლის დაავადებები (მათ შორის, ანემია, თალასემია);
- ნევროლოგიური და ნეიროდეგენერაციული დაავადებები;
- სიმსუქნე (BMI >35)

გარდა ამისა:

- მოშორებულ ან იზოლირებულ ადგილას მცხოვრები პირები
- პირები, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ ასპირინს.

პაციენტები, რომელთაც დაავადება მსუბუქად, გაურთულებელი გრიპის სახით დაეწყოთ, შესაძლოა სწრაფად პროგრესირდნენ უფრო მძიმე დაავადებამდე. მძიმე ან პროგრესირებადი დაავადება გადაუდებელ მართვას საჭიროებს.

სიმძიმის ინდიკატორები ქვემოთაა მოცემული.

სიმძიმის ინდიკატორები

- სუნთქვის უკმარისობა, ხიხინი, სწრაფი ან გამძლელებული სუნთქვა;
- გულმკერდის ტკივილი;
- პნევმონიის ნიშნები;
- სისხლიანი ან შეფერილი ნახველი;
- უეცარი თავბრუსხვევა;
- გაბრუება/დეზორიენტაცია;
- მძიმე ან პერსისტული ღებინება;
- მაღალი ცხელება, რაც 3 დღეზე მეტხანს გრძელდება;
- ჰიპოტენზია;
- ციანოზური კანი.

დამატებითი სიმპტომები ბავშვებში

- გამოღვიძების გამძლეება;
- საკმარისი საკვების ან სითხის მიღების უუნარობა;
- გაღიზიანება.
- ცხელება გამონაყარით.

გმდ და მძრი დიფერენციული დიაგნოზი ტარდება შემდეგ დაავადებებთან:

- გრიპი: სეზონური, პანდემიური, ფრინველის და სხვა
- რინოვირუსული ინფექცია;
- კორონავირუსით გამოწვეული ინფექცია;
- პარაგრიპი;
- ადენოვირუსით გამოწვეული ინფექცია;
- რესპირატორულ- სინციტიური ვირუსული ინფექცია;
- ინფექციური მონონუკლეოზი;
- ჰანტავირუსი;
- დენგე;
- ციტომეგალოვირუსი; ინფექცია
- ლეპტოსპიროზი;
- მუცლის ტიფი;
- სხვა ბაქტერიული ინფექციები
- ტუბერკულოზი
- ატიპური პნევმონია:
- მიკოპლაზმური პნევმონია;
- ქლამიდიური პნევმონია;
- ფსიტაკოზი;
- Q ცხელება;
- ლეგიონელოზი;
- ტოქსოპლაზმოზი;
- ქვემწვავე ბაქტერიული ენდოკარდიტი

ასევე მწვავე ლარინგიტი, რეტროფარინგეალური აბსცესი, სოკოვანი სინუსიტი, კავასაკის დაავადება, მარტივი ჰერპესი, მენინგოკოკური ინფექცია, გონოკოკური ინფექცია, წითელა და სხვა,

5. 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
- სისხლის გაზების კონტროლი (საჭიროების შემთხვევაში)
- ეკგ (საჭიროების შემთხვევაში)
- კარდიოლოგის კონსულტაცია (საჭიროების შემთხვევაში)
- ხახის ნაცხში გრიპის ანტიგენის განსაზღვრა (პანდემიის პერიოდში არ არის აუცილებელი)

ბ) პირველ 24 საათში

“ა” პუნქტში აღნიშნული და დამატებით:

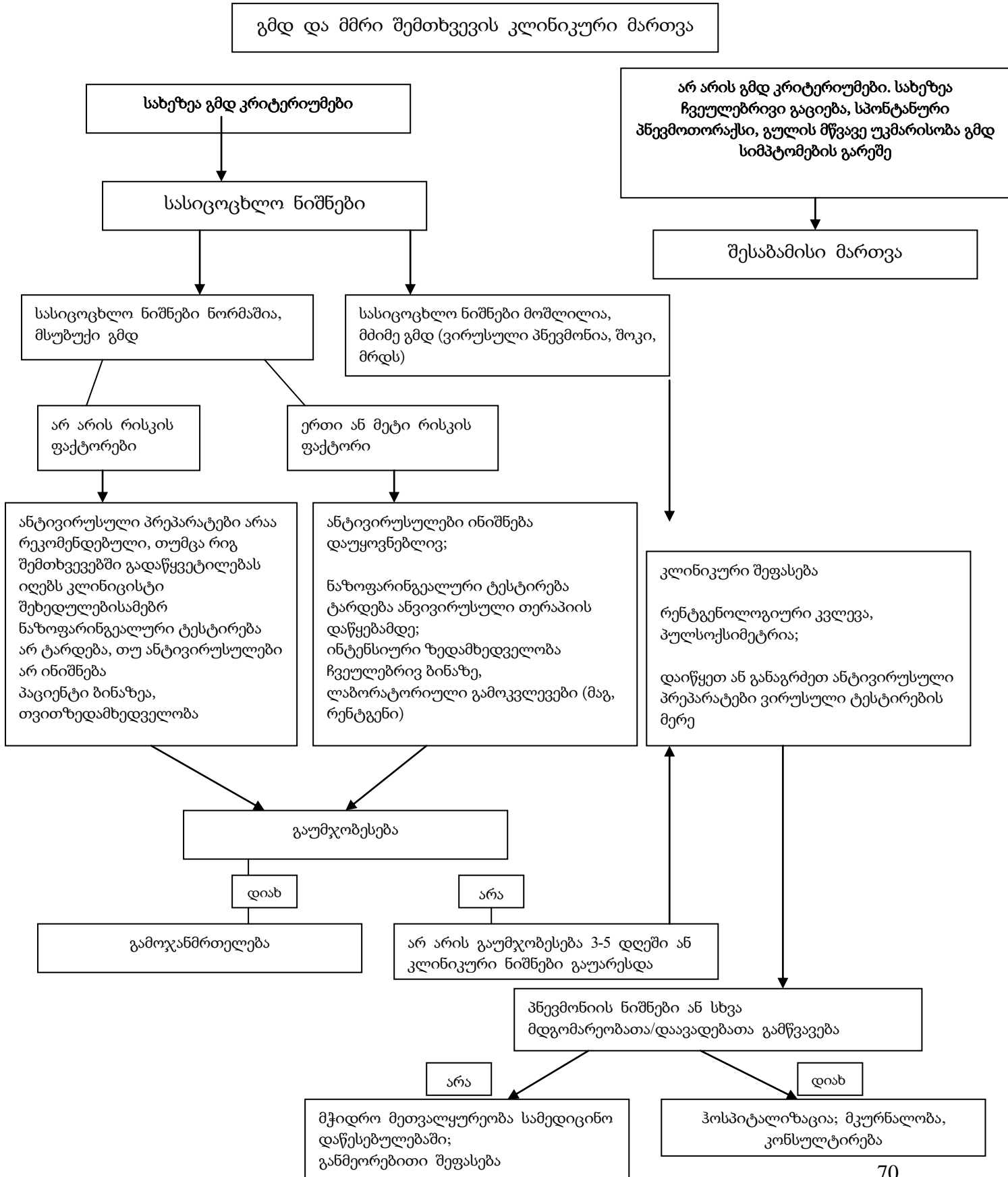
- სისხლის ბიოქიმიური ანალიზი (კრეატინინი, შარდოვანა, ელექტროლიტები, ღვიძლის ფუნქციური სინჯები, კრეატინკინაზა (საჭიროებისას))
- C რეაქტიული ცილა(საჭიროებისას)
- შარდის ანალიზი
- განავლის ანალიზი (საჭიროებისას)
- ნახველის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა
- სისხლის ბაქტერიოლოგიური კვლევა (საჭიროებისას)
- ანტიბიოტიკებისადმი მგრძობელობის განსაზღვრა

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში მოთავსებული პაციენტებისათვის:

- კოაგულაციის მაჩვენებლები, პროკალციტონინი და სხვა

6. მართვის სქემა

გმდ და მმრი შემთხვევების კლინიკური მართვა ხორციელდება შემდეგნაირად



6.1. ანტივირუსული თერაპია

გადაწყვეტილება ანტივირუსული თერაპიის ჩატარების შესახებ ემყარება კლინიკურ სიმპტომებს და/ან პაციენტის კუთვნილებას მაღალი რისკის ჯგუფზე გართულებების თვალსაზრისით. მკურნალობა არ უნდა დაყოვნდეს ლაბორატორიული ტესტირების პასუხების მიღებამდე. სწრაფი ტესტის უარყოფითი პასუხი არ გამორიცხავს გრიპის დიაგნოზს.

ვის უტარდება ანტივირუსული თერაპია (28):

- ჰოსპიტალიზებულ პაციენტს გრიპისმაგვარი დაავადებით, რომელსაც საწყისი გამოკვლევებისას აღენიშნება შემდეგი სიმპტომები და ნიშნები:

პედიატრიული პაციენტი	მოზრდილი პაციენტი
<ul style="list-style-type: none"> • ციანოზი • ჰიპოქსემია (პელსოქსიმეტრიით სატურაცია $SpO_2 \leq 90\%$) • მნიშვნელოვანი ტაქიპნოე- >50 2 თვიდან 1 წლამდე >40' 1 თვიდან 5 წლამდე • პაციენტს არ შეუძლია წყლისა და საკვების მიღება • შეუპოვარი ღებინება • ცნობიერების მოშლა/ლეთარგია • ცხვირის ნესტოების გაბერვა, ნეკნთაშუა არეების ჩაზნექვა, სტრიდორი • და სხვა 	<ul style="list-style-type: none"> • დისნოე და სუნთქვის გაძნელება • ჰიპოქსემია და სუნთქვის გაძნელება • დისპნოე და სუნთქვის გაძნელება • ჰიპოქსემია (პულსოქსიმეტრიით სატურაცია $SpO_2 \leq 90\%$, ორსულებისათვის $\leq 95\%$) • სასიცოცხლო ფუნქციების მოშლა: არტერიული ჰიპოტენზია, სუნთქვის სიხშირის მატება, პულსის სიხშირის მატება. • ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრამაზე • თანმხლები დაავადების გამწვავება. • ცნობიერების მოშლა • დეჰიდრატაცია • პაციენტები, რომლებიც მოზრუნდნენ განმეორებითი კონსულტაციისათვის რესპირატორული სიმპტომების გაუარესებით • და სხვა

- პაციენტებს პროგრესირებადი, მძიმე ან გართულებული დაავადებით, მიუხედავად იმისა მიეკუთვნებიან თუ არა ისინი მაღალი რისკის ჯგუფს;
- გმდ მქონე პაციენტებს მსუბუქი დაავადებით, თუ ისინი არიან მაღალი რისკის ჯგუფიდან
 - 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
- გარკვეულ სიტუაციაში, იქ, სადაც რესპირაციული დაავადებები ფართოდაა გეოგრაფიულად გავრცელებული და სერიოზულ ზეგავლენას ახდენს ჯანდაცვის სისტემაზე, ანტივირუსული თერაპია ენიშნებათ პაციენტებს გრიპისმაგვარი დაავადებებით ჰოსპიტალიზაციისა და გართულებების თავიდან აშორების მიზნით.

ჰოსპიტალიზაციის შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს ექიმი.

როგორ ტარდება ანტივირუსული თერაპია:

- თუ ნაჩვენებია, ანტივირუსული პრეპარატები უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება სწრაფად. მაქსიმალურად ეფექტურია მკურნალობის დაწყება სიმპტომების გამოჩენიდან პირველ 48 საათში. ამასთან ანტივირუსული თერაპია ინიშნება, თუ სიმპტომების გამოჩენიდან გასულია 48 საათზე მეტიც, მაგრამ პაციენტი აკმაყოფილებს ანტივირუსული თერაპიის ჩატარების კრიტერიუმებს.
- მკურნალობის ხანგრძლივობაა, ჩვეულებრივ, 5 დღე. მკურნალობის გახანგრძლივება შესაძლოა საჭირო გახდეს შემთხვევებში, როცა დაავადება პროლონგირდება ან პაციენტი არის იმუნოსუპრესიული;
- რიგ მძიმე შემთხვევებში ექსპერტის გადაწყვეტილებით საჭირო ხდება ოსელტამივირის გაორმაგებული დოზების გამოყენება;
- ი/ვ პერამივირის, ზანამივირის და სხვა კვლევის ფაზაში მყოფი პრეპარატების გამოყენება ხდება კლინიკური კვლევის ფარგლებში.

6.2. ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკა

- თუ პაციენტი მიეკუთვნება მაღალი რისკის ჯგუფს და არის ახლო კონტაქტში გმდ-ის მქონე პაციენტთან (მაგ. ოჯახის პირობებში), მას უტარდება კონსულტირება გრიპის ადრეული კლინიკური ნიშნების/სიმპტომების თაობაზე, რათა მან დაუყოვნებლივ მიმართოს ექიმს მათი გამოვლენისას;
- ჯანდაცვის მუშაკი, რომელსაც აქვს ექსპოზიცია სამუშაო ადგილზე გმდ-თან, სიმტომების გამოჩენისთანავე მიმართავს ექიმს.
- ექიმის მიერ კლინიკური მსჯელობის საფუძველზე უნდა გადაწყდეს ადრეული მკურნალობის ჩატარების უპირატესობა ქიმიოპროფილაქტიკასთან შედარებით.

ანტივირუსული პროფილაქტიკა სპეციფიკურ ჯგუფებში (ორსულები და 1 წლამდე ასაკის ბავშვები)

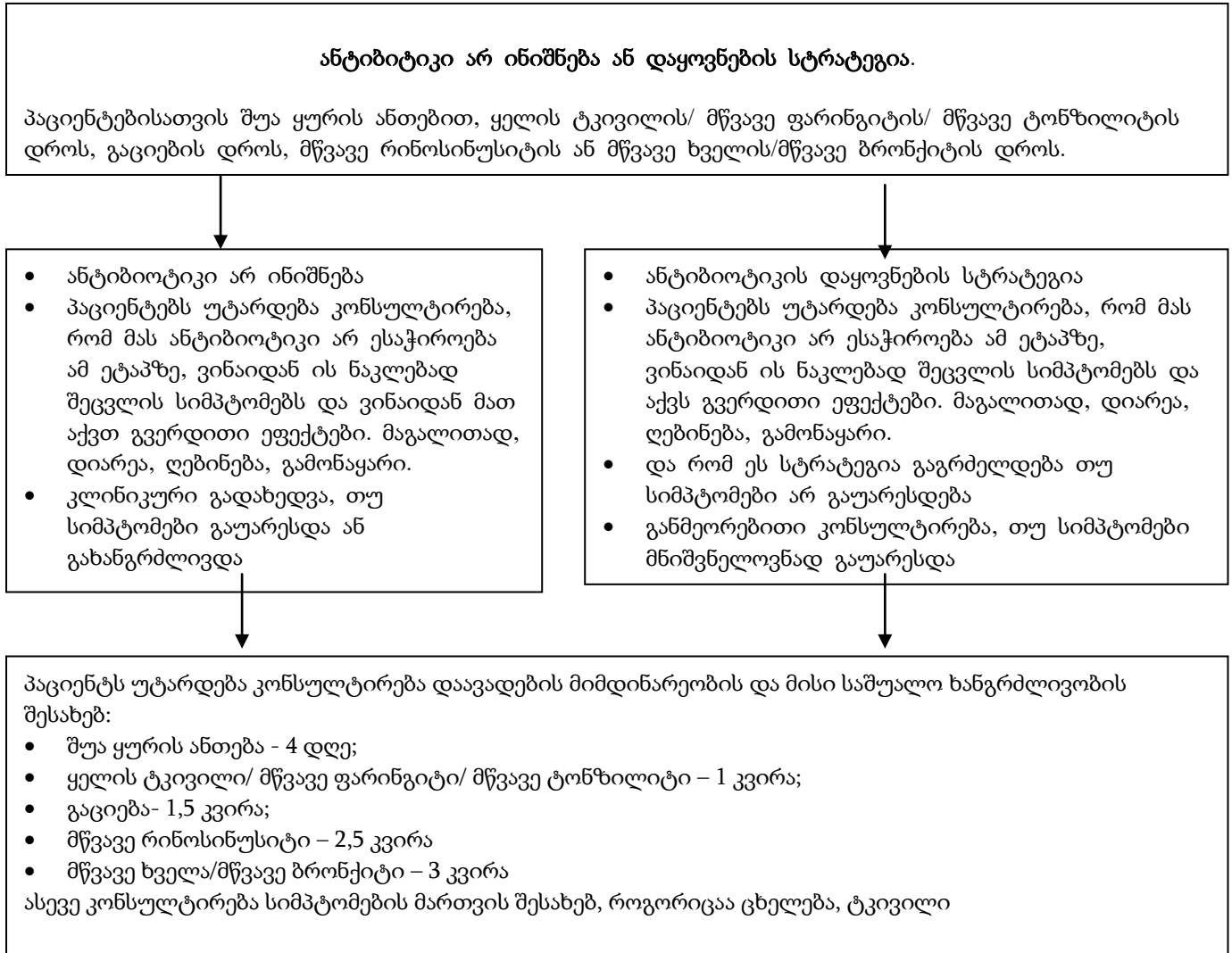
ანტივირუსული პროფილაქტიკა არ წარმოადგენს უკუჩვენებას ორსულთათვის. ორსულმა უნდა მიიღოს ოსელტამივირის იგივე დოზა, რაც მოზრდილმა პაციენტებმა. ორსულებში არჩევის პრეპარატი პროფილაქტიკის მიზნით უცნობია. ზანამივირი ადგილობრივ მოქმედებს და არ ახასიათებს სისტემური ზემოქმედება. გათვალისწინებულ უნდა იქნას მისი გვერდითი მოქმედება რესპირატორული ტრაქტის მხრივ ინჰალაციის დროს.

ვინაიდან ჩვილებში ავადობა და ლეტალობა მაღალია, მათში სასარგებლო იქნება ანტივირუსული პრეპარატის ოსელტამივირის დანიშნვა. უნდა აღინიშნოს, რომ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში ოსელტამივირის უსაფრთხოებისა და დოზირების შესახებ მონაცემები არ არსებობს. ამის გამო, ამ პაციენტებზე საჭიროა მონიტორინგი ოსელტამივირის გამოყენების დროს (31).

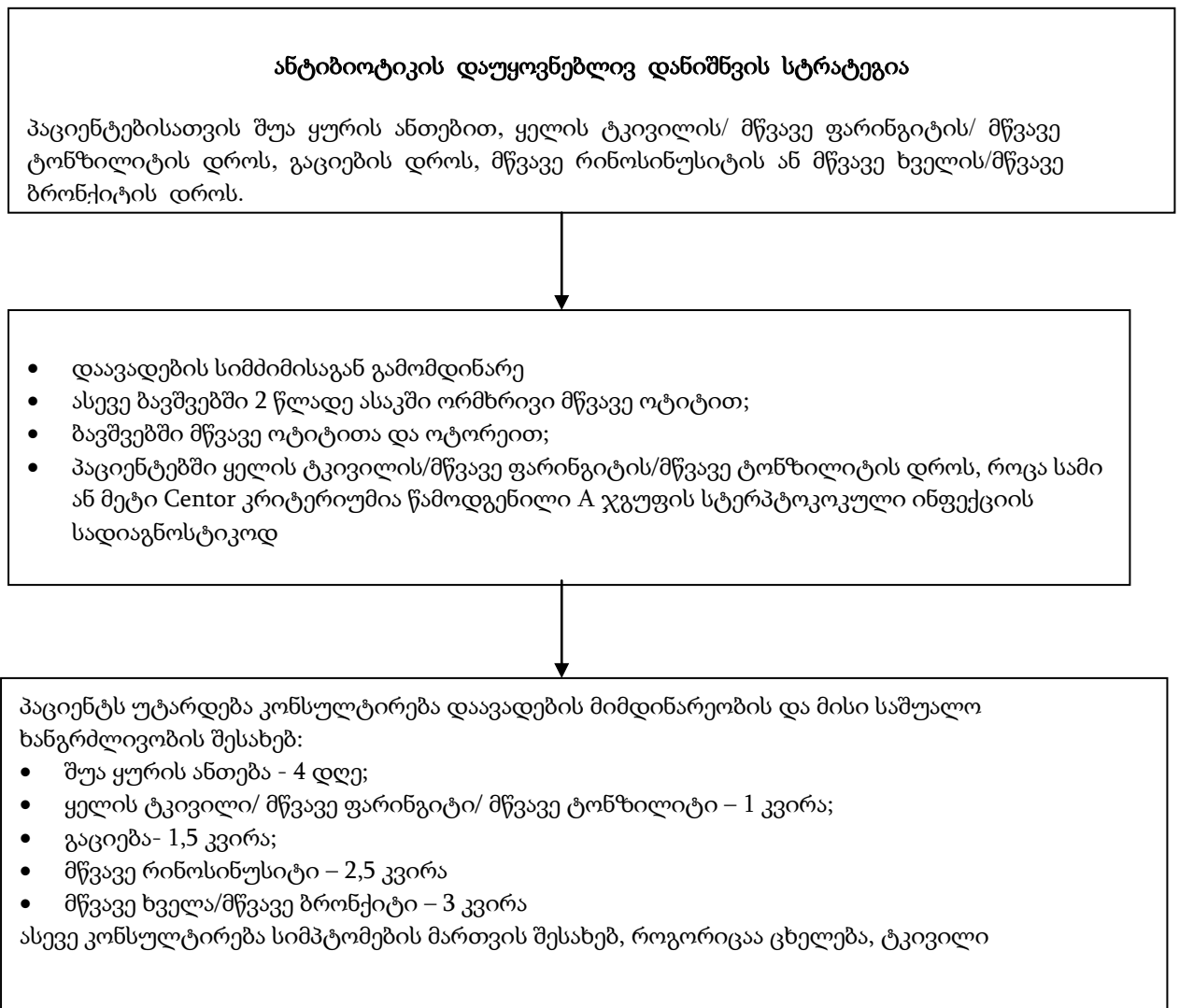
6.3. ანტიბიოტიკოთერაპია გმდ დროს

გმდ დროს გამოიყენება ანტიბიოტიკოთერაპიის სამი სტრატეგია (26):

6.3.1. ანტიბიოტიკი არ ინიშნება ან დაყოვნების სტრატეგია.



6.3.2. ანტიბიოტიკის დაუყოვნებლივ დანიშვნის სტრატეგია დაავადების სიმძიმისაგან გამომდინარე (26)



6.3.3. ანტიბიოტიკის დაუყოვნებლივ დანიშვნის სტრატეგია პაციენტებში, რომელთაც აქვთ გართულებების განვითარების დიდი რისკი (26)

ანტიბიოტიკის დაუყოვნებელი დანიშვნა ან შემდგომი კვლევა და/ან მართვა
პაციენტებს აქვთ გართულებების განვითარების დიდი რისკი

- პაციენტებისათვის, რომლებიც არიან ზოგადად მძიმე;
- აქვთ სიმპტომები, ნიშნები, რაც მიუთითებს სერიოზულ დაავადებებზე და/ან გართულებებზე (მაგ. პნევმონია, მასტოიდიტი, პერიტონზილარული აბსცესი, პერიტონზილარული ცელულიტი, ინტრაორბიტალური, ინტრაკრანიალური გართულებები);
- აქვთ გართულებების მაღალი რისკი თანარსებული დაავადებების გამო. როგორცაა გულის, ფილტვის, თირკმლის, ღვიძლის ან ნეირომუსკულარული დაავადებები, იმუნოსუპრესია, ცისტური ფიბროზი, ასევე ჩვილ დღენაკლ ბავშვებში;
- 65 წელზე მეტი ასაკის პაციენტები, რომელთაც აქვთ მწვავე ხველა და ორი ან მეტი შემდგომი ნიშანი ან არიან 80 წელზე მეტი ასაკის მწვავე ხველით და აქვთ 1 ან მეტი შემდგომი ნიშანი:
 - ჰოსპიტალიზაცია წინა წელს;
 - დიაბეტი ტიპი 1 ან ტიპი 2;
 - გულის შეგუბებითი უკმარისობა ანამნეზში;
 - პერორალური გლუკოკორტიკოიდების მოხმარება ამჟამად.

პაციენტს უტარდება კონსულტირება დაავადების მიმდინარეობის და მისი საშუალო ხანგრძლივობის შესახებ:

- შუა ყურის ანთება - 4 დღე;
- ყელის ტკივილი/ მწვავე ფარინგიტი/ მწვავე ტონზილიტი – 1 კვირა;
- გაციება- 1,5 კვირა;
- მწვავე რინოსინუსიტი – 2,5 კვირა
- მწვავე ხველა/მწვავე ბრონქიტი – 3 კვირა

ასევე კონსულტირება სიმპტომების მართვის შესახებ, როგორცაა ცხელება, ტკივილი

6.4. ვაქცინაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ 20010-2011 წლების გრიპის სეზონისათვის ჩრდილოეთ ნახევარ-სფეროში რეკომენდებულია შემდეგი შტამების შემცველი ვაქცინები: A/California/7/2009 (H1N1); A/Perth/16/2009 (H3N2) ; da B/Brisbane/60/2008.

პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია

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

6.5. სიმპტომური და სინდრომული თერაპია

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

6.6. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენება

გმდ-ის *დროს იდს-ს იყენებს:*

- პაციენტის უშუალოდ მომვლელი ყველა სამედიცინო მუშაკი;
- დამხმარე პერსონალი (დამლაგებლები და სხვა);
- ლაბორატორიის ყველა მუშაკი, რომლებსაც უხდებათ გმდ 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)
- წყალგაუმტარი წინსაფარი, იქ სადაც არსებობს სისხლის, ქსოვილოვანი სითხის, ექსკრეტებისა და სეკრეტების გაშხეფების საშიშროება.

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

7. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

გამოჯანმრთელებული პაციენტი რაიმე სპეციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს ან მეთვალყურეობას არ საჭიროებს.

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

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

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