

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

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი

კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია
(გაიდლაინი)

შესავალი.....	4
1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია, ტერმინოლოგია	5
1.1. დაავადების დეფინიცია და სინონიმები	5
1.2. დაავადების კლასიფიკაცია.....	5
1.3. ტერმინოლოგია.....	5
2. ეპიდემიოლოგია	6
3. ეტიოლოგია და პათოგენეზი.....	9
4. კლინიკური სიმპტომატიკა.....	11
4.1. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები.....	11
4.2. როგორია დაავადების სიმძიმის ნიშნები, რაც გადაუდებელი დახმარების აუცილებლობაზე მიუთითებს ?	12
4.3. როგორია ლაბორატორიული კვლევის შედეგები ახასიათებს პანდემიურ (H1N1) 2009 გრიპს?.....	12
4.4. რა გართულებები ახასიათებს პანდემიურ (H1N1) 2009 გრიპს?	13
4.5. როგორია ლეტალობის მაჩვენებელი პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს?	13
4.6. რა კატეგორიებად იყოფა პანდემიური H1N1 გრიპი სიმძიმის მიხედვით?	13
4.6.1. გაურთულებელი დაავადება	13
4.6.2. დაავადების პროგრესირების (დამძიმების) ნიშნები და სიმპტომები	14
4.6.3. გართულებული ან მძიმე დაავადება.	14
4.6.4. გართულებების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფები.....	15
5. დაავადების დიაგნოზი.....	15
6. გამოკვლევის სქემა (ალგორითმი).....	17
7. მკურნალობის სქემა.....	19
7.1. როგორ ხორციელდება პაციენტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე?	19
7.1.1. როგორია პაციენტის შეფასების კრიტერიუმები პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ეტაპზე?.....	20
7.1.2. რომელი პაციენტის მართვა შეიძლება განხორციელდეს ბინაზე?.....	20
7.1.3. როგორ ხორციელდება პაციენტის მართვა ბინაზე?.....	20
7.1.4. როგორია რეკომენდაციები პაციენტის მოვლის თაობაზე ბინის პირობებში?	22
7.1.5. ვის უტარდება ანტივირუსული მკურნალობა?	24
7.1.6. რა სიმპტომების საფუძველზე ხდება პაციენტების მიმართვა რეფერალურ ცენტრებში?	24
7.1.7. განსაკუთრებული მოსაზრებანი ორსული ქალებისა და ბავშვებისათვის	25
7.1.8. როგორია კლინიკური მართვის სქემა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე?	25
7.2. როგორ ხდება პანდემიური (H1N1) გრიპის მქონე პაციენტების კლინიკური მართვა ჰოსპიტალის დონეზე?.....	25
7.2.1. როგორ ხდება შემთხვევის შეფასება ჰოსპიტალში?	25
7.2.2. რა გამოკვლევები უტარდებათ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს?.....	27
7.2.3. რომელი ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევის შედეგები მოითხოვს მკაცრ მეთვალყურეობას?	27
7.2.4. როგორია ჰოსპიტალიდან ბინაზე გაწერის კრიტერიუმები პანდემიური (H1N1) გრიპის დროს?	28

7.2.5.	როგორია ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსების კრიტერიუმები?.....	28
7.3.	ანტივირუსული პრეპარატების დახასიათება.....	29
7.3.1.	როგორ ინიშნება ანტივირუსული პრეპარატები (H1N1) 2009 პანდემიის პერიოდში?	30
7.3.2.	ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალოდ	31
7.3.2.	როგორ ტარდება ანტივირუსული პრეპარატებით პროფილაქტიკა პანდემიის პერიოდში?.....	33
7.3.3.	პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალო და საპროფილაქტიკო ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება	34
7.3.4.	როგორ ტარდება ანტივირუსული თერაპია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში?.....	35
7.3.5.	როგორია ანტივირუსული პროფილაქტიკა სპეციფიკურ ჯგუფებში (ორსულები და 1 წლამდე ასაკის ბავშვები) ?	36
7.3.6.	როგორ ტარდება ანტივირუსული თერაპია პაციენტებში თირკმლის დაზიანებით?	36
7.3.7.	ანტივირუსული პრეპარატების გვერდითი ეფექტები	37
7.4.	ვაქცინაცია პანდემიური გრიპის საწინააღმდეგოდ	38
7.5.	პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია.....	38
7.6.	ანტიბიოტიკებით მართვა	38
7.7.	სიმპტომური და სინდრომული თერაპია	39
7.8.	კორტიკოსტეროიდების გამოყენება.....	39
7.9.	რიბავირინით მკურნალობა	40
7.10.	ოქსიგენოთერაპია.....	40
7.11.	ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენება	40
8.	რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა	41
9.	ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები	42
10.	პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები ..	42
9.1.	აუდიტის კრიტერიუმები.....	42
11.	გაიდლაინების გადასინჯვის და განახლების ვადა	42
12.	გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო	43
13.	ავტორთა ჯგუფი.....	43
დანართი 1.	პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის მართვის ალგორითმი	44
დანართი 2-	პაციენტის მართვის ალგორითმი ჯანდაცვის რეფერალურ დონეზე.....	45
დანართი 3	რესპირაციული/ხველის ჰიგიენა და უსაფრთხოების ზომები	46
14	გამოყენებული ლიტერატურა.....	48
15.	პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)	51

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

შესავალი

მოცემული კლინიკური რეკომენდაციის „პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი“ მიზანს წარმოადგენს უახლეს სამეცნიერო მტკიცებულებებზე დაფუძნებული ინფორმაციის მიწოდება (H1N1) 2009 წლის გრიპის პანდემიის შესახებ ექიმი-ინფექციონისტების, ოჯახის ექიმების, თერაპევტების, პედიატრების, საშუალო სამედიცინო პერსონალისა და სოციალური მუშაკებისათვის.

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

1. დაავადების დეფინიცია, სინონიმები, კლასიფიკაცია, ტერმინოლოგია

1.1. დაავადების დეფინიცია და სინონიმები

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

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სინონიმებს წარმოადგენს: 2009 წლის პანდემიური გრიპი, მექსიკური გრიპი A(H1N1), კალიფორნიული გრიპი A(H1N1), ადამიანის ღორის გრიპი და სხვ. ჯანმოს მიერ გამოიყენება სახელწოდება პანდემიური (H1N1) ვირუსული ინფექცია, ხოლო აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრი მას მოიხსენებს, როგორც "ახალი გრიპი A(H1N1). სამხრეთ კორეაში ვირუსს უწოდებენ "SI", რაც შემოკლებულია „Swine Influenza“. ტაივანში უწოდებენ "H1N1 გრიპს" ან "ახალ გრიპს". ცხოველთა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია უპირატესობას ანიჭებს სახელწოდებას "ჩრდილო ამერიკული გრიპი", ხოლო ევროპის კომისია კი "ახალი გრიპის ვირუსი".

1.2. დაავადების კლასიფიკაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით (Disease classification and coding systems DIMDI- ICD-10 WHO - 2007) პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი განეკუთვნება სასუნთქი ორგანოების დაავადებათა კლასს, კოდი – J 10 – გრიპი, გამოწვეული გრიპის იდენტიფიცირებული ვირუსით.

1.3. ტერმინოლოგია

სეზონური გრიპი არის გრიპის A და B ვირუსით გამოწვეული მწვავე ინფექციური დაავადება, რომელიც იწვევს სეზონურ აფეთქებებს ზომიერი კლიმატის რეგიონებში (მაგ. აშშ, კანადა, ევროპა, რუსეთი, ჩინეთი, იაპონია, ავსტრალია და სხვა), ხოლო ტროპიკული კლიმატის ქვეყნებში (ეკვატორული აფრიკა, აზიის სამხრეთ-აღმოსავლეთი) ახასიათებს წლიური აქტივობა. დაავადება ხასიათდება შემცივნებით, ტემპერატურის უეცარი მატებით, თავისა და კუნთების ტკივილით, საერთო სისუსტით, ხველით, ყელის ტკივილით და სხვა. დაავადება ხშირად რამოდენიმე დღეში გამოჯანმრთელებით მთავრდება. შესაძლებელია გართულებების განვითარებაც, უპირატესად, ფილტვის მხრივ. ამჟამად, მსოფლიოში სეზონურ გრიპს ძირითადად იწვევს A(H3N2), A(H1N1) ქვეტიპის და B ტიპის ვირუსები.

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

ფრინველის გრიპი წარმოადგენს ზოონოზურ ინფექციას, რომელსაც იწვევს A გრიპის ვირუსი. ფრინველის გრიპი გარეულ გადამფრენ ფრინველებში საკმაოდ გავრცელებული დაავადებაა. გარეული ფრინველებიდან ეს დაავადება შეიძლება შინაურ ფრინველსაც

გადაედოს. რიგ შემთხვევებში ვირუსი გადალახავს სახეობრივ ბარიერს და შეიძენს სხვა სახეობის ფრინველებისა და ცხოველების, აგრეთვე იშვიათ შემთხვევაში ადამიანის დაინფიცირების უნარს. ადამიანებში მას მაღალი ლეტალობა ახასიათებს (50%-ზე მეტი).

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

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

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

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

შიფტი - მნიშვნელოვანი ცვლილებები ვირუსის გენომში ადამიანის A გრიპის ახალი ქვეტიპების წარმოქმნით. ხშირად ხორციელდება რეასორტირებისა და ადაპტიური მუტაციების გზით. მოსახლეობაში არ არსებობს იმუნიტეტი მის მიმართ და იოლი ტრანსმისიის უნარის შექმნისას იქმნება პანდემიების საშიშროება.

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

2. ეპიდემიოლოგია

მე-20 საუკუნეში აღწერილ იქნა გრიპის სამი პანდემია: “ესპანურა” - 1918 წელს, “აზიის გრიპი” - 1957 წელს და “ჰონგ-კონგის გრიპი” - 1968-69 წწ. ეს პანდემიები გამოწვეული იყო A გრიპის შტამებით, რომელთაც განიცადეს მნიშვნელოვანი გენეტიკური ცვლილებანი. მათ მიმართ მოსახლეობას არ ჰქონდა ეფექტური იმუნიტეტი, იოლად ვრცელდებოდა ადამიანებს შორის და იწვევდა მაღალ ლეტალობას (8).

ცხრილი 2-1: მე-20 საუკუნის გრიპის პანდემიები

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

H1N1 პანდემიის აფეთქება პირველად დაფიქსირდა 2009 წლის მარტში ვერაკრუზში, 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. მოგზაურთა მიერ ინფექცია გავრცელდა მსოფლიოში და გამოიწვია H1N1 პირველი პანდემია 1968 წლის შემდეგ.

2009 წლის 29 აპრილს ჯანმოს გენერალურმა დირექტორმა მარგარეტ ჩანმა განაცხადა პანდემიის მე-5 ფაზის, ხოლო 2009 წლის 11 ივნისს კი უკვე პანდემიის მე-6 ფაზის დადგომის შესახებ მსოფლიოში (6,7,9,11,13,26,27,28, 33,35).

პანდემიამ კლება დაიწყო 2009 წლის ნოემბრიდან, 2010 წლის მაისიდან მკვეთრად იკლო გარდაცვლილთა რიცხვმა, 2010 წლის აგვისტოში გამოცხადდა 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 ყოფილიყო 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.

მაგალითად, პოსტპანდემიურ პერიოდში, სავარაუდოდ, ვირუსი კვლავ დარჩება განსაკუთრებით საშიში ახალგაზრდა პაციენტებისათვის. არ შეიცვლება რისკის ჯგუფები დაავადების მიმდინარეობის თვალსაზრისით. ვინაიდან ვირუსს შეუძლია ქვემო სასუნთქი გზების დაზიანება, დაავადების სიმძიმეს, სავარაუდოდ, ისევ განაპირობებს 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.

ქვემოთ მოცემულია პანდემიური გრიპის ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის კლასიფიკაცია. ის პანდემიური გრიპის აქტივობის ექვს ფაზას გამოყოფს.

ცხრილი 2-2: ჯანმოს მიერ განსაზღვრული პანდემიური გრიპის ფაზები და მზადყოფნის 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</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>

ფაზა	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანი სტადიების მიხედვით
პირობებში (მაგ. ახლო კონტაქტისას) ხდება ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა, მაგრამ გადამდებობის ხარისხი ვერ აღწევს იმ დონეს, რომ გამოიწვიოს პანდემიის საფრთხე.	
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.	ახალი ვირუსის კერის ლოკალიზება ან გავრცელების შეწყობა დროის მოგების მიზნით, რათა მოხდეს მზადყოფნის ღონისძიებების გატარება და ვაქცინის შემუშავება.
პანდემიის პერიოდი ფაზა 5. სახეზეა ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა ჯანმრთელობის 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.	მაქსიმალური ძალისხმევა ვირუსის ლოკალიზების ან მისი გავრცელების შეწყობისათვის, რათა თავიდან ავიცილოთ პანდემია და მოვიგოთ დრო პანდემიის საწინააღმდეგო ზომების გატარებისათვის
პანდემიის პერიოდი ფაზა 6. ხასიათდება მე-5 ფაზის კრიტერიუმებზე დამატებით გრიპის საყოფაცხოვრებო აფეთქებით ჯანმრთელობის სხვა რეგიონის სულ მცირე ერთ ქვეყანაში. ფაზის გამოცხადება მიუთითებს გლობალური პანდემიის არსებობაზე.	პანდემიის უარყოფითი შედეგის მინიმუმამდე დაყვანა.
პიკის შემდგომი პერიოდი 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 აღმოცენება და ქვეყნები მომზადებული უნდა იყვნენ მეორე ტალღისთვის.	საპასუხო ქმედებათა შეფასება, რეაბილიტაცია, შესაძლოა მეორე ტალღისათვის მზადება
შესაძლო ახალი ტალღა პანდემიური გრიპის აქტივობის ხარისხი ადექვატური ზედამხედველობის მქონე ქვეყნების უმრავლესობაში ისევ მატულობს	საპასუხო ქმედება
პანდემიის შემდგომი პერიოდი გრიპის დაავადების აქტივობა ბრუნდება ნორმალური სეზონური გრიპის დონეზე. მოსალოდნელია, რომ პანდემიური ვირუსი იმოქმედებს სეზონური გრიპის A ტიპის ვირუსის მსგავსად.	ზედამხედველობის შენარჩუნება და პანდემიისათვის მზადყოფნის და მასზე რეაგირების გეგმების შესაბამისი კორექტირება. რეაბილიტაცია, შეფასება.

3. ეტიოლოგია და პათოგენეზი

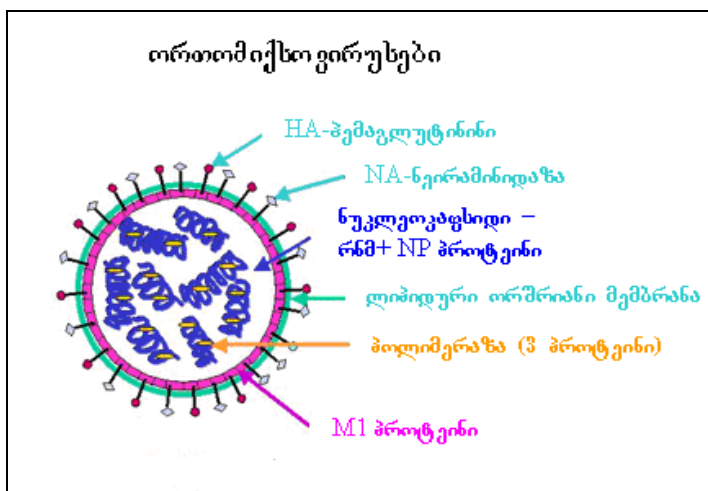
გრიპის ვირუსი მიეკუთვნება ორთომიქსოვირუსების ოჯახს. ის 80-120 ნმ ზომის სფერული ფორმის ვირუსია და შეიცავს სეგმენტურ ერთმადიან რნმ-ს, რომელიც 10 ცილის სინთეზზე პასუხისმგებელია. რნმ სეგმენტები ვირუსის გარსშია მოთავსებული ნუკლეოპროტეინთან (NP) და ვირუსული პოლიმერაზას სამ სუბერთეულთან (PA, PB1, PB2) ერთად. 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-ის 8 სეგმენტს, ხოლო C ვირუსი 7 სეგმენტს.

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

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

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

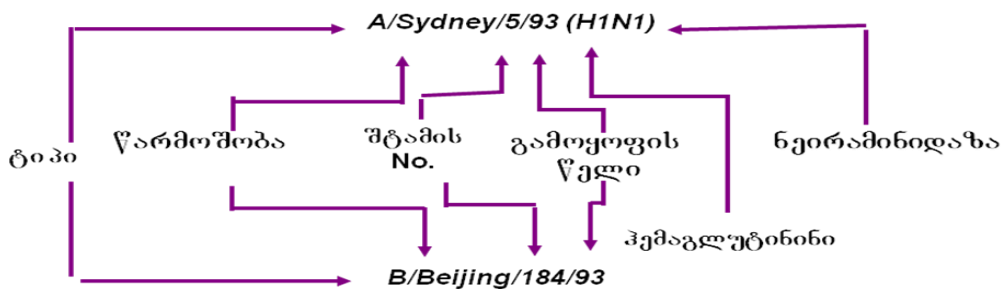


ჰემაგლუტინინი ემაგრება მასპინძლის უჯრედის ზედაპირზე არსებულ სიალის მჟავას რეცეპტორს, რაც განაპირობებს ვირუსის შეჭრას უჯრედში. ჰემაგლუტინინი მთავარი ანტიგენური დეტერმინანტია მანეიტრალიზებელი ანტისხეულების წარმოსაქმნელად. ამიტომ ის სეზონური ვაქცინების უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს წარმოადგენს. ნეირამინიდაზა ანტისხეულების წარმოქმნის მეორე დეტერმინანტია. ის ხლეჩს გლიკოზიდურ კავშირებს მასპინძლის უჯრედის სიალის მჟავასა და ვირიონის ზედაპირს

შორის, რითიც აადვილებს ვირუსის გამოთავისუფლებას უჯრედიდან. ამ მნიშვნელოვანი ფუნქციის ინჰიბირება ანტივირუსული მკურნალობის ერთ-ერთ ყველაზე ეფექტურ სტრატეგიას წარმოადგენს. მესამე მემბრანული პროტეინი ე. წ. M2 პროტეინი მცირე რაოდენობითაა წარმოდგენილი A ვირუსებში. ის იონური არხების მსგავსად ფუნქციონირებს და არეგულირებს ვირუსის შინაგან pH-ს, რაც მნიშვნელოვანია ვირუსის რეპლიკაციის ადრეულ სტადიებზე, როდესაც ვირუსი ახორციელებს ნუკლეინის მჯავას ე. წ. “გაშიშვლებას”. ამ ფუნქციის ბლოკირება ხორციელდება ამანტადინისა და რიმანტადინის საშუალებით.

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

ვირუსის სახელწოდება მიუთითებს მის ტიპს, გამოყოფის გეოგრაფიულ ადგილსა და დროს, შტამის ნომერს. ხოლო A გრიპის შემთხვევაში კი, დამატებით, ჰემაგლუტინინისა და ნეირამინიდაზას ქვეტიპს. მაგალითად, A/Sydney/5/93 (H1N1) – მიუთითებს რომ ეს არის A გრიპი, გამოყოფილია სიდნეიში 1993 წელს, შტამის ნომერია 5 და შეიცავს: ჰემაგლუტინინ I და ნეირამინიდაზას I ქვეტიპს.



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

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

გენეტიკური მასალის დიდი ნაწილი ეკუთვნის ღორის გრიპის ვირუსს (ჩრდილო ამერიკული და ევრაზიული ღორის გრიპის ვირუსების გენეტიკური მასალა შეადგენს ახალი ვირუსის გენომის 30,6% და 17,5 %-ს, შესაბამისად), შემდეგ მოდის ფრინველის გრიპის ვირუსი (34,4 %) და ადამიანის გრიპის ვირუსი (17,5% გენეტიკური მასალისა) (24,29,30,31).

2009 წლის მაისში გამოქვეყნებული აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მონაცემების მიხედვით, 60 წელს გადაცილებულ პირებს ჰქონდათ ნაწილობრივი იმუნიტეტი პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის მიმართ, სავარაუდოდ, სეზონური გრიპის ვაქცინის ვირუსების მიმართ ჯვარედინი იმუნიტეტის სახით.

ტრანსმისია - პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსი მსხვილი რესპირაციული ნაწილაკების (წვეთები ზომით > 5 μm) ინჰალაციით და/ან არაპირდაპირი კონტაქტებით გადაეცემა.

ვირუსის გადაცემა შესაძლებელია 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.

ინფექცია გადაეცემა კონტაქტური გზითაც დაინფიცირებულ ზედაპირებთან შეხებით და შემდგომ მისი გადატანით სახის არეში დაბინძურებული ხელებით.

ვირუსი თვითინოკულირდება ზემო რესპირაციული ტრაქტისა და კონიუქტივას ლორწოვან გარსში.

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

პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსი ხასიათდება მდგრადი გავრცელებით ადამიანთა შორის. აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ ვირუსის ანალიზით დადგინდა, რომ ახალი ვირუსის ტრანსმისიის უნარი მსგავსი იყო სეზონური გრიპის იმავე მახასიათებლისა.

2009 წლის H1N1 ვირუსის ბაზისური რეპროდუქციული რიცხვი (The basic reproduction number) (საშუალო რიცხვი პირებისა, რომელიც შესაძლებელია დაავადოს ყოველმა დაავადებულმა პაციენტმა პოპულაციაში, რომელსაც არ გააჩნია შესაბამისი იმუნიტეტი) არის 1,75. A 2009 წლის დეკემბრისათვის აღმოჩნდა, რომ H1N1 ტრანსმისიულობა უფრო დაბალია, ვიდრე წინა პანდემიების გამომწვევი ვირუსებისა.

პანდემიური (H1N1) ვირუსი იოლად გადაეცემა ცხოველებს, მათ შორის ღორებს, ინდაურებს, კატებს, სავარაუდოდ ძაღლსა და სხვა.

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

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

გრიპის ვირუსი მგრძობიარეა ტემპერატურის, გამოშრობის, მზისა და ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედების მიმართ; ოთახის ტემპერატურაზე ილუპება რამოდენიმე საათში. მასზე მოქმედებს სადეზინფექციო ხსნარები, მგრძობიარეა ტუტე და მჟავე გარემოს მიმართ. ინაქტივდება მჟანგველი აგენტების, ლიპიდების გამხსნელების, β-პროპიონლაქტონის, ასევე ფორმალინისა და იოდის კომპონენტების ზემოქმედებით (21).

4. კლინიკური სიმპტომატიკა

4.1. კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 2-3 დღეს შეადგენს. ინკუბაციური პერიოდის მაქსიმალურ ვადად უნდა ჩაითვალოს **7 დღე** (3, 21).

პაციენტთა უმრავლესობას დაავადება ეწყება მაღალი ცხელებითა (ჩვეულებრივ, 38°C-ზე მეტი) და რესპირაციული სიმპტომებით: ყელის ტკივილი, ხველა (უფრო მშრალი ხველა) და თავის ტკივილი. ხშირია რინორეა, ცხვირის გაჭედვა. ასევე აღინიშნება: გულისრევა, ღებინება, დიარეა, მიალგია, ართრალგია, დაღლა. იშვიათად აღინიშნება კონიუნქტივიტი. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას აღინიშნება: სუნთქვის უკმარისობა და ლეთარგია. რიგ შემთხვევებში დაფიქსირდა გასტროინტესტინური მოვლენები: გულისრევა, ღებინება, და/ან დიარეა)(3, 21).

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

ჩვილ ბავშვებში ინფექცია, როგორც წესი, განსხვავებული სიმპტომებით მიმდინარეობს. მათ შესაძლებელია არ ჰქონდეთ ხველა ან სხვა რესპირაციული სიმპტომები. მძიმე მიმდინარეობა შესაძლოა გამოვლინდეს ისეთი სიმპტომებით, როგორცაა ლეთარგია, აპნოე ან დისპნოე, ციანოზი, დეჰიდრატაცია, მენტალური სტატუსის შეცვლა (14).

4.2. როგორია დაავადების სიმძიმის ნიშნები, რაც გადაუდებელი დახმარების აუცილებლობაზე მიუთითებს ?

<p>მოზრდილებში</p> <ul style="list-style-type: none"> • სუნთქვის გაძნელება • ტკივილი გულმკერდის ან მუცლის არეში • უეცარი თავბრუსხვევა • კონფუზია • მძიმე ან პერსისტული ღებინება • დაბალი ტემპერატურა <p>ბავშვებში</p> <ul style="list-style-type: none"> • სუნთქვის აჩქარება ან გაძნელება • კანის ციანოზი • სითხის მიღებაზე უარის თქმა • გაძნელებული გამოღვიძება ან კონტაქტში შესვლის გაძნელება • გალიზიანებადობა • გრიპისმაგვარი სიმპტომები • გრიპისმაგვარი დაავადება, რომელიც გაუმჯობესდა, მაგრამ პაციენტის უკან შემობრუნდა გაუარესების გამო • ცხელება გამონაყარით • საკვების მიღებაზე უარის თქმა • ტირილი ცრემლების გარეშე (21)
--

4.3. როგორია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპისთვის დამახასიათებელი ლაბორატორიული კვლევის შედეგები?

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

4.4. რა გართულებები ახასიათებს პანდემიურ (H1N1) 2009 გრიპს?

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

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

4.5. როგორია ლეტალობის მაჩვენებელი პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს?

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

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

4.6. რა კატეგორიებად იყოფა პანდემიური H1N1 გრიპი სიმძიმის მიხედვით?

გრიპის კლინიკური გამოვლინებები შესაძლოა მერყეობდეს ასიმპტომური ინფექციიდან სერიოზულ ფატალურ დაავადებამდე, რაც შეიძლება გამოწვეულ იყოს სხვა თანმხლები დაავადებების გამწვავებით ან მძიმე ვირუსული პნევმონიითა და მულტიორგანული დაზიანებით. ვინაიდან პანდემიური (H1N1) გრიპის ადრეული მართვა მნიშვნელოვანია, განიხილება კლინიკური გამოვლინებების სამი კატეგორია. ესენია:

I. გაურთულებელი დაავადება;

II. დაავადების პროგრესირების (დამძიმების) ნიშნები და სიმპტომები

III. გართულებული ან მძიმე დაავადება (21).

4.6.1. გაურთულებელი დაავადება

პაციენტებს მსუბუქი გრიპისმაგვარი დაავადებით აქვთ ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომები:

- ცხელება (>38), მშრალი ხველა, ყელის ტკივილი, რინორეა, თავის ტკივილი, მიალგია და/ან თავბრუსხვევა, მაგრამ არ აღენიშნებათ სუნთქვის უკმარისობა ან დისპნოე;
- გასტრო-ინტესტინალური სიმპტომები, როგორცაა დიარეა და/ან ლებინება, განსაკუთრებით ბავშვებში, მაგრამ დეჰიდრატაციის ნიშნების გარეშე.

ამ პაციენტების ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. მათ არ აღენიშნებათ ჰიპოტენზია ან ცნობიერების მოშლა (21, 46)

4.6.2. დაავადების პროგრესირების (დამძიმების) ნიშნები და სიმპტომები

პაციენტებს თავიდან აღენიშნებათ მსუბუქი (გაურთულებელი) გრიპის სიმპტომები, რომელიც შემდეგ პროგრესირებს დამძიმებისაკენ. პროგრესირება შესაძლებელია მოხდეს ძალიან სწრაფად (მაგ 24 საათში). ქვემოთ ჩამოთვლილი წარმოადგენს იმ კლინიკურ ნიშნებსა და სიმპტომებს, რომელიც დაავადების პროგრესირებაზე მიუთითებს, რაც აუცილებელს ხდის პაციენტის კლინიკური მართვის საკითხის დაუყოვნებლივ განხილვას.

(ა) სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც მიუთითებს ოქსიგენაციის მოშლაზე ან გულ-ფილტვის უკმარისობაზე:

- სუნთქვის უკმარისობა (დატვირთვის ან მოსვენების დროს), სუნთქვის გამწვანება, ციანოზი, სისხლიანი ან შეფერილი ნახველი, გულმკერდის ტკივილი, სისხლის დაბალი წნევა;
- გახშირებული ან გამწვანებული სუნთქვა 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში;
- ჰიპოქსია, განსაზღვრული პულსოქსიმეტრიით, თუ ის ხელმისაწვდომია (ჟანგბადის სატურაცია 92%).

(ბ) ნევროლოგიური (ცნს) გართულებების სავარაუდო სიმპტომები და ნიშნები

- შეცვლილი მენტალური სტატუსი, ცნობიერების დაკარგვა, ძილიანობა, გამწვანებული გამოფხიზლება, მორეციდივე ან პერსისტიული კრუნჩხვა, კონფუზია, მძიმე სისუსტე ან დამბლა.

(გ) ვირუსის გახანგრძლივებული რეპლიკაციის ან მეორადი ინვაზიური

- ბაქტერიული ინფექციის ნიშნები ლაბორატორიულ გამოკვლევებზე ან კლინიკურ გამოვლინებებზე დაყრდნობით (მაგ. მუდმივი ან მორეციდივე ძალიან ცხელება და სხვა სიმპტომები 3 დღეზე მეტი ხნის განმავლობაში).

(დ) მძიმე დეჰიდრატაცია

დაქვეითებული აქტივობა, თავბრუსხვევა, შემცირებული დიურეზი, ლეთარგია (21, 46)

4.6.3. გართულებული ან მძიმე დაავადება.

- პაციენტს აღენიშნება ქვემო სასუნთქი სისტემის დაზიანების (პნევმონია) კლინიკური (მაგ. სუნთქვის უკმარისობა, ან დისპნოე, ტაქიპნოე, ჰიპოქსია) და რადიოლოგიური ნიშნები, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანების ნიშნები (მაგ. ენცეფალოპათია, ენცეფალიტი), მძიმე დეჰიდრატაცია ან მეორადი გართულებები, როგორცაა თირკმლის უკმარისობა, მულტიორგანული უკმარისობა და სეპტიური შოკი. სხვა გართულებები მოიცავს რაბდომიოლიზს და მიოკარდიტს.
- თანმხლები ქრონიკული დაავადებების გამწვავება, მათ შორის ასთმა, ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებები, ღვიძლის ან თირკმლის ქრონიკული დაავადებები, დიაბეტი, სხვა კარდიოვასკულური დაავადებები.
- ნებისმიერი სხვა მდგომარეობა ან კლინიკური სიმძიმე, რაც მოითხოვს ჰოსპიტალიზაციას კლინიკური მართვისათვის.
- დაავადების პროგრესირების ნებისმიერი ნიშანი (21, 46)

4.6.4. გართულებების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფები

კლინიკური მართვისათვის გამოყოფილია გრიპის გართულებების მაღალი რისკის მქონე პაციენტების ჯგუფები. მათში გრიპი იწვევს მძიმე დაავადებას ზოგჯერ ფატალური გამოსავლითაც. ეს ჯგუფები ქვემოთაა ჩამოთვლილი

- ორსული;
- 65 წლისა და მეტი ასაკის პაციენტები
- 5 წლამდე ასაკის (განსაკუთრებით, 2 წლამდე) პაციენტები;
- პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ თანმხლები დაავადებები/ მდგომარეობები ნებისმიერ ასაკში:
 - ქრონიკული ბრონქოპულმონური დაავადებები (მათ შორის, ასთმა);
 - ქრონიკული კარდიოვასკულური დაავადებები (გარდა ჰიპერტენზიისა);
 - ქრონიკული ნევროლოგიური დარღვევები (ცერებრული დამბლა, ინსულტი, გაფანტული მრავლობითი სკლეროზი, კუნთოვანი დისტროფია და სხვა);
 - იმუნური სუპრესია;
 - ჰემატოლოგიური დარღვევები;
 - ქრონიკული ღვიძლის ან თირკმლის უკმარისობა (გლომერულური ფილტრაცია <30მლ/წთ);
 - მეტაბოლური დარღვევები (განსაკუთრებით, შაქრიანი დიაბეტი);
 - პათოლოგიური სიმსუქნე.

პაციენტები, რომლებიც ხანგრძლივად იღებენ აცეტილსალიცილის მჟავას (რეის სინდრომის მომატებული რისკის გამო). (3, 46)

განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ინფექცია ორსულებში. ისინი 4-ჯერ უფრო ხშირად ექვემდებარებიან ჰოსპიტალიზაციასა და ინტენსიურ თერაპიას. აღინიშნება სპონტანური აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევები, განსაკუთრებით პნევმონიის ფონზე(15).

5. დაავადების დიაგნოზი

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევის დიაგნოსტიკა საფეხურეობრივად ხორციელდება(21).

შესაძლო შემთხვევა

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

სავარაუდო შემთხვევა

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

დადასტურებული შემთხვევა

დადასტურებულ შემთხვევას შეესაბამება პირი, სადაც დიაგნოზი დადასტურდა ლაბორატორიული კრიტერიუმით.

კლინიკური კრიტერიუმები:

მწვავედ განვითარებული შემდგომი კლინიკური სიმპტომები:

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

ან

- სასუნთქი სისტემის მძიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით

ან

- სიკვდილი გაურკვეველი მწვავე რესპირაციული დაავადებით.

ტემპერატურის მატების დოკუმენტირება არ არის სავალდებულო თერმომეტრით; საკმარისია ტემპერატურის მატების თუნდაც ერთი პრეცედენტის სუბიექტური დადასტურება წინა სამი დღის განმავლობაში(21).

ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმები

დაავადების გამოვლენამდე 7 დღით ადრე ადეკვატური დაცვის გარეშე:

- მოგზაურობა/ცხოვრება ტერიტორიაზე*, სადაც ჯანმრთელობის დაცვის დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის აფეთქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით

ან

- ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან ამ უკანასკნელში კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების პერიოდში ან ამ სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში.

ან

- მუშაობა პანდემიურ (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში(21).

ლაბორატორიული კრიტერიუმები

დადებითი შედეგი ერთი ან მეტი ლაბორატორიული ტესტის გამოყენებით*:

- პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია;
- ვირუსის კულტურა;
- პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების ტიტრის ოთხჯერადი მატება მინიმუმ 10-14 დღის შუალედით აღებულ სისხლის შრატში(21).

* ამ ტერიტორიების შესახებ განახლებული ინფორმაციის მისაღებად დაუკავშირდით საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს ტელეფონზე: (+995 32) 3998946 ან მიმართეთ ვებ გვერდებს: www.ncdc.ge, www.who.ent

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

რეკ. 1.

დღევანდელი სიტუაციიდან გამომდინარე, საქართველოში ნებისმიერი პირი, რომელსაც აღენიშნება ზემოაღნიშნული კლინიკური კრიტერიუმები, უნდა ჩაითვალოს პანდემიური (H1N1) გრიპის შესაძლო შემთხვევად.

6. გამოკვლევის სქემა (ალგორითმი)

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

პანდემიის პერიოდში მთავარ მიზანს წარმოადგენს შემთხვევების იდენტიფიცირება და ერთად თავმოყრა. დიაგნოსტიკა და მყარებული იქნება კლინიკურ და საბაზისო ლაბორატორიულ ანალიზებზე, ნაკლები აქცენტით სპეციფიკურ სადიაგნოსტიკო ტესტებზე (რაც შესაძლოა არც კი იყოს სამყოფი) და ეპიდემიოლოგიურ კრიტერიუმებზე. იმ შემთხვევებში, თუ გავრცელებას აქვს მასიური ხასიათი ქვეყანაში, კლინიკის ტესტს აქვთ პაციენტის კლინიკურ-ეპიდემიოლოგიური და ლაბორატორიული გამოკვლევის მეტი შესაძლებლობა.

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

პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია (PCR) არის ერთადერთი ტესტი დღეისათვის, რომელსაც გააჩნია საკმარისი სენსიტიურობა და სპეციფიურობა პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სადიაგნოსტიკოდ, განსაკუთრებით პანდემიის აფეთქების დასაწყისში. პანდემიის დროს ყველა პაციენტს არ უტარდება პჯრ ტესტირება. პჯრ უტარდება მხოლოდ ჰოსპიტალიზებულ, ორსულ და იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტებს გრიპის სავარაუდო დიაგნოზით. სხვა ტესტები ვერ განასხვავებს პანდემიურ H1N1 ვირუსს სეზონური გრიპისაგან. სწრაფი ტესტები ცრუ უარყოფითი პასუხის გამო ვერ გამოირიცხავს H1N1 პანდემიურ გრიპს.

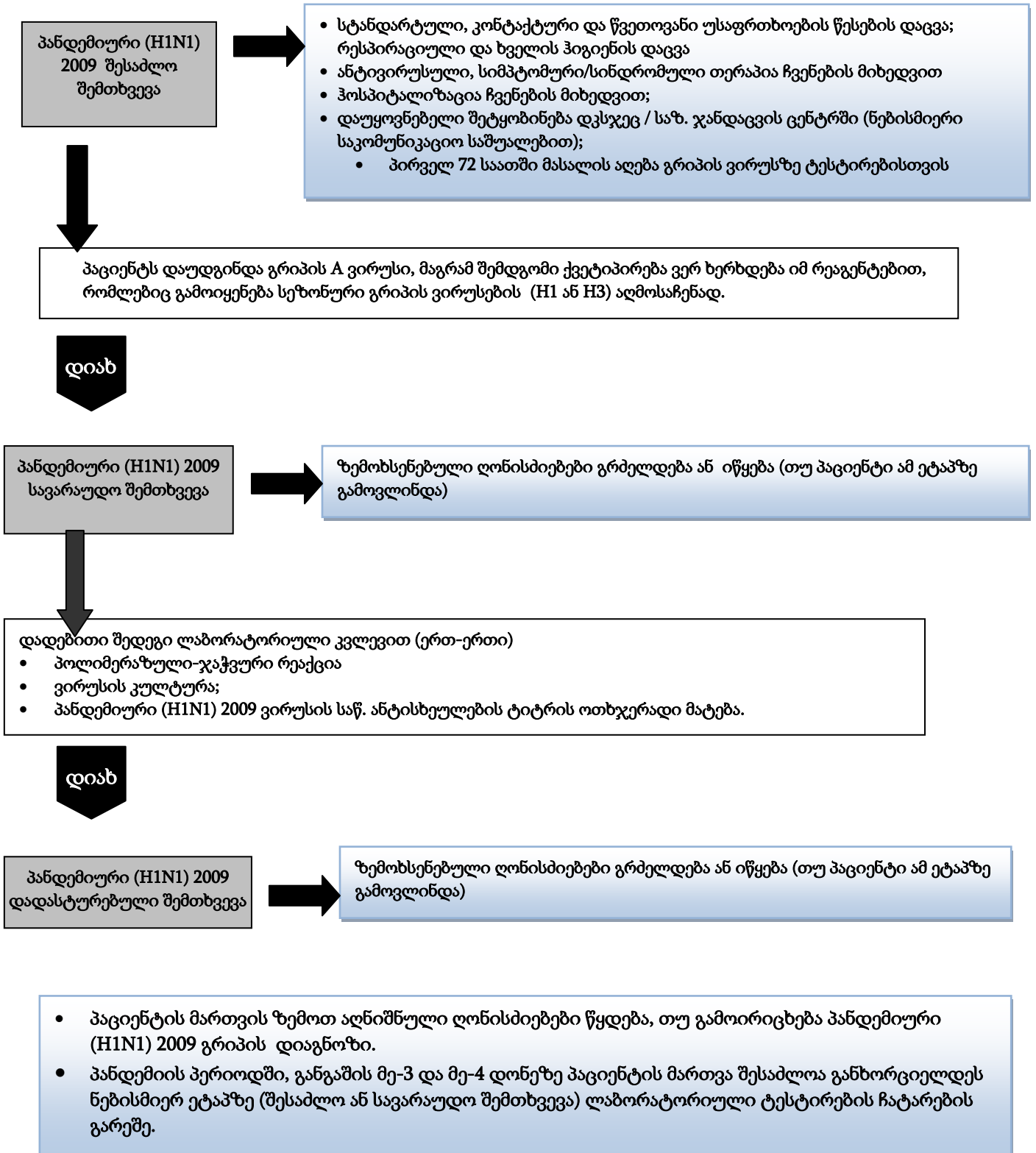
მასალა ლაბორატორიული გამოკვლევისათვის უნდა იქნას აღებული ცხვირ-ხახიდან (ნაზოფარინგეალური ნაცხი), ცხვირის ღრმა მიდამოებიდან (ცხვირის ნაცხი) ან ხორხის ან ბრონქული ასპირატი. დღეისათვის უცნობია, თუ მასალის აღების რომელი მეთოდია საუკეთესო მოცემული ვირუსის აღმოსაჩენად. ჩვილებში შესაძლოა გამოყენებულ იქნას ნაზალური ასპირატი.

ბრონქული ასპირატის შეგროვება არის მაღალი რისკის შემცველი პროცედურა აეროზოლის წარმოქმნის თვალსაზრისით და საჭიროებს ჰაერწვეთოვანი უსაფრთხოების ზომების დაცვას (36,21).

რეკ. 2.

(H1N1) 2009 გრიპის პანდემიის დროს მნიშვნელოვანია ტრიაჟის ჩატარება, რომლის მიზანია შემთხვევების დროული იდენტიფიცირება მათი ჰოსპიტალიზაციის, კლინიკური მართვისა და ვირუსის შემდგომი გავრცელების თავიდან ასაცილებლად(21). .

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



7. მკურნალობის სქემა

პანდემიური (H1N1) გრიპის კლინიკური მართვა ხორციელდება ჯანდაცვის როგორც პირველად დონეზე, ასევე საავადმყოფოებში, რომელსაც აქვთ მოცემული დაავადების მართვის შესაბამისი რესურსები.

რეკ. 3. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის მდგომარეობის შეფასებისას საყურადღებოა შემდეგი სიმპტომები და ნიშნები (ცხრილი 7.1.)

ცხრილი 7.1. კრიტერიუმები, რასაც ყურადღება უნდა მიექცეს პირველადი ჯანდაცვის დონეზე შემთხვევის შეფასებისას (21).

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

7.1. როგორ ხორციელდება პაციენტის მართვა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე?

რეკ. 4. პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე, პანდემიური (H1N1) გრიპის საექვო შემთხვევის მართვა იწყება პაციენტის სკრინინგითა და შეფასებით საექვო კლინიკურ ნიშნებზე. გამოიყენება ალგორითმი (პაციენტის დინების სქემა), იხ. დანართი 1. (21).

7.1.1. როგორია პაციენტის შეფასების კრიტერიუმები პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებებში?

რეკ. 5.	<p>კლინიკური შეფასება იდეალურ შემთხვევაში იწყება გრიპისმაგვარი დაავადების მქონე პაციენტების ტრიაჟისთვის წინასწარ განკუთვლილ ადგილას. შეფასების დროს რეკომენდებულია პაციენტები განაწილდნენ შემდეგ ჯგუფებად:</p> <ul style="list-style-type: none"> • პაციენტები, რომელთაც არ აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები • პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები და ესაჭიროებათ მკურნალობა და • პაციენტები, რომელთაც აღენიშნებათ გრიპისმაგვარი სიმპტომები, მაგრამ არ ესაჭიროებათ მკურნალობა (21)
რეკ. 5.	<p>პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის შეფასებისას უნდა ჩატარდეს, სულ მცირე, შემდეგი პროცედურები:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ზოგადი სტატუსის შეფასება; • ჰიდრატაციის შეფასება; • სხეულის ტემპერატურის გაზომვა (ცხელება $\geq 38^{\circ}\text{C}$); • სუნთქვის სიხშირის დათვლა; • სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობის შეფასება (ნეკნთაშუა არეების ჩაზნექვა, ცხვირის ნესტოების მოძრაობა); • კანის, ფრჩხილების, ლორწოვანის ფერის შეფასება; • ფილტვის აუსკულტაცია კრეპიტაციის გამოსავლენად (21)

7.1.2. რომელი პაციენტის მართვა შეიძლება განხორციელდეს ბინაზე?

რეკ. 6.	<p>შეფასების შემდეგ მსუბუქი გრიპის სიმპტომების მქონე პაციენტები, რომელთაც არ აღენიშნებათ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • მძიმე დაავადების თვალსაჩინო ნიშნები; <p>და</p> <ul style="list-style-type: none"> • არ არიან გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფიდან <p>შესაძლოა განთავსდნენ ბინაზე და ჩაუტარდეთ მკურნალობა 4.1.3. ნაწილში მითითებული ინფორმაციის თანახმად (21)</p>
---------	--

7.1.3. როგორ ხორციელდება პაციენტის მართვა ბინაზე?

რეკ. 7.	<p>მსუბუქი დაავადების მქონე პაციენტებს, რომელთაც არ აღენიშნებათ გართულებების რისკის ფაქტორები ან დაავადების პროგრესირების/დამძიმების კლინიკური ნიშნები, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ბინაზე. ამ ჯგუფის პაციენტები არ საჭიროებენ ანტივირუსულ თერაპიას (21)</p>
რეკ. 8.	<p>ბინაზე მათ ენიშნებათ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ანალგეზიური ან ანტიპირეტული საშუალებები (არჩევის პრეპარატია აცეტამინოფენი). ასპირინი ან ასპირინის შემცველი პრეპარატები (მაგ.

	<p>ასკოფენი, ბისმუტის სალიცილატი –პეპტო ბისმუტი) არ უნდა დაინიშნოს 18 წლამდე ასაკის პოპულაციაში რეიეს სინდრომის განვითარების მომატებული რისკის გამო;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 სამედიცინო პერსონალის ან ოჯახის წევრის მიერ დაავადების პროგრესირების ნიშნებისა და სიმპტომების გამოვლენის თვალსაზრისით (21).
რეკ. 9.	<p>დაავადების პროგრესირებისა და დამძიმების სიმპტომებისა და ნიშნების გამოვლენის შემთხვევაში (სურათი 7.1) პაციენტის ბინაზე დატოვების საკითხი უნდა გადაიხედოს და განხილულ იქნას ჰოსპიტალიზაციის აუცილებლობა (21).</p>

სურათი 7.1. სიმპტომები და ნიშნები, რომლებიც მიუთითებს დაავადების პროგრესირებასა და 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, მძიმე სისუსტე ან დამბლა;
- პერსისტიული ან მორეციდივე ცხელება და სხვა სიმპტომები, რომლებიც 3 დღეზე მეტხანს გრძელდება;
- დაქვეითებული აქტივობა, დიურეზის შემცირება, ლეთარგია (46).

7.1.4. როგორია რეკომენდაციები პაციენტის მოვლის თაობაზე ბინის პირობებში?

რეკ. 10.	სამედიცინო პერსონალმა პაციენტს უნდა მისცეს რჩევა ბინაში მოთავსებისა და ოჯახის წევრებთან კონტაქტისაგან თავის არიდების თაობაზე (იხ. სურათი 7.2) (21)
რეკ. 11.	სამედიცინო პერსონალმა პაციენტის ოჯახის წევრებს უნდა მიაწოდოს ამომწორავი ინფორმაცია თავის დაცვის ინდივიდუალური წესების შესახებ (იხ. სურათი 7.3) (21)

სურათი 7.2. რჩევები პაციენტს ბინაზე მკურნალობის შემთხვევაში

- პაციენტი თავსდება განცალკევებულ ოთახში შესაბამისი ვენტილაციით სიმპტომების შემცირებამდე ან მათ ალაგებამდე (მაგალითად, განცალკევებული საძილე ოთახი, დამოუკიდებელი საპირფარეშო და სხვა (თუ ეს შესაძლებელია));
- ნარჩუნდება კარგი ვენტილაცია (ღია ფანჯრები) და საკმარისი მზის სხივები ოთახში;
- საჭიროა სულ მცირე 1.8 მ დისტანციის დაცვა პაციენტისაგან, თუ დამცავი ბარიერების უზრუნველყოფა არ ხერხდება ბინაში;
- პაციენტის მიერ გამოიყენება ნიღაბი, როცა ის იმყოფება ოთახში, სადაც ოჯახის სხვა ჯანმრთელი წევრებიც იმყოფებიან;
- გრიპისმაგვარი სიმპტომების მქონე პაციენტებმა თავი უნდა აარიდონ სახლიდან გასვლას და სხვა ადამიანებთან კონტაქტს, რამდენადაც ეს შესაძლებელია, მათ შორის მოგზაურობასაც, სულ მცირე 24 საათის განმავლობაში სიცხის დაწყების მომენტიდან (ბავშვები, განსაკუთრებით მცირე ასაკში, დიდხანს გამოჰყოფენ ვირუსს);
- თუ გრიპისმაგვარი სიმპტომების მქონე პაციენტისათვის აუცილებელია შინიდან გასვლა (მაგალითად, სამედიცინო საჭიროების გამო) მან უნდა ატაროს ნიღაბი და დაიფაროს ცხვირი და პირი ხველისა და ცემინების დროს (21)

სურათი 7.3. რჩევები პაციენტის ოჯახის წევრებს, როდესაც მას ბინაზე მკურნალობთ

- ავადმყოფს არ უნდა ჰყავდეს მნახველები, გარდა იმ ადამიანებისა, რომელთაც მათი მოვლა ევალება;
- შეძლებისდაგვარად თავიდან უნდა იქნას აცილებული 1,8 მ-ზე ახლო კონტაქტი ავადმყოფიდან;
- თუ შესაძლებელია, ოჯახში უნდა განისაზღვროს ერთი ადამიანი, რომელიც მოუვლის ავადმყოფს (ის არ უნდა იყოს გრიპის გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფიდან, მათ შორის ორსულები, თუ ეს შესაძლებელია);
- ოჯახის წევრებმა, რომლებიც მიეკუთვნებიან გრიპის გართულებების მაღალი რისკის ჯგუფს, თავი უნდა აარიდონ ავადმყოფთან 1,8 მ-ზე ახლო კონტაქტს. თუ ასეთ კონტაქტს მაინც აქვს ადგილი, საჭიროა ნიღბის გამოყენება;
- ავადმყოფებმა არ უნდა მოუარონ 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) (21)

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 (21)

დასუფთავება და ნარჩენების გადაყრა

- პაციენტის მიერ გამოყენებული მასალის გადაყრის შემდეგ საჭიროა ხელების დაბანა;
- საგნების ზედაპირები (მათ შორის საძინებლებში, სააბაზანო ოთახში) ან სათამაშოები უნდა გაიწმინდოს პერიოდულად საყოფაცხოვრებო დეზინფექტანტის საშუალებით;
- თეთრეული, ჭურჭელი და სხვა, რომელიც გამოიყენება ავადმყოფის მიერ, შესაძლებელია გაირეცხოს სხვა ჭურჭელთან ერთად, მაგრამ აუცილებელია, რომ ეს საგნები არ იქნას სხვის მიერ გამოყენებული გარეცხვამდე;
- თეთრეული (როგორცაა, საწოლის თეთრეული და პირსახოცები) უნდა გაირეცხოს საყოფაცხოვრებო საპნით, ხელები უნდა გასუფთავდეს საპნით ან ალკოჰოლის შემცველი ხელსახოცით დასვრილ თეთრეულთან კონტაქტის შემდეგ;
- ჭურჭელი უნდა დაირეცხოს ჭურჭლის სარეცხი მანქანით ან ხელით საპნითა და წყლით;
- სააბაზანო ოთახი უნდა გაიწმინდოს საყოფაცხოვრებო დეზინფექტანტით ყოველდღიურად (21)

7.1.5. ვის უტარდება ანტივირუსული მკურნალობა?

ანტივირუსული მკურნალობის ჩატარება რეკომენდებულია გართულებების მაღალი რისკის მქონე პაციენტებისათვის.

რეკ. 12.

ანტივირუსული პრეპარატების დაუყოვნებლივ დანიშვნა რეკომენდებულია გრიპის მსუბუქი სიმპტომების მქონე პაციენტებშიც (რომელთაც არ აღენიშნებათ მძიმე დაავადების ნიშნები) თუ ისინი მიეკუთვნებიან ქვემოთ ჩამოთვლილ კატეგორიას:

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

7.1.6. რა სიმპტომების საფუძველზე ხდება პაციენტების მიმართვა რეფერალურ ცენტრებში?

თუ პაციენტის მდგომარეობა თავიდანვე მძიმეა ან სწრაფად პროგრესირებს აუცილებელია მისი დროული ჰოსპიტალიზაცია. დაავადების სიმძიმეზე მიუთითებს შემდეგი ნიშნებისა და სიმპტომების არსებობა:

- გახანგრძლივებული ცხელება >38°C;
- დისპნოე და გამწვანებული სუნთქვა;
- სასიცოცხლო მნიშვნელობის მაჩვენებლების შეცვლა: არტერიული ჰიპოტენზია, სუნთქვის სიხშირის მატება, პულსის მატება;
- ცნობიერების დონის შეცვლა;
- მენტალური სტატუსის შეცვლა: ძილიანობა, გამწვანებული გამოღვიძება, მორეციდივე ან პერსისტიული კრუნჩხვა, კონფუზია, მძიმე სისუსტე ან დამბლა;
- მძიმე დეჰიდრატაციის ან მოსალოდნელი შოკის კლინიკური ნიშნები;
- პაციენტის განმეორებითი მიმართვა მორეციდივე ან პერსისტიული ცხელებით (3 დღეზე მეტხანს მიუხედავად ანალგეტიკების ან ანტიპირეტიკების გამოყენებისა);
- პაციენტები გეოგრაფიულად მოშორებული რეგიონებიდან;

- სოციალური, პირადი ან ოჯახური გარემოებები, როცა დაავადება არის მაღალი რისკის შემცველი (მაგალითად, პაციენტს არ შეუძლია თავის მოვლა, წამლის მიღება და სხვა).
- სხვა კლინიკური პრობლემები (21).

რეკ. 13.

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

7.1.7. განსაკუთრებული მოსაზრებანი ორსული ქალებისა და ბავშვებისათვის

პანდემიური (H1N1) გრიპის მქონე ორსულებში დაავადება მიმდინარეობს ტიპური კლინიკური ნიშნებით, როგორცაა ხველა, ყელის ტკივილი, რინორეა და ცხელება. შესაძლებელია გამოხატული იყოს მიალგია, თავის ტკივილი, დაღლა, ლებინება, დიარეა. ორსულთა დიდ ნაწილში დაავადება წარიმართება გართულებების გარეშე, თუმცა რიგ შემთხვევებში დაავადებამ შესაძლებელია მიიღოს სწრაფად პროგრესირებადი ხასიათი და გართულდეს მეორადი ბაქტერიული ინფექციებით, მაგალითად, პნევმონიით. მძიმე დაავადებას შესაძლებელია ახლდეს ფეტალური დისტრესი. გრიპისმაგვარი დაავადების მქონე ორსულებს ემპირიულად უნდა დაენიშნოთ ანტივირუსული თერაპია. მკურნალობა არ უნდა დაყოვნდეს ვირუსული ტესტის პასუხის მოლოდინში. ანტივირუსული მკურნალობა იწყება რაც შეიძლება მალე გრიპის სიმპტომების დაწყებიდან, ვინაიდან ის მაქსიმალურად ეფექტურია პირველი 48 საათის განმავლობაში (სეზონურ გრიპზე ჩატარებული კვლევების თანახმად)

ბავშვებში გართულებების რისკი მაღალია 5 წლამდე ასაკის, განსაკუთრებით კი 2 წლამდე ასაკის ჯგუფებში. გრიპის გარჩევა სხვა რესპირაციული დაავადებებისაგან ძნელია მხოლოდ სიმპტომებზე დაყრდნობით. თანაც მცირე ასაკის ბავშვებს ნაკლებად აქვთ გამოხატული ტიპური ნიშნები (როგორცაა, ცხელება და ხველა). ჩვილებში შესაძლოა გამოხატული იყოს ცხელება და ლეთარგია, მაგრამ არ იყოს გამოხატული ხველა ან სხვა რესპირაციული სიმპტომები.(3).

7.1.8. როგორია კლინიკური მართვის სქემა პირველადი ჯანდაცვის დონეზე?

იხილეთ დანართი 1.

7.2. როგორ ხდება პანდემიური (H1N1) გრიპის მქონე პაციენტების კლინიკური მართვა ჰოსპიტალის დონეზე?

ჰოსპიტალის დონეზე პანდემიური (H1N1) გრიპის მქონე პაციენტების კლინიკური მართვის პროტოკოლი ითვალისწინებს დეტალურ კლინიკურ შეფასებას. მართვის ალგორითმი და შესაბამისი პროცედურები მოყვანილია დანართი №2 (21)

7.2.1. როგორ ხდება შემთხვევის შეფასება ჰოსპიტალში?

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 სამედიცინო პერსონალმა უნდა დაიცვას ინფექციის კონტროლის ზომები.

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

რეკ. 14.	<p>შემთხვევათა კლინიკური შეფასების შემდეგ პანდემიური (H1N1) გრიპის შესაძლო შემთხვევები დაექვემდებარება ჰოსპიტალიზაციას, თუ პაციენტს აღენიშნება შემდგომი კლინიკური კრიტერიუმები:</p> <p>(ა)კრიტერიუმები რეფერალური მიმართვისა და ჰოსპიტალიზაციისათვის (ბავშვები)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ციანოზი • სითხის მიღების ან ძუძუს წოვის უნარის დაკარგვა • კრუნხვები • განმეორებითი ლებინება • 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 • განგამის სხვა ნიშანი (მაგ. სწრაფად პროგრესირებადი ან გახანგრძლივებული დაავადება და სხვ.) <p>(ბ)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 (21)

7.2.2. რა გამოკვლევები უტარდებათ ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებს?

გამოკვლევები, რომლებიც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზებული ან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსებული პაციენტებისათვის (21, 47)

რეკ. 15.	ზოგადი გამოკვლევები, რომლებიც რეკომენდებულია ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისათვის	რეკ. 16.	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.

7.2.3. რომელი ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევის შედეგები მოითხოვს მკაცრ მეთვალყურეობას?

ცხრილში მოცემულია ის ლაბორატორიული თუ ინსტრუმენტული კვლევის შედეგები, რომლებიც მოითხოვენ მკაცრ მეთვალყურეობას:

ლაბორატორიული კვლევები	შედეგები, რომელიც მოითხოვს ზედამხედველობას და სამედიცინო ჩარევას
სისხლის საერთო ანალიზი	<p>ჰემოგლობინი < 80.0 გ/დლ ლეიკოციტები < 2,500 ან > 12, 000 უჯრედი/mkl ჩხირბირთვიანი >15% თრომბოციტები < 50,000/μl</p>
ელექტროლიტები	<p>Na < 125 მექ/ლ ან > 148 მექ/ლ K < 3 მექ/ლ ან > 5.5 მექ/ლ</p>

შარდმჟავა აზოტი, კრეატინინი	შარდმჟავა აზოტი > 10.7 მმოლ/ლ კრეატინინი >115 მკმოლ/ლ
გლუკოზა	< 4 მმოლ/ლ ან > 7 მმოლ/ლ
სისხლის გაზები, ჟანგბადის სატურაცია	სისხლის გაზები pO ₂ < 60 ოთახის ჰაერზე ჟანგბადის სატურაცია < 90-95% ოთახის ჰაერზე
გულმკერდის რენტგენოგრამა	პათოლოგიური ცვლილებები, დაკავშირებული პნევმონიასთან ან გულის უკმარისობასთან
ეკგ	იშემია, შეძენილი არითმია

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

7.2.4. როგორია ჰოსპიტალიდან ბინაზე გაწერის კრიტერიუმები პანდემიური (H1N1) გრიპის დროს?

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

რეკ. 17.	<p>პაციენტის გაწერა ჰოსპიტალიდან მიზანშეწონილია, თუ იგი აკმაყოფილებს შემდეგ კრიტერიუმებს:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ პაციენტს არ აქვს სიცხე; ▪ არ აქვს დისპნოე; ▪ ირგებს პერორალურად მიღებულ სითხეს; ▪ არაა დეჰიდრატაციის ნიშნები; ▪ სუნთქვის სიხშირე ნაკლებია 30 სუნთქვა/წუთში; ▪ ჟანგბადის სატურაცია მეტია 92%-ზე; ▪ თანმხლები ქრონიკული დაავადებების გამწვავება არ მოხდა გართულებების მაღალი რისკის მქონე ჯგუფის პაციენტებში (21)
რეკ. 18.	<p>პაციენტი უნდა გაეწეროს ოსელტამივირის (ან ზანამივირის) 5 დღიანი კურსის სრულად მიღების შემდეგ ან თუ შესაძლოა ადრეც, უსიცხო 24 საათიანი პერიოდის შემდეგ (21)</p>

7.2.5. როგორია ინტენსიური თერაპიის განყოფილებებში მოთავსების კრიტერიუმები?

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

რეკ. 19.

ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში პაციენტის გადაყვანის საკითხი უნდა დადგეს, თუ პაციენტს არ აღენიშნება გაუმჯობესება ან არ რეაგირებს ანტივირუსულ თერაპიაზე და აქვს შემდეგი ნიშნები:

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

7.3. ანტივირუსული პრეპარატების დახასიათება

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

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

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

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

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

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

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

არ არის მოწოდებული დოზის შემცირება პაციენტის ხანდაზმულობის გამო.

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

ზანამივირი - ინჰალირებადი ფხვნილია. ინჰალაცია ხორციელდება მაღალი ნაკადით. პრეპარატის დოზის 78% ხვდება ოროფარინგეალურ არეში, 15% კი ტრაქეო-ბრონქულ ხესა

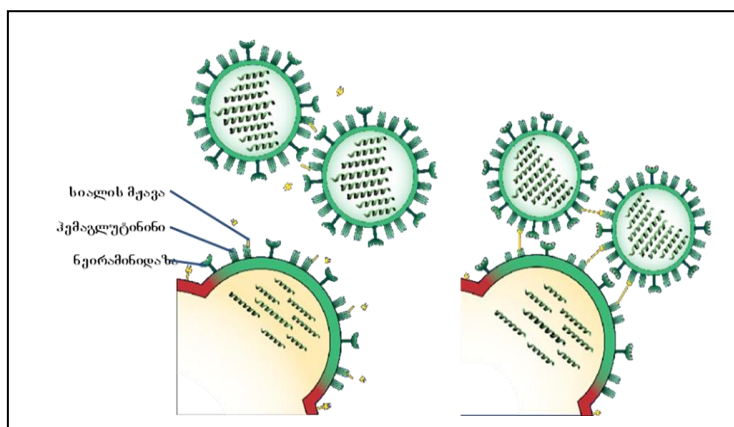
და ფილტვებში. პრეპარატი გამოიყენება A და B გრიპის სამკურნალოდ 7 წელზე მეტი ასაკის პირებში.

არ არის მოწოდებული დოზის შემცირება პაციენტის ხანდაზმულობის გამო.

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

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

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



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

ადამანტანის დერივატები, M2 ინჰიბიტორები - ამანტადინი და რიმანტადინი, ქიმიურად მსგავსი ბუნების პერორალური პრეპარატებია, რომლებიც გამოიყენება გრიპის პროფილაქტიკისა და მკურნალობისათვის. ეს პრეპარატები მოქმედებენ A გრიპის ვირუსის მემბრანის იონური არხის M2 ცილაზე და აინჰიბირებენ ვირუსის გარსის შემოცლას, ვირუსის რეპლიკაციასა და გამოყოფას უჯრედიდან. ამანტადინი და რიმანტადინი სპეციფიურად აინჰიბირებენ მხოლოდ A გრიპის ვირუსის რეპლიკაციას (12, 21, 46)

7.3.1. როგორ ინიშნება ანტივირუსული პრეპარატები (H1N1) 2009 პანდემიის პერიოდში?

დღეისათვის არსებული მონაცემების მიხედვით, პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი რეზისტენტულია ადამანტანის დერივატების მიმართ. ამიტომ პანდემიური (H1N1) გრიპის დროს მათი დამოუკიდებელი ხმარება რეკომენდებული არ არის. თუმცა მიჩიგანში, აშშ, მძიმე პაციენტების სამკურნალოდ გამოიყენებოდა ადამანტანის დერივატები (ამანტადინი) ნეირამინიდაზას ინჰიბიტორებთან (ოსელტამივირი) ერთად კომბინაციაში (46).

ანტივირუსული მკურნალობის დაწყება უნდა მოხდეს რაც შეიძლება ადრე. კლინიკურმა გამოცდილებამ აჩვენა, რომ სეზონური გრიპის დროს ანტივირუსული მედიკამენტები აუმჯობესებენ ავადობის მიმდინარეობას და ამცირებენ მის ხანგრძლივობას, თუკი მკურნალობა დაავადების დაწყებიდან 12-48 საათის განმავლობაში იქნება დაწყებული (46).

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალოდ ანტივირუსული მედიკამენტების გამოყენება ასევე რეკომენდებულია დაავადების დაწყებიდან პირველ 48 სთ-ში, თუმცა

ზოგიერთი ავტორი მიზანშეწონილად თვლის მათ გამოყენებას დაგვიანებულ შემთხვევებშიც, მაგრამ არა უგვიანეს 7 დღისა დაავადების დაწყებიდან.

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

7.3.2. ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალოდ

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

სამიზნე ჯგუფი: პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან შესაძლო ან სავარაუდო შემთხვევები, როდესაც კლინიკური გამოვლინებები მძიმე ან პროგრესირებადია (ანტივირუსული პრეპარატები ხელმისაწვდომია).

რეკ. 20. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან შესაძლო ან სავარაუდო შემთხვევების დროს, როდესაც კლინიკური გამოვლინებები მძიმე ან პროგრესირებადია უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა **ოსელტამივირით**, მკურნალობა უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე. ჩვეულებრივი დოზების გარდა, შესაძლოა გამოყენებულ იქნას პრეპარატის მაღალი დოზები 150 მგ-მდე ორჯერ დღეში გახანგრძლივებული კურსით კლინიკური მდგომარეობიდან გამომდინარე (46).

რეკომენდაცია შეეხება პაციენტთა ყველა კატეგორიას, მათ შორის ორსულ ქალებსა და 5 წლამდე ასაკის ბავშვებს, ახალშობილების ჩათვლით. მკურნალობა იწყება რაც შეიძლება მალე (მკურნალობის დაწყებისათვის არ არის აუცილებელი დიაგნოზის ლაბორატორიული დადასტურება). კლინიკური კვლევები მიუთითებს, რომ მკურნალობა განსაკუთრებით ეფექტურია სიმპტომების დაწყებიდან 48 საათის განმავლობაში, მაგრამ (H5N1) გრიპის დროს მძიმე ქვემო სასუნთქი გზებით დაავადებული პაციენტების შესწავლისას აღმოჩნდა, რომ მკურნალობის მოგვიანებითი დაწყება ასევე ეფექტური იყო იქ, სადაც ვირუსულ რეპლიკაციას ჰქონდა სავარაუდოდ ადგილი(46).

რევ. 21.	მძიმე და პროგრესირებადი დაავადების მქონე პაციენტებს, რომლებიც არ პასუხობენ მკურნალობის ჩვეულებრივ რეჟიმებს, შესაძლებელია დაენიშნოს ოსელტამივირის მაღალი დოზები გახანგრძლივებულად. მოზრდილებში, მაგალითად, 150 მგ ორჯერ დღეში. (46)
რევ. 22.	სიტუაციებში, როცა ოსელტამივირი არაა ხელმისაწვდომი ან შეუძლებელია მისი გამოყენება ან თუ ვირუსი რეზისტენტულია ოსელტამივირის მიმართ, მაგრამ მგრძობიარე ან სავარაუდოდ მგრძობიარე ზანამივირის მიმართ, პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებები, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ზანამივირით(46)

2010 წლის აგვისტოს ჯანმომ განაცხადა ოსელტამივირის მიმართ რეზისტენტული 302 შემთხვევის შესახებ, რომლებიც გამოვლინდა 2009 პანდემიური (H1N1) ვირუსის 15 000 ნიმუშიდან, რაც შეგროვდა მსოფლიოს მასშტაბით. ცირკულირებადი პანდემიური (H1N1) ვირუსის შტამები ჯერ არ ავლენენ რეზისტენტობას ზანამივირის მიმართ.

სამიზნე ჯგუფი: პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან შესაძლო და სავარაუდოდ შემთხვევები, როდესაც არ აღინიშნება გართულებები და გრიპის საწინააღმდეგო ანტივირუსული პრეპარატები ხელმისაწვდომია.

რევ. 23.	პაციენტებს, რომელთაც არ აღინიშნებათ გართულებები, მაგრამ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს, უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა ოსელტამივირითა ან ზანამივირით. მკურნალობა უნდა დაიწყოს, რაც შეიძლება მალე დაავადების გამოვლენიდან.(46)
-----------------	--

რეკომენდაცია ითვალისწინებს:

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

რევ. 24.	პაციენტებს, რომელთაც არ აღინიშნებათ გართულებები და არ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს, არ სჭირდებათ მკურნალობა ანტივირუსული პრეპარატებით (46).
-----------------	---

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

რევ. 25.	სიტუაციებში, როცა მოცირკულირე A გრიპის შტამი სავარაუდოდ ან დადასტურებულად რეზისტენტულია M2 ინჰიბიტორების მიმართ, პაციენტებს, რომელთაც აქვთ მძიმე ან პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებები, არ უნდა ჩაუტარდეს მკურნალობა ამანტადინითა და რიმანტადინით (ცალკე ან სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში)(46).
რევ. 26.	მძიმე დაავადების მქონე პაციენტებში, სადაც არაეფექტურია ოსელტამივირის გამოყენება, შესაძლებელია გამოყენებულ იქნას ალტერნატიული ანტივირუსული პრეპარატები, როგორცაა ინტრავენური ზანამივირი, პერამივირი, რიბავირინი ან სხვა ექსპერიმენტული პრეპარატები თუ ის ხელმისაწვდომია. მონაცემები ამ პრეპარატების გამოყენების შესახებ უნდა შეგროვდეს შემდგომი შეფასებისათვის (46)

7.3.2. როგორ ტარდება ანტივირუსული პრეპარატებით პროფილაქტიკა პანდემიის პერიოდში?

რეკ. 27.	იქ, სადაც არის გრიპის ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის შესაძლებლობა და არის ინფექციის გართულების რისკი (განპირობებული გრიპის ვირუსის შტამის ან ექსპოზირებული ჯგუფის თავისებურებებით), ოსელტამივირი ან ზანამივირი შესაძლოა დაინიშნოს ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის მოზნით (46).
რეკ. 28.	თუ გრიპის გართულებების ალბათობა დაბალია, ანტივირუსული ქიმიოპროფილაქტიკა არ უნდა დაინიშნოს. ეს რეკომენდაცია ძალაშია ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემის რისკის მიუხედავად (46).

ქვემოთ მოცემულია ზოგადი რეკომენდაციები პროფილაქტიკის ჩასატარებლად

რეკ. 29.	ანტივირუსული აგენტები არ ინიშნება ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით ჯანმრთელ ბავშვებსა და მოზარდებში;
რეკ. 30.	ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის მიზნით ოსელტამივირი (ან ზანამივირი) შესაძლებელია დაინიშნოს შემდეგი კატეგორიის ადამიანებში: <ul style="list-style-type: none"> • პირები, რომლებიც მაღალი რისკის ქვეშ არიან გრიპის გართულებების თვალსაზრისით და ახლო კონტაქტში იმყოფებოდნენ პანდემიური (H1N1) გრიპის შესაძლო, სავარაუდო და დადასტურებულ შემთხვევებთან, როცა ეს უკანასკნელი გადამდები იყო. • პაციენტები, რომელთაც არ შეუძლიათ თავის მოვლა და იყვნენ კონტაქტში პანდემიური (H1N1) გრიპის შესაძლო, სავარაუდო და დადასტურებულ შემთხვევასთან, როცა ეს უკანასკნელი გადამდები იყო. • ჯანდაცვის მუშაკი, რომელსაც ჰქონდა დაუცველი, ახლო კონტაქტი პანდემიური (H1N1) გრიპის შესაძლო, სავარაუდო და დადასტურებულ შემთხვევასთან, როცა ეს უკანასკნელი გადამდები იყო (46).
რეკ. 31.	ანტივირუსული პროფილაქტიკა არ ინიშნება, როდესაც კონტაქტს ადგილი ჰქონდა პაციენტის ინფექციურ პერიოდამდე ან მას შემდეგ, როდესაც ის არ იყო გადამდები; <ul style="list-style-type: none"> • ანტივირუსული პროფილაქტიკა, ჩვეულებრივ, არ ინიშნება, როცა კონტაქტიდან გასულია 48 საათზე მეტი; • კონტაქტის შემდეგ პაციენტებს ეძლევათ რეკომენდაცია მიმართონ სამედიცინო დაწესებულებას ცხელების და სხვა მწვავე რესპირატორული ნიშნების გამოვლენის შეთხვევაში, რაც შესაძლებელია გრიპზე მიუთითებდეს. • ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკა გრძელდება 10 დღის განმავლობაში პანდემიურ (H1N1) გრიპთან ბოლო ექსპოზიციიდან (46).

7.3.3. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალო და საპროფილაქტიკო ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალო და საპროფილაქტიკო ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება იხილეთ ცხრილში 7.2. (46)

ცხრილი 7.2. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სამკურნალო და საპროფილაქტიკო ანტივირუსული მედიკამენტების დოზირება

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

1-ოსელტამივირის დოზის დაქვეითება ხდება პაციენტებში დაქვეითებული კრეატინინის კლირენსით.

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

7.3.4. როგორ ტარდება ანტივირუსული თერაპია ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში?

რეკ. 32.	<p>პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ნიშნების მქონე ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებს ენიშნებათ ოსელტამივირი. დოზირება შეადგენს 2 მგ/კგ ორჯერ დღეში ხუთი დღის განმავლობაში. არსებობს ორი ტიპის ფორმულა: ოსელტამივირის სუსპენზია (12მგ/მლ) და ხსნარი (15 მგ/მლ).</p> <p>ექსპოზიციის შემდგომი პროფილაქტიკის ჩატარებისას ამ ასაკობრივ ჯგუფში უნდა გვახსოვდეს, რომ ბალანსი რისკსა და სარგებელს შორის გაურკვეველია. ამიტომ გადაწყვეტილება პროფილაქტიკის მიზნით ოსელტამივირის დანიშვნის თაობაზე მიიღება ინდივიდუალურად პაციენტის თანმხლები დაავადების / მდგომარეობის გათვალისწინებით თუ გადაწყვეტილება მიღებულია, ინიშნება 2 მგ/კგ ერთხელ დღეში (14,21).</p>
რეკ. 33.	<p>1 წლამდე, განსაკუთრებით კი 2 თვემდე ასაკის ბავშვებში საჭიროა პაციენტის დამატებითი მეთვალყურეობა პრეპარატის გამოყენებისას. ის სასურველია ჩატარდეს საავადმყოფოში, თუმცა გასათვალისწინებელია, რომ პანდემიის პერიოდში საავადმყოფოები შესაძლოა იყოს გადავსებული (14,21).</p>

ოსელტამივირის დოზირება ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში იხილეთ ცხრილში 7.3.

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

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

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

7.3.5. როგორია 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,

გასათვალისწინებელია, რომ 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 დანიშვნა. უნდა აღინიშნოს, რომ ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში ოსელტამივირის უსაფრთხოებისა და დოზირების შესახებ მონაცემები არ არსებობს. ამის გამო, ამ ოსელტამივირის გამოყენების დროს პაციენტებზე საჭიროა მონიტორინგი. ცხრილში 7.4. მოცემულია ოსელტამივირის დოზირება 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში პროფილაქტიკის თვალსაზრისით (21)

ცხრილი 7.4. ოსელტამივირის დოზირება 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში პროფილაქტიკის მიზნით

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

რეკ. 34.	პროფილაქტიკის მიზნით ორსულმა უნდა მიიღოს ოსელტამივირის იგივე დოზა, რაც მოზრდილმა პაციენტებმა.
რეკ. 35.	ჩვილებში ავადობისა და ლეტალობის მაღალი რისკის გამო რეკომენდებულია ოსელტამივირის გამოყენება.

7.3.6. როგორ ტარდება ანტივირუსული თერაპია პაციენტებში თირკმლის დაზიანებით?

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

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

პაციენტებში, რომელთაც აღენიშნებათ უკუჩვენება ზანამივირზე, ინიშნება ოსელტამივირი. თირკმლის დაზიანების შემთხვევაში საჭიროა დოზის შესაბამისი კორექცია (დოზირებისთვის იხილეთ ცხრილი 7.5 და 7.6).

ცხრილი 7.5. ოსელტამივირის დოზირება სამკურნალოდ პაციენტებში თირკმლის დაზიანებებით

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

ცხრილი 7.6. ოსელტამივირის დოზირება საპროფილაქტიკოდ პაციენტებში თირკმლის დაზიანებებით

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

7.3.7. 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, დადლილობა, უძილობა, თავბრუსხვევა, ეპისტაქსისი, გამონაყარი
ძალიან იშვიათია	ჰეპატიტი, სტივენს-ჯონსონის სინდრომი, ტოქსიური ეპიდერმალური ნეკროლიზი აღწერილია ასევე ნეიროფსიქიატრიული დარღვევები
ზანამივირის გვერდითი ეფექტები	
მოზრდილებსა და ბავშვებში	ძალიან იშვიათია - ბრონქოსპაზმი, რესპირაციული დარღვევები, ანგიოედემა, ურტიკარია, გამონაყარი, ასევე აღწერილია ნეიროფსიქიატრიული დარღვევები (განსაკუთრებით ბავშვებსა და მოზარდებში)

7.4. ვაქცინაცია პანდემიური გრიპის საწინააღმდეგოდ

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინის უსაფრთხოების პროფილი მსგავსია სეზონური გრიპის ვაქცინის უსაფრთხოებისა, ვინაიდან მათი წარმოების პროცესი არის მსგავსი. 65 მილიონი ადამიანის H1N1 ვაქცინაციის შემდეგ დაფიქსირებულია გიენ-ბარეს სინდრომის შემთხვევები. მათგან მხოლოდ მცირე რიცხვი იყო უშუალოდ დაკავშირებული H1N1 ვაქცინაციასთან, რაც დროებითი დარღვევის ხასიათს ატარებდა. ეს წინააღმდეგობაშია 1976 წლის ღორის გრიპის აფეთქებასთან, როცა აშშ-ში ჩატარებულმა მასიურმა ვაქცინაციამ გამოიწვია გიენ-ბარეს სინდრომის 500 შემთხვევა, მათ შორის 25 ლეტალური შედეგით.

H1N1 ვაქცინის ვირუსი გაზრდილია კვერცხის შემცველ კულტურებზე, ამდენად ყურადსაღებია ალერგია კვერცხის მიმართ. ამ შემთხვევაში ვაქცინაცია დასაშვებია, მაგრამ მკაცრი მეთვალყურეობის ქვეშ. ბახტერ წარმოებული ვაქცინა კვერცხის გარეშე მზადდება, მაგრამ საჭიროებს ორ დოზას სამკვირიანი შუალედით საკმარისი იმუნიტეტის გამომუშავებისათვის. დაფიქსირებულია ანაფილაქსიური შოკის შემთხვევები ვაქცინაციის შემდგომ.

რეკ. 36.

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).
გრიპის A(H1N1) ვაქცინის ვირუსი მიღებულია 2009 წლის პანდემიური A(H1N1) ვირუსისაგან.

7.5. პნევმოკოკის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია

რეკ. 37.

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.

7.6. ანტიბიოტიკებით მართვა

აღსანიშნავია, რომ გრიპის შემდგომი ბაქტერიული პნევმონიების მიზეზები ხშირადაა *S. pneumoniae*, *H. influenzae* and *S. aureus*, რაც უნდა დაიფაროს შესაბამისი ანტიბიოტიკოთერაპიით. გასათვალისწინებელია, რომ გრიპის შემდგომი პნევმონიების

დროს *S. aureus* გამოწვეული ინფექციები ჩვეულებრივზე ხშირია. გათვალისწინებულ უნდა იქნას მეტიცილინ-რეზისტენტული *S. aureus* შტამის არსებობა.

გრიპით ავადმყოფებში ფილტვის ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადებების გამწვავება ხშირად ასოცირებულია მიკროორგანიზმებთან: *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, და *Moraxella catarrhalis*. (3, 21,45)

რეკ. 38. პნევმონიების და ქვემო რესპირატორული ტრაქტის ინფექციების გამომწვევები იშვიათად დგინდება მიკრობიოლოგიურად საწყის ეტაპზე, ამიტომ ანტიმიკრობული საშუალებების დანიშვნა ემპირიულად ხდება. პაციენტების მართვა ხდება ქვეყანაში მოქმედი საყოფაცხოვრებო პნევმონიის მართვის შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით.

7.7. სიმპტომური და სინდრომული თერაპია

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

რეკ. 39. სიმპტომური და სინდრომული თერაპია (მაგ. ოქსიგენოთერაპია, ვიტამინოთერაპია, წყალ-მარილოვანი, მჟავა-ტუტოვანი ბალანსის შენარჩუნება და სხვა) საჭიროა ჩატარდეს შესაბამისი ჩვენების მიხედვით (46).

რეკ. 40. ცხელების დროს 18 წლის ასაკამდე საჭიროა თავის შეკავება სალიცილატების (როგორცაა, ასპირინი) გამოყენებისგან რეის სინდრომის (მწვავე ენცეფალოპათია და ღვიძლის უკმარისობა) განვითარების მაღალი რისკის გამო, გარდა განსაკუთრებული შემთხვევებისა, მაგალითად, როგორცაა კავასაკის დაავადება. ასპირინი და მისი შემცველი პრეპარატები ასევე უკუნაჩვენებია ძუძუთი კვების დროს. საჭიროებისას გამოიყენება პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი(46).

7.8. კორტიკოსტეროიდების გამოყენება

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

რეკ. 41. კორტიკოსტეროიდები არ უნდა იქნას გამოყენებული რუტინულად, მაგრამ მისი დაბალი დოზები შესაძლოა დაინიშნოს სეპტიკური შოკის დროს, პაციენტებში ვაზოპრესორების საჭიროებისას და თირკმელზედა ჯირკვლის შესაძლო უკმარისობის დროს. (3, 21)

7.9. რიბავირინით მკურნალობა

რევ. 42.	პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან შესაძლო/სავარაუდო შემთხვევის დროს, რიბავირინი არ უნდა დაინიშნოს მონოთერაპიის სახით. თუ რიბავირინი ინიშნება სხვა პრეპარატებთან კომბინაციაში, ეს უნდა მოხდეს პროსპექტულ კლინიკურ და ვირუსოლოგიურ მონაცემებზე დაყრდნობით.
რევ. 43.	თუ პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებული ან შესაძლო, სავარაუდო შემთხვევაში ორსულებში რიბავირინი სამკურნალოდ ან საპროფილაქტიკოდ არ უნდა დაინიშნოს. (46)

7.10. ოქსიგენოთერაპია

რევ. 44.	პაციენტის მართვის პროცესში, შეძლებისდაგვარად, უნდა ჩატარდეს ჟანგბადით სატურაციის მონიტორინგი პულსოქსიმეტრის საშუალებით (21,46).
----------	---

ჰიპოქსემიის სიმძიმის მიხედვით მის მოსაწესრიგებლად გამოიყენება ოქსიგენოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდები (ცხვირის კანულა, სახის ნილაბი, ნილაბი რეზერვუარით, ინტუბაცია და დამხმარე ვენტილაცია).

მწვავე რესპირატორული დისტრეს სინდრომის, ასევე პანდემიური H1N1 გრიპის ყველა შესაძლო გართულების მკურნალობა ხორციელდება ქვეყანაში მოქმედი შესაბამისი გაიდლაინების მიხედვით.

7.11. ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების (იდს) გამოყენება

რევ. 45.	ჯანდაცვის დაწესებულებებში პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის კონტროლი გულისხმობს: <ul style="list-style-type: none">• დაავადების პროფილაქტიკას ჯანდაცვის მუშაკებში,• რესპირაციული და ხველის ჰიგიენის დაცვას,• სტანდარტული, კონტაქტური, წვეთოვანი ინფექციებისათვის უსაფრთხოების წესების დაცვას,• დაავადებული მნახველებისა და სამედიცინო პერსონალის კონტროლს.
----------	---

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

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

იდს მოიცავს:

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

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

8. რეაბილიტაცია/მეთვალყურეობა

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. 46.	გამოჯანმრთლებული პაციენტი რაიმე სპეციალურ სარეაბილიტაციო ღონისძიებებს ან მეთვალყურეობას არ საჭიროებს.
რეკ. 47.	რაიმე გართულებების გამოვლენის შემთხვევაში პაციენტს ჩაუტარდება შესაბამისი მკურნალობა გამოვლენილი სიმპტომების/სინდრომების ხასიათისა და სიმძიმის გათვალისწინებით პირველადი ჯანდაცვის ექიმის გადაწყვეტილებით.
რეკ. 48.	საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ, იმ შემთხვევაში, თუკი პაციენტი ჯერ კიდევ ინფექციის წყაროს წარმოადგენს, ოჯახის წევრებს უტარდება სპეციალური სწავლება პირადი ჰიგიენის და ინფექციის კონტროლის ღონისძიებების შესრულების შესახებ (მაგ. ხელების დაბანა, ნიღბის გამოყენება და ა.შ) პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმების, ექთნების მიერ.

9. ეთიკურ-სამართლებრივი რეკომენდაციები

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

10. პრაქტიკაში ადაპტაციის და პროტოკოლების შემუშავების რეკომენდაციები

მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს ჩატარდეს სპეციალური სწავლება პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის სავარაუდო 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 პანდემიის მიმდინარეობის შესაბამისად.

9.1. აუდიტის კრიტერიუმები

რამდენ დაწესებულებას (%) აქვს აღნიშნული გაიდლაინი?

საავადმყოფოს რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება ?

პირველადი ჯანდაცვის ცენტრის რამდენმა ექიმმა (%) გაიარა სწავლება?

მოცემული გაიდლაინის პრაქტიკაში დანერგვის თვალსაზრისით?

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

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

რისკის ჯგუფის რამდენ პაციენტს (%) დაენიშნა ანტივირუსული პრეპარატი?

ჰოსპიტალიზებული პაციენტებიდან რამდენი გარდაიცვალა (%) პანდემიური H1N1 2009 გრიპით?

რამდენი პაციენტი (%) იქნა გადაყვანილი ინტენსიური თერაპიის და რეანიმაციის განყოფილებებში პანდემიური H1N1 2009 გრიპით?

11. გაიდლაინების გადასინჯვის და განახლების ვადა

სასურველია გაიდლაინი გადასინჯოს და შეეცდოს ახალი ინფორმაციით მოცემული ინფექციის შესახებ 1 წლის შემდეგ. როდესაც პანდემიური H1N1 2009, სავარაუდოდ, დაკარგავს პანდემიური გრიპის დამახასიათებელ თავისებურებებს. გაიდლაინის განახლება მოხდება საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს შესაფერისი რეკომენდაციების მიხედვით (2011 წლის გაიდლაინების სახელმძღვანელოს შესაბამისად).

12. გაიდლაინის მიღების ხერხი/წყარო

გაიდლაინი შედგენილია ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის, ასევე ამერიკის, ინგლისის და სხვა ქვეყნების ეროვნულ გაიდლაინებსა და საქართველოს გრიპის პანდემიისათვის მზადყოფნის ეროვნულ გეგმაზე დაფუძნებით. ის წარმოადგენს საქართველოში მოქმედი ჯანმრთელობის, შრომისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დამტკიცებული ორი სახელმძღვანელოს "პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციისა (გაიდლაინი)" და "კლინიკური მართვა - პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი (დროებითი სახელმძღვანელო)" გაერთიანებულ და განახლებულ ვარიანტს.

13. ავტორთა ჯგუფი

გაიდლაინის შექმნაში მონაწილეობა მიიღო მულტიდისციპლინარულმა ჯგუფმა შემდეგი სპეციალისტების მონაწილეობით:

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

მაია ცინცაძე - ეპიდემიოლოგი, ინფექციური პათოლოგიის შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ს/პ ცენტრი

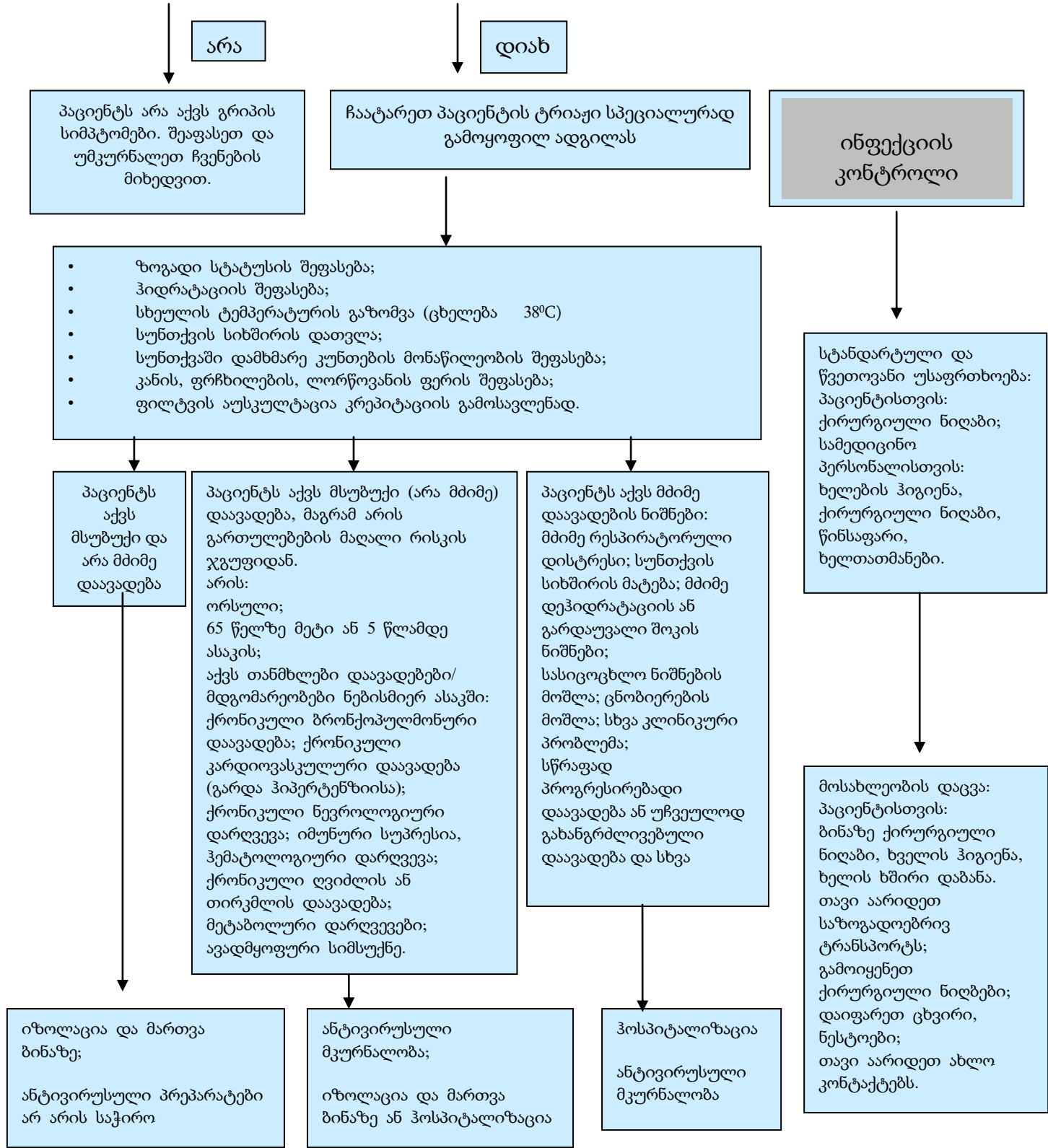
ირინე ქაროსანიძე - ოჯახის ექიმი, საოჯახო მედიცინის ეროვნული სასწავლო ცენტრის დირექტორი, საოჯახო მედიცინის პროფესიონალთა კავშირის თავმჯდომარე

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

დანართი 1. პირველადი ჯანდაცვის დონეზე პაციენტის მართვის ალგორითმი

პაციენტის მართვის ალგორითმი პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დონეზე



დანართი 2-პაციენტის მართვის ალგორითმი ჯანდაცვის რეფერალურ დონეზე

პაციენტის მართვის ალგორითმი ჯანდაცვის რეფერალური ჰოსპიტალის დონეზე

უსაფრთხოების ზომები

მძიმე დაავადების ან მისი სწრაფი პროგრესირების კლინიკური ნიშნები ცხელება $> 38^{\circ}\text{C}$, რასაც თან ახლავს

- დისპნოე და გამძლეობული სუნთქვა
- პულსოქსიმეტრით სატურაცია $\text{SpO}_2 < 90\%$ (თუ ხელმისაწვდომია);
- სასიცოცხლო ნიშნების შეცვლა: არტერიული ჰიპოტენზია (სისტოლური $< 90\text{მმ.ვწყ.სვ}$ და დიასტოლური $< 60\text{მმ.ვწყ.სვ}$), სუნთქვის სიხშირის მატება ($> 30/\text{წთ}$), პულსის მატება ($> 120/\text{წთ}$).
- ჰიპოქსია (განსაზღვრული პულსოქსიმეტრით, თუ შესაძლებელია ჟანგბადის სატურაცია $< 92\%$)
- ცნობიერების მოშლა: აგზნება, კრუნჩხვა და სხვა
- მძიმე დეჰიდრატაცია (სხეულის წონის 10% -ზე მეტი დანაკარგი, პერიფერიული პულსი სუსტი ან არ ისინჯება, კანის ტურგორი დაქვეითებული, სისხლის წნევა არ ისაზღვრება და ჩავარდნილი თვალები.)
- ცვლილებები გულმკერდის რენტგენოგრაფიაზე (ფილტვის ინფილტრატები)
- პაციენტის შემობრუნება მორეციდივე ან პერსისტიული ცხელებით (სიცხემ არ დაიწია 3 დღის განმავლობაში მიუხედავად ანალგეტიკების გამოყენებისა);
- პაციენტები გეოგრაფიულად მოშორებული რეგიონიდან;
- სოციალური, პირადი ან ოჯახური გარემოებები, როცა დაავადება არის მაღალი რისკის შემცველი (მაგალითად, პაციენტს თვითონ არ შეუძლიათ წამლის მიღება და სხვა)

სტანდარტული და წვეთოვანი უსაფრთხოება:

პაციენტისთვის: ქირურგიული ნიღაბი;

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

სტანდარტული და წვეთოვანი უსაფრთხოება:

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

დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია

მართვა ბინის პირობებში

ანტივირუსული პრეპარატები+და მხმარე თერაპია

პაციენტის მდგომარეობა უმჯობესდება

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

- პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება;
- პროგრესირებადი ფილტვის ინფილტრატები;
- პერსისტიული ჰიპოქსემია ($\text{SpO}_2 < 92\%$);
- პროგრესირებადი ჰიპერკაპნია;
- ჰემოდინამიკის მოშლილობა;
- სეფსისის, შოკის ნიშნები

ინტენსიური თერაპიის და რეანიმაციის განყოფილება

დანართი 3 რესპირაციული/ხველის ჰიგიენა და უსაფრთხოების ზომები

1. რესპირაციული/ხველის ჰიგიენა

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

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

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

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

2. სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები

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

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

სტანდარტული უსაფრთხოების ზომები გულისხმობს ქვემოთ ჩამოთვლილ ღონისძიებებს:

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

3. უსაფრთხოების ზომები წვეთოვანი ინფექციების დროს

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

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

უსაფრთხოების ზომები წვეთოვანი ინფექციების დროს გულისხმობს:

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

4. კონტაქტური უსაფრთხოების ზომები

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

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

შეძლებისდაგვარად უნდა იქნას გამოყენებული ერთჯერადი მოვლის საშუალებები, მაგრამ თუკი ეს შეუძლებელია, გამოყენებული საგნები/მოწყობილობები უნდა დამუშავდეს ადექვატურად მათი სხვა პაციენტებთან გამოყენების წინ.

14 გამოყენებული ლიტერატურა

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

22. World Health Organization Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance, November 2009
23. Pandemic flu: clinical management of patients with an influenza-like illness during an influenza pandemic Provisional guidelines from the British Infection Society, British Thoracic Society, and Health Protection Agency in collaboration with the Department of Health Thorax 2007;62(Suppl 1):i1–i13. doi: 10.1136/thx.2006.073080
24. Shinde, V, Bridges, CB, Uyeki, TM, et al. Triple-reassortant swine influenza A (H1) in humans in the United States, 2005–2009. *N Engl J Med* 2009;
25. United States Centers for Disease Control and Prevention. Novel H1N1 Flu Situation Update. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/update.htm> (Accessed July 14, 2009).
26. Dawood, FS, Jain, S, Finelli, L, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans. *N Engl J Med* 2009; 360:2605.
27. Belshe, RB. Implications of the emergence of a novel H1 influenza virus. *N Engl J Med* 2009;
28. World Health Organization. Swine flu illness in the United States and Mexico - update 2, 26 April 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_04_26/en/index.html (Accessed April 27, 2009).
29. Trifonov, V, Khiabani, H, Rabadan, R. Geographic dependence, surveillance, and origins of the 2009 influenza A (H1N1) virus. *N Engl J Med* 2009;
30. Garten, RJ, Davis, CT, Russell, CA, et al. Antigenic and genetic characteristics of swine-origin 2009 A(H1N1) influenza viruses circulating in humans. *Science* 2009;
31. Smith, GJ, Vijaykrishna, D, Bahl, J, et al. Origins and evolutionary genomics of the 2009 swine-origin H1N1 influenza A epidemic. *Nature* 2009; 459:1122.
32. Morens, DM, Taubenberger, JK, Fauci, AS. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *N Engl J Med* 2009; .
33. World Health Organization. Influenza-like illness in the United States and Mexico, 24 April 2009. http://www.who.int/csr/don/2009_04_24/en/index.html (Accessed April 27, 2009).
34. United States Centers for Disease Control and Prevention. Novel H1N1 Flu Situation Update. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/update.htm> (Accessed July 14, 2009).
35. Center for Infectious Disease Research and Policy. CDC: H1N1 spreads about as readily as seasonal flu, May 20, 2009. <http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/influenza/swineflu/news/may2009attack.html> (Accessed May 21, 2009).
36. United States Centers for Disease Control and Prevention. Interim guidance on specimen collection, processing, and testing for patients with suspected swine-origin influenza A (H1N1) virus infection. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/specimencollection.htm> (Accessed May 12, 2009).
37. Wang, TT, Palese, P. Unraveling the mystery of swine influenza virus. *Cell* 2009; 137:983.
38. Olsen, CW. The emergence of novel swine influenza viruses in North America. *Virus Res* 2002; 85:199.
39. Vincent, AL, Ma, W, Lager, KM, et al. Swine influenza viruses a North American perspective. *Adv Virus Res* 2008; 72:127.
40. World Health Organization. Human infection with new influenza A (H1N1) virus: Mexico, update, March–May 2009. *Weekly epidemiological record* 2009; 84:213. <http://www.who.int/wer/2009/wer8423.pdf> (Accessed June 9, 2009).
41. World Health Organization. Human infection with new influenza A (H1N1) virus: clinical observations from Mexico and other affected countries, May 2009. *Weekly epidemiological record* 2009; 84:185. <http://www.who.int/wer/2009/wer8421.pdf> (Accessed May 28, 2009).
42. Summary of prescribing guidance for the treatment and prophylaxis of influenza-like illness: CONTAINMENT PHASE ; v 1.5 Published 7 July 2009 www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_077276
43. Harrison's Manual of Medicine 15 th edition, Eugene Braunwald, Anthony S. fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, dan L. Longo, J. Larry Jameson).

44. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults; CID 2007:44 (Suppl 2)
45. მწვავე პნევმონია მოზრდილებში – ეროვნული გაიდლაინი და პროტოკოლი; <http://www.moh.gov.ge/page.php?141>
46. WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic (H1N1) 2009 Influenza and other Influenza Viruses **Publication date:** 20 August 2009 - http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/h1n1_use_antivirals_20090820/en/index.html
47. Intensive-Care Patients With Severe Novel Influenza A (H1N1) Virus Infection — Michigan, June 2009, *MMWR Dispatch*, Vol. 58 / July 10, 2009

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი (პროტოკოლი)

1. დაავადების/ნოზოლოგიის/სინდრომის მოკლე განმარტება

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი წარმოადგენს ვირუსულ ინფექციას, რომლის გამომწვევია - A გრიპის ვირუსი, ვირუსი იოლად გადაეცემა ადამიანიდან ადამიანს და იწვევს სეზონური გრიპისათვის დამახასიათებელ სიმპტომებს

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

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით (Disease classification and coding systems DIMDI- ICD-10 WHO - 2007) პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი განეკუთვნება სასუნთქი ორგანოების დაავადებათა კლასს, კოდი -J10 – გრიპი, გამოწვეული გრიპის იდენტიფიცირებული ვირუსით.

2. კრიტერიუმები დაავადების განსაზღვრისათვის

ა) შემთხვევის განსაზღვრა:

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევის დიაგნოსტიკა საფეხურებრივად ხორციელდება.

შესაძლო შემთხვევა

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

სავარაუდო შემთხვევა

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

დადასტურებული შემთხვევა

დადასტურებულ შემთხვევას შეესაბამება პირი, სადაც დიაგნოზი დადასტურდა ლაბორატორიული კრიტერიუმით.

კლინიკური კრიტერიუმები:

მწვავედ განვითარებული შემდგომი კლინიკური სიმპტომები:

ცხელება > 38°C * და გრიპისმაგვარი დაავადებების კლინიკური ნიშნები (ერთი ან მეტი ჩამოთვლილთაგან: ხველა, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, რინორეა/ცხვირის გაჭედვა, ღებინება/დიარეა და სხვა) ან სასუნთქი სისტემის მძიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით ან

- სიკვდილი გაურკვეველი მწვავე რესპირაციული დაავადებით.

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

ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმები

დაავადების გამოვლენამდე 7 დღით ადრე ადეკვატური დაცვის გარეშე:

მოგზაურობა/ცხოვრება ტერიტორიაზე*, სადაც ჯანმოს მიერ დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის აფეთქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით ან

ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან ამ უკანასკნელში კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების პერიოდში ან ამ სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში ან

მუშაობა პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში.

* ამ ტერიტორიების შესახებ განახლებული ინფორმაციის მისაღებად დაუკავშირდით საქართველოს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრს ტელეფონზე: (+995 32) 3998946 ან მიმართეთ ვებ გვერდებს: www.ncdc.ge, www.who.ent

ლაბორატორიული კრიტერიუმები

დადებითი შედეგი ერთი ან მეტი ლაბორატორიული ტესტის გამოყენებით*:

- პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია;
- ვირუსის კულტურა;
- პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების ტიტრის ოთხჯერადი მატება მინიმუმ 10-14 დღის შუალედით აღებულ სისხლის შრატში.
- პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის საიდენტიფიკაციო კვლევის ჩატარება წარმოებს დაავადებათა კონტროლის ეროვნულ ცენტრში (*მცისიერი პოლიმერაზული-ჯაჭვური რეაქცია*).

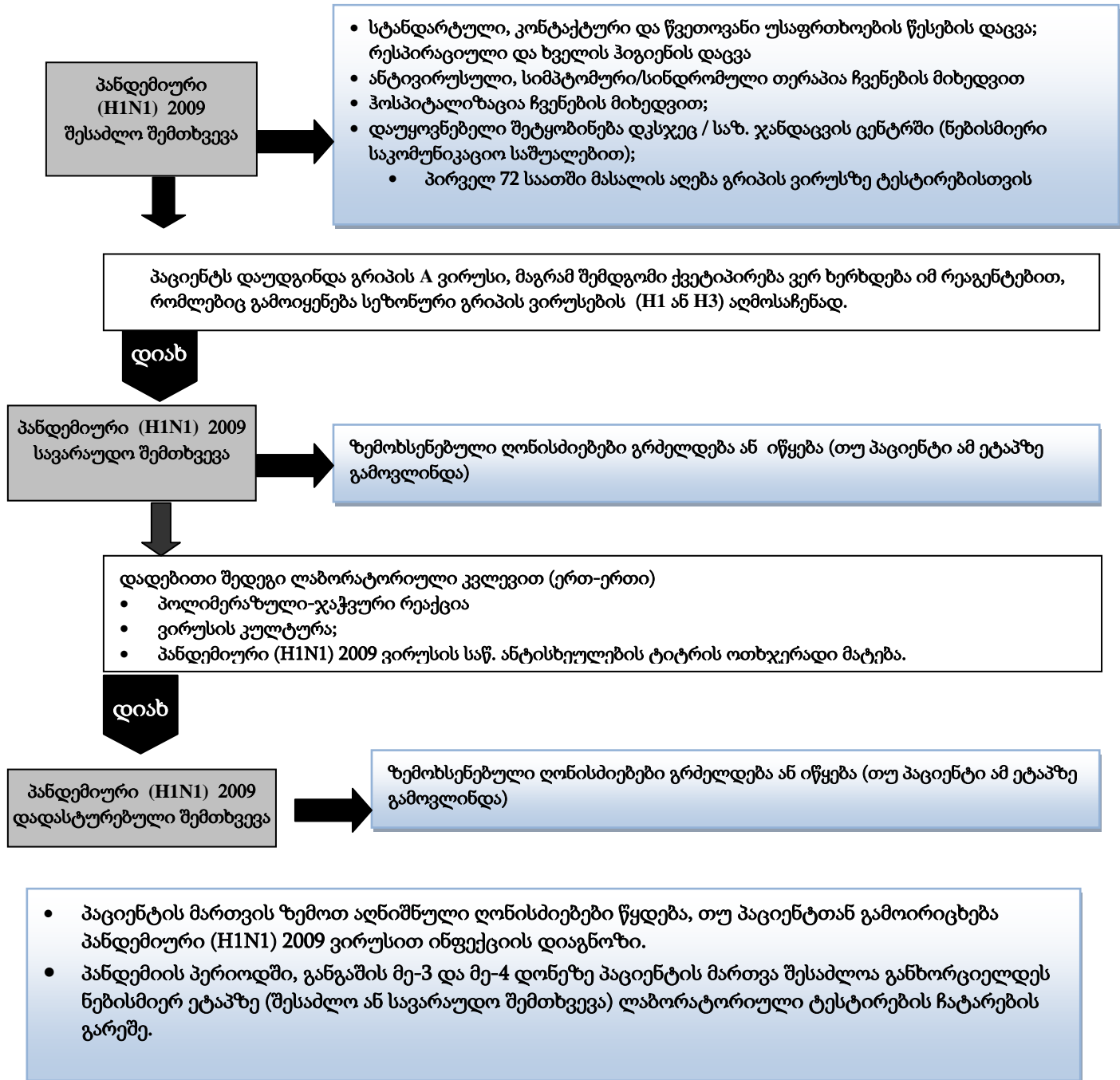
დღევანდელი სიტუაციიდან გამომდინარე, საქართველოში ნებისმიერი პირი, რომელსაც აღენიშნება ზემოაღნიშნული კლინიკური კრიტერიუმები, უნდა ჩაითვალოს პანდემიური (H1N1) გრიპის შესაძლო შემთხვევად

ბ) გამომრიცხავი

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

3 გამოკვლევის სქემა (ალგორითმი)

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



4. სიმპტომები და ნიშნები

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 2-3 დღეს შეადგენს. ჯანმოს მითითებით, ინკუბაციური პერიოდის მაქსიმალურ ვადად უნდა ჩაითვალოს **7 დღე**.

პაციენტთა უმრავლესობას დაავადება ეწყება მაღალი ცხელებითა (ჩვეულებრივ, 38°C-ზე მეტი) და რესპირაციული სიმპტომებით: ყელის ტკივილი, ხველა და თავის ტკივილი. ხშირია რინორეა, ცხვირის გაჭედვა. ასევე აღინიშნება: გულისრევა, ღებინება, დიარეა, მიალგია,

ართრალგია, დაღლა და ქოშინი. იშვიათად აღინიშნება კონიუნქტივიტი. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას აღინიშნება: სუნთქვის უკმარისობა და ლეთარგია.

რიგ შემთხვევებში დაფიქსირდა გასტროინტესტინური მოვლენები: გულისრევა, ღებინება, და/ან დიარეა)

პაციენტთა გარკვეულ ჯგუფებს, როგორცაა ჩვილები, მოხუცები და იმუნოკომპრომიტირებული პაციენტები, შესაძლებელია ჰქონდეთ დაავადების ატიპური გამოვლინებები. ჩვილ ბავშვებში, როგორც წესი, ინფექცია განსხვავებული სიმპტომებით მიმდინარეობს. მათში უფრო დამახასიათებელია ცხელება, ლეთარგია, მათ შესაძლებელია არ ჰქონდეთ ხველა ან სხვა რესპირატორული სიმპტომები. მძიმე მიმდინარეობა შესაძლოა გამოვლინდეს ისეთი სიმპტომებით, როგორცაა აპნოე, დისპნოე, ციანოზი, დეჰიდრატაცია, მენტალური სტატუსის შეცვლა.

5 წლამდე ასაკის ბავშვები და ასაკოვანი პაციენტები განსაკუთრებით მიდრეკილი არიან გრიპის გათულებებისადმი.

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

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

კლინიკური მართვისათვის გამოყოფილია გრიპის გართულებების მაღალი რისკის მქონე პაციენტების ჯგუფები, მათში გრიპი იწვევს მძიმე დაავადებას ზოგჯერ ფატალური გამოსავლით. ეს ჯგუფები ქვემოთაა ჩამოთვლილი:

- 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

ლაბორატორიული კვლევის შედეგები – პაციენტებში აღწერილია როგორც ლეიკოციტოზი, ასევე ლეიკოპენია. მექსიკაში ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა ლეიკოპენია, ამინოტრანსფერაზების, ლაქტატ დეჰიდროგენაზის, კრეატინინ-ფოსფოკინაზის მომატებული დონე. პაციენტთა ნაწილს აღენიშნებოდა თირკმლის უკმარისობა.

ლეტალობა — სეზონური გრიპის მიერ გამოწვეული ლეტალობა მაღალია ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში, ორსულ ქალებში და ასაკოვან პოპულაციაში.

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

ა) პირველ 4 საათში

- კონსულტაცია სტაციონარული
- სისხლის საერთო ანალიზი
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია (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. მკურნალობა

I ალტერნატივა (პაციენტები, რომლებსაც არ აღენიშნებათ გართულებები და არ მიეკუთვნებიან რისკის ჯგუფს)

პარაცეტამოლი ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი (გარდა ასპირინისა 18 წლამდე)

და სხვა სიმპტომური / სინდრომული საშუალებები (ჩვენებების მიხედვით)

II ალტერნატივა (პაციენტები მძიმე და პროგრესირებადი კლინიკური გამოვლინებებით)

ოსელტამივირი (ან ზანამივირი)
პარაცეტამოლი ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი (გარდა ასპირინისა 18 წლამდე)
და სხვა სიმპტომური / სინდრომული საშუალებები (ჩვენებების მიხედვით)

III ალტერნატივა (პაციენტები, რომელთაც არ აღნიშნებათ გართულებები, მაგრამ მიკუთვნებიან რისკის ჯგუფი

ოსელტამივირი (ან ზანამივირი)
პარაცეტამოლი ან სხვა ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატი (გარდა ასპირინისა 18 წლამდე)
და სხვა სიმპტომური / სინდრომული საშუალებები (ჩვენებების მიხედვით)

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.

8. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

აღნიშნული პროტოკოლი ეყრდნობა განახლებული კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციას "პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის კლინიკური მართვა".

9. ადამიანური და მატერიალურ ტექნიკური რესურსი

აუცილებელია სამედიცინო პერსონალს (ოჯახის ექიმი, პირველადი ჯანდაცვის ექიმი-თერაპევტი და ექიმი-პედიატრი, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექთანი, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების და შესაბამისი საავადმყოფოების ექიმები, ექთნები) ჩაუტარდეს სპეციალური სწავლება პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის საექვო, სავარაუდო, დადასტურებული შემთხვევის დიაგნოსტიკის და შემდგომ მისი მართვის თაობაზე.

პირველადი ჯანდაცვის რგოლის დაწესებულებები, ჰოსპიტალი, ასევე სასწრაფო სამედიცინო დახმარების სამსახური აღჭურვილი უნდა იყოს იდს-ით (ხელთათმანები, ნიღაბი, ხალათი, დამცავი სათვალე, ქუდი, წყალგაუმტარი წინსაფარი) ადექვატური რაოდენობით.