

ԳՐԻՊՈՎ ՀԻՎԱՆԴ ՄԵԾԱՀԱՍԱԿՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

Ընդհանուր դրույթներ

Գրիպը հանրային առողջապահության հիմնախնդիրներից է ամբողջ աշխարհում և Հայաստանում: Այն համաճարակներ առաջացնելու հակում ունեցող սեզոնային ինքնակառավարվող վիրուսային (ընտանիք՝ Orthomyxoviridae, ցեղ՝ Influenzavirus) բարձր կոնտագիոզությամբ օդակաթիլային սուր վարակ է:

Վարակվածների մեծ մասի մոտ հիվանդությունը դրսևորվում է շնչառական ախտանշաններով՝ առանց բարդությունների, կամ ունենում անախտանշանային ընթացք: Սակայն տարեց, երիտասարդ, ուղեկցող հիվանդություններով (թոքերի և սրտի հիվանդություններ, շաքարային դիաբետ և իմունային անբավարարություն) և նախկինում առողջ անձանց մոտ դիտվում են նաև հիվանդության ծանր և բարդացած ձևեր՝ հոսպիտալացման ցուցումով և մահացու ելքով: Գրիպը կարող է ախտահարել ստորին շնչուղիները և առաջացնել արագ զարգացող թոքաբորբ: Հիվանդության ծանրությունը պայմանավորված է ստորին շնչուղիների արագ զարգացող ախտահարումով, շնչառական անբավարարությամբ և դիստրես-համախտանիշով, բուժմանը չենթարկվող հիպոքսեմիայով, ինտենսիվ արյունահոսությամբ: Երկրորդային մանրէային վարակի միացման դեպքում կարող է զարգանալ սեպտիկ շոկ:

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի ղեկավար

Ասոյան Ա.Վ. ք.գ.թ., ՀՀ ԱՆ գլխավոր վարակաբան, «Նորք» ԻԿՀ տնօրեն, Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնի վարիչ

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0047, Արմենակյան 153, (+374) 010654240, e-mail: norqinf@mail.ru

Գործելակարգի մշակման աշխատանքային խմբի անդամների անվանացուցակ

1. Մկրտչյան Ա.Հ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնի դասախոս, "Նորք" Ինֆեկցիոն Կլինիկական Հիվանդանոցի բժիշկ-վարակաբան:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0047, Արմենակյան 153, (+374) 010650182

e-mail: an.mkrt@inbox.ru

2. Հովհաննիսյան Ա.Հ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնի դասախոս, CH2M հայաստանյան գրասենյակում կլինիցիստների դասընթացի համակարգող:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0047, Արմենակյան 153, (+374) 010650182 e-mail: alla_hovh@yahoo.com

3. Ապրեսյան Հ.Վ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանի ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնի դասախոս, “Նորք” Ինֆեկցիոն Կլինիկական Հիվանդանոցի 1-ին բաժանմունքի վարիչ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0057, Արմենակյան 153, հեռ՝ (+374) 10653583, e-mail: hripsimeapresyan@gmail.com

4. Դավիդյանց Մ.Վ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանի ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնի դասախոս, “Նորք” Ինֆեկցիոն Կլինիկական Հիվանդանոցի բժիշկ-վարակաբան:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0057, Արմենակյան 153, հեռ՝ (+374) 10653583, e-mail: davidyants@gmail.com

5. Ասոյան Վ.Ա., բ.գ.թ., Երևանի Մխիթար Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանի ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնի դոցենտ, “Նորք” Ինֆեկցիոն Կլինիկական Հիվանդանոցի 6-րդ բաժանմունքի վարիչ:

Թղթակցական հասցե՝ ՀՀ, ք. Երևան, 0057, Արմենակյան 153, հեռ՝ (+374) 10653583, e-mail: vigenasoyan@yahoo.com

Շահերի բախման հայտարարագիր և ֆինանսավորման աղբյուրներ

Պատասխանատու կարգավորողը և աշխատանքային խմբի անդամները հայտարարում են իրենց շահերի բախման բացակայության մասին: Սույն փաստաթղթի մշակման աշխատանքները ֆինանսավորվել են ՀՀ ԱՆ կողմից: Ֆինանսավորող կառույցը չի ունեցել ոչ մի ազդեցություն սույն ուղեցույցի մշակման որևէ փուլի վրա:

Գործելակարգի մշակման հենքը

Սույն Գործելակարգը մշակվել է ԵՊԲՀ ինֆեկցիոն հիվանդությունների ամբիոնի անդամների կողմից հետևյալ գրականական աղբյուրների հիման վրա՝

1. <http://www.cdc.gov/flu/professionals/diagnosis/labprocedures.htm>
2. http://www.idsociety.org/uploadedFiles/IDSA/Guidelines-Patient_Care/PDF_Library/Infuenza.pdf
3. Clinical Infectious Diseases 2009;48:1003–32 2009 by the Infectious Diseases Society of America.
4. https://www.google.am/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiwu82p8YbVAhVIL1AKHW2rDGkQFghDMAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC4086938%2F&usg=AFQjCNEE9oD9RjcLee_poyiLIt1ds kjn-g
5. «ԲՆԱԿՉՈՒԹՅԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԳՐԻՊ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ, ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ, ԲՈՒԺՈՒՄԸ, ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ, ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՈՒՄԸ, ՀԱՇՎԱՌՈՒՄԸ, ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ, ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՏԱՐԱԾՔԻ ԺԱՆՏԱԽՏԻ ԲՆԱԿԱՆ ՕՋԱԽՆԵՐՈՒՄ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ ԵՎ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄԸ» ՄԵԹՈԴԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ: ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ ՀՐԱՄԱՆ «08» հունիս 2016թ. No 1758 – Ա?
6. ՀՀ ԱՆ որոշում N 2750-A առ 16 հոկտեմբերի, 2013թ. «Դեպքի Ստանդարտ Բնորոշում» <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6505a1.htm>

Գործելակարգի պացիենտի մոդել

Սույն Գործելակարգի պացիենտի մոդելն է բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող հիմնարկներում գտնվող տարբեր ծանրության աստիճանի գրիպով պացիենտները (Աղյուսակ 1):

Աղյուսակ 1

Գրիպով պացիենտի մոդել

Մոդելի պարտադիր բաղադրիչ	Բաղադրիչի նկարագրություն
---------------------------------	---------------------------------

Նոզոլոգիական ձևը	Գրիպը մեծահասակների և երեխաների մոտ
Տարիքային կարգավիճակ	Մեծահասակներ և երեխաներ
Հիվանդության ծանրության աստիճանը	Ցանկացած
Հիվանդության փուլը	Ցանկացած
Բարդությունները	Անկախ բարդություններից
Կոդը ըստ ՀՄԴ-10	<p>«Շնչառական օրգանների հիվանդություններ» ենթախումբ</p> <p>J10-J18 «Գրիպ և թոքաբորբ»</p> <ul style="list-style-type: none"> - J10 Գրիպ՝ հարուցված իդենտիֆիկացված վիրուսով - J10.0 Գրիպ՝ բարդացած թոքաբորբով, գրիպի վիրուսն ինդենտիֆիկացված է - J10.1 Գրիպ՝ այլ շնչառական արտահայտումներով, գրիպի վիրուսն իդենտիֆիկացված է - J10.8 Գրիպ՝ այլ արտահայտումներով, գրիպի վիրուսն իդենտիֆիկացված է - J11.1 Գրիպ՝ այլ շնչառական արտահայտումներով, գրիպի վիրուսն իդենտիֆիկացված չէ - J11.8 Գրիպ՝ այլ արտահայտումներով, գրիպի վիրուսն իդենտիֆիկացված չէ
Տարիք	Մեծահասակներ
Բարդությունները	Չբարդացած
Բուժօգնության ցուցաբերման պայմանները	Ամբուլատոր, հիվանդանոցային

Հապավումներ

ԱՀԿ՝ Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն

ԿՆՀ՝ կենտրոնական նյարդային համակարգ

ԱԱՊ՝ առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատություն

1. Համաճարակաբանություն և սահմանումներ

1.1 Գրիպի պանդեմիաները հայտնի են մի քանի հարյուրամյակ: Անցյալ դարում պանդեմիաներ արձանագրվել են 1918թ (H1N1 «Իսպանական գրիպ»), 1957թ (H2N2 «Ասիական գրիպ») և 1968թ (H3N2 «Հոնգկոնգյան գրիպ»): 20-րդ դարում գրիպի պանդեմիաների ժամանակ մահացել է մի քանի միլիոն մարդ: Գրիպի բռնկումներ և համաճարակներ արձանագրվում են ամեն տարի, դրանց պատճառն է վիրուսի թաղանթի մակերեսային անտիգենների աննշան փոփոխությունները: Պանդեմիկ շտամների առաջացումն պայմանավորված է գրիպի նոր վիրուսի ներթափանցմամբ մարդու օրգանիզմ կենդանիներից: Հիվանդությանը բնորոշ են ձմեռային համաճարակներ:

1.2 **Բռնկումը** հիվանդացության կարճատև բարձրացում է մեկ կոլեկտիվի սահմաններում, որը ընթանում է 1-2 գաղտնի շրջանի տևողությամբ:

1.3 **Համաճարակը** հիվանդացության աճն է, որը գերազանցում է համաճարակային շեմը և, որպես կանոն, տևում մեկ սեզոն տարվա ընթացքում: Համաճարակային շեմը որոշվում է, ելնելով հիվանդացության միջին վիճակագրական մակարդակից վերջին մի քանի տարվա ընթացքում:

1.4 **Պանդեմիան** դա համաճարակ է, որը բնորոշվում է ինֆեկցիոն հիվանդության տարածումով երկրի ամբողջ տարածքով, դեպի հարևան երկրներ, երբեմն՝ բազմաթիվ երկրների ներգրավմամբ:

1.5 **Վարակի աղբյուր** է հանդիսանում մարդը հիվանդության սուր փուլում, այդ թվում թեթև և անախտանիշ ձևերով, ավելի հազվադեպ՝ ռեկոնվալեսցենտները, ովքեր արտազատում են վիրուսը հիվանդության առաջին 2 շաբաթվա ընթացքում:

1.6 **Փոխանցման ուղիներն են**՝ օդակաթիլային, օդափոշային, կոնտակտային:

1.7 Գրիպի վիրուսը պահպանվում է փակ տարածքների օդում 2-9 ժամ, թղթի և գործվածքների վրա՝ 8-12 ժամ, ձեռքերի մաշկին՝ 8-15 ժամ, մետաղական և

պլաստմասե իրերի վրա՝ 24-48 ժամ, ապակու մակերեսին՝ մինչև 10 օր: Օդի հարաբերական խոնավության իջեցմանը զուգահեռ երկարում է վիրուսի կենսունակության պահմանման ժանկետը, իսկ օդի ջերմաստիճանի մինչև 32°C բարձրացման դեպքում՝ կրճատվում մինչև 1 ժամ:

1.8 Բնակչության ընկալունակության ամենամյա բարձրացումը գրիպի նկատմամբ պայմանավորված է հարուցչի անտիգենային փոփոխություններով: Համաճակաբանական տեսանկյունից առավել կարևոր են վիրուսի մակերեսային սպիտակուցները կողավորող գեների նուկլեոտիդային հաջորդականության փոփոխությունները:

1.9 Համաձայն ՀՀ ԱՆ N 2750-A առ 16 հոկտեմբերի, 2013թ. “Դեպքի Ստանդարտ Բնորոշում” որոշման գրիպի ախտորոշման համար անհրաժեշտ է հետևյալ ցուցանիշների առկայությունը՝

1.9.1 Կասկածելի՝ դեպք, որը համապատասխանում է գրիպի կլինիկական նկարագրությանը:

1.9.2 Հավանական՝ կասկածելի դեպք, գումարած համաճարակաբանական կապ լաբորատոր հաստատված դեպքի հետ:

1.9.3 Հաստատված՝ լաբորատոր հաստատված կասկածելի կամ հավանական դեպք:

2. Կլինիկական նկարագիր

2.1. Չբարդացած գրիպ

Հիվանդության գաղտնի շրջանը միջինում տևում է 2-3 օր, կարող է երկարել մինչև 7 օր: Գրիպի հիմնական ախտանշաններն են բարձր ջերմությունը (3-ից ոչ ավելի), հազը, ցավը կոկորդում, գլխացավը, մկանացավերը, թուլությունը: Պացիենտի մոտ կարող են դիտվել այս ախտանշաններից մի քանիսը կամ բոլորը: Սակայն բացակայում են դժվարացած շնչառությունը և թթվածնային քաղցր: Կարող են դիտվել նաև ստամոքս-աղիքային խանգարման ախտանշաններ՝ փորլուծություն, փսխում (հատկապես երեխաների մոտ)՝ առանց ջրազրկման նշանների: Բուժումը կատարվում է տնային պայմաններում: Չբարդացած գրիպով պացիենտների բուժօգնության ուշ դիմելու, բուժման և խնամքի բացակայության դեպքում կարող է զարգանալ բարդացած կամ ծանր ընթացքով գրիպ:

2.2 Բարդացած կամ ծանր գրիպ

Չբարդացած գրիպի դեպքում պացիենտների վիճակը կարող է հետագայում ծանրանալ: Այն սովորաբար դիտվում է հիվանդության 3-5-րդ օրը: Հիվանդության հարածը կարող է լինել արագ՝ 24 ժամվա ընթացքում: Ստորև ներկայացված են հիվանդության հարածի մի քանի նշաններ, որոնք կարող են պահանջել պացիենտի վարման մեթոդների անհապաղ վերանայում:

2.2.1 Սպառնացող նշաններն են՝

- դժվարացած շնչառություն, դիսպնոե, տախիպնոե, հիպոքսիա,
- ստորին շնչուղիների ախտահարման կլինիկական և ռենտգենաբանական հետազոտության տվյալները (օրինակ՝ թոքաբորբ, պլևրիտ),
- ԿՆՀ-ի ախտահարում (օրինակ՝ էնցեֆալոպաթիա, էնցեֆալիտ),
- սուր դեհիդրատացիա (ջրազրկում),
- երիկամային անբավարարություն,
- բազմաօրգանային անբավարարություն,
- սեպտիկ շոկ,
- ռաբդոմիոլիզ,
- միոկարդիտ:

2.2.2 Ուղեկցող քրոնիկ հիվանդությունների սրացում

- բրոնխիալ ասթմա,
- թոքերի քրոնիկ օբստրուկտիվ հիվանդություն,
- քրոնիկ հեպատիտ և երիկամային անբավարարություն,
- շաքարային դիաբետ կամ սիրտ-անոթային հիվանդություններ,
- ցանկացած այլ վիճակ կամ կլինիկական նշան, որը պահանջում է հոսպիտալացում:

2.2.3 Ռիսկի խմբերն են՝

- նորածինները, վաղ տարիքի երեխաները, հատկապես՝ մինչև 5 տարեկան,

- հղիները,
- թոքերի քրոնիկ հիվանդություններով անձինք (օրինակ՝ քրոնիկ բրոնխիտ, ասթմա և այլն),
- քրոնիկ սրտային անբավարարություն,
- նյութափոխանակության խանգարումներով անձինք (օրինակ՝ շաքարային դիաբետով),
- երիկամների քրոնիկ հիվանդություններով, քրոնիկ հեպատիտով, որոշ նյարդաբանական վիճակներով (նյարդամկանային, նեյրոկոզնիտիկ խանգարումներ, էպիլեպսիա), հեմոգլոբինոպաթիաներով կամ իմունոդեֆիցիտով (ՄԻԱՎ-վարակ, երկրորդային իմունոսուպրեսիվ վիճակներ՝ դեղորայքային կամ չարորակ նորագոյացություններ) անձինք,
- ասպիրինով երկարատև բուժում ստացողները,
- 65 տարեկան և մեծ անձինք,
- ճարպակալմամբ տառապող անձինք
- սոցիալապես անապահով անձինք

3 **Լաբորատոր ախտորոշում**

3.1 Իմունոկոմպետենտ անձանց շնչուղիներից նմուշներ պետք է վերցնել հիվանդության սկզբից որքան հնարավոր է շուտ, նախընտրելի է հիվանդության առաջին 5 օրվա ընթացքում: Նմուշների հավաքումը հիվանդության սկզբից 5 օր անց կարող է բերել կեղծ բացասական արդյունքների, քանի որ նվազում է վիրուսի արտազատումը, հատկապես մեծ տարիքի երեխաների և մեծահասակների մոտ: Գրիպի վիրուսն արտազատվում է 1 շաբաթվա ընթացքում: Նորածինների և վաղ տարիքի երեխաների համար օպտիմալ նմուշներն են քթից վերցված քսուկը և ասպիրատը: Մեծ տարիքի երեխաների և մեծահասակների համար նախընտրելի են քիթ-ըմպանային ասպիրատը և քսուկը: Բերան-ըմբանային նմուշները (կոկորդից քսուկ) և խորխը կարող են ունենալ առավել ցածր արդյունավետություն սեզոնային գրիպի վիրուսի հայտնաբերման համար:

3.2 Ցանկացած տարիքի իմունոդեֆիցիտով անձ, ով վարակված է գրիպով, կարող է տարածել վիրուսը շաբաթներ և ամիսներ, նույնիսկ տենդի կամ շնչառական ախտանշանների բացակայության դեպքում: Այս խմբի անձանց մոտ գրիպի ախտորոշման համար կարող է կիրառվել նմուշառում վերին և ստորին

շնչուղիներից (օրինակ՝ բրոնխո-ալվեոլյար լավաժ) հիվանդության առաջին 5 օրվա ընթացքում:

3.3 Թոքերի արհեստական օդափոխության պայմաններում գտնվող պացիենտներից նմուշները վերին և ստորին շնչուղիներից պետք է վերցնել հիվանդության առաջին 5 օրվա ընթացքում, չնայած այն բանին, որ արդյունքները հնարավոր է դրական լինեն նույնիսկ ավելի ուշ շրջանում: Ստորին շնչուղիների նմուշներից են էնդոտրախեսալ ասպիրատը և բրոնխո-ալվեոլյար լավաժը:

3.4 Շնչուղիներից վերցված նմուշները պետք է որքան հնարավոր է շուտ հետազոտել գրիպի վիրուսի վերաբեյալ և պահել սառնարանում (բայց չսառեցնել) մինչև հետազոտման արդյունքների ստանալը:

3.5 Անհրաժեշտ է հետևել հետազոտման յուրաքանչյուր սպեցիֆիկ թեստերի հրահանգներին:

3.6 Հիվանդության ծաղկման փուլում վերցված նմուշների շճաբանական հետազոտության տվյալները չունեն ավստորոշիչ նշանակություն: Զույգ շիճուկներում (ծաղկման և ռեկոնվալեսցենցիայի շրջանում վերցված) պետք է որոշել հակամարմինների տիտրը (հեմագլյուտինացիայի արգելակման ռեակցիայով, ԻՖԱ կամ կոմպլեմենտի կապման ռեակցիայով, որոնք առկա են միայն ռեֆերենս-լաբորատորիաներում):

3.7 **Գրիպի կասկածով անձանց հետազոտման համար կիրառվող թեստեր:**
Առաջնահերթության կարգով առաջարկվում են գրիպի հետևյալ թեստեր, եթե դրանք առկա են.

3.7.1 RT-PCR

Առավել զգայուն և սպեցիֆիկ թեստ է գրիպի ավստորոշման համար, որի արդյունքը ստանում են 4-6 ժամվա ընթացքում: Թեստն օժտված է ավելի բարձր զգայունությամբ, քան վիրուսոլոգիական մեթոդը, կարող է կիրառվել որպես հաստատող թեստ և անհրաժեշտ է գրիպի վիրուսի տիպերի և ենթատիպերի տարբերակման համար: RT-PCR-ն նույնպես հանդիսանում է նախընտրելի թեստ գրիպով հիվանդ կենդանիների (օրինակ՝ գրիպ A [H5N1] ընտանի թռչունների մոտ Եվրագիայում և Աֆրիկայում կամ խոզի գրիպ աշխարհի յուրաքանչյուր մասում, այդ թվում՝ Հյուսիսային Ամերիկայում) հետ շփում ունեցած անձանց հետազոտման համար:

3.7.2 Իմունոֆլուորեսցենցիայի մեթոդ

Գրիպի անտիգենի հայտնաբերման համար հակամարմինների ուղղակի կամ անուղղակի ֆլուորեսցենտային ներկումը կիրառվում է որպես սկրինինգ-թեսթ: Իմունոֆլուորեսցենցիայի մեթոդի զգայունությունը և սպեցիֆիկությունն ավելի ցածր է, քան վիրուսի անջատումը կուլտուրայում, սակայն արդյունքը հասանելի է մի քանի ժամվա ընթացքում: Այս հետազոտությունների կատարումը կախված է լաբորատորիայի փորձառությունից և նմուշառման որակից (այսինքն՝ նմուշները պետք է պարունակեն շնչուղիների էպիթելիալ բջիջներ):

3.7.3 Գրիպի ախտորոշման կոմերցիոն արագ թեսթ

Ներկայումս անտիգենի հայտնաբերման համար առկա թեսթերը թույլ են տալիս ստանալ պատասխան 10-30 րոպեի ընթացքում, սակայն դրանք ունեն ցածր զգայունություն (70% -90% երեխաների մոտ և 40%-60% մեծահասակների շրջանում), համեմատած RT-PCR և վիրուսի կուլտուրայի հետ: Այս հետազոտությունների անցկացումը զգալիորեն կախված է պացիենտի տարիքից, հիվանդության ժամկետից, նմուշի տեսակից և, հավանական է, նաև վիրուսի տիպից: Հաշվի առնելով իմունոֆլուորեսցենցիայի և կոմերցիոն էքսպրես-թեսթերի ցածր զգայունությունը, անհրաժեշտ է ստացած բացասական արդյունքները հաստատել RT-PCR-ով և/կամ վիրուսի կուլտուրայի անջատումով:

3.8 Գրիպի հետազոտման այլ մեթոդներ՝

3.8.1 Վիրուսի անջատումը (բջիջների ստանդարտ կուլտուրայում և shell vial culture) չի հանդիսանում սկրինինգ-թեսթ, սակայն գրիպի ցածր ակտիվության ժամանակաշրջանում (ուշ գարուն, ամառ և աշնան սկիզբ) այն պետք է կիրառվի գրիպի կասկածով անձնացից վերցված նմուշների հետազոտման նպատակով, ովքեր հիվանդության առաջին 5 օրվա ընթացքում դիմել են բժշկական օգնության համար, հատկապես, եթե նրանք համաճարակաբանորեն կապված են գրիպի բռնկման հետ: Գրիպի սեզոնի ժամանակ վիրուսի կուլտուրայի անջատումը պետք է կատարվի վիրուսաբանական հսկողության և անտիգենի արագ հայտնաբերման իմունոֆլուորեսցենցիայի մեթոդներով ստացած որոշ բացասական արդյունքների հաստատման համար (մասնավորապես հաստատություններում բռնկումների հաստատման նպատակով):

3.8.2 Շճաբանական մեթոդների կիրառումը խորհուրդ չի տրվում սուր փուլում գրիպի ախտորոշման համար: Մեկ նմուշի շճաբանական հետազոտությունը գրիպի վերաբերյալ հնարավոր չէ ճշգրիտ մեկնաբանել: Անհրաժեշտ է կատարել զույգ շիճուկների նմուշառում (սուր և ռեկոնվալեսցենցիայի փուլում) հակամարմինների տիտրի որոշմամբ (հեմագլյուտինացիայի արգելակման ռեակցիայով, ԻՖԱ կամ կոմպլեմենտի կապման ռեակցիայով, որոնք առկա են միայն ռեֆերենս լաբորատորիաներում), սակայն ուշ արդյունքների պատճառով դրանք չեն կարող ազդել կլինիկական վարման վրա: Չույգ շիճումների փորձը կիրառվում է ռետրոսպեկտիվ ախտորոշման և հետազոտական նապատակով:

3.9 Գրիպի լաբորատոր հետազոտման մեթոդների արդյունքների մեկնաբանում

Հետազոտության արդյունքների ճիշտ մեկնաբանության համար բժիշկները պետք է վերանայեն և իմանան թեսթերի սահմանափակումները, հատկապես սկրինինգային թեսթերի (իմունոֆլուորեսցենցիայի մեթոդ և կոմերցիոն էքսպրես-թեսթեր), ինչպես նաև հետազոտված մարդկանց պոպուլյացիայում գրիպի ակտիվության մակարդակը: Կլինիցիստները պետք է հաշվի առնեն, որ գրիպի թեսթի դրական արդյունքը չի բացառում բակտերիալ կո-ինֆեկցիան և գնահատեն հակաբիոտիկների պոտենցիալ անհրաժեշտությունը:

3.10 Գրիպի սեզոնի ժամանակ հետազոտմանն ենթարկվող անձինք (հետազոտման արդյունքներն ազդելու են պացիենտների վարման գործընթացի վրա)

- Տենդով ուղեկցվող շնչառական ախտանշաններով գրիպի բարդությունների բարձր ռիսկով բոլոր տարիքի ամբուլատոր անձինք հիվանդության առաջին 5 օրվա ընթացքում, երբ սովորաբար դիտվում է վիրուսի արտազատում:
- Տենդով ուղեկցվող շնչառական ախտանշաններով իմունային անբավարարությամբ բոլոր տարիքի ամբուլատոր անձինք, անկախ հիվանդության ժամկետից, քանի որ նրանք կարող են արտազատել վիրուսը շաբաթներ և ամիսներ:
- Տենդով ուղեկցվող շնչառական ախտանշաններով հոսպիտալացված բոլոր տարիքի անձինք (իմունոկոմպետենտ կամ իմունային անբավարարությամբ), ներառելով ախտորոշված արտահիվանդանոցային թոքաբորբով անձանց, անկախ հիվանդության ժամկետից:

- Տարեց անձինք և նորածիններ՝ ենթադրվող սեպսիսով կամ անհայտ ծագման տենդով, անկախ հիվանդության ժամկետից:
- Տենդով և շնչառական ախտանշաններով երեխաներ, ովքեր ներկայացվել են բժշկական զննման համար, անկախ հիվանդության ժամկետից:
- Բոլոր տարիքի անձինք, որոնց մոտ առաջացել են տենդ և շնչառական ախտանշաններ հոսպիտաացումից հետո, անկախ հիվանդության ժամկետից:
- Տենդով ուղեկցվող շնչառական ախտանշաններով իմունոկոմպետենտ անձինք, ովքեր չունեն գրիպի երկրորդային բարդությունների զարգացման բարձր ռիսկ, սակայն կարող են հետազոտվել համաճարակաբանական տվյալներ ստանալու նպատակով:
- Տարվա յուրաքանչյուր սեզոնին՝
 - 1) Բուժանձնակազմը, գրիպի օջախում բնակվողները կամ այցելուները, որոնց մոտ առկա են տենդով ուղեկցվող շնչառական ախտանիշներ հիվանդության առաջին 5 օրվա ընթացքում:
 - 2) Գրիպի բռնկման հետ համաճարակաբանորեն կապված անձինք (գրիպի կասկածով անձանց ընտանիքի անդամները և նրանց հետ շփում ունեցողները, ճանապարհորդողները, ովքեր վերադարձել են այն երկրներից, որտեղ հավանական է շրջանառում է գրիպի վիրուսը, միջազգային մեծ ժողովների մասնակիցները, նավային ճանապարհորդության ուղևորները) հիվանդության առաջին 5 օրվա ընթացքում:

4. Բուժման ընդհանուր սկզբունքներ

- 4.1 Գրիպը հիմնականում ընթանում է առանց բարդությունների, երբ կիրառվում է ախտանշանային բուժում՝ հեղուկների առատ ընդունում, ջերմիջեցնողներ ($t > 38^{\circ}\text{C}$), տեղային անոթակրճատիչներ (առատ քթային արտադրության դեպքերում) և այլ:
- 4.2 Ուշադրություն՝ Ռեյի համախտանիշի առաջացումը կանխարգելելու նպատակով չի թույլատրվում երեխաների և երիտասարդ անձանց (18 տարեկանից ցածր) սալիցիլատներով (ասպիրին կամ ասպիրին պարունակող դեղամիջոցներ) բուժում:
- 4.3 Հակավիրուսային բուժում (մանրամասները տես՝ Հավելված 1-ում)
Օգելտամիվիրով բուժումը պետք է սկսել անմիջապես՝ համաճայն ստորև նշված ցուցումների.

- 4.3.1 Պացիենտներ, որոնց շրջանում գրիպը լաբորատոր հաստատված է կամ առկա է բարդությունների առաջացման բարձր հավանականություն, ովքեր դիմել են հիվանդության ախտանշանների ի հայտ գալու առաջին 48 ժամվա ընթացքում: Բուժումը խորհուրդ է տրվում անցկացնել անկախ հիվանդության ծանրությունից և հակազրիպային պատվաստումային անամնեզից
- 4.3.2 Պացիենտներ, ովքեր լաբորատոր հաստատման համար կարիք ունեն հոսպիտալացման կամ պացիենտի մոտ առկա է գրիպի բարձր հավանականություն: Նրանք պետք է բուժվեն անկախ հիմնական հիվանդություններից և հակազրիպային պատվաստումային անամնեզից, եթե բուժումը հնարավոր է սկսել հիվանդության ախտանշանների ի հայտ գալու առաջին 48 ժամվա ընթացքում:
- 4.3.3 Ամբուլատոր պացիենտներ, ովքեր ունեն բարդությունների զարգացման մեծ ռիսկ, ում մոտ լավացում չի դիտվում և ախտանշաններն առաջանալուց 48 ժամ անց վերցված փորձանմուշների հետազոտման արդյունքը գրիպի վերաբերյալ դրական է:
- 4.3.4 Ամբուլատոր պացիենտներ, որոնց շրջանում առկա է լաբորատոր հաստատում կամ գրիպի մեծ հավանականություն, սակայն բարդությունների զարգացման տեսակետից նրանք չեն գտնվում բարձր ռիսկի խմբում, դիմել են հիվանդության ախտանշանների ի հայտ գալուց հետո 48 ժամվա ընթացքում և ցանկանում են կրճատել հիվանդության տևողությունն ու նվազեցնել բարդությունների առաջացման հավանականությունը կամ սերտ շփում ունեն մարդկանց հետ, ովքեր գրիպի բարդությունների զարգացման առումով բարձր ռիսկի խմբում են: Ախտանշաններն առաջանալուց 48 ժամ անց դիմած պացիենտներ, ում մոտ առկա է միջին ծանրության շարունակական ընթացք և հավանականություն, որ այն կդառնա ծանր:

4.4 Հակաբակտերիալ բուժում

- 4.4.1 Թոքաբորբի առկայության դեպքում հակաբիոտիկներով բուժումը, որպես կանոն, պետք է իրականացնել ընդունված ուղեցույցերով:
- 4.4.2 Սեզոնային գրիպի դեպքում կարող են առաջանալ ստաֆիլոկոկային և ստրեպտոկոկային երկրորդային վարակներ, որոնք ընթանում են ծանր, ունեն հարաճող բնույթ և կարող են լինել կայուն մետիցիլինով բուժման նկատմամբ:
- 4.4.3 Մանրէային վարակի կասկածի բոլոր դեպքերում պետք է ղեկավարվել մանրէաբանական հետազոտությունների տվյալներով:

4.4.4 Չի կարելի կիրառել հակաբիոտիկներով կանխարգելում:

4.5 Լրացուցիչ դեղորայքային բուժում

4.5.1 Համակարգային կորտիկոստերոիդների մեծ դեղաչափերի, ինչպես նաև վիրուսային թոքաբորբի դեպքում այլ լրացուցիչ բուժական միջոցառումների կիրառումը խորհուրդ չի տրվում առանց կլինիկական հետազոտությունների իրականացման:

4.5.2 Կորտիկոստերոիդների կիրառումը փոքր դեղաչափերով թույլատրելի է սեպտիկ շոկի դեպքում, երբ պացիենտները անոթասեղմիչ դեղամիջոցների կարիք ունեն: Համակարգային կորտիկոստերոիդների մեծ դեղաչափերի երկարատև կիրառումը կարող է բերել լուրջ կողմնակի ազդեցությունների, այդ թվում օպորտունիստական վարակների զարգացմանը և վիրուսի երկարատև ռեպլիկացիայի:

4.6 Գրիպի բուժման սխալներ և չհիմնավորված նշանակումներ՝

- ուշացած կամ որ ռացիոնալ հակավիրուսային բուժում
- վիճակի ոչ ճիշտ գնահատում ամբուլատոր բուժման փուլում
- պացիենտի ուշ հոսպիտալացում հիվանդության միջին և ծանր ձևերի դեպքում
- հակաբակտերիալ դեղամիջոցների կիրառում, որոնք հակացուցված են հղիության ժամանակ՝ տետրացիկլիններ, ֆտորքինոլոններ, սուլֆանիլամիդներ
- հակաբակտերիալ թերապիայի ցուցումների անհիմն ըդնլայնում
- ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային դեղամիջոցների անկանոն կիրառում,
- բիոզեն խթանիչների օգտագործում

4.7 Գրիպի կասկածի դեպքում (կլինիկահամաճարակաբանական տվյալների հիման վրա) լաբորատոր ախտորոշման պատճառով պետք չէ հետաձգել վարակի հսկողության գործնական միջոցառումները, ինչպես նաև հակավիրուսային բուժումը:

4.8 Մեծահասակների, դեռահասների և երեխաների համար, ովքեր չեն կարող օգտագործել պատրաստուկը պերօրալ՝ պատիճների ձևով, արտադրողների կողմից ներկայացված հրահանգների մեջ նկարագրված են պերօրալ սուսպենզիայի պատրաստման մասին էքստենսիվ մեթոդով:

4.9 Չանամիվիրը ցուցված է 5 տարեկանից բարձր երեխաների և մեծահասակների բուժման համար: Խորհուրդ է տրվում 2 -ական ինհալյացիա օրը 2 անգամ, 5 օր):

4.10 Պացիենտների բուժօգնության կազմակերպում ԱԱՊ բուժհաստատություններում

4.10.1 Գրիպի վարակի կասկածով պացիենտների բուժօգնության կազմակերպման նպատակով ամբուլատոր-պոլիկլինիկական հաստատություններում ընդհանուր սպասասրահից առանձնացվում են տարածքներ՝ ներպոլիկլինիկական վարակի կանխարգելման նպատակով:

4.10.2 Պացիենտների առաջնային զննումն իրականացնում է ԱԱՊ բժիշկը (տեղամասային թերապևտ, մանկաբույժ, ընտանեկան բժիշկ), իսկ նրա բացակայության դեպքում տնօրենի հրամանով հաստատված գրաֆիկով տվյալ օրվա հերթապահ բժիշկը:

4.10.3 Գրիպի կասկածի դեպքում (անհրաժեշտության դեպքում) ԱԱՊ բժիշկը կազմակերպում է նաև վարակաբանի խորհրդատվություն:

4.10.4 ԱԱՊ բժշկի կողմից գրիպը կարող է ախտորոշվել նաև տնային այցի ժամանակ, որի դեպքում անմիջապես տեղեկատվություն է ներկայացվում բուժհաստատության տնօրինությանը:

4.11 Հավանական դեպքի որակում

Համաճարակաբանական անամնեզ* + բարձր ջերմություն (38°C և ավելի) կամ ՍՇՎ (գրիպի) հիվանդության այլ ախտանշաններ՝ գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, տարածուն մկանացավեր + հազ+սրտխառնոց, փսխում:

*Համաճարակաբանական անամնեզ՝ շփում կասկածելի պացիենտի հետ կամ մոտակա օրերին արտերկրում գտնվելը:

4.12 Հավանական դեպքով պացիենտի վարում

4.12.1 Պաիցենտի մեկուսացում, հոսպիտալացում՝ կախված ծանրության աստիճանից

4.12.2 Սիմպտոմատիկ բուժում՝ առատ հեղուկներ, ջերմիջեցնողներ, այդ թվում հակահիստամինային դեղամիջոցներ

4.12.3 Օգելտամիվիր (նշանակվում է հիվանդության ախտանիշների հայտնաբերման առաջին 2 օրվա ընթացքում): Հակավիրուսային բուժում Օգելտամիվիր 75 մգ-ից օրը 2 անգամ ուտելու ժամանակ, 5 օր:

4.12.4 Հակացուցված է ԱՍՊԻՐԻՆԻ և ասպիրին պարունակող դեղամիջոցների նշանակումը:

4.13 Հաստատված դեպքով պացիենտի վարումը

- 4.13.1 Պացիենտի մեկուսացում, հոսպիտալացում՝ կախված ծանրության աստիճանից
- 4.13.2 Թեթև դեպքերում բուժումը կարող է կազմակերպվել ամբուլատոր պայմաններում (տնային պայմաններում), Նշանակվում է սիմպտոմատիկ բուժում՝ առատ հեղուկներ, ջերմիջեցնողներ (պարացետամոլ, իբուպրոֆեն), հակահիստամինային պրեպարատներ:
- 4.13.3 Ծանր պացիենտների բուժումն իրականացվում է ՄԻԱՅՆ հիվանդանոցային պայմաններում:
- 4.13.4 Ամբուլատոր բուժումն իրականացվում է հակավիրուսային դեղամիջոցով՝ **Օզելտամիվիր կամ Ջանամիվիր** (եթե այն ցուցված է), ինչպես նաև, ելնելով պացիենտի վիճակից, սիմպտոմատիկ դեղամիջոցներով, անհրաժեշտության դեպքում իրականացնելով ռենտգենաբանական հետազոտություն:

5. Կանխարգելում

- 5.1 Վարակի հսկողության միջոցները ներառում են վարակի ստանդարտ հսկողության, այդ թվում՝ օդակաթիլային փոխանցման կանխարգելման միջոցները: Աէրոզոլների առաջացման բարձր ռիսկի գործողություններ իրականացնելիս (բրոնխոսկոպիա, շնչառական ուղիներից ասպիրացիա և այլն) անհրաժեշտ է օգտագործել շնչադիմակ (N 95 կամ FFP2 կամ դրանց համազոր), պաշտպանել աչքերը, կրել արտահագուստ, ձեռնոցներ: Նշված գործողություններն իրականացնել համապատասխան բնական կամ արհեստական օդափոխության պայմաններում:
- 5.2 Գրիպի ախտանշաններով հոսպիտալացված պացիենտների մեկուսացման տևողությունը կազմում է հիվանդության սկզբից հաշված 7 օր կամ նորմալ ջերմության հաստատումից և շնչառական ախտանշանների անհետացումից 24 ժամ անց:
- 5.3 Բարդություններով պացիենտների շրջանում (օրինակ՝ թոքաբորբ) հսկողության միջոցները պետք է շարունակել հիվանդության սուր շրջանում (մինչև կլինիկական առողջացումը): Հատուկ ուշադրություն է պետք դարձնել ցածր իմունոտետով պացիենտներին, քանի որ նրանք կարող են երկար ժամանակ արտազատել վիրուսը և ենթակա են հակավիրուսային դեղամիջոցների նկատմամբ կայունության զարգացման բարձր ռիսկին:
- 5.4 Հատուկ պայմաններում (օրինակ՝ անհետաձգելի բուժօգնության և ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում) վարակի կանխարգելման և դրա դեմ պայքարի

վերաբերյալ առաջարկությունները կարող են փոփոխվել՝ ելնելով տարբեր անսպասելի վիճակների և անհետաձգելի միջամտությունների արդյունքում շնչառական արտազատուկներից աէրոզոլի առաջացման ռիսկից:

6. Բժշկական ծառայությունների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

6.1 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների վերաբերյալ (հիմնական ցանկ արտահիվանդանոցային պայմաններում բուժօգնություն ստացող պացիենտների համար)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի (թերապևտի խորհրդատվություն)	1	2	Թերապևտիկ բաժանմունք	Թերապևտ	1-7 օրեր

6.2 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների վերաբերյալ (լրացուցիչ ցանկ արտահիվանդանոցային պայմաններում բուժօգնություն ստացող պացիենտների համար)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Վարակաբանի խորհրդատվություն	0.25	1	Թերապևտիկ բաժանմունք	Բժիշկ վարակաբան	1-7 օրեր
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ Բժիշկ	1-7 օրեր
	Մեզի ընդհանուր քննություն	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/	1-7 օրեր

					բժիշկ	
--	--	--	--	--	-------	--

**6.3 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների վերաբերյալ
(հիմնական ցանկ հիվանդանոցային պայամաններում բուժօգնություն ստացող
պացիենտների համար)**

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախակա- նություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ Բժիշկ	1-7 օրեր
	Մեզի ընդհանուր քննություն	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	ԱՍՍ/ԱԼՏ	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ բիլիրուբինի մակարդակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ միզանյութի մակարդակի որոշում	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ Բժիշկ	1-3 օրեր
	Արյան մեջ կրեատինինի	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման	Լաբորատոր ախտորոշման	1-7 օրեր

	մակարդակի որոշում			ծառայություն	ծառայության բուժքույր/Բժիշկ	
	Սրտի կծկումների հաճախականության չափում	1	144	Օդակաթիլային բաժանմունք	Օդակաթիլային բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրեր
	Պոլսօքսիմետրիա	1	144	Օդակաթիլային բաժանմունք	Օդակաթիլային բաժանմունքի բուժքույր	1-7 օրերը
	Մանրեաբանակա ն ցանքսեր (խորխ, արյուն, մեզ)	1	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/Բժիշկ	1-7 օրեր
	Վիրուսաբանակա ն ցանքսեր (քիթ-ըմպան)	1	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/Բժիշկ	1 օր
	Ծայրամասային երակային կատետերի տեղադրում	1	1	Օդակաթիլային բաժանմունք	Օդակաթիլային բաժանմունքի բուժքույր	1-7 օրերը
	Կրծքավանդակի ռենտգեն քննություն	1	2	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-7 օրերը
	Զարկերակային ճնշման չափում	1	144	Օդակաթիլային բաժանմունք	Օդակաթիլային բաժանմունքի բուժքույր	1-3 օրեր
	Էլեկտրասրտագրություն	1	1	Գործիքային ախտորոշման բաժանմունք	Բուժքույր	1-3 օրեր
	Նեղ մասնագետի խորհրդատվություն	1	2	Այլ բաժանմունքներ	Ցանկացած նեղ մասնագետ	1-7 օրերը
	Ընդհանուր պրակտիկայի բժշկի (թերապևտի) կամ թոքաբանի	1	3	Թերապևտիկ բաժանմունք	Թերապևտ կամ թոքաբան	1-7 օրեր

	խորհրդատվություն					
	Վարակաբանի խորհրդատվություն	1	1	Թերապևտիկ բաժանմունք	Բժիշկ վարակաբան	1-7 օրեր

6.4 Պահանջներ ախտորոշման, բուժման և խորհրդատվությունների վերաբերյալ (լրացուցիչ ցանկ հիվանդանոցային պայամաններում բուժօգնություն ստացող պացիենտների համար)

Ծածկագիր	Անվանում	Տրամադրման հաճախականություն	Միջին քանակ	Ստորաբաժանում	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
	Արյան մեջ լակտատի մակարդակի որոշում	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ ալբումինի մակարդակի որոշում	0.25	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ էլեկտրոլիտների (Na, K, Cl) մակարդակի որոշում	0.25	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ Բժիշկ	1-7 օրեր
	Ակտիվացված մասնակի թրոմբապլաստինի ժամանակի որոշում	0.25	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ Բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ ֆիբրինոգենի մակարդակի որոշում	0.25	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/ Բժիշկ	1-7 օրեր
	Պրոտրոմբինային	0.25	2	Լաբորատոր	Լաբորատոր	1-7 օրեր

	Ժամանակի որոշում			ախտորոշման ծառայություն	ախտորոշման ծառայության բուժքույր/Բժիշկ	
	Միջազգային բնականոնացված հարաբերակցության որոշում	0.25	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/Բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան մեջ պրոկալցիտոնինի մակարդակի որոշում	0.25	2	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/Բժիշկ	1-7 օրեր
	Արյան գազերի և թթվահիմնային հավասարակշռության որոշում	0.25	1	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայություն	Լաբորատոր ախտորոշման ծառայության բուժքույր/Բժիշկ	1-7 օրեր
	Որովայնի և փոքր կոնքի ԳՁՀ	1	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-7 օրեր
	Ուլտրաձայնային էխոսրտագրություն	0.25	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-3 օրեր
	Կրծքավանդակի համկարգչային շերտագրություն	0.5	1	Ճառագայթաբանական ախտորոշման ծառայություն	Բժիշկ-ճառագայթաբան/տեխնիկ	1-7 օրերը

7. Դեղամիջոցների հիմնական և լրացուցիչ ցանկեր

7.1 Պահանջներ դեղորայքային բուժման վերաբերյալ (հիմնական ցանկ)

ԴԹԽ	ԱԹՔԴ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախականություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ

Հակավիրուսային դեղամիջոցներ՝ Նեյրամինիդազայի ինհիբիտորներ	J05AH02	Օզելտամիվիր	1	0.3 գ	2.1 Գ	Վարակաբա ն / Բուժքույր	1-7 օր
Էլեկտրոլիտային լուծույթներ	B05CB01	0.9% NaCl	1	2.0 լ	14.0 Լ	Վարակաբա ն / Բուժքույր	1-7 օր
Էլեկտրոլիտային լուծույթներ	B05BB01	Ռինգերի լուծույթ	1	2.0 լ	14.0 Լ	Վարակաբա ն/ Բուժքույր	1-7 օր

7.2 Պահանջներ դեղորայքային բուժման նկատմամբ (լրացուցիչ ցանկ)

ԴԹՆ	ԱԹՔ	ՄՈԱ	Նշանակման հաճախակա- նություն	ԿՈԴ	ՀԿԴ	Մասնագետ	Կատարման ժամկետներ
Հակաբիոտիկներ՝ կարբապենեմ	J01DH02	Մերոպենեմ	0.25	1.5 գ	10.5 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ կարբապենեմ	J01DH51	Իմիպենեմ/ ցիլաստատին	0.25	2.0 գ	14.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ Պենիցիլին	J01CR05	Պիպերացիլին/ տազոբակտամ	0.25	18.0 Գ	126.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ Ցեֆալոսպորին	J01DE01	Ցեֆեպիմ	0.25	4.0 գ	28.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD01	Ցեֆոտաքսիմ	0.25	8.0 գ	56.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD04	Ցեֆտրիաքսոն	0.25	4.0 գ	28.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ցեֆալոսպորին	J01DD02	Ցեֆտազիդիմ	0.25	6.0 գ	42.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ֆթորքինոլոն	J01MA12	Լևոֆլոքսացին	0.25	0.5 գ	3.5 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդ	J01GB03	Գենտամիցին	0.1	0.24 գ	1.68 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ ամինոգլիկոզիդ	J01GB06	Ամիկացին	0.1	1.0 գ	7.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ գլիկոպեպտիդ	J01XA01	Վանկոմիցին	0.1	1.0 գ	7.0 Գ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Հակաբիոտիկներ՝ իմիդազոլի	J01XD01	Մետրոնիդազոլ	0.1	1.5 գ	10.5 Գ	Վարակաբ/ Բուժքույր	1-7 օր

ածանցյալ							
Համակարգային օգտագործման հակասնկայիններ	J02AC01	Ֆյուկոնազոլ	0.1	0.4 գ	2.8 Գ	Վարակաբ/ Բուժքույր	1-7 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	N02BE01	Պարացետամոլ	0.25	1.5 գ	6.0 Գ	Վարակաբ/ Բուժքույր	1-7 օր
Ցավազրկող ոչ թմրեցուցիչ միջոցներ	N02BB02	Մետամիզոլ	0.25	1.0 գ	3.0 Գ	Վարակաբ/ Բուժքույր	1-7 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոցներ	M01AB05	Դիկլոֆենակ	0.25	75.0 մգ	150.0 Մգ	Վարակաբ/ Բուժքույր	1-7 օր
Ոչ սթերոիդ հակաբորբոքային միջոց	M01AB15	Կետորոլակ	0.25	30.0 մգ	60.0 Մգ	Վարակաբ/ բուժքույր	1-7 օր
Կորտիկոսթերոիդն եր	C05AA09	Դեքսամետազոն	0.05	16.0 մգ	48.0 Մգ	Վարակաբ/ բուժքույր	1 օր

8. Պահանջներ աշխատանքային ռեժիմի, հանգստի, բուժման կամ վերականգնման վերաբերյալ

Համաձայն սույն Գործելակարգի տվյալ պահանջների կատարումը պարտադիր չէ:

9. Պահանջներ սննդակարգի վերաբերյալ

Համաձայն սույն Գործելակարգի սննդակարգում սահմանափակումներ ցուցված չեն:

10. Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերը

Պացիենտի տվյալ մոդելի հնարավոր ելքերի ցանկ

Ելքի անվանում	Ելքի զարգացման հաճախականություն	Ելքին հասնելու մոտավոր ժամկետ	Բժշկական օգնության ցուցաբերման հաջորդականություն
Ապաքինում ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի մասնակի	90 %	12 ամիս	Անցում համապատասխանվեր ականգողականուղեցույ ցին/ գործելակարգին

վերականգնմամբ			
Ապաքինում Ֆիզիոլոգիական գործընթացի կամ ներգրավված օրգանի ֆունկցիայի ամբողջական կորստով	10%	3 ամիս	Անցում համապատասխան վեր ականգնողական ուղեցույցին/ գործելակարգին
Յատրոգեն բարդությունների զարգացում	10%	Ցանկացած փուլին	Անցում համապատասխանախ տաբանության բուժման ուղեցույցին/ գործելակարգին
Մահացու ելք	6.5-34.4%		

Հավելված 1.

Գրիպի բուժման համար կիրառվող հակավիրուսային պրեպարատների դեղաչափերը

Դեղամիջոց	Բուժում	Կանխարգելում
Նեյրամինիդազայի ինհիբիտորներ Օզելտամիվիր Մեծահասակների համար	75 մգ 1 պատճիճից օրական 2 անգամ, 5 օր	75 մգ օրական 1 անգամ *
Երեխաներ (≥12 ամսեկան) Քաշ՝ ≤15 կգ 15-23 կգ 24-40 կգ > 40 կգ	 60 մգ/օրը, բաժանել 2 ընդունման համար 90 մգ բաժանել 2 ընդունման համար 120 կգ բաժանել 2 ընդունման համար 150 կգ բաժանել 2 ընդունման համար	 30 մգ/օրը 45 մգ/օրը 60 մգ/օրը 75 մգ/օրը
Զանամիվիր Մեծահասակների համար Երեխաների համար	երկու 5 մգ (ընդհանուր 10 մգ) ինհալյացիա օրական 2 անգամ երկու 5 մգ (ընդհանուր 10 մգ) ինհալյացիա օրական 2 անգամ (≥7տ.)	երկու 5 մգ (ընդհանուր 10 մգ) ինհալյացիա օրական 1 անգամ երկու 5 մգ (ընդհանուր 10 մգ) ինհալյացիա օրական 1 անգամ (≥5 տ.)
Ռիմանտադին Մեծահասակների համար Երեխաների համար 1-9 տ. ≥10 տ.	 200 մգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար 6,6 մգ/կգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար (առավելագույն դեղաչափը՝ 150 մգ/օրը)	 200 մգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար 5 մգ/կգ օրական 1 անգամ (չգերազանցել 150 մգ/օրը)
Ամանտադին	200 մգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար	200 մգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար

Մեծահասակներ՝	200 մգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար	200 մգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար
Երեխաներ՝		
1-9 տ.	5-8 մգ/կգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար (չգերազանցել 150 մգ/օրը)	200 մգ օրական 1 անգամ կամ բաժանել 2 ընդունման համար (չգերազանցել 150 մգ/օրը)
9-12 տ.	200 մգ օրական բաժանել 2 ընդունման համար	200 մգ օրական բաժանել 2 ընդունման համար

** Փակ կոլեկտիվներում քիմիոկանխարգելումն անհրաժեշտ է շարունակել 7-14 օր վերջին վարակված անձի մոտ գրիպի ախտանշաններ առաջանալուց հետո:*