

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული
რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და დაავადებათა
მართვის სახელმწიფო სტანდარტების
(პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და
დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 20 მაისის
N3 სხდომის გადაწყვეტილების
შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,
ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის
მინისტრის 2015 წლის 25 ივნისის
N01-183/ო ბრძანებით

ჯილდების მართვა

პროტოკოლი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: ჯილქის მართვა	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
7. სამედიცინო დაწასებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები	4
8.1 დეფინიცია	4
8.2 კრიტერიუმები	5
8.3 კლინიკური ნიშნები.....	7
8.4 დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები.....	11
8.5 მკურნალობა	11
8.6 გამოსავალი	13
8.7 პროფილაქტიკა	13
9. მოსალოდნელი შედეგები	13
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	13
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	13
12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები.....	14
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე	14
14. პროტოკოლის ავტორები.....	15

ალგორითმები და ცხრილები

ალგორითმი N1. ჯილქის დამადასტურებელი და გამომრიცხავი კრიტერიუმები პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე.....	6
ალგორითმი N2. ჯილქის გამოკვლევის სქემა სტაციონარულ პირობებში	10
ცხრილი N1. კანის ჯილქის მკურნალობა	12
ცხრილი N2. ფილტვის და გასტრო-ენტერალური ფორმის მკურნალობა.....	12
ცხრილი N3. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი	14

1. პროტოკოლის დასახელება: ჯილხის მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
ჯილხი	A22
კანის ჯილხი	A22.0
ფილტვის ჯილხი	A22.1
გასტრო-ინტესტინური ჯილხი	A22.2
შოკის სხვა ფორმები	R57.8
სუნთქვის მწვავე უკმარისობა	J96.0
მოზრდილთა რესპირაციული დისტრეს-სინდრომი	J80
მენინგიტი ბაქტერიული ავადმყოფობების დროს, რომლებიც შეტანილია სხვა რუბრიკებში	G01
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
გულმკერდის RO-გრაფია	GDDA1A
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
თავის და თავის ტვინის კომპიუტერული ტომოგრაფია	AADD1A
ფილტვების და პლევრის მაგნიტურ-რეზონანსული (MRI) გამოკვლევა	GDDG1B
ელექტროკარდიოგრაფია	FXF000
ლუმბარული პუნქცია	ABX000
სისხლის სინჯის აღება ერთი ან რამდენიმე ლაბორატორიული ანალიზისთვის	XXXB00
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
C-რეაქტიული ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.7.9.1
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
განავლის საერთო ანალიზი	FA.4
ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში	BL.2.3.4
შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.1
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.3
ალანინამინოტრანსფერაზას განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.2
ასპარტატამინოტრანსფერაზას განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.1
ტუტე ფოსფატაზის განსაზღვრა სისხლის უჯრედებში	BL.5.6
საერთო ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.7.1
ალბუმინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.7.4
პროთრომბინის (თრომბოპლასტინის) დროის განსაზღვრა სისხლში ან პლაზმაში	CG.2.1.7
კოაგულოგრამა	CG.7
K- განსაზღვრა სისხლში	BL.14.2
Na- განსაზღვრა სისხლში	BL.14.1
ბაქტერიების იმუნოლოგიური გამოკვლევები	MB.4
ბაქტერიოლოგიური კვლევა	MB.2.1.1
ბაქტერიოსკოპია	MB.1.2
პათოგენური აგენტების დნმ-ის გამოვლენა პოლიმერაზული ჯაჭვის რეაქციის (პჯრ) მეთოდით	GE.2.2

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინების საფუძველზე:

ძირითადი წყარო:

- World Health Organization Emerging and other Communicable Diseases, Surveillance and Control (1998) Guidelines for the Surveillance and Control of Anthrax in Human and Animals. 3rd edition.

<http://www.who.int/csr/resources/publications/anthrax/whoemczi986text.pdf?ua=1>

- World Health Organization. (2008). Anthrax in humans and animals – 4th ed. http://www.who.int/csr/resources/publications/anthrax_web.pdf

დამატებითი წყარო:

1. Manitoba Public Health Branch. (2012). Communicable disease Management Protocol Anthrax <http://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/anthrax.pdf>
2. Center for Infectious Disease Research and Policy. (2013). Treatment and Postexposure Prophylaxis http://www.cidrap.umn.edu/cidrap/content/bt/anthrax/biofacts/anthrax_tx.html

ბ) ორიგინალური გაიდლაინების რეკომენდაციები პროტოკოლში შეტანილია უცვლელად.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ჯილეხის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება, რომელიც მოიცავს დაავადების დროულ დიაგნოსტიკასა და ადექვატურ მკურნალობას, გართულებების პრევენციასა და მართვას.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფს წარმოადგენს ჯილეხის საეჭვო ან დადასტურებული ფორმის მქონე ნებისმიერი ასაკის ადამიანი, დაავადების როგორც მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის, ასევე მძიმე და გართულებული მიმდინარეობის შემთხვევაში.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი ძირითადად განკუთვნილია ექიმი ინფექციონისტებისათვის, ასევე, ოჯახის ექიმების, სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების ექიმების, ზოგადი ქირურგების, ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმების, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებისთვის და შესაბამის განყოფილებებში მომუშავე ექთნების, მენეჯერებისა და რეზიდენტებისთვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პრეჰოსპიტალურად, სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების ექიმებისა და ოჯახის ექიმების მიერ, რომელიც ჯილეხზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, ახორციელებს რეფერალს შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ ამბულატორიულ ან სტაციონარულ დაწესებულებებში.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

8.1 დეფინიცია

ჯილეხი (ციმბირული წყლული) B. Anthrax-ით გამოწვეული მწვავე ბაქტერიული ზოონოზური დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება ზოგადი ინტოქსიკაციით, კანის, ლიმფური ჯირკვლების და შინაგანი ორგანოების სეროზულ-ჰემორაგიული და ნეკროზული ანთებით, ზოგჯერ კი სეპტიური მიმდინარეობით.

შესაბამისად, განასხვავებენ კანის, ფილტვისა (ინჰალაციური) და გასტრო-ენტერალურ ფორმებს.

სინონიმებია: ჯილეხი, ციმბირის წყლული, ავთვისებიანი შეშუპება.

ჯილეხის სპორები შეიძლება გამოყენებული იქნას ბიოლოგიური იარაღის სახით. მაგალითად, ა.შ.შ.-ში 2001 წელს საფოსტო ქსელით შეგნებულად გაავრცელეს ჯილეხის სპორები, რის შედეგადაც დაავადდა 22 ადამიანი, ხოლო მათგან 5 შემთხვევა ლეტალურად დასრულდა.

8.2 კრიტერიუმები

ა) ჯილეხი საეჭვოა, თუ პაციენტს აღენიშნება

- **კლინიკური ნიშნები:** მაკულა, პაპულა, ვეზიკულა – ჰემორაგიული შიგთავსით, უმტკივნეულო;
- **ეპიდანიამნეზი:** კონტაქტი ჯილეხით დაავადებულ ცხოველთან, ჯილეხის საეჭვო შემთხვევასთან ან ცხოველური წარმოშობის დაბინძურებულ პროდუქტთან.

ბ) ჯილეხი სავარაუდოა, თუ პაციენტს აღენიშნება

- **კლინიკური ნიშნები:** მაკულა, პაპულა, ვეზიკულა – ჰემორაგიული შიგთავსით, უმტკივნეულო + ეპიდანიამნეზი;
- **დადებითი** კანის ალერგიული სინჯი (არავაქცინირებულ პირობებში)*.

*ეს უკანასკნელი განისაზღვრება შესაძლებლობის შემთხვევაში.

ჯილეხზე საეჭვო და სავარაუდო შემთხვევის დროს იწყება დაავადების კლინიკური მართვა და გრძელდება კვლევა:

ბუშტუკის შიგთავსის:

- ბაქტერიოსკოპია
ან/და
- ბაქტერიოლოგია
ან/და
- ჯილეხის ბაცილის დნმ-ის განსაზღვრა ჯაჭვური პოლიმერიზაციის რეაქციით.

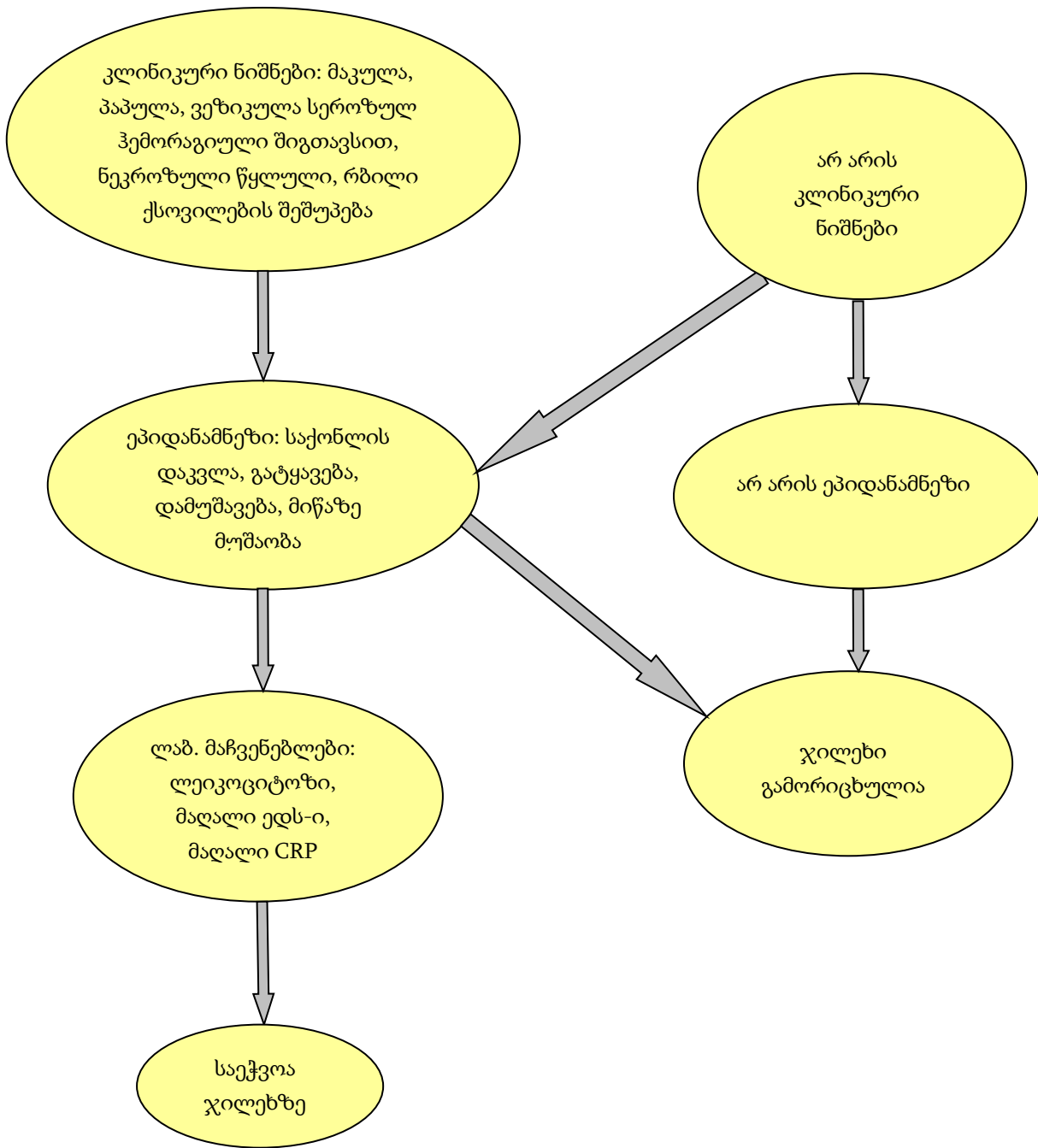
სისხლში:

- სეროლოგია – კავსულის ანტიგენის აღმოჩენა;
- ჯილეხის ბაცილის დნმ-ის განსაზღვრა ჯაჭვური პოლიმერიზაციის რეაქციით;
- ჯილეხი გამორიცხულია, თუ სახეზე არ არის ჯილეხისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნების, ეპიდემიოლოგიური ანამნეზის და ლაბორატორიული დადასტურების (ანტიბიოტიკების მიღებამდე) ერთობლიობა.

დიაგნოზის საბოლოოდ დასადასტურებლად საკმარისია:

- ბაქტერიოლოგიური (არავაქცინირებულ პირებში) ან
- სეროლოგიური კვლევა ან
- პოლიმერიზაციის ჯაჭვური რეაქცია.

ალგორითმი N1. ჯილების დამადასტურებელი და გამომრიცხავი კრიტერიუმები პრეჰოსპიტალურ ეტაპზე



8.3 კლინიკური ნიშნები

ა) ჯიღების კანის ფორმისთვის: ინკუბაციური პერიოდი 2–14 დღე

კლინიკური სიმპტომები:

- ცხელება;
- კანზე მოლურჯო-მოწითალო ლაქა – მაკულა;
- პაპულა;
- ბუმტუკი სეროზულ–ჰემორაგიული შიგთავსით;
- წყლული, ცენტრში შავი ფერის ნეკროზული ქერქით;
- წყლულის ირგვლივ რბილი ქსოვილების შემუპება;
- ლიმფანგიტი;
- რეგიონალური ლიმფადენიტი;
- იშვიათად, ადგილობრივად ძლიერი შემუპება და მოგვიანებით, კარბუნკულის წარმოქმნა.

ლაბორატორიული მაჩვენებლები:

- ლეიკოციტოზი;
- ნეიტროფილოზი;
- მაღალი ედს-ი;
- მაღალი C რეაქტიული პროტეინი (CRP).

ბუმტუკის შიგთავსის გამოკვლევა:

- ბაქტერიოსკოპია;
- ბაქტერიოლოგია.

სისხლის გამოკვლევა:

- სეროლოგია – კაფსულის ანტიგენის აღმოჩენა;
- პჯრ – ჯიღების ბაცილის ანტიგენის აღმოჩენა.

ბ) ჯიღების ფილტვის ფორმისთვის: ინკუბაციური პერიოდი 1-7 დღე

კლინიკური სიმპტომები:

- მაღალი ტემპერატურა;
- ოფლიანობა;
- ყრუ ტკივილი გულმკერდის არეში;
- ქოშინი, ციანოზი;
- ხველა სისხლიანი ნახველით;
- შესაძლოა სისხლჩაქცევები ორგანოებში.

ლაბორატორიული კვლევები:

- ნახველის (პლევრალური სითხის) გამოკვლევა:
 - ბაქტერიოსკოპია;
 - ბაქტერიოლოგია.
- სისხლის გამოკვლევა:
 - სეროლოგია – კაფსულის ანტიგენის აღმოჩენა;
 - პჯრ - ჯიღების ბაცილის ანტიგენის აღმოჩენა.

გ) გასტრო-ენტერალური ფორმისათვის (ორი-ფარინგეალური): ინკუბაციური პერიოდი 1-7 დღე

კლინიკური სიმპტომები:

- მაღალი ტემპერატურა;
- ყელის ტკივილი;
- დისფაგია;
- კისრის მიდამოს ლიმფური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია;
- სასაზე წყლულები;
- გულისრევა;
- ღებინება;
- ძლიერი ტკივილი მუცლის არეში, ნაწლავთა მოქმედება სისხლიანი განავლით;
- ჰემორაგიულ-ნეკროზული ენტერიტი;
- ჯორჯლის ნეკროზული ლიმფადენიტი;
- ასციტი – მუცლის ზონაში მატება;
- პერიტონიტი;
- ბაქტერიემია, სეპტიცემია.

ლაბორატორიული კვლევები:

- განავლის, ასციტური სითხის გამოკვლევა.
 - ბაქტერიოსკოპია;
 - ბაქტერიოლოგია.
- სისხლის გამოკვლევა:
 - სეროლოგია – კაფსულის ანტიგენის აღმოჩენა;
 - პჯრ- ჯილეხის ბაცილის ანტიგენის აღმოჩენა.

სეფსისი შეიძლება განვითარდეს როგორც კანის (იშვიათად), ასევე ფილტვისა და გასტრო-ენტერალური ფორმების შემთხვევაში.

სეფსის კლინიკური სიმპტომები ფილტვის ფორმის დროს:

- მაღალი ტემპერატურა;
- ძლიერი შემცივნება;
- ტაქიკარდია;
- ტაქიპნოე;
- ტკივილი გულმკერდის არეში;
- ხველა სისხლიან-ქაფიანი ნახველით;
- ფილტვის მწვავე უკმარისობა;
- ინფექციურ-ტოქსიური შოკი.

სეფსის კლინიკური სიმპტომები გასტრო-ენტერალური ფორმის დროს:

- ტკივილი მუცელში;
- გულისრევა;
- სისხლიანი ღებინება;
- განავალი თხელი კონსისტენციის, სისხლის შემცველი;
- ნაწლავთა პარეზი;
- პერიტონიტი;

- მენინგოენცეფალიტი;
- ინფექციურ-ტოქსური შოკი.

ჯილხის გართულებები

ფილტვის დაზიანება:

- შუასაყრის გაფართოება;
- პლევრიტი;
- ფილტვის შეშუპება;
- ასფიქსია;
- რესპირაციული დისტრეს სინდრომი.

კუჭ-ნაწლავის დაზიანება:

- კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენა;
- ნაწლავთა პარეზი;
- პერიტონიტი.

თავის ტვინის დაზიანება:

- მენინგიტი, მენინგოენცეფალიტი;
- თავის ტვინის მწვავე შეშუპება.

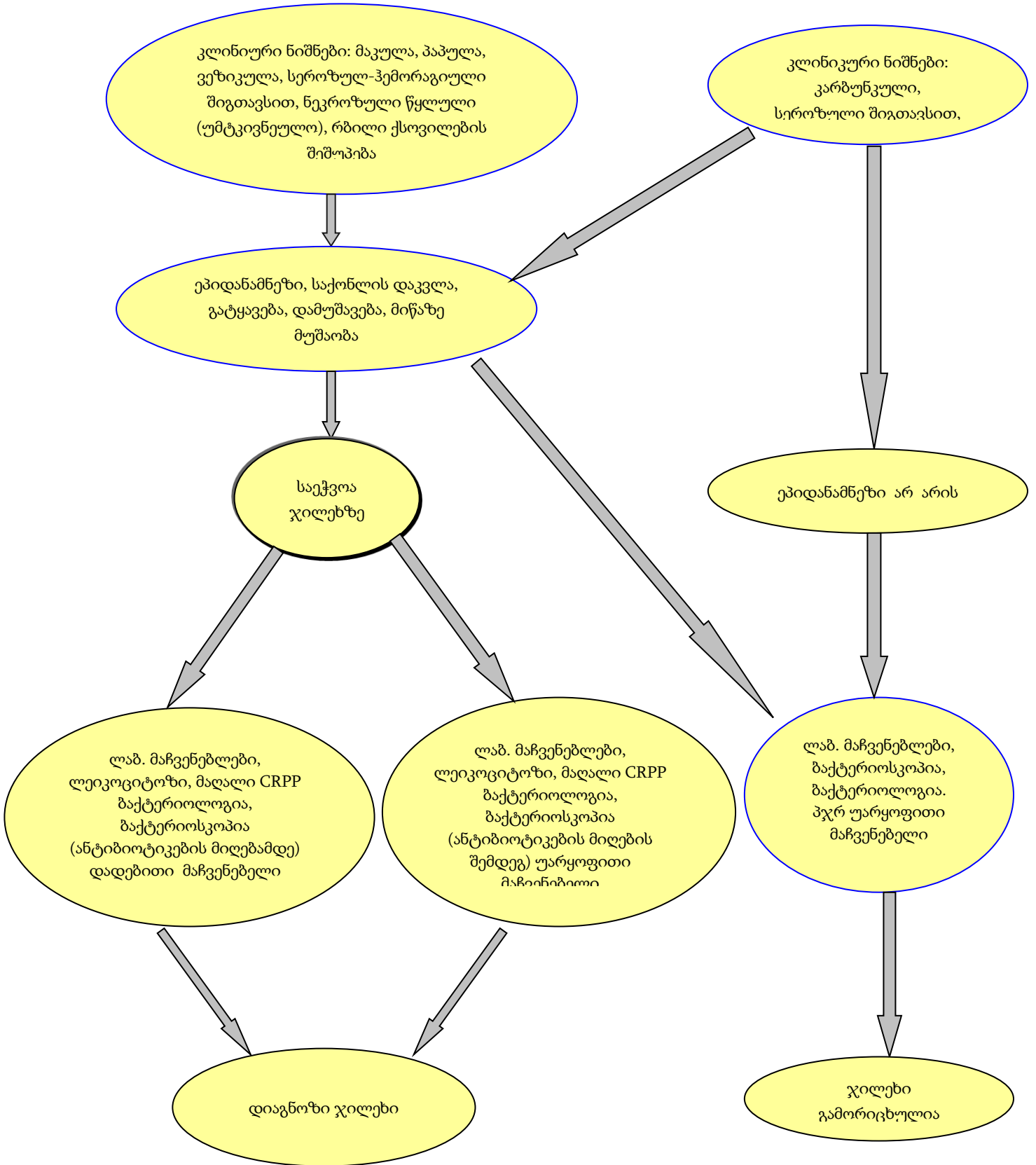
სეფსისი:

სეფსისი ვითარდება სამივე კლინიკური ფორმის შემთხვევაში, ჯილხის გამომწვევის გავრცელებით ლიმფოჰემატოგენურად. კლინიკურად აღინიშნება:

- მაღალი ტემპერატურა
- ტოქსიკოზი
- შოკი

ჯილხის სეპტიური ფორმის დიფერენცირება სხვა გენეზის სეფსისისაგან ხდება პირველადი დაზიანების კერიდან ან სისხლის კულტურიდან B. Anthrax-ის გამოყოფით.

ალგორითმი N2. ჯილების გამოკვლევის სქემა სტაციონარულ პირობებში



8.4 დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- მასალის აღება:
 - ბუშტუკის შიგთავსი ან
 - ნახველი ან
 - პირნალები მასა ან
 - განავალი.

ბ) პირველ 24 საათში

აუცილებელი კვლევები:

- პულსოქსიმეტრია;
- CRP;
- სეროლოგია – კაფსულის ანტიგენის აღმოჩენა;
- პჯრ – ბაცილის დნმ-ის აღმოჩენა;

დამატებითი კვლევები (ჩვენების მიხედვით):

- გულმკერდის რენტგენოგრაფია;
- ექოსკოპია (მუცლის ღრუს ორგანოების);
- ბიოქიმიური კვლევა;
- მასალის აღება:
 - პლევრალური სითხე;
 - ასციტური სითხე.

გ) პირველ 3 დღეში (ჩვენების მიხედვით)

- ზოგადი ქირურგის კონსულტაცია;
- ნევროპათოლოგის კონსულტაცია;
- კარდიოლოგის კონსულტაცია.

8.5 მკურნალობა

ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ჯილეხის მკურნალობის არჩევის პრეპარატი იყო ბენზილპენიცილინი. ბოლო პერიოდში გაჩნდა B. Anthrax-ის პენიცილინრეზისტენტული შტამები, ამიტომ არჩევის პრეპარატად გამოიყენება ციპროფლოქსაცინი. ანტიბიოტიკოთერაპია იწყება მყისიერად დაავადების პირველი ნიშნების გამოჩენისთანავე (მასალის აღების შემდეგ).

სასტარტო პრეპარატია ციპროფლოქსაცინი, ალტერნატიული – დოქსიციკლინი. მძიმე შემთხვევებში ინიშნება ციპროფლოქსაცინი ან დოქსიციკლინი + არჩევის პრეპარატი მგრძობელობის მიხედვით (რიფამპიცინი, ვანკომიცინი, პენიცილინი, ამპიცილინი, იმიპენემი, კლინდამიცინი).

ჯილეხის მენინგიტის მკურნალობა მიმდინარეობს ისე, როგორც ფილტვის ფორმის. გამოიყენება ი.ვ. ფტორქინოლონები; დოქსიციკლინის ნაცვლად (იგი ვერ გადის ჰემატოენცეფალურ ბარიერს) გამოიყენება პენიცილინი 2 მლ 2 სთ-ში ერთხელ, ან ქლორამფენიკოლი 1.0 ყოველ 4 სთ-ში ერთხელ (ალტერნატივაა ამპიცილინი, მერონემი,

ვანკომიცინი, რიფამპიცინი). კორტიკოსტეროიდების დამატება ამცირებს თავის ტვინის შემუპებას.

ცხრილი N1. კანის ჯილეხის მკურნალობა

პაციენტის კატეგორია	სასტარტო თერაპია	ხანგრძლივობა (არ არის დაკავშირებული ბიოლოგიური იარაღის გამოყენებასთან)	ხანგრძლივობა (დაკავშირებული ბიოლოგიურ იარაღის გამოყენებასთან)
მოზრდილებში	ციპროფლოქსაცინი: 500 მგ 2-ჯერ დღეში ან დოქსიციკლინი: 100 მგ 2-ჯერ დღეში	7 – 10 დღე	60 დღე
ბავშვებში	ციპროფლოქსაცინი: 10-15 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში (არაუმეტეს 1 გრ. დღეში) ან დოქსიციკლინი: >8 წ. და >45კგ: 500 მგ 2-ჯერ დღეში >8 წ. და ≤ 45კგ: 2.2 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში	7 – 10 დღე	60 დღე
ორსულებში	ციპროფლოქსაცინი: 500 მგ 2-ჯერ დღეში ან დოქსიციკლინი: 100 მგ 2-ჯერ დღეში	7 – 10 დღე	60 დღე
იმუნოკომპრომენტირებულ პირებში	იგივე რაც არაკომპრომენტირებულ პირებსა და ბავშვებში	7 – 10 დღე	60 დღე

ცხრილი N2. ფილტვის და გასტრო-ენტერალური ფორმის მკურნალობა

პაციენტის კატეგორია	სასტარტო ი.ვ თერაპია	პერორალური რეჟიმი (თერაპია გრძელდება 60 დღე. [ი.ვ. და პერორალური კომბინაცია])
მოზრდილებში	ციპროფლოქსაცინი: 400 მგ 2-ჯერ დღეში ან დოქსიციკლინი: 100 მგ 2-ჯერ დღეში და ერთი ან ორი ანტიბიოტიკი მგრძნობელობის მიხედვით. (რიფამპიცინი, ვანკომიცინი, პენიცილინი, ამპიცილინი, ქლორამფენიკოლი, იმიპენი, კლინდამიცინი, კლარიტრომიცინი)	მკურნალობა ტარდება ი.ვ. სასტარტო თერაპიით. მკურნალობა გრძელდება პერორალური თერაპიით კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით. ციპროფლოქსაცინი: 500მგ 2-ჯერ დღეში ან დოქსიციკლინი 100 მგ 2-ჯერ დღეში
ბავშვებში	ციპროფლოქსაცინი: 10-15 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში (არაუმეტეს 1 გრ დღეში) ან დოქსიციკლინი: >8 წ. და > 45კგ : 500მგ. 2-ჯერ დღეში >8 წ. და ≤ 45კგ: 2.2 მგ/კგ. 2-ჯერ დღეში.	მკურნალობა ტარდება ი.ვ. სასტარტო თერაპიით. მკურნალობა გრძელდება პერორალური თერაპიით კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით. ციპროფლოქსაცინი: 10-15 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში (არაუმეტეს 1 გრ დღეში) ან დოქსიციკლინი: >8 წ. და > 45კგ: 500 მგ 2-ჯერ დღეში >8 წ. და ≤ 45კგ.: 2.2 მგ/კგ 2ჯერ დღეში.
ორსულებში	ისევე როგორც მოზრდილებში (ამ ინფექციით სიკვდილობის მაღალი ხარისხი აჭარბებს ანტიბიოტიკოთერაპიის გამოყენების რისკს)	მკურნალობა ტარდება ი.ვ. სასტარტო თერაპიით. მკურნალობა გრძელდება პერორალური თერაპიით კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით.

8.6 გამოსავალი

კანის ფორმის შემთხვევაში, დროულად დაწყებული ანტიბაქტერიული მკურნალობის შედეგად გამოსავალი კეთილსაიმედოა.

ფილტვისა და გასტრო-ენტერალური ფორმისას შედეგი სავალალოა, რადგან დიაგნოზი ისმება მაშინ, როცა მკურნალობა უკვე დაგვიანებულია.

8.7 პროფილაქტიკა

- დაავადების პროფილაქტიკური ღონისძიებები;
- ვეტერინარულ სამსახურთან მჭიდრო კონტაქტი;
- ენდემურ ზონაში ტარდება ცხოველთა ვაქცინაცია;
- დაავადების შემთხვევაში ტარდება ცხოველთა იზოლაცია და გვამის დაწვა;
- ინფიცირებული ობიექტის გაუვნებელყოფა;
- პირები, რომლებიც იმყოფებიან კონტაქტში დაავადებულ ცხოველთან ან დაბინძურებულ პროდუქტთან, ექვემდებარებიან ექიმის მეთვალყურეობას ორი კვირის განმავლობაში;
- ვაქცინაცია უტარდებათ რისკ ჯგუფში მყოფ პირებს: მეცხოველეებს, ტყავზე და ბეწვზე მომუშავეებს, სამხედრო მოსამსახურეებს და ლაბორატორიულ მუშაკებს;
- პროტექტორული იმუნიტეტის შესანარჩუნებლად ტარდება ყოველწლიური რევაქცინაცია;
- ადამიანთა ვაქცინაციისათვის გამოიყენება ინაქტივირებული ჯილეხის საწინააღმდეგო ვაქცინა.

9. მოსალოდნელი შედეგები

ჯილეხის მართვის პროტოკოლის დანერგვა და გამოყენება ხელს შეუწყობს დაავადების დროულ დიაგნოსტიკასა და მკურნალობას, სწორად მოხდება პაციენტის მოთავსება შესაბამის კლინიკურ განყოფილებაში, დროულად შეფასდება დამატებითი ჩარევების, მათ შორის, მართვითი სუნთქვის საჭიროება, რის შედეგადაც შესაძლებელი იქნება ჯილეხის მძიმე გართულებების თავიდან აცილება, შესაბამისად, გაიზრდება კეთილსაიმედო გამოსავლები და შემცირდება ამ დაავადებით ლეტალობის მაჩვენებელი.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- ჯილეხზე საექვო რამდენ შემთხვევაში (%) მოხდა რეკომენდირებულ ვადებში ჰოსპიტალიზაცია და დიაგნოსტიკა?
- ჯილეხის მქონე პირთა დაგვიანებული ჰოსპიტალიზაციის რამდენ შემთხვევაში (%) განვითარდა გართულებები და სიკვდილი?
- რამდენ პაციენტს (%) ჩაუტარდა დრული, საწყისი ადექვატური ანტიბაქტერიული მკურნალობა?
- არასასურველი კლინიკური გამოსავლის რამდენ შემთხვევაში (%) იყო არაადექვატური ან დაგვიანებული ანტიბაქტერიული მკურნალობა?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა მიზანშეწონილია მოხდეს 2 წელიწადში.

12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები მოცემულია ცხრილში №3.

ცხრილი N3. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი		
ოჯახის ექიმი, სასწრაფო სამედიცინო მომსახურების სამსახურის ექიმები;	პრეკოსპიტალურ ეტაპზე, ჯილეხის საექვო შემთხვევის გამოვლენა და გაგზავნა შესაბამის დაწესებულებაში	სავალდებულო
ექიმი ინფექციონისტი	ჯილეხის საექვო შემთხვევების დროული დიაგნოსტიკა, კლინიკური შეფასება; კვლევის გეგმის შემუშავება და წარმართვა, მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილება, მიმდინარე მეთვალყურეობა	სავალდებულო
ინტენსიური თერაპიის განყოფილების ექიმი, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი	კლინიკური კონსულტაცია	საჭიროების შემთხვევაში
ექიმი ზოგადი ქირურგი		საჭიროების შემთხვევაში
ექიმი ნევროლოგი		
ექთანი	მედიკამენტური მკურნალობის შესრულება; ლაბორატორიული კვლევისათვის მასალის აღება და გაგზავნა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა, დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი	სასურველი
ლაბორატორია: სისხლის საერთო ანალიზი, C რეაქტიული პროტეინი	მკურნალობის თაობაზე გადაწყვეტილების მისაღებად	სავალდებულო
სეროლოგიური, მოლეკულური, ბაქტერიოსკოპიული და ბაქტერიოლოგიური კვლევის სერვისის უზრუნველყოფა	ჯილეხის დიაგნოსტიკისა და გამომწვევის იდენტიფიკაციისათვის	სავალდებულო
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა: რენტგენი კომპიუტერული ტომოგრაფია	დიაგნოზის დაზუსტება	საჭიროების შემთხვევაში

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

- პროტოკოლის რეკომენდაციები შესაძლოა შეიცვალოს სხვადასხვა სამედიცინო დაწესებულების დონეზე, დარგობრივი ექსპერტების ერთობლივი გადაწყვეტილებით/ კონსილიუმით, დაწესებულებაში არსებული მატერიალურ-ტექნიკური და ადამიანური რესურსების გათვალისწინებით.

- ცვლილება არ უნდა ეწინააღმდეგებოდეს პროტოკოლით გათვალისწინებულ ძირითად პრინციპებს.
- პროტოკოლის რეკომენდაციებსა და პრაქტიკულად შესასრულებელ სამუშაოებს შორის იმპლემენტაციის პროცესში გამოვლენილი შეუსაბამობების შესახებ დაუყოვნებლივ უნდა ეცნობოს პროტოკოლის შედგენაში მონაწილე ჯგუფს, რათა მოხდეს მათი გათვალისწინება პროტოკოლის ცვლილებების განხორციელებისას.

14. პროტოკოლის ავტორები

პროტოკოლი მიღებულია „საქართველოს ინფექციონისტთა, ჰეპატოლოგთა, პარაზიტოლოგთა, ეპიდემიოლოგთა და მიკრობიოლოგთა ასოციაციის მიერ“.

მარინა ენდელაძე - ექიმი ინფექციონისტი, ს.ს. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის განყოფილების გამგე;

ნაირა გოგებაშვილი - ს.ს. ინფექციური პათოლოგიის, შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის სამეცნიერო-პრაქტიკული ცენტრის ექიმი ინფექციონისტი.