

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ
ՀՐԱՄԱՆ

«05» մարտ 2020թ.

No 877 - Ա

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ 2020
ԹՎԱԿԱՆԻ ՀՈՒՆՎԱՐԻ 31-Ի ԹԻՎ 336-Ա ՀՐԱՄԱՆՈՒՄ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
ԿԱՏԱՐԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով «Նորմատիվ իրավական ակտերի մասին» Հայաստանի Հանրապետության 1-ին հոդվածի 2-րդ մասը, 33-րդ հոդվածը և ղեկավարվելով Հայաստանի Հանրապետության վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի N 728-Լ որոշման հավելվածով հաստատված Առողջապահության նախարարության կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետով, ինչպես նաև Հայաստանի Հանրապետությունում նոր կորոնավիրուսային վարակի (COVID-2019) դեմ պայքարի միջոցառումներն իրականացնելու նպատակով՝

Հ Ր Ա Մ Ա Յ ՈՒ Մ ԵՄ

1. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2020 թվականի հունվարի 31-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019թ. n-cov) պայմանավորված դեպքերի համաճարակաբանական դիտարկումը, դեպքերի համաճարակաբանական բնորոշումը, լաբորատոր հետազոտությունը և նմուշառումը, «մեղմ» արտահայտված ախտանշաններով հիվանդների տնային խնամքը և կոնտակտների բժշկական հսկողությունը, հիվանդի կլինիկական վարումը, ներհիվանդանոցային վարակի տարածման կանխարգելումը մեթոդական ուղեցույցը և նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019-ncov) զսպման / վարման միջոցների հավաքածուն (Ժամանակավոր) հաստատելու մասին» թիվ 336-Ա հրամանում (այսուհետ՝ Հրաման) կատարել հետևյալ փոփոխությունները.

1) Հրամանի հավելված 1-ի «Դեպքի ստանդարտ սահմանում» Ձև 1-ն ուժը կորցրած ճանաչել:

2) Հրամանի հավելված 1-ի 2-րդ գլուխը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.

**«2. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (COVID-19) ԴԵՊՔԵՐԻ
ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՐԱՆԱԿԱՆ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄԸ ԵՎ ԴԵՊՔԵՐԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՐԱՆԱԿԱՆ
ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ**

10. Գլոբալ համաճարակաբանական հսկողության հիմնական խնդիրներն են՝

- 1) Մշտադիտարկել հիվանդության միտումներն այնտեղ, որտեղ արձանագրվել է վարակի մարդուց մարդ փոխանցում,
- 2) Արագ հայտնաբերել նոր դեպքեր այն երկրներում, որտեղ վիրուսը չի շրջանառվում,
- 3) Տրամադրել համաճարակաբանական տեղեկություններ՝ ազգային, տարածաշրջանային և գլոբալ մակարդակներում ռիսկերի գնահատումներ իրականացնելու համար,
- 4) Տրամադրել համաճարակաբանական տեղեկություններ՝ պատրաստվածության և արձագանքման միջոցառումներն ուղղորդելու համար:

11. Դեպքի սահմանումներ՝ համաճարակաբանական հսկողության համար

Դեպքի սահմանումները հիմնված են առկա ընթացիկ տեղեկությունների վրա և կարող են վերանայվել՝ նոր տեղեկությունների առկայության դեպքում:

1) Կասկածելի դեպք

Ա. Պացիենտ, ով հիվանդ է սուր շնչառական հիվանդությամբ (բարձր ջերմություն և շնչառական հիվանդության առնվազն մեկ նշան/ախտանիշ (օր.՝ հազ, հևոց), **ԵՎ** չկա այլ պատճառ, որով լիովին կբացատրվի կլինիկական պատկերը, **ԵՎ** նախքան ախտանիշի սկսելը 14 օրվա ընթացքում ճանապարհորդել կամ բնակվել է այնպիսի երկրում/վայրում կամ տարածքում, որտեղ հաղորդում են COVID-19 հիվանդության ներքին փոխանցման մասին,

ԿԱՍ

Բ. Պացիենտ, ով հիվանդ է որևէ սուր շնչառական հիվանդությամբ **ԵՎ** ով նախքան ախտանիշի սկսվելը 14 օրվա ընթացքում շփում է ունեցել COVID-19-ի հաստատված կամ հավանական դեպքի հետ (տե՛ս կոնտակտավորի սահմանումը),

ԿԱՄ

Գ. Պացիենտ, ով հիվանդ է ծանր սուր շնչառական վարակով (բարձր ջերմություն և շնչառական հիվանդության առնվազն մեկ նշան/ախտանիշ (օր.՝ հազ, հևոց), ԵՎ որին պետք է հոսպիտալացնել ԵՎ չկա այլ պատճառ, որով լիովին կբացատրվի կլինիկական պատկերը:

2) Հավանական դեպք

Կասկածելի դեպք, երբ COVID-19-ի մասով հետազոտությունը վերջնական չէ:

3) Հաստատված դեպք

COVID-19 վարակի լաբորատոր հաստատմամբ պացիենտ՝ անկախ կլինիկական նշաններից ու ախտանիշներից:

12. Կոնտակտավորների հետագա համաճարակաբանական դիտարկում

1) Կոնտակտավորն այն անձն է, ով.

ա. Անմիջական խնամել է COVID-19-ով հիվանդներին՝ առանց անհատական պաշտպանության միջոցների,

բ. COVID-19-ով հիվանդի հետ սերտ շփում (այդ թվում՝ աշխատավայր, դասասենյակ, տուն, հավաքույթ),

գ. COVID-19-ով հիվանդի հետ կարճ հեռավորության վրա (1մ) ցանկացած տեսակի փոխադրամիջոցով ճանապարհորդելը դիտարկվող դեպքի մոտ ախտանիշները սկսելուց հետո 14 օրվա ընթացքում:

13. Ցուցումներ՝ համաճարակաբանական հսկողության տվյալներն ԱՀԿ-ին հաղորդելու համար.

1) Կոնկրետ դեպքերի մասին հաղորդում. ԱՀԿ-ն առաջարկում է, որ տվյալ երկիրը նոր կորոնավիրուսային վարակի հավանական և հաստատված դեպքերի մասին հաղորդում են դրանց նույնականացումից հետո 48 ժամվա ընթացքում՝ տրամադրելով տվյալներ՝ «Նոր կորոնավիրուս 2019-ի հաստատված և հավանական դեպքերի հաշվետվական ձև»-ում, ԱՀԿ-ի համապատասխան տարածաշրջանային գրասենյակում Միջազգային առողջապահական կանոնների ազգային համակարգողի և տարածաշրջանային կոնտակտային անձի միջոցով: Եթե առաջին հաշվետվությունը ներկայացնելու ժամանակ դեռևս հայտնի չէ հիվանդի հիվանդության ելքը, ապա այդ

հաշվետվության թարմացված տարբերակը պետք է տրամադրել ելքը հայտնի դառնալուց հետո հնարավորինս շուտ՝ առաջին հաշվետվությունից հետո ամենաուշը 30 օրվա ընթացքում:

2) Ագրեգացված տվյալներ օրական կտրվածքով. ԱՀԿ-ն առաջարկում է նոր հաստատված դեպքերի թիվը հաղորդել ըստ առաջին վարչական մակարդակի (օր.՝ մարզ, շրջան, նահանգ, համայնք) և մահացության:

3) Ագրեգացված տվյալներ շաբաթական կտրվածքով.

ա. հաստատված նոր դեպքերի թիվը շաբաթական կտրվածքով՝ COVID-19 վարակի հետազոտության դրական պատասխանով հիվանդներ,

բ. հավանական նոր դեպքերի թիվը շաբաթական կտրվածքով է լաբորատոր հետազոտության ոչ վերջնական արդյունքով հիվանդներ,

գ. COVID-19 վարակի հետևանքով մահվան նոր դեպքերի թիվը շաբաթական կտրվածքով,

դ. COVID-19 վարակով հոսպիտալացված նոր դեպքերի թիվը շաբաթական կտրվածքով

ե. COVID-19 վարակով նոր դեպքերի թիվը շաբաթական կտրվածքով, ովքեր բուժվել են մեխանիկական օդափոխության կամ արտամարմնային թաղանթային թթվածնացման միջոցով կամ ընդունվել են ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք,

զ. Նոր դեպքերի և մահվան նոր դեպքերի թիվը շաբաթական կտրվածքով՝ ըստ տարիքային խմբերի (օգտագործելով $0 < 2$, $2 < 5$, $5 < 15$, $15 < 50$, $50 < 65$ և 65 ու բարձր, կամ նմանատիպ տարիքային դասակարգում),

է. հաստատված դեպքերի և մահվան դեպքերի ընդհանուր սեռային հարաբերակցությունը,

ը. կատարված լաբորատոր հետազոտությունների ընդհանուր թիվը,

թ. COVID-19 վարակի մասով դրական հետազոտությունների ընդհանուր թիվը,

ժ. հնարավորության սահմաններում, հետագա հսկողության տակ գտնվող կոնտակտավորների թիվը և հայտնաբերված նոր կոնտակտավորների թիվը:»:

Սերյո ֆիզիկական շփում համարվում է.

1) Հիվանդի խնամքով պայմանավորված շփում ներառյալ.

ա. Նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված պացիենտների ուղղակի խնամք,

բ. Նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված բուժաշխատողների հետ շփում, նոր կորոնավիրուսով (2019-nCoV) վարակված հիվանդի այցելություն կամ նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված պացիենտի հետ միևնույն միջավայրում գտնվելը,

գ. նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված պացիենտի հետ աշխատելը կամ միևնույն սենքում սովորելը,

դ. նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված պացիենտի հետ ճանապարհորդելը ցանկացած տեսակի փոխադրամիջոցով,

ե. նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված պացիենտի հետ ապրելը:

3) Հրամանի հավելված 1-ի 6-րդ գլուխը շարադրել հետևյալ խմբագրությամբ.

«6. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (2019-NCOV) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՎԱՐՈՒՄԸ

46. Ստորև ներկայացված են ծանր սուր շնչառական վարակով՝ ԾՍՇՎ (*SARI, Severe acute respiratory infection*) հոսպիտալացված չափահաս կամ մանկական տարիքի պացիենտների կլինիկական վարման համար, երբ առկա է նոր կորոնավիրուսի կասկած: Այն չի նախատեսում փոխարինել կլինիկական դատողությանը կամ մասնագետների խորհրդատվությանը, այլ՝ միտված է կատարելագործել պացիենտների կլինիկական վարումը և տրամադրել արդիական խորհրդատվություն: ԾՍՇՎ-ի համար լավագույն պրակտիկան, ներառյալ՝ վարակի կանխարգելում և հսկողություն (*IPC Infection Prevention and Control*): Վարակի կանխարգելումը և հսկողությունը և օպտիմալ աջակցող բուժօգնությունն էական նշանակություն ունեն ծանր հիվանդների վարման համար:

47. Հետևյալ նշաններն օգտագործվում են միջամտությունները տարբերանշելու համար՝

✓ Կատարել՝ միջամտությունն օգտակար է (հաստատուն խորհրդատվություն) կամ միջամտությունը լավագույն պրակտիկայի պնդումն է:

X Չանել՝ միջամտությունը համարվում է վնասակար:

! Նկատի առնել՝ միջամտությունը կարող է օգտակար լինել ընտրովի պացիենտների համար (պայմանական խորհրդատվություն) կամ միջամտությունը նախատեսելիս զգուշանալ:

48. Տեսակավորում՝ նոր կորոնավիրուսի վարակի հետ ասոցացվող Ծանր սուր շնչառական վարակով պացիենտների վաղ հայտնաբերում.

✓ Տեսակավորում՝ հայտնաբերել և առանձնացնել ԾՍՇՎ-ով հիվանդ բոլոր պացիենտներին բժշկական կազմակերպության հետ առաջին կապի/կոնտակտի դեպքում (օրինակ՝ անհետաձգելի բժշկական միջամտության բաժանմունք): Նոր կորոնավիրուսը համարել որպես ԾՍՇՎ-ի համար հնարավոր գործոն որոշակի հանգամանքների առկայության դեպքում (տես Աղյուսակ 1): Տեսակավորել պացիենտներին և սկսել անհետաձգելի բուժօգնություն՝ ելնելով հիվանդության ծանրության աստիճանից:

Նկատարում. Նոր կորոնավիրուսը կարող է դրսևորվել թեթև, միջին ծանրության և ծանր հիվանդության տեսքով. Վերջինս ներառում է ծանր թոքաբորբը, ARDS (Սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշ /Acute respiratory distress syndrome), սեպսիսը և սեպտիկ շոկը: Կասկածելի պացիենտների վաղ հայտնաբերումը թույլ է տալիս ժամանակին կազմակերպել վարակի կանխարգելում և հսկողություն (տես Աղյուսակ 3): Ծանր դրսևորումներով պացիենտների վաղ հայտնաբերումը (տես Աղյուսակ 2) թույլ է տալիս իրականացնել անհապաղ օպորիմալ աջակցող բուժօգնություն և անվնաս, արագ ընդունում (ուղեգրում) ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք՝ համաձայն ինտրիտուցիոնալ կամ ազգային գործելակարգերի: Հիվանդության մեղմ ընթացքով պացիենտների համար հնարավոր է հոսպիտալացում չպահանջվի, մինչև մտահոգություն չառաջանա վիճակի արագ վատացման համար: Հիվանդանոցից դուրս գրված բոլոր պացիենտներին պետք է առաջարկել վերադառնալ հիվանդանոց՝ վիճակի վատացման դեպքում:

Աղյուսակ 1

Նոր կորոնավիրուսային վարակով (COVID-19) պայմանավորված ծանր սուր շնչառական վարակով պացիենտների նկարագրություն

SARI Ծանր սուր շնչառական վարակ	Տենդի կամ բարձր $\geq 38^{\circ}$ C ջերմության և հազի անամնեզով սուր շնչառական վարակ, սկիզբը՝ վերջին 10 օրերի ընթացքում և հոսպիտալացում է պահանջվում: Թերևս, տենդի բացակայությունը չի բացառում վարակը:
Համաճարակաբանական հսկողության դեպքերի սահմանումներ՝ Նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019-nCoV)	1. ԾՍՇՎ-ով պացիենտ՝ տենդի և հազի անամնեզով, որը պահանջում է հոսպիտալացում, և որը չի կապվում այլ էթիոլոգիայի հետ, որով լիովին հիմնավորվում են կլինիկական դրսևորումները ¹ (կլինիցիստները նաև պետք է զգոն լինեն ատիպիկ դրսևորումների հնարավորության

<p>համար</p>	<p>նկատմամբ՝ ընկճված իմուն համակարգով պացիենտների մոտ),</p> <p>և առկա է ներքոհիշյալից որևէ մեկը՝</p> <p>ա. անամնեզում առկա է ուղևորություն դեպի Վուհան, Չինաստանի Հուբեյի նահանգ՝ նախքան ախտանիշի սկսելը 14 օրերի ընթացքում կամ</p> <p>բ. հիվանդությունն առաջանում է բուժաշխատողի մոտ, ով բժշկական օգնություն է տրամադրել ԾՍՇՎ-ով պացիենտների՝ հաշվի չառնելով բնակության վայրը և ուղևորության պատմությունը կամ</p> <p>գ. պացիենտի մոտ առաջանում է անսովոր և անսպասելի կլինիկական ընթացք, մասնավորապես՝ հանկարծակի վատացում՝ չնայած համապատասխան բուժմանը՝ հաշվի չառնելով բնակության վայրը կամ ուղևորության պատմությունը, նույնիսկ եթե հայտնաբերվել է այլ էթիոլոգիա, որը լիովին բացատրում է կլինիկական դրսևորումը:</p> <p>2. Ծանրության որևէ աստիճանի սուր շնչառական հիվանդությունով անձ, ով հիվանդության սկսելուց առաջ 14 օրվա ընթացքում գտնվել է հետևյալ իրավիճակներում՝</p> <p>ա) ունեցել է սերտ ֆիզիկական շփում նոր կորոնավիրուսի հաստատված վարակի դեպքով (հիվանդության ախտանիշներով) հիվանդի հետ կամ</p> <p>բ) գտնվել է այն բժշկական կազմակերպությունում՝ անկախ երկիր, որտեղ նոր կորոնավիրուսով ասոցացված ներհիվանդա-նոցային վարակ է արձանագրվել:</p>
--------------	---

Նոր կորոնավիրուսով (COVID-19) վարակի հետ կապված կլինիկական

համախտանիշեր

<p>Առանց բարդությունների հիվանդություն</p>	<p>Վերին շնչուղիների վիրուսային՝ առանց բարդությունների ընթացող վարակների դեպքում պացիենտը կարող է ունենալ այնպիսի ոչ սպեցիֆիկ ախտանիշներ, ինչպիսիք են ջերմություն, հազ, կոկորդի ցավ, քթի փակվածություն, անաշխատունակություն, գլխացավ, մկանային ցավ կամ թուլություն. Ծերերի կամ իմունային համակարգի անբավարարությամբ հիվանդների մոտ կարող են դրսևորվել ատիպիկ ախտանիշներ: Այս պացիենտների մոտ կարող է ջրազրկման, սեպսիսի կամ շնչառական անբավարարության որևէ նշան չդրսևորվել:</p>
<p>Թեթև ընթացքով թոքաբորբ</p>	<p>Առանց ծանր թոքաբորբի նշաններով պացիենտներ. առանց ծանր թոքաբորբի նշաններով երեխայի մոտ լինում է հազ կամ դժվարաշնչություն + արագացած շնչառություն (<2 ամսական- ≥60, 2-11 ամսական ≥50, 1-5 տարեկան ≥40 և ծանր թոքաբորբի ախտանիշների բացակայություն)</p>
<p>Ծանր թոքաբորբ</p>	<p>Դեռահասներ կամ հասուն տարիքի մարդիկ. ջերմություն կամ շնչառական օրգանների վարակի կասկած և շնչառության հաճախականությունը՝ >30 շնչառություն/րոպե, ծանր շնչառական դիստրես, կամ SpO2 <90% սենյակային օդի պայմաններում Հազով կամ դժվարաշնչությունով երեխայի մոտ + առնվազն հետևյալ ախտանիշներից մեկը. Կենտրոնական ցիանոզ կամ SpO2 <90%, ծանր շնչառական դիստրես (օր.՝ աղմկոտ շնչառություն, կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշում), թոքաբորբի ախտանիշներ՝ ընդհանուր վտանգավոր նշաններով. շնչելու, կրծքով սնվելու անկարողություն, լեթարգիա կամ գիտակցության կորուստ կամ ցնցումներ: Կարող են դրսևորվել թոքաբորբի այլ ախտանիշներ. կրծքավանդակի ներանկում, արագաշնչություն (<2 ամսական՝ ≥60; 2-11 ամսական՝ ≥50; 1-5 տարեկան՝ ≥40²): Ախտորոշումն իրականացվում է կլինիկական ախտանիշների հիման վրա, կրծքավանդակի ռենտգենոգրաֆիան կարող է բացառել բարդությունները:</p>
<p>Սուր շնչառական դիստրես համախտանիշ</p>	<p>Սկիզբը. հիվանդության սկզբից սկսած մեկ շաբաթվա ընթացքում նոր սկսվող կամ ծանրացող շնչառական ախտանշաններ: Գործիքային հետազոտությամբ (կրծքավանդակի ռենտգենոգրաֆիա, ՀՇ կամ թոքերի գերձայնային հետազոտություն) հայտնաբերվում է երկկողմանի անթափանցիկություն, որը լիովին չի բացատրվում է, որ</p>

	<p>պայմանավորված է էֆուզիաներով, բլթային կամ թոքային կոլլապսով:</p> <p>Այտուցի ծագումը. շնչառական անբավարարություն՝ չպայմանավորված սրտային անբավարարությունով կամ հեղուկի ծանրաբեռնվածությամբ:</p> <p>Անհրաժեշտություն կա օբյեկտիվ գնահատման, օր՝ էխոսրտագրություն, բացառելու համար</p> <p>այտուցի հիդրոստատիկ պատճառը, եթե դիսկի գրրծոն առկա չէ:</p> <p>Օքսիգենացում/թթվածնացում (չափահասներ):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Մեղմ ARDS: $200 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ (PEEP կամ CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, 7ով կամ ոչ օդափոխանցված 8) 2) Միջին ծանրության ARDS: $100 \text{ mmHg} < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mmHg}$ PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, 7 կամ ոչ օդափոխանցված 8) 3) Ծանր ARDS: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mmHg}$ PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, 7 կամ ոչ օդափոխանցված 8) 4) Երբ PaO_2 առկա չէ, $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$ խոսում է ARDS-ի մասին (ներառյալ ոչ օդափոխանցված պացիենտների մոտ) <p>Օքսիգենացում (երեխաներ; ծանոթություն. $\text{OI} = \text{օքսիգենացման ինդեքս}$ և $\text{OSI} = \text{օքսիգենացման ինդեքս՝ օգտագործելով SpO}_2$):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Երկմակարդակ ոչ ինվազիվ օդափոխանցում՝ NIV (Non invasive ventilation) կամ Շարունակական օդի դրական ճնշում՝ CPAP (Continuous positive air pressure) $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$ ամբողջական դեմքի դիմակի միջով: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$ կամ $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$ 2) Թեթև ARDS (ինվազիվ օդափոխանցված): $4 \leq \text{OI} < 8$ կամ $5 \leq \text{OSI} < 7.5$ 3) Թեթև ARDS (ինվազիվ օդափոխանցված): $8 \leq \text{OI} < 16$ կամ $7.5 \leq \text{OSI} < 12.3$ 4) Ծանր ARDS (ինվազիվ օդափոխանցված): $\text{OI} \geq 16$ կամ $\text{OSI} \geq 12.3$
<p>Սեպսիս</p>	<p>Չափահասներ. օրգանի կյանքին սպառնացող դիսֆունկցիա՝ պայմանավորված հիվանդությունը կրողի չկարգավորված ռեակցիայով կասկածվող կամ հաստատված վարակի հանդեպ, որն ուղեկցվում է օրգանի դիսֆունկցիայով: Օրգանի դիսֆունկցիայի նշաններն են՝ փոփոխված մտավոր կարգավիճակ, դժվարաշնչություն կամ հաճախաշնչություն, ցածր թթվածնահագեցածություն, մեզի կրճատված արտազատում, հաճախասրտություն, թույլ զարկերակ, սառը վերջույթներ կամ ցածր արյան ճնշում, բժերով ծածկված մաշկ, լաբորատոր փաստեր կրագուլոպատիայի, տրոմբոցիտոպենիայի, ացիդոզի, բարձր լակտատի և հիպերբիլիռուբինեմիայի վերաբերյալ:</p>

	<p>Երեխաներ՝ կասկածվող կամ հաստատված վարակ ≥ 2 SIRS չափանիշ, որոնցից մեկը պետք է լինի ոչ նորմալ ջերմություն կամ արյան սպիտակ գնդիկների քանակը:</p>
<p>Սեպտիկ շոկ</p>	<p>Չափահասներ՝ շարունակ պահպանվող հիպոտենզիա՝ անկախ հեղուկի ծավալի վերականգնումից, միջին զարկերակային ճնշումը՝ MAP (Mean arterial pressure) ≥ 65 mmHg և սերումի լակտատի մակարդակը > 2 mmol/L պահպանելու համար պահանջվող վազոպրեսորներ:</p> <p>Երեխաներ՝ (հիմնված է¹²) որևէ հիպոտենզիա (SBP < 5-րդ սենտիլ կամ > 2 SD նորմայից ցածր այդ տարիքի համար) կամ 2-3-ը հետևյալներից. խանգարված մտավոր կարգավիճակ, տախիկարդիա կամ բրադիկարդիա (HR-սրտի հաճախականությունը < 90 bpm կամ > 160 bpm նորածինների մոտ և HR < 70 bpm կամ > 150 bpm՝ երեխաների մոտ); մազանոթների լցվելու ժամանակի երկարում (> 2 վայրկյան) կամ տաք անոթալայնացում կապող զարկերակներով; տախիպնեա; բծերով ծածկված մաշկ կամ պետեխիալ կամ մանուշակագույն ցան; բարձրացած լակտատ, օլիգուրիա, հիպերթերմիա կամ հիպոթերմիա:</p>

Հապավումներ.

- ARI- acute respiratory infection՝ սուր շնչառական վարակ
- BP- blood pressure՝ արյան ճնշում; bpm, beats/minute՝ րոպեում զարկերի քանակը
- CPAP- continuous positive airway pressure՝ շարունակվող դրական օդի ճնշում
- FiO2, fraction of inspired oxygen՝ ներշնչվող թթվածնի բաժին/մաս
- MAP- mean arterial pressure՝ միջին զարկերակային ճնշում
- NIV- noninvasive ventilation՝ ոչ ինվազիվ օդափոխանցում
- OI- Oxygenation Index՝ օքսիգենացման ինդեքս
- OSI, Oxygenation Index using SpO2՝ Օքսիգենացման ինդեքս՝ օգտագործելով SpO2
- PaO2, partial pressure of oxygen՝ թթվածնի մասնակի ճնշում
- PEEP- positive end-expiratory pressure՝ արտաշնչման վերջում դրական ճնշում;
- SBP- systolic blood pressure՝ սիստոլիկ արյան ճնշում
- SD- standard deviation՝ ստանդարտ շեղում
- SIRS- systemic inflammatory response syndrome՝ համակարգային բորբոքային արձագանքման ախտանիշ
- SpO2- oxygen saturation՝ թթվածնի հագեցվածություն.
- *Եթե ավելի բարձր է, քան 1000մ, ապա ուղղման գործոն հաշվարկվում է $PaO2/FiO2 \times$ Բարոմետրիկ ճնշում/760.
- *SOFA միավորները տատանվում են 0 մինչև 24 և ներառում են միավորներ՝ կապված 6 օրգան-համակարգի հետ՝ շնչառական (հիպօքսեմիա՝ սահմանված ցածր $PaO2/FiO2$), կոագուլյացիա (ցածր թրոմբոցիտներ), լյարդ (բարձր բիլիռուբին), սիրտանոթային

(հիպոտենզիա), կենտրոնական նյարդային համակարգ (գիտակցության ցածր մակարդակ/աստիճան՝ սահմանված Գլազգոյի Կոմայի Սանդղակի) և երիկամային (մեզի ցածր արտազատում կամ բարձր կրեատինին):

Սեպսիսը սահմանվում է հաջորդական[Սեպսիսի հետ առնչվող] օրգանի անբավարարության գնահատման (SOFA: *Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment*) միավորների ≥ 2 միավոր սանդղակով: Ենթադրվում է, որ ելակետային միավորը զրո է, եթե տվյալները բացակայում են:

49. Վարակի կանխարգելման և հսկողության (այսուհետ՝ ՎԿՀ) պատշաճ միջոցառումների իրականացում.

1) ՎԿՀ հանդիսանում է պացիենտների կլինիկական վարման կարևոր և անբաժանելի մասը և իրականացվում է պացիենտի՝ հիվանդանոց տեղափոխման առաջին իսկ պահից (սովորաբար անհետաձգելի բուժօգնության բաժանմունքում): Բժշկական կազմակերպությունների անձնակազմի անհրաժեշտ է մշտապես կիրառել նախազգուշության ստանդարտ ընթացակարգեր, որոնք ներառում են ձեռքերի հիգիենան, պացիենտների արյան, մարմնի հեղուկների, արտազատումների (ներառյալ շնչառական արտազատումների) և վնասված մաշկի հետ անմիջական շփումից խուսափելու համար անհատական պաշտպանիչ միջոցների կիրառումը: Նախազգուշության ստանդարտ ընթացակարգերը ներառում են նաև ծակոցների կամ կտրող առարկաների հետևանքով վնասվածքների կանխարգելումը, թափոնների անվտանգ կառավարումը, սարքավորումների մաքրումն ու մանրէազերծումը, և տարածքի մաքրումը:

Ինչպե՞ս իրականացնել վարակի կանխարգելման և հսկողության միջոցառումներ կորոնավիրուսի կասկածելի կամ հաստատված դեպքերի շրջանում

Նախնական զննման ժամանակ	Կասկածելի պացիենտին տալ բժշկական դիմակ և վերջինիս ուղորդել դեպի առանձնացված տարածք, կամ առկայության դեպքում մեկուսացման սենյակ: Առնվազն 1 մետր հեռավորություն պահպանել կասկածելի պացիենտի և այլ պացիենտների միջև: Բոլոր պացիենտներին ցուցում տալ հազալուց կամ փռշտալուց քիթը և բերանը ծածկել անձեռոցիկով կամ արմունկի ծալքով: Շնչառական արտազատումների հետ շփումից հետո իրականացնել ձեռքերի հիգիենա:
Օդակաթիլային ճանապարհով վարակման կանխարգելում	Օդակաթիլային ճանապարհով վարակման կանխարգելման միջոցները կանխում են շնչառական վարակների տարածումը: Պացիենտից 1-2 մետր հեռավորության վրա աշխատելիս անհրաժեշտ է օգտագործել բժշկական դիմակ: Պացիենտներին տեղավորել առանձին սենյակներում, կամ խմբավորել ըստ էթիոլոգիայի: Եթե էթիոլոգիական ախտորոշումը հնարավոր չէ, պացիենտներին խմբավորել ըստ նույն կլինիկական ախտորոշման և, ելնելով համաճարակաբանական առանձնահատկություններից՝ ապահովել տարածքային առանձնացում: Շնչառական ախտանշաններ (հազ կամ փռշտոց) ունեցող պացիենտների խնամք իրականացնելիս օգտագործել աչքերի պաշտպանության միջոցներ (դիմակ կամ ակնոցներ), քանի որ կարող են տեղի ունենալ արտազատումներ: Սահմանափակել հաստատության մեջ պացիենտների տեղաշարժը և ապահովել, որպեսզի պացիենտները կրեն բժշկական դիմակներ իրենց սենյակներից դուրս գտնվելու ընթացքում:
Նախազգուշացում կոնտակտի ժամանակ	Օդակաթիլային ճանապարհով վարակման և կոնտակտի ժամանակ նախազգուշացումը կանխարգելում է վարակի ուղղակի կամ անուղղակի տարածումը վարակված մակերեբեսների կամ սարքավորումների հետ շփման ժամանակ (այսինքն վարակված թթվածնի խողովակների/մակերեբեսների հետ շփման արդյունքում): Սենյակ մտնելիս օգտագործել բժշկական դիմակ, աչքերի պաշտպանություն, ձեռնոցներ և խալաթ, և դուրս գալուց հանել դրանք: Հնարավորության դեպքում օգտագործել մեկանգամյա օգտագործման կամ հատուկ պարագաներ (օր.՝ ստետոսկոպներ, զարկերակային ճնշման չափման մանժետներ և ջերմաչափեր): Պարագաները տարբեր պացիենտների կողմից օգտագործելու դեպքում՝ մաքրել և մանրէազերծել յուրաքանչյուր պացիենտից հետո: Ապահովել, որ բուժաշխատողները զերծ մնան հավանական ախտոտված ձեռնոցներով կամ առանց ձեռնոցների ձեռքերով իրենց աչքերին, քթին և բերանին դիպչելուց: Խուսափել պացիենտների խնամքի

	<p>հետ ուղղակիորեն չկապված մակերերևույթների վարակումից (օր.՝ դռների բռնակներ, լույսի անջատիչներ): Ապահովել սենյակների պատշաճ օդափոխություն: Խուսափել պացիենտների տեղաշարժից կամ տեղափոխումից: Իրականացնել ձեռքերի հիգիենա:</p>
<p>Աէրոզոլ գեներացնող գործողությունների ժամանակ ապահովել վարակի օդակաթիլային տարածման կանխում</p>	<p>Ապահովել բուժաշխատողների կողմից աէրոզոլ գեներացնող գործողություններ իրականացնելիս (օր.՝ շնչառական ուղիների բաց արտածծում (suctioning), ինտուբացիա, բրոնխոսկոպիա, թոքսրտային ռեանիմացիա (resuscitation) անհատական օգտագործում, ներառյալ ձեռնոցներ, երկար թևքերով խալաթներ, աչքերի պաշտպանություն, և fit-tested particulate մասնիկների ռեսպիրատորներ (N95 կամ համարժեք, կամ ավելի բարձր կարգի պաշտպանություն): Աէրոզոլ գեներացնող գործողություններ իրականացնելիս հնարավորության դեպքում օգտագործել պատշաճ կերպով օդափոխված առանձնասենյակներ, այսինքն բացասական ճնշմամբ սենյակներ մեկ ժամի ընթացքում առնվազն 12 օդափոխումներով, կամ առնվազն 160 լիտր/վարկյան/պացիենտ բնական օդափոխությամբ հաստատություն-ներում (meaning negative pressure rooms with minimum of 12 air changes per hour or at least 160 litres/second/patient in facilities with natural ventilation): Խուսափել սենյակներում կողմնակի անձանց ներկայությունից: Նույն սենյակում տարբեր պացիենտների խնամք իրականացնել միայն մեխանիկական օդափոխությունից հետո:</p>

2) Վաղ աջակցող թերապիա և վերահսկում. անմիջապես տալ լրացուցիչ թթվածնային թերապիա ԾՍՇՎ և շնչառական խանգարումներ, հիպոքսեմիա կամ շոկ ունեցող պացիենտներին:

Նկատառում. Իրականացնել թթվածնային թերապիա՝ 5 լ/րոպեում, և տիտրել հոսքի արագությունը՝ ապահովելու համար նպատակային SpO2 $\geq 90\%$ ոչ-հղի մեծահասակների համար և SpO2 $\geq 92-95\%$ հղի պացիենտների համար: Անհանգստացնող նշաններ ունեցող երեխաները (օբստրուկտիվ շնչառություն կամ նրա բացակայություն, սուր շնչառական խնդիրներ, կենտրոնական ցիանոզ, շոկ, կոմա կամ կոնվուլսիաներ) պետք է ստանան թթվածնային թերապիա վերակենդանացման ժամանակ SpO2 $\geq 94\%$ հասնելու համար: Այլապես՝ նպատակային SpO2 կազմում է $\geq 90\%$: Բոլոր այն տարածքները, որտեղ իրականացվում է ԾՍՇՎ ունեցող պացիենտների խնամք, պետք է լինեն հագեցած պուլսօքսիմետրերով pulse oximeters, գործող թթվածնային համակարգերով և մեկանգամյա օգտագործման թթվածնի մատակարարման պարագաներով interfaces (քթային կատետր nasal cannula, պարզ դիմակ և ռեգերվուար պարկով դիմակ): Կորոնավիրուսով վարակված պացիենտների թթվածնային պարագաների հետ աշխատանքի ընթացքում կիրառել համապատասխան նախազգուշացման միջոցներ:

3) Օգտագործել կոնսերվատիվ հեղուկների կառավարում ԾՍՇՎ ունեցող պացիենտների դեպքում, երբ առկա չեն շոկի նշաններ:

Նկատառում՝ ԾՍՇՎ ունեցող պացիենտները պետք է զգուշորեն բուժվեն ներերակային հեղուկով, քանի որ ագրեսիվ տրանսֆուզիան/վերակենդանացումը (resuscitation) կարող է վատացնել թթվածնավորումը, մասնավորապես՝ մեխանիկական օդափոխման սահմանափակ պայմաններ ունեցող տարածքներում:

4) Նշանակել էմպիրիկ հակամանրէային միջոցներ ԾՍՇՎ առաջացնող բոլոր հավանական պաթոգենները բուժելու համար: Նշանակել հակամանրէային միջոցներ սեպսիս ունեցող պացիենտներին վերջիններիս նախնական հետազոտությունից հետո՝ մեկ ժամվա ընթացքում:

Նկատառում. չնայած պացիենտի մոտ կարող է կասկածվել կորոնավիրուսի առկայություն՝ սեպսիս հայտնաբերելու դեպքում ՄԵԿ ժամվա ընթացքում անհրաժեշտ է տալ համապատասխան էմպիրիկ հակամանրէաբանական միջոցներ: Էմպիրիկ հակամանրէաբանական բուժումը պետք է հիմնված լինի կլինիկական ախտորոշման վրա (դրսում ձեռք բերված թոքաբորբ, բուժօգնության հետ կապված թոքաբորբ [երբ վարակումը տեղի է ունեցել բուժաստատությունում], կամ սեպսիս), առկա համաճարակաբանական տվյալների, ինչպես նաև բուժման ուղեցույցների վրա: Էմպիրիկ թերապիան ներառում է նեյրամինիդազի ինհիբիտորներ գրիպի բուժման համար, երբ առկա է տեղային ցիրկուլյացիա կամ այլ ռիսկի գործոն, ներառյալ ճամփորդություններ կամ կենդանական գրիպի վիրուսների հետ շփում: Էմպիրիկ թերապիան պետք է նվազեցվի միկրոկենսաբանական արդյունքներից և կլինիկական դատողությունից ելնելով:

5) Սովորականի պես չնշանակել համակարգային կորտիկոստերոիդներ վիրուսային թոքաբորբի կամ Սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշի (ՍՇԴՀ) բուժման համար կլինիկական փորձարկումներից դուրս՝ բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք ցուցված են այլ պատճառներով:

Նկատառում. ԾՍՇՎ ունեցող պացիենտներին շրջանում կորտիկոստերոիդների կիրառման հետազոտությունների պարբերական ուսումնասիրությունները վկայել են, որ դրանք չեն ազդում վիճակի լավացման վրա և չեն հանգեցնում հնարավոր վնասների (avascular նեկրոզ, փսիխոզ, դիաբետ և ուշացած վիրուսային մաքրում): Գրիպի հետազոտությունների պարբերական ուսումնասիրությունները ցույց են տվել մահացության և երկրորդային վարակների առավել բարձր ռիսկ կորտիկոստերոիդների արդյունքում, ապացույցները գնահատվել են որպես շատ ցածր կամ ցածր որակի՝ ցուցումների համաձայն դրանց խառնման հետևանքով: Հետագա ուսումնասիրությունը, որը ներառել է այս սահմանափակումը համապատասխանեցվելով ժամանակի ընթացքում փոփոխվող լրացուցիչ գործոններին համաձայն, որևէ ազդեցություն չի հայտնաբերել մահացության վրա: Ի վերջո, Մերձավոր Արևելքի շնչառական համախտանիշի (NERS-CoV) համար կորտիկոստերոիդներ ստացող պացիենտների վերջին հետազոտության ընթացքում կիրառվել է նույն վիճակագրական մոտեցումը և կորտիկոստերոիդների որևէ

ազդեցություն մահացության վրա չի հայտնաբերվել, բացառությամբ ստորին շնչուղիների՝ Մերձավոր Արևելքի շնչառական համախտանիշի (NERS-CoV) ուշացված մաքրում: Հաշվի առնելով արդյունավետության բացակայությունը և հնարավոր վնասը՝ կորտիկոստերոիդներից անհրաժեշտ է խուսափել, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք ցուցված են այլ պատճառներով: Սեպսիսի դեպքում կորտիկոստերոիդների կիրառումը ներկայացված է 31-րդ կետում:

6) Ուշադիր հետևել ԾՍՇՎ ունեցող պացիենտներին՝ կլինիկական վատացումների նշանները հայտնաբերելու նպատակով՝ ինչպիսիք են արագ զարգացող շնչառական անբավարարությունը և սեպսիսը, և անմիջապես իրականացնել աջակցող խնամք:

Նկատառում. Ժամանակին, արդյունավետ և անվտանգ աջակցող թերապիաների կիրառումն արագորեն զարգացող նոր կորոնավիրուսով 2019-nCoV վարակով պայմանավորված պացիենտների բուժման անկյունաքարն է:

7) Պարզաբանել պացիենտի հարակից հիվանդությունների վիճակը՝ հիվանդության վարման ուղղությունը սահմանելու և կանխատեսումները գնահատելու նպատակով: Անհրաժեշտ է ժամանակին հաղորդակցվել պացիենտի և նրա ընտանիքի անդամների հետ:

Նկատառում. ԾՍՇՎ ինտենսիվ խնամքի ժամանակ սահմանել, թե որ շարունակական թերապիաները պետք է շարունակվեն և որ թերապիաները պետք է ժամանակավորապես դադարեցվեն: Ակտիվ հաղորդակցվել պացիենտների և ընտանիքի անդամների հետ, ցուցաբերել աջակցություն և տրամադրել կանխատեսումների վերաբերյալ տեղեկատվություն:

8) Լաբորատոր ախտորոշման համար նմուշների հավաքագրում.

ա. Թոքաբորբ և սեպսիս առաջացնող մանրէների համար արյան նմուշառումն առավել նպատակահարմար է իրականացնել հակամանրէային թերապիայից առաջ: **Չհետաձգել** հակամանրէային թերապիան արյան նմուշառման համար:

բ. Նմուշներ վերցնել ինչպես վերին շնչուղիներից (ՎՇ, նազոֆարինգեալ և օրոֆարինգեալ), այնպես էլ ստորին շնչուղիներից (ՍՇ, արտանետվող խորխ, էնդոտրախեսալ նյութ կամ բրոնխոալվեոլար լվացում) «իրական ժամանակում ՊՇՌ» հետազոտության համար: Բժիշկները կարող են որոշել հավաքել միայն ՍՇ նմուշներն այն ժամանակ, երբ վերջիններս լինեն հեշտությամբ հասանելի (օր.՝ մեխանիկական վենտիլյացիայի ենթարկվող պացիենտներ):

9) Ախտորոշման նպատակներով շճաբանական հետազոտությունը խորհուրդ է տրվում միայն երբ առկա չէ RT-PCR.

Նկատառում՝ Նմուշների հավաքագրման համար օգտագործել անհատական պաշտպանիչ միջոց (կաթիլային կուլտուրաների և կոնտակտից պաշտանվելու համար ՎՇ-ի և օդակաթիլային փոխանցման նախազգուշական միջոցներ ՍՇ-ի նմուշների հավաքման դեպքում): ՎՇ նմուշներ հավաքելու ժամանակ օգտագործել տամպոններ (ստերջ Դակրոն կամ վիսկոզ, ոչ բամբակ) և վիրուսների տեղափոխման միջավայր (*viral transport media*): Նմուշներ չվերցնել քթանցքերից կամ նշագեղձերից: Նոր կորոնավիրուսի կասկածով, մասնավորապես՝ թոքաբորբ կամ սուր հիվանդություն ունեցող պացիենտների դեպքում մեկ ՎՇ նմուշը չի ապահովում ախտորոշումը, և խորհուրդ է տրվում վերցնել լրացուցիչ ՎՇ և ՍՇ նմուշներ: ՍՇ (ի տարբերություն ՎՇ): Բուժաշխատողները կարող են վերցնել միայն ՍՇ նմուշներ, երբ վերջիններս հասանելի են (օր.՝ մեխանիկական վենտիլյացիայի ենթարկվող պացիենտների մոտ): Անհրաժեշտ է խուսափել խորխի ստացումից induction աերոզոլների փոխանցման բարձր ռիսկի պատճառով: SARS և MERS դեպքերի մոտ գրանցվել են երկակի վարակներ այլ վիրուսային շնչառական վարակների հետ: Այս փուլում անհրաժեշտ են մանրամասն մանրէաբանական հետազոտություններ բոլոր կասկածելի դեպքերի մոտ: Ինչպես ՎՇ, այնպես էլ ՍՇ նմուշները կարող են թեստավորվել այլ շնչառական վարակների համար, ինչպիսիք են Ա և Բ գրիպը (ներառյալ՝ զոնոզ գրիպը), ռեսպիրատոր սինցիտիալ վիրուս, պարագրիպ, ռինովիրուսները, ադենովիրուսները, էնտերովիրուսները (օր.՝ EVD68), մարդու մետապնևմովիրուսը և մարդու կորոնավիրուսները (օր.՝ HKU1, OC43, NL63 և 229E): ՍՇ նմուշները կարող են նաև հետազոտվել նաև մանրէների նկատմամբ, ներառյալ Legionella pneumophila:

10) Հաստատված նոր կորոնավիրուսով 2019-nCoV վարակ ունեցող հոսպիտալացված պացիենտների դեպքում կրկնել ՎՇ և ՍՇ նմուշների հավաքագրումը՝ ցույց տալու համար վիրուսի մաքրումը: Նմուշների հավաքագրման հաճախականությունը պետք է կախված լինի տեղի իրավիճակից, սակայն պետք է իրականացվի առնվազն 2-4 օրը մեկ մինչ երկու հաջորդական բացասական արդյունք ունենալը (ինչպես ՎՇ, այնպես էլ ՍՇ նմուշների համար, եթե երկուսն էլ հավաքագրվել են) կլինիկական տեսանկյունից ապաքինված պացիենտի մոտ՝ առնվազն 24 ժամ տարբերությամբ: Եթե վարակի վերահսկման տեղի պրակտիկան պահանջում է երկու բացասական արդյունք կաթիլային փոխանցման նախազգուշության միջոցների հեռացման համար, նմուշներն անհրաժեշտ է հավաքել յուրաքանչյուր օր:

11) Հիպոքսեմիկ շնչառական անբավարարության և ՍՇԴՀ վարում (ճանաչել սուր հիպոքսեմիկ շնչառական անբավարարությունը երբ շնչառական խանգարում ունեցող պացիենտի մոտ ստանդարտ թթվածնային թերապիան հաջող ելք չի ունենում):

Նկատառում. Պացիենտները կարող են շարունակել դժվարությամբ շնչել կամ ունենալ հիպոքսեմիա նույնիսկ այն ժամանակ, երբ թթվածինը մատակարարվում է ռեգերվուար պարկով դիմակի միջոցով (հոսքի արագությունը 10-15լ/րոպե, որը սովորաբար նվազագույն հոսքի արագությունն է, որն անհրաժեշտ է պարկի

փքումն ապահովելու համար; FiO2 0.60-0.95): Հիպոքսեմիկ շնչառական անբավարարությունը ՍՇԴՀ դեպքում սովորաբար առաջ է գալիս ներթոքային վենտիլյացիայի – պերֆուզիայի անհամապատասխանությունից կամ շունտից և սովորաբար պահանջում է մեխանիկական վենտիլյացիա:

12) Բարձր հոսքով քթային թթվածին (ԲՀՔԹ), High-flow nasal oxygen (HFNO) կամ ոչ ինվազիվ վենտիլյացիա (ՈԻՎ) NIV անհրաժեշտ է կիրառել միայն հիպոքսեմիկ շնչառական անբավարարություն ունեցող որոշ պացիենտների դեպքում: Բուժման անհաջող ելքի ռիսկը բարձր է ՈԻՎ միջոցով բուժվող MERS ունեցող պացիենտների մոտ, և ԲՀՔԹ կամ ՈԻՎ միջոցով բուժվող պացիենտները հսկվում են կլինիկական բարդություններից խուսափելու համար:

Նկատառում.

1. ԲՀՔԹ համակարգը կարող է ապահովել 60լ/րոպեում գազի հոսք և FiO2 մինչ 1.0, մանկաբույժները սովորաբար ապահովում են միայն մինչ 15լ/րոպեում հոսք, և երեխաներից շատերին կարող է անհրաժեշտ լինել մեծահասակների համար նախատեսված համակարգ՝ անհրաժեշտ հոսքն ապահովելու համար: Ստանդարտ թթվածնային թերապիայի հետ համեմատած ԲՀՔԹ նվազեցնում է ինտուբացիայի անհրաժեշտությունը: Հիպերկապնիա (օբստրուկտիվ թոքային հվանդության բարդացում, կարդիոգեն թոքային այտուց), հեմոդինամիկ անկայունություն, բազմաթիվ օրգանների անբավարարություն, կամ ոչ նորմալ հոգեկան վիճակ ունեցող պացիենտները չպետք է ստանան ԲՀՔԹ, չնայած վերջին տվյալները վկայում են, որ ԲՀՔԹ կարող է անվտանգ լինել թեթև-միջին և չվատացող հիպերկապնիա ունեցող պացիենտների համար: ԲՀՔԹ ստացող պացիենտները պետք է գտնվեն վերահսկվող միջավայրում և խնամվեն փորձառու անձնակազմի կողմից, ովքեր կկարողանան իրականացնել էնդոտրախեսալ ինտուբացիա պացիենտի վիճակի կտրուկ վատացման կամ կարճատև փորձարկումից (մոտ 1 ժամ) հետո պացիենտի մոտ դրական շարժ չնկատվելու դեպքում: ԲՀՔԹ վերաբերյալ ապացուցողական ողեցույցներ առկա չեն, և MERS ունեցող պացիենտների շրջանում ԲՀՔԹ վերաբերյալ հաշվետվությունների թիվը սահմանափակ է:

2. ՈԻՎ վերաբերյալ ուղեցույցները խորհուրդներ չեն պարունակում վերջինիս կիրառման վերաբերյալ հիպոքսեմիկ շնչառական անբավարարության (բացի կարդիոգեն թոքային այտուցի և հետվիրահատական շնչառական անբավարարության դեպքերի) կամ պանդեմիկ վիրուսային հիվանդությունների (SARS և պանդեմիկ գրիպի հետազոտություններին հղում տալով) ժամանակ: Ռիսկերը ներառում են ինտուբացիայի ուշացում, մեծ շնչառական ծավալներ և վնասվածքներ առաջացնող injurious transpulmonary ճնշումներ: Սահմանափակ տվյալները վկայում են MERS պացիենտների կողմից ՈԻՎ ստացման ժամանակ անհաջող ելքի բարձր մակարդակների վերաբերյալ: Փորձնական ՈԻՎ ստացող պացիենտները պետք է լինեն վերահսկվող միջավայրում և խնամվեն փորձառու անձնակազմի կողմից, ովքեր կկարողանան իրականացնել էնդոտրախեսալ ինտուբացիա պացիենտի վիճակի կտրուկ վատացման կամ կարճատև փորձարկումից (մոտ 1 ժամ) հետո պացիենտի մոտ դրական շարժ չնկատվելու դեպքում: Հեմոդինամիկ

անկայունություն, բազմաթիվ օրգանների անբավարարություն կամ ոչ նորմալ հոգեկան վիճակ ունեցող պացիենտները չպետք է ստանան ՌԻՎ:

3. Վերջին հրապարակումներում նշվում է, որ լավ պիտույքներ ունեցող նոր ԲՀՔԹ և ՌԻՎ համակարգերը չեն առաջացնում արտանետվող օդի լայն տարածում և հետևաբար պետք է համարվեն որպես օդակաթիլային փոխանցման ցածր ռիսկ ունեցող:

13) Էնդոտրախեսալ ինտուբացիան պետք է իրականացվի վերապատրաստված և փորձառու բուժաշխատողի կողմից՝ օգտագործելով օդակաթիլային ճանապարհով վարակման կանխարգելման միջոցներ:

Նկատառում. ՍՇԴՀ ունեցող պացիենտները, մասնավորապես փոքր երեխաները, ճարպակալում ունեցողները կամ հղիները, կարող են ինտուբացիայի ժամանակ արագորեն դեսատուրացիայի ենթարկվել: Թթվածնով հագեցնել 100% FiO₂-ով 5 րոպեների ընթացքում ռեզերվուար պարկով դիմակի օգնությամբ, փականով պարկով դիմակով, ԲՀՔԹ կամ ՌԻՎ միջոցով: Արագ հաջորդականությամբ ինտուբացիան կիրառելի է օդուղիների գնահատումից հետո, որը ցույց կտա բարդ ինտուբացիայի նշանների բացակայություն:

Այս մասի հետևյալ առաջարկությունները վերաբերում են ՍՇԴՀ ունեցող և մեխանիկորեն վենտիլյացիայի ենթարկվող պացիենտներին: Դրանք հիմնականում վերաբերում են մեծահասակներին, առկա են նաև երեխաների համար նախատեսված առաջարկություններ:

14) Մեխանիկական վենտիլյացիա իրականացնել օգտագործելով ցածր շնչառական ծավալներ (4–8 մլ/կգ կանխատեսվող մարմնի զանգված, ԿՄՁ PBW) և ցածր ինսպիրատոր ճնշումներ (ճնշում <30 սմ H₂O):

Նկատառում. Սա հստակ առաջարկություն է կլինիկական ուղեցույցից ՍՇԴՀ ունեցող պացիենտների համար, և առաջարկվում է սեպսիսի հետևանքով առաջացած շնչառական անբավարարություն ունեցող պացիենտների համար, ովքեր չեն ապահովում ՍՇԴՀ չափանիշները: Նախնական շնչառական ծավալը կազմում է 6 մլ/կգ ԿՄՁ, մինչ 8 մլ/կգ ԿՄՁ շնչառական ծավալը թույլատրելի է անցանկալի կողմնակի ազդեցությունների առաջ գալու դեպքում (օր. dyssynchrony, pH<7.15): Հիպերկապնիան թույլատրելի է pH-ի 7.30-7.45 նպատակին հասնելու դեպքում: Վենտիլյացիայի Ventilator արձանագրություններն առկա են: Խորը սեդացիայի օգտագործումը կարող է պահանջվել վերահսկելու համար շնչառության արագությունը և ապահովելու համար շնչառական ծավալների նպատակային ցուցանիշները: Չնայած, որ բարձր ճնշումները (plateau pressure–PEEP) կարող են առավել ճշգրտորեն կանխատեսել մահացության աճը ՍՇԴՀ շրջանում, ի համեմատ բարձր շնչառական ճնշման կամ plateau pressure, վենտիլյացիայի իրականացման ռազմավարությունների RCTs, որոնց վրա հիմնված է ճնշման որոշումը, ներկայում առկա չեն:

15) Սուր ՍՇԴՀ ունեցող պացիենտների համար խորհուրդ է տրվում օրական ավելի քան 12 ժամվա պրոն (prone) վենտիլյացիա:

Նկատառում. prone վենտիլյացիայի կիրառումը խորհուրդ է տրվում ՍՇԴՀ ունեցող մեծահասակ և մանկահասակ պացիենտների համար, սակայն պահանջում է պատշաճ մարդկային ռեսուրսներ և փորձառություն՝ այն անվտանգ կերպով իրականացնելու համար:

16) Կիրառել հեղուկների կառավարման կոնսերվատիվ ռազմավարություն ՍՇԴՀ պացիենտների համար առանց հյուսվածքների հիպոպերֆուզիայի:

Նկատառում. Սա կանոնակարգի հստակ առաջարկություն է, հիմնական նպատակն է կրճատել վենտիլյացիայի տևողությունը:

17) Միջին կամ սուր ՍՇԴՀ ունեցող պացիենտների համար ցածրի փոխարեն առաջարկվում է բարձր PEEP:

Նկատառում. PEEP տիտրումը պահանջում է առավելությունների դիտարկումը (atelectrauma նվազեցում և ալվեոլյար վերականգնումը)՝ դրանք համեմատելով դիսկերի հետ (ներշնչման վերջին պահին գերձգում, որը հանգեցնում է թոքերի վնասվածքի և թոքային անոթային բարձր դիմադրողականության): Առկա են աղյուսակներ, որոնք ուղորդում են PEEP տիտրումը՝ ելնելով FiO_2 -ից, որը պահանջվում է SpO_2 պահպանելու համար (A related intervention of recruitment manoeuvres (RMs) is delivered as episodic periods of high continuous positive airway pressure [30–40 cm H₂O], progressive incremental increases in PEEP with constant driving pressure, or high driving pressure; considerations of benefits vs. risks are similar): Բարձր PEEP և բուժման մեթոդները RMs պայմանականորեն խորհուրդ էին տրվում կլինիկական ուղեցույցներում: Խորհուրդ է տրվում իրականացնել պացիենտների վերահսկում, հայտնաբերելու համար նրանց, ովքեր արձագանքում են բարձր PEEP նախնական կիրառմանը կամ այլ RM արձանագրին, իսկ չարձագանքող պացիենտների մոտ դադարեցնել այդ միջամտությունների անցկացումը (PEEP համար ուղեցույցում հաշվի են առնվում պացիենտի անհատական տվյալների 3 RCTs մետա-անալիզը: However, a subsequent RCT of high PEEP and prolonged high-pressure RMs showed harm, suggesting that the protocol in this RCT should be avoided):

18) Միջին-սուր ՍՇԴՀ ($PaO_2/FiO_2 < 150$) ունեցող պացիենտների դեպքում չպետք է կիրառվի շարունակական ներարկումներով նյարդամկանային պաշարումը (բլոկադա):

Նկատառում. Մեկ փորձարկում ցույց է տվել, որ այս մոտեցումը նպաստում է սուր ՍՇԴՀ ունեցող պացիենտների ապաքինմանը ($PaO_2/FiO_2 < 150$) առանց զգալի թուլություն առաջացնելու, սակայն վերջերս իրականացված առավել լայնածավալ հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ նյարդամկանային պաշարման կիրառումը բարձր PEEP ռազմավարության հետ կապված չէ պացիենտների կյանքը փրկելու հետ՝ համեմատած թույլ սեդացիայի հետ առանց նյարդամկանային պաշարման: Շարունակական նյարդամկանային պաշարումը դեռևս կարող է դիտարկվել ՍՇԴՀ ունեցող պացիենտների համար որոշ դեպքերում. վենտիլյացիայի dysynchrony անկախ սեդացիայից, այնպիսին, որ շնչառական tidal ծավալի սահմանափակումները հնարավոր չէ ապահովել, կամ կայուն հիպոքսեմիա կամ հիպերկապնիա:

19) Էքստրակորպորալ կենսաապահովման (ԷԿԿԱ) հնարավորություններով հագեցած հաստատություններում անհրաժեշտ է դիտարկել կայուն հիպոքսեմիայով պացիենտների ուղեգրումն՝ անկախ թոքերի պաշտպանիչ վենտիլյացիայից:

Նկատառումներ. վերջին ուղեցույցը որևէ խորհուրդներ չի ներառում ՍՇՊՀ ունեցող պացրենտների մոտ ԷԿԿԱ վերաբերյալ: Այդ ժամանակից ՍՇՊՀ ունեցող պացրենտների մոտ ԷԿԿԱ RCT դադարեցվել է ավելի շուտ, և որևէ վիճակագրորեն կարևոր տարբերություն չի արձանագրվել 60-օրյա հիվանդացության նախնական արդյունքներում ԷԿԿԱ և ստանդարտ բժշկական վարման միջև (ներառյալ պարկած դիրքը և նյարդամկանային պաշարումը): MERS-CoV վարակ ունեցող պացիենտների մոտ ԷԿԿԱ-ն, ի համեմատ ավանդական բուժման, կապված է ուսումնասիրության ընտրանքի շրջանում մահացության նվազեցման հետ: ԷԿԿԱ պետք է իրականացվի միայն մասնագիտացված կենտրոններում, դեպքերի պաշտաճ քանակությամբ՝ փորձառություն ապահովելու համար, և որը կարող է կիրառել IPC միջոցներ նոր կորոնավիրուսով 2019-nCoV պայմանավորված վարակի պացիենտների համար:

Խուսափել պացիենտին թոքերի արհեստական շնչառության (ԹԱՇ) սարքից ժամանակավոր անջատումներց, քանի որ դա կհանգեցնի արտաշնչման վերջում դրական ճնշման կորստի և ատելեկտազների առաջացմանը: Շնչուղիների արտաձծման համար կիրառել ներսի (inline) կաթետերներ և սեղմել-փակել էնդոտրախեալ խողովակը այն դեպքում, երբ ԹԱՇ-ից ժամանակավոր անջատելու անհրաժեշտություն կա (օրինակ՝ շարժական ԹԱՇ-ին միացնելու նպատակով):

50. Սեպտիկ շոկի վարումը.

Մեծահասակների մոտ ախտորոշել սեպտիկ շոկ, երբ վարակի կասկած կա կամ այն հաստատված է, և երբ՝ հիպովոլեմիայի բացակայության դեպքում, միջին զարկերակային ճնշումը ≥ 65 մմ սնդիկի սյուն ապահովելու համար անհրաժեշտ է կիրառել անոթասեղմիչներ, ինչպես նաև երբ լակտատի մակարդակը արյան մեջ ≥ 2 մմոլ/լ:

Երեխաների մոտ ախտորոշել սեպտիկ շոկ ցանկացած հիպոտենզիայի դեպքում (սխտողիկ ճնշումը $< 5^{\text{th}}$ centile կամ > 2 SD տարիքային նորմից ցածր) կամ, եթե առկա են՝ փոփոխված գիտակցության մակարդակ, տախիկարդիա կամ բրադիկարդիա (սրտի կծկման հաճախությունը < 90 զարկ րոպեում կամ > 160 զարկ րոպեում՝ կրծքահասակ երեխաների մոտ, և < 70 զարկ րոպեում կամ > 150 երեխաների մոտ), մազանոթի լեցման երկարաձգում (2 վայրկյանից ավել), տախիպնե, մաշկի բծավորում կամ պետեխիալ կամ պուրպուրային ցանավորում, լակտատի մակարդակի բարձրացում, օլիգուրիա, հիպոթերմիա, հիպերթերմիա:

Նկատառում. Երբ անհնար է որոշել լակտատի մակարդակը, շոկն ախտորոշելու նպատակով անհրաժեշտ է հաշվի առնել միջին զարկերակային ճնշման ցուցանիշները և պերֆուզիայի կլինիկական նշանները: Ստանդարտ վարումն ենթադրում է վաղ ախտորոշում, որին մեկ ժամվա ընթացքում կհաջորդեն հետևյալ բուժական միջոցառումները՝ հակամանրէային և ինֆուզիոն թերապիա, ինչպես նաև հիպոտենզիայի դեպքում անոթասեղմիչների կիրառումը: Կենտրոնական երակային կաթետերը և զարկերակային կաթետերը պետք է կիրառվեն ըստ ռեսուրսների առկայության և ըստ յուրաքանչյուր պացիենտի կարիքների:

✔ Մեծահասակների սեպտիկ շոկի ինֆուզիոն թերապիայի նպատակով կիրառել առնվազն 30 մլ/կգ իզոտոնիկ կրիստալիդ առաջին 3 ժամվա ընթացքում: Երեխաների դեպքում՝ 20 մլ/կգ արագ բոլյուսային ներարկում, այնուհետև մինչև 40-60 մլ/կգ՝ առաջին 1 ժամվա ընթացքում:

✘ Ինֆուզիոն թերապիայի նպատակով չկիրառել հիպոտոնիկ կրիստալիդներ, օսլա, ժելատին:

! Ինֆուզիոն թերապիան կարող է հանգեցնել ծավալային գերծանրաբեռնվածության առաջացմանը, այդ թվում՝ շնչական անբավարարության: Եթե ինֆուզիոն թերապիայի արդյունքում չկա բարելավում և առկա են ծավալային գերծանրաբեռնվածության նշաններ (օրինակ՝ լծային երակների արտափքում, աուսկուլտատիվ՝ խզոցներ թոքերում, թոքի այտուցի ռենտգեն պատկեր, կամ երեխաների մոտ հեպատոմեգալիա), ապա անհրաժեշտ է նվազեցնել կամ դադարեցնել ինֆուզիոն թերապիան: Այս քայլն առավել կարևոր է երբ ԹԱՇ-ը հնարավոր չէ կատարել: Երեխաների մոտ սահմանափակ ռեսուրսների դեպքում առաջարկվում են ինֆուզիոն թերապիայի այլընտրանքային եղանակներ:

Նկատառում. Կրիստալիդները ներառում են ֆիզիոլոյթ և Ռինգերի լուծույթ: Դիտարկել լրացուցիչ հեղուկների բոլյուսների անհրաժեշտությունը (250-1000մլ մեծահասակների և 10-20 մլ/կգ երեխաների համար)՝ հաշվի առնելով կլինիկական արդյունքները և պերֆուզիայի բարելավումը: Պերֆուզիայի ապահովման թիրախային ցուցանիշները ներառում են միջին զարկերակային ճնշումը (>65 մմ սնդիկի սյուն մեծահասակների և տարիքին համապատասխան ցուցանիշներ երեխաների դեպքում), մեզի արտահոսքը (>0.5 մլ/կգ/ժ մեծահասակների, 1 մլ/կգ/ժ երեխաների դեպքում), մաշկային դրսևորումների, մազանոթների լեցունության, գիտակցության մակարդակի, լակտատի մակարդակի ցուցանիշների բարելավում: Սկզբնական ինֆուզիոն թերապիայից հետո հետագա ներմուծվող հեղուկների ծավալը պետք է որոշվի ելնելով առկա ռեսուրսներից և փորձից, հաշվի առնելով ինֆուզիոն թերապիայի գնահատման դինամիկ ցուցանիշները: Այդ ցուցանիշներն են՝ ոտքերի պասիվ բարձրացում, ծավալների փոփոխություն սրտի

հարվածային ծավալների հաջորդական չափումների ժամանակ, կամ ԹԱՇ-ի ընթացքում ներկրծքային ճնշման փոփոխությունների հետևանքով սիստոլիկ ճնշման, պուլսային ճնշման, ստորին սիներակի չափի և հարվածային ծավալի փոփոխություններ:

Կրիստալոիդների հետ համեմատած, օսլայի կիրառումը կապվում է սուր երիկամային անբավարարության և մահվան ավելի բարձր ռիսկերի հետ: Ժելատինի կիրառման էֆեկտներն ավելի քիչ հայտնի են և ավելի ծախսատար: Հիպոտոնիկ լուծույթները համեմատած իզոտոնիկ լուծույթների հետ ավելի քիչ արդյունավետությամբ են մեծացնում ներանոթային ծավալը: Էական քանակի կրիստալոիդների ներմուծման անհրաժեշտության դեպքում Surviving Sepsis-ն առաջարկում է նաև ալբումինի կիրառում, սակայն այս խորհուրդն ունի ցածր ապացուցողականություն:

✔ Եթե շոկի նշանները չեն դադարում ինտենսիվ թերապիայի ընթացքում կամ ավարտից հետո, ապա անհրաժեշտ է կիրառել անոթասեղմիչներ: Սկզբնական զարկերակային ճնշման թիրախային ցուցանիշներն են՝ միջին զարկերակային ճնշումը ≥ 65 մմ սնդիկի սյուն մեծահասակների և տարիքին համապատասխան ցուցանիշներ երեխաների դեպքում:

! Կենտրոնական երակային կաթետերների բացակայության դեպքում անոթասեղմիչները կարող են ներմուծվել ծայրամասային երակային կաթետերով, սակայն պետք է կիրառել մեծ տրամաչափի երակ և ուշադիր հետևել էքստրավազացիայի նշաններին, ինչպես նաև հյուսվածքի նեկրոզի տեղային նշաններին: Էքստրավազացիայի առաջացման դեպքում անհրաժեշտ է դադարեցնել ներարկումը: Անոթասեղմիչները կարող են ներմուծվել նաև ներոսկրային ասեղների միջոցով:

! Եթե վատ պերֆուզիայի կամ սրտի դիսֆունկցիայի նշանները պահպանվում են՝ չնայած ինֆուզիոն թերապիայի և անոթասեղմիչներով միջին զարկերակային ճնշման թիրախային ցուցանիշին հասնելուն, ապա այս դեպքում անհրաժեշտ է դիտարկել ինոտրոպների կիրառումը, ինչպիսին է օրինակ՝ դոբուտամինը:

Նկատառում. Անոթասեղմիչները (օրինակ՝ նորէպինեֆրինը, էպինեֆրինը, վազոպրեսինը և դոպամինը) առավել ապահով է ներմուծել կենտրոնական երակային կաթետերով՝ հստակ վերահսկվող արագությամբ, սակայն հնարավոր է նաև դրանց անվտանգ ներմուծումը ծայրամասային երակով և ներոսկրային ասեղով: Անհրաժեշտ է հաճախ վերահսկել զարկերակային ճնշումը, ինչպես նաև պերֆուզիան ապահովելու նպատակով տիրել անոթասեղմիչների դեղաչափը, կիրառելով նվազագույն դոզան՝ կողմնային ազդեցությունները կանխելու նպատակով: Նորէպինեֆրինը դիտարկվում է որպես առաջին ընտրության դեղորայք՝ մեծահասակ պացիենտների մոտ; միջին զարկերակային ճնշման թիրախային ցուցանիշին հասնելու համար կարելի է ավելացնել էպինեֆրին կամ վազոպրեսին: Տախիարիթմիաների ռիսկի

առաջացման պատճառով դոպամինը կիրառել տախիարիթմիաների առաջացման ցածր դիսկ ունեցող կամ բրադիկարդիայով պացիենտների համար: Սառը շոկով երեխաների մոտ (ավելի տարածված է) էպինեֆրինը դիտարկվում է որպես առաջին ընտրության դեղորայք, մինչդեռ նորէպինեֆրինը կիրառվում է տաք շոկ ունեցող պացիենտների մոտ (ավելի հազվադեպ է): Չկա որևէ Ռանդոմիզացված վերահսկվող հետազոտություն (RCT), որը համեմատում է պլացեբոյի և դոբուտամինի կիրառման կլինիկական ելքերը:

51. Բարդությունների կանխարգելում՝ տես աղյուսակ 4.

Աղյուսակ 4

Բարդությունների կանխարգելում

Ակնկալվող ելք	Միջամտություններ
Կրճատել ինվազիվ ԹԱՇ-ի օրերի քանակը	<p>1) Կիրառել արթնեցման գործելակարգերը, որոնք ներառում են ինքնուրույն շնչառության պատրաստ լինելու ամենօրյա գնահատումը</p> <p>2) Նվազագույնի հասցնել շարունակական կամ ընդհատվող սեդացիաները (մակերեսային սեդացիա, եթե հակացուցված չէ) կամ շարունակական սեդատիվների ինֆուզիայի օրական ընդհատումներ</p>
Կրճատել ԹԱՇ ասոցացված թոքաբորբի առաջացման հավանականությունը	<p>1) Դեռահասների և մեծահասակների շրջանում բերանային ինտուբացիան նախընտրելի է քթային ինտուբացիայից</p> <p>2) Պացիենտին պահել կիսապառկած դիրքում (մահճակալի գլխային մասը բարձրացնել 30-45°)</p> <p>3) Կիրառել արտաձծման փակ համակարգ, պարբերաբար չորացնել և հեռացնել խողովակի միջի կոնդենսատը</p> <p>4) Յուրաքանչյուր պացիենտի համար կիրառել ԹԱՇ սարքի նոր խողովակներ; պացիենտին ԹԱՇ կատարելիս փոխել կոնտուրն ըստ անհրաժեշտության, երբ այն աղտոտված է կամ վնասված</p> <p>5) Փոխել խոնավացնող և տաքացնող համակարգը՝ թերֆունկցիայի, աղտոտված լինելու դեպքում կամ յուրաքանչյուր 5-7 օրվա ընթացքում</p>
Նվազեցնել երակային թրոմբոէմբոլիայի հավանականությունը	Կիրառել դեղորայքային կանխարգելում (առկայության դեպքում ցանկալի է ցածրամոլեկուլար հեպարինի կիրառումը, կամ հեպարին 5000 միավոր ենթամաշկային՝ օրական երկու անգամ) դեռահասների և մեծահասակների մոտ՝ հակացուցումների բացակայության դեպքում: Հակացուցումների դեպքում կիրառել մեխանիկական կանխարգելում (ընդհատվող օդային կոմպրեսիոն սարքավորումներ)
Նվազեցնել կաթետերներով	Պահպանել ներարկման գործողությունների հաջորդականությունը, ինչպես նաև դիտարկել կաթետերի

պայմանավորված արյան վարակման հավանականությունը	հեռացումը, երբ դրա անհրաժեշտությունն արդեն չկա
Նվազեցնել պառկելախոցերի հավանականությունը	Շրջել պացիենտին յուրաքանչյուր երկու ժամը մեկ
Նվազեցնել սթրեսային խոցերի, ստամոքս-աղիքային ուղուց արյունահոսության հավանականությունը	1) Տալ վաղ էնտերալ սնուցում (հոսպիտալացումից հետո 24-48 ժամվա ընթացքում) 2) Կիրառել հիստամինային-2 ընկալիչի պաշարիչներ կամ պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորներ ստամոքսաղիքային արյունահոսության ռիսկով պացիենտների մոտ: Ստամոքս-աղիքային արյունահոսության ռիսկի գործոններն են՝ ԹԱՇ 48 ժամից ավելի, կոագուլոպաթիա, երիկամային փոխարինող թերապիա, լյարդի հիվանդություն, բազմաթիվ ուղեկցող հիվանդություններ և բազմաօրգան անբավարարության բարձր ցուցանիշներ
Նվազեցնել ինտենսիվ թերապիայով պայմանավորված ակտիվության սահմանափակումը	Հնարավորինս վաղ ժամկետում ապահովել պացիենտի ակտիվ շարժունությունը, երբ դա անվտանգ է

52. Հականորկորոնավիրուսային հատուկ բուժում և կլինիկական հետազոտություններ.

! Դեռևս չկան ռանդոմիզացված հետազոտությունների փաստեր, որոնք առաջարկում են մասնահատուկ հականորկորոնավիրուսային բուժում՝ հաստատված կամ կասկածելի պացիենտների համար:

Ներկայումս մի շարք դեղանիջոցներ անցնում են կլինիկական հետազոտության փուլ.

օր.՝ Ռիտոնավիր+Լոպինավիր (*Ritonavir+Lopinavir (Kaletra) (400/100mg)*) 500 մգ օրը 2 անգամ, 2 շաբաթ

Քլորոքվին (*Chloroquine COVID-19 clinical trial*) հիդրոքսիքլորոքվին 400 մգ, 5 օր

Ֆավիպիրավիր (*Favipiravir or T-705 or Avigan*) 600 մգ օրը 2 անգամ, առաջի օրը 1600մգ, 14 օրից ոչ ավել

https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Table_of_therapeutics_Appendix_17022020.pdf?ua=1

Lopinavir Plus Ritonavir ELACOI: The Efficacy of Lopinavir Plus Ritonavir and Arbidol Against Novel Coronavirus Infection, Phase 4 Clinical, LACOI; GZ8H-V1.0 20200122; NCT04252885
Study for the efficacy of chloroquine in patients with 2019-nCoV pneumonia, Phase 4 Clinical, ChiCTR2000029542

<http://clarivate.com.cn/coronavirus-resources/drug04.htm>

✓ Չարտոնված բուժումն իրականացվում է միայն էթիկապես հաստատված կլինիկական հետազոտությունների համատեքստում կամ MEURI (Monitored Emergency Use of Unregistered Interventions) շրջանակներում՝ ճշգրիտ մշտադիտարկմամբ

<https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>

✓ Հասանելի են կլինիկական բնորոշիչներով գործելակարգեր, ներառյալ SPRINT-SARI <https://isaric.tghn.org/sprint-sari/>, ինչպես նաև WHO ISARIC ձևերը հասանելի են հետևյալ հղումով՝ <https://isaric.tghn.org/protocols/severe-acute-respiratory-infection-data-tools/>:

53. Հատուկ առաջարկներ հղիների համար.

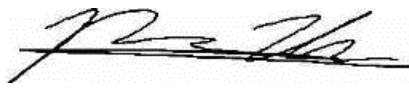
✓ Հաստատված կամ կասկածվող դեպքերով հղի կանանց բուժումը կատարվում է համաձայն վերը նշվածի՝ հաշվի առնելով հղիության ֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները:

✓ Հետազոտական դեղամիջոցների կիրառումը հետազոտություններից դուրս պետք է ուղղորդվի անհատական «ռիսկ-օգուտ» վերլուծությամբ, հիմք ընդունելով մոր համար հնարավոր առավելությունները և պտղի անվտանգությունը՝ խորհրդակցելով մանկաբարձի և էթիկայի հանձնաժողովի հետ:

✓ Անհետաձգելի ծննդալուծման և հղիության ընդհատման որոշումները կախված են բազմաթիվ գործոններից՝ հասակից, մոր վիճակից, պտղի կայունությունից: Անհրաժեշտ է կատարել խորհրդատվություն մանկաբարձի, նեոնատոլոգի և ինտենսիվ թերապիայի բժշկի հետ (կախված մոր վիճակից):»:

Ա. ԹՈՐՈՍՅԱՆ

05.03.2020

X 

ԱՐՍԵՆ ԹՈՐՈՍՅԱՆ

Signed by: TOROSYAN ARSEN 3114820360