



შპს სასწავლო უნივერსიტეტი გეომედი

გიორგი ქათამაძე

ვირუსული ინფექციით გამოწვეული ნეიროპათიის რეაბილიტაცია

(H1N1 ვირუსი)

სპეციალობა-ფიზიკური მედიცინა და რეაბილიტაცია

**სამიებელი ხარისხი-ფიზიკური მედიცინისა და რეაბილიტაციის მაგისტრის
აკადემიური ხარისხი**

**ხელმძღვანელი: კასრაძე პალიკო,
მედიცინის დოქტორი**

თბილისი

2019 წელი

ანოტაცია

ნაშრომში მოწოდებულია ინფორმაცია ინფექციური დაავადებით გამოწვეული ნეიროპათიის შესახებ. მისი აღმოჩენის, სტატისტიკის, დიაგნოსტიკის და კონსერვატიული მკურნალობის დროს, რომლებიც ორიენტირებულნი არიან ინფექციური დაავადებით გამოწვეული ნეიროპათიის მკურნალობის განვითარების შესწავლაზე და შემდგომ მის რეაბილიტაციაზე.

მწვავე პერიოდში სიმპტომები მოიცავს სუნთქვის უკმარისობას, საერთო სისუსტეს დეჰიდრატაციას, დესატურაციას და სხვას, რამაც შეიძლება გააუარესოს პაციენტის ცხოვრების ხარისხი.

სიმპტომების შემთხვევაში მნიშვნელოვანია შესაძლო რისკ-ფაქტორების გათვალისწინება და მათი მოდიფიცირების სათანადო ჩარევების უზრუნველყოფა, რაც პაციენტის ორგანიზმის, ფუნქციური მდგომარეობის და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესების საშუალებას მოგვცემს.

კვლევის მიზანი: ვირუსული ნეიროპათიის ტეტრაპლეგიური ფორმის მქონე პაციენტების შემთხვევაში ადრეული პეიოდიდან რეგულარული და მიზანმიმართული ფიზიკური ვარჯიშებით მიღწეული (ფიზიკური თერაპიის) დადებითი ეფექტის დადგენა.

კვლევის შედეგად კონსერვატიულმა და მკურნალობის შემდგომმა რეაბილიტაციამ გამოიღო შედეგი პაციენტისთვის. მან შეძლო საზოგადოებაში სრულყოფილად დაბრუნება და აქტიური ცხოვრების გაგრძელება.

ჩატარებული კვლევით დადგინდა, რეგულარული და სწორად შერჩეული მკურნალობა, ადრეული ჩარევა, სწორი მიდგომა და ინდივიდუალური პროგრამა გვაძლევს შედეგიანობის ამაღლებას.

სამაგისტრო ნაშრომის სტრუქტურა და მოცულობა: ნაშრომი შედგება შესავლის, სამეცნიერო ლიტერატურული მიმოხილვის, მეთოდოლოგიის, შედეგების, დასკვნების, რეკომენდაციების, გამოყენებული ლიტერატურისა და დანართისაგან. ნაშრომი მოიცავს 50 ნაბეჭდ გვერდს. ძირითადი საძიებო სიტყვები: ვირუსული ნეიროპათია.

სარჩევი

ანოტაცია.....	2
სარჩევი.....	3
შესავალი.....	4
თავი I	
1. ეპიდემიოლოგია.....	6
1.1. დაავადების დეფინიცია, კლასიფიკაცია და ტერმინოლოგია.....	9
1.2. ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმები.....	11
1.3. ღორის გრიპის სტატისტიკა.....	11
თავი II	
2. ეტიოლოგია და პათოგენეზი.....	15
2.1. კლინიკური სიმპტომატიკა.....	18
2.2. დაავადების დიაგნოზი.....	20
თავი III	
3. ნეიროპათია.....	22
თავი IV	
4. ვირუსული ნეიროათიის ფიზიკური რეაბილიტაციის მენჯმენტი.....	24
თავი V	
5. კლინიკური შემთხვევის განხილვა და კონსულტაციები.....	32
5.1. კვლევის პროცედურა და მეთოდოლოგია.....	38
გამოყენებული ლიტერატურა.....	47
დასკვნები და რეკომენდაციები.....	48

მარტივად რომ ვთქვათ, შეუძლებელია იმის გაგება, ღმერთი არსებობს თუ არა. დღეს არსებული ინფორმაციიდან გამომდინარე, გადაჭრით რაიმეს თქმა არასწორია, როგორც მორწმუნეების, ისე ათეისტების მხრიდან. სწორი პოზიცია [აგნოსტიციზმია](#) (რომელიც, გავრცელებული შეხედულების საწინააღმდეგოდ, არ წარმოადგენს შუალედურ პოზიციას რწმენასა და ურწმუნობას შორის). აგნოსტიკოსები ერთგვარი კარტეზიანელები არიან, რომლებიც იაზრებენ ადამიანური ცნობიერების შეზღუდულობისა და სხვა ეპისტემოლოგიურ საკითხებს. ჩვენ არ გაგვაჩნია სრულყოფილი ცოდნა სამყაროს მოქმედებაზე, რათა რეალობის არსისა და შემოქმედის შესახებ რაიმე სერიოზული დასკვნა გავაკეთოთ. მრავალი ადამიანი ემხრობა ნატურალიზმის პრინციპს – რომ სამყარო მოქმედებს თავისი კანონებით და არაფერია მის მიღმა, თუმცა გინდაც იყოს, სამყაროზე გავლენას არ ახდენს. მაგრამ ეს მიდგომა არ გამორიცხავს დეისტურ ღმერთს, რომელმაც სამყარო შექმნა და მასში აღარ ერევა. გარდა ამისა, მეორე პუნქტში ნახსენები სიმულაციის ავტორი შესაძლოა სწორედ ის იყოს, ვისაც კაცობრიობა ღმერთად მოიხსენიებს. ასევე შესაძლებელია, გნოსტიკური მიდგომა აღმოჩნდეს სწორი და არსებობდეს ერთი ან რამდენიმე ზებუნებრივი არსება იმ რეალობაში, რომელზეც ჩვენ ცოდნა არ გაგვაჩნია. აუცილებელი არაა, ეს არსებები აბრაამისეული რელიგიების ყოვლისშემძლე და ყოვლისმცოდნე ღმერთები იყვნენ. საბოლოო ჯამში, ეს საკითხები ნაკლებად ეხება მეცნიერებას, ის უფრო პლატონიზმის სფეროა და კარგად გვაგრძნობინებს ჩვენი გამოცდილებისა და ცნობიერების უკმარისობას.

შესავალი

ვირუსული ნეიროპათია ეს არის კრებითი ცნება იმ სახის დარღვევებისა, რომლებიც იწვევს პაციენტის მოძრაობის, ნორმალური პოზიციისა და წონასწორობის სწორად შენარჩუნების უნარის მოშლას. მოტორული დარღვევების გარდა ვირუსულ ნეირო პათიას როგორც წესი, ახლავს თავის ტვინის ფუნქციის სხვა დარღვევები, ესენია: მხედველობის, სმენის, მეტყველების, ყურადღების და ქცევის პრობლემები.

მკურნალობა უნდა იყოს გუნდური, სადაც აუცილებლად უნდა იყვნენ: ექიმი-ნევროლოგი, ფსიქოლოგი, ფიზიკური თერაპევტი, ოკუპაციური თერაპევტი. სამკურნალო ფიზიკურ თერაპიაში, სხვადასხვა ფიზიკური ვარჯიშების გამოყენებით მნიშვნელოვნად უმჯობესდება მოძრაობის ეფექტურობა.

თემის აქტუალობა: უკანასკნელ წლებში ვირუსული ნეიროპათიის და ზოგადად მოტორული ფუნქციების შეზღუდვის სხვადასხვა საკითხთან დაკავშირებით ჩატარებულ კვლევათა მიუხედავად არის საკითხები, რომლებიც ჯერ კიდევ დასაზუსტებელია და კორექტირებას მოითხოვს:

- დახვეწას მოითხოვს ფიზიკური ვარჯიშების კომპლექსები (დიაგნოზების და სიმზიმის მიხედვით)
- აუცილებელია ფიზიკური ვარჯიშების ინდივიდუალურად შერჩევა.

საკვლევი პრობლემა: კვლევის პროცესში პრობლემას წარმოადგენდა ნეიროპათიის მქონე პაციენტების ნაკლებობა, რაც ხელისშემშლელი იყო ჯგუფური შედეგების დადგენაში.

პრაქტიკული მნიშვნელობა: ობიექტურ მონაცემებზე დაყრდნობით შევიმუშავეთ ფიზიკური ვარჯიშები და მისი გამოყენების საფუძველზე დავადგინეთ, რომ საგრძნობლად შემცირდა პაციენტის მოტორული შეზღუდულობის ხარისხი, რაც აისახა ფუნქციურ გაუმჯობესაზე.

კვლევის მიზნები: ჩვენი კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ნეიროპათიით გამოწვეული მოტორული შეზღუდვის შემთხვევებში სწორად და მიზანმიმართულად დაგეგმილი ფიზიკური ვარჯიშების გამოყენებით შედეგის ეფექტურობის განსაზღვრა.

საკითხთა გადასაწყვეტად მიზნად დავისახეთ შემდეგი ამოცანები:

- შეგვემუშავებინა ისეთი ფიზიკური ვარჯიშები, რომლებიც უფრო ეფექტური იქნებოდა ნეიროპათიის მქონე პაციენტებში განვითარების ამა თუ იმ ეტაპზე.
- ფიზიკური თერაპიის მეთოდით მკურნალობისას გაგვეთვალისწინებია დაავადების სიმძიმისა და ასაკთან დაკავშირებული საკითხები.

1. ეპიდემიოლოგია

სეზონური გრიპის ეპიდემიისას ერთი სეზონის განმავლობაში საშუალოდ ავადდება მსოფლიოს მოსახლეობის 5-15%. დაავადება მძიმედ მიმდინარეობს 3-5 მილიონ პაციენტში და კვდება 250.000-500.000. განვითარებულ ქვეყნებში მძიმე ავადობა და სიკვდილი ძირითადად აღინიშნება მაღალი რისკის პაციენტებში: ჩვილებში, ასაკოვან პოპულაციასა და ქრონიკულ ავადმყოფებში. გარდა ყოველწლიური ეპიდემიებისა, A გრიპის ვირუსი იწვევს გლობალურ პანდემიებს. მე-20 საუკუნეში აღწერილ იქნა სამი ასეთი პანდემია: “ესპანურა” - 1918 წელს, “აზიის გრიპი” - 1957 წელს და “ჰონგ-კონგის გრიპი” - 1968-69 წწ. ეს პანდემიები გამოწვეული იყო A გრიპის შტამებით, რომელთაც განიცადეს მნიშვნელოვანი გენეტიკური ცვლილებანი. მათ მიმართ მოსახლეობას არ ჰქონდა ეფექტური იმუნიტეტი, იოლად ვრცელდებოდა ადამიანებს შორის და იწვევდა მაღალ ლეტალობას.

ცხრილი 2-1: მე-20 საუკუნის გრიპის პანდემიები

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

				ვირუსთან	2 მლნ
1968	“ჰონგ-კონგის გრიპი”	A(H3N2)	ჩინეთი	რეასორტირება ფრინველის ვირუსთან	დაახლოებით, 1 მლნ

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის წარმოშობა ბოლომდე გარკვეული არ არის. ისტორიულად ღორის გრიპის ვირუსები იწვევდნენ ადამიანების დაავადებას. ღორებში გრიპის მასიური ინფექცია პირველად აღინიშნა 1918-1919 წლებში “ესპანურას” პანდემიის დროს. ღორის გრიპის ვირუსი ადამიანიდან პირველად იზოლირებულ იქნა 1974 წელს. სულ 1958-2005 წწ აშშ-ში ღორის გრიპის ვირუსით ადამიანთა ინფიცირება დადასტურდა 37 პაციენტში. მათგან 6 (17%) მოკვდა. ყველა შემთხვევაში აღინიშნებოდა პნევმონია. ოთხ პაციენტში გრიპის ვირუსი იყო ერთადერთი პათოგენი, რომელიც ფილტვებში დაფიქსირდა. ერთ შემთხვევაში გრიპის ვირუსთან ერთად ამოითესა Streptococcus viridans, Neisseria spp, და Klebsiella spp შტამები. 2005-2009 წწ ღორის გრიპის ვირუსით 12 ადამიანის ინფიცირების შემთხვევა იქნა აღწერილი აშშ-ში ლეტალური გამოსავლის გარეშე. 2009 წლის აფეთქება განპირობებულია A(H1N1) იმ შტამით, რომელიც ადრე არ დაფიქსირებულა ღორებში. აპრილის ბოლოს, ჯანმოს გენერალურმა დირექტორმა - მარგარეტ ჩანმა განაცხადა A(H1N1) ვირუსის ახალი შტამის გამოჩენის შესახებ აშშ-ში. აფეთქება პირველად დაფიქსირდა 2009 წლის მარტში მექსიკაში, სადაც ადგილი ჰქონდა მაღალ ლეტალობას. სავარაუდოა, რომ მექსიკაში მანამდეც აღინიშნებოდა გრიპის ეპიდემია A(H1N1) შტამებით დიაგნოსტიკის გარეშე. ამასთან არ არის გამორიცხული, რომ აფეთქება დაწყებულ იყო ევრაზიის კონტინენტზე და შემდეგ თავი ეჩინა მექსიკაში. 2009 წლის 27 აპრილს ჯანმო-ს მიერ გამოცხადდა გრიპის პანდემიის მე-4 ფაზაში გადასვლა. 2009 წლის 29 აპრილს ჯანმოს გენერალურმა დირექტორმა მარგარეტ ჩანმა განაცხადა პანდემიის მე-5 ფაზის, ხოლო 2009 წლის 11 ივნისს კი უკვე პანდემიის მე-6 ფაზის დადგომის შესახებ მსოფლიოში. ახალი შტამი პირველად აღწერილ იქნა, როგორც A გრიპის H1N1 ქვეტიპის სულ მცირე 4 შტამის რეასორტირების შედეგი, მათ შორის, ადამიანის, ჩრდილო-ამერიკული ფრინველის. ჩრდილო-ამერიკული ღორისა და აზია-ევროპის ღორის გრიპის ვირუსებისა. ამჟამად ახალი გრიპის მიმდინარეობა ლეტალობის თვალსაზრისით სეზონური გრიპის მსგავსია, თუმცა არსებობს იმის საფრთხე, რომ ვირუსმა განიცადოს მუტაცია, რაც უფრო მძიმე დაავადების აფეთქებას გამოიწვევს მომავალში. ცნობილია, რომ 1918 წლის “ესპანურას” პანდემიას წინ ახლდა მსუბუქი შემთხვევების ტალღა გაზაფხულზე. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია პანდემიური გრიპის აქტივობის ექვს ფაზას გამოყოფს.

ცხრილი 2-2: ჯანმოს მიერ განსაზღვრული პანდემიური გრიპის ფაზები და მზადყოფნის გლობალური გეგმა

ფაზა	საზოგადოებრივი ჯანდაცვის მიზანი სტადიების მიხედვით
ფაზა-1. ცხოველებში მოცირკულირე გრიპის ვირუსები არ იწვევენ დაავადებას ადამიანებში.	გრიპის პანდემიისათვის მზადყოფნის განმტკიცება გლობალურ, რეგიონულ, ეროვნულ და ქვე-ეროვნულ დონეებზე.
ფაზა-2. შინაურ ან გარეულ ცხოველებში მოცირკულირე გრიპის ვირუსებს შეუძლიათ გამოიწვიონ	მინიმუმამდე იქნას დაყვანილი ადამიანებზე გადადების რისკი;

<p>ადამიანის დაავადება, და შესაძლოა შექმნან პანდემიის პოტენციური საფრთხე.</p> <p>ფაზა-3. ცხოველების ან ადამიანისა და ცხოველის რეასორტირებული ვირუსი იწვევს ადამიანებში სპორადულ შემთხვევებს ან მცირე კლასტერებს.</p> <p>ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემას საყოფაცხოვრებო პირობებში ადგილი არა აქვს. იშვიათად გარკვეულ პირობებში ხდება ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა, მაგრამ გადამდებობის ხარისხი ვერ აღწევს იმ დონეს, რომ გამოიწვიოს პანდემიის საფრთხე.</p>	<p>გადადების ფაქტის შემთხვევაში დაუყოვნებლივ მოხდეს ამ ფაქტის აღმოჩენა და დაფიქსირება.</p> <p>ვირუსის ახალი ქვეტიპის გადაუდებელი კატეგორიზაცია და ადრეული გამოვლენა, ახალი შემთხვევების შეტყობინება და მათზე რეაგირება</p>
<p>ფაზა-4. ადგილი აქვს ადამიანიდან ადამიანზე გრიპის ვირუსის გადაცემას ან ადამიანისა და ცხოველის რეასორტირებული ვირუსს შეუძლია საყოფაცხოვრებო დონეზე აფეთქების გამოწვევა. მე-4 ფაზა მიუთითებს პანდემიის გაზრდილ რისკზე, მაგრამ არ მიაჩნია პანდემიის გარდაუვალობაზე.</p>	<p>ახალი ვირუსის კერის ლოკალიზება ან გავრცელების შენელება დროის მოგების მიზნით, რათა მოხდეს მზადყოფნის ღონისძიებების გატარება და ვაქცინის შემუშავება.</p>
<p>პანდემიის პერიოდი - ფაზა 5. სახეზეა ვირუსის ადამიანიდან ადამიანზე გადაცემა ჯანმოს ერთი რეგიონის სულ მცირე ორ ქვეყანაში. მიუხედავად იმისა, რომ ქვეყნების უმრავლესობა ამ დროს არ არის დაზარალებული, მე-5 ფაზის გამოცხადება პანდემიის გარდაუვალობის მკაცრი სიგნალია. საჭიროა საორგანიზაციო, საკომუნიკაციო და სხვა დაგეგმილ ღონისძიებათა განხორციელება მოკლე დროში.</p>	<p>მაქსიმალური ძალისხმევა ვირუსის ლოკალიზების ან მისი გავრცელების შენელებისათვის, რათა თავიდან იყოს აცილებული პანდემია და მოგებულ იქნას დრო პანდემიის საწინააღმდეგო ზომების გატარებისათვის</p>
<p>პანდემიის პერიოდი ფაზა-6. ხასიათდება მე-5 ფაზის კრიტერიუმებზე დამატებით გრიპის საყოფაცხოვრებო აფეთქებით ჯანმოს სხვა რეგიონის სულ მცირე ერთ ქვეყანაში.</p>	<p>პანდემიის უარყოფითი შედეგის მინიმუმამდე დაყვანა.</p>

ფაზის გამოცხადება მიუთითებს გლობალური პანდემიის არსებობაზე.	
პიკის შემდგომი პერიოდი პანდემიური დაავადების ხარისხი ადექვატური ზედამხედველობის მქონე ქვეყნების უმრავლესობაში დაეცემა პიკზე დაკვირვებული ხარისხის ქვემოთ. პიკის შემდგომი პერიოდი ნიშნავს პანდემიური აქტივობის კლებას; თუმცა ასეთ შემთხვევაში მოსალოდნელია დაავადების ახალი ტალღების შესაძლებლობა და ქვეყნები მომზადებული უნდა იყვნენ მეორე ტალღისთვის.	საპასუხო ქმედებათა შეფასება, რეაბილიტაცია, შესაძლოა მეორე ტალღისათვის მზადება
შესაძლო ახალი ტალღა პანდემიური გრიპის აქტივობის ხარისხი ადექვატური ზედამხედველობის მქონე ქვეყნების უმრავლესობაში ისევ მატულობს	საპასუხო ქმედება
პანდემიის შემდგომი პერიოდი გრიპის დაავადების აქტივობა ბრუნდება ნორმალური სეზონური გრიპის დონეზე. მოსალოდნელია, რომ პანდემიური ვირუსი იმოქმედებს სეზონური გრიპის A ტიპის ვირუსის მსგავსად.	ზედამხედველობის შენარჩუნება და პანდემიისათვის მზადყოფნის და მასზე რეაგირების გეგმების შესაბამისი კორექტირება. რეაბილიტაცია, შეფასება

ქვეყნის საპასუხო ქმედებანი დამოკიდებული იქნება საქართველოში შემთხვევათა რეგისტრაციაზე და დაავადების გავრცელების მასშტაბზე. შესაბამისად, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ ჯანმოს პანდემიურ ფაზებზე განგაშის ოთხი დამატებითი დონე არის შემოღებული.

ცხრილი 2-3. ჯანმოს მიერ გამოცხადებულ პანდემიურ ფაზებში განგაშის დამატებითი დონეები საქართველოში

განგაშის დონე	აღწერა
1	შემთხვევა დარეგისტრირებულია საქართველოს გარეთ
2	ვირუსი გამოყოფილია საქართველოში
3	ეპიდაფეთქება(ები) საქართველოში
4	დაავადების მნიშვნელოვანი გავრცელება საქართველოში

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დადგენილ პანდემიური აქტივობის ფაზებსა და საქართველოს განგაშის დონეების შესახებ ინფორმაცია განახლებადია და მათზე ინფორმირება მოხდება საქართველოს ჯანმრთელობის, შრომის და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ.

1.1. დეფინიცია

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

კლასიფიკაცია

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დაავადებათა კლასიფიკაციისა და კოდირების სისტემის მიხედვით პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი განეკუთვნება სასუნთქი ორგანოების დაავადებათა კლასს, კოდი – J 10 – გრიპი, გამოწვეული გრიპის იდენტიფიცირებული ვირუსით.

ტერმინოლოგია

სეზონური გრიპი არის გრიპის A და B ვირუსით გამოწვეული მწვავე ინფექციური დაავადება, რომელიც იწვევს სეზონურ აფეთქებებს ზომიერი კლიმატის რეგიონებში (მაგ. აშშ, კანადა, ევროპა, რუსეთი, ჩინეთი, იაპონია, ავსტრალია, ბრაზილია, არგენტინა), ხოლო ტროპიკული კლიმატის ქვეყნებში (ეკვატორული აფრიკა, აზიის სამხრეთ-აღმოსავლეთი) ახასიათებს წლიური აქტივობა. დაავადება ხასიათდება შემცვივნებით, ტემპერატურის უეცარი მატებით, თავისა და კუნთების ტკივილით, საერთო სისუსტით, ხველით, ყელის ტკივილით და სხვა რესპირაციული სიმპტომებით. დაავადება რამოდენიმე დღე გრძელდება და ხშირად გამოჯანმრთელებით მთავრდება. შესაძლებელია გართულებების განვითარებაც, უპირატესად ფილტვის მხრივ. გრიპი ჩრდილოეთ და სამხრეთ ჰემისფეროს ზომიერი სარტყლის ქვეყნებში გარკვეულ სეზონებზე გვხვდება და ამიტომაც მას (სეზონური) უწოდეს. სეზონური აფეთქებები 5-6 კვირა გრძელდება და მოსახლეობის 5-15%-ს მოიცავს. ამჟამად, მსოფლიოში სეზონურ გრიპს ძირითადად იწვევს A(H3N2), A(H1N1) ქვეტიპის და B ტიპის ვირუსები.

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

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

რეკომბინაცია – ახალი ჰიბრიდული ვირუსის წარმოქმნა ორი ვირუსისაგან. გრიპის ვირუსი რნმ-ს სეგმენტის ნაწილს (ხშირად ერთი ნუკლეოტიდის სახით) უცვლის გრიპის მეორე ვირუსის იმავე ან სხვა სეგმენტის ნაწილს, რითაც მიიღება მოზაიკური სეგმენტი. რეასორტირება (**reassortment**) – A გრიპის ვირუსის ანტიგენური ცვლილების ერთ-ერთი სახე, რასაც საფუძვლად უდევს გენეტიკური ინფორმაციის გაცვლა ადამიანისა და ცხოველის გრიპის გამომწვევ ვირუსებს შორის მთლიანი სეგმენტის სახით.

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

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

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

1.2. ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმები

დაავადების გამოვლენამდე 7 დღით ადრე ადექვატური დაცვის გარეშე:

- მოგზაურობა/ცხოვრება ტერიტორიაზე, სადაც დადასტურებულია პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის აფეთქების შემთხვევები ადამიანთა შორის მდგრადი გადაცემით
- ახლო (<1 მეტრზე) კონტაქტი დადასტურებულ ან სავარაუდო შემთხვევასთან ამ უკანასკნელში კლინიკური სიმპტომების გამოვლინების პერიოდში ან ამ სიმპტომების დაწყებამდე 24 საათის განმავლობაში.
- მუშაობა პანდემიურ (H1N1) 2009 ვირუსზე ლაბორატორიის პირობებში. ლაბორატორიული კრიტერიუმები დადებითი შედეგი ერთი ან მეტი ლაბორატორიული ტესტის გამოყენებით*:
- პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია;

• ვირუსის კულტურა;

• პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების ტიტრის ოთხჯერადი მატება მინიმუმ 10-14 დღის შუალედით აღებულ სისხლის შრატში.

1.3. ღორის გრიპის სტატისტიკა საქართველოში 2009-2019 წ.წ.

ამ სტატისტიკაში წლების მიხედვით გრიპით გარდაცვალების შემთხვევებიც შედის. დაავადებათა კონტროლის ცენტრის (NCDC) ცნობით, საქართველოში გრიპისმაგვარ დაავადებებსა (ILI) და მძიმე მწვავე რესპირატორულ ინფექციებზე (SARI) ზედამხედველობას 2009 წლიდან ახორციელებენ.

გრიპით ავადობის ბოლო 10 წლის სტატისტიკა

	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
ILI (ვიკური მაჩვენებელი)	1550	1995	490	384	479	485	357	400	195	276
SARI (ვიკური მაჩვენებელი)	--	72	41	30	20	16	33	25	20	41
დომინანტი ვირუსი	A (H1N1)	A (H1N1)	A (H3N2)	A (H1N1)	A (H3N2)	B	A (H1N1)	A (H3N2)	B	A (H1N1)
ლეტალური შემთხვევები (ლაბ.დადასტ.)	33	53	5	23	9	10	50	6	2	10

ე.წ. ღორის გრიპის შემთხვევების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 2009-2010 და 2010-2011 წლებში დაფიქსირდა. 2009-2010 წლებში 1550 შემთხვევა, ხოლო 2010-2011 წლებში ყველაზე მაღალი — 1995. ამ წლების შემდეგ გრიპის მაჩვენებელმა დაიკლო და პანდემიის ზღვარს ანუ 450 შემთხვევას ყოველ 1000 მოსახლეზე შემდეგ წლებში გადააჭარბა. ამ წლებში ე.წ. ღორის გრიპის შემთხვევები არ ფიქსირდება:

- 2011-2012 (H3N2) — 490 შემთხვევა;
- 2013-2014 (H3N2) — 479 შემთხვევა;
- 2014-2015 წლის სეზონზე (RSV) — 485 შემთხვევა.

ე.წ. ღორის გრიპი დომინანტური იყო 2010, 2011, 2013, 2017 წლებში და კვლავ აქტუალურია მიმდინარე წელს. ბოლო ინფორმაციით, 2019 წელს ე.წ. ღორის გრიპის 276 შემთხვევა დაფიქსირდა.

გრიპით გარდაცვალების ბოლო 10 წლის სტატისტიკა

დაავადებათა კონტროლის ცენტრის ინფორმაციით, გრიპის ვირუსით გარდაცვალების ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი ემთხვევა პერიოდს, როცა გრიპის პანდემიამ პიკს მიაღწია. აღსანიშნავია, რომ გარდაცვალების ერთ-ერთი ყველაზე მაღალი მაჩვენებელი 50 დაფიქსირდა 2016 წელსაც, როცა გრიპის ვირუსი პანდემიის ზღვარის ქვემოთ იყო.

ლეტალობის შემთხვევები წლების მიხედვით:

- 2009-2010 — 33;
- 2010-2011 — 53;
- 2011-2012 — 5;
- 2012-2013 — 23;
- 2013-2014 — 9;
- 2014-2015 — 10;
- 2015-2016 — 50;
- 2016-2017 — 6;
- 2017-2018 — 2;
- 2018-2019 — 10.

მიმდინარე სეზონისთვის, საქართველოში თანაცირკულირებს ე.წ. ღორის გრიპი და A (H3N2). საქართველოში ე.წ. ღორის გრიპი 2018 წელს დეკემბრის დასაწყისში გამოვლინდა, მომდევნო პერიოდში მისი ცირკულაციის არეალი გაფარდოვდა, ავადობა თანმიმდევრულად გახდა უფრო ინტენსიური და გამოიწვია ავადობის მაღალი ტალღა.

რეკომენდაციები - გრიპი ჩვეულებრივ მსუბუქად მიმდინარე დაავადებაა და უმეტესად ახასიათებს სწრაფი გამოჯანმრთელება. მიუხედავად ამისა, ეს გადამდები რესპირატორული დაავადება, რომელიც გამოწვეულია გრიპის ვირუსით, ზოგჯერ შესაძლოა გახდეს მძიმე დაავადებისა და სიკვდილის მიზეზი. სეზონურმა გრიპმა მსოფლიოს მასშტაბით, ყოველწლიურად შესაძლოა გამოიწვიოს 3-5 მილიონი მძიმე დაავადების შემთხვევა და 290 000-დან 650 000-მდე სიკვდილი.

გრიპის ვაქცინა - გრიპის თავიდან აცილების საუკეთესო საშუალებაა ვაქცინაცია. გრიპის ვირუსი მუდმივად განიცდის ცვლილებებს, შესაბამისად, მისი საწინააღმდეგო ვაქცინა ყოველწლიურადაა საჭირო. ჩრდილოეთ ნახევარსფეროში

გრიპის სეზონი ჩვეულებრივ შემოდგომა-ზამთრის პერიოდში დგება, შესაბამისად, ოქტომბერი არის საუკეთესო დრო გრიპის ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციისთვის.

- გრიპის ვირუსი შეიძლება სწრაფად გავრცელდეს ხველის ან ცემინებისას, როცა ვირუსი წვეთებად გაიფრქვევა ჰაერში. ის ასევე შეიძლება გავრცელდეს დაბინძურებული ხელებით ან ზედაპირებით;
- გრიპი ადამიანთა უმეტესობას გადააქვს მსუბუქად და არ ესაჭიროებათ სამედიცინო დახმარება ან ანტივირუსული მედიკამენტები;
- გრიპის მძიმე შემთხვევებისას შესაძლებელია მკურნალობა ჩატარდეს გრიპის საწინააღმდეგო სპეციფიკური ანტივირუსული მედიკამენტებით და არა ანტიბიოტიკებით, რომლებიც გამოიყენება ბაქტერიული ინფექციების სამკურნალოდ;
- ანტივირუსული პრეპარატების მიწოდება მაღალი რისკის ჯგუფებისთვის დაავადების ადრეულ ეტაპზე - დროული და გართულებების გარეშე გამოჯანმრთელებისთვისაა საჭირო;
- მსუბუქი სიმპტომების მქონე ადამიანები სასურველია დარჩნენ სახლში, მოსვენებულ მდგომარეობაში, დალიონ დიდი რაოდენობით წყალი, მიიღონ ნოყიერი საკვები და მოერიდონ კონტაქტს სხვებთან. თუ სიმპტომები დამძიმდება მიმართეთ ექიმს;
- გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინა უსაფრთხოა და გრიპის პრევენციის ძირითადი საშუალებაა, რომელიც ამცირებს ეპიდემიის მასშტაბებს.

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ რეკომენდირებულია ჯანდაცვის მუშაკებისა და გრიპის სერიოზული გართულებების განვითარების ყველაზე მაღალი რისკის ქვეშ მყოფი ადამიანების ვაქცინაცია, ყოველ წელს, გრიპის სეზონის დაწყებამდე.

2018-2019 წლების გრიპის სეზონისათვის გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინაციისათვის მაღალ რისკჯგუფებად განისაზღვრა:

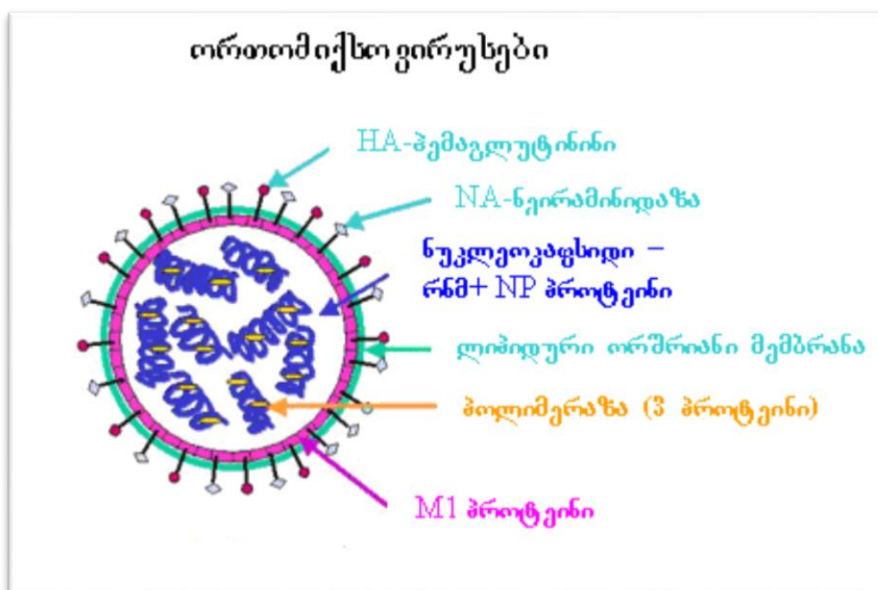
- ორსულები;
- 18 წლამდე დიაბეტით დაავადებულნი;
- დიალიზზე მყოფი პირები;
- ბავშთა სახლებისა და მოხუცთა თავშესაფრების ბინადარნი და მათი მომსახურე პერსონალი;
- C ჰეპატიტით დაავადებული პირები, რომლებიც გადიან ჰეპატიტის საწინააღმდეგო მკურნალობის კურსს;

- აივ ინფიცირებული პირები;
- სამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე პერსონალი, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ცენტრების სამსახურების თანამშრომლები.

2. ეტიოლოგია და პათოგენეზი

გრიპის ვირუსი მიეკუთვნება ორთომიქსოვირუსების ოჯახს. ის 80-120 ნმ ზომის სფერული ფორმის ვირუსია და შეიცავს სეგმენტურ ერთბაფიან რნმ-ს, რომელიც 10 ცილის სინთეზზეა პასუხისმგებელი. რნმ სეგმენტები ვირუსის გარსშია მოთავსებული ნუკლეოპროტეინთან (NP) და ვირუსული პოლიმერაზას სამ სუბერთეულთან (PA, PB1, PB2) ერთად. იქმნება რიბონუკლეოპროტეინის (RNP) კომპლექსი, რომელიც უზრუნველყოფს რნმ რეპლიკაციასა და ტრანსკრიპციას. გრიპის ვირუსები კლასიფიცირდება A, B და C ვირუსებად. მათ შორის არის გარკვეული გენეტიკური და სტრუქტურული განსხვავებანი. A და B ვირუსები შეიცავენ რნმ 8 სეგმენტს, ხოლო C ვირუსი 7 სეგმენტს. B და C გრიპის ვირუსებისაგან განსხვავებით, A გრიპის ვირუსი იყოფა ქვეტიპებად ვირუსის გარსის ზედაპირზე არსებული გლიკოპროტეინების: ჰემაგლუტინინისა (HA) და ნეირამინიდაზას (NA) კომბინაციის საფუძველზე. სულ არსებობს ჰემაგლუტინინის 16 (H1-H16) და ნეირამინიდაზას 9 განსხვავებული ანტიგენი (N1-N9), რომლებიც აღმოჩენილია ქათმებში, იხვებში, ბატებში, ცხენებში, ვეშაპებში, სელაპებში და სხვა. A ვირუსის ყველა ქვეტიპის ბუნებრივ რეზერვუარს გარეული ფრინველები წარმოადგენს. A გრიპის ვირუსი ყველაზე ვირულენტული ტიპია ადამიანისათვის და ადამიანთა გრიპით ინფიცირებას 80%-ში განაპირობებს. გრიპის დღემდე აღწერილი პანდემიები მხოლოდ A გრიპის ვირუსითაა გამოწვეული. 1918 წლიდან ადამიანებში გავრცელებულ A გრიპის ვირუსს გააჩნია ჰემაგლუტინინის სამი (H1, H2, H3) და ნეირამინიდაზას ორი (N1, N2) ქვეტიპი.

ფოტო #1



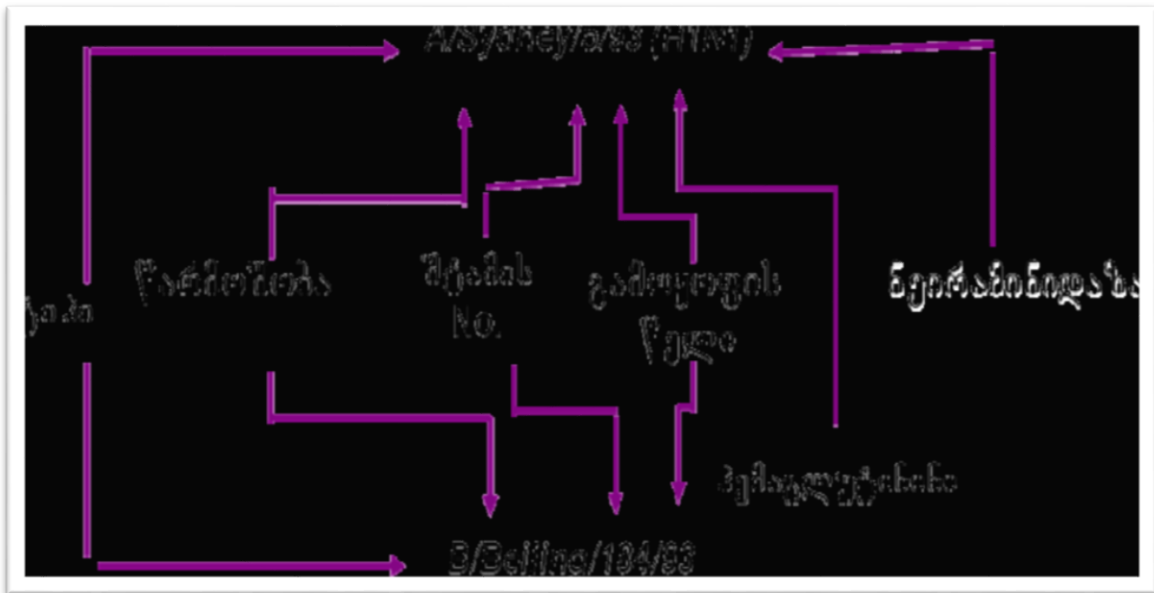
ჰემაგლუტინინი ემაგრება მასპინძლის უჯრედის ზედაპირზე არსებულ სიალის მჟავას რეცეპტორს, რაც განაპირობებს ვირუსის შეჭრას უჯრედში. ჰემაგლუტინინი მთავარი ანტიგენური დეტერმინანტია მანეიტრალიზებელი ანტისხეულების წარმოსაქმნელად. ამიტომ ის სეზონური ვაქცინების უმნიშვნელოვანეს კომპონენტს წარმოადგენს. ნეირამინიდაზა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

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

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

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

სურათი#2



პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი ასევე მიეკუთვნება გრიპის A ტიპს. ვირუსის გარსის ზედაპირზე არის გლიკოპროტეინები: ჰემაგლუტინინი (HA) -1 და ნეირამინიდაზა (NA) -1. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსი ადრე არასოდეს ყოფილა გამოყოფილი ღორის ან ადამიანების ორგანიზმიდან. ეს შტამი, სავარაუდოდ, წარმოადგენს “ოთხმაგ რეასორტანტს” ღორის, ადამიანისა და ფრინველის გრიპის ვირუსებისა. გენების დიდი ნაწილი ეკუთვნის ღორის გრიპის ვირუსს (ჩრდილო ამერიკული და ევრაზიული ღორის გრიპის ვირუსების გენეტიკური მასალა შეადგენს ახალი ვირუსის გენომის 30,6% და 17,5 %-ს, შესაბამისად), შემდეგ მოდის ფრინველის გრიპის ვირუსი (34,4 %) და ადამიანის გრიპის ვირუსი (17,5% გენეტიკური მასალისა). პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ვირუსის ანტიგენური და გენეტიკური მახასიათებლების შესწავლის საფუძველზე დადგინდა, რომ მისი გენური სეგმენტები ცირკულირებდა მრავალი წლის განმავლობაში, მაგრამ მისი აღმოჩენა ვერ მოხერხდა იმის გამო, რომ მუდმივად არ ხორციელდებოდა მოცირკულირე ვირუსებზე მეთვალყურეობა ღორებში. ვირუსების სექვენირებისას დადგინდა, რომ პანდემიის გამომწვევი A(H1N1) ვირუსი იყო ანტიგენურად ჰომოგენური. აშშ-სა და მექსიკაში გამოყოფილი ვირუსების შედარებითმა ანალიზმა დაადგინა, რომ მას არ ჰქონდა რაიმე ისეთი მოლეკულური მახასიათებლები, რაც გაზრდიდა მისი ტრანსმისიულობის ან ვირულენტობის უნარს.

ტრანსმისია - პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსი მსხვილი რესპირაციული ნაწილაკების (წვეთები ზომით > 5 μm) ინჰალაციით და/ან არაპირდაპირი კონტაქტებით გადაეცემა. ვირუსის გადაცემა ხორციელდება 1 მეტრ მანძილზე. არ გამოირიცხება ინფექციის გადაცემა წვრილი აეროზოლური ნაწილაკების (<5 μm) მეშვეობით 1 მეტრზე მეტ მანძილზეც, განსაკუთრებით გარკვეული სამედიცინო მანიპულაციების შესრულების დროს, როგორცაა ტრაქეის ინტუბაცია, რესპირაციული სეკრეტის ამოქაჩვა, ნებულაიზერის გამოყენება და სხვა. წვრილი აეროზოლური ნაწილაკების მეშვეობით ინფექციის გადაცემა დასაშვებია, მაგრამ არაა დადასტურებული. ვირუსი თვითინოკულირდება ზემო რესპირაციული ტრაქტისა და კონიუქტივას ლორწოვან გარსში. გარდა რესპირაციული სეკრეტისა, სხვა

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

პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსი ხასიათდება მდგრადი გავრცელებით ადამიანთა შორის. ჯანმოს ადრეული ანალიზების მიხედვით ახალი ვირუსი ავლენდა ტრანსმისიის უფრო მაღალ მაჩვენებელს, ვიდრე სეზონური გრიპი. მოგვიანებით აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ ვირუსის ხელახალი ანალიზით დადგინდა, რომ ახალი ვირუსის ტრანსმისიის უნარი მსგავსია სეზონური გრიპის იმავე მახასიათებლისა. სეზონური გრიპის საწინააღმდეგო ვაქცინა არ უზრუნველყოფს დაცვას პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსის მიმართ.

ვირუსის გამოყოფა (შედინგი) - ვინაიდან პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსის გამოყოფის ხანგრძლივობა ჯერ-ჯერობით უცნობია, ამ საკითხზე მსჯელობისას ხელმძღვანელობენ სეზონური გრიპის იმავე მახასიათებლის შესახებ არსებული მონაცემებით. პანდემიური (H1N1) 2009 ვირუსით დაავადებული სავარაუდოდ კონტაგიოზურია დაავადების კლინიკის გამოვლინებამდე 1 დღით ადრე და ცხელების მთელი პერიოდის განმავლობაში, სულ - საშუალოდ 7 დღე. კლინიკური სიმპტომების გახანგრძლივების პერიოდში პაციენტი გადამდებად ითვლება კლინიკური სიმპტომების ჩათავეებიდან კიდევ 24 საათის განმავლობაში. უფრო ხანგრძლივი შედინგია აღწერილი ბავშვებში, განსაკუთრებით ჩვილებში, მოხუცებში, ქრონიკული დაავადებების მქონე და იმუნოკომპრომეტირებულ პაციენტებში.

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

2.1. კლინიკური სიმპტომატიკა

პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 3-4 დღეს შეადგენს. ჯანმოს მითითებით, ინკუბაციური პერიოდის მაქსიმალურ ვადად უნდა ჩაითვალოს 7 დღე. პაციენტთა უმრავლესობას დაავადება ეწყება მაღალი ცხელებითა (ჩვეულებრივ, 38.0C-ზე მეტი) და რესპირაციული სიმპტომებით: ყელის ტკივილი, ხველა და თავის ტკივილი. ხშირია რინორეა, ცხვირის გაჭედვა. ასევე აღინიშნება: გულისრევა, ღებინება, დიარეა, მიალგია, ართრალგია, დაღლა. იშვიათად აღინიშნება კონიუნქტივიტი. დაავადების მძიმე მიმდინარეობისას აღინიშნება: სუნთქვის უკმარისობა და ლეთარგია. პაციენტთა გარკვეულ ჯგუფებს, როგორცაა ჩვილები, მოხუცები და იმუნოკომპრომეტირებული პირები, შესაძლებელია ჰქონდეთ დაავადების ატიპური გამოვლინებები. ჩვილ ბავშვებში ინფექცია, როგორც წესი, განსხვავებული სიმპტომებით მიმდინარეობს. მათ შესაძლებელია არ ჰქონდეთ ხველა ან სხვა რესპირაციული სიმპტომები. მძიმე მიმდინარეობა შესაძლოა გამოვლინდეს ისეთი სიმპტომებით, როგორცაა ლეთარგია, აპნოე ან დისპნოე, ციანოზი, დეჰიდრატაცია, მენტალური სტატუსის შეცვლა.

**ცხრილი 4-1. რეგისტრირებულ პანდემიური (H1N1) გრიპის შემთხვევებში
გამოხატული კლინიკური ნიშნები (პროცენტულად):**

კლინიკური ნიშნები	საშუალო გავრცელება (%)
ცხელება (>38°C)	95
ხველა	60
მიაღვია	35
თავის ტკივილი	30
დიარეა	30
ყელის ტკივილი	30
აპათია	25
რინიტი, ართრალგია, ლებინება, სუნთქვის უკმარისობა	2-5

ლაბორატორიული კვლევის შედეგები – პაციენტებში აღწერილია როგორც ლეიკოციტოზი, ასევე ლეიკოპენია. მექსიკაში ჰოსპიტალიზებულ პაციენტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა ლეიკოპენია, ამინოტრანსფერაზების, ლაქტატდეჰიდროგენაზის, კრეატინინ-ფოსფოკინაზის მომატებული დონე. პანდემიური (H1N1) გრიპის გართულებების სრული სპექტრი ჯერ-ჯერობით არ არის ცნობილი. 5 წლამდე ასაკის ბავშვები განსაკუთრებულად არიან მიდრეკილი გრიპის გართულებებისადმი. კალიფორნიის შტატში 553 პაციენტის შესწავლით დადგინდა, რომ გრიპის გართულების ყველაზე დიდ რისკ-ფაქტორებს წარმოადგენდა ფილტვის ქრონიკული დაავადებები (ასთმა, ობსტრუქციული დაავადებები, 37%), იმუნოდეპრესიული მდგომარეობა (17%), გულის დაავადებები (17%), ორსულობა (17%), შაქრიანი დიაბეტი (13%) და სიმსუქნე (13%). ასაკოვანი პაციენტები გრიპის გართულებების თვალსაზრისით მაღალი რისკის ქვეშ არიან. სამაგიეროდ მათში პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპი შედარებით იშვიათად ფიქსირდებოდა. ამის მიზეზი, სავარაუდოდ, იყო მათში არსებული იმუნიტეტი, რომელიც ჩამოყალიბდა იმ ვირუსების მიმართ, რომელიც 1957 წლამდე ცირკულირებდა მსოფლიოში. 60 წელზე მეტი ასაკის პაციენტების 33%-ს აღმოაჩნდა ანტისხეულები (H1N1)- ის მიმართ (განსაზღვრული მიკრონეიტრალიზაციის მეთოდით) ტიტრით ≥ 160 (26). ზოგადად მიკრონეიტრალიზაციის ტიტრი ≥ 160 კორელირებს გრიპის ვირუსით ინფიცირების რისკის სულ მცირე 50%-ით შემცირებასთან, მაგრამ რამდენად იცავს ეს ტიტრი პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპისაგან ჯერჯერობით გაურკვეველია.

2009 წლის პანდემიის დროს მექსიკაში რიგ შემთხვევებში აღწერილი იქნა სწრაფად პროგრესირებადი პნევმონია, სუნთქვის უკმარისობა, მწვავე რესპირატორული დისტრეს სინდრომი. ხოლო მექსიკაში 6%. ჰოსპიტალიზაციის ხშირი მიზეზები იყო დეჰიდრატაცია და პნევმონია. პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს ბაქტერიული ინფექციები იშვიათად ფიქსირდებოდა. ოცდაერთი მძიმე და ფატალური შემთხვევიდან აშშ დაავადებათა კონტროლის ცენტრის მიერ ორ შემთხვევაში იქნა გამოვლენილი კოპათოგენი (*Streptococcus pneumoniae* და ადენოვირუსი).

კალიფორნიაში ჰოსპიტალიზებულ 30 პაციენტს შორის, 19-ს (64%) აღენიშნებოდა თანმხლები დაავადებები, 5 (17%) იყო ორსული, 6 (20%) საჭიროებდა ინტენსიურ თერაპიას შემოსვლისას და 4-ს (13%) აღენიშნებოდა სუნთქვის უკმარისობა (31). 25 პაციენტიდან, რომლებსაც ჩაუტარეს გულმკერდის რენტგენოგრაფია, 15-ს (60%) აღენიშნებოდა პნევმონიის სურათი. არც ერთ შემთხვევაში არ მომხდარა მეორადი ბაქტერიული პნევმონიის მიკრობიოლოგიური დადასტურება. სიკვდილი არ დაფიქსირებულა. და ბოლოს, პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს აღწერილი გართულებების

ჩამონათვალი მსგავსია სეზონური გრიპისა და მოიცავს ქვემოთ ჩამოთვლილს:

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

ორსულები – განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს ინფექცია ორსულებში. ისინი 4-ჯერ უფრო ხშირად ექვემდებარებიან ჰოსპიტალიზაციასა და ინტენსიურ თერაპიას. აღინიშნება სპონტანური აბორტის ან ნაადრევი მშობიარობის შემთხვევები პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპით დაავადებულ ორსულებში, განსაკუთრებით პნევმონიის ფონზე. ხუთი ჰოსპიტალიზებული ორსულიდან ორს განუვითარდა გართულებები სპონტანური აბორტის (გესტაციის მე-13 კვირაზე) და ნაადრევი მშობიარობის სახით (35-ე კვირაზე).

ლეტალობა — სეზონური გრიპის მიერ გამოწვეული ლეტალობა მაღალია ქრონიკული დაავადებების მქონე პაციენტებში, ორსულ ქალებში და ასაკოვან პოპულაციაში. მსგავსი სიტუაცია დაფიქსირდა პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დროს. თუმცა, როგორც აღინიშნა, მოხუცებში ავადობა იყო დაბალი, რაც შესაძლებელია განპირობებული ყოფილიყო მათში ანტიგენურად მსგავსი ვირუსის საწინააღმდეგო იმუნიტეტის არსებობით. მექსიკაში 10.262 ლაბორატორიულად დადასტურებული შემთხვევიდან 119 დამთავრდა ფატალურად. ლეტალობის შემთხვევები დაკავშირებული იყო სუნთქვის უკმარისობასთან, მძიმე პნევმონიასთან მულტიფოკალური ინფილტრატებით და მწვავე რესპირაციულ დისტრესს სინდრომთან. სუნთქვის უკმარისობასთან ერთად შემთხვევათა 24 პროცენტში მექსიკაში აღინიშნებოდა თირკმლის ან მულტიორგანული უკმარისობა. დღეისათვის პანდემიური (H1N1) 2009 გრიპის დადასტურებულ შემთხვევებში ლეტალობა დაახლოებით 0.6%-ს შეადგენს.

2.2. დაავადების დიაგნოზი

შემთხვევის განსაზღვრა

პანდემიური(H1N1) 2009 გრიპის შემთხვევის დიაგნოსტიკა საფეხურეობრივ ხორციელდება.

შესაძლო შემთხვევა

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

სავარაუდო შემთხვევა

სავარაუდო შემთხვევას შეესაბამება პირი კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური კრიტერიუმებით, რომელსაც დაუდგინდა გრიპის A ვირუსი, მაგრამ ვირუსის შემდგომი ქვეტიპირება ვერ ხერხდება იმ რეაგენტებით, რომლებიც გამოიყენება სეზონური გრიპის ვირუსების (H1 ან H3) აღმოსაჩენად.

დადასტურებული შემთხვევა

დადასტურებულ შემთხვევას შეესაბამება პირი, სადაც დიაგნოზი დადასტურდა ლაბორატორიული კრიტერიუმით.

კლინიკური კრიტერიუმები:

მწვავედ განვითარებული შემდგომი კლინიკური სიმპტომები:

- ცხელება $> 38.0^{\circ}\text{C}$ და გრიპისმაგვარი დაავადებების კლინიკური ნიშნები (ერთი ან მეტი ჩამოთვლილთაგან: ხველა, ყელის ტკივილი, თავის ტკივილი, რინორეა/ცხვირის გაჭედვა, ლებინება/დიარეა და სხვა)
- სასუნთქი სისტემის მძიმე ინფექციური დაავადება მიმდინარე ქოშინით ან სუნთქვის უკმარისობით
- სიკვდილი გაურკვეველი მწვავე რესპირაციული დაავადებით.

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

თავი 3. ნეიროპათია

პერიფერიული ნეიროპათია, რომელსაც იწვევს პერიფერიული ნერვების დაზიანება, ხშირად განპირობებს სისუსტეს, მგრძობელობის დაქვეითებასა და ტკივილს, განსაკუთრებით ტერფებსა და ხელის მთევნის არეში. მდგომარეობა სხეულის სხვა ნაწილებშიც გვხვდება.

პერიფერიული ნერვული სისტემა თავის და ზურგის ტვინიდან (ცენტრალური ნერვული სისტემა) ინფორმაციას დანარჩენი ორგანიზმის მიმართულებით აგზავნის. პერიფერიული ნეიროპათია შესაძლოა გამოწვეული იყოს ტრავმული დაზიანებით, ინფექციით, მეტაბოლიზმის პრობლემებით, მემკვიდრული დაავადებებითა და ტოქსინების ზემოქმედებით. პერიფერიული ნეიროპათიის ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია დიაბეტი.

დაავადების მქონე პაციენტები ტკივილს აღწერენ, როგორც მჭრელსა და მწველს. აღინიშნება ჩხვლეტის შეგრძნება. ხშირ შემთხვევაში, სიმპტომები უმჯობესდება, განსაკუთრებით თუ ტკივილის გამომწვევი მიზეზი განკურნებადია. პერიფერიული ნეიროპათიით გამოწვეული ტკივილის შემსუბუქება მედიკამენტებით შესაძლებელია.

ნეიროპათიის განვითარებაში სხვადასხვა ფაქტორი მონაწილეობს:

- **ალკოჰოლიზმი.** ალკოჰოლიკების მიერ არასწორი კვების რაციონის არჩევა იწვევს ვიტამინების ნაკლებობას.
- **ავტოიმუნური დაავადებები:** შოგრენის სინდრომი, მგლურა, რევმატოიდული ართრიტი, გიან-ბარის სინდრომი, ქრონიკული ანთებითი მადემიელინოზირებელი პოლინეიროპათია და ნეკროზული ვასკული.
- **დიაბეტი.** დიაბეტის მქონე პაციენტების ნახევარზე მეტს უვითარდება ნეიროპათიის რომელიმე ფორმა.
- **საწამლეები.** ტოქსიური ნივთიერებები, მათ შორის მძიმე მეტალები და ქიმიკატები.
- **მედიკამენტები.** ზოგიერთი მედიკამენტი, განსაკუთრებით კიბოს მკურნალობის დროს გამოყენებული (ქიმიოთერაპია), იწვევს პერიფერიულ ნეიროპათიას.
- **ინფექციები.** ზოგიერთი ვირუსული და ბაქტერიული ინფექცია: ლამაის დაავადება, ჰერპეს-ზოსტერი, ებშტეინ ბარეს ვირუსი, C ჰეპატიტი, კეთრი, დიფტერია და შიდსი.
- **მემკვიდრული დაავადებები.** ნეიროპათიის გამომწვევი მემკვიდრული პათოლოგიები, როგორცაა შარკომარი ტიუტის დაავადება.
- **ტრავმული დაზიანება ან ზეწოლა ნერვზე.** საგზაო შემთხვევების შედეგად მიღებული ტრავმა, წაქცევა ან სპორტული ტრავმები იწვევენ პერიფერიული ნერვების დაზიანებას. ნერვზე ზეწოლა შესაძლოა განვითარდეს ერთი და იმავე მოძრაობის განმეორებითად შესრულების შემდგომ, მაგალითად ბეჭდვის შედეგად.
- **სიმსივნეები.** კეთილთვისებიანი და ავთვისებიანი სიმსივნეები შესაძლოა ჩამოყალიბდეს თვითონ ნერვებში ან მიმდებარე ქსოვილებში და დააწვეს ნერვებს.
- **ვიტამინების ნაკლებობა.** B ვიტამინები, მათ შორის B-1, B-2, B-6, B-12, E ვიტამინი და ნიაცინი აუცილებელია ნერვის ჯანმრთელობისთვის.
- **ძვლის ტვინის დაავადებები.** ნეიროპათიას განაპირობებს სისხლში არანორმალური ცილის არსებობა (მონოკლონური გამოპათიები), ძვლის კიბოს ერთ-ერთი ფორმა (ოსტეოსკლეროზული მიელომა) ლიმფომა და მაილოიდოზი.
- **სხვა დაავადებები.** მათ შორის თირკმლის დაავადებები და ფარისებრი ჯირკვლის არასათანადო ფუნქციონირება (ჰიპოთირეოიდიზმი).

პერიფერიულ ნერვულ სისტემას თითოეულ ნერვს კონკრეტული ფუნქცია აქვს, შესაბამისად სიმპტომები დამოკიდებულია დაზიანებული ნერვების ტიპზე. ნერვების კლასიფიკაცია:

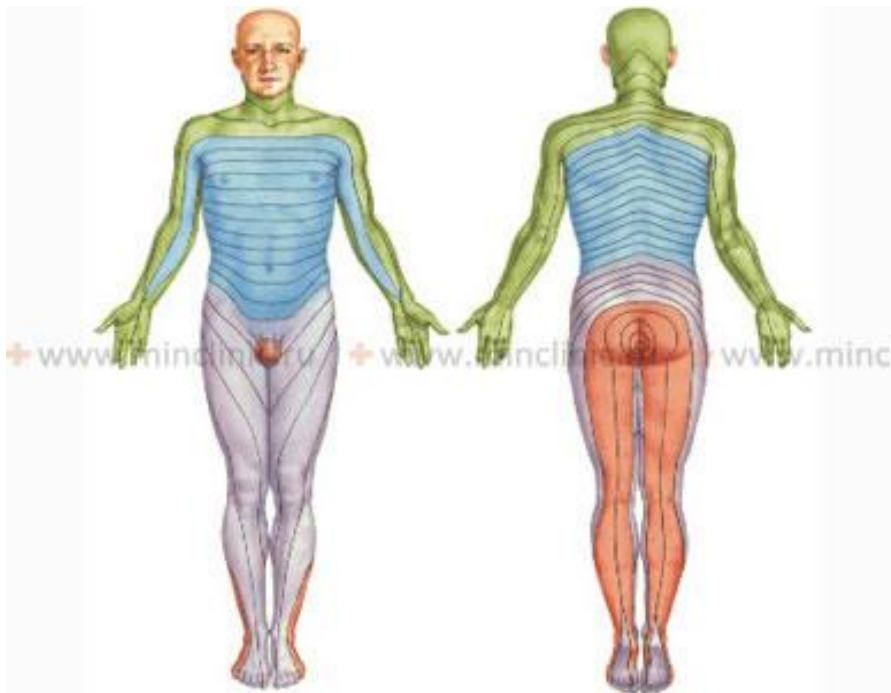
- **მგრძობელობითი ნერვები.** რომლებიც აღიქვამენ შეგრძნებებს კანიდან: ტემპერატურა, ტკივილი, ვიბრაცია ან შეხება.
- **მოტორული ნერვები.** რომლების აკონტროლებენ კუნთის მოძრაობას.
- **ავტონომური ნერვები.** რომლებიც აკონტროლებენ სისხლის წნევას, გულისცემას, საჭმლის მომნელებასა და შარდვას.

პერიფერიული ნეიროპათიის სიმპტომები:

- მგრძობელობის დაქვეითება და ჩხვლეტის შეგრძნების თანდათანობითი განვითარება ხელის მტევნებისა და ტერფებზე, რომელიც შესაძლოა გავრცელდეს ქვედა კიდურებში.
- ბასრი, გამჭოლი ან მწველი ტკივილი.
- შეხებაზე უკიდურესად გაძლიერებული მგრძობელობა.
- წონასწორობის დაღვევა და წაქცევა.
- კუნთის სისუსტე ან პარალიზი მოტორული ნერვების დაზიანების შემთხვევაში.

პერიფერიული ნეიროპათია შესაძლოა აზიანებდეს ერთ ნერვს(მონონეიროპათია), ორ ან მეტ ნერვს სხვადასხვა წერტილებში (მრავლობითი მონო ნეიროპათია) ან ბევრ ნერვს(პოლინეიროპათია).

სურ#3. ადამიანის სხეულის ზედაპირზე სეგმენტარული ინერვაციის სქემა გვეხმარება მონო და პოლინეიროპათიების ლოკალიზაციის დაზუსტებაში



4. ვირუსული ნეიროპათიის ფიზიკური რეაბილიტაციის მენეჯმენტი.

რა არის რეაბილიტაცია ?

ფიზიკური მედიცინა და რეაბილიტაცია არის მედიცინის დარგი, რომლის მიზანია ნებისმერი ორგანული სისტემის დაავადებით ან დაზიანებით განპირობებული უუნარობის მკურნალობა, ორგანიზმის ფუნქციური მდგომარეობის აღდგენა და ცხოვრების ხარისხის გაუმჯობესება. ევროპის სამედიცინო სპეციალისტთა კავშირის სექციის განმარტებით ფიზიკური მედიცინა და რეაბილიტაცია არის დამოუკიდებელი სპეციალობა, რომელსაც ეხება „ფიზიკური და კოგნიტიური ფუნქციის, აქტივობის (მათ შორის ქცევითი) მონაწილეობის (ცხოვრების ხარისხის ჩათვლით) ხელშეწყობას და პერსონალური თუ გარემო ფაქტორების მოდიფიკაციას, რაც მოიცავს ასაკის ქმედუნარიანობის შეზღუდვით მიმდინარე პათოლოგიების პრევენციას, დიაგნოზის დადგენას, მკურნალობას და რეაბილიტაციურ მართვას“. რეაბილიტაცია არის უწყვეტი და კორდინირებული პროცესი, რომელიც იწყება დაავადების ან ტრავმის დასაწყისითანავე და გრძელდება საგოზადობაში პიროვნებისთვის სასურველი როლის მიღწევამდე. რეაბილიტაციის წარმატება დამოკიდებულია დაავადების, დაზიანების ან ტრავმის ხასიათსა და სიმძიმეზე, უნარშეზღუდულობის ტიპსა და ხარისხზე, პაციენტის ჯამრთელობის ზოგად მდგომარეობასა და ოჯახის წევრების მხარდაჭერაზე.

რეაბილიტაციის მთავარი საკითხი არის პიროვნების ოპტიმალური ფუნქციონირების შესაძლებლობა დაავადების პროცესით გამოწვეული შეზღუდულობის ფარგლებში. რეაბილიტაცია წარმოადგენს პროცესს, რომელიც ეხმარება ინდივიდს ფუნქციის, მოქმედების დამოუკიდებლობის და ცხოვრების ხარისხის მაქსიმალურად მაღალ დონეზე აღდგენაში. რეაბილიტაციის დროს შესაძლოა არ მოხდეს დაავადებით ან ტრავმით გამოწვეული დაზიანების უკუგანვითარება ან სრული აღდგენა, მაგრამ რეაბილიტაცია პაციენტს ეხმარება შეინარჩუნოს ოპტიმალური ჯამრთელობა და ფუნქციონალური კეთილდღეობა.

რეაბილიტაციის მიზანი: სოციალური ჩართულობის და ცხოვრების ხარისხის ოპტიმიზაცია. რეაბილიტაცია ეს არის ჯამრთელობაზე მზრუნველი ჯგუფის მიერ განხორციელებული ინტერვენცია, რომელიც იწვევს ცვლილებებს და ეხმარება პიროვნებას, ავადმყოფობისა და დაზიანების შემდეგ, ფუნქციის აღდგენაში და ფუნქციონალური დამოუკიდებლობის მოპოვებაში. რეაბილიტაცია იწვევს ბიოლოგიური, ფსიქოლოგიური, ფიზიოლოგიური ან ნევროლოგიური პროცესების ცვლილებას, განაპირობებს უნარ-ჩვევებისა და ქცევის გავარჯიშებას. მიზანი რეაბილიტაციის მენეჯმენტისა არის, ის რომ რეაბილიტირებულ ტერიტორიაზე უნდა იყოს სისტემა ისე მოწყობილი და შენარჩუნებული, რომ არ საჭიროებდეს ზედმეტ ძალისხმევას პაციენტისა. ფიზიკური აგენტის შერჩევა და გამოყენება რეაბილიტაციაში უკავშირდება ქსოვილების აღდგენის, ტკივილგამაყუჩებელ, კუნთების ტონუსის და შეზღუდული მოძრაობის გაუმჯობესების უნარს.

ფიზიკური აგენტის შერჩევის დროს გასათაღისწინებელი ატრიბუტები

მკურნალობის მიზნები და ეფექტურობა



უკუჩვენებები და უსაფრთხოების ზომები



ფიზიკური აგენტის გამოყენების მტკიცებულებები



ფასი, სარგებელი და ხემისაწვდომობა

ფიზიკური აგენტის შერჩევა და გამოყენება რეაბილიტაციაში უკავშირდება ქსოვილების აღდგენის, ტკივილ გამაყუჩებელ, კუნთების ტონუსის და შეზღუდული მოძრაობის გაუმჯობესების უნარს.

ინფექციური ნეიროპათიის რეაბილიტაცია ფიზიკური ვარჯიშებით, მათი მართვის ფორმები და საშუალებები.

რეაბილიტაცია მოიცავს სამ ეტაპს:

1. სახსრების გააქტიურება და კუნთის ტონუსის მომატება, შეშუპების მოხსნა.
2. ქვემო კიდურების კუნთების გამაგრება; პასიური და აქტიური ვარჯიშები, მოძრაობის და კუნთების ძალის აღდგენა. (ამ ფაზაში იწყება ველოსიპედი და სირბილი შესაძლებლობის შემთხვევაში).
3. საბოლოო ფაზა შედგება სრული აქტივობის დასრულების შემდეგ. კიდურების საყრდენი ფუნქციების გაუმჯობესება; ნორმალური კუნთების სიძლიერე, კოორდინაცია და შეშუპების არარსებობა, ნარჩენი მოვლენების ლიკვიდაცია. აუცილებელია აქტივობის წარმატებულად დაბრუნებისთვის გაეწიოს რეკომენდაცია ადრეულ სტადიაში, ეს ეტაპი ხდება 6-9 თვის შემდეგ, რაც დამოკიდებულია კონკრეტული პაციენტისა და მის საქმიანობაზე.

რეაბილიტაციის სტადიები და მართვის ფორმები

1. მწვავე სტადია
2. ქვემწვავე ან აღდგენის სტადია
3. ფუნქციური სტადია

მწვავე სტადია ამ სტადიაზე რეაბილიტაცია ფოკუსირებულია შეშუპებისა და ტკივილის შეზღუდვაზე. შეშუპებას და ტკივილის კონტროლისთვის გამოიყენებენ შემდეგ მეთოდებს RICE (Rest, Ice, Compression, Elevation) მოსვენება, ყინული, კომპრესია, ელევაცია.

მოსვენება-ნაწილობრივი და სრული (იმობილიზაცია)

ყინული-ანელებს მეტაბოლზმს ადგილობრივად, ვაზოკონსტრუქცია, რეაქტიული ჰიპერემია, შეშუპების შემცირება, ტკივილის კონტროლი. სიცივითი თერაპიის გამოყენება:ყინულის ეფექტი რომელიც 5-10 წთ განმავლობაში გვიდევს კანის ზედაპირზე იგი აღწევს 2სმ-ის სიღრმეზე თუ კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი არ აღემატება 1 სმ. თუ კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი აღემატება 2სმ და მეტს,ყინულის ზემოქმედებისათვის საჭიროა 20-30 წთ. ქსოვილების მწვავე დაჭიმვის პერიოდის პირველი 24-48 საათის განმავლობაში არის ყველაზე მნიშვნელოვანი. კომპრესია-შეშუპების შემცირება. კომპრესია არ უნდა ზრდიდეს ტკივილს !!! ნახვევი მეტი წნევით დაზიანების დისტალურად,ნაკლები წნევით პროქსიმალურად!!! ელევაცია მცირდება არტერიული სისხლის ნაკადი,მატულობს ლიმფის და ვენური სისხლის უკუდაბრუნება. ქვედა კიდურის ელევაცია ხდება მენჯის სიბრტყის ზევით (ზედა კიდურის ელევაცია ხდება გულის სიბრტყის ზევით)

მედიკამენტები

-ანალგეტიკი

ქვემწვავე ანუ აღდგენის სტადია ამ სტადიაზე რეაბილიტაცია ფოკუსირებულია სახსრების და რბილი ქსოვილების მოქნილობის,ძალისა და პროპრიორეცეპციის აღდგენაზე.

გამოიყენება შემდეგი მეთოდები :

-პირველი ეტაპი -იზომეტრული ძალაზე,ნაზი,მსუბუქი გაწელები.

-მეორე ეტაპი მოქნილობა,დინამიური ვარჯიშები ძალაზე.

- კინეტიკური ვარჯიშების დახურული ჯაჭვი.
- კინეტიკური ვარჯიშები ღია ჯაჭვი.
- სავარჯიშო ბურთების გამოყენება.
-

ფუნქციური სტადია-ამ სტადიაზე რეაბილიტაცია ფოკუსირებულია ნეირომუსკულარული კონტროლის და მოძრაობის ფუნქციის სრულ აღდგენაზე: გამოიყენება შემდეგი ვარჯიშები: ვარჯიშები მოქნილობაზე,ძალისა და პროპრიორეცეფციის განვითარებაზე (ბალანსი,წონასწორობა) მედიკამენტები (საჭიროებისამებრ).

მიზანი	ვარჯიშები
რეაბილიტაციის I ფაზა: 1-3 თვე	
ტკივილის, სახსრის და მიმდებარე ქსოვილების შეშუპების მკურნალობა	კრიოთერაპი(ადგილობრივად ყინულების დადება), კიდურის მდებარეობა მაღალზე, წვივის და ბარძაყის გადახვევა ელასტიური ბინტით
მუხლის სახსარში 90 გრადუსამდე	თავიდან მოხრა მუშავდება საკუთარი წვივის წონით. პაციენტი წევს, მოდუნებული აქვს ბარძაყის კუნთები და იწყებს მუხლის სახსარის მოხრას
სრული გამლა და მოხრა სახსარში, ზედა და ქვედა კიდურებში მოხრა	ზურგზე მწოლიარეს ქუსლის ქვეშ დებენ ვალიკს და მუხლის სახსარში ვასრულებთ მოხრა გამლის მოძრაობას. მოძრაობა ასევე სრულდება იდაყვის სახსარში.
კუნთური მასის აღდგენა და შენარჩუნება	ელექტროსტიმულაცია, კუნთების იზომეტრიული შეკუმშვა.
მოხრა მუხლის სახსარში 125-135 გრადუსამდე	მოხრა მუხლის სახსარში დახმარებით. (ზურგზე წოლის დროს ქუსლის გაცურება საწოლზე მოხრა და გამლა, ელასტიური ბინტის ან მეორე კიდურის დახმარებით საწოლის კიდეზე ჯდომის დროს). ჩაჯდომები.
ჰამსტრინგ კუნთების გაძლიერება	ვარჯიშები ძალაზე ბარძაყის უკანა კუნთების გაძლიერებისთვის, მოხრა მუხლის სახსარში. მიწოლა საგანზე გაშლილი ფეხით და ა.შ.
ბარძაყის ოთხთავა კუნთის გაძლიერება	გრძელდება მე-2 ფაზის ვარჯიშები, წინააღმდეგობით ელასტიური ლენტით

სხვა ბარდაყის კუნთების ვარჯიში	გვერდზე წოლისას გაშლილი ფეხის განზიდვა გვერდზე და ზევით. ბარდაყების მოზიდვა წინააღმდეგობით, მოხრა მენჯ-ბარდაყის სახსარში.
პროპრიოცეპტიული ვარჯიში	ბალანსის შენარჩუნების ვარჯიშები მოძრავ პლატფორმაზე.
აერობული ვარჯიშები	ელლიპტიური სავარჯიშო
რეაბილიტაციის II ფაზა: 3-6 თვე	
სრული მოხრა მუხლის სახსარში	ქუსლის სრიალი საწოლზე ელასტიური ლენტით, ქუსლები მიტან დუნდულოების ქვეშ.
ბარდაყის ოთხთავა კუნთის, უკანა კუნთების, ჰამსტრინგ კუნთებისა და სხვა კუნთების ვარჯიშები	ნახევრად ჩაჯდომები დატვირთვით და მის გარეშე, ელასტიური ლენტით და მის გარეშე; ფეხის პრესი 50-0 გრადუსით, სტეპ-აპ ვარჯიშები სარკის წინ (უნდა აკონტროლო სარკეში რომ სტეპის დროს ბარდაყი არ მიდიოდეს გვერდზე), ვარჯიშები StairMaster ტიპის ტრენაჟორზე წინ და უკან, აწევა ტერფის თითების წვერზე და ა.შ.
პროპრიოცეპტიული ვარჯიში	ბალანსის რთული ვარჯიში: ბურთის სროლა კედელში ორ ან ერთ ფეხზე დგომით ქანავ პლატფორმაზე ან ბატუტზე.
აერობული ვარჯიშები	ველოტრენაჟორი, ელლიპტიური ტრენაჟორი და ვარჯიშები აუზში.
რეაბილიტაციის III ფაზა: 6-9 თვე	
ძალის და გამძლეობის მომატება ბარდაყის კუნთებში	იგივე ვარჯიშები რაც მე-2 ფაზაში მაგრამ მეტი ინტენსივობის. თუ არის Biodex აპარატი იზოკინეტიკურ ვარჯიშებს იწყებენ საშუალო სიჩქარით 180-240 გრადუსი წამში: გამლა 90-30 გრადუსი; მოხრა 0-90 გრადუსი.
საბოლოო ვარჯიში ბალანსის შენარჩუნებაზე და კოორდინაციის მოძრაობებზე	იგივე ვარჯიშები რაც მე-2 ფაზაში მაგრამ მეტი ინტენსივობის და სირთულის

რეაბილიტაციის IV ფაზა 9-10თვე	
ძალის და გამძლეობის მომატება ბარძაყის და წვივის კუნთებში	იგივე ვარჯიშები რაც მე-4 ფაზაში მაგრამ მეტი ინტენსივობის. თუ არის Biodex აპარატი იზოკინეტიკურ ვარჯიშებს იწყებენ მაღალი სიჩქარით 300-360 გრადუსი წამში: გამლა 90-30 გრადუსი; მოხრა 0-90 გრადუსი. ელლიპტიური ტრენაჟორი, ველატრენაჟორი, ცურვა და ვარჯიშები აუზში, StairMaster წინ და უკან, სიარული სარბენ ბილიკზე წინ და უკან
ჰამსტრინგ კუნთების ვარჯიშები სიმლიერეზე მოხრის დიდი კუთხეების დროს	მოხრა მუხლის სახსრაში მუცელზე წოლის დროს ელასტიური ლენტით წინააღმდეგობით 130 გრადუსამდე
სირბილის დაწყება	სირბილი სარბენ ბილიკზე და ქუჩაში სწორ ქვიშიან გზაზე ან სტადიონზე რბილი ზედაპირით
რთული უნარის ვარჯიში	სირბილი გვერდულად მაკრატელათი ან ნაბიჯებით.
არაკონტაქტური სპორტი 4-5 თვე. სრული რეაბილიტაცია არანაკლებ 9 თვისა.	გოლფი, ცურვა, ველოსიპედი, მთებში სიარული.

5. კლინიკური შემთხვევის განხილვა

პაციენტის ანამნეზი:

პაციენტის შეომოყვანა საავადმყოფოში

მკურნალი (მორიგე) ექიმის ჩანაწერი

პაციენტის გვარი, სახელი: ი.დ.

ისტორიის ნომერი: 72/19

ასაკი: 49

ჩივილები: ჩივილებს ვერ წარმოადგენს, ინტუბირებულია ოროტრაქეალურად, იმყოფება ნარჩენი სედაციის ქვეშ.

Anamnesis morbi: 03.01.19 22:30-ზე პაციენტი გადმოყვანილ იქნა შ.პ.ს „რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრიდან“ ემერჯენს სერვისის მიერ დიაგნოზით: სუნთქვის მწვავე უკმარისობა, ორმხრივი პნევმონია. როგორც ანამნეზიდან და ფორმა 100-დან ირკვევა, ბოლო 1 კვირაა ვირუსული ინფექციის ფონზე აღენიშნება ხველა ნახველის გაძნელებული გამოყოფით, ცხელება 39 C-მდე, სუნთქვის გაძნელება, ჰაერის უკმარისობის შეგრძნება. 03.01.19-ში ჩივილების ინტენსივობამ იმატა, რის გამოც მიმართა ზ/ა კლინიკას, სადაც ინსტრუმენტულ-ლაბორატორიული კვლევების ფონზე დაისვა ორმხრივი მწ. პნევმონიის დიაგნოზი, დაწყებულ იქნა ანტიბიოტიკოთერაპია. მდგომარეობის სიმძიმიდან გამომდინარე საჭიროდ ჩაითვალა მკვეთრად გამოხატული სუნთქვის მწ. უკმარისობის კლინიკა, -ქოშინი, ტაქიპნოე, ორთოპნოე, დესატურაცია 60%-მდე, ციანოზი. არტერიული სისხლის გაზებში ვლინდებოდა დეკომპენსირებული რესპირატორული აციდოზი, გულმკერდის რენტგენოგრაფიით გამოვლინდა ორმხრივად, შუა და ქვედა ველების გამჭვირვალობის დაქვეითება ვრცელი ინფილტრაციული უბნების ხარჯზე. მიუხედავად ინჰალაციური და არაინვაზიური CPAP ვარჯიშებისა, ვერ მოხერხდა ოქსიგენაციის პარამეტრების ნორმალიზება, რის გამოც პაციენტს ჩაუტარდა ოროტრაქეალური ინტუბაცია და გადაყვანილ იქნა მართვით სუნთქვაზე SIMV რეჟიმში შერჩეული პარამეტრებით. ვლინდებოდა მაღალი ჟანგბადდამოკიდებულება, FIO2-100%, PEEP-14. შემდგომი დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის მიზნით გადმოყვანილია რეანიმაციის განყოფილებაში.

Anamnesis Vitae: ყოფა-ცხოვრების პირობები დაკმაყოფილებული. TBC, ვენ-სნეულებებს, ალერგიულ რეაქციებს საკვებსა და მედიკამენტებზე არ აღნიშნავს.

Status Praesens: კანი ნამიანი, ციანოზური. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი ჭარბად განვითარებული, ლიმფური ჯირკვლები სათანადო ფოსებში არ ისინჯება.

სასუნთქი სისტემა: იმყოფება მართვით სუნთქვაზე, Pulmo-აუსკულტაციით სუნთქვა ტარდება ორმხრივად თანაბრად, ქვემო წილებში შესუსტებული სუნთქვის ფონზე კრეპიტაცია.

გულ-სისხლძარღვთა სისტემა: ჰემოდინამიკური მაჩვენებლები სტაბილური. T/A-135/84 mmHg.HR-99.

საჭმლის მომნელებელი სისტემა: მუცელი პალპაციით დიდი ზომის, რბილი, ღვიძლი და ელენთა არ ისინჯება, აუსკულტაციით ნაწლავთა პერისტალტიკა მოისმინება.

შარდ-სასქესო სისტემა: შარდის ბუშტი კათეტერიზებული. მიღებული შარდი მუქი ჩალისფერი.

ნერვული სისტემა: იმყოფება ნარჩენი სედაციის ქვეშ, ტრაქეის და ღეროს რეფლექსები ცოცხალი, გუგები მრგვალი, თანაბარი, ფოტორეაქცია და კორნეალური რეფლექსები ცოცხალი.

Ds: პნევმონია J18.9. სმუ J96.0, რესპირატორული დისტრეს სინდრომი.

დაგეგმილი კვლევები და კონსულტაციები:

- ABG/EL
- სისხლის საერთო ანალიზი
- ღვიძლის ფუნქციები
- კოაგულოგრამა
- CREA
- შარდის საერთო ანალიზი
- გულმკერდის CT კვლევა ანგიოგრაფიით
- გულმკერდის Ro-გრაფია
- მუცლის ღრუსა და გულმკერდის ღრუების ექოსკოპია

დამატებული კვლევა

- ფსიქიატრის-კონსულტაცია
- ნევროლოგის-კონსულტაცია
- ინფექციონისტის-კონსულტაცია
- ელექტრონეიროგრაფიული-კვლევა
- ბრონქოსკოპია
- კომპიუტერული ელექტროენცეფალოგრაფიული კვლევა

კომპიუტერული ელექტროენცეფალოგრაფიული კვლევა

ალფა რიტმი: სიხშირე: ვლინდება ალფა რიტმი 9-11 ჰც.

ამპლიტუდა: 30-40 მკ/ვლ.

ბეტა რიტმი: სიხშირე: 6-7 ჰც. ამპლიტუდა: 45-50 მკ/ვლ.

ცვლილებები აღინიშნება: ვლინდება დიფუზური დაბალვოლტაჟიანი ნელტალღოვანი აქტივობა.

ნელტალღოვანი აქტივობა: ვლინდება დიფუზური დაბალვოლტაჟიანი ნელტალღოვანი აქტივობა.

ჰემისფეროთაშორისი ასიმეტრია: არა

პათოლოგიური კომპლექსები: ვლინდება დიფუზური დაბალვოლტაჟიანი ნელტალლოვანი აქტივობა.

ფოტოსტიმულაცია: ფონურ სურათს არ ცვლის.

დასკვნა: ეეგ მონაცემებისა და ანამნეზის გათვალისწინებით პაციენტი ამ ეტაპზე ანტიკონვულსიურ მკურნალობას არ საჭიროებს. პაციენტს ესაჭიროება დაკვირვება დინამიკაში.

ბრონქოსკოპია

პაციენტის გვარი, სახელი: ი.დ

ისტორიის ნომერი: xx

ასაკი: 49

სქესი: მამრობითი

ექიმის გვარი, სახელი: ო.ბ

სპეციალობა: თორაკალური ქირურგი

თარიღი და დრო: 21.01.2019 18:51

ფიბრობრონქოსკოპია

საინტუბაციო მილიდან Sol. Lidocain 2% 10 მლ შეყვანის შემდეგ გაკეთდა ფიბრობრონქოსკოპია. მილის დგომა (***). კარინა მახვილი. დისტალურად ტრაქეა და ბრონქები გამავალია. ბრონქების სანათურში აღინიშნება ლორწოვანი ნახველი, მცირედ ჰემორაგიული ხასიათის. გაკეთდა ბრონქოსანაცია. ლორწოვანი ჰიპერემიულია, შეშუპებული და დაფარული მცირე სისხლნაჟღენთებით.

დიაგნოზი: ენდობრონქიტი

ელექტრონეიროგრაფიული კვლევა

პაციენტი: დ.ი

თარიღი: 15.03.2019

ჩატარდა ზედა და ქვედა კიდურების როგორც მოტორული ისე სენსორული ბოჭკოების სტიმულაციური ნეიროგრაფია. მონაცემები იხილეთ პროტოკოლში:

- ორმხრივ იდაყვისა და დიდი წვივის ნერვის მოტორული ბოჭკოების სტიმულაციით მიიღება მკვეთრად დაქვეითებული ამპლიტუდის პოტენციალები, ამპლიტუდის კლებასთან შედარებით სიჩქარის კლება მიმინიმალურია და ნორის ქვედა ზღვართანაა.
- მარჯვენა იდაყვის და მცირე წვივის ზედაპირული ნერვის სენსორული პასუხები ასევე დაქვეითებული ამპლიტუდით რეგისტრირდება.
- მიოგრაფიოულად მარჯვენა წინა ტიბიალური კუნთიდან სპონტანური დეგენერაციული აქტივობა არ ვლინდება. ნებით მეპების ამპლიტუდა და ხანგრძლივობა შემოკლებული, (სატელიტის არსებობით გავს რეინერვაციულ პოტენციალებს?) ინტერფერენციული მრუდი დისკრეტული.

დასკვნა:

ნეიროგრაფიულად გამოხატულია სენსო-მოტორული აქსონური პოლინეიროპათიისთვის სახასიათო სიმეტრიული ცვლილებები.

რეკომენდირებულია ემგ კვლევა დინამიკაში 3 თვის შემდგომ.

ექიმი: მ. სეხნიაშვილი

ექიმი ინფექციონისტის კონსულტაცია

პაციენტის სახელი, გვარი: იარაჯული დავით

ისტორიის ნომერი: 72/19

ასაკი: 49

სქესი: მამრობითი

დაბადების თარიღი: 07.12.1969

ექიმის გვარი, სახელი: გვასალია ინგა

სპეციალობა: ექიმი ინფექციონისტი

ჩივილები, მოკლე ანამნეზი და ობიექტური მონაცემები:

ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, იმყოფება მართვით სუნთქვაზე-მკაცრ რეჟიმზე, ანამნეზში ტემ. რეაქციები 38-39.

კატარული მოვლნები შემდგომ განვითარდა სუნთქვის უკმარისობა, (***)-ლეიკოცპენია-შემოსვლისას.

რენტგენოლოგიურად ორმხრივი ტოტალური ინფილტრაცია.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები:

ჩატარებული მკურნალობა:

დიაგნოზი: გრიპი პნევმონიით, ვირუსი არ არის იდენტიფიცირებული (J11.0)

არტერიული წნევა: **პულსი:** **წონა:** **სიმაღლე:**

სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები:

ტამიფლუ 150 მგ. 2-ჯერ

ეროპენემი 1 გ. 3-ჯერ ი/ვ

(***) თერაპიის კორექცია ბაქტერიოგრამის გათვალისწინებით

ექიმი ნევროლოგის კონსულტაცია

პაციენტის გვარი, სახელი: იარაჯული დავითი

ისტორიის ნომერი: 72/19

ასაკი: 49

სქესი: მამრობითი

ექიმის გვარი, სახელი: ურუშაძე ნინო

სპეციალობა: ექიმი ნევროლოგი

თარიღი და დრო: 02.04.2019 15:00

ჩივილები, მოკლე ანამნეზი და ობიექტური მონაცემები:

პაციენტი კონსულტირებულია ჩემს მიერ განმეორებით რეანიმაციულ განყოფილებაში (იხ. 16.03.19 კონსულტაცია). პაციენტს ემგ დიაგნოსტირებული აქვს პოლინეიროპათია, გრძელდება შესაბამისი მკურნალობა/თერაპია, ნევროლოგიური სტატუსი დინამიკაში არსებითი ცვლილების გარეშე. მკურნალი ექიმის გადმოცემით პაციენტს 17.03.19-დან აღენიშნებოდა ეპილეფსიური გულყრის ეპიზოდები, რის გამოც კუპირების მიზნით გეგმიურად ეძლეოდა კლონაზეპამი 2 მგ. 25.02.19-ში ჩატარებული იქნა ელექტროენცეფალოგრაფიული გამოკვლევა, ეგ მონაცემებისა და ანამნეზის გათვალისწინებით ანტიკონვულსიური მკურნალობა აქ იქნა რეკომენდირებული, თუმცა დინამიკაში პაციენტის მდგომარეობა გაუარესდა, აღენიშნა გენერელიზებული ტონურ-კლონური გულყრის ეპიზოდი, 02.04.19-ში ჩატარდა განმეორებით ელექტროენცეფალოგრაფიული კვლევა ეგ მონაცემების გათვალისწინებით რეკომენდირებულ იქნა ანტიკონვულსიური თერაპიის დაწყება.

ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები:

ჩატარებული მკურნალობა:

დიაგნოზი: დაუდგენელი და სხვა კონვულსიები (R56.8)

არტერიული წნევა: **პულსი:** **წონა:** **სიმაღლე:**

სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები:

დეპაკინი 1200 მგ/დღეში

რეკომენდირებულია დაკვირვებ დინამიკაში

ექიმი ფსიქიატრის კონსულტაცია

პაციენტის გვარი, სახელი: იარაჯული დავითი

ისტორიის ნომერი: 72/19

ასაკი: 49

სქესი: მამრობითი

დაბადების თარიღი: 07.12.1969

ექიმის გვარი, სახელი: ჭ.გ

სპეციალისტი: ექიმი ფსიქიატრი

ჩივილები, მოკლე ანამნეზი და ობიექტური მონაცემები: პაციენტი 2019 წლის 03 იანვრიდან მკურნალობს თბილისის ცენტრალური ჰოსპიტალის რეანიმაციულ განყოფილებაში, პნევმონიის, სუნთქვის მწვ. უკმარისობის და რესპირაციული დისტრეს სინდრომის გამო. განვითარებულია ტეტრაპარეზი, დარღვეულია მეტყველება. ფსიქიატრის გამოძახების მიზეზი გახდა (**), ემოციური ლაბილობა, დაქვეითებული გუნება-განწყობა, რის გამოც პაციენტს დანიშნული აქვს (***) (2მგ. დღეში) და ამიტრიპტილინი (25მგ. დღეში).

5.1 ჩატარებული დიაგნოსტიკური გამოკვლევები და კონსულტაციები: მიზანმიმართული კონტაქტისათვის ძნელად მისაწვდომია, ვერ მეტყველებს, გვიყურებს აზრიანი თვალებით და თავის ქნევით გვეთანხმება ან უარყოფს დასმულ შეკითხვებს. ავადმყოფობაზე და გამოჯანმრთელებაზე დასმულ შეკითხვებზე იცრემლება, სახეზე ესახება ტანჯვის გრიმასა. თავის ქნევით გვიდასტურებს რომ უნდა გამოჯანმრთელება და სახლში წასვლა. სახის გამომეტყველება-ნაღვლიანი, დათრგუნული. ჰალუცინაციურ-ბოდვითი სიმპტომატიკის გამოვლენა ან დაზუსტებით უარყოფა გაძნელებულია უკონტაქტობის გამო. გუნება-განწყობა-დაქვეითებული, სევდის ელფერით.

დიაგნოზი: ზომიერად გამოხატული დეპრესიული ეპიზოდი. (F32.1)

სამკურნალო და შრომითი რეკომენდაციები:

ამბულატორიული ფსიქიატიული მკურნალობა.

გაგრძელდეს კლონაზეპამით მკურნალობა (არსებული სქემით).

ამიტრიფტილინის ნაცვლად, რეკომენდირებულია ფევარინი 100 მგ. 1/2 აბი ძილის წინ, დოზის მატებით ყოველ 3-4 დღში ერთხელ, 50 მგ.-ით, 200 მგ. ფევარინამდე ძილის წინ.

ანამნეზი: პაციენტი ი.დ 49 წლის შემოყვანილია რეანიმაციულ განყოფილებაში მიმღებ ნაგყოფილებიდან. პნევმონიის, დისტრეს სინდრომის, სუნთქვის მწვავე უკმარისობის და დესატურაციის გამო გადაყვანილი იქნა მართვით სუნთქვაზე და რესპირატორთან სინქრონიზაციის მიზნით უკეთდებოდა სედაცია fentanilli და midazolami რის გამოც ნევროლოგია არ ისინჯება. სტუაციის დასტაბილურების შემდეგ პაციენტი აღარ საჭიროებს სედაციის გაგრძელებას. პაციენტის გონზე მოსვლის შემდეგ აღენიშნებოდა მოძრაობის სრული მოშლა ქვედა კიდურებში, შეგრძნება შენარჩუნებული ხოლო ნაწილობრივი მოძრაობის შეზღუდვა ზედა კიდურებში. უჩივის ტკივილს და სახსრების არასტაბილურობას. გასინჯვისას ვიყენებთ:

1. Range of Motion, (ROM) ტესტს მოძრაობის, რომლის მიხედვითაც სხვადასხვა სახსარში მოძრაობის სიფართოე ფასდება 0°-დან 180°-მდე სკალით და ისაზღვრება მოტორული დეფიციტის პირობებში არსებული მოძრაობის სიფართის პროცენტული მიმართება ნორმასთან. ნორმალური ROM-ის 1-33%-ს ენიჭება ერთი ქულა, 33-66%-ს ორი ქულა, 66-99%-ს – სამი ქულა, მოძრაობის სრულ სიფართეს – ოთხი ქულა. ROM-ს ვსაზღვრავდით ზედა კიდურის 4 და ქვედა კიდურის 4 სახსარში (განზიდვა მხრის სახსარში, მოხრა იდაყვის სახსარში, გაშლა მაჯის სახსარში, მოხრა მენჯბარძაყის სახსარში, მოხრა მუხლის სახსარში, ტერფის დორსალური მოხრა, ტერფის პლანტარული მოხრა. მაქსიმალური ქულა – 32);

2. Ashworth -ის ტესტი კუნთურ ტონუსისთვის: 0 = ტონუსი არაა მომატებული; 1 = ტონუსი უმნიშვნელოდაა მომატებული: მოჭერა-მოშვების ტიპის სპასტიურობა, ან მინიმალური რეზისტენტობა მოძრაობის დიაპაზონის ბოლოს; 2 = ტონუსი მცირედაა მომატებული: მოჭერა და შემდეგ – მინიმალური რეზისტენტობა მოძრაობის დარჩენილ დიაპაზონში; 3 = ტონუსი მომატებულია მოძრაობის დიაპაზონის უდიდეს ნაწილში, თუმცა კიდური თავისუფლად მოძრაობს; 4 = ტონუსი მნიშვნელოვნადაა მომატებული, პასიური მოძრაობა გაძნელებულია; 5 = სრული რიგიდობა. ვსაზღვრავდით შემდეგი კუნთების ტონუსს: მხრის მომზიდველები, წინამხრის მომხრელები და გამშლელები, მაჯის მომხრელები და გამშლელები, თითების მომხრელები (მჯდომარე პოზიციაში); ბარძაყის მომხრელები, მუხლის მომხრელები და გამშლელები, ტერფის მომხრელები (ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში).

სტატუსი ამ ეტაპზე მუხლისა და მენჯ-ბარძაყის სახსარში მოძრაობებს ვერ ასრულებს, გადაადგილდება შეუძლებელია, უჩივის კუნთების ტკივილს ქვედა კიდურებში, ასევე სახსრების ტკივილს მოძრაობის დროს და შემუშება. პაციენტის რეაბილიტაციის დაწყებამდე, როდესაც მოხდება მისი ანამნეზის და მდგომარეობის გაცნობა, ხდება რეაბილიტაციის გეგმის შემუშავება პაციენტის აქტიური მონაწილეობითა და რეაბილიტაციის გუნდთან ერთად. რეაბილიტაციის პროცესში მნიშვნელოვანია თრომბოზის პრევენცია, პაციენტის ადეკვატური ანალგეზია, კვების და ჰიდრატაციის საკითხების გათვალისწინება. გეგმის ძირითადი კომპონენტებია ძირითადი დაავადების მკურნალობა და გართულებების პრევენცია, უნარშეზღუდულობის მართვა და ფუნქციის გაუმჯობესება, დამხმარე საშუალებებით უზრუნველყოფა და გარემოს შეცვლა/ადაპტირება, პაციენტისა და ოჯახის წევრების სწავლება. მას შემდეგ რაც მოხდება რეაბილიტაციის გეგმის შემუშავება, რეგულარულად უნდა ექვემდებარებოდეს გადახედვას და განახლებას რეაბილიტაციის გუნდის მიხედვით. რეაბილიტაციის გეგმა შემუშავდება ყოველის პაციენტის სპეციფიური მოთხოვნილებების გათვალისწინებით.

პაციენტთან მუშაობის გეგმა



ვარჯიშის დაგეგმვა ხდება FITT პრინციპით (ვარჯიშის დრო და სიხშირე, ვარჯიშის ინტენსივობა, ვარჯიშის ტიპი).

საბაზისო მეთოდის გამოყენება მოძრაობის შესაფასებლად სარეაბილიტაციო ინტერვენციის წინ ROM (Range Of Motion) AROM, PROM (active, passive)

ამ ტიპის ვარჯიშების წინ პაციენტს უნდა განემარტოს ვარჯიშების მიზანი და შინაარსი, სავარჯიშოდ უნდა შეენიღრჩეს სხეულის კომფორტული მდგომარეობა, ვარჯიშის დროს საჭიროა პაციენტის სასიცოცხლო მაჩვენებლის კონტროლი. ასევე დაენიშნა ფიზიოთერაპია და სამკურნალო მასაჟი. ფიზიოთერაპიისა და სამკურნალო მასაჟის ზემოქმედებით რეაბილიტაცია გამოიყენება შემდეგი მიზნებით: რეაბილიტაცია ატროფიების დროს კუნთების სწრაფი რეგენერაციისთვის, რეაბილიტაცია სახსრების კონტრაქტურების, მოძრაობის ამპლიტუდისა და ძალის აღდგენისათვის, რეაბილიტაცია ანკილოზის დროს მოძრაობის აღსადგენად რეაბილიტაცია პერიფერიული სისხლის მიმოქცევისა და ქსოვილებში მიმოცვლის პროცესების გაძლიერებისათვის, მოძრაობის გაზრდისათვის, რეაბილიტაცია პაციენტის ზოგადი სასიცოცხლო ტონუსის ასამაღლებლად, იოგების დაჭიმვის, ტკივილისა და შეშუპების მოსახსნელად. გამოიყენება ფიზიოთერაპია, სამკურნალო მასაჟი და სამკურნალო ტანვარჯიში. ეს საშუალებას იძლევა მოძრაობის ამპლიტუდა გაიზარდოს სახსრებში შეზღუდვის დროს, აღდგეს მოძრაობის სრული მოცულობა. რეაბილიტაცია ასევე ტარდება თრომბოზის, ვენოზური დაგუბების, პნევმონიის, კუნთოვანი ატროფიის, დეპრესიის განვითარების პროფილაქტიკისათვის პაციენტის მკურნალობის დროს. სამკურნალო მასაჟის, მიოფასციალური მოდუნების, ფიზიოთერაპიისა და რეფლექსოთერაპიის დახმარებით ხდება ზემოქმედება კუნთებზე ფიბრომიალგიის, დაჭიმვების, სპაზმების, კონტრაქტურების, ტრავმების დროს, კუნთოვანი ტონუსის აღდგენა.

რეაბილიტაციის გავლის ხანგრძლივობა: რეაბილიტაციის კურსი პარეზებისა და დამბლების, ანკილოზის, ძვლების მოტეხილობის დროს გრძელდება ორიდან თვიდან რამდენიმე კვირამდე, ეს დამოკიდებულია კლინიკური გამოვლინებების სირთულეზე. კურსი აუცილებლად უნდა გაემორდეს 1-თვიანი ინტერვალით.

თავიდან ვიწყებთ PROM (Passive Range Of Motion) ვარჯიშით, კუნთების შეკუმშვასა და მოძრაობას უზრუნველყოფს ფიზიოთერაპისტი ან სპეციალური მოწყობილობა CPM (უწყვეტი პასიური მოძრაობა) მექანოთერაპია არის ვარჯიშებით მკურნალობა, რომელის სრულდება სპეციალური მოწყობილობებით და მოქმედებს საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ფუნქციებზე. აუმჯობესებს სახსარში მეტაბოლიზმს, ახდენს სახსრის უმოძრაობის პრევენციას, ეხმარება სწრაფად იწოვს სითხეს, აუმჯობესებს ლიმფისა და სისხლის ცირკულაციას. მექანოთერაპიის დროს უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი პარამეტრები: გაშლა, მოხრა, სიჩქარე, გაშლისა დამოხრის პაუზა და თერაპიის დრო.

შემდგომ კომბინირებულად პაციენტს უტარდება ელექტრო მიოსტიმულაცია, სხეულის სხვადასხვა უბანზე სუსტი სიმძლავრის იმპულსური დენებით. სპეციალური ელექტროდებით ხდება მოქმედება პრობლემურ უბანზე. მოქმედებს

კუნთების მეტაბოლიზმზე, იწვევს კუნთების ტონუსის მატებას, იწვევს კუნთების სუსტ და იძულებით შეკუმშვებს, ააქტიურებს რეგენერაციის პროცესებს, აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას.

პროცედურის დამთავრების შემდგომ იწყება ვარჯიშები:

მუხლის პასიური მოხრა და გაშლა.

ოთხთავა კუნთის იზომეტრული და იზოტონური ვარჯიშები:

ბარძაყის ოთხთავა კუნთის დაჭიმვა 10 წამის განმავლობაში და შემდეგ მოდუნება(10 დასვენება)

ტერფის ტრიალი ნელი ტემპით, 10-10 ჯერ (მარჯვნიდან და მარცხნიდან)

ტერფის მოხრა 10 წამის განმავლობაში დაფიქსირებით და შემდეგ მოდუნება (დასვენება 10)

ტერფის გაშლა 10 წამის განმავლობაში დაფიქსირებით და შემდეგ მოდუნებით (10დასვენება 10)

მუხლის სახსრის მოხრა ტკივილამდე.ქუსლის გამოცურებით 10 წამის განმავლობაში ფიქსაციით (10 დასვენება 10)

გაშლილი ფეხის წამოწევა გარკვეულ სიმაღლეზე და გაჩერება 10 წამის განმავლობაში(10-დასვენება10)

შედეგები

ჩვენს მიერ გამოკვლეული პაციენტი სარწმუნოდ გაუმჯობესდა ROM და კუნთური ძალა, გაზომილი MI-ს საშუალებით. გაუმჯობესება უფრო მკვეთრად იყო გამოხატული, რაც ინტერვენციის შედარებით ადრეულ ჩარევას უკავშირდება.

ფიზიკური თერაპიის საათებმა, ინდივიდუალურმა მიდგომამ, პაციენტისა და ოჯახის წევრების ჩართულობამ შედეგი გამოიღო. მეტ-ნაკლებად მოგვარდა ყოფითი აქტივობების პრობლემა. ასევე გაუმჯობესდა მათი ფუნქციური დამოუკიდებლობის ხარისხი.

ფიზიკური თერაპიის პროცესი მოიცავდა შემდეგს:

სამკურნალო ვარჯიში სრულდებოდა ძირითადად წოლითი რეჟიმის პირობებში, შემდეგი საორიენტაციო სქემით: დაავადებული ზემო კიდურის მოძრაობა სამივე სახსარში(მხრის → იდაყვის → მაჯა-ნების), დაავადებული ქვემო კიდურის მოძრაობა სამივე სახსარში(მენჯ-ბარძაყის → მუხლის → კოჭ-წვივის). ქვემო კიდურის როტაცია, დაავადებული ქვემო კიდურის როტაცია,ორივე ქვემო კიდურის მოხრა მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში, მათი განზიდვა და მოზიდვა, ასევე მოძრაობა მაჯა-ნებისა და კოჭ-წვივის სახსრებში.

მჯდომარე მდგომარეობაში სრულდებოდა მხრების აწევა-დაწევა, წრიული მოძრაობა მხრებით, ხელის მტევნებისა და თითების დამუშავება, ტერფების მოძრაობა.

ვარჯიშები ფეხზე დგომის პირობებში პაციენტს უტარდებოდა სატანვარჯიშო კედელთან,ასევე ვარჯიშები კოორდინაციის განვითარებაზე(ამ მიზნით ძირითადად ვიყენებდით:-ტანსავარჯიშო ჯოხს,სამედიცინო ბურთს და სხვა ინვენტარებს). მთელი პროცედურის განმავლობაში ვახდენდით აქტიური და პასიური ვარჯიშების მონაცვლეობას.ვარჯიშების რაოდენობა, ამპლიტუდა დასაწყისში იყო შედარებით მცირე და ხდებოდა თანდათანობით გაზრდა.მოძრაობები სრულდებოდა ნელ ტემპში და თუ საჭირო იქნებოდა მცირედი შესვენებებით (გადაღლის თავიდან ასაცილებლად და კინეზოთერაპიული პროცედურის ეფექტურობისათვის).

თერაპიული საათების სიმწირის გამო საჭიროდ ჩავთვალე ოჯახის წევრების ჩართვა ფიზიკური თერაპიის პროცესებში, მივეცი რეკომენდაციები და დავგეგმეთ დღის განრიგი, რომელშიც გაწერილი იყო ფიზიკური აქტივობები მაგ:სახსრების აქტიური და პასიური მოძრაობები,რაც შესაძლებელი იყო შეესრულებინა სახლის პირობებში.

გაწეული სამუშაოების შედეგი: ვარჯიშების დაწყებიდან 6 თვეში პაციენტში სიარული შედარებით გაუმჯობესდა, და თვალსაჩინო გახდა ფიზიკური. ზედა კიდურში იკლო დაჭიმულობის ხარისხმა.იდაყვის სახსარში მოხრა-გამლის ამპლიტუდა. ითვლება, რომ გაძლიერებული რეფლექსები იწვევს კუნთების ჰიპერტონუსს, ანუ მომატებულ რეზისტენტობას პასიური მოძრაობის მიმართ.

დასკვნები და რეკომენდაციები

დასკვნა:

➤ ვირუსული ნეიროპათიის მკურნალობის შედეგად მიღწეულ იქნა მოტირული ფუნქციების - კუნტური ძალისა დამოძრაობის სიფართის გაუმჯობესება.

- ადრეული ჩარევა მკურნალობის სწორი ტექნიკა და შერჩეული ინდივიდუალური პროგრამა მნიშვნელოვნად ამცირებს ფიზიკური პრობლემების სიმწვავეს და განაპირობებს თერაპიის შედეგიანობას.
- რაც უფრო ნაკლებია დაზიანების ხარისხი და ამასთანსვე, დროულია ჩარევა, მით უფრო უკეთესია მკურნალობის შედეგი
- ნეიროპათიისთვის დამახასიათებელი მოტორული პროცესისთვის მნიშვნელოვან სუბსტრატს წარმოადგენს მიზანზე ორიენტირებული განმეორებითი მოძრაობები, ანუ ვარჯიში რომლის პროცესშიც თავის ტვინი იღებს ინფორმაციას ინდივიდუალური კუთების შესახებ.
- ფიზიკური ვარჯიშების შედეგად, საგრძნობლად უმჯობესდება ზოგადი ფუნქციური დამოუკიდებლობა, რაც თავის მხრივ დადებითად აისახება პაციენტის სიცოცხლის ხარისხზე;
- ვიზიარებ ნეიროპლასტიურობის კონცეფციას, რომელიც დამაჯერებლად ხსნის მოტორული ფუნქციის აღდგენის პროცესს ნეიროპათიის პერიოდში. ამ კონცეფციის თანახმად, საფუძვლად უდევს ერთი მხრივ ნეიროპათიის შემდგომი სპონტანური გამოჯანსაღების პროცესი, მეორე მხრივ კი ფუნქციის აღდგენას რეაბილიტაციური ტრენინგის შედეგად.

რეკომენდაციები:

- სასურველია ფიზიკური ვარჯიშების ჩატარება დაავადების ადრეულ სტადიაზე, მდგომარეობის სტაბილიზაციისთანავე, როცა მაქსიმალურადაა გამოხატული ნეიროპათიის პროცესზე გავლენის მოხდენის შესაძლებლობა;
- ინტერვენციის პროცესში დიდი მნიშვნელობა აქვს პაციენტისა და ოჯახის წევრების ჩართულობას. მათ შეუძლიათ როგორც დადებითი ისე უარყოფითი შედეგი მოახდინონ ფიზიკური თერაპიის შედეგებზე. მოცემულ შემთხვევებში მათ დიდი წვლილი შეიტანეს თერაპიის მიმდინარეობის პერიოდში.

➤ ნეიროპათიის შემდგომ პერიოდში ინტერვენციები სასურველია წარმართოს მკურნალობის გუნდური მიდგომით, სადაც გაერთიანებულია: პაციენტი და მისი ოჯახი, ნევროლოგი, ფიზიკური თერაპისტი, ოკუპაციური თერაპისტი, ნეიროფსიქოლოგი.

➤ მნიშვნელოვანია ელექტოსტიმულაციისა და კინეზო ტეიპების გამოყენება ფიზიკური თერაპიის პროცესში.

➤ მამოძრავებელი ფუნქციის შესაფასებლად მოსახერხებელია მოტორიკის ინდექსის და Norkin-White-ს სისტემის გამოყენება.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. <http://www.ncdc.ge/>
2. <http://gh.ge/ka/disease/83/>
3. <http://www.sanni.ge/ge/therapy/mechanotherapy.html>
4. <https://on.ge/>
5. https://www.minclinic.ru/pns/pns_ge/nevrit_ge.html

დანართები:

დანართი N1

**რეაბილიტოლოგის დაკვირვება-შეფასება
მოტორიკის ინდექსი**

ტესტი	1	2
ზემო კიდური 1. თითების მოჭიდება 2,5 სმ ზომის კუბის აღება ცერი და საჩვენებელი თითებით		

<p>2. იდაყვის მოხრა 90°-იანი მოხრის პოზიციიდან; თითები უნდა შეეხოს მხარს</p> <p>3. მხრის განზიდვა კიდური მოხრილია იდაყვის სახსარში და მიკრულია გულმკერდზე</p>		
<p>ზემო კიდურის ჯამური ქულა: (1) + (2) + (3) + 1</p>		
<p>ქვემო კიდური</p> <p>4. ტერფის დორსალური მოხრა პლანტარული მოხრის პოზიციიდან</p> <p>5. მუხლის გაშლა 90°-იანი მოხრის პოზიციიდან</p> <p>6. მენჯ-ბარძაყის მოხრა 90°-იანი მოხრის პოზიციიდან; მუხლი მოძრაობს ნიკაპის მიმართულებით</p>		
<p>ქვემო კიდურის ჯამური ქულა: (4) + (5) + (6) + 1</p>		
<p>ლატერალური ჯამური ქულა: (ზემო კიდური + ქვემო კიდური)/2</p>		

შეფასების კრიტერიუმები

ტესტი 1

0 = მოძრაობა არ აღინიშნება

11 = მოძრაობის დაწყების მცდელობა

19 = იღებს კუბს, მაგრამ უვარდება

22 = იღებს კუბს, უჭირავს, მაგრამ გამორთმევის მცდელობისთანავე უვარდება

26 = იღებს კუბს, უჭირავს, მათ შორის გამორთმევის მცდელობისას, მაგრამ

ჯანმრთელ მხარესთან შედარებით სუსტად

33 = მოჭიდების ნორმალური ძალა

ტესტები 2-6

0 = მოძრაობა არ აღინიშნება

9 = ისინჯება კუნთის შეკუმშვა, მაგრამ სახსარში მოძრაობა არ აღინიშნება

14 = მოძრაობა აღინიშნება, მაგრამ არა სრული ამპლიტუდით/ არა გრავიტაციის

დაძლევით (მე-2 ტესტისთვის: მოძრაობას შეიძლება ვერ ასრულებდეს, მაგრამ

შეუძლია წინამხრის გაჩერება ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში; მე-5

ტესტისთვის: სრულდება სრული გაშლის 50%-ზე ნაკლები)

19 = მოძრაობის სრული ამპლიტუდა გრავიტაციის დაძლევით, მაგრამ არა

რეზისტენტობის დაძლევით (მე-3 ტესტისთვის: განიზიდავს მხარს 90°-ზე

მეტად, ჰორიზონტალურ დონეზე მაღლა; მე-5 ტესტისთვის: სრულად შლის

კიდურს მუხლის სახსარში, მაგრამ უმცირესი ბიძგისას ვეღარ ინარჩუნებს ამ

პოზიციას; მე-6 ტესტისთვის: სრულად ხრის კიდურს მენჯ-ბარძაყის სახსარში,

მაგრამ უმცირესი ბიძგისას ვეღარ ინარჩუნებს ამ პოზიციას)

25 = მოძრაობის სრული ამპლიტუდა რეზისტენტობის დაძლევით, მაგრამ

ჯანმრთელ მხარესთან შედარებით სუსტად

33 = ნორმალური ძალა

ROM: მოძრაობის სიფართოე

1-ლი ტესტირება

მე-2 ტესტირება

მოძრაობა	ნორმალური ამპლიტუდა	ამპლიტუდა	%	ქულა	ამპლიტუდა	%	ქულა
განზიდვის სახსარში	180°						
მოხრა იდაყვის სახსარში	140°						
გაშლა მაჯის სახსარში	60°						
მოხრა მენჯ- ბარძაყის სახსარში	100°						
მოხრა მუხლის სახსარში	140°						
ტერფის დორსალური მოხრა	20°						
ტერფის პლანტარული მოხრა	50°						

მოძრაობის სიფართოის შეფასების კრიტერიუმები

%	ქულა	სიტყვიერი შეფასება
სრული ROM – 100%	1	შეზღუდვა არ არის
სრული ROM – 66-99%	2	მინიმალური შეზღუდვა
სრული ROM – 33-66%	3	ზომიერი შეზღუდვა
სრული ROM – 1-33%	4	მაქსიმალური შეზღუდვა

Ashworth-ის მოდიფიცირებული სკალა (MAS)

	კუნთები:	ქულა
1.	წინამხრის მომხრელი	_____
2.	წინამხრის გამშლელი	_____
3.	მაჯის მომხრელი	_____
4.	მაჯის გამშლელი	_____
5.	თითების მომხრელი	_____
6.	თითების გამშლელი	_____
7.	ბარძაყის მომხრელი	_____
8.	ბარძაყის გამშლელი	_____
9.	მუხლის მომხრელი	_____
10.	მუხლის გამშლელი	_____
11.	ტერფის მომხრელი	_____
	მაქსიმალური მაჩვენებელი _____	

შეფასების კრიტერიუმები
<p>0 = ტონუსი არაა მომატებული;</p> <p>1 = ტონუსი უმნიშვნელოდაა მომატებული: მოჭერა-მოშვების ტიპის სპასტიურობა, ან მინიმალური რეზისტენტობა მოძრაობის დიაპაზონის ბოლოს;</p> <p>2 = ტონუსი მცირედაა მომატებული: მოჭერა და შემდეგ – მინიმალური რეზისტენტობა მოძრაობის დარჩენილ დიაპაზონში;</p> <p>3 = ტონუსი მომატებულია მოძრაობის დიაპაზონის უდიდეს ნაწილში, თუმცა კიდური თავისუფლად მოძრაობს;</p> <p>4 = ტონუსი მნიშვნელოვნადაა მომატებული, პასიური მოძრაობა გაძნელებულია;</p> <p>5 = სრული რიგიდობა.</p>

ცხრილი 1

ცდის პირი N	შეფასება	საწყისი მდგ. ზ/კ	საწყისი მდგ. ქ/კ	6 თვის შემდეგ ზ/კ.	6 თვის შემდეგ ქ/კ
1	ძალა	35	24	53	34
	კუნთთა ტონუსი	18	10	15	7
	მოძრაობის	3-3-4	1-1-3-3	2-2-3	1-1-2-3
	სიფართე				
2	ძალა	29	34	51	45
	კუნთთა ტონუსი	17	8	14	5
	მოძრაობის	3-3-4	1-1-3-4	2-2-3	1-1-2-3
	სიფართე				