

ՄԵԹՈԴԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆՈՒՄ ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԻ
(2019թ.ո-CoV) ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄԸ, ԴԵՊՔԵՐԻ
ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ, ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ
ՆՄՈՒՇԱՌՈՒՄԸ, «ՄԵՂՄ» ԱՐՏԱՀԱՅՏՎԱԾ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ
ՏՆԱՅԻՆ ԽՆԱՄՔԸ ԵՎ ԿՈՆՏԱԿՏՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ, ՀԻՎԱՆԴԻ
ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՎԱՐՈՒՄԸ, ՆԵՐՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԻ ՏԱՐԱԾՄԱՆ
ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ
(ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ)
(ԻՆԿՈՐՊՈՐԱՑՎԱԾ)**

1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն մեթոդական ուղեցույցը նախատեսված է առողջապահության ոլորտի պետական լիազոր մարմնի, տեղական ինքնակառավարման և տարածքային կառավարման ենթակայության և անկախ կազմակերպարավական ձևից բժշկական կազմակերպությունների, ինչպես նաև նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019թ.ո-CoV) դեմ պայքարի միջոցառումների կազմակերպման, իրականացման ու գնահատման գործընթացներին մասնակցող բժշկական կազմակերպությունների մասնագետների համար:

2. Սույն մեթոդական ուղեցույցը նախատեսված է Հայաստանի Հանրապետությունում նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019թ.ո-CoV) 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 կանխարգելումն ապահովելու համար:

3. Սույն մեթոդական ուղեցույցը մշակվել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության առաջարկությունների հիման վրա, որոնք կարող են փոփոխվել (թարմացված տեղեկատվությունը/առաջարկությունները տես՝ www.who.int պաշտոնական կայք էջում):

4. Կորոնավիրուսը վիրուսների առանձին ընտանիք է, որն իր մեջ ներառում է 2 ենթաընտանիք՝ ներառելով 40 տեսակ: Դրանք վարակում են մարդկանց, թռչուններին, կովերին, խոզերին և նապաստակներին: Վիրուսն առաջին անգամ հայտնաբերվել է 1965 թվականին: Կորոնավիրուսներով առաջին անգամ լարված համաճարակային իրավիճակ արձանագրվել է 2003-2004թ.թ.՝ պայմանավորված Ծանր սուր շնչառական համախտանիշով կամ աստիպիկ թոքաբորբով (SARS CoV, severe acute respiratory syndrome) և 2011-2012թ.թ.՝ Մերձավոր արևելքի շնչառական համախտանիշով (MERS CoV, Middle east respiratory syndrome):

5. Սույն փաստաթղթի նպատակն է սահմանելու նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված դեպքերի համաճարակաբանական դիտարկման սկզբունքները, մասնավորապես՝

- 1) Մարդ, վայր, ժամանակ,
- 2) Կլինիկական արտահայտվածությունը (ախտանշաններ),
- 3) Հիմնական պատճառները և ուղեկցող հիվանդությունները,
- 4) Կլինիկական կլինիկական ընթացքը, ծանրությունը և ելքը,
- 5) Համաճարակաբանական վերհուշը (ուղևորություն):

6. Նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019-nCoV) պայմանավորված դեպքեր, որպես նոր վարակիչ հիվանդություն առաջին անգամ արձանագրվել է 2019 թվականի դեկտեմբերին՝ Չինաստանում (տվյալները սահմանափակ են, քանի որ հետազոտությունները դեռևս շարունակվում են): Չինաստանում, համաճարակային իրավիճակը լարված է՝ պայմանավորված նոր կորոնավիրուսով (2019-nCoV) վարակով: Վիճակագրական տվյալներ չեն ներկայացվում, քանի որ դրանք ենթարկվում են փոփոխության:

7. Հարուցիչը պատկանում է կորոնավիրուսների ընտանիքին: Սակայն վիրուսն իր հատկություններով տարբերվում է կորոնավիրուսների ընտանիքի մյուս վիրուսներից:

8. Հիվանդության գաղտնի շրջանը 14 օր է:
9. Հիվանդությունը փոխանցվում է մարդուց մարդու, ինչը հնարավոր է հիմնականում սերտ շփման արդյունքում, մասնավորապես՝
 - 1) նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պացիենտների վարումը,
 - 2) նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019-nCoV) հետ միևնույն սենքում կեցությունը,
 - 3) նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պացիենտներին տեսակցությունը, կամ այն սենքերում մնալը, որտեղ եղել են պացիենտները,
 - 4) նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պացիենտների, այդ թվում՝ կասկածելի միևնույն բնակարանում կեցությունը:

Այս դեպքում շատ կարոր է պացիենտի հետ համաճարակաբանական կապը՝ 14 օրվա ընթացքում մինչ հիվանդությունը և հիվանդությունից հետո:

Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նաև այն դեպքերին, որտեղ լաբորատոր հետազոտության արդյունքն անորոշ է: *(9-րդ կետը խմբ.25.05.2020թ. թիվ 1659-Ա)*

**2. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (2019-nCoV) ԴԵՊՔԵՐԻ
ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄԸ ԵՎ ԴԵՊՔԵՐԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ
ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ**

**2. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (COVID-19) ԴԵՊՔԵՐԻ
ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄԸ ԵՎ ԴԵՊՔԵՐԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ
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 դիտարկման, բժշկական կազմակերպություններում կասկածելի պացիենտների արագ հայտնաբերման, ռիսկերի գնահատման և այլնի համար.

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

1) Կասկածելի դեպք

ա. Ցանկացած բժշկական կազմակերպություն դիմող պացիենտ, ում մոտ առկա է ջերմություն (37.5° C) և միևնույն ժամանակ շնչառական հիվանդության կամ այլ կասկածելի ախտանշաններ,

բ. Պացիենտ, ով շփվել է հաստատված COVID-19 վարակով դեպքի հետ և ունի քրոնիկ հիվանդություններ ու վերջինիս մոտ առկա է ջերմություն կամ շնչառական վարակների բնորոշ ախտանշաններ,

գ. Պացիենտ, ում մոտ ռենտգենաբանորեն ախտորոշվել է «Թոքաբորբ»,

դ. Հաստատված COVID-19 վարակով մորից ծնված նորածիններ,

ե. Մանկաբարձական ստացիոնար ընդունվող՝ ծննդկաններ կամ հղիներ, կամ կանանց կոնսուլտացիա հաճախող՝ ջերմություն և հազ կամ հևոց ունեցող հղիներ,

զ. 2020 թվականի ամառային զորակոչի ընթացքում պետության կողմից երաշխավորված անվճար բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում բժշկական հետազոտում և փորձաքննություն անցնող զորակոչային տարիքի անձինք, ովքեր ունեն ՍՇՎ-ին բնորոշ անհանգստացնող ախտանիշներ,

է. Ցողունային բջիջների աուտոփոխպատվաստման ենթակա պացիենտ և նրան խնամող»,

ը. «Տուբերկուլոզ» ախտորոշմամբ պացիենտներ՝ նախքան բուժում սկսելը,

թ. Հեմոդիալիզ ստացող պացիենտներ և նրանց սպասարկող անձնակազմ,

ժ. Բուժաշխատողներ, որոնք ներկայում աշխատում են որևէ բժշկական հաստատությունում և ունեն ջերմություն և հազ կամ հևոց,

ժա. Փակ կազմակերպությունների (տարեցների և հաշմանդամների մասնագիտացված ցերեկային խնամքի հաստատություններ, հոգեբուժական բժշկական հաստատություններ և այլն) շահառուներ և անձնակազմ,

ժբ. Հանրային առողջապահական մարմինների աշխատակիցներ, ովքեր իրականացնում են հետազոտություններ, նմուշառումներ և (կամ) ներգրավված են կորոնավիրուսի լաբորատոր ախտորոշման մեջ,

ժգ. Հատուկ քրեակատարողական ծառայության աշխատակիցներ, ովքեր անմիջական շփում ունեն դատապարտյալների հետ

(11-րդ կետի 1-ին ենթակետը խմբ. 09.04.2020թ. N 1230-Ա)

(11-րդ կետի 1-ին ենթակետը լրացվել է 15.05.2020թ. N 1555-Ա)

(11-րդ կետը խմբ. 25.05.2020թ. թիվ N 1659-Ա)

(11-րդ կետը խմբ. 16.07.2020թ. թիվ N 2298-Ա)

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

3) Ազդեցացված 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 թթվաձնացման 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:

(2-րդ գլուխը խմբ. 05.03.20 N 877-Ա)

3. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (2019-nCoV) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԴԵՊՔԵՐԻ ՀԱՅՏՆԱԲԵՐՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՂՈՐԴՈՒՄԸ

- 14. Ամբուլատոր և ստացիոնար ընդունելությունների, տնային կանչերի, բժշկական զննությունների ժամանակ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների բուժաշխատողների, ընտանեկան բժիշկների կողմից նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված դեպք կասկածվում է այն անձանց շրջանում, ովքեր համապատասխանում են դեպքի ստանդարտ բնորոշմանը՝ համաձայն ձև 1-ի:
- 15. Կլինիցիստների կողմից ուշադրության են արժանի ուղեկցող հիվանդություններով տառապող անձինք, քանի որ վերջիններիս մոտ կարող են արձանագրվել նաև ոչ բնորոշ կլինիկական արտահայտումներ:

16. Առողջապահության ոլորտի պետական լիազոր մարմինն, ոչ քան 24 ժամը, **պարտադիր** հաղորդվում են բոլոր կասկածելի և հավանական դեպքերը՝ համաձայն սույն հրամանի ձև 2-ի:

17. Առողջապահության ոլորտի պետական լիազոր մարմինը, որպես Միջազգային առողջապահական կանոնների Ազգային համակարգող մարմին, նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված հավանական և հաստատված դեպքերի մասին, սահմանված կարգով, հաղորդում է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն:

4. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (2019-nCoV) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԴԵՊՔԵՐԻ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՆՄՈՒՇԱՌՈՒՄԸ

18. Էթիոլոգիական ազդակը համարվում է բետակորոնավիրուսը, որը պատկանում է Մերձավոր Արևելքի շնչառական համախտանիշի (MERS-CoV) և Ծանր սուր շնչառական համախտանիշի (SARS-CoV) կորոնավիրուսների ընտանիքին:

19. Լաբորատոր հետազոտությունների համար անհրաժեշտ է նմուշառումն իրականացնել շնչուղիների ստորին հատվածներից, քանի որ դրանք կարող են ապահովել ախտորոշման առավել հավաստի և լիարժեք տվյալներ:

20. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության առաջարկով անհրաժեշտ է հետազոտության համար նմուշներ վերցնել՝ խորխից, էնդոտրախեալ ասպիրատից կամ բրոնխոալվեոլյար հեղուկից (bronchoalveolar lavage): Եթե պացիենտի մոտ առկա չեն շնչուղիների ստորին հատվածի ախտահարումներ կամ ելնելով պացիենտի վիճակից վերջինս հնարավոր չէ իրականացնել, ապա նմուշառումն իրականացվում է շնչուղիների վերին հատվածից, ինչպիսիք են քիթ-ըմպանային ասպիրատը կամ անհրաժեշտ է վերցնել համակցված նմուշ՝ քիթ-ըմպանային և բերան-ըմպանային:

21. Եթե պացիենտի, ում մոտ առկա է նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված դեպքի կասկածներ, սակայն լաբորատոր հետազոտության առաջին արդյուքը բացասական է, ապա ապահովվում է կրկնակի նմուշառում շնչառական համակարգի տարբեր հատվածներից, մասնավորապես՝ քթից, խորխից, էնդոտրախեալ

ասպիրատից: Հավելյալ նմուշ կարող են լինել արյունը, մեզը և կղանքը, որպեսզի հսկել վիրուսի առկայությունը և վիրուսի արտազատումը մարմնի տարբեր հատվածներից:

22. Շճաբանական հետազոտությունների հասանելիության դեպքում անհրաժեշտ է ապահովել զույգ նմուշներ՝ հիվանդության սուր ընթացքում գտնվող հիվանդներից և առողջացածներից՝ հակամարմինների հայտնաբերման նպատակով:

23. Նմուշների հավաքում և տեղափոխում.

1) Կասկածելի նմուշների արագ հավաքագրումն ու հետազոտությունը համարվում է առաջնահերթ պայման և պետք է վերահսկվի լաբորատոր մասնագետի կողմից: Քանի որ այս վարակի հաստատման համար անհրաժեշտ են տարատեսակ հետազոտություններ և խառը (միքս) վարակի դերը դեռևս հաստատված չէ, անհրաժեշտ է հավաքել բավականաչափ քանակության նմուշ:

2) Չնայած առկա սահմանափակ տեղեկատվությանը՝ նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) ռիսկի մասին, այնուամենայնիվ մոլեկուլային հետազոտությունների համար նախատեսված նմուշները կարելի է հետազոտել այնպես ինչպես գրիպի վիրուսները: Վիրուսի աճեցման փորձերը կարող են պահանջել կենսանվտանգության ուժեղացված հսկողություն:

3) Պացիենտներից նմուշառումն իրականացվում է համաձայն աղյուսակ 1-ում ներկայացված պահանջների.

Աղյուսակ 1.

Հիվանդներից հավաքագրվող նմուշները

Նմուշի տեսակ	Նմուշառման նյութ	Տեղափոխման պայմաններ	Պահպանումը մինչև հետազոտ.	Նկատառումներ
Քիթ-ըմպանային և բերան-ըմպանային նմուշներ	Դակրոն կամ պոլիէթթեր գլխիկով նմուշառման ձողեր	4 °C	≤5 օր: 4 °C >5 օր: -70 °C	Քիթըմպանային և բերանըմպանային քսուքները տեղադրվել նույն փորձանոթի մեջ, վիրուսի քանակ ապահովելու համար:
Բրոնխալվեոլյար լվացուկ	Ստերիլ տարա	4 °C	≤48 ժամ: 4 °C >48 ժամ: -70 °C	Կարող է լինել պաթոգենի որոշակի նոսրացում
Էնդոտրախեալ ասպիրատ, քիթըմպանային ասպիրատ, քթի լվացուկ	Ստերիլ տարա	4 °C	≤48 ժամ: 4 °C >48 hours: -70 °C	
Թուք	Ստերիլ տարա	4 °C	≤48 ժամ: 4 °C >48 hours: -70 °C	Համոզվեք, որ նյութը վերցված է

				ստորին շնչուղիներից
Հյուսվածքներ բիոպսիայից կամ դիախերձումից, ներառյալ թոքից	Ստերիլ տարա ֆիզ. լուծույթով	4 °C	≤24 ժամ: 4 °C >24hours: -70 °C	
Արյան շիճուկ(2 նմուշ՝սուր շրջանում և 2-4 շաբաթ անց)	Շիճուկ բաժանարար փորձանոթներ (մեծահասակներից հավաքել 3-5 մլ ամբողջական արյուն)	4 °C	≤5 օր: 4 °C >5 օր: -70 °C	Հավաքել գույգ նմուշներ. • սուր շրջան - հիվանդության առաջին շաբաթ • վերակ. շրջան 2-ից 3 շաբաթ անց
Ամբողջական արյուն	Փորձանոթ	4 °C	≤5 օր: 4 °C >5 օր: -70 °C	Անտիգենի հայտնաբերման համար, մասնավորապես հիվանդության առաջին շաբաթվա ընթացքում
Մեզ	Մեզի հավաքման տարա	4 °C	≤5 օր: 4 °C >5 օր: -70 °C	

* Վիրուսների հայտնաբերման համար նմուշների փոխադրման համար օգտագործել VTM (վիրուսային տրանսպորտային միջոց), որը պարունակում է հակասնկային և հակաբիոտիկ հավելումներ:

4) Մանրէային կամ սնկային ախտոտումից զերծ մնալու նպատակով՝ անհրաժեշտ է նմուշը տեղափոխել չոր կամ շատ փոքր քանակությամբ ստերջ ջրում: Անհրաժեշտ է խուսափել նմուշների կրկնակի սառեցումից և հալեցումից:

5) Աղյուսակ 1-ում նշված հատուկ նյութերից բացի անհրաժեշտ են նաև այլ նյութեր և սարքավորումներ, օրինակ՝ տրանսպորտային բեռնարկղեր և նմուշների տեղափոխման պայուսակներ և փաթեթավորում, հովացուցիչներ և սառը տուփեր կամ չոր սառույց, արյան հավաքման ստերջ սարքավորումներ (օրինակ՝ ասեղներ, ներարկիչներ և փորձանոթներ), պիտակավորման նյութեր և մարկերներ, անհատական պաշտպանիչ միջոցներ, մակերեսների ախտահանման նյութեր:

24. Անվտանգությունը նմուշների հավաքման և տեղափոխման ժամանակ. լաբորատոր հետազոտությունների համար հավաքված բոլոր նմուշները համարվում են որպես հավանական ախտածին և աշխատակիցները, որոնք հավաքում ու տեղափոխում են այդ նմուշները, պետք է խստորեն հետևեն վարակների կանխարգելման ցուցումներին,

տրանսպորտային միջոցներով վարակիչ նյութերի տեղափոխման ազգային և միջազգային կանոնակարգերին:

25. Ապահովել լաբորատորիայի հետ կապը և տրամադրել անհրաժեշտ տեղեկատվություն: Որպեսզի ապահովվի նմուշների ճիշտ ու արագ մշակումը, լաբորատորիաներում կենսանվտանգության պահպանման համապատասխան միջոցները, պարտադիր է հաղորդակցումն ու տեղեկատվության փոխանակումը:

26. Նախքան նմուշների տեղափոխումն անհրաժեշտ է տեղեկացնել լաբորատորիային՝ իրավիճակի և հրատապության մասին: Անհրաժեշտ է ապահովել նմուշների ճիշտ համարակալումը, ախտորոշման ձևաթղթի ճիշտ և լիարժեք լրացումը, մասնավորապես՝

1) հիվանդի մասին տեղեկությունները՝ անուն, ազգանուն, ծննդյան ամսաթիվ, սեռ և բնակության հասցե, անհատական նույնականացման համար, այլ օգտակար տեղեկություններ (օրինակ՝ հիվանդի հիվանդության պատմության համարը, նույնականացման համարը, բժշկական կազմակերպության անվանումը, բժշկական կազմակերպության հասցեն, հիվանդի սենյակի համարը, բժիշկների անունը և հաղորդակցման համար կոնտակտային տվյալներ),

2) նմուշառման ամսաթիվն ու ժամը,

3) նմուշառման վայրը,

4) հետազոտության հարցումը,

5) կլինիկական ախտանիշները և հիվանդության պատմությունը՝ ներառյալ պատվաստումները և հակամանրէային բուժումները, համաճարակաբանական տեղեկատվությունը, ռիսկի գործոնները:

27. Այն բուժաշխատողները, ովքեր իրականացնում են պացիենտի նմուշառումը կրում են անհատական պաշտպանիչ միջոցներ (համոզվեք, որ աշխատակիցները, որոնք իրականացնում են աէրոզոլ առաջացնող միջոցառումներ՝ շնչառական ուղիների ասպիրացիա կամ բաց արտաձծում/ներձծում, ինտուբացիա, բրոնխոսկոպիա, կիրառում են լրացուցիչ նախազգուշական միջոցներ):

28. Ռեսպիրատորներ (շնչառական օրգանների անհատական պաշտպանիչ միջոց) (NIOSH-սերտիֆիկացված N95, EU FFP2 կամ պաշտպանության ավելի բարձր մակարդակ) կրելուց անպայման ստուգել պիտանելիության ժամկետը: Հիշեք, որ դեմքին լրացուցիչ

մազերի (օրինակ՝ մորուք) առկայությունը կարող է խանգարել ռեսպիրատորի ճիշտ կրելուն:

29. Աչքերի պաշտպանություն (այսինքն՝ ակնոցներ կամ պաշտպանիչ դիմակ):

30. Մաքուր, երկար թևավոր հանդերձանք ու ձեռնոցներ: Եթե հանդերձանքը ջրակայուն չէ, պետք է օգտագործել անջրանցիկ գոգնոց:

31. Բոլոր գործընթացները կատարել լավ օդափոխվող սենյակներում. նվազագույն բնական օդափոխությունը պետք է լինի առնվազն 160լ/վ:

32. Սենյակում գտնվող անձանց քանակը սահմանափակել և հասցնել նվազագույնի, որն անհրաժեշտ է հիվանդի խնամքի համար:

33. Հետևել անձնական պաշտպանիչ միջոցների հագնելու և հանելու մոտեցումներին (տես՝ ներհիվանդանոցային վարակների կանխումը):

34. Հետևել, որ աշխատանքային մակերեսներն ախտահանվեն քլորային հիմքի ախտահանիչ նյութերով:

35. Նմուշների լաբորատորիա տեղափոխման առանձնահատկությունները.

1) Համոզվեք, որ անձնակազմը, ովքեր նմուշներ են տեղափոխում, վերապատրաստված են նմուշի անվտանգ տեղափոխումը և հնարավոր թափվելու դեպքում ախտահանումը իրականացնելու համար:

2) Հետևե՛ք վտանգավոր ապրանքների տեղափոխման (վարակիչ նյութեր) ազգային կամ միջազգային պահանջներին ու կանոնակարգերին:

3) Հնարավորության դեպքում ձեռքով առաքեք բոլոր նմուշները:

4) Հստակ նշեք հիվանդի անունն ու ծննդյան ամսաթիվն՝ ուղեկցող հայցադիմումի վրա: Հնարավորինս շուտ ծանուցեք լաբորատորիային՝ նմուշի տեղափոխման մասին:

36. Փաթեթավորում և տեղափոխում այլ լաբորատորիա.

1) Նմուշների տեղափոխումն իրականացվում է Առողջապահության նախարարի 2014 թվականի հունիսի 14-ի «Վտանգավոր բեռների փոխադրման նկատմամբ սանիտարահիգիենիկ պահանջները հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2006 թվականի դեկտեմբերի 6-ի թիվ 1409-Ն հրամանն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» թիվ 38-Ն հրամանի պահանջների համաձայն:

2) Միջազգային տրանսպորտային տեղափոխումն իրականացվում է ԱՀԿ 2019-2020թ.թ կանոնակարգերի պահանջների համաձայն (կիրառելի է 2019 թվականի հունվարի 1-ից):

37. Նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված կասկածելի պացիենտների թեստավորումը, որոնք համապատասխանում են դեպքի ստանդարտ բնորոշմանը. Կասկածելի դեպքի բնորոշմանը համապատասխանող պացիենտները պարտադիր հետազոտվում են պոլիմերազային շղթայական մեթոդաբանությամբ՝ (այսուհետ՝ ՊՇՌ): Հետազոտությունների արձանագրության համաձայն իրականացվում են նաև այլ լաբորատոր հետազոտություններ: Եթե հետազոտություններն իրականացվում են ոչ փորձագիտական / ռեֆերենս լաբորատորիայում, ապա նմուշները հաստատման համար ուղարկվում են տարածաշրջանային, ազգային կամ միջազգային լաբորատորիաներ:

38. Նոր կորոնավիրուսային վարակ (2019-nCoV) նուկլեինաթթվի ամպլիֆիկացիայի թեստեր. նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված դեպքերի հաստատումը հիմնված է վիրուսների նուկլեինաթթուների եզակի հաջորդականությունների հատուկ հայտնաբերման վրա՝ հակադարձ-տրանսկրիպտազային ՊՇՌ միջոցով (RT-PCR):

5. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (2019-NCOV) «ՄԵՂՄ» ԱՐՏԱՀԱՅՏՎԱԾ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՏՆԱՅԻՆ ԽՆԱՄՔԸ ԵՎ ԿՈՆՏԱԿՏՆԵՐԻ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅՈՒՆԸ

39. Հաշվի առնելով հիվանդության և դրա փոխանցման ուղիների վերաբերյալ ներկայիս սահմանափակ տեղեկությունները, ԱՀԿ-ն խորհուրդ է տալիս նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված դեպքերը մեկուսացնել և խնամել հիվանդանոցային պայմաններում, ինչը կապահովի հիվանդի խնամքի անվտանգությունը և որակը և կկանխի վարակի հետագա տարածումը:

40. Այնուամենայնիվ, որոշ դեպքերում, երբ ստացիոնար խնամքն անհասանելի է կամ անվտանգ չէ (այսինքն երկրի սահմանափակ կարողությունների և ռեսուրսների դեպքում)

կամ հիվանդը հրաժարվել է հոսպիտալացումից, հարկավոր է ապահովել խնամքի այլընտրանքային վայր:

41. Նման դեպքերում, հիվանդության մեղմ ընթացքի և բարդությունների զարգացման ռիսկը բարձրացնող ուղեկցող հիվանդությունների/վիճակների (թոքերի կամ սրտի հիվանդություն, երիկամային անբավարարություն, իմունոդեֆիցիտային վիճակներ) բացակայության դեպքում հիվանդի խնամքը կարելի է իրականացվել տան պայմաններում: Նույն սկզբունքը կիրառվում է այն դեռևս ակտիվացման փուլում հիվանդների համար, որոնք այլևս չեն պահանջում հոսպիտալացում: Որոշումը կայացվում է պատշաճ կլինիկական դատողության կիրառմամբ և հիվանդի տան միջավայրի անվտանգությունը գնահատելուց հետո:

42. Տնային խնամքի ողջ ընթացքում հարկավոր է շարունակաբար խորհրդակցել բժշկի հետ: Բժիշկը հեռախոսազանգերի կամ ամենօրյա այցելությունների միջոցով գնահատում է հիվանդի և կոնտակտավորների առողջական վիճակը: Անհրաժեշտության դեպքում իրականացվում են ակտիվորոշիչ հետազոտություններ:

43. Բացի այդ, հիվանդը և ընտանիքի անդամները մանրամասն տեղեկացվում են անձնական հիգիենայի և վարակի կասկածով հիվանդի հնարավորինս անվտանգ խնամքի վերաբերյալ՝ վարակի հետագա տարածումը կանխելու նպատակով: Հիվանդին և ընտանիքի անդամներին տրամադրվում է շարունակական աջակցություն, կրթություն և ապահովվում է առողջական վիճակի մոնիտորինգ: Նրանք պետք է հետևեն ստորև խորհուրդներին՝

- 1) հիվանդին մեկուսացրեք լավ օդափոխվող սենյակում,
- 2) սահմանափակեք հիվանդի խնամակալների թիվը, ընտրեք խնամող մեկ անձ, ով առողջ է, չունի ուղեկցող հիվանդություններ: Այցելուներ մի ընդունեք,
- 3) ընտանիքի այլ անդամները պետք է գտնվեն այլ սենյակում կամ, եթե դա հնարավոր չէ՝ պահպանեք հիվանդից առնվազն 1 մ հեռավորություն: Բացառություն են կերակրող մայրերը: Հաշվի առնելով կրծքով կերակրման առավելությունները և կրծքի կաթի աննշան դերն այլ շնչառական վարակների փոխանցման հարցում, մայրը կարող է շարունակել կրծքով կերակրելը՝ կրելով բժշկական դիմակ, երբ նա գտնվում է իր երեխայի

մոտ և նախքան սերտ շփումը վանալով ձեռքերը: Կիրառվում են նաև ներքոհիշյալ միջոցառումները ևս,

4) սահմանափակեք հիվանդի տեղաշարժը տանը և նվազագույնի հասցրեք համատեղ տարածքների օգտագործումը: Ապահովեք ընդհանուր տարածքների (խոհանոցը, բաղնիքը) օդափոխությունը (բացեք պատուհանները),

5) հիվանդի հետ նույն սենյակում գտնվելիս կրեք բժշկական դիմակ, որը լավ հարմարեցված է և ծածկում է դեմքը: Օգտագործման ընթացքում չի կարելի դիպչել դիմակին: Եթե դիմակը խոնավանում է կամ կեղտոտվում է, այն պետք է անմիջապես փոխել: Օգտագործելուց հետո դիմակը պետք է գցել աղբամանը, որից հետո վանալ ձեռքերը,

6) վացեք ձեռքերը հիվանդի կամ նրա միջավայրի/իրերի հետ ամեն շփումից հետո: Ձեռքերը պետք է վանալ նաև սնունդ պատրաստելուց առաջ և հետո, ուտելուց առաջ, սանհանգույցից օգտվելուց հետո և հատկապես, երբ ձեռքերը տեսանելիորեն աղտոտված են: Եթե ձեռքերը տեսանելիորեն կեղտոտ չեն, կարելի է կիրառել ալկոհոլային հիմքով ձեռքի ախտահանիչ: Երբ ձեռքերը տեսանելիորեն կեղտոտ են անպայման վացեք ձեռքերը օճառով և ջրով: Ալկոհոլային հիմքով միջոցներ կիրառելիս հաշվի առեք դրանց վտանգները (օրինակ՝ հանկարծակի ներքին ընդունում, հրդեհ),

7) օճառով վանալուց հետո ձեռքերը չորացրեք միանգամյա օգտագործման թղթե սրբիչով/անձեռոցիկով: Եթե դրանք մատչելի չեն, ապա կիրառեք առանձին սրբիչներ և խոնավալանուն պես փոխարինեք նոր սրբիչով,

8) պահպանեք շնչառական հիգիենան: Շնչառական հիգիենան հազի կամ փոշտոցի ժամանակ բժշկական դիմակով, կտորի դիմակով, անձեռոցիկով կամ ծալած արմունկով բերանը և քիթը ծածկելն է, որից հետո պետք է պարտադիր վանալ ձեռքերը,

9) բերանը և քիթը ծածկելու համար օգտագործված միջոցները գցեք աղբամանը կամ օգտագործելուց հետո պատշաճ վացեք (թաշկինակները վանալ օճառով կամ վացքի փոշիով),

10) խուսափեք հիվանդի արտազատուկների հետ անմիջական շփումից, մասնավորապես՝ խորխի և կղանքի հետ: Օգտագործեք միանվագ օգտագործման

ձեռնոցներ հիվանդի արտազատուկների հետ գործ ունենալիս, կղանքը, մեզը և այլ թափոնները հեռացնելիս: Ձեռնոցները հանելուց առաջ և հետո լվացեք ձեռքերը,

11) ձեռնոցները, թղթե անձեռոցիկները, դիմակները և հիվանդի խնամքի արդյունքում առաջացած այլ թափոնները պետք է պահել հիվանդի սենյակում փակ կոնտեյնների մեջ, այնուհետև հեռացնել տնից ընդհանուր աղբի հետ մեկտեղ,

12) խուսափեք հիվանդի կողմից օգտագործված իրեր/պարագաներ օգտագործելուց (ատամի խոզանակ, ծխախոտ, սպասք, ուտելիք, խմիչք, սրբիչ, լվացարան կամ սպիտակեղեն): Մննդի սպասքը հարկավոր է լավ լվանալ օճառով և ջրով՝ կրկին օգտագործելուց առաջ,

12.1 COVID-19 թեթև դեպքերի տանը բուժման կազմակերպման ալգորիթմի համաձայն՝

ԱԼԳՈՐԻԹՄ COVID-19 ԹԵԹԵՎ ԴԵՊՔԵՐԻ ՏԱՆԸ ԲՈՒԺՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՄԱՆ

- ▶ Տանը բուժման կազմակերպման ժամանակ բուժաշխատողների կողմից կատարվում է:
 - դիսկի գնահատում՝ համապատասխան անհատական պաշտպանության միջոցներ ընտրելու համար,
 - օդակաթիլային և շինան ճանապարհով վարակի փոխանցումը կանխելու նախագրուչական միջոցների վերաբերյալ խորհրդատվություն,
- ▶ Բժշկի ցուցումով օրական 2 անգամ կատարել պացիենտի և խնամողի ջերմաչափում,
- ▶ Բժիշկը հետախոսազանգերի կամ այցելությունների միջոցով գնահատում է պացիենտի և խնամողի առողջական վիճակը և կարիքի դեպքում կազմակերպվում են ախտորոշիչ հետազոտություններ (ռենտգեն հետազոտություն, թեստավորում),
- ▶ Լաբորատոր հետազոտությանը հաստատված թեթև արտահայտված ախտանշաններ ունեցող պացիենտները, տնային մեկուսացումից դուրս գալու համար պետք է ունենան անվազն 24 ժամ ընդմիջումով վերցված նմուշների երկու ՊՇՌ հետազոտության բացասական արդյունք: Հետազոտություն կատարելու անհրաժեշտության դեպքում՝ ախտանշաններն անցնելուց հետո շարունակել ևս երկու շաբաթ մնալ մեկուսացած:

- ▶ Պացիենտին տրամադրել լավ օդափոխվող սենյակ,
- ▶ Սահմանափակել պացիենտի տեղաշարժը տանը և նվազագույնի հասցնել ընդհանուր տարածքների օգտագործումը,
- ▶ Պահպանել պացիենտից անվազն 1-2 մ հեռավորություն,
- ▶ Սահմանափակել պացիենտի խնամողների թիվը,
- ▶ Այցելուներ չընդունել:

Ռիսկի գնահատում



Տեղաշարժի սահմանափակում/ մեկուսացում



- ▶ Ձեռնոցները, դիմակները և տնային խնամքի ընթացքում առաջացած այլ թափոնները պահել պացիենտի սենյակում փակ կափարիչով արքամանի մեջ՝ նախքան այն որպես թափոն հեռացնելը:

Թափոնների կառավարում



Տանը բուժվող թեթև դեպք



Ձեռքերի և անձնական հիգիենա

- ▶ Լվանալ ձեռքերը պացիենտի կամ նրա շրջակա միջավայրի հետ ցանկացած տեսակի շփումից հետո,
 - սնունդ պատրաստելուց առաջ և հետո,
 - ուտելուց առաջ,
 - սանհանգույցից օգտվելուց հետո,
- ▶ Հաճախակի լվանալ ձեռքերը օճառով կամ շփել ալկոհոլային հիմքով ախտահանիչով, երբ ձեռքերը տեսանելիորեն կեղտոտ չեն,
- ▶ Օճառով լվանալուց հետո նախընտրելի է ձեռքերը չորացնել մեկանգամյա օգտագործման անձեռոցիկով,
- ▶ Չկիրառել պացիենտի գործածած պարագաները (ատամի խոզանակ, ծխախոտ, սպասք, ուտելիք, ըմպելիք, սրբիչներ, կտորներ կամ սպիտակեղեն):

Ընթացիկ ախտահանում



Շնչառական հիգիենա



- ▶ Հաճախակի մաքրել և ախտահանել պացիենտի շրջակայքում գտնվող մակերեսները, լոգարանը և սանհանգույցը. օգտագործել կենցաղային օճառ կամ լվացքի փոշի, պարզաջրելուց հետո օգտագործել 0.1% Նատրիումի հիպոքլորիդ (քլոր) պարունակող սովորական կենցաղային ախտահանիչ,
- ▶ Պացիենտի արտոտված սպիտակեղենը առանձնացնել փակվող տարայի մեջ,
- ▶ Պացիենտի հագուստը, սպիտակեղենը, լոգանքի և ձեռքի սրբիչները լվանալ լվացքի օճառով ու ջրով կամ լվացքի մեքենայով՝ սովորական կենցաղային լվացքի փոշով՝ 60–90 °C ջերմաստիճանի պայմաններում և լավ չորացնել:
- ▶ Մակերեսները մաքրելիս և արտոտված հագուստը կամ սպիտակեղենը մշակելիս կրել ձեռնոցներ և պաշտպանիչ հագուստ: Օգտագործելուց հետո կենցաղային ձեռնոցները լվանալ օճառով և ախտահանել քլորի 0.1%-անոց լուծույթով:

- ▶ Պացիենտին, նրա հետ նույն սենյակում գտնվող խնամողներին ապահովել բժշկական դիմակով: Դիմակը խոնավանալու դեպքում անմիջապես փոխարինել նոր, մաքուր և չոր դիմակով,
- ▶ Դիմակները փոխել անվազն 3 ժամը մեկ անգամ,
- ▶ Օգտագործել մեկանգամյա օգտագործման ձեռնոցներ և դիմակ,
- ▶ Դիմակներն ու ձեռնոցները օգտագործել միայն մեկ անգամ:



(12-րդ կետը լրացվել է 12.05.2020թ. N1494-Ա)

13) բոլոր մակերեսները (անկողնային սեղաններ, մահճակալներ և ննջասենյակի այլ կահույք) ամեն օր մշակեք կենցաղային ախտահանող քլոր պարունակող նյութերով: Ախտահանող նյութի նոսրացումը պետք է կազմի 1:99 (1 մաս քլոր պարունակող նյութ - 99 մաս ջուր) հարաբերակցությամբ,

14) բաղնիքի և զուգարանի մակերեսներն ամեն օր մշակեք կենցաղային ախտահանող քլոր պարունակող նյութերով: Ախտահանող նյութի նոսրացումը պետք է կազմի 1:99 (1 մաս քլոր պարունակող նյութ : 99 մաս ջուր) հարաբերակցությամբ,

15) հիվանդի հագուստը, գիշերանոցները, բաղնիքի և ձեռքի սրբիչները և այլն լվացեք օճառով կամ լվացքի փոշիով 60–90°C ջերմաստիճանի պայմաններում և հետո լիարժեք չորացրեք: Աղտոտված սպիտակեղենը նախապես տեղադրեք լվացքի տոպրակի մեջ: Աղտոտված սպիտակեղենը մի թափահարեք և խուսափեք մաշկի և հագուստի հետ անմիջական շփումից,

16) մակերեսները մաքրելիս և աղտոտված սպիտակեղենը մշակելիս օգտագործեք միանվագ օգտագործման ձեռնոցներ և պաշտպանիչ հագուստ (օրինակ՝ պլաստիկ գոգնոց): Ձեռնոցները հանելուց առաջ և հետո լվացեք ձեռքերը:

44. Հիվանդության ախտանշաններ ունեցող անձինք պետք է մնան տանը մինչև լիարժեք առողջացումը՝ ելնելով կլինիկական և/կամ լաբորատոր ախտորոշումից (RT-PCR- ի բացասական երկու հետազոտության արդյունք կատարված առնվազն 24 ժամ ընդմիջումով):

45. Ընտանիքի բոլոր անդամները համարվում են հիվանդի կոնտակտավորներ և հսկվում են, մասնավորապես՝

1) եթե ընտանիքի անդամի մոտ զարգանում են սուր շնչառական վարակին բնորոշ ախտանշաններ, ներառյալ՝ տենդ, հազ, կոկորդի ցավ և դժվարացած շնչառություն՝ անմիջապես դիմեք բժշկական օգնության,

2) տան պայմաններում բուժօգնություն տրամադրող բուժաշխատողներն աշխատանքներն իրականացնում են անհատական պաշտպանիչ միջոցներով՝ վարակվելու ռիսկը նվազեցնելու համար:

46. Կոնտակտների բժշկական հսկողություն.

1) հաշվի առնելով նոր կորոնավիրուսով (2019-nCoV) պայմանավորված վարակի մարդուց մարդու փոխանցման ապացույցները, կասկածելի անձի հետ շփված անձանց (ներառյալ բուժաշխատողները) նկատմամբ սահմանվում է բժշկական հսկողություն շփումից հետո առնվազն 14 օրվա ընթացքում և ախտանշանների (տենդ, հազ կամ շնչառության դժվարացում կամ փորլուծություն) զարգացման դեպքում անհապաղ դիմել բժշկական օգնության,

2) հսկման ողջ ընթացքում շարունակաբար կապ է հաստատվում բժիշկի հետ: Բժիշկը՝ հեռախոսազանգերի կամ ամենօրյա այցելությունների միջոցով գնահատում է

կոնտակտավորների առողջական վիճակը և ախտանշանների զարգացումը: Անհրաժեշտության դեպքում իրականացվում են ախտորոշիչ հետազոտություններ,

3) բժիշկը պետք է նախապես տեղեկացնի կոնտակտավոր անձին, թե հիվանդանալու դեպքում ուր դիմել, որն է հիվանդանոց տեղափոխման պատշաճ միջոցը, երբ և որ մուտքից մտնել հիվանդանոց և վարակի տարածումը կանխող ինչ միջոցառումներ իրականացնել,

4) հիվանդի հետ կոնտակտավորի (անպայման դիմակ կրելով) հիվանդանոց տեղափոխման դեպքում տեղեկացվում է հիվանդանոցը, որտեղ վերջինս հոսպիտալացվելու է,

5) հիվանդանոց տեղափոխումն արգելվում է իրականացնել հանրային տրանսպորտով: Հիվանդը տեղափոխվում է շտապ օգնության մեքենայով կամ առանձին մեքենայով: Հնարավորության դեպքում հիվանդին տեղափոխելու ժամանակ մեքենայի պատուհանները բացվում են,

6) հիվանդի կոնտակտավոր անձն անընդհատ հետևում է շնչառական հիգիենայի, ձեռքերի հիգիենայի կանոններին և գտնվում է շրջապատի մարդկանցից հնարավորինս հեռու (առնվազն 1մ հեռավորության վրա) և՛ հիվանդանոց տեղափոխվելու, և՛ հիվանդանոցում գտնվելու ժամանակ,

7) հիվանդի կոնտակտավորը և նրան խնամող անձն անընդհատ պահպանում են ձեռքերի պատշաճ հիգիենա,

8) տեղափոխման ընթացքում խորխով կամ այլ արտազատուկներով աղտոտված մակերեսները մշակվում են կենցաղային ախտահանող քլոր պարունակող նյութերով: Ախտահանող նյութի նոսրացումը՝ 1:99 (1 մաս քլոր պարունակող նյութ: 99 մաս ջուր) հարաբերակցությամբ:

6. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (2019-NCOV) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ

ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՎԱՐՈՒՄԸ

47. Ստորև ներկայացված են ծանր սուր շնչառական վարակով՝ ԾՍԾՎ (*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:

✗ 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 օպտիմալ աջակցող բուժօգնություն և անվնաս, արագ ընդունում (ուղեգրում) ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք՝ համաձայն ինստիտուցիոնալ կամ ազգային գործելակարգերի: Հիվանդության մեղմ ընթացքով պացիենտների համար հնարավոր է հոսպիտալացում չպահանջվի, մինչև մրահոգություն

չառաջանա վիճակի արագ վարացման համար: Հիվանդանոցից դուրս գրված բոլոր պացիենտներին պետք է առաջարկել վերադառնալ հիվանդանոց՝ վիճակի վարացման դեպքում:

Աղյուսակ 1

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

<p>SARI Ծանր սուր շնչառական վարակ</p>	<p>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:</p>
<p>Համաճարակաբանական հսկողության դեպքերի սահմանումներ՝ Նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019-nCoV) համար</p>	<p>1. ԾՍՇՎ-ով պացիենտ՝ տենդի և հազի անամնեզով, որը պահանջում է հոսպիտալացում, և որը չի կապվում այլ էթիոլոգիայի հետ, որով լիովին հիմնավորվում են կլինիկական դրսևորումները¹ (կլինիցիստները նաև պետք է զգոն լինեն ատիպիկ դրսևորումների հնարավորության նկատմամբ՝ ընկճված իմուն համակարգով պացիենտների մոտ), և առկա է ներքոհիշյալից որևէ մեկը՝ ա. անամնեզում առկա է ուղևորություն դեպի Վուհան, Չինաստանի Հուբեյ նահանգ՝ նախքան ախտանիշի սկսելը 14 օրերի ընթացքում կամ բ. հիվանդությունն առաջանում է բուժաշխատողի մոտ, ով բժշկական օգնություն է տրամադրել ԾՍՇՎ-ով պացիենտների՝ հաշվի չառնելով բնակության վայրը և ուղևորության պատմությունը կամ 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: 2. Ծանրության որևէ աստիճանի սուր շնչառական հիվանդությունով անձ, ով հիվանդության սկսելուց առաջ 14 օրվա ընթացքում գտնվել է հետևյալ իրավիճակներում՝ ա) ունեցել է սերտ ֆիզիկական շփում նոր կորոնավիրուսի հաստատված վարակի դեպքով (հիվանդության ախտանիշներով) հիվանդի հետ կամ 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 աստիպիկ 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 դժվարաշնչությամբ 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</p>

	<p>(կրծքավանդակի ռենտգենոգրաֆիա, ՀՇ կամ թոքերի գերձայնային հետազոտություն) հայտնաբերվում է երկկողմանի անթափանցիկություն, որը լիովին չի բացատրվում է, որ պայմանավորված է էֆուզիաներով, բլթային կամ թոքային կոլապսով:</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> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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) ▪ 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) ▪ 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) ▪ 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. $\text{OI} =$ օքսիգենացման ինդեքս և $\text{OSI} =$ օքսիգենացման ինդեքս՝ օգտագործելով SpO_2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 \leq 264$ • Թեթև ARDS (ինվազիվ օդափոխանցված): $4 \leq \text{OI} < 8$ կամ $5 \leq \text{OSI} < 7.5$ • Թեթև ARDS (ինվազիվ օդափոխանցված): $8 \leq \text{OI} < 16$ կամ $7.5 \leq \text{OSI} < 12.3$ • Ծանր ARDS (ինվազիվ օդափոխանցված): $\text{OI} \geq 16$ կամ $\text{OSI} \geq 12.3$
Սեպսիս	<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</p>

	<p>վերջույթներ կամ ցածր արյան ճնշում, բժերով ծածկված մաշկ, լաբորատոր փաստեր կոագուլոպատիայի, 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>
Սեպտիկ շոկ	<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; բժերով 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 x Fարոմետրիկ 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 փռչալուց 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 փռչոց) 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 մակերերեսների կամ սարքավորումների հետ շփման ժամանակ (այսինքն վարակված թթվածնի խողովակների/մակերեսների 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,

	<p>քթին և բերանին դիպչելուց: Խուսափել պացիենտների խնամքի 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 արտաձծում (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 հաստատություններում (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 ≥90% ոչ-հղի մեծահասակների համար և SpO2 ≥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 ≥94% հասնելու համար: այլապես՝ նպատակային SpO2 կազմում է ≥90%: Բոլոր այն տարածքները, որտեղ իրականացվում է ԾՍՇՎ ունեցող պացիենտների խնամք, պետք է լինեն հագեցած պոլսօքսիմետրերով 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 բուժհաստատությունում], 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, էնդոտրախեալ 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՝ զոոնոզ գրիպը), ռեսպիրատոր սինցիտիալ վիրուս, պարադրիպ, 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, մինչև բացասական արդյունք ունենալը (ինչպես ՎՇ, այնպես էլ ՍՇ նմուշների համար, եթե երկուսն էլ հավաքագրվել են) կլինիկական տեսանկյունից ապաքինված պացիենտի մոտ:

(10-րդ ենթակետը խմբագրվել է 15.05.2020թ. N1548-Ա)

10.1) Կարանտինային վայրերում հսկողության ավարտին իրականացված թեստավորման արդյունքներով հաստատված կորոնավիրուսային հիվանդությամբ (COVID-19) անախտանիշ պացիենտների առաջիկա նմուշառումն իրականացնել հսկողության 7-րդ օրը:

(10-րդ ենթակետը լրացվել է 11.05.2020թ. N1483-Ա)

(10-րդ ենթակետը խմբագրվել է 24.07.2020թ. N2424-Ա)

10) 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:

11) Բարձր հոսքով քթային թթվածին (ԲՀԲԹ), 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 ԲՀԲԹ կամ ՈԻՎ միջոցով բուժվող պացիենտները հսկվում են կլինիկական բարդություններից խուսափելու համար:

Նկատառում.

1. ԲՀԲԹ 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 ԲՀԲԹ նվազեցնում է ինտուբացիայի անհրաժեշտությունը: Հիպերկապնիա (օբստրուկտիվ թոքային հիվանդության բարդացում, կարդիոգեն թոքային այտուց), հեմոդինամիկ անկայունություն, բազմաթիվ օրգանների անբավարարություն, կամ ոչ նորմալ հոգեկան վիճակ ունեցող պացիենտները չպետք է ստանան ԲՀԲԹ, չնայած վերջին տվյալները վկայում են, որ ԲՀԲԹ կարող է անվտանգ լինել թեթև-միջին և չվատացող հիպերկապնիա ունեցող պացիենտների համար: ԲՀԲԹ 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: ԲՀԲԹ վերաբերյալ ապացուցողական ողեցույցներ առկա չեն, և MERS ունեցող պացիենտների շրջանում ԲՀԲԹ 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 ՌԻՎ ստացման ժամանակ անհաջող ելքի բարձր մակարդակների վերաբերյալ: Փորձնական ՌԻՎ ստացող պացիենտները պետք է լինեն վերահսկվող միջավայրում և խնամվեն փորձառու անձնակազմի կողմից, ովքեր կկարողանան իրականացնել էնդոտրախեալ 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 ԲՀԲԹ և ՌԻՎ համակարգերը չեն առաջացնում արտանետվող օդի լայն տարածում և հետևաբար պետք է համարվեն որպես օդակաթիլային փոխանցման ցածր ռիսկ ունեցող:

12) Էնդոտրախեալ 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 ռեգերվուար պարկով դիմակի օգնությամբ, փականով պարկով դիմակով, ԲՀԲԹ 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 վենտիլացիայի ենթարկվող պացիենտներին: Դրանք հիմնականում վերաբերում են մեծահասակներին, առկա են նաև երեխաների համար նախատեսված առաջարկություններ:

13) Մեխանիկական վենտիլացիա 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: Վենտիլացիայի 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:

14) 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:

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

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

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

Նկատառում. PEEP տիտրումը պահանջում է առավելությունների դիտարկումը (atelectrauma նվազեցում և ավվեոյար վերականգնումը)՝ դրանք համեմատելով ռիսկերի հետ (ներշնչման վերջին պահին գերձգում, որը հանգեցնում է թոքերի վնասվածքի և թոքային անոթային բարձր դիմադրողականության): Առկա են աղյուսակներ, որոնք ուղղորդում են PEEP տիտրումը՝ ելնելով FiO2-ից, որը պահանջվում է SpO2 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):

17) 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 ՍՇՊՀ 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 ՍՇՊՀ ունեցող պացիենտների համար որոշ դեպքերում. վենտիլյացիայի dyssnchony անկախ սեդացիայից, այնպիսին, որ շնչառական tidal ծավալի սահմանափակումները հնարավոր չէ ապահովել, կամ կայուն հիպոքսեմիա կամ հիպերկապնիա:

18) 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 պացիենտների մոտ ԷԿԿԱ վերաբերյալ: Այդ ժամանակից ՍՇՊՀ ունեցող պացիենտների 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 անջատումները, քանի որ դա կհանգեցնի արտաշնչման վերջում դրական ճնշման կորստի և ատելեկտազների առաջացմանը: Շնչուղիների արտածման համար կիրառել ներսի (inline) կաթետերներ և սեղմել-փակել էնդոտրախեսալ 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 (սիստոլիկ 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), տախիպնոէ, 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 կրիստալոիդ 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 կրիստալոիդներ, 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. Կրիստալոիդները ներառում են ֆիզլուծույթ և Ռինգերի լուծույթ: Դիտարկել լրացուցիչ հեղուկների բոլորանների 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 ինտորոպների 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 ռիսկ 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	<ul style="list-style-type: none"> Կիրառել արթնեցման գործելակարգերը, որոնք ներառում են ինքնուրույն շնչառության պատրաստ լինելու ամենօրյա գնահատումը Նվազագույնի հասցնել շարունակական կամ ընդհատվող սեդացիաները (մակերեսային սեդացիա, եթե հակացուցված չէ) կամ շարունակական սեդատիվների ինֆուզիայի օրեկան ընդհատումներ
Կրճատել ԹԱՇ ասոցացված թոքաբորբի առաջացման հավանականությունը	<ul style="list-style-type: none"> Դեռահասների և մեծահասակների շրջանում բերանային ինտուբացիան նախընտրելի է քթային ինտուբացիայից Պացիենտին պահել կիսապառկած դիրքում (մահճակալի գլխային մասը բարձրացնել 30-45°) Կիրառել արտաձման փակ համակարգ, պարբերաբար չորացնել և հեռացնել խողովակի միջի կոնդենսատը Յուրաքանչյուր պացիենտի համար կիրառել ԹԱՇ սարքի նոր խողովակներ; պացիենտին ԹԱՇ կատարելիս փոխել կոնտուրն ըստ անհրաժեշտության, երբ այն

	<p>աղտոտված է կամ վնասված</p> <ul style="list-style-type: none"> • Փոխել խոնավացնող և տաքացնող համակարգը՝ թերֆունկցիայի, աղտոտված լինելու դեպքում կամ յուրաքանչյուր 5-7 օրվա ընթացքում
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 պայմանավորված արյան վարակման հավանականությունը	Պահպանել ներարկման գործողությունների հաջորդականությունը, ինչպես նաև դիտարկել կաթետերի հեռացումը, երբ դրա անհրաժեշտությունն արդեն չկա
Նվազեցնել պառնիկախոցերի հավանականությունը	Շրջել պացիենտին յուրաքանչյուր երկու ժամը մեկ
Նվազեցնել սթրեսային խոցերի, ստամոքս-աղիքային ուղուց արյունահոսության հավանականությունը	<ul style="list-style-type: none"> • Տալ վաղ էնտերալ սնուցում (հոսպիտալացումից հետո 24-48 ժամվա ընթացքում) • 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

Ֆավիավիրավիր (*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):

(6-րդ գլուխը խմբ. 05.03.20 N 877-Ա)

7. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (2019-nCoV) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՆԵՐՇԻՎԱՆԴԱՆՈՑԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿԻ ՏԱՐԱԾՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

54. Նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված ներհիվանդանոցային վարակման ռիսկի նվազեցման համար **ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է՝**

1) Նոր կորոնավիրուսային վարակի (2019-nCoV) կասկածով պացիենտի՝ համաձայն դեպքի ստանդարտ բնորոշման, մեկուսացում բնական օդափոխությամբ ապահովված սենքում՝ (160լ/վ): Անբավարար սենքերի դեպքում թույլատրվում է խմբակային տեղավորում նույն սենքում՝ ապահովելով մահճակալների միջև 1 մետր հեռավորություն:

2) Բուժանձնակազմի կողմից պացիենտի խնամքի, լաբորատոր նմուշառման և նմուշների տեղափոխման կամ միջամտության ժամանակ անհատական պաշտպանիչ միջոցների կիրառում՝ դիմակ, ակնոց, ձեռնոց, ջրակայուն երկար արտահագուստ (խալաթ) կամ եթե արտահագուստը ջրակայուն չէ՝ ջրակայուն գոգնոցի կիրառում՝ տես անհատական պաշտպանիչ միջոցների «հագնելու» և «հանելու» մանրամասն նկարագիրը:

3) Պացիենտի հետ շփումից առաջ և հետո ձեռքերի պատշաճ ախտահանում՝ ակոհոլային ախտահանիչ միջոցներով:

4) Բուժանձնակազմի ուսուցում՝ կորոնավիրուսի ախտանշանների, վարակի աղբյուրի, փոխանցման ուղու և կանխարգելիչ միջոցառումների մասին:

5) Թափոնների անվտանգ գործածության ապահովում՝ համաձայն Առողջապահության նախարարի 2008 թվականի մարտի 4-ի թիվ 03-Ն հրամանի:

6) Պացիենտի խնամքի պարագաների մանրէազերծում՝ համաձայն Առողջապահության նախարարի 2015 թվականի սեպտեմբերի 10-ի թիվ 48-Ն հրամանի:

7) Ցածր ռիսկայնությամբ բժշկական իրերի ախտահանման պահովում 70° էթիլ սպիրտով յուրաքանչյուր պացիենտի հետ շփումից հետո (ջերմաչափ, արյան նմուշառման բարձիկ, ստեթասկոպ):



8) Այցելուների մուտքի սահամանափակում բաժանմունք, այցելության անհրաժեշտության դեպքում այցելուների ապահովում միանվագ օգտագործման դիմակով և վերջիններիս կողմից հսկողության սահմանում ձեռքերի ախտահանման նկատմամբ:




9) Շրջակա միջավայրի մաքրում և ախտահանում՝ վլացող միջոցների և ախտահանիչ նյութերի կիրառմամբ:



10) Նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված կասկածելի պացիենտի հիվանդասենյակ մուտք գործած անձանց հաշվառում՝ ներառյալ բուժանձնակազմի՝ համաձայն ներկայացված ձևաչափի:

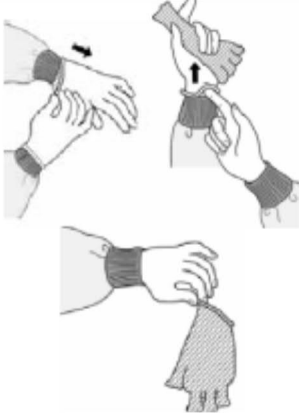

11) Պաստառների տեղադրում հասարակական վայրերում՝ հիշեցնելով հիվանդության ախտանշանների վերաբերյալ:

Ինչպե՞ս կրել անհատական պաշտպանիչ միջոցներ

Անհատական պաշտպանության միջոցները հագնելու ընթացակարգ		
1. Իրականացնել ձեռքերի հիգիենայի միջոցառումներ		
2. Հագնել անջրաթափանց խալաթ կամ կոստյում Ընտրել համապատասխան տեսակն ու չափսը		<ol style="list-style-type: none"> 1 Կապեք պարանոցի և գոտկատեղի երիզները 2 Բացվածքը պետք է լինի մեջքի կողմից
3. Հագնել միանվագ օգտագործման դիմակ		<ol style="list-style-type: none"> 1. Հագնել այնպես, որպեսզի ծածկի քիթը, բերանն ու կզակը 2. Ուղղել վերին առաձգական մասն այնպես, որպեսզի քթին հարմար նստի 3. Հետևից ամրացնել ռետինե օղակապով 4. Ուղղել, որպեսզի հարմար հպվի

<p>4. Ստուգել շնչադիմակի պիտանելիությունը</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ներշնչել՝ դիմակը պետք է ներքաշվի 2. Արտաշնչել՝ ստուգելով դիմակի եզրերի տակից հոսակորստի հնարավորությունը
<p>5. Հագնել պաշտպանական ակնոց:</p> <p>3 Ուղղել, որպեսզի հարմար նստի</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Դնել ակնոցները՝ ամրացնելով աղեղնակների կամ օղակապի միջոցով 2. Հագնել պաշտպանիչ ակնոցներն՝ ամրացնելով օղակապի միջոցով հոնքերի մակարդակին
<p>6. Հագնել ձեռնոցները:</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ձեռնոցները հագցնել ձեռքերին 2. Ձեռնոցները պետք է ծածկեն խալաթի թևերի բազկակապը

<p>Անհատական պաշտպանության միջոցները հանելու ընթացակարգ</p>		
<p>1. Հանել պաշտպանական ակնոցները</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Բռնել աղեղնակներից կամ օղակապից 2. Վերև բարձրացնելով՝ հանել դեպի երեսի հակառակ կողմը
<p>2. Հանել խալաթը կամ կոստյումը</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Արձակել կապերը 2. Քաշելով հանել խալաթը պարանոցից և ուսերից 3. Դեպի ներս շրջել արտաքին աղտոտված մակերեսը 4. Ծալել կամ օղակաձև շրջելով հավաքել: 5. Նետել հատուկ աղբամանի մեջ

<p>3. Հանել ձեռնոցները</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Բռնել արտաքին եզրից՝ դաստակի շրջանում 2. Քաշելով հանել՝ հակառակ շրջելով 3. Պահել ձեռնոցը մյուս (հագաց) ձեռքում 4. Ձեռնոցը հանած ձեռքի մատը անցկացնել մյուս ձեռնոցի եզրի տակ՝ մինչև դաստակի շրջանը 5. Ներսից քաշելով ու հակառակ շրջելով՝ հանել ձեռնոցն այնպես, որպեսզի ստեղծվի պարկ երկու ձեռնոցների համար 6. Նետել հատուկ աղբամանի մեջ
<p>4. Իրականացնել ձեռքերի հիգիենայի միջոցառումներ:</p>		
<p>5. Հանել դիմակը</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Նախ գլխի վրայով հանել ներքևի օղակապը 2. Այնուհետև հանել վերևի օղակապը 3. Նետել հատուկ աղբամանի մեջ
<p>6. Իրականացնել ձեռքերի հիգիենայի միջոցառումներ:</p>		

Մեկնաբանություններ՝ անհատական պահպանիչ միջոցները հանել այնպես, որ ինքն իրեն մարդը չաղտոտի կեղտոտ ԱՊՄ-ով կամ ձեռքերով: Հանել դիմակը՝ քաշելով ռետինե օղակապից, չդիպել շնչադիմակի արտաքին մասին (այն կարող է վարակված լինել):

Ինչպե՛ս լվանալ ձեռքերը

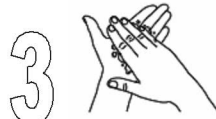
1. Հաճախակի լվանալ ձեռքերը
2. Ձեռքերը լվանալ հոսող ջրով ու օճառով և մանրամասն չորացնել
3. Օգտագործել սպիրտային հիմքով ախտահանիչ միջոցներ, եթե տվյալ պահին հնարավոր չէ լվանալ ձեռքերը հոսող ջրով ու օճառով
- 4.



Wet hands with water



apply enough soap to cover all hand



rub hands palm to palm



right palm over left dorsum with interlaced fingers and

Ձեռքերը պահել հոսող ջրի տակ

Օճառել ձեռքերի ողջ մակերեսը

Իրար շփել ձեռքերի փեղերը

Աջ ձեռքի փեղ շփել ձախի ետևի ակերեսին՝ մատներն իրար հյուսելով, և հակառակը

Մատները շփել ձեռքերի փեղերը՝ մատներն իրար հյուսելով
...

Մատներն իրար հագցնելով՝ շփել մի ձեռքի մատները հակառակ ձեռքի փեղին

Պտուտակաձև շարժումներով շփել աջ փեղում սեղմած ձախ ձեռքի բթամատը և հակառակը

Աջ ձեռքի՝ իրար սեղմած մատներով շփել ձախ ձեռքի փեղ պտուտակաձև և ետուռաջ շարժումներով և հակառակը

Ձեռքերը ողողել ջրով

Ձեռքերը խնամքով չորացնել միանվագ օգտագործման սրբիչով

Սրբիչի օգնությամբ փակել ջրի ծորակը

և Ձեր ձեռքերն անվտանգ են

Ձ Ե Վ Ա Չ Ա Փ

Նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) կասկածելի պացիենտի հիվանդասենյակ մուտք գործած անձանց և բուժանձնակազմի հաշվառման

(Մոնիտորինգն իրականացվում կասկածով հիվանդի հետ վերջին շփումից հետո 14 օրվա ընթացքում)

ԲԿ անվանում _____

Մարզ/Տարածաշրջան _____

Շաբաթ _____ Սկիզբը _____ / _____ / _____ Մինչև _____ / _____ / _____

Անուն	Ազգանուն	Տարիք	Սեռ	Աշխատանքի վայր	Հասցե	Շփման վերջին օրը	Տեղը 38°C ամենօրյա ջերմաչափում (այր/ոչ)														Հսկողության շրջանում հիվանդության հայտնաբերում	
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Հայտնաբերման օր	Վայր

Լրացրեց՝

Անուն Ազգանուն՝
Պաշտոն՝
Ամսաթիվ՝

(Ձև 1-ն ուժը կորցրել է 05.03.20 N 877-Ա)

ՀԱՂՈՐԴՄԱՆ ՁԵՎ

նոր կորոնավիրուսային վարակով (2019-nCoV) պայմանավորված (հավանական, հաստատված) դեպքի

(ժամանակավոր, ըստ՝ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության առաջարկության)

Դեպքի հաղորդման ամսաթիվ. օր-----/ ամիս-----/տարի-----

Հաղորդող կազմակերպության անվանում _____

Դեպք. կասկածելի հավանական հաստատված

Հայտնաբերված է պետական սահմանի անցման կետում. այո ոչ անհայտ, եթե այո, ապա օր-----/ ամիս-----/տարի-----

ԲԱԺԻՆ 1. ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՄԱՍԻՆ

Դեպքի նույնականացման համար -----

Ծննդյան ամսաթիվ օր-----/ ամիս-----/տարի-----

Կամ գնահատված տարիքը. ----- տարեկան

Եթե < 1 տարեկանից՝ նշել ամիսները

Եթե < 1 ամսականից՝ նշել օրերը

Սեռ. արական իգական

Վայրը, որտեղ դեպքը հայտնաբերվել է _____

Հիվանդը ՀՀ քաղաքացի է, թե օտարերկրյա քաղաքացի (նշել երկիրը)

ԲԱԺԻՆ 2. ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՎԻՃԱԿԻ ՄԱՍԻՆ

Ախտանշանների ի հայտ գալու ամսաթիվ. օր-----/ ամիս-----/տարի-----

առանց ախտանշանների

հայտնի չէ

Բժշկական օգնության դիմե՞լ է. այո ոչ անհայտ

Առաջին անգամ բժշկական օգնության դիմելու ամսաթիվ. օր-----/ ամիս-----/տարի-----
Բժշկական կազմակերպության անվանում. _____

Մեկուսացման ամսաթիվ. օր-----/ ամիս-----/տարի-----

Պացիենտը միացված է արհեստական շնչառական սարքավորման. ոչ այո անհայտ

Առողջական վիճակը (նշել) հաղորդման ժամին. Լավացել է / չի լավացել / մահացել է / հայտնի չէ

Մահվան ելքի ամսաթիվ, եթե հայտնի է. օր-----/ ամիս-----/տարի-----

Պացիենտի ախտանշանները. (դիտարկել բոլոր ախտանշանները).

- տենդի պատմություն / դող շնչառության դժվարացում ցավ
- ընդհանուր թուլություն դիարեա () մկանացավ () կրծքավանդակի ցավ
- հազ սրտխառնոց / փսխում () որովայնի ցավ () հոդացավ
- կոկորդի ցավ գլխացավ
- քթահոսություն գրգռվածություն
- այլ, նշել _____

Հիվանդի նշաններ.

Ջերմություն. -----°C

Ստուգել բոլոր դիտարկված ախտանշանները.

- Ֆարինգիալ արտազատուկ կոմա ռենտգեն պատկերով թոքերում փոփոխություն
- Կոնյուկտիվիալ ներարկում դիսպնոե / տախիպնոե
- Ցնցումներ թոքերում աուսկոլտատիվ փոփոխություն
- այլ, նշել _____

ԲԱԺԻՆ 3. ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԱՇԽԱՆՇԱՆՆԵՐԻ Ի ՀԱՅՏ ԳԱԼՈՒՑ 14 ՕՐ ԱՌԱՋ ՈՒՂԵՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ (ԱՅԴ ԹՎՈՒՄ՝ ԱՌԱՆՑ ԱԽՏԱՆՇԱՆԻ)

Զբաղվածություն. (նշել բոլոր համընկնող տարբերակները)

- Ուսանող բուժաշխատող լաբորատոր մասնագետ
- կենդանիների հետ աշխատող
- այլ, նշել _____

Արդյո՞ք պացիենտը մինչ ախտանշանների սկսելը 14 օր առաջ բացակայել է երկրից ոչ այո անհայտ, եթե այո, նշել ուղևորության մանրամասները

Երկիր

Քաղաք

1. _____

2. _____

3. _____

Արդյո՞ք պացիենտը մինչ օրվա ախտանշանների սկսելը 14 օր առաջ եղել է որևէ բժշկական կազմակերպությունում ոչ այո անհայտ

Արդյո՞ք պացիենտն ունեցել է սերտ շփում մինչ օրվա ախտանշանների սկսելը սուր շնչառական վարակով որևէ հիվանդի հետ, եթե այո, նշել (նշել բոլոր համընկնող տարբերակները)

բժշկական կազմակերպություն ընտանիք աշխատավայր անհայտ

այլ, նշել _____

Արդյո՞ք պացիենտը մինչ օրվա ախտանշանների սկսելը 14 օր առաջ շփվել է հավանական կամ հաստատված դեպքի հետ ոչ այո անհայտ

Եթե այո, նշել հավանական կամ հաստատված դեպքի նույնականացման համարը (ՆՀ)

Դեպք 1, ՆՀ _____ Դեպք 2, ՆՀ _____ Դեպք 3, ՆՀ _____

Եթե այո, նշեք շփման ձևը (ստուգեք կիրառվող բոլորը).

բժշկական կազմակերպություն ընտանիք աշխատավայր անհայտ

այլ, նշել _____

Եթե այո, նշել գտնվելու վայրը. / քաղաք / երկիր

Արդյո՞ք պացիենտը մինչ օրվա ախտանշանների սկսելը 14 օր առաջ եղել է կենդանիների շուկայում

ոչ այո անհայտ

Եթե այո, նշել գտնվելու վայրը. / քաղաք / երկիր

Լաբորատոր կազմակերպության անվանումը, որտեղ իրականացվել է հետազոտությունը

Նշել հետազոտության մեթոդը _____

Իրականացվել՞ է սեքվենավորում _____

Լաբորատոր հաստատման ամսաթիվ _____