

## 1. პროტოკოლის დასახელება: B, C ჰეპატიტების და აივ ინფექციის პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა (პეპ)

## 2. პროტოკოლში მოცემული ტერმინოლოგიის განმარტება:

**ექსპოზიცია** - ინფიცირების რისკის შემცველი კონტაქტი.

**პოტენციურად** ინფიცირებული სითხე - ორგანიზმის ბიოლოგიური სითხე, რომელთანაც კონტაქტი არის ინფექციის განვითარების რისკის შემცველი.

**ექსპოზიციის წყარო** - პირი, რომლის პოტენციურად ინფიცირებული სითხეები მოვიდა კონტაქტში სამედიცინო დაწესებულების თანამშრომელთან ან უცნობი წარმომავლობის პოტენციურად ინფიცირებული სითხეები/ქსოვილები.

**ექსპოზირებული (დაზიანებული)** - პირი, რომელსაც ქონდა ინფიცირების რისკის შემცველი კონტაქტი.

**ინციდენტის ადგილი** - არე, სადაც ექსპოზიცია მოხდა.

**დაუყოვნებელი დახმარების ადგილი** - არე, სადაც ხდება ექსპოზირებული(დაზიანებული) პიროვნების დახმარება.

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია:

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი კლინიკური პრაქტიკისა და ხარისხის გაიდლაინების საფუძველზე:

- THE UNIVERSITY OF CAPE TOWN. POST EXPOSURE PROPHYLAXIS POLICY & ADDENDUM. December 2012
- Blood-borne Pathogen Exposure and Post-Exposure Prophylaxis in Global Health Field Sites Developed by Dr. Brian Jack and colleagues at Boston University Adapted with permission by Dr. Cynthia Haq for the UW Global Health Institute Last Reviewed by Dr. Frank Graziano, April 2010
- Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Post exposure Prophylaxis. 2013 From SHEA
- Pocket P.E.P. Clinical management of non-occupational and occupational exposure to blood borne pathogens - St. Michael's Inspired Care. Inspiring Science.
- David T. Kuhar, MD; David K. Henderson, MD; Kimberly A. Struble, PharmD; Walid Heneine, PhD; Vasavi Thomas, RPh, MPH; Laura W. Cheever, MD, ScM; Ahmed Gomaa, MD, ScD, MSPH; Adelisa L. Panlilio, MD; for the US Public Health Service Working Group

- INFECTION CONTROL MANUAL -BLOOD AND BODY FLUID EXPOSURE AND MANAGEMENT. MERCY HOSPITAL DUNEDIN 2015

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს საფუძვლად აღებული გაიდლაინების რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია, გარდა რამდენიმე რეკომენდაციისა, რომელთა მოდიფიცირება განხორციელდა სამუშაო ჯგუფის გადაწყვეტილებით.

#### 4. მიზანი:

ინფექციისა და სხვა გადამდები დაავადების გავრცელების პრევენცია მსოფლიო ჯანდაცვის სისტემის ერთერთი მთავარი კომპონენტია. ინფექციის კონტროლი მნიშვნელოვანია, როგორც პაციენტებისთვის ისე მედიცინის მუშაკისთვის, სახელმწიფო თუ კერძო დაწესებულებებში. ინფექციის კონტროლის ზომები მიმართულია ნებისმიერი პათოგენის გავრცელების წინააღმდეგ, მაგალითად გრიპი, ჰეპატიტი B, C, მძიმე მწავვე რესპირატორული სინდრომი, აივ/შიდსი და სხვა პოტენციურად სიცოცხლისთვის საშიში დაავადებები.

სამედიცინო დაწესებულებებში, ინფექციის კონტროლის სამსახურის გამართული მუშაობით შესაძლებელია რისკის ქვეშ მყოფი სამედიცინო პერსონალის დაცვა. მათ მიერ სიფრთხილის სტანდარტული ზომები გამოყენებულ უნდა იქნეს ყველა პაციენტთან დიაგნოზის მიუხედავად. უსაფრთხოების სტანდარტული ზომები, რომელსაც ადრე უსაფრთხოების უნივერსალურ ზომებს უწოდებდნენ, დასაწყისში შეიქმნა სისხლმზადი ინფექციების დაუდგენელი მატარებლებისგან სამედიცინო პერსონალზე ინფექციის გადაცემის რისკის შესამცირებლად, როგორც არის ვირუსული ჰეპატიტი B, C და აივ ინფექცია.

მოცემული პროტოკოლის მიზანია სამედიცინო დაწესებულებაში სამსახურეობრივი მოვალეობის შესრულებისას (ოპერაციული ჩარევა, პაციენტის მოვლა, ნარჩენების მართვა და ა.შ) შემთხვევებითი ექსპოზირების (დაზიანების) შემთხვევაში პერსონალში აივ ინფექციის, B/C ჰეპატიტების ტრანსმისიის რისკის შემცირება სწორად მართული მენეჯმენტის საშუალებით, რომლის ნაბიჯები დამყარებულია კლინიკურ კვლევებსა და საუკეთესო პრაქტიკის მონაცემებზე. პროტოკოლში მოცემული თვითდაზიანების ინციდენტის აღრიცხვის ფორმა, რომლის წარმოება სტატისტიკური ინფორმაციის მოგროვებისა და მომხდარი ინციდენტის შესახებ სრული წარმოდგენის საშუალებას და განმეორებითი რისკის შეფასების შესაძლებლობას იძლევა.

## 5. სამიზნე ჯგუფი:

პროტოკოლის რეკომენდაციები ეხება სამედიცინო დაწესებულებებში დასაქმებულ პერსონალს, სტუდენტებს, რომელიც უშუალოდ მონაწილეობს პაციენტის მკურნალობის, მოვლის და დიაგნოსტიკის, ნარჩენების მართვის, წინასასტერილიზაციო დამუშავება/დეზინფექციის პროცესში და სამსახურეობრივი მოვალეობის შესრულებისას იმყოფება ექსპოზირების (დაზიანების) რისკის ქვეშ. თუმცა მასში განკუთვნილი რეკომენდაციები შესაძლოა გამოყენებულ იქნას არასამედიცინო დაწესებულებაში მომუშავე პირებისათვის პოტენციურად ინფიცირებული სითხეებით ექსპოზირების შემთხვევაში.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი/გაიდლაინი განკუთვნილი:

პროტოკოლი განკუთვნილია სამედიცინო დაწესებულების ინფექციის კონტროლის სამსახურის ხელმძღვანელის, ინციდენტში ჩართული მკურნალი ექიმის, ინფექციონისტის, ეპიდემიოლოგის ან ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირისათვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის/გაიდლაინის გამოყენების პირობები:

პროტოკოლის გამოყენება უნდა მოხდეს სამედიცინო სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებებში განურჩევლად პროფილისა (სავადმყოფოები, ამბულატორიული სამედიცინო დაწესებულებები, სტომატოლოგიური კლინიკები, სარეაბილიტაციო-გამაჯანსაღებელი სამედიცინო დაწესებულებები).

## 8. რეკომენდაციები

სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა არსებობდეს:

- მონაცემები პერსონალის ვაქცინაციის შესახებ;
- მონაცემები პერსონალის გამოკვლევის B , C ჰეპატიტების და აივ ინფექციის შესახებ;
- ზემოაღნიშნულ ინფექციებზე გამოკვლევის შესაძლებლობა დაწესებულებაში ან ხელშეკრულება ამ მომსახურეობაზე;
- თვითდაზიანების ინციდენტის აღრიცხვის ფორმა;
- ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენების პროტოკოლი;
- სამედიცინო ნარჩენების მართვის პროტოკოლი;

- მახვილ საგნებთან მოპყრობის პროტოკოლი;
- შპრიცი და ნემსი გამოიყენეთ მხოლოდ ერთხელ და გამოყენების შემდეგ არ დაშალოთ;
- გადაგდების წინ არ შეეცადოთ ნემსის მოღუნვას;
- არ დაახუროთ სახურავი;
- ნარჩენების შეგროვებასა და გატანაზე პასუხისმგებელი პირი უზრუნველყოფილია სპეც. ტანსაცმლით, ხელთათმანებით, ნიღბით, ურიკით.

## 9. B, C ჰეპატიტების და აივ ინფექციის პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკის (პეპ) პრინციპები

ექსპოზიციის შემდეგ ინფექციის ტრანსმისიის რისკის სტატისტიკური მონაცემები:

აგენტი	ექსპოზიცია	ინფექციის რისკი
HIV	კანშიდა	0.3%
HIV	ლორწოვანი ან დაზიანებული კანი	0.03-0.09%
HBV	კანშიდა	10-30%
HCV	კანშიდა	3-10%

### განსაზღვრებები

1.1. ექსპოზიცია/დაზიანება მოიცავს ინფიცირების რისკის მქონე შემდეგი სახის კონტაქტებს:

- 1.1.1. კანის დაზიანება (ნემსის ჩხვლეტა ან ბასრი იარაღით მიყენებული ჭრილობა);
- 1.1.2. ბიოლოგიური სითხეების მოხვედრა ლორწოვან გარსებზე ან დაზიანებულ კანზე;
- 1.1.3. დაუზიანებელ კანთან პოტენციურად ინფიცირებული სისხლის/სხვა ბიოლოგიურ სითხეების ან სისხლით/სხვა ბიოლოგიური სითხეებით

დასვრილი ქსოვილების ხანგრძლივი (რამდენიმე წუთი ან მეტი) ან დიდ ფართობზე კონტაქტი.

### 1.2. პოტენციურად ინფიცირებული სიტხეებია:

- სისხლი;
- თავ-ზურგტვინის სიტხე;
- სპერმა;
- ვაგინალური სეკრეტი;
- ნებისმიერი სიტხე სისხლის ხილული მინარევებით;
- სინოვიალური სიტხე;
- ცერებროსპინალური სიტხე;
- პლევრალური სიტხე;
- პერიტონეალური სიტხე;
- პერიკარდიალური სიტხე;
- ამნიონური სიტხე.

### 1.3. მაგრამ არა მითითებული ბიოლოგიური სიტხეები, თუ ისინი არ შეიცავენ სისხლს:

- განავლოვანი მასები;
- ცხვირიდან გამონადენი;
- ნახველი;
- ოფლი;
- ცრემლი;
- პირნალები მასები;
- ნერწყვი (სტომატოლოგიური მანიპულაციების გარდა, როდესაც ნერწყვს ხშირად ერევა სისხლი).

### ზოგადი დებულებები

1.4. ექსპოზიციის წყარო და ექსპოზირებული პირი გამოკვლეული უნდა იყოს აივ ინფექციაზე, B/C ჰეპატიტებზე, მათგან ინფორმირებული თანხმობის მიღების შემდეგ;

1.5. უნდა ჩატარდეს სპეციალისტის კონსულტაცია და საჭიროების შემთხვევაში სამედიცინო დახმარება.

1.6. აუცილებელია კონფიდენციალობის დაცვა.

- 1.7.** აივ ინფექცია/შიდსთან ბრძოლისა და პროფილაქტიკის რეგიონული ცენტრები სამედიცინო დაწესებულებებს უწევენ კონსულტაციურ და ქმედით დახმარებს პეპს-ის საკითხებთან და ანტირეტროვირუსული პრეპარატებთან დაკავშირებით;
- 1.8.** პეპს-ისათვის აუცილებელია საჭიროების შემთხვევაში კოორდინირებული კავშირი შესაბამისი პროფილის დაწესებულებებთან ტესტირების, ვაქცინაციის და ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ჩატარებლად.
- 1.9.** კომპეტენტური პირის (ეპიდემიოლოგი, ინფექციის კონტროლის სპეციალისტი) მხრიდან დაზარალებულ პერსონალს უნდა განემარტოს ქცევის წესები, რათა შემდგომში თავიდან იქნას აცილებული ექსპოზიცია სამუშაო ადგილზე, ერთად უნდა გააანალიზონ კონტაქტამდე მომხდარის თანმიმდევრობა, საუბარი უნდა მიმდინარეობდეს დელიკატურად, არავითარ შემთხვევაში არ უნდა მოხდეს დაზარალებულის განკითხვა.
- 1.10.** საჭიროა მომზადდეს პოტენციურად ინფიცირებულ მასალასთან კონტაქტის ანგარიში.

## 2. პერსონალის პასუხისმგებლობა:

### 2.1. შემდეგი სახის უსაფრთხოების ზომების დაცვა:

- 2.1.1. სისხლსა და სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან მოპყრობისას სიფრთხილის გამოჩენა, დაღვრის და გაშხეფების მინიმუმამდე დაყვანა;
- 2.1.2. საქმიანობისას ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების გამოყენება, ხელების დაბანა ხელთათმანების ან სხვა ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების მოხსნისთანავე (ან პირველივე შემთხვევაში);
- 2.1.3. კანზე სისხლის ან სხვა პოტენციურად ინფიცირებული ბიოლოგიური სითხეების ან სხვა მასალის მოხვედრისას დაუყოვნებლივ უნდა მოხდეს ხელების და დასვრილი უბნების დაბანა წყლითა და საპნით, ხოლო ლორწოვან გარსებზე მოხვედრისას – მაშინვე წყლით ჩამოიბანა;
- 2.1.4. ხელების დაბანა უნდა ხდებოდეს გამდინარე წყლით. გამდინარე წყლის არ არსებობისას, გამოყენებული უნდა იყოს ხელების დასაბანი ანტისეპტიკური ხსნარი;
- 2.1.5. არ უნდა მოხდეს გამოყენებული ნემსების უყურადღებოდ დატოვება და მათზე თავსახურების დახურვა უკიდურესი აუცილებლობის გარდა. ასეთ შემთხვევაში გამოყენებული უნდა იყოს იარაღები, რომლებიც გამორიცხავენ ნემსთან პირდაპირ კონტაქტს ან თავსახურის დახურვა მოხდეს ერთი ხელით.

- 2.1.6. მჭრელი და მჩხვლეტავი მრავალჯერადი ხმარების დაბინძურებული იარაღები მაშინვე (ან პირველივე შემთხვევაში) უნდა მოთავსდეს მყარ, წყალგაუმტარ (ძირი და კედლები), მარკირებულ ან განსაკუთრებული ფერით მონიშნულ სპეციალურ კონტეინერებში შემდგომი დამუშავებისათვის;
- 2.1.7. მჭრელი და მჩხვლეტავი ერთჯერადი ინსტრუმენტებისთვის გამოყენებული კონტეინერები განთავსდეს ადვილად მისადგომ ადგილებში, უნდა გამოიკვალოს დროულად, რათა არ მოხდეს მათი გადავსება;
- 2.1.8. მჭრელი და მჩხვლეტავი იარაღებისთვის გამოყენებული კონტეინერების გადაადგილება უნდა მოხდეს მხოლოდ დახურულ მდგომარეობაში. გაჭონვის საშიშროებისას კონტეინერი უნდა მოთავსდეს სხვა კონტეინერში.
- 2.1.9. ბიოლოგიური სითხეების ნიმუშები მოთავსდეს შესაბამისი მარკირების მქონე ჰერმეტიკულ კონტეინერებში. თუ ნიმუშებიანი კონტეინერი დაბინძურებულია ან დაზიანებული, იგი უნდა მოთავსდეს მეორე კონტეინერში.
- 2.1.10. ბიოლოგიური სითხეებით დასვრილ თეთრეულთან შეხება უნდა იყოს მინიმალური, თეთრეული უნდა მოთავსდეს მარკირებულ ტომრებში ან კონტეინერებში; ტენიანი თეთრეულის გადაზიდვა უნდა მოხდეს წყალგაუმტარი ტომრებით ან კონტეინერებით;

#### აკრძალულია:

- 2.1.11. საკვების მიღება, თამბაქოს მოწვევა, მაკიაჟის გაკეთება, კონტაქტური ლინზების მოხსნა ან გაკეთება სამუშაო ადგილებში, სადაც შესაძლებელია სისხლთან ან სხვა ბიოლოგიურ სითხეებთან კონტაქტი;
- 2.1.12. საკვების ან სასმელის შენახვა მაცივრებში ან სხვა ადგილებში, სადაც ინახება სისხლის ან სხვა ბიოლოგიური სითხეების და ქსოვილების ნიმუშები;
- 2.1.13. სისხლის და სხვა ბიოლოგიური სითხეების პირით პიპეტირება;
- 2.1.14. ხელით აღება მინის ნამსხვრევებისა, რომლებიც შესაძლოა დასვრილი იყოს ბიოლოგიური სითხეებით.
- 2.1.15. გამოყენებული მრავალჯერადი მჩხვლეტავი და მჭრელი იარაღებისთვის განკუთვნილი კონტეინერიდან რაიმე საგნის ხელით ამოღება, კონტეინერების ხელით გახსნა, დაცლა ან გარეცხვა.

- 2.2. ექსპოზიციისას პაციენტის მკურნალობაზე პასუხისმგებელი ექიმის ინფორმირება, რათა საჭიროებისას მოხდეს ექსპოზიციის წყაროს სისხლის დროული გამოკვლევა/ტესტირება;
- 2.3. ეპიდემიოლოგის ინფორმირება, რომელიც იწყებს დადგენილი წესით მოქმედებას.

### 3. ინციდენტში ჩართული ექიმის პასუხისმგებლობა

- 3.1. ორგანიზება გაუწიოს ექსპოზიციის წყაროს სისხლის ნიმუშების გაგზავნას ვირუსოლოგიურ ტესტირებაზე;
- 3.2. გაუწიოს კონსულტაცია დაზიანებულ პირს;
- 3.3. საჭიროების შემთხვევაში გააგზავნოს დაზიანებული პირი კვალიფიციური დახმარების აღმოსაჩენად;
- 3.4. აიღოს დაზიანებული პირის სისხლის ნიმუშები ვირუსოლოგიურ ტესტირებაზე გასაგზავნად;
- 3.5. უზრუნველყოს სათანადო ინფორმაციის მიწოდება პოსტექსპოზიურად მისაღები წამლის და მისი გვერდითი ეფექტის შესახებ;
- 3.6. აცნობოს დაზიანებულ პირს ექსპოზიციის წყაროს ვირუსოლოგიური ტესტირების შედეგები მიღებისთანავე;
- 3.7. მიაწოდოს ექსპოზირებულ პირს ინფორმაცია განმეორებითი ანალიზების აღების თარიღების შესახებ ზემოქმედების უცნობი წყაროს შემთხვევაში;
- 3.8. უზრუნველყოს ექსპოზიციასთან დაკავშირებული ინფორმაციის შეტანა სპეციალური ფორმაში ;
- 3.9. საჭიროების შემთხვევაში ორგანიზება გაუწიოს ფსიქოლოგიურ დახმარებას.

### 4. ეპიდემიოლოგის/ინფექციის კონტროლის სპეციალისტის პასუხისმგებლობა

- 4.1. ჩაატაროს ინციდენტის გამოძიება;
- 4.2. მკურნალ ექიმთან ერთად შეავსოს სპეციალური ფორმა;
- 4.3. ზედამხედველობა გაუწიოს შესასრულებელი მოქმედებების თანმიმდევრობას;
- 4.4. მოამზადოს კონფიდენციალური ანგარიში ინციდენტების შესახებ, რომელიც მოიცავს: ინფორმაციას ექსპოზიციის წყაროს და ექსპოზირებული პირების შესახებ, სტატისტიკურ მონაცემებს, მიზეზ-შედეგობრივ მონაცემებს თითოეულ შემთხვევაში.



4.4.1. განიხილოს ზემოჩამოთვლილი საკითხები ინფექციური კომიტეტის სხდომაზე.

5. საჭირო საკონტაქტო ინფორმაცია უნდა იყოს ხელმისაწვდომი

- დაწესებულების დირექტორი;
- კლინიკური დირექტორი;
- ინფექციის კონტროლის სამსახურის ხელმძღვანელი;
- ეპიდემიოლოგი, ინფექციის კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი;
- დაავადებათა კონტროლის და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი;
- შიდსისა და კლინიკური იმუნოლოგიის ცენტრი;
- ინფექციური პათოლოგიების კლინიკა;
- იმუნიზაციის ცენტრი.

6. მახვილი საგნებით დაზიანებისას ჰეპატიტებთან დაკავშირებით ჩასატარებელი კვლევები

- B ჰეპატიტის ანტიგენი (HBsAg)
- B ჰეპატიტის ანტისხეული (HBsAb)
- C ჰეპატიტის ანტისხეული (H C Ab)
- PCR პოლიმერაზულ ჯაჭვური რეაქცია

დადებითი ექსპოზიციის წყაროს შემთხვევისას კვლევების განაწილება დროში მოცემულია ცხრილში

ტესტი	წყარო	ექსპოზირებული პირი				
		საბაზისო	საბაზისო	2 კვირა	6 კვირა	3 თვე
HIV	x	x		x	x	X
HBV	x (s Ag)	x (sA b)				X (sA b)
HCV	x (Ab)	x (Ab)		x (PCR)		X (Ab)

## პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა B ჰეპატიტის განვითარების რისკის დროს

### მართვის ზოგადი ეტაპები:

- დაუყოვნებლივ ჩამოიბანეთ ჭრილობა, გამოირეცხეთ დაზიანებული ლორწოვანი გასრსი (ვაუსტიკური საშუალებების გამოყენება ან ჭრილობის მოჭყლეტვა არ არის რეკომენდირებული, მონაცემები ანტისეპტიკის ეფექტურობის შესახებ მწირია);
- შეაფასეთ რისკი შემდეგით: ა) დაახასიათეთ ექსპოზიცია; ბ) დაადგინეთ/შეაფასეთ ექსპოზიციის წყარო სამედიცინო ისტორიის, ქცევის რისკის, B/C ჰეპატიტებზე და აივ-ზე ტესტირების მიხედვით; გ) ჩაუტარეთ ტესტირება ექსპოზირებულ პირს B/C ჰეპატიტებზე და აივ-ზე.

ექსპოზირებული პიროვნების ვაქცინაციის სტატუსი	ექსპოზიციის წყარო		
	HBsAg+	HBsAg-	სტატუსი უცნობია ან ტესტირება შეუძლებელია
არავაქცინირებულა	HBIG* (0.06mL / kgIM) x1 + ვაქცინაცია	დაიწყეთ HB ვაქცინაცია	დაიწყეთ HB ვაქცინაცია
ვაქცინირებულია (ანტისხეულების სტატუსი უცნობია)	ჩატარდეს ექსპოზირებული პირის ანტი HBs კვლევა: თუ ტიტრი $\geq 10$ სართ. ერთ/მლ - ღონისძიებები საჭირო არაა; თუ ტიტრი $< 10$ სართ ერთ/მლ - მიეცეს HBIG+1 დოზა HB ვაქცინა**	ღონისძიებები საჭირო არ არის	ჩატარდეს ექსპოზირებული პირის ანტი HBs კვლევა: თუ ტიტრი $\geq 10$ სართ. ერთ/მ - ღონისძიებები საჭირო არაა; თუ ტიტრი $< 10$ სართ ერთ/მ - მიეცეს HBIG+1 დოზა HB ვაქცინა**
ვაქცინირებულია - ანტისხეულების ტიტრი მაღალია	არ ტარდება	არ ტარდება	არ ტარდება
ვაქცინაციაზე	HBIG (0.06mL /	არ ტარდება	თუ ცნობილია, მაღალი

არასაკმარისი პასუხია	kg/IM) x1 და რევაქცინაცია, ან HBIG (0.06ML / კგ IM) x2 (ინციდენტის დროს დაექსპოზიციის 1 თვის შემდეგ)		რისკის, მკურნალობა, როგორც HBsAg (+)
----------------------	--	--	--------------------------------------

- პირები რომლებსაც გადატანილი აქვთ HBV და გააჩნიათ იმუნიტეტი, არ საჭიროებენ პოსტექსპოზიციურ პროფილაქტიკას.
- ვაქცინაციის დაწყება საჭიროა პირველი 24 საათში, არაუგვიანეს 7 დღისა.
- თუ წყარო მაღალი სარისკო ქცევისაა, განიხილება როგორც HBs+
- როდესაც ცნობილია რომ პიროვნება ვაქცინაციაზე მოპასუხება (ტიტრი  $\geq 10$  სართ. ერთ/მლ) ანტისხეულების ტიტრის მონიტორინგი ან ვაქცინის ბუსტერ-დოზა საჭირო არაა. თუ ვაქცინაციაზე არამოპასუხება (ტიტრი  $\leq 10$  სართ. ერთ/მლ), HBsAg+ ან საექვო მაღალი რისკის წყაროსთან ექსპოზიციის შემთხვევაში მოწოდებულია HBIG-ის მიცემა და ვაქცინაციის ჩატარება ან HBIG-ის 2 დოზის მიცემა 1 თვის შუალედით. HB ვაქცინაციის მეორე კურსზე არამოპასუხე პირებში, ხელახალ ვაქცინაციასთან შედარებით უპირატესობა ენიჭება ორი HBIG დოზის მიცემას 1 თვის შუალედით.

\* **HBIG = B ჰეპატიტის იმუნოგლობულინი**

\*\*ვაქცინაციის შემდეგ შეამოწმეთ პასუხი ან თვალი ადევნეთ ვაქცინაციის სერიის დასრულებას.

- **ჰეპატიტი B**
  1. IgM დადებითია ჰეპატიტ B-ს ბირთვულ ანტიგენზე (ანტი-HBc) ან
  2. ჰეპატიტ B-ს ზედაპირული ანტიგენი (HBsAg) დადებითია (თუ პირველი ტესტის ჩატარება შეუძლებელია) B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენის მიმართ გამომუშავებული ანტისხეულები (ანტი-HBs) ვლინდება გამოჯანმრთელებულ ავადმყოფებში ან იმუნიტეტის ჩამოყალიბებისას ვაქცინაციის შემდეგ. ანტი-HBc არ ვლინდება ვაქცინაციის შემდეგ
- **დამადასტურებელი ტესტი:** სეროლოგიური კვლევა: 1) B ჰეპატიტის ბირთვის ანტიგენების (ანტიHBc) მიმართ გამომუშავებული IgM ანტისხეულების ან 2) B ჰეპატიტის ზედაპირული ანტიგენის გამოვლენა თუ პირველი კვლევის ჩატარება შეუძლებელია

### პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა C ჰეპატიტის გადადების რისკისას

ექსპოზირებული პირი	ექსპოზიციის წყარო	
	antiHCV (-)	antiHCV (+)/სტატუსი უცნობია/ტესტირება შეუძლებელია
antiHCV (-)		საჭიროა დამატებითი HCV ტესტირება HCV რნმ-ზე (სისხლში განსაზღვრადია 1-3 კვირაში) და HCV ანტისხეულებზე (3 თვეში სეროკონვერცია ხდება 90%-ში)

- რეკომენდირებული პროფილაქტიკა არ არსებობს;
- ქრონიზაციის რისკის შესამცირებლად და ადრეული ინფექციის გამოსავლენად საჭიროა ანტისხეულების -HCV და ALT განსაზღვრა 4-6 თვეზე და/ან პჯრ HCV RNA 4-6 კვირაზე ადრეული გამოვლენისათვის;
- თუ ექსპოზიციიდან 8-12 კვირის შემდეგ, ადგილი აქვს ვირემიას, მაშინ უნდა ჩატარდეს სპეციფიური მკურნალობა.
- ჰეპატიტი C  
ანტისხეული დადებითია ჰეპატიტი C-ს ანტიგენზე (ანტი-HCV). IgM ანტისხეულები დადებითი C ჰეპატიტის ანტიგენზე (ანტი-HCV)

### პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა აივ-ინფექციის გადადების რისკისას

აივ ინფექციის პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკა (პეპ) წარმოადგენს ანტირეტროვირუსული პრეპარატების მოკლე კურსს, რომლის მიზანია ექსპოზიციის შემდგომი ინფექციის განვითარების რისკის შემცირება.

#### პეპ- ის ჩვენება

- პროფესიული კონტაქტი აივ ინფიცირებულ მასალასთან.
- სხვა კონტაქტები, დაკავშირებული აივ ინფიცირების რისკთან:

- ერთჯერადი კონტაქტი პოტენციურად ინფიცირებულ მასალასთან, რომელიც მოხდა არაუმეტეს 72 საათის წინ.

**პეპს- ჩატარების წესი:**

ექსპოზირებული პიროვნების სტატუსი	ექსპოზიციის წყარო		
	-	+	სტატუსი უცნობია ან ტესტირება შეუძლებელია
-	არ საჭიროებს პეპს ( თუ არაა ეჭვი რომ ადგილი აქვს მწვავე აივ-ინფექციას)	ექსპოზირებულ პირს დაუყოვნებლივ უტარდება ანტირეტროვირუსული პროფილაქტიკის ოთხკვირიანი კურსი, რომლის მიმდინარეობისას აკვირდებიან შესაძლო გვერდით ეფექტებს. კონტაქტიდან 1, 3 და 6 თვის შემდეგ მას განმეორებით უტარდება ტესტირება. თუ ამ პერიოდში ექსპოზირებულ პირს განუვითარდა სეროკონვერსია, მას აღმოუჩინენ აუცილებელ დახმარებას, მათ შორისაა კონსულტაცია, გაგზავნა აივ ინფექცია/შიდსის სპეციალისტთან და აივ ინფექციის მკურნალობა. თუ კონტაქტიდან ნახევარი წლის განმავლობაში სეროკონვერსია არ მოხდა, ექსპოზირებულ პირს აცნობებენ, რომ ჯანმრთელია.	ტარდება იგივე ღონისძიებები, რაც სეროპოზიტიური წყაროს შემთხვევაში
+	ექსპოზირებულ პირი არ საჭიროებს პეპს. იგზავნება შესაბამის სპეციალისტთან შემდგომი კონსულტირებისა და აუცილებელი დახმარების მისაღებად აივ ინფექციასთან დაკავშირებით.		

- საჭიროა განისაზღვროს ექსპოზირებულ პირის იმუნური სტატუსი B ვირუსულ ჰეპატიტთან დაკავშირებით; თუ იგი არ არის იმუნიზირებული, მაშინ, ჩაუტარდეს B ვირუსული ჰეპატიტის პასიური და აქტიური იმუნოპროფილაქტიკა.

### პეპ-ს განხორციელება: არვ პროფილაქტიკის ზოგადი რეკომენდაციები

1. ანტირეტროვირუსული პრეპარატებით პეპ აუცილებელად უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება მალე, უმჯობესია კონტაქტის შემდეგ პირველი 2 საათის განმავლობაში, მაგრამ არაუგვიანეს 72 საათისა;
2. ექიმმა, რომელიც ნიშნავს პეპ-ს უნდა უზრუნველყოს პაციენტი არვ პრეპარატების კომპლექტით, რომელიც გათვალისწინებულია ქიმიოპროფილაქტიკის მთელი კურსისთვის;
3. პოსტექსპოზიციური არვ პროფილაქტიკისთვის უმჯობესია დაინიშნოს მაღალ-აქტიური ანტირეტროვირუსული თერაპიის ერთ-ერთი სქემა. სქემის არჩევისას აუცილებელია გათვალისწინებული იყოს, თუ რომელ არვ პრეპარატებს ღებულობდა პაციენტი – ექსპოზიციის წყარო, აგრეთვე არვ პრეპარატების შესაძლო ჯვარედინი რეზისტენტობა;
4. პრეპარატების არჩევა ასევე დამოკიდებულია სამედიცინო დაწესებულებაში მათ არსებობაზე;
5. თუ არის ჩვენება პეპ-სთვის, აუცილებელია კონსულტაციის ორგანიზება აივ ინფექციის სპეციალისტთან, რომელსაც აქვს პეპ-ს ჩატარების გამოცდილება.

### მკურნალობის ტაქტიკა

1. დაიწყოს არვ პროფილაქტიკა კონტაქტიდან პირველივე საათებში (აუცილებელია პირველ 72 საათში);
2. დაინიშნოს 3 პრეპარატის კომბინირებული თერაპიის 4 კვირიანი კურსი:

- ჩატარდეს ლაბორატორიული გამოკვლევა არც პრეპარატების უკუჩვენებების გამოვლენის მიზნით და საწყისი მაჩვენებლების განსაზღვრა მკურნალობის გვერდითი ეფექტების შესაფასებლად;
- ტესტი ორსულობის განსაზღვრისათვის;
- სისხლის საერთო ანალიზი ლეიკოციტარული ფორმულის და თრომბოციტების დათვლით;
- ღვიძლის ფუნქციის ბიოქიმიური მაჩვენებლები (ALT, AST, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქცია და ბილირუბინის რაოდენობა).

### იწყება 24 საათში და გრძელდება სრული 28 დღის განმავლობაში!

#### ანტირეტროვირუსული თერაპიის რეჟიმი მოიცავს :

ორი ნუკლეოზიდის ანალოგი რევერს ტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი (ნრტი) პლუს ერთერთი:

- ✓ არა ნუკლეოზიდური რევერს ტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი (ანრტი), ან
- ✓ პროტეაზას ინჰიბიტორი (პი), ან
- ✓ სტანდარტულ-ტრანსფერ ინტეგრეზას ინჰიბიტორი (სტი)

#### რეკომენდებული პირველი რიგის ართ

ართ რეჟიმი	მედიკამენტების კომბინაცია
2 NRTI-ს + 1 NNRTI	ZDV + 3TC + (EFVa ან NVP)
	ან
	TDF + FTC + (EFVa ან NVP)
	ან
	ABC + 3TC + (EFVa ან NVP)

ექსპოზიციის ტიპი	წყაროს სტატუსი		
	აივ +	უცნობი	აივ -
კანშიგა ზემოქმედება სისხლის ან პოტენციურად ინფიცირებული სითხეებით *	სამმაგი თერაპია **		არ ტარდება
კანსა და ლორწოვანზე შეშხეფება ან დაზიანებულ კანთან სისხლით ან პოტენციურად ინფიცირებული სითხეებით კონტაქტისას *	ორმაგი თერაპია		არ ტარდება
ნებისმიერი ექსპოზიცია არაინფექციური სითხეებით	არ ტარდება		არ ტარდება

\* სისხლის ან ბიოლოგიური სითხის სხეულის ღრუს ანუ პლევრის, პერიკარდიუმის, სინოვიალური, ასციტური ან ზურგის ტვინის სითხე, ჭრილობიდან გამონადენი, ამნიონური სითხე, მკერდის რძე.

\*\* თუ ვერ შეეგუება სამმაგ თერაპიას, ორმაგი თერაპიით გაგრძელება 28 დღის განმავლობაში

## 10. მოსალოდნელი შედეგი

პროტოკოლის დანერგვა ხელს შეუწყობს სამედიცინო დაწესებულებაში B, C ჰეპატიტების და აივ ინფექციის ტრანსმისიის საფრთხისას პოსტექსპოზიციური პროფილაქტიკის სწორად წარმართვას და ინფექციის განვითარების რისკის შემცირებას.

## 11. აუდიტის კრიტერიუმები

- დასაქმებული სამედიცინო პერსონალის რამდენ პროცენტს ჩაუტარდა სწავლება ამ პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვასთან დაკავშირებით?
- დასაქმებული პერსონალის რა პროცენტი იყო ვაქცინირებული ჰეპატიტზე ამ პროტოკოლის დანერგვამდე?
- დასაქმებული პერსონალის რა პროცენტი ვაქცინირებული ჰეპატიტზე ამ პროტოკოლის დანერგვის შემდეგ?
- გამოკვლეულია თუ არა პერსონალი ქრონიკული ინფექციის მტარებლობაზე?
- რამდენ პროცენტს აღენიშნება ქრონიკული ინფექცია (B,C და აივი) ?
- რამდენი ინციდენტი მოხდა კლინიკაში გასული ერთი წლის განმავლობაში?
- რამდენ ექსპონირებულ თანამშრომელს განუვითარდა ინფექცია (%)?



### 12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება უნდა მოხდეს 2 წელიწადში.

### 13. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

იმ შემთხვევაში, თუ საავადმყოფოს მენეჯმენტი არ უზრუნველყოფს დაზიანებული პერსონალის უფასო გამოკვლევას და შემდგომ მკურნალობას, პროტოკოლის დანერგვას არ ახლავს რაიმე სახის ფინანსური დანახარჯები.

#### ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>		
ეპიდემიოლოგი ან ინფექციების კონტროლზე პასუხისმგებელი პირი	გატარებული ღონისძიებებით ექსპოზიციის რისკის შემცირება და პოსტექსპოზიციური პერიოდის მართვა	სავალდებულოა (დაწესებულების სიდიდის მიხედვით)
ექიმი (ინციდენტში ჩართული მკურნალი ან/და ინფექციონისტი)	ექსპოზიციის შემთხვევაში რისკის შეფასება და მენეჯმენტის სქემის წარმართვა	სასურველია
ინფექციის კონტროლის სამსახურის ხელმძღვანელი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა: დანერგვაზე მეთვალყურეობა, აუდტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	სავალდებულოა
<b>მატერიალურ-ტექნიკური</b>		
ლაბორატორია B და C ჰეპატიტებზე და აივ ინფექციაზე ანალიზის ჩასატარებლად	ინფექციის მტარებლობის დასადგენად, ასევე ექსპონირებული პიროვნების ვაქცინაციის პასუხის დასადგენად, შემდგომი ღონისძიებების გასატარებლად.	სასურველია ან სავალდებულოა გამოკრულ იქნას მისამართი, სადაც შესაძლებელია

		გამოკვლევის ჩატარება
ექსპოზიციის შემთხვევაში გამოსაყენებელი მენეჯმენტის სქემა	ექსპონირებული პიროვნების ინფორმირებისათვის	სავალდებულო

#### 14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

აღნიშნული პროტოკოლი უნდა დაინერგოს უცვლელად, არ უნდა მოხდეს მისი გამარტივება სამედიცინო დაწესებულების დონეზე, იქ არსებული რესურსისა და ტექნოლოგიების შესაბამისად.

#### დანართი 1

##### Anti-HCV კვლევა და ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის რეკომენდაციები

C ჰეპატიტის ვირუსის საწინააღმდეგო ანტისხეულების განსაზღვრის მეთოდები ორ ჯგუფად იყოფა: პირველადი ანუ სკრინინგული და დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული.

- ✓ სკრინინგულ მეთოდი
- ✓ სწრაფი/მარტივი და იმუნოფერმენტული ანალიზი (იფა).

ფართოდ გამოიყენება მე-3 და მე-4 თაობის იმუნოფერმენტული ტესტები, რომლებიც ხასიათდება მაღალი მგრძობელობით და სპეციფიკურობით. მე-3 თაობის იმუნოფერმენტულ ტესტ-სისტემებში სპეციფიკური ანტისხეულების დეტექციისთვის გამოიყენება C ჰეპატიტის ვირუსის ოთხი სხვადასხვა ანტიგენის კომბინაცია. მე-4 თაობის ტესტ-სისტემებს მესამე თაობის ტესტ-სისტემებთან შედარებით უპირატესობა გააჩნიათ, კერძოდ: მათში გამოყენებულია C ჰეპატიტის ვირუსის სხვადასხვა გენოტიპებიდან (1A, 1B, 2 და 3) მიღებული ანტიგენების უფრო ფართო სპექტრი, რაც კიდევ უფრო ზრდის ტესტ-სისტემის მგრძობელობას.

იგა მეთოდით დიაგნოსტიკის დროს გათვალისწინებული უნდა იყოს შემდეგი: HCV-ს მიმართ ანტისხეულები გამოჩნდებიან ნელა. რასაც შეიძლება დაჭირდეს 8-10 კვირა და ზოგიერთ შემთხვევაში 8-12 თვეც კი (ე.წ. `სერონეგატიური ფანჯარა` პერიოდი).

იგა მეთოდით დადებითი შედეგის მიღების შემთხვევაში კვლევა გრძელდება დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული მეთოდით

- დამადასტურებელი ანუ კონფირმაციული მეთოდი
- ✓ ე.წ. იმუნობლოტინგის (RIBA-Recombinant Immunio Blot Assay) მეთოდი იგა-სგან განსხვავებით, საშუალებას იძლევა განისაზღვროს ინდივიდუალური ანტისხეულები ვირუსის ცალკეული ანტიგენის – core, NS2, NS3, NS4, NS5-ის მიმართ. ბოლო თაობის RIBA მეთოდში გამოიყენება სინთეზური ანტიგენები როგორცაა: C100, C22, C33C NS5.

როგორც აღვნიშნეთ, ზემოთ ჩამოთვლილი ტესტები მოწოდებულია არა უშუალოდ C ჰეპატიტის ვირუსის, არამედ ვირუსის მიმართ გამომუშავებული ანტისხეულების აღმოსაჩენად.

ამ ტესტებით მიღებული დადებითი შედეგი შეიძლება ნიშნავდეს:

1. ავადმყოფს აქვს C ჰეპატიტი;
2. ავადმყოფს ჰქონდა C ჰეპატიტი და გამოჯანმრთელდა;
3. გამოსაკვლევი პირი არის ბავშვი (18 თვემდე), რომელმაც დაავადებული დედისგან ტრანსპლაცენტურად ან მშობიარობის დროს მიიღო ანტისხეულები.

## დანართი#2

### HCV ინფექციის ლაბორატორიული დიაგნოსტიკის ალგორითმი

HCV ინფექციაზე საექვო ყველა ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს anti-HCV ანტისხეულებზე გამოკვლევა იგა მეთოდით

- anti-HCV (+) პოზიტიური შედეგის შემთხვევაში, დაბალი რისკის მქონე ავადმყოფებში, უნდა ჩატარდეს anti-HCV ანტისხეულებზე გამოკვლევა RIBA (რეკომბინანტული იმუნობლოტინგი ) მეთოდით

- anti-HCV (+) პოზიტიური შედეგის შემთხვევაში, საშუალო და მაღალი რისკის მქონე ავადმყოფებში anti-HCV ანტისხეულებზე გამოკვლევა RIBA (რეკომბინანტული იმუნობლოტინგი) მეთოდით აუცილებელი არ არის
- იფა მეთოდით anti-HCV (+) პოზიტიური და RIBA (რეკომბინანტული იმუნობლოტინგი) მეთოდით anti-HCV (-) ნეგატიური შედეგი მიანიშნებს, რომ იმუნოფერმენტული ანალიზით მიღებული იყო ცრუ დადებითი შედეგი, HCV ინფექცია არ არის და შემდგომი გამოკვლევა საჭირო არ არის
- ყველა anti-HCV (+) პოზიტიურ პირს უნდა ჩაუტარდეთ სისხლში HCV რნმ-ის (თვისობრივი) განსაზღვრა
- HCV რნმ (+) პოზიტიური შედეგი აქტიური HCV ინფექციის მანიშნებელია.
- anti-HCV (-) ნეგატიურ პირებს, ღვიძლის საეჭვო დაავადებით (მაგ. სიყვითლე, ALT-ს მომატებული აქტივობა და სხვ.) უნდა ჩაუტარდეთ HCV რნმ-ის (თვისობრივი) განსაზღვრა. HCV რნმ (+) პოზიტიური შედეგი მწვავე C ჰეპატიტის მანიშნებელია (რა თქმა უნდა თუ HAV, HBV და სხვა ჰეპატიტების მარკერები უარყოფითია). დასაწყისში anti-HCV (-) ნეგატიური შედეგი და დახლოებით 1-3 თვის ინტერვალის შემდეგ anti-HCV (+) პოზიტიური შედეგი ახალ სეროკონვერსიაზე მიანიშნებს
- anti-HCV (-) ნეგატიურ იმუნოკომპრომეტირებულ პირებს, ღვიძლის საეჭვო დაავადებით, უნდა ჩაუტარდეთ სისხლში HCV რნმ-ის განსაზღვრა, რადგან anti-HCV -ს არ არსებობის მიზეზი ასეთ პირებში შესაძლოა იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა იყოს
- anti-HCV (+) პოზიტიური და HCV რნმ (-) ნეგატიური შედეგი გამოჯანმრთელებულ, ლატენტურ ან ოკულტურ HCV ინფექციაზე მიანიშნებს
- ყველა HCV რნმ (+) პოზიტიურ პირს უნდა ჩაუტარდეს HCV გენოტიპის განსაზღვრა მკურნალობის ხანგრძლივობის გადაწყვეტილების მისაღებად და მკურნალობის ეფექტურობის პროგნოზირებისთვის

- ყველა HCV რნმ (+) პოზიტიურ პირს უნდა ჩაუტარდეს HCV რნმ-ის (რაოდენობრივი) განსაზღვრა შემდგომში მკურნალობის ეფექტურობის შესაფასებლად (მკურნალობის მონიტორინგისთვის)

### დანართი#3

### მენეჯმენტის სქემა სისხლითა და ბიოლოგიური სითხეებით ინფიცირების რისკისას

#### შემთხვევითი ექსპოზიცია

- კანის დაზიანება: ნემსის ჩხვლეტა ან ბასრი იარაღით მიყენებული ჭრილობა;
- ბიოლოგიური სითხეების მოხვედრა ლორწოვან გარსებზე ან დაზიანებულ კანზე;
- დაუზიანებელი კანის კონტაქტი სისხლის ან სხვა ბიოლოგიური სითხეებით დასვრილ ქსოვილებთან ან უშუალოდ სისხლსა და სხვა პოტენციურად ინფიცირებულ ბიოლოგიურ სითხეებთან.



#### დაუყოვნებელი ქმედებების თანმიმდევრობა

- კანის ჩხვლეტის შედეგად დაზიანების შემთხვევაში სისხლდენისათვის ხელის შეწყობა
- კანის საპნითა და წყლით ჩამობანა.
- ლორწოვან გარსებზე სისხლისა და ბიოლოგიური სითხეების მოხვედრისას ონკანის წყლით ჩამობანა 5-10 წუთის განმავლობაში.



#### დაზიანებული პიროვნების პასუხისმგებლობა

- პაციენტის მკურნალობაზე პასუხისმგებელი პიროვნების-ექიმის ინფორმირება სავარაუდო ინფიცირების წყაროს ( პაციენტის ) სისხლის იმუნოდეფიციტის, B/C ჰეპატიტების ვირუსებზე გამოკვლევა/ტესტირებისათვის
- ეპიდემიოლოგის ინფორმირება



**ექიმის/ეპიდემიოლოგის/ ინფ. კონტროლის სპეციალისტის მოვალეობა**

- პოსტექპოზიციური პროფილაქტიკის დასაწყებად კონტაქტების დამყარება
- სავარაუდო ინფიცირების წყაროს ( პაციენტის ) და დაზიანებული პიროვნების სისხლის გამოკვლევა იმუნოდეფიციტის, B/C ჰეპატიტების ვირუსებზე
- ინციდენტის ფორმის შევსება
- მიაწოდოს დაზიანებულ მუშაკს ინფორმაცია საჭიროებისამებრ ( ლაბორატორიული ტესტირების შედეგების მიხედვით ) დამატებითი ანალიზების აღების თარიღების შესახებ

**დანართი#4**

**თვითდაზიანების ინციდენტის აღრიცხვის ფორმა**

სამედიცინო დაწესებულება: \_\_\_\_\_  
 შევსებაზე პასუხისმგებელი პირი: \_\_\_\_\_

<b>1. დაზარალებული პირის სტატუსი</b>				
თანამშრომელი				
კონტრაქტორი				
სხვა				
<b>2. ინფორმაცია დაზარალებული პირის შესახებ</b>				
სახელი, გვარი		სქესი	მამარობითი	მდედრობითი
დაბადების თარიღი	ტელეფონის ნომერი			
მისამართი				
დაკავებული თანამდებობა				
სამუშაო გამოცდილება (წელი/თვე)				
სამუშაო განაკვეთი	სრული განაკვეთი	ნახევარი განაკვეთი	სხვა	
<b>3. ინციდენტის დეტალები</b>				
თარიღი		დრო		
ინციდენტის აღწერილობა (აღწერეთ რა მოხდა და როგორ)				
<b>4. მიღებული დაზიანების დეტალები</b>				

ინციდენტის შედეგათ მიღებული დაზიანება	
მიღებული დაზიანების მიზეზი (აღწერეთ დეტალურად)	
მიღებული დაზიანების ლოკალიზაცია სხეულზე	
<b>5. გაწეული მკურნალობა</b>	
<b>5.1. პირველადი დახმარება</b>	
გაეწია თუ არა დაზიანებულ პირს პირველადი დახმარება ადგილზე კი არა	
თუ კი ვის მიერ და რა სახის დახმარება გაეწია	
<b>5.2. დაზიანების მკურნალობა</b>	
მკურნალი ექიმი (სახელი, გვარი)	
დანიშნული მკურნალობა (მოკლედ აღწერეთ)	
შედეგი	
<b>6. რისკის შეფასება</b>	
ინციდენტის განმეორების ალბათობა	
ინციდენტის შედეგების სიმძიმის შეფასება	
<b>7. ინციდენტის განმეორების თავიდან აცილებისათვის გამიზნული ღონისძიებები</b>	
ქმედება (დეტალურად აღწერეთ გამიზნული ღონისძიება)	
შემსრულებელი/ები	
შესრულების თარიღი	ქმედების დაწყება
	ქმედების დასრულება

## 15. ალტერნატიული პროტოკოლი

ალტერნატიული პროტოკოლი არ არსებობს.

## 16. ავტორები

**ლია ჯანაშვილი** -სააქართველოს ეპიდემიოლოგთა და ინფექციის კონტროლის სპეციალისტთა ასოციაცია, ასოციაციის პრეზიდენტი,სამუშო ჯგუფის ხელმძღვანელი ;

**თინათინ გაბრიჭიძე** -სააქართველოს ეპიდემიოლოგთა და ინფექციის კონტროლის სპეციალისტთა ასოციაციის დამფუძნებელი,სამუშო ჯგუფის წევრი;

**ეკატერინე ფერაძე** -სააქართველოს ეპიდემიოლოგთა და ინფექციის კონტროლის სპეციალისტთა ასოციაციის დამფუძნებელი,სამუშო ჯგუფის წევრი;

**მაია მოისწრაფიშვილი**- მედიცინის დოქტორი,-სააქართველოს ეპიდემიოლოგთა და ინფექციის კონტროლის სპეციალისტთა ასოციაციის სამუშო ჯგუფის წევრი.

## 17. გამოყენებული ლიტერატურა:

1. THE UNIVERSITY OF CAPE TOWN. POST EXPOSURE PROPHYLAXIS POLICY & ADDENDUM. December 2012
2. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596374_eng.pdf)
3. <https://www.mercyhospital.org.nz/files/dmfile/BloodBodyFluidExposureandManagementPolicy.pdf>[http://aidscenter.ge/posteqspozic\\_geo.html](http://aidscenter.ge/posteqspozic_geo.html)
4. <http://ghi.wisc.edu/wp-content/uploads/2012/03/lood-bourne-path-exposure.pdf>
5. Blood-borne Pathogen Exposure and Post-Exposure Prophylaxis in Global Health Field Sites Developed by Dr. Brian Jack and colleagues at Boston University Adapted with permission by Dr. Cynthia Haq for the UW Global Health Institute Last Reviewed by Dr. Frank Graziano, April 2010
6. Pocket P.E.P. Clinical management of non-occupational and occupational exposure to blood borne pathogens St. Michael's Inspired Care. Inspiring Science.
7. Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Post exposure Prophylaxis. **2013** From SHEA
8. David T. Kuhar, MD;1 David K. Henderson, MD;2 Kimberly A. Struble, PharmD;3 Walid Heneine, PhD;4 Vasavi Thomas, RPh, MPH;4 Laura W. Cheever, MD, ScM;5 Ahmed Gomaa, MD, ScD, MSPH;6 Adelisa L. Panlilio, MD;1 for the US Public Health Service Working Group



9. გადამდებ დაავადებათა ეპიდზედამხედველობა და კონტროლი საქართველოში- სახელმძღვანელო სამედიცინო პერსონალისათვის, მეოთხე გამოცემა
10. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის
11. ბ რ ძ ა ნ ე ბ ა N 55/ო 22.02 .2005 წ „საქართველოში გადამდებ დაავადებათა შემთხვევების/აფეთქებების კვლევის, კოდირების, ვაქცინით მართვადი დაავადებების (დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი, წითელა, წითურა, ყბაყურა, ჰეპატიტი ბ) და ჰიდროფობიის შემთხვევათა ეპიდემიოლოგიური მართვისა და გავრცელების პროფილაქტიკის შესახებ”
12. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება N01-27/ნ 2012 წლის 23 მაისი ქ. თბილისი სამედიცინო სტატისტიკური ინფორმაციის წარმოების და მიწოდების წესის შესახებ
13. C ჰეპატიტის მართვა - კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაცია, დამტკიცებული 2011 წლის 20.06. ბრძანება #01-119/ო
14. ქრონიკული B ჰეპატიტის მართვა -პროტოკოლი 2015 წლის 25 ივნისის N01-188/ ო ბრძანებით
15. აივ ინფექცია შიდსი-გაიდლაინი- დამტკიცებული 2008 წლის 26.06. ბრძანება #176/ო
16. საქ. მთავრობის 2015 წლის 24 აპრილის N185 დადგენილება - სამედიცინო, საზოგადოებრივი ჯანმრთელობისა და საზოგადოებრივი მნიშვნელობის დაწესებულებებში დეზინფექციის და სტერილიზაციის ტექნიკური რეგლამენტის დამტკიცების შესახებ.
17. სენფორდის ანტიმიკრობული თერაპიის სახელმძღვანელო 45-ე გამოცემა 2015წ.