

BMJ Best Practice

მტევნის, ტერფისა და პირის დაავადება

უშუალოდ პაციენტის მოვლის ადგილას



ბოლო განახლება: Aug 11, 2023

სარჩევი

მიმოხილვა	3
შეჯამება	3
განსაზღვრება	3
თეორია	4
ეპიდემიოლოგია	4
ეტიოლოგია	4
პათოფიზიოლოგია	4
კლასიფიკაცია	4
შემთხვევის ანამნეზი	5
დიაგნოზი	6
მიდგომა	6
ანამნეზი და გასინჯვა	9
რისკფაქტორები	11
კვლევები	11
დიფერენციული დიაგნოზები	13
მართვა	15
მიდგომა	15
მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა	15
მკურნალობის ალგორითმი	16
პირველადი პრევენცია	18
მეორეული პრევენცია	19
განხილვები პაციენტთან	19
მეთვალყურეობა	20
გართულებები	21
პროგნოზი	22
გაიდლაინები	23
მკურნალობის გაიდლაინები	23
ონლაინ რესურსები	24
წყაროები	25
სურათები	28
განმარტება	30

შეჯამება

მტევნის, ტერფისა და პირის დაავადება ბავშვობის ძალზედ კონტაგიოზური ვირუსული ინფექციაა.

დიაგნოზი ძირითადად კლინიკურია, ეფუძნება ტიპურ ანამნეზსა და დამახასიათებელ კლინიკურ სურათს.

უმეტესად, ინფექცია გაივლის სპონტანურად, 10-14 დღის შემდეგ. მკურნალობა ძირითადად მხოლოდ დამხმარეა.

აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში, ენტეროვირუსი 71 (EV71) იწვევს დაავადების უფრო მძიმე ფორმას, სერიოზული გართულებებით; ეს იშვიათია აშშ-სა და ევროპაში.

განსაზღვრება

ბავშვობის გავრცელებული ვირუსული ინფექცია, რომელსაც ყველაზე ხშირად იწვევს კოქსსაკივირუსი.

ხასიათდება სუბფებრილური ცხელებით, მტკივნეული წყლულებით პირის ღრუში და ვეზიკულებით მტევნებსა და ტერფებზე. დაავადებას არაფერი აქვს საერთო ტერფისა და პირის დაავადებასთან, რომელიც აზიანებს ძროხებსა და სხვა წყვილჩლიქიან ცხოველებს.

ეპიდემიოლოგია

ინფექცია ძირითადად სპორადული მოვლენაა, მაგრამ ფიქსირდება ეპიდემიოლოგიები მთელი მსოფლიოს მასშტაბით. კოქსაკივირუსული ინფექცია უკიდურესად გადამდებია. ინფექცია კაცებსა და ქალებს თანაბრად აზიანებს. დაავადება ყველაზე ხშირად 10 წლამდე ასაკის ბავშვებში გვხვდება. თუმცა ინფექცია შესაძლოა მოზრდილ ბავშვებში, მოზარდებში და ზრდასრულებშიც შეგვხვდეს. ენტეროვირუსი 71-ის შედარებით ვირულენტური შტამებით გამოწვეული ეპიდემიის ფაქტები ყველაზე ხშირად აღმოსავლეთ და სამხრეთ აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში გვხვდება, როგორცაა ტაივანი და მალაიზია. აღნიშნული შემთხვევები ინვესს მძიმე ავადმყოფობას, რომელიც დაკავშირებულია სიკვდილობისა და ავადობის მნიშვნელოვან გაუარესებასთან.[7] [8] [9] [10] [11] [12]

ეტიოლოგია

ყველაზე ხშირად, გამომწვევია კოქსაკის ვირუსი, ენტეროვირუსების ჯგუფის ვირუსი. კოქსაკის ვირუსის A16 (CV-A16) ყველაზე გავრცელებული მიზეზია, მაგრამ ასევე გვხვდება A4-დან A7, A9, A10 ინფექციები[1] [2] [3] [4] [5] ენტეროვირუსი 71 (EV71) ასევე ინვესს ამ დაავადებას, მაგრამ უფრო მძიმე ფორმას.[1] [2] [3] [4] [5][7] [8] [9] EV71 ინფექცია იშვიათია აშშ-სა და ევროპაში. ეტიოლოგიური ცვლილებები მტევნის, ტერფისა და პირის დაავადების ძირითად პათოგენურ აგენტებში დაფიქსირდა ჩინეთის ქალაქ ჰუნანში. EV71-ით და CV-A16-ით გამოწვეული დაავადებით ჰოსპიტალიზებული პაციენტების რაოდენობა 2014-2017 წლებში შემცირდა, ხოლო სხვა ნაწლავური ვირუსებით გამოწვეული შემთხვევების რაოდენობა გაიზარდა.[13] ენტეროვირუსები იკოსაედრული, უგარსო ვირუსებია, რომელთა დიამეტრიც დაახლოებით 30 ნანომეტრს შეადგენს. გენომი შედგება ერთჯაჭვიანი, წრფივი რნმ მოლეკულისაგან. ენტეროვირუსებს ახასიათებთ ლიპიდური გამხსნელებისადმი მდგრადობა, pH და ტემპერატურის ფართო დიაპაზონის ამტანობა. ამ ვირუსების ინაქტივაცია შესაძლებელია $>50^{\circ}\text{C}$ ($>122^{\circ}\text{F}$) ტემპერატურაზე, მაგრამ ვირუსი ინფექციურობას ინარჩუნებს მაცივრის ტემპერატურაზე.

პათოფიზიოლოგია

ინფექცია ვითარდება, როდესაც პიროვნება ვირუსთან ექსპოზიციას განიცდის ინფიცირებული პირის ცხვირისა და ხახის გამონადენთან, ნერწყვთან, ვეზიკულას სითხესთან ან განავლის მასალასთან პირდაპირი კონტაქტით. ვირუსი რჩება განავალში 1 თვემდე პერიოდის განმავლობაში. კონტაქტის შემდეგ, ვირუსი ვრცელდება რეგიონულ ლიმფურ კვანძებში 24 საათის განმავლობაში, რასაც სწრაფად მოყვება ვირემია; ვირემიის შედეგად ვირუსი ვრცელდება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე და კანზე, რაც გამოვლინდება ვეზიკულური გამონაყრის სახით. ინკუბაციური პერიოდი 4-დან 7 დღემდეა; თუმცა, შესაძლოა აღინიშნოს 3-4 დღიანი პროდრომული პერიოდი. პირის ღრუს დაზიანებები ხორცდება 1 კვირის პერიოდში, ხოლო მტევნებსა და ტერფებზე დაზიანებები შეიძლება დარჩეს 10 დღის განმავლობაშიც.[1] [2] [3] [4] [5] [6][7]

კლასიფიკაცია

ვირუსული კლასიფიკაცია

მტევნის, ტერფისა და პირის დაავადება გამოწვეულია ზოგიერთი ენტეროვირუსით განპირობებული ინფექციით. ყველაზე ხშირად, დაავადების მიზეზი კოქსაკივირუსებია. კოქსაკივირუსი A16 ინფექცია ყველაზე ხშირი მიზეზია, თუმცა A4-დან A7, A9, A10 ჩათვლით შესაძლებელია ინფექციების განვითარება.[1] [2] [3] [4] [5] [6]

ენტეროვირუსი 71 (EV71) ასევე იწვევს ამ დაავადებას, თუმცა მძიმე ფორმით.[1] [2] [3] [4] [5] [6][7] [8] [9] [10]

ენტეროვირუსები ეკუთვნის ვირუსების Picornaviridae ოჯახს; ენტეროვირუსების ჯგუფების შესახებ ვილაპარაკებთ პოლიოვირუსებს, კოქსსაკის ვირუსებს (ჯგუფები A და B) და ექოვირუსებს. ახლად იდენტიფიცირებული ენტეროვირუსები არ შედიოდა თავდაპირველ კლასიფიკაციაში და მათ მინიჭებული ჰქონდათ ნომრები (ანუ სეროტიპები 68-დან 71-მდე).

შემთხვევის ანამნეზი

შემთხვევის ანამნეზი #1

5 წლის ბიჭი კლინიკაში მიიღეს შეუძლოდ ყოფნის 3-დღიანი ანამნეზითა და მსუბუქი ცხელებით. ბოლო 24 საათის განმავლობაში, იგი უჩივის მტკივნეულ პირის ღრუს და აღინიშნება ვეზიკულები მტევნებსა და ტერფებზე. ამ ავადმყოფობამდე, ბიჭი თავს კარგად გრძნობდა. სხვა სიმპტომები არ აღინიშნება. ოჯახის დანარჩენი წევრები კარგად გრძნობენ თავს. გასინჯვისას, პაციენტს აღინიშნება ცხელება- 37.6°C (99.6°F) და რამდენიმე მცირე ზომის წყლული პირის ღრუში, ასევე მცირე ზომის ოვალური ვეზიკულები ხელისგულებზე, ერთიმეული ფუძით.

სხვა გამოვლინებები

გამოვლინება შესაძლებელია მხოლოდ პირის ღრუს წყლულებით, ცხელების გარეშე. სხვა შესაძლო სიმპტომებია: მუცლის ტკივილი და დიარეა, ზედა სასუნთქი გზების სიმპტომები, როგორცაა ყელის ტკივილი და ხველა, თავის ტკივილი, უმადობა, ართრალგიები და გაღიზიანებადობა.

აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში, როგორცაა ტაივანი და მალაიზია, ენტეროვირუსი 71 (EV71) იწვევს დაავადების უფრო მძიმე ფორმას შემდეგი გართულებებით: ასეპტიკური მენინგიტი, ენცეფალიტი, ენცეფალომიელიტი, ფილტვის შეშუპება, ფილტვის ჰემორაგია, მიოკარდიტი და პოლიომიელიტის მსგავსი სინდრომი. ზოგიერთ შემთხვევაში ფიქსირდება სიკვდილი (8%-ში ეპიდემიოქების დროს).[4] [5] [7] [8] [9] [10] პაციენტების სიმპტომები შეიძლება გამოწვეული იყოს ამ გართულებებით, მაგრამ ინფექცია EV71 ვირუსით იშვიათია აშშ-სა და ევროპაში.

მიდგომა

ეს არის უმნიშვნელო ავადმყოფობა, რომელიც ვლინდება რამდენიმე დღით და ახასიათებს ცხელება და შედარებით მსუბუქი ნიშნები და სიმპტომები. დიაგნოზი ძირითადად კლინიკურია, ეფუძნება ტიპურ ანამნეზსა და დამახასიათებელ კლინიკურ ნიშნებს. ტესტირება ძირითადად არ არის საჭირო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა ეჭვია 71 ტიპის ენტეროვირუსზე (EV71). EV71 იწვევს დაავადების მძიმე ფორმას, რომელიც საჭიროებს მეტ კვლევას გართულებების აღრეულ ეტაპზე აღმოსაჩენად.

ანამნეზი

შემთხვევათა უმეტესობაში, პაციენტი არის <10 წლის და ცხადდება კლინიკაში სწრაფად განვითარებული ნიშნებით: სუბფებრილური ცხელება, უმადობა, ყელის ტკივილი, ხველა, მუცლის ტკივილი, დიარეა და ზოგადი შეუძლოდ ყოფნის შეგრძნება. ზოგჯერ ვლინდება ართრალგია. ეს პროდრომული პერიოდი შეიძლება გაგრძელდეს 3-4 დღეს. პერიოდს ტიპურად მოსდევს პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე წყლულების გაჩენა. გამონაყარი ხელისგულებზე, ფეხისგულებსა და ღუნდულებზე შეიძლება განვითარდეს 1-2 დღეში. დაავადება შეიძლება ვლინდებოდეს ყველა ზემოთ ჩამოთვლილი ნიშნითა და სიმპტომით, ან მხოლოდ რამდენიმე მათგანით.

ფიზიკური გამოკვლევა

პირ-ხახა ანთებითია, გაფანტულად ფიქსირდება პაპულები, მაკულები, ვეზიკულები ან წყლულები ერთიმეული ფუძით ენაზე, ხახაში, ლოყის ლორწოვან გარსზე, ღრძილებზე და ზოგჯერ ტუჩებზე. თუ ბავშვი გვიან მოიყვანეს, აღინიშნება მხოლოდ მოყვითალო წყლულები, რადგან ვეზიკულები საკმაოდ მალე სკდება. წყლულის ზომა მერყეობს 4-8 მმ ფარგლებში და შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს ბასრი საზღვრებით. დაზიანებები ძირითადად არ ვრცელდება რბილ სასაზე, ასევე იშვიათია გავრცელებული დაწყლულება პირის ღრუში. ასევე შეიძლება განვითარდეს ენის ერთიემა და შეშუპება.

როგორც წესი, აკრალური გამონაყარი პატარა ოვალური ან ხაზოვანი ნაცრისფერ-თეთრი ბუბტუკებით ჩნდება ხელისგულებსა და ფეხისგულებზე. ვეზიკულები ფხვიერია, თხელკედლიანი, ერთიმეტროზური რგოლით. ზოგჯერ მტკივნეულია და იწვევს ქავილს. ისინი წყლულებისკენ და ქერქისკენ მიდრეკილნი არიან. დაზიანებები ხორცდება 1 კვირის განმავლობაში. მაკულოპაპულური გამონაყარი შეიძლება გამოჩნდეს ღუნდულებზე.[12] მცირეწლოვან ბავშვებში ყველა ნიშანი შეიმჩნევა, მაგრამ უფროს ბავშვებში შეიძლება დაფიქსირდეს მხოლოდ პირის ღრუს ან მტევნის ან ტერფის არის დაზიანებები.



ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება. პირის ღრუს გარშემო არსებული გამონაყარი 1 წლის ბიჭში, რომელსაც აღენიშნება ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება (HFMD). HFMD გამონეწეულია picornaviridae-ის ჯგუფის ნაწლავური ვირუსების მიერ. HFMD-ის გამომწვევი ყველაზე ხშირი შტამებია კოქსსაკის A ვირუსი ტიპი A16 და ენტეროვირუსი 71 (EF-71).
 ექიმი P. Marazzi/სამეცნიერო ფოტოგრაფიული ბიბლიოთეკა



ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება. მტევანზე არსებული გამონაყარი (ვეზიკულები) 3 წლის ბიჭში, რომელსაც აღენიშნება ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება (HFMD). HFMD გამომწვეულია picornaviridae-ის ოჯახის ნაწლავური ვირუსების მიერ. HFMD-ის გამომწვევი ყველაზე ხშირი შტამებია კოქსსაკის A ვირუსი ტიპი A16 და ენტეროვირუსი 71 (EV-71).
 ექიმი P. Marazzi/სამეცნიერო ფოტოგრაფიული ბიბლიოთეკა

ენტეროვირუსი 71-ის ინფექციის დროს გამონაყარი შეიძლება იყოს პაპულური სახის და თან ერთვოდეს პეტეჩიები. შესაძლოა შეინიშნებოდეს ერთიან დიფუზური მიდამოები ტანსა და კიდურებზე. ამასთანავე ვლინდება ღებინება და მაღალი ცხელება $>39^{\circ}\text{C}$ ($>102.2^{\circ}\text{F}$), რომელიც, როგორც წესი, გრძელდება >3 დღის განმავლობაში და თან ახლავს თვის ტკივილი და გაღიზიანებადობა. აღნიშნული ვირუსით გამომწვეული ინფექცია უფრო მძიმედ მიმდინარეობს და ხასიათდება მძიმე გართულებებისა და ფატალობის მნიშვნელოვნად მაღალი სიხშირით.[7] [8] [9] [10]

ლაბორატორული ტესტები

ლაბორატორიული კვლევები შესაძლოა საჭირო გახდეს თუ ეჭვი გვაქვს EV71-თან ექსპოზიციაზე, მაგალითად აღმოსავლეთ ან სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში მოგზაურობის დროს. გამომწვევი ვირუსის იდენტიფიცირების მიზნით, უმჯობესია განავლის ან ვეზიკულის სითხის კულტურის დათესვა, თუმცა შეიძლება ხახის ნაცხის გამოყენებაც. პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქციის მოლეკულური ტესტირებით სწრაფად არის შესაძლებელი კოქსსაკის ვირუსის A16 და EV71 გარჩევა, თუმცა ეს კვლევა ფართოდ ხელმისაწვდომი არ არის. რუტინულად არ არის საჭირო სისხლის საერთო ანალიზი, მაგრამ თუ კეთდება, ავლენს მომატებულ ლეიკოციტებს და ატიპურ ლიმფოციტებს.

ანამნეზი და გასინჯვა

ძირითადი დიაგნოსტიკური ფაქტორები

რისკფაქტორების არსებობა (ხშირი)

- რისკფაქტორებია: იმუნოსუპრესია, ბავშვები <10 წლამდე, ოჯახში ან სკოლაში ინფიცირებული პირების არსებობა.

სუბფერული ცხელება (ხშირი)

- ცხელება ძირითადად აღინიშნება <38.5°C (<101.3°F).

პირის ღრუს ვეზიკულები და წყლულები (ხშირი)

- პირ-ხახა ანთებითია, გაფანტულად ფიქსირდება პაპულები, მაკულები ან ვეზიკულები ან, უფრო ხშირად, მოყვითალო წყლულები ერთეული ფუძით ენაზე, ხახაში, ლოყის ლორწოვან გარსზე, ღრძილებზე და ზოგჯერ ტუჩებზე. დაზიანებები ხორცდება 1 კვირის განმავლობაში.



ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება. პირის ღრუს გარშემო არსებული გამონაყარი 1 წლის ბიჭში, რომელსაც აღენიშნება ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება (HFMD). HFMD გამომწვეულია picornaviridae-ის ოჯახის ნაწლავური ვირუსების მიერ. HFMD-ის გამომწვევი ყველაზე ხშირი შტამებია კოქსსაკის A ვირუსი ტიპი A16 და ენტეროვირუსი 71 (EF-71).

ექიმი P. Marazzi/სამეცნიერო ფოტოგრაფიული ბიბლიოთეკა

გამონაყარი და/ან ვეზიკულები ხელის მტევნებსა და ტერფებზე (ხშირი)

- გამონაყარი შედგება მცირე ზომის, ოვალური ან წრფივი ნაცრისფერი-თეთრი ვეზიკოპუსტულებისგან. ვეზიკულები რბილი, თხელ კედლიანი წარმონაქმნებია, ერთეული

რგოლით. ზოგჯერ მტკივნეულია და მჟავანა. ხშირად განიცდის დაწყლულებას და იკეთებს ქერქს. დაზიანებები შეიძლება დარჩეს 10 დღემდე პერიოდის განმავლობაში.



ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება. მტევანზე არსებული გამონაყარი (ვეზიკულები) 3 წლის ბიჭში, რომელსაც აღენიშნება ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება (HFMD). HFMD გამონეწეულია picornaviridae-ის ოჯახის ნაწლავური ვირუსების მიერ. HFMD-ის გამომწვევი ყველაზე ხშირი შტამებია კოქსსაკის A ვირუსი ტიპი A16 და ენტეროვირუსი 71 (EF-71).
ექიმი P. Marazzi/სამეცნიერო ფოტოგრაფიული ბიბლიოთეკა

სხვა დიაგნოსტიკური ფაქტორები

საერთო სისუსტე (ხშირი)

- პაციენტი შესაძლოა წარმოდგენილი იყოს ზოგადი შეუძლოდ ყოფნის ჩივილით.

მტკივნეული პირის ღრუ (ხშირი)

- პირის ღრუს დაზიანებები შეიძლება იყოს მტკივნეული.

უმადობა (ხშირი)

- ზოგჯერ ვლინდება მადის დაქვეითება.

ყელის ტკივილი (ხშირი)

- პაციენტს შესაძლოა აღენიშნებოდეს ყელის ტკივილი.

გამონაყარი და/ან ვეზიკულები ღუნდულებზე (იშვიათი)

- მაკულოპაპულური გამონაყარი შეიძლება გამოჩნდეს ღუნდულებზე.[12] დაზიანებები შეიძლება დარჩეს 10 დღემდე პერიოდის განმავლობაში.

მუცლის ტკივილი (იშვიათი)

- სიმპტომები შესაძლოა მოიცავდეს ტკივილს მუცლის არეში.

ღიარება (იშვიათი)

- სიმპტომები შესაძლოა მოიცავდეს ღიარებას.

ხველა (იშვიათი)

- შესაძლოა გამოხატული იყოს ხველა.

ენის ერიოთემა/შეშუპება (იშვიათი)

- შეიძლება განვითარდეს ენის ერიოთემა და შეშუპება.

ართრალგია (იშვიათი)

- ზოგჯერ ვლინდება.

რისკფაქტორები

ძლიერი**იმუნოსუპრესია**

- იმუნოკომპრომისული (სუსტი იმუნიტეტის მქონე) ბავშვები ან იმუნოსუპრესულ მკურნალობაზე მყოფი ბავშვები მეტად მგრძნობიარენი არიან ინფექციის მიმართ.

10 წლამდე ასაკი

- ყველაზე ხშირად, დაავადება აზიანებს <10 წლამდე ბავშვებს.

ინფექციასთან კონტაქტი ოჯახში ან სკოლაში

- ინფექცია ვრცელდება ინფიცირებული პირის ცხვირის ან ხახის გამონადენთან, ნერწყვთან, ვეზიკულას სითხესთან ან განავლის მასალასთან პირდაპირი კონტაქტით. ვირუსი რჩება განავალში 1 თვემდე პერიოდის განმავლობაში.

კვლევები

სხვა გასათვალისწინებელი ტესტები

ტესტი	შედეგი
ვირუსული კულტურა • გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შესაძლებელია ენტეროვირუს 71-თან (EV71) ექსპოზიცია (მაგ. აღმოსავლეთ ან სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში მოგზაურობა). • უმჯობესია განავლის ან ვეზიკულას სითხის კულტურის დათესვა, თუმცა შეიძლება ხახის ნაცხის გამოყენებაც.	EV71 ვირუსის იზოლირება
FBC • გამოიყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ შესაძლებელია ენტეროვირუს 71-თან (EV71) ექსპოზიცია (მაგ. აღმოსავლეთ ან სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიაში მოგზაურობა).	სისხლის თეთრი უჯრედების (ლეიკოციტების) მომატებული რაოდენობა, ატიპური ლიმფოციტები

ახალი ტესტები

ტესტი	შედეგი
PCR მოლეკულური კვლევები • შეიძლება გამოვიყენოთ EV71 ინფექციების გამოსავლენად.[17]	გამომწვევი ვირუსის იდენტიფიცირება (მაგ. კოქსსაკივირუსები თუ EV71)

დიფერენციული დიაგნოზები

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
აფთოზური სტომატიტი ან აფთოზური წყლულები	- წყლულები გვხვდება პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. - ბავშვი თავს კარგად გრძნობს, არ აღინიშნება ცხელება, შეუძლოდ ყოფნა ან გამონაყარი.	დიაგნოზი კლინიკურია
მარტივი ჰერპესვირუსი	- უმეტეს შემთხვევებში, ვითარდება მაღალი ცხელება, $>38^{\circ}\text{C}$ ($>100.4^{\circ}\text{F}$). - ვლინდება მწვავე გინგივიტი და გავრცელებული დანწყლულება პირის ღრუში. - კანზე, ვეზიკულები მცირე ზომის და ოვალური ფორმისაა, ერითემულ ფუძეზე. ვეზიკულები დაჭკუფებულია. - გამონაყარი ძირითადად არ ვითარდება ხელისგულებსა და ფეხისგულებზე, თუმცა მცირეწლოვან ბავშვებს, რომლებიც ხელის ან ფეხის თითებს წოვენ, შესაძლოა აღენიშნოთ დაზიანებები 1-2 თითზე.[6]	- ვეზიკულას სითხის გამოყენებით ცანკის ნაცხის გამოკვლევა ავლენს მრავალბირთვიან, გიგანტურ უჯრედებს. - ასევე შეიძლება ჩატარდეს პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტიგენური ტესტი, მარტივი ჰერპესვირუსის გამოსავლენად. - ამ ტესტების ჩატარება იშვიათადაა ნაჩვენები, რადგან დიაგნოზი ჩვეულებრივ კლინიკურია.
ჰერპანგინა	- აღინიშნება კისრის ლიმფადენოპათია და წყლულები ვრცელდება რბილ სასაზეც. - გამონაყარი ძირითადად არ ვითარდება.[6]	დიაგნოზი კლინიკურია
ჩუტყვაილა	გამონაყარი ძირითადად მხოლოდ ტანსა და კიდურებს მოიცავს. დამახასიათებელია ძლიერი ქავილი. კლასიკური დაზიანება წარმოდგენილია მრგვალი ვეზიკულით, ერითემული ფუძით, რომელიც ყალიბდება და ხდება პუსტულა.[6]	პირდაპირი ფლუორესცენტული ანტიგენური ტესტი, ვარიცელას ვირუსის გამოსავლენად.
ქენტრუმა	ფარინგიტი, წინა საშვილოსნოს ადენოპათია და ცხელება წინასწარ ანაცვლებს ქენტრუმასებრი გამონაყარს (დიფთერი, წვრილპაპულარული, 'ქვიშის ქაღალდისმაგვარი',	სწრაფი ტესტი A ჯგუფის სტრეპტოკოკური ანტიგენისთვის. პოლიმერაზული ჯაჭვური რეაქცია ან ყელის/კანის ნაცხის კულტურა. დიაგნოზი ხშირად კლინიკურია.

დაავადება/ მდგომარეობა	განმასხვავებელი ნიშნები/ სიმპტომები	მადიფერენცირებელი ტესტები
	ერთემატომული გამონაყარი, რომელიც წნევით ქრებოდა). გამონაყარი იწყება ტანზე და შეიძლება გავრცელდეს. ის გაძლიერებულია ნაკეცებში (ანუ მკლავებში, საზარდულში, იდაყვებში), ხშირად პეტეჩიებით, რომლებიც ქმნიან წითელ ზოლებს, რომლებიც ცნობილია როგორც პასტიას ხაზები. ლოყები განითლებული, პირის ღრუს ირგვლივ გამოხატული სიფერმკრთალე კანის აქერცვლა შეიძლება მოხდეს ალისფერი ციებ-ცხელების გამონაყარის გამოჩენიდან 3-4 დღის შემდეგ. ენა შეიძლება იყოს ანთებითი, თეთრი საფარით და გამოჩენილი პაპილებით (მარწყვის ენა).	

მიდგომა

ავადმყოფობა ძირითადად მსუბუქია და თავად გაივლის, მკურნალობა უმეტეს შემთხვევებში მხოლოდ დამხმარეა. მართვის მთავარი მიზნებია ტკივილის გაყუჩება და ადეკვატური ჰიდრატაციისა და კვების უზრუნველყოფა. დამიანებები ძირითადად ალავდება 10 დღის პერიოდში.

დამხმარე მკურნალობა

ცხელებისა და ტკივილის შემსუბუქების მიზნით, გამოიყენება მარტივი პერორალური ტკივილგამაყუჩებლები და სიცხის დამწვევი საშუალებები, როგორცაა პარაცეტამოლი და იბუპროფენი. ასპირინი არ არის რეკომენდებული ცხელების დროს, რეიეს სინდრომთან ასოციაციის გამო. ტოკიპალური ანესთეტიკები (მაგ. ლიდოკაინი) გამოიყენება პირის ღრუს წყლულებისაგან გამონეული ტკივილის შესამსუბუქებლად. ტოპიკალურად შესაძლებელია დიფენჰიდრამინის, ალუმინის, მაგნიუმ ჰიდროქსიდისა და ბლანტი ლიდოკაინის ნარევის გამოყენება, სუკრალფატთან ერთად ან მის გარეშე ("მაგიური სავლები"), წყლულებისაგან გამონეული ტკივილის შესამსუბუქებლად; თუმცა, ეს პროდუქტი მზა არ არის და საჭიროა ფარმაცევტის დახმარება ნარევის მოსამზადებლად. პირის ღრუს დამიანებებთან ასოცირებული ტკივილის გამო პერორალური ჰიდრატაცია შესაძლოა გართულდეს. მსუბუქი-მძიმე ხარისხის დეჰიდრატაციის მქონე ბავშვებში ნაჩვენებია სითხის ინტრავენუალ მინოდება.

იმუნოკომპრომისული პაციენტები ან EV71 ინფექციის ან გართულებების მქონე პაციენტები

გართულებები იშვიათია. EV71 ინფექციის გართულებებია: ასეპტიკური მენინგიტი, ენცეფალიტი, ენცეფალომიელიტი, ფილტვის შეშუპება, ფილტვის ჰემორაგია, მიოკარდიტი, პოლიომიელიტის მსგავსი სინდრომი და სიკვდილი.[7] [8] [9] [10] ამ პაციენტებისათვის აუცილებელია ჰოსპიტალიზაცია და გართულებების დამხმარე მკურნალობა. იმუნოკომპრომისულ პაციენტებში სიმპტომები უფრო მძიმე და ხანგრძლივია.

მკურნალობის ალგორითმის მიმოხილვა

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [იხ. განმარტება](#)

მწვავე (შეჯამება)	
ყველა პაციენტის	
1-ლი	ტკივილგამაყუჩებლები და სიცხის დამწვევი საშუალებები
დამატებით	ტოპიკალური (ადგილობრივი) ანესთეტიკები
დამატებით	სითხისა და საკვების ადეკვატური მიღება
დამატებით	ჰოსპიტალიზაცია და დამხმარე მკურნალობა
 იმუნოკომპრომისული მდგომარეობით ან EV71 ინფექციის გართულებებით	

მკურნალობის ალგორითმი

მიაქციეთ ყურადღება, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების დასახელების და ბრენდების, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის

მიხედვით. მკურნალობის შესახებ რეკომენდაციები სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს: [ახ. განმარტება](#)

მწვავე

ყველა პაციენტის

1-ლი ტკივილგამაყუჩებლები და სიცხის დამწვევი საშუალებები

პირველადი პარამეტრები

» **პარაცეტამოლი:** 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში: 15 მგ/კგ პერორალურად ყოველ 4-6 საათში ერთხელ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმ 75 მგ/კგ/დღე; 12 წლის ასაკის ზემოთ ბავშვები: 500-1000 მგ პერორალურად ყოველ 4-6 საათში ერთხელ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმ 4000 მგ/დღე

ან

» **იბუპროფენი:** 12 წლამდე ასაკის ბავშვები: 5-10 მგ/კგ პერორალურად ყოველ 6-8 საათში ერთხელ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმ 40 მგ/კგ/დღე; 12 წლის ასაკის ზემოთ პაციენტები: 300-400 მგ ყოველ 6-8 საათში ერთხელ საჭიროებისამებრ, მაქსიმუმ 2400 მგ/დღე

» ცხელებისა და ტკივილის შემსუბუქების მიზნით, გამოიყენება მარტივი პერორალური ტკივილგამაყუჩებლები და სიცხის დამწვევი საშუალებები, როგორცაა პარაცეტამოლი და იბუპროფენი.

» ასპირინი არ არის რეკომენდებული ცხელების დროს, რეიეს სინდრომთან ასოციაციის გამო.

დამატებით ტოპიკალური (ადგილობრივი) ანესთეტიკები მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

პირველადი პარამეტრები

» **ლიდოკაინი - ტოპიკალური (ადგილობრივი):** (2% ბლანტი ხსნარი) დაადეთ დაზიანებულ ადგილ(ებ)ს ბამბისთავიანი აპლიკატორით, მაქსიმუმ დღეში 3-ჯერ, საჭიროებისამებრ

» ტოპიკალური ლიდოკაინის გამოყენება შესაძლებელია თავდაპირველ თერაპიად მცირე ზომისა და რაოდენობის წყლულებისათვის პირის ღრუში.

» ალუმინის, მაგნიუმ ჰიდროქსიდის, ლიფენჰიდრამინისა და ბლანტი ლიდოკაინის ნარევი, სუკრალფატთან ერთად ან მის გარეშე, შესაძლებელია გამოვიყენოთ ტოპიკალურად,

მწვავე

- იმუნოკომპრომისული მდგომარეობით ან EV71 ინფექციის გართულებებით

პირის ღრუს წყლულებით გამოწვეული ტკივილის სიმპტომურად საკონტროლოდ. ამ ნარევის დასამზადებლად საჭიროა კონსულტაცია ფარმაცევტთან.

» ნარევის გამოვლება პირის ღრუში არ არის რეკომენდებული მსერიენლოვანი ბავშვებისათვის; ამ შემთხვევაში, ელექსირი უნდა დავადოთ დაზიანებებს ბამბისთავიანი აპლიკატორით.

დამატებით სითხისა და საკვების ადეკვატური მიღება

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ზოგიერთი პაციენტისთვის

» სითხისა და საკვების ადეკვატური მიღების უზრუნველყოფა მნიშვნელოვანია, მაგრამ შესაძლოა გართულდეს პირის ღრუს წყლულების მქონე პაციენტებში.

» მსუბუქი-მძიმე ხარისხის დეჰიდრატაციის მქონე ბავშვებში ნაჩვენებია სითხის ინტრავენუზად მიწოდება.

დამატებით ჰოსპიტალიზაცია და დამხმარე მკურნალობა

მკურნალობა, რომელიც რეკომენდებულია შერჩეულ ჯგუფში ყველაპაციენტისთვის

» გართულებები იშვიათია. სავარაუდოდ, საჭირო იქნება ამ პაციენტების ჰოსპიტალიზაცია და დამხმარე თერაპიის ჩატარება.

» EV71 ინფექციის გართულებებია: ასეპტიკური მენინგიტი, ენცეფალიტი, ენცეფალომიელიტი, ფილტვის შეშუპება, ფილტვის ჰემორაგია, მიოკარდიტი, პოლიომიელიტის მსგავსი სინდრომი და სიკვდილი.[7] [8] [9] [10]

» იმუნოკომპრომისულ პაციენტებში სიმპტომები უფრო მძიმე და ხანგრძლივია.

პირველადი პრევენცია

ინფიცირების რისკის შემცირება შესაძლებელია ჰიგიენის წესების დაცვით. პაციენტებმა, მშობლებმა ან მომვლელებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ ხელის დაბანას პირადი ჰიგიენის კონტექსტში და საკვების მომზადების აქტივობების დროს. ორგანიზმის ბიოლოგიური სითხეებით დაბინძურებული ნივთები და ზედაპირები უნდა გაინჰინდოს წყალნარევი მათეთრებელი საშუალებებით. რადგანაც დაავადება ძალიან გადამდებია, დაავადებულმა პირებმა თავი უნდა აარიდონ სხვებთან კონტაქტს, აქტიური ნიშნებისა და სიმპტომების გამოვლენის პერიოდში. დაავადება ყველაზე გადამდებია ავადმყოფობის პირველ კვირაში, მაგრამ ვირუსის გავრცელება შესაძლებელია ნიშნებისა და სიმპტომების გაქრობის შემდეგაც, რადგან იგი რჩება განავალში 1 თვემდე პერიოდის განმავლობაში. [CDC: hand, foot, and mouth disease] (<http://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>) აზიის იმ რეგიონებში, სადაც დაავადების ეპიდემიებს იწვევს ენტეროვირუსი 71 (EV71), ახლა ხელმისაწვდომია ვაქცინა.[14] [15] [16]

მეორეული პრევენცია

ინფექციის გავრცელების პრევენციისათვის აუცილებელია ჰიგიენის ზომების დაცვა. ინსტიტუციურ პირობებში ეპიდაფეთქების შემთხვევაში, ეს კიდევ უფრო მნიშვნელოვანია. ორგანიზმის ბიოლოგიური სითხეებით, მაგ. ნერწყვით, ვეზიკულებს სითხით ან განავლით, დაბინძურებული ნივთები და ზედაპირები უნდა გაინჰინდოს და ჩატარდეს დეზინფექცია წყალნარევი, ქლორის შემცველი მათეთრებელი საშუალებით.

ზოგადი წესის მიხედვით, დაინფიცირებულმა პირებმა თავი უნდა შეიკავონ საჯარო სივრცეებში გადაადგილებისაგან. თუმცა, არ არსებობს სპეციფიკური გაიდლაინები დაინფიცირებული პირების ბაღში, სკოლაში თუ სხვა ჯგუფურ პირობებში სიარულის შესახებ. ინფექციის გავრცელების შემცირება შესაძლებელია ავადმყოფობის პირველი რამდენიმე დღის განმავლობაში ბავშვების სახლში დატოვებით, როდესაც მათ აღენიშნებათ ვეზიკულები პირის ღრუში (და ნერწყვდენა), ან ხელებზე გამსკდარი დაზიანებები. ამის მიუხედავად, ინფექციის გავრცელების სრული პრევენცია შეუძლებელია, რადგან ვირუსი კვლავ გამოიყოფა სიმპტომების დასრულებიდან რამდენიმე კვირის განმავლობაში. [CDC: hand, foot, and mouth disease] (<http://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>)

განხილვები პაციენტთან

პაციენტებმა, მშობლებმა ან მომვლელებმა განსაკუთრებული ყურადღება უნდა მიაქციონ ხელის დაბანას პირადი ჰიგიენის კონტექსტში და საკვების მომზადების აქტივობების დროს. რადგანაც დაავადება ძალიან გადამდებია, დაავადებულმა პირებმა თავი უნდა აარიდონ სხვებთან კონტაქტს, აქტიური ნიშნებისა და სიმპტომების გამოვლენის პერიოდში. [CDC: hand, foot, and mouth disease] (<http://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html>)

პაციენტებს უნდა ურჩიონ, რომ გარკვეული საკვებისა და სასმელის მიღებამ შეიძლება პირის ღრუს ტკივილი გამოიწვიოს. რეკომენდებულია ცხარე, მწარე, მარილიანი ან მუავა საკვებისა და სასმელის მიღებისაგან თავის შეკავება. ხშირად დამამშვიდებელი ეფექტი აქვს ცივ სასმელს, მაგალითად რძეს ან ყინულიან წყალს.

გართულებები

გართულებები		ქრონოლოგია ალბათობა	
მოცულობის შემცირება	მოკლევადიანი	საშუალო	
გამოწვეულია სითხის ნაკლები რაოდენობის მიღებით, პირის ღრუს მტკივნეული წყლულების გამო. საჭირო იქნება სითხის ადეკვატური ჩანაცვლება (პერორალური ან ინტრავენური), პაციენტის ასაკისა და კლინიკური მდგომარეობის მიხედვით.			
მეორეული ბაქტერიული ინფექცია	მოკლევადიანი	საშუალო	
იმ პაციენტებში, რომლებიც ავლენენ ლოკალიზებულ ან დიფუზურ, გავრცელებულ ერითემას კანზე და/ან პერსისტენტულ ცხელებას, აუცილებელია ინფექციის შეფასება და ემპირიული პერორალური ანტიბიოტიკოთერაპიის განხილვა.			
ენტეროვირუს 71-თან (EV71) დაკავშირებული ენცეფალიტი ან ენცეფალომიელიტი	მოკლევადიანი	დაბალი	
EV71 ინფექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეს გართულება. ამ მდგომარეობაზე ეჭვს ზრდის ფებრილური ავადმყოფობის მწვავე ან ქვემწვავე დაწყება, შეცვლილი ფსიქიკური სტატუსი, ფოკალური ნევროლოგიური დარღვევები და გულყრები. პაციენტი უნდა მოთავსდეს კლინიკაში სიმპტომური და დამხმარე მკურნალობის მისაღებად.			
EV71-თან დაკავშირებული ღუნე დამბლა (პოლიომიელიტის მსგავსი სინდრომი)	მოკლევადიანი	დაბალი	
EV71 ინფექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეს გართულება. პაციენტს აღენიშნება კიდურის სისუსტე. პაციენტი უნდა მოთავსდეს კლინიკაში სიმპტომური და დამხმარე მკურნალობის მისაღებად.			
EV71-თან დაკავშირებული ასეპტიკური მენინგიტი	მოკლევადიანი	დაბალი	
EV71 ინფექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ასეპტიკური მენინგიტი. ვირუსული მენინგიტის ნიშნებია: ცხელება, თავის ტკივილი, კისრის კუნთების გაშეშება ან ზურგის ტკივილი. პაციენტი უნდა მოთავსდეს კლინიკაში სიმპტომური და დამხმარე მკურნალობის მისაღებად.			
EV71-თან დაკავშირებული მიოკარდიტი	მოკლევადიანი	დაბალი	
EV71 ინფექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეს გართულება. სიმპტომები შეიძლება მოიცავდეს გულმკერდის ტკივილს, დისპნოეს, ორთოპნოეს, სინკოპეს, დაღლილობას და პალპიტაციას.			

გართულებები		ქრონოლოგია ალბათობა	
პაციენტი უნდა მოთავსდეს კლინიკაში სიმპტომური და დამხმარე მკურნალობის მისაღებად.			
EV71-თან დაკავშირებული ფილტვის შეშუპება და ჰემორაგია	მოკლევადიანი	დაბალი	
EV71 ინფექციამ შესაძლოა გამოიწვიოს ეს გართულებები.			
პაციენტს ექნება სუნთქვის გაძნელება და სუნთქვის დარღვევა (დისტრესი).			
პაციენტი უნდა მოთავსდეს კლინიკაში სიმპტომური და დამხმარე მკურნალობის მისაღებად.			
თანდაყოლილი EV71 ინფექცია	გრძელვადიანი	დაბალი	
შესაძლოა განვითარდეს, როდესაც ქალი დაინფიცირდება EV71 ვირუსით ორსულობის დროს. ^[18]			
შესაძლებელია ნაყოფის დაზიანება გესტაციურ პერიოდში. ინფექცია ასოცირებულია მრავალ თანდაყოლილ პათოლოგიასა და სიკვდილთან.			
სპონტანური აბორტი	გრძელვადიანი	დაბალი	
შეიძლება განვითარდეს, როდესაც ქალს ორსულობისას აღენიშნება მტევნის, ტერფისა და პირის დაავადება, რომელიც გამოწვეულია A16 კოქსსაკივირუსით. ^[19]			

პროგნოზი

ნორმაში პაციენტი, როგორც წესი, სპონტანურად გამოჯანმრთელდება გართულებების გარეშე, შესაბამისად, შემდგომი მეთვალყურეობის საჭიროება არ არსებობს. თუცმა ენტეროვირუსი 71-ით ინფიცირების დროს, რომელიც მეტწილად აღმოსავლეთ და სამხრეთ-აღმოსავლეთ აზიის ქვეყნებში გვხვდება, ვითრდება უფრო მძიმე ავადმყოფობა ავადობისა და სიკვდილობის მნიშვნელოვანი გაუარესებით; ტაივანში ჩატარებული ერთ-ერთი კვლევის მიხედვით გამოვლინდა, რომ პაციენტთა 4%-ს განვითარდა ხანგრძლივადიანი ნარჩენი მოვლენები, ხოლო სიკვდილის მაჩვენებელი პაციენტებში 8%-ს უტოლდებოდა.^[8]

მკურნალობის გაიდლაინები

გაერთიანებული სამეფო

Health protection in children and young people settings, including education (<https://www.gov.uk/government/publications/health-protection-in-schools-and-other-childcare-facilities>)

ავტორი UK Health Security Agency

ბოლო გამოქვეყნება: 2023

საერთაშორისო

A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD) (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207490>)

ავტორი World Health Organization

ბოლო გამოქვეყნება: 2011

აზია

Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of hand, foot and mouth disease (2018 edition) (<https://link.springer.com/article/10.1007/s12519-018-0189-8>)

ავტორი Children's Hospital, Zhejiang University School of Medicine

ბოლო გამოქვეყნება: 2018

ონლაინ რესურსები

1. [CDC: hand, foot, and mouth disease \(http://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html\)](http://www.cdc.gov/hand-foot-mouth/index.html) (external link)

ძირითადი სტატიები

- Alsop J, Flewett TH, Foster JR. "Hand-foot-and-mouth disease" in Birmingham in 1959. Br Med J. 1960;2:1708-1711. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2098292/pdf/brmedj03054-0054.pdf\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2098292/pdf/brmedj03054-0054.pdf) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13682692?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13682692?tool=bestpractice.bmj.com)
- Ishimaru Y, Nakano S, Yamaoka K, et al. Outbreaks of hand, foot, and mouth disease by enterovirus 71. High incidence of complication disorders of central nervous system. Arch Dis Child. 1980;55:583-588. [სრული ტექსტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1627055/pdf/archdisch00778-0009.pdf\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1627055/pdf/archdisch00778-0009.pdf) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6254449?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6254449?tool=bestpractice.bmj.com)
- Saguil A, Kane SF, Lauters R, et al. Hand-foot-and-mouth disease: rapid evidence review. Am Fam Physician. 2019 Oct 1;100(7):408-14. [სრული ტექსტი \(https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1001/p408.html\)](https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1001/p408.html) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31573162?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31573162?tool=bestpractice.bmj.com)
- Chang LY, Tsao KC, Hsia SH, et al. Transmission and clinical features of enterovirus 71 infections in household contacts in Taiwan. JAMA. 2004;291:222-227. [სრული ტექსტი \(http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/2/222\)](http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/2/222) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14722149?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14722149?tool=bestpractice.bmj.com)
- Chang LY, Lin TY, Huang YC, et al. Comparison of enterovirus 71 and coxsackie-virus A16 clinical illnesses during the Taiwan enterovirus epidemic, 1998. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:1092-1096. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10608631?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10608631?tool=bestpractice.bmj.com)

წყაროები

1. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthem: Toronto, summer 1957; isolation of group A Coxsackie virus. Can Med Assoc J. 1958;79:615-621. [სრული ტექსტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1830188/pdf/canmedaj00791-0002.pdf\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1830188/pdf/canmedaj00791-0002.pdf) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13585281?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13585281?tool=bestpractice.bmj.com)
2. Alsop J, Flewett TH, Foster JR. "Hand-foot-and-mouth disease" in Birmingham in 1959. Br Med J. 1960;2:1708-1711. [სრული ტექსტი \(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2098292/pdf/brmedj03054-0054.pdf\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2098292/pdf/brmedj03054-0054.pdf) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13682692?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/13682692?tool=bestpractice.bmj.com)
3. Miller GD, Tindall JP. Hand-foot-and-mouth disease. JAMA. 1968;203:827-830. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5694203?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5694203?tool=bestpractice.bmj.com)
4. Chang LY, King CC, Hsu KH, et al. Risk factors of enterovirus 71 infection and associated hand, foot, and mouth disease/herpangina in children during an epidemic in Taiwan. Pediatrics. 2002;109:e88. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12042582?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12042582?tool=bestpractice.bmj.com)
5. Ishimaru Y, Nakano S, Yamaoka K, et al. Outbreaks of hand, foot, and mouth disease by enterovirus 71. High incidence of complication disorders of central nervous system. Arch Dis Child. 1980;55:583-588.

სრული ტექსტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1627055/pdf/archdisch00778-0009.pdf>)
 აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6254449?tool=bestpractice.bmj.com>)

6. Saguil A, Kane SF, Lauters R, et al. Hand-foot-and-mouth disease: rapid evidence review. Am Fam Physician. 2019 Oct 1;100(7):408-14. სრული ტექსტი (<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1001/p408.html>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31573162?tool=bestpractice.bmj.com>)
7. Chang LY, Tsao KC, Hsia SH, et al. Transmission and clinical features of enterovirus 71 infections in household contacts in Taiwan. JAMA. 2004;291:222-227. სრული ტექსტი (<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/291/2/222>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14722149?tool=bestpractice.bmj.com>)
8. Chang LY, Huang LM, Gau SS, et al. Neurodevelopment and cognition in children after enterovirus 71 infection. N Engl J Med. 2007;356:1226-1234. სრული ტექსტი (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa065954#t=article>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17377160?tool=bestpractice.bmj.com>)
9. Chang LY, Lin TY, Huang YC, et al. Comparison of enterovirus 71 and coxsackie-virus A16 clinical illnesses during the Taiwan enterovirus epidemic, 1998. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:1092-1096. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10608631?tool=bestpractice.bmj.com>)
10. Lee TC, Guo HR, Su HJ, et al. Diseases caused by enterovirus 71 infection. Pediatr Infect Dis J. 2009;28:904-910. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20118685?tool=bestpractice.bmj.com>)
11. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Yellow Book 2024: health Information for international travel. Section 5: travel-associated infections & diseases - hand, foot & mouth disease. May 2023 [internet publication]. სრული ტექსტი (<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/hand-foot-and-mouth-disease>)
12. Zhu P, Ji W, Li D, et al. Current status of hand-foot-and-mouth disease. J Biomed Sci. 2023 Feb 24;30(1):15. სრული ტექსტი (<https://jbiomedsci.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12929-023-00908-4>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36829162?tool=bestpractice.bmj.com>)
13. Qiu J, Yan H, Cheng N, et al. The clinical and epidemiological study of children with hand, foot, and mouth disease in Hunan, China from 2013 to 2017. Sci Rep. 2019 Aug 12;9(1):11662. სრული ტექსტი (<https://www.doi.org/10.1038/s41598-019-48259-1>) აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31406192?tool=bestpractice.bmj.com>)
14. Zhu FC, Meng FY, Li JX, et al. Efficacy, safety, and immunology of an inactivated alum-adjutant enterovirus 71 vaccine in children in China: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2013;381:2024-2032. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23726161?tool=bestpractice.bmj.com>)
15. Zhu F, Xu W, Xia J, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of an enterovirus 71 vaccine in China. N Engl J Med. 2014;370:818-828. აბსტრაქტი (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24571754?tool=bestpractice.bmj.com>)

16. Li R, Liu L, Mo Z, et al. An inactivated enterovirus 71 vaccine in healthy children. N Engl J Med. 2014;370:829-837. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24571755?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24571755?tool=bestpractice.bmj.com)
17. Tsao KC, Chang PY, Ning HC, et al. Use of molecular assay in diagnosis of hand, foot and mouth disease caused by enterovirus 71 or coxsackievirus A 16. J Virol Methods. 2002;102:9-14. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11879688?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11879688?tool=bestpractice.bmj.com)
18. Chow KC, Lee CC, Lin TY, et al. Congenital enterovirus 71 infection: a case study with virology and immunohistochemistry. Clin Infect Dis. 2000;31:509-512. [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10987713?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10987713?tool=bestpractice.bmj.com)
19. Ogilvie MM, Tearne CF. Spontaneous abortion after hand-foot-and-mouth disease caused by Coxsackie virus A16. Br Med J. 1980;281:1527-1528. [სრული ტექსტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1714960/pdf/brmedj00050-0021b.pdf\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1714960/pdf/brmedj00050-0021b.pdf) [აბსტრაქტი \(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6254606?tool=bestpractice.bmj.com\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6254606?tool=bestpractice.bmj.com)

სურათები



ფიგურა 1: ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება. პირის ღრუს გარშემო არსებული გამონაყარი 1 წლის ბიჭში, რომელსაც აღენიშნება ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება (HFMD). HFMD გამოწვეულია picornaviridae-ის ოჯახის ნაწლავური ვირუსების მიერ. HFMD-ის გამომწვევი ყველაზე ხშირი შტამებია კოქსსაკის A ვირუსი ტიპი A16 და ენტეროვირუსი 71 (EF-71).

ექიმი P. Marazzi/სამეცნიერო ფოტოგრაფიული ბიბლიოთეკა



ფიგურა 2: ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება. მტევანზე არსებული გამონაყარი (ვეზიკულები) 3 წლის ბიჭში, რომელსაც აღენიშნება ხელის მტევნის, ტერფისა და პირის ღრუს დაავადება (HFMD). HFMD გამომწვეულია picornaviridae-ის ოჯახის ნაწლავური ვირუსების მიერ. HFMD-ის გამომწვევი ყველაზე ხშირი შტამებია კოქსსაკის A ვირუსი ტიპი A16 და ენტეროვირუსი 71 (EF-71).

ექიმი P. Marazzi/სამეცნიერო ფოტოგრაფიული ბიბლიოთეკა

განმარტება

BMJ Best Practice განკუთვნილია ლიცენზირებული სამედიცინო პროფესიონალებისთვის. BMJ Publishing Group Ltd (BMJ) არ უწევს რეკომენდაციას იმ მედიკამენტების ან თერაპიის გამოყენებას, რომლებიც პუბლიკაციაშია ნახსენები. არ ხდება პაციენტების დიაგნოსტიკა. როგორც სამედიცინო პროფესიონალი, თქვენ გაქვთ სრული პასუხისმგებლობა პაციენტის მკურნალობაზე და უნდა გამოიყენოთ საკუთარი კლინიკური ცოდნა და ექსპერტიზა ამ რესურსის მოხმარების დროს.

ეს მასალა არ ფარავს დიაგნოსტიკის, მკურნალობის, მონიტორინგის ყველა შესაძლო მეთოდს. ყველა მედიკამენტი, უკუჩვენებები და გვერდითი მოვლენები არ არის განხილული. ასევე, მედიცინის სტანდარტები და პრაქტიკები იცვლება ახალი ინფორმაციის მოპოვებისას, ამიტომ რაც შეიძლება მეტ წყაროს უნდა იყენებდეთ. ჩვენ რეკომენდაციას ვუწევთ კონკრეტული დიაგნოზის, მკურნალობის, მონიტორინგის ინდივიდუალურ ვერიფიკაციას, რათა უზრუნველყოთ პაციენტისთვის შესაფერისი მკურნალობა თქვენს რეგიონში. ასევე, რეცეპტით გაცემული მედიკამენტების შემთხვევაში, მოწოდებულია შეამოწმოთ მედიკამენტის ბუკლერი, რომელშიც მოცემულია ჩვენებები, დოზირების სქემა და უკუჩვენებები; განსაკუთრებით თუ მედიკამენტი ახალია, იშვიათად გამოიყენება ან ვიწრო თერაპიული ფანჯარა აქვს. ყოველთვის შეამოწმეთ, არის თუ არა ნახსენები მედიკამენტი ლიცენზირებული თქვენს რეგიონში, იმავე ჩვენებისთვის და იმავე დოზით.

BMJ Best Practice ინფორმაციას განვითარებს არსებული სახით. არ არსებობს ინფორმაციის სიზუსტის ან სიახლის გარანტია ან წინაპირობა. BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას პაციენტების ამ რესურსის მიხედვით მკურნალობაზე. კანონის დაცვით, BMJ, მისი ლიცენზირების წყარო და ლიცენზირებული ერთეულები არ იღებენ პასუხისმგებლობას დაზიანებაზე, რომელიც ამ მასალის გამო აღინიშნა. გამოტოვებულია ყველა პირობა, გარანტია და სხვა დებულება, რომელიც კანონით შეიძლება იყოს გათვალისწინებული, მაგ. დამაკმაყოფილებელი ხარისხი, შესაბამისობა მიზნებთან, რაციონალური მიდგომა მომსახურებაზე და საკუთრების უფლებების დარღვევა.

იქ, სადაც BMJ Best Practice გადათარგმნილია ინგლისურიდან სხვა ენებზე, BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას თარგმანის სიზუსტესა და სანდოობაზე, ან მესამე პირების მიერ მოწოდებულ მასალებზე (მაგ. ადგილობრივი რეგულაციები, კლინიკური გაიდლაინები, ტერმინოლოგია, მედიკამენტების სახელები და დოზები). BMJ არ არის პასუხისმგებელი შეცდომებზე, რომლებიც თარგმანის და ადაპტაციის დროს მოხდა. თუ BMJ Practice მოიცავს მედიკამენტების სახელებს, დაცულია International Nonproprietary Names (rINNs) რეკომენდაციები. ზოგიერთი ფორმულარი იმავე მედიკამენტებს შეიძლება სხვა სახელით მოიხსენიებდეს.

გახსოვდეთ, რომ ფორმულა/შეყვანის გზა და დოზა შეიძლება განსხვავებული იყოს მედიკამენტების ბაზების, დასახელების და ბრენდების მიხედვით, ფორმულარის ან გეოგრაფიული ადგილმდებარეობის მიხედვით. აუცილებლად უნდა მოიმუშაოთ ადგილობრივი ფორმულარი.

BMJ Best Practice-ის რეკომენდაციები მკურნალობის შესახებ სპეციფიკურად ეხება პაციენტების ჯგუფებს. ინტეგრირებული ფორმულარის შერჩევისას სიფრთხილე გმართებთ, რადგან მკურნალობის ზოგიერთი რეკომენდაცია მხოლოდ ზრდასრულებს ეხება, პედიატრიული ფორმულარი კი შეიძლება არ უჭერდეს მხარს ბავშვებში გამოყენებას (და პირიქით). ყოველთვის შეამოწმეთ, იყენებთ თუ არა პაციენტისთვის შესაბამის ფორმულარს.

თუ BMJ Best Practice -ის თქვენი ვერსია არ არის ინტეგრირებული ადგილობრივ ფორმულარისთან, აუცილებელია ადგილობრივი ფარმაცევტული ბაზის შემოწმება მედიკამენტის შესახებ ინფორმაციის, (მაგ. უკუჩვენებების, წამალთშორისი ურთიერთქმედებების ალტერნატიული დოზირების) სანახავად.

რიცხვების ინტერპრეტაცია

მასალის ენის მიუხედავად, რიცხვები გამოსახული იქნება ინგლისური ენის სტანდარტის მიხედვით. მაგალითად, 4-ციფრიანი რიცხვი არ უნდა მოიცავდეს მძიმეს ან წერტილს; 5 ან მეტ-ციფრიანი რიცხვები უნდა მოიცავდეს მძიმეს; 1-ზე ნაკლები რიცხვები უნდა დაინერგოს მათედების გამოყენებით. იხ. ფიგურა 1, განმარტებითი ცხრილისთვის.

BMJ არ იღებს პასუხისმგებლობას რიცხვების არასწორ ინტერპრეტაციაზე, თუ რიცხვები ამ სტანდარტს აკმაყოფილებ

ეს მიღგომა შესაბამება [International Bureau of Weights and Measures Service-ის სტანდარტს](#).

ფიგურა 1 – BMJ Best Practice -ის ციფრების სტილი

5-ციფრიანი რიცხვები: 10,000

4-ციფრიანი რიცხვები: 1000

რიცხვები < 1: 0.25

ჩვენი სრული ვებგვერდი და წესები/პირობები შეგიძლიათ იხილოთ აქ: [ვებგვერდის წესები და პირობები](#).

დაგვიკავშირდით

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

კონტრიბუტორები:

// ავტორები:

Malobi I. Ogboli, MBBS, FRCP

Consultant Dermatologist

Birmingham Children's Hospital and Birmingham City Hospital, Birmingham, UK

განცხადება: MIO declares that she has no competing interests.

// რეცენზენტები:

Helen Goodyear, MBChB, MRCP, FRCPCH, MD, MMed

Consultant Paediatrician

Heartlands Hospital, Birmingham, UK

განცხადება: HG declares that she has no competing interests.

Andrew Riordan, MD, FRCPCH, MRCP, DTM&H

Consultant in Paediatric Infectious Diseases and Immunology

Royal Liverpool Children's Hospital (Alder Hey), Liverpool, UK

განცხადება: AR declares that he has no competing interests.

David Cassarino, MD, PhD

Assistant Professor

Department of Pathology and Laboratory Medicine, University of California, Los Angeles, CA

განცხადება: DC declares that he has no competing interests.

Leonid Izikson, MD

Staff Dermatologist

Department of Dermatology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

განცხადება: LI declares that he has no competing interests.

Aisha Sethi, MD

Assistant Professor of Medicine

Associate Residency Program Director, University of Chicago, Chicago, IL

განცხადება: AS declares that she has no competing interests.