

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციების (გაიდლაინები) და დაავადებათა მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2014 წლის 24 აპრილის N2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 20 დეკემბრის N01-345/ო ბრძანებით

ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში

პროტოკოლი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8. რეკომენდაციები.....	5
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	14
10. აუდიტის კრიტერიუმები	14
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	14
12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები.....	14
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	14
14. დანართები.....	15
15. პროტოკოლის ავტორები	16

დანართები და ცხრილები

დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები	15
დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები	15
დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება	16
ცხრილი №1. დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა.....	6
ცხრილი №2. დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა ბავშვებში (WHO, IMCI).....	7
ალგორითი №1. მწვავე ვირუსული დიარეის მართვა.....	13

1. პროტოკოლის დასახელება: ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
ნაწლავთა ვირუსული და სხვა დაზუსტებული ეტიოლოგიის ინფექციები	A08
როტავირუსული ენტერიტი	A08.0
მწვავე გასტროენტეროპათია, გამოწვეული ნორვოლკის აგენტით	A08.1
ადენოვირუსული ენტერიტი	A08.2
სხვა ვირუსული ენტერიტები	A08.3
ნაწლავთა ვირუსული ინფექცია, დაუზუსტებელი	A08.4
სხვა დაზუსტებული ნაწლავური ინფექციები	A08.5
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
პერიფერიული ვენაში ვენური საინექციო კატეტერის შეყვანა	PHXA39
ნაზოგასტრალური ან ნაზო-გასტროდუოდენალური ზონდის ჩადგმა	JDXX00
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში	BL.2.3.4
შარდის საერთო ანალიზი	UR7
განავლის ფიზიკური თვისებების განსაზღვრა (ფორმა, ფერი კონსისტენცია)	FA.1
განავლის ქიმიური და ბიოქიმიური გამოკვლევა	FA.2
განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევა	FA.3
განავლის საერთო ანალიზი	FA.4
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL12.1
პათოგენური ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება ბიოქიმიური ტესტების მიხედვით (ინფექციური დაავადებების გამომწვევი)	MB.2.1.1
ჰემოგლობინის და მისი შენაერთების განსაზღვრა	BL1
შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL9.1
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL9.3

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

European society for pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/European society for infectious diseases. (2008). Evidence-based guideline for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 46 (2), 81-122.

დამატებით გამოყენებულია შემდეგი წყაროები:

1. Berman's Pediatric Decision Making (2011). Acute diarrhea. fifth edition 220-225;
2. Cincinnati Children's hospital medical center. (2011) Evidence-based care guideline for prevention and management of acute gastroenteritis in children aged 2 months to 18 years NGC-8846;
3. Matson D. (2012) Prevention and treatment of viral gastroenteritis in children. UpToDate. Last literature review version;
4. Matson D (2012) Epidemiology, pathogenesis, clinical presentation and diagnosis of viral gastroenteritis in children. UpToDate. Last literature review version;
5. National Collaborating centre for Women's and children's Health. (2009). Clinical guideline. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis: diagnosis, assessment and management in Children younger than 5 years;
6. World Health Organization. (2005) Hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. 109-133;

7. Matson D. (2013) Prevention and treatment of viral gastroenteritis in children. UpToDate. Last literature review version.

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები მოცემულია დანართში №1.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ბავშვთა ასაკში (18 წლამდე) მწვავე ვირუსული დიარეის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უნიფიცირებული რეკომენდაციების დანერგვის გზით არასწორი მკურნალობის შემთხვევების აღმოფხვრა, მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა, გართულებების პრევენცია და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 2 თვიდან 18 წლამდე ასაკის (ჩვილები, ბავშვები და მოზარდები) პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ მწვავე დიარეა, ღებინებითა და ცხელებით ან მის გარეშე.

პროტოკოლი არ ითვალისწინებს შემდეგი მდგომარეობების მართვას:

- ახალშობილთა დიარეა;
- მწვავე ბაქტერიული გასტროენტერიტი;
- პერსისტიული დიარეა (ხანგრძლივობა >14 დღე);
- არაინფექციური წარმოშობის დიარეა;
- დიარეით გამოწვეული ჰიპოვოლემიური შოკი;
- ჰიპო და ჰიპერნატრიემიული დეჰიდრატაცია;
- ღებინება, რომელიც გრძელდება 24 საათზე მეტი, დიარეის გარეშე;
- დიარეის ფონური ქრონიკული დაავადება (დადასტურებული იმუნოდეფიციტი, კვების ქრონიკული მოშლა, გულის, თირკმლის პათოლოგია, დიაბეტი, ფენილკეტონურია და სხვა.)

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ოჯახის ექიმების, პედიატრების, კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტების, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის ექიმების, ანეთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგებისა და ბავშვთა გასტროენტეროლოგებისათვის.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში, სადაც პრეჰოსპიტალურ ან ჰოსპიტალურ ეტაპზე ხორციელდება შესაბამისი სერვისის მიწოდება ბავშვთა ასაკის კონტინგენტისთვის.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

დაავადების/სინდრომის განმარტება და კრიტერიუმები

მწვავე დიარეა არის განავლის კონსისტენციის შეცვლა და /ან ევაკუაციის რიცხვის ზრდა, რომელსაც შესაძლებელია ახლდეს ცხელება და ლებინება. მწვავე დიარეის დროს ფეკალიების კონსისტენცია არის თხელი სითხის მაღალი შემცველობის გამო, ხოლო დეფეკაციის რიცხვი 3 და მეტი 24 საათში, დიარეა გრძელდება 3-14 დღე. განავლის კონსისტენციის შეცვლა უფრო ინფორმატიული მახასიათებელია, ვიდრე დეფეკაციის სიხშირე, განსაკუთრებით, სიცოცხლის პირველ თვეებში.

მწვავე ვირუსული დიარეის წამყვანი ეტიოლოგიური აგენტებია: Rotavirus, Caliciviruses, Noroviruses, Astroviruses, Enteric adenoviruses, serotype 40-41, Picornaviruses.

ნოზოკომური ვირუსული დიარეის უხშირესი მიზეზია როტავირუსული ინფექცია. როტავირუსი ბავშვთა ასაკში მძიმე დიარეის ყველაზე ხშირი გამომწვევია (III). ავადობის სეზონია ოქტომბერი-მარტი, პიკური თვეები - იანვარი-მარტი.

დამადასტურებელი კრიტერიუმები:

- დეფეკაციის გახშირება (3 და მეტი 24 საათში);
- ფეკალიების კონსისტენციის შეცვლა (თხელი, წყლისებური);
- დიარეას წინ უსწრებს ან ახლავს მორეციდივე ლებინება, ცხელება, მუცლის ტკივილი;
- დიარეას ახლავს გაუწყლოების ნიშნები;
- დიარეის ხანგრძლივობა არ აღემატება 14 დღეს.

გამომრიცხავი კრიტერიუმები

- დეფეკაციის სიხშირე <3 -ზე;
- არ არის შეცვლილი კონსისტენცია;
- ინტოქსიკაციის ნიშნები;
- ნაწლავური დისფუნქციის ხანგრძლივობა აღემატება 14 დღეს;
- სისხლი, ლორწო, ჩირქი განავალში;
- დიარეას ახლავს „განგაშის ნიშნები“: შეუპოვარი ლებინება, ნაღვლის მინარევი პირნაღებ მასაში, სისხლიანი ლებინება, მუცლის დაჭიმვა, გამონაყარი, სიყვითლე, დიზურია.

კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები

ანამნეზის შეკრების დროს შეაფასეთ:

- ასაკი;
- დიარეის ხასიათი: დეფეკაციის სიხშირე, განავლის კონსისტენცია, განავალში სისხლის არსებობა, დიარეის ხანგრძლივობა;
- თანმხლები სიმპტომები: ლებინება, ცხელება, მუცლის შებერვა და ტკივილი ტენეზმებით, მუცლის ყურყური, პერიანალური ერითემა, სწორი ნაწლავის პროლაფსი;
- ჩატარებული მკურნალობა (ანტიბიოტიკებით ან სხვა პრეპარატებით);
- თანარსებული ინფექცია ან სხვა დაავადება;
- ეპიდ. სიტუაცია ქვეყანაში (სეზონი, აფეთქების კერები, კონტაქტი ვირუსული დიარეით დაავადებულთან).

ფიზიკალური გასინჯვა

ცალკე აღებულ ნებისმიერ კლინიკურ სიმპტომს დაბალი მგრძობელობა და სპეციფიურობა აქვს. კლინიკური ნიშნების მიხედვით ვირუსული და ბაქტერიული დიარეების დიფერენცირება ძნელია. ვირუსული წარმოშობის დიარეის სასარგებლოდ მეტყველებს: (4)

- ასაკი <2 წელზე;
- ზამთრის სეზონი;
- მითითება კონტაქტზე მსგავსი კლინიკური ნიშნების მქონე პირთან (ინკუბაციური პერიოდი 12 საათიდან 4 დღემდე);
- დაავადების დასაწყისი მარტო ღებინებით ან ცხელებით (19%), დიარეა მოგვიანებით ვლინდება;
- დეფეკაციის მაღალი რიცხვი (10-20 დღე-ღამეში);
- წყლისებური კონსისტენციის, გაუფერულებული ან უფერო განავალი მინარევების (სისხლი, ჩირქი, ლორწო) გარეშე;
- ექსტრანტესტინური სიმპტომები, მათ შორის თანმხლები რესპირაციული სიმპტომები (III C).

გასტროენტერიტის სიმძიმე დამოკიდებულია და განისაზღვრება დეჰიდრატაციის ხარისხით, ამიტომ გაუწყლოების ხარისხის შეფასება ყველა შემთხვევაში აუცილებელია. დეჰიდრატაციის ხარისხის არააკურატული შეფასება ურგენტული დახმარების დაგვიანების ან ზედმეტი ჩარევის მიზეზი შეიძლება გახდეს (I A). დეჰიდრატაციის სიმძიმის დადგენა ხდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე (III C). წონის დანაკარგის მიხედვით დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა არ არის სარწმუნო (VbD).

ცხრილი №1. დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა

სიმპტომი	დეჰიდრატაცია არ არის ან მსუბუქი დეჰიდრატაცია	საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაცია	მძიმე დეჰიდრატაცია
მენტალური სტატუსი	ცოცხალი, აქტიური	გალიზიანებული, აღზნებული	ლეთარგიული, უგონო მდგომარეობა
წყურვილის შეგრძნება	სვამს ჩვეულებრივ	გაძლიერებული წყურვილის შეგრძნება	უარს აცხადებს სითხის მიღებაზე, ვერ სვამს
გულისცემის სიხშირე	ნორმა	ნორმა ან გახშირებული	ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია
პულსი პერიფერიაზე	ნორმა	ნორმა, შესუტებული	შესუტებული, არ ისინჯება
სუნთქვა	ნორმა	ნორმა, აჩქარებული	ტაქიპნოე, ღრმა სუნთქვა
თვალები	ნორმა	მსუბუქად ჩაცვენილი	ჩაცვენილი
ცრემლი	არის	შემცირებული	არ არის
ლორწოვანები	სველი	მშრალი	მშრალი, ჰიპერემიული
კანის ნაოჭი (ელასტიკურობა)	სწორდება დაუყონებლივ	სწორდება <2 წამში	სწორდება >2 წამში
კაპილარული ავსება	ნორმა	გახანგრძლივებული >2 წმ	გახანგრძლივებული >2წმ
კიდურები	თბილი	გრილი	ცივი, ციანოზური ან აჭრელებული
დიურეზი	ნორმალური, შემცირებული	შემცირებული	მინიმალური

სამი ყველაზე ინფორმატიული კლინიკური ნიშანი (III C):

- კაპილარული ავსების დროის გახანგრძლივება;
- კანის ელასტიკურობა/ტურგორის დაქვეითება;
- რესპირაციული დარღვევები.

ჯანმო-ს (WHO) რეკომენდაციით, დეჰიდრატაციის ხარისხის სწრაფად შეფასება შესაძლებელია 4 კლინიკური ნიშნის საფუძველზე: (6)

- მენტალური სტატუსი;
- წყურვილის შეგრძნება;
- თვალები;
- კანის ნაოჭი (ელასტიკურობა).

ცხრილი №2. დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა ბავშვებში (WHO, IMCI)

ხარისხი	კლასიფიკაცია	კლინიკური ნიშნები
III ხარისხი	მძიმე გაუწყლოება	<p>თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა ➢ უარს აცხადებს სითხის მიღებაზე ან ვერ სვამს სითხეს ➢ თვალები ჩაცვენულია ➢ კანის ნაოჭი სწორდება ძალიან ნელა (>2 წმ)
II ხარისხი	ზომიერი გაუწყლოება	<p>თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ აგზნება, მოუსვენრობა ➢ ხარბად სვამს სითხეს ➢ თვალები ჩაცვენულია ➢ კანის ნაოჭი სწორდება ნელა (<2წმ)
I ხარისხი	მსუბუქი გაუწყლოება ან გაუწყლოების ნიშნები არ არის	ზემოთ ჩამოთვლილიდან არ არის არც ერთი ან არის მხოლოდ ერთი ნიშანი

დეჰიდრატაციის განვითარების რისკი მაღალია ბავშვებში: (5)

- 1 წლამდე ასაკში (განსაკუთრებით 6 თვემდე);
- დაბალი წონით დაბადებულ ჩვილებში;
- 5 და მეტი დიარეული ეპიზოდით წინა 24 საათში;
- 2 და მეტი ლებინების ეპიზოდით წინა 24 საათში;
- თუ დიარეის დაწყებამდე არ ან ვერ იღებდნენ დამატებით სითხეებს;
- თუ დიარეის დაწყების დროს შეწყვიტეს ძუძუთი კვება;
- მალნუტრიციის ნიშნებით.

ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები (VbD):

- 3 თვემდე ასაკი;
- ჰიპოვოლემიური შოკი;
- საშუალო სიმძიმის და მძიმე დეჰიდრატაცია;
- ნევროლოგიური დარღვევები (ლეთარგია, კრუნჩხვა);
- შეუპოვარი ლებინება;
- მაღალი ცხელება;
- ფონური დაავადებები (დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა, გულის მანკი, მალნუტრიცია);

- დეჰიდრატაციის განვითარების მაღალი რისკი;
- არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია;
- ბინაზე ადექვატური მოვლის, სოციალური და ტრანსპორტირების პრობლემები;
- ეჭვი ქირურგიულ პათოლოგიაზე.

დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ამბულატორიული მომსახურების დროს დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე. ლაბორატორიული კვლევა აუცილებელი არ არის.

კლინიკური ნიშნების და რისკ-ფაქტორების სწორად შეფასება უმეტეს შემთხვევაში საკმარისია ვირუსული და ბაქტერიული დიარეების გასამიჯნად. დამატებით შესაძლებელია განავლის საერთო ანალიზის შესწავლა. განავალში ლეიკოციტების აღმოჩენის შემთხვევაში ვირუსული წარმოშობის დიარეის აღბათობა დაბალია.

ჰოსპიტალური მომსახურების დროს ლაბორატორიული კვლევა რუტინულად არ ტარდება. კლინიკური ნიშნების მიხედვით, შესაძლებელია შემდეგი კვლევების ჩატარება:

პირველ 4 საათში:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ჰემატოკრიტი;
- განავლის PH (თუ შესაძლებელია) და საერთო ანალიზი (PH<6 მიუთითებს ნახშირწყლების მაღალბორბციაზე, რაც ტიპურია ვირუსული დიარეისთვის, მიკროსკოპული ცვლილებები არატიპურია) (4);
- სისხლის ელექტროლიტები (დეჰიდრატაცია უხშირესად იზონატრიემიულია).

ელექტროლიტების განსაზღვრის ჩვენება: (5)

- ფიზიკალური გასინჯვის შედეგების შეუსაბამობა დეჰეკაციის სიხშირესთან;
- მძიმე დიარეა;
- ჰიპერნატრიემიულ დეჰიდრატაციაზე ეჭვი;
- ინფუზური თერაპიის აუცილებლობა (დაწყების წინ და დროს) (Vb D);
- მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა და სისხლის გაზები (თუ სახეზეა ან მოსალოდნელია ჰიპოვოლემიური შოკი) (III C).

პირველ 24 საათში, საჭიროების მიხედვით:

- შარდის საერთო ანალიზი;
- სისხლში ელექტროლიტების კონცენტრაციის განსაზღვრა (თუ იგეგმება ან ტარდება ინფუზური თერაპია) (Vb D);
- სისხლის შრატში კრეატინინი, შარდოვანა, გლუკოზა.

პირველ 3 დღეში, საჭიროების მიხედვით:

- ქირურგის, გასტროენტეროლოგის, ინფექციონისტიკის კონსულტაცია.

მკურნალობა

რეჰიდრატაციული თერაპია

- რეჰიდრატაცია I რიგის სამკურნალო ღონისძიებაა (I A);

- თუ ბავშვს შეუძლია სითხის დაღვევა, ინტრავენური რეჰიდრატაცია არ არის რეკომენდებული. იმ შემთხვევაში, თუ ორალური რეჰიდრატაცია ვერ ხერხდება, ნაჩვენებია ენტერალური რეჰიდრატაცია ნაზოგასტრალური ზონდით (I A) (1,2).
- ბავშვებში დაბალი ოსმოლარობის ორალური სარეჰიდრატაციო მარილი (გლუკოზა 111, Na + 50-60, K + 20, ქლორი 60-70, ციტრატი 30, ოსმოლარობა 251 მმოლ/ლ) უფრო ეფექტურია სტანდარტულ ოსმ-თან შედარებით (I A).

ინტრავენური რეჰიდრატაციის ჩვენებები: (5)

- ჰიპოვოლემიური შოკი დადასტურებული ან მოსალოდნელი;
- პერსისტიული ღებინება, რაც შეუძლებელს ხდის ორალურ და ნაზოგასტრალურ რეჰიდრატაციას;
- არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია.

რეჰიდრატაციისათვის აუცილებელი სითხის რაოდენობის გამოთვლა:

1. მსუბუქი გაუწყლოების ან გაუწყლოების ნიშნების არარსებობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ორალური რეჰიდრატაცია 10 მლ/კგ ოსმ ყოველი დიარეული ეპიზოდის შემდეგ და 2 მლ/კგ ყოველი ღებინების შემდეგ (2,5). ოსმს-ის რაოდენობის გამოთვლა შესაძლებელია უფრო მარტივად: 10 კგ-მდე წონის ბავშვს უნდა მისცეთ 60-120 მლ, ხოლო 10კგ-ზე მეტი წონის ბავშვს - 120-240 მლ ყოველი ღებინების ან დიარეული ეპიზოდის შემდეგ, ყლუპ-ყლუპით 2-3 წთ-ის შუალედებით, ვიდრე არ ალაგდება დიარეა (2). ოსმ-ის მაქსიმალური რაოდენობაა 100 მლ/კგ/დღე-ღამეში.(5)
2. ზომიერი გაუწყლოების დროს ორალური რეჰიდრატაცია ტარდება 2-4 საათის განმავლობაში 75-100 მლ/კგ (საშუალოდ 50მლ/კგ) ოდენობით. ამის შემდეგ ხელმეორედ ფასდება პაციენტის ზოგადი მდგომარეობა, დეჰიდრატაციის ხარისხი და მიიღება ახალი გადაწყვეტილება. თუ ბავშვი უარს ამბობს საჭირო რაოდენობის ოსმ-ის მიღებაზე და არ არის „განგაშის ნიშნები“, შესაძლებელია, მისთვის ჩვეული სითხის დამატებით მიცემა (რძე, წყალი, მაგრამ არა ხილის დამტკბარი წვენები ან ტკბილი სასმელები). (5)
3. მძიმე გაუწყლოების (სავარაუდო ან მოსალოდნელი ჰიპოვოლემიური შოკის) დროს:
 - აუცილებელია სწრაფად (1-2 საათი) განახორციელოთ ინტრავენური რეჰიდრატაცია 20 მლ/კგ რინგერის ლაქტატით ან იზოტონური ხსნარით, მოცირკულირე სითხის რაოდენობის სწრაფად შევსების მიზნით. გლუკოზის 5% ხსნარით რეჰიდრატაცია არ არის რეკომენდებული; (5)
 - რეკომენდებულია განმეორებით 20 მლ/კგ სითხის ინფუზია, თუ გულისცემის სიხშირის, სისხლის წნევის და მენტალური სტატუსის ნორმალიზაცია არ მოხდა. შემდეგ კვლავ ფასდება დეჰიდრატაციის სტატუსი და მიიღება ახალი გადაწყვეტილება რეჰიდრატაციის პერორალური ან პარენტერული გზით გაგრძელების შესახებ; (5)
 - განიხილეთ კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტის ჩართვა ან რეფერალი შესაბამისი შესაძლებლობის მქონე დაწესებულებაში, თუ მეორე ინფუზიის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება; (5)
 - თუ სტაბილიზაცია მიღწეულია პაციენტებში, რომელთაც ინიციალურად ჰქონდათ სავარაუდო ან მოსალოდნელი ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები, გააგრძელეთ ინფუზია 24 საათზე გათვლილი სადღეღამისო მოთხოვნილების შესაბამისი და დამატებით, სითხის

დეფიციტის შესავსებად, 100 მლ/კგ ოდენობის საინფუზიო სითხით (რინგერის ლაქტატით ან იზოტონური ხსნარით); (5)

- პაციენტებში, მძიმე დეჰიდრატაციით, რომლებსაც არჰქონდათ სავარაუდო ან მოსალოდნელი შოკის ნიშნები, სითხის დეფიციტის შესავსებად სითხეზე სადღეღამისო მოთხოვნილებას ემატება 50მლ/კგ. საინფუზიო ხსნარი; (5)
- ინფუზიური თერაპიის დროს აუცილებელია პლაზმის ელექტროლიტების, შარდოვანას, კრეატინინისა და გლუკოზას მონიტორინგი; კალიუმის ინტრავენური კორექცია დასაშვებია მხოლოდ მისი კონცენტრაციის განსაზღვრის შემდეგ; (5)
- ჰიპერნატრემიულ დეჰიდრატაციაზე ექვი ჩნდება, თუ ვლინდება უნებლიე მოძრაობები, კუნთთა ტონუსის მატება, ჰიპერრეფლექსია, კრუნჩხვა, ცნობიერების დაბინდვა ან კომა. (5) ჰიპერნატრემიული დეჰიდრატაციის შემთხვევაში, განიხილეთ კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტის ჩართვა ან რეფერალი შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში.
- ინტრავენური რეჰიდრატაციის ნებისმიერ ფაზაში, როგორც კი პაციენტი შეძლებს ორალურად სითხის მიღებას, დამატებით მიეცით ოსმ 5 მლ/კგ სთ-ში. ორალური რეჰიდრატაციისადმი ტოლერანტობის დროს ნაჩვენებია ინტრავენური რეჰიდრატაციის შეწყვეტა და ორალურ რეჰიდრატაციაზე გადასვლა. (5) (I A)

ორალური ან პარენტერალური რეჰიდრატაციული თერაპიის ჩატარების შემდეგ, თუ არსებობს დეჰიდრატაციის ხელმეორედ განვითარების რისკი, ყოველი დიარეული ეპიზოდის შემდეგ ნაჩვენებია 5 მლ/კგ ოსმ.

კვების რეკომენდაციები

- რეჰიდრატაციული თერაპიის დროს ექსკლუზიური ძუძუთი კვება შეუფერხებლად გრძელდება. გამართლებულია ძუძუთი კვება უფრო ხშირად და ხანგრძლივად. ყველა სხვა შემთხვევაში, რეჰიდრატაციული თერაპიის დაწყებიდან არაუგვიანეს 4-6 საათის შემდეგ უნდა გაგრძელდეს კვება (I A).
- ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ჩვილებისთვის ფორმულის განზავება და კონცენტრაციის თანდათან მატება არ არის რეკომენდებული.
- ულაქტოზო ან ანტიდიარეული ფორმულით ჩანაცვლება არ არის აუცილებელი (I A).
- მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაციის დროს პაციენტის კვება უნდა გაგრძელდეს ასაკის შესაბამისი საკვებით. იზღუდება უჯრედისის უხვად შემცველი პროდუქტები და ძნელად მოსანელებელი ნახშირწყლების შემცველი სასმელები (III C).
- რძის მჟავე პროდუქტები მნიშვნელოვნად აღმჯობესებს კლინიკურ სიმპტომებს.
- ჩვილებსა და ბავშვებში რეკომენდებულია ერთი დამატებითი კვება დიარეული დაავადების დროს და მის შემდეგ, სულ მცირე 2 კვირის განმავლობაში.

ფარმაკოლოგიური თერაპია

ეტიოტროპული მკურნალობა

ვირუსული დიარეა ეტიოტროპულ მკურნალობას არ საჭიროებს.

სიმპტომური თერაპია

ანტიპირეტული მკურნალობა. ცხელების დროს I რიგის პრეპარატია აცეტამინოფენი 10-15მგ/კგ არაუმეტეს 60მგ/კგ/24 საათში. ალტერნატიული საშუალებაა იბუპროფენი 6 თვის ასაკიდან 5-10მგ/კგ არაუმეტეს 40მგ/კგ 24 საათში.

ანტიემეტური (ღებინების საწინააღმდეგო) საშუალებები ვირუსული დიარეის ფონზე განვითარებული ღებინების დროს რუტინულად არ გამოიყენება. მძიმე შეუპოვარი ღებინების შემთხვევაში 5-HT₃ სეროტონინის ანტაგონისტი ონდანსეტრონი აუმჯობესებს ორალური რეჰიდრატაციის შესაძლებლობას, მაგრამ უარყოფითად მოქმედებს დეფეკაციის სიხშირეზე, ზრდის QT ინტერვალს და ფინანსურად გაუმართლებელია. 4 წლამდე ასაკის პაციენტებში ონდანსეტრონის ეფექტურობა შესწავლილი არ არის. ის უკუნაჩვენებია გულის დაავადებების, რითმის დარღვევის, ჰიპოკალიემიის და ჰიპომაგნიემიის შემთხვევაში. ონდანსეტრონის ერთჯერადი დოზა 1 თვის ასაკიდან შეადგენს 0,15-0,3 მგ/კგ-ზე, არაუმეტეს 16 მგ 24 საათში, ინტრავენურად.

დოპამინური რეცეპტორების ანტაგონისტების ეფექტურობა საკამათოა: მეტაკლოპრამიდი 0,4-0,8 მგ/კგ/24 საათში 4 მიღებაზე. დომპერიდონი 0,25-0,5 მგ/კგ 3-4-ჯერ. მაქსიმალური დოზა 2,4მგ/კგ.

ადსორბენტები რუტინულად არ გამოიყენება. დასაშვებია სმექტიტის (დიოსმექტიტი, სმექტა) (II B) გამოყენება. გააქტივებული ნახშირი არ არის რეკომენდებული ბავშვთა ასაკში.

პრობიოტური საშუალებები ამცირებს დიარეის ხანგრძლივობას, ყველაზე ეფექტური პრობიოტიკებია Lactobacillus GG (I A) და Sacharomyces bulardii (II B). პრობიოტიკებით მკურნალობა რეკომენდებულია დაიწყოს მაქსიმალურად ადრე. lactobacteria GG, მინიმუმ 10 მილიონი ერთეულის ოდენობით, როტავირუსული ინფექციის დროს ამცირებს დიარეის გახანგრძლივების რისკს და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობას. მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს 5-7 დღეს.

ფერმენტული პრეპარატები რუტინულად არ გამოიყენება.

ანტიდიარეული პრეპარატები მწვავე დიარეის დროს ბავშვთა ასაკში არ გამოიყენება (II B).

ცინკის პრეპარატები რუტინულად არ გამოიყენება და გამართლებულია მხოლოდ მალნუტრიციის დროს (III C) (6)

პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები

ჩვეულებრივ გაუმჯობესება ხდება 1-2 დღეში. დიარეა გრძელდება 3-7 დღე, ღებინება 1-2 დღე.

დადებით დინამიკაზე მიუთითებს:

- ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება;
- დამაკმაყოფილებელი ჰიდრატაცია მიღწეულია, რაც დასტურდება წონის მატებით და/ან კლინიკური სტატუსით;
- სითხის ორალური მიღება ექვივალენტურია და აღემატება დანაკარგებს;
- ინტრავენური ან ენტერალური რეჰიდრატაციის საჭიროება აღარ არის;
- არ არის ცხელება.

უარყოფით დინამიკაზე მიუთითებს:

- დიარეის გახანგრძლივება (>7 დღეზე);
- ჰიპოვოლემია/არასტაბილური ცირკულაცია;
- ჰიპოკალიემია;
- ჰიპერნატრიემიული დეჰიდრატაცია;

- პოტენციურად საშიში გართულებები: კრუნჩხვა, ჰიპოტონია, ჰემატემეზისი ან ჰემატოხეზია, ანურია;
- მეორადი ბაქტერიული ინფექციები (პნევმონია, ოტიტი, საშარდე გზების ინფექცია).

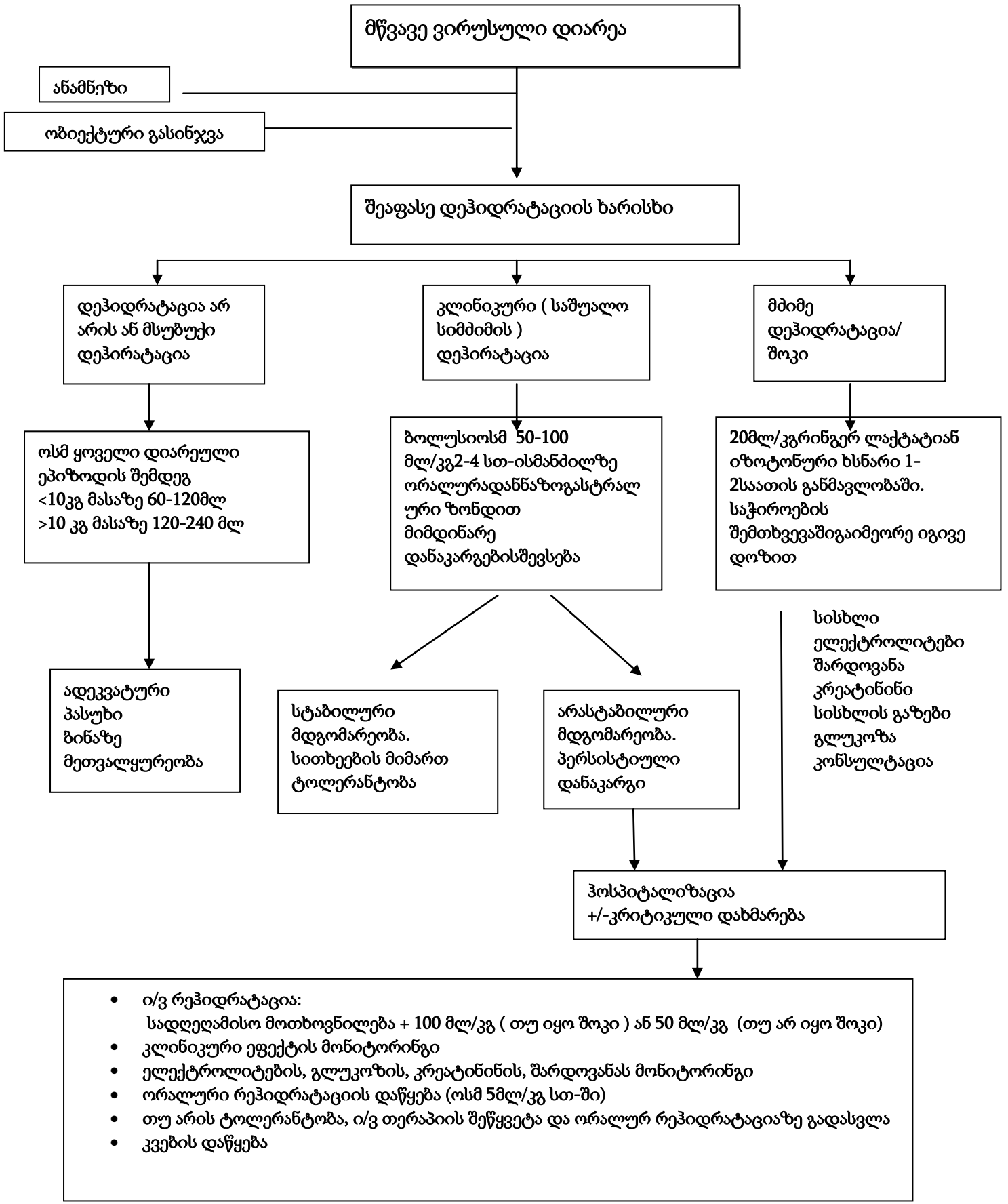
მონიტორინგის სამიზნეები

ზოგად მდგომარეობა, დეჰიდრატაციის ხარისხი, წონა, პერიფერიული სისხლის სურათი, ელექტროლიტური ბალანსი.

ჰოსპიტლიდან გაწერის ჩვენებები: (VbD) (5)

- დამაკმაყოფილებელი ჰიდრატაცია (კლინიკური მდგომარეობა და/ან წონის ნამატი);
- პარენტერალური რეჰიდრატაციის საჭიროება არ არის;
- ორალური მიღება აღემატება დანაკარგს;
- სამედიცინო მეთვალყურეობის ან სატელეფონო კავშირის გაგრძელების შესაძლებლობა
- ბინაზე;
- მშობლების უნარი მართონ ბავშვი ბინაზე (ჰიგიენა, ორალური რეჰიდრატაცია, საშიშროების ნიშნების ამოცნობა).

ალგორითმი №1. მწვავე ვირუსული დიარეის მართვა



9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია მედიკამენტების, მათ შორის ანტიბიოტიკების არასწორი მოხმარებისა და ინფუზური თერაპიის გამოყენების შემცირება, გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში მსუბუქი დიარეის გამო მიმართვიანობის, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებისა და სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება. ეს ყველაფერი დადებითად აისახება ვირუსული დიარეის მართვის ხარისხზე, გამოსავალსა და ხარჯეფექტურობაზე.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას მწვავე ინფექციური დიარეით?
- ინფექციური გასტროენტერიტის შემთხვევებიდან რამდენი % მოდის ვირუსული დიარეის წილზე?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა ამბულატორიულად?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში?
- სხვა დაწესებულებებში რეფერალის მაჩვენებელი (%).
- ინფუზური თერაპიის მაჩვენებელი (%).
- ანტიბიოტიკების გამოყენების მაჩვენებელი (%).
- ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები (%).
- ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა (საწოლდღეები).
- დიარეის კლინიკური მიმდინარეობის ხანგრძლივობა.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ.

12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები იხილეთ დანართში №2.

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია:

- პროტოკოლის ბეჭდური ვარიანტის გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში;
- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგება;
- პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის მონიტორინგი კლინიკური აუდიტის (დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლის სამსახურის) მიერ.

14. დანართები

დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები

სარწმუნოების დონე	რეკომენდაციის ხარისხი
<p>I. ეფუძნება ≥ 1 თანამედროვე დიზაინის რანდომიული კონტროლირებადი კვლევის სისტემურ მიმოხილვას;</p> <p>II. ეფუძნება ≥ 1 სათანადო დიზაინის დამაკმაყოფილებელი მოცულობის რანდომიულ კონტროლირებად კვლევას;</p> <p>III. ეფუძნება კარგი დიზაინის არარანდომულ ან კოჰორტულ ან შემთხვევა-კონტროლის კვლევას;</p> <p>IV. ეფუძნება >1 კვლევითი ცენტრის ან მკვლევართა ჯგუფის თანამედროვე დიზაინის არაექსპერიმენტულ კვლევას;</p> <p>Va. დარგის ექსპერტთა კლინიკური გამოცდილება და მოსაზრება;</p> <p>Vb. თვალსაჩინო კლინიკური კვლევა ან ექსპერტული კომიტეტების დასკვნა.</p>	<p>A. ძლიერი რეკომენდაცია გამყარებული I დონის მტკიცებულებით;</p> <p>B. ძლიერი რეკომენდაცია გამყარებული II დონის მტკიცებულებებით;</p> <p>C. საშუალო სიძლიერის რეკომენდაცია. ეყარება III დონის მტკიცებულებებს და კლინიკურ აქტივობას</p> <p>D. სუსტი რეკომენდაცია ეყარება IV-V დონის მტკიცებულებებს და/ან მიღებულია კონსენსუსის გზით.</p>

დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
პედიატრი, ოჯახის ექიმი ანთეუზიოლოგ-რეანიმატოლოგი, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის ექიმი, კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი	ამბულატორიული და/ან ჰოსპიტალური პაციენტების მართვა; დიარეით მიმდინარე არაინფექციური დაავადებების დიფ. დიაგნოზი;	სავალდებულოა
ბავშვთა ქირურგი/ზოგადი ქირურგი, ინფექციონისტი	ქირურგიული პათოლოგიის გამორიცხვა, ინფექციური დაავადებების დიფ. დიაგნოზი	სასურველია
ექთანი	მანიპულაციების შესრულება;	სავალდებულოა
რეგისტრატორი	პაციენტების აღრიცხვა; სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა; პაციენტის გამომახების უზრუნველყოფა	სასურველია
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; პროტოკოლის დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	სასურველია
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულოა
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
კლინიკური, ბიოქიმიური და ლაბორატორიული კვლევების სერვისის უზრუნველყოფა	სისხლის, შარდის, განავლის ანალიზი. დიაგნოზის დადასტურება, გართულებების რისკების შეფასება, ეფექტური მართვა.	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება

წყარო გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
ორიგინალურ გაიდლაინში ვირუსული დიარეის კლინიკურ ნიშნებში მითითებულია: ღებინება, რომელიც წინ უსწრებს დიარეას და თანმხლები რესპირაციული სიმპტომები.	დაზუსტებულია რომელი ანამნეზური და კლინიკური ნიშნები მიუთითებს დიდი ალბათობით ვირუსულ დიარეაზე	ვირუსული დიარეის ანამნეზური და კლინიკური მახასიათებლების დაზუსტება და შევსება მოხდა დამატებითი წყაროებიდან - 3,4
გასტროენტერიტის სიმძიმე დამოკიდებულია და განისაზღვრება დეჰიდრატაციის ხარისხით. დეჰიდრატაციის სიმძიმის დადგენა ხდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე. სამი ყველაზე ინფორმატიული კლინიკური ნიშანია: კაპილარული ავსების დროის გახანგრძლივება, კანის ელასტიურობა/ტურგორის დაქვეითება, რესპირაციული დარღვევები.	დეჰიდრატაციის ხარისხის სწრაფი შეფასება შესაძლებელია ოთხი კლინიკური ნიშნის საფუძველზე: მენტალური სტატუსი, წყურვილის შეგრძნება, ჩაცვნილი თვალები, კანის ნაოჭი (ელასტიურობა).	გაიდლაინში არ არის დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრის მეთოდოლოგია, ამიტომ დამატებითი წყაროდან და აგრეთვე ჯანმო-ს რეკომენდაცია, რომელიც საქართველოში უკვე რამდენიმე წელია დანერგილია პროექტის IMCI მიხედვით.
გაიდლაინში მითითებულია ლაბორატორიული კვლევის ჩვენებები.	პროტოკოლში მითითებულია კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევის ვადები (4 სთ, 24 სთ, 3 დღე) და თანმიმდევრობა	არ არის მითითებული კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევის ვადები. ავტორთა ჯგუფის მიერ შეიქმნა კვლევების ჩამონათვალი საათების მიხედვით.
რეჰიდრატაცია I რიგის სამკურნალო ღონისძიებაა. თუ ბავშვს შეუძლია სითხის დალევა, ინტრავენური რეჰიდრატაცია არ არის რეკომენდებული. იმ შემთხვევაში თუ ორალური რეჰიდრატაცია ვერ ხერხდება, ნაჩვენებია ენტერალური რეჰიდრატაცია ნაზოგასტრალური ზონდით.	პროტოკოლში დეტალურად აღწერილია ორალური რეჰიდრატაციის პრინციპები	გაიდლაინში არ არის დეტალურად აღწერილი ორალური რეჰიდრატაციის პრინციპები, ამიტომ გამოყენებული იქნა დამატებითი წყაროები 2, 5 და 6
გაიდლაინში მოცემულია პარენტერული რეჰიდრატაციის ჩვენებები.	პროტოკოლში დეტალურად აღწერილია პარენტერული რეჰიდრატაციის პრინციპები	გაიდლაინში არ არის დეტალურად აღწერილი პარენტერული რეჰიდრატაციის პრინციპები, ამიტომ გამოყენებული იქნა დამატებითი წყარო 6
გაიდლაინს არ ახლავს ალგორითმი	პროტოკოლში ალგორითმი დართულია	ალგორითმი აღებულია დამატებითი წყაროებიდან
გაიდლაინში არ არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტლიდან გაწერის ჩვენებები.	პროტოკოლში არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტლიდან გაწერის ჩვენებები.	მონაცემები აღებულია დამატებითი წყაროებიდან 1, 5

15. პროტოკოლის ავტორები

- **ციცინო ფარულავა** – მედიცინის დოქტორი (პედიატრია, ბავშვთა გასტროენტეროლოგია), შპს "ბავშვთა ახალი კლინიკის" სამედიცინო მომსახურების ხარისხის კონტროლის სპეციალისტი;
- **მაია ჩხაიძე** – მედიცინის დოქტორი, (პედიატრია, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინა, კრიტიკული მედიცინა), შპს "ბავშვთა ახალი კლინიკის" სამედიცინო დირექტორი;
- **დავით ფრუიძე** – მედიცინის დოქტორი (კრიტიკული მედიცინა);
- **ია ხურცილავა, ნათია ცირდავა** - ტექნიკური დახმარება.