

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

ახალშობილთა არაინფექციური დიარეის მართვა

პროტოკოლი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: ახალშობილთა არაინფექციური დიარეის მართვა.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	4
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	5
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	5
8. რეკომენდაცია.....	5
9. მოსალოდნელი შედეგები.....	18
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	18
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	19
12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი.....	19
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	19
14. დანართები.....	19
15. პროტოკოლის ავტორები.....	21

დანართები, ცხრილები და ალგორითმები

დანართი №1. მტკიცებულების დონეებისა და რეკომენდაციის ხარისხების განმარტება.....	19
დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი.....	20
დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება.....	20
ცხრილი №1. ოსმოსური და სეკრეტორული დიარეით მიმდინარე დაავადებები.....	7
ცხრილი №2. გაუწყლოების ანუ დეჰიდრატაციის კლასიფიკაცია სიმძიმის მიხედვით (1,8).....	13
ალგორითმი №1. სეკრეტორული მექანიზმით გამოწვეული თანდაყოლილი დიარეის დიაგნოსტიკა (პანელი A).....	8
ალგორითმი №2. ოსმოსური მექანიზმით გამოწვეული თანდაყოლილი დიარეის დიაგნოსტიკა.....	9
ალგორითმი №3. სტეატორეა.....	10
ალგორითმი №4. ადრეული და საწყისი და დამოკიდებულება სრულ პარენტერულ კვებაზე.....	11
ალგორითმი №5. სეკრეტორული მექანიზმით განპირობებული დიარეის დიაგნოსტიკა (პანელი B).....	12
ალგორითმი №6. ბავშვებში ქრონიკული დიარეის შეფასება და კლასიფიკაცია.....	16

1. პროტოკოლის დასახელება: ახალშობილთა არაინფექციური დიარეის მართვა

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
არაინფექციური ნეონატალური დიარეა	P.78.3
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
პერიფერიულ ვენაში ვენური საინექციო კათეტერის შეყვანა	PHXA39
ცენტრალური ვენური კათეტერის ჩაყენება გარეთა ან შიგნითა საუღლე ვენიდან	PHXA30
ნაზოგასტრალური ან ნაზო-გასტროდუოდენალური ზონდის ჩადგმა	JDXX00
სხეულის ტემპერატურის დინამიკა	WNFA00
გასტროსკოპია ბიოფსიასთან ერთად	JDE005
კუჭის და 12-გოჯა ნაწლავის რენტგენოგრაფია	JDDB1A
მუცლის ღრუს ქვედა ნაწილის ულტრაბგერითი გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე	JXDE2A
მუცლის ღრუს ზედა ნაწილის მაგნიტურ-რეზონანსური გამოკვლევა	JXDG1B
პარენტერულ კვება	WAB100
ბალანსირებული ანესთეზია	WAA408
ოფლის ტესტი	QXFB00
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში	BL.2.3.4
განავლის საერთო ანალიზი	FA.4
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება	MB.2
ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში	BL.14
შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.1
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.3
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL.12.1
განავლის ქიმიური და ბიოქიმიური გამოკვლევა	FA.2
ნეიტრალური ცხიმის განსაზღვრა განავალში	FA.3.5
საერთო ცილის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.7.1
ცილის ფრაქციების განსაზღვრა სისხლის პლაზმაში (შრატში) (ალბუმინი, გლობულინები: ალფა, ბეტა, გამა)	BL.7.2.1
ასპარტატამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.1
ალანინამინოტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.2
გამაგლუტამილტრანსფერაზის განსაზღვრა სისხლში	BL.11.2.3
ბილირუბინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.10.1
ტუტე ფოსფატაზის განსაზღვრა სისხლის უჯრედებში	BL.5.6
ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა	HR.1
თირკმლის და თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონების განსაზღვრა	HR.5
თიროქსინის თავისუფალი ფრაქციის განსაზღვრა სისხლში	HR.1.3

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი ძირითადად ეფუძნება 2 წყაროს:

1. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for Management of acute Gastroenteritis in Children in Europe. J PGN, 46:s81- s122, 2008
2. Terrin G., Tomaiuolo R., Passatiello A. et al. Congenital Diarrheal Disorders: An Updated Diagnostic Approach. International J of Molecular Sciences 2012, 13(4), 4168-4185

ასევე, გამოყენებულია შემდეგი ლიტერატურა:

3. Harris B/, Pietroni M., Approach to the Child With Acute Diarrhea in Developing Countries Official reprint from UpToDate, www.uptodate.com, 2012
4. Kellermayer R., Shulman I. Approach to the Diagnosis of Chronic Diarrhea In Children in Developed Countries, Official reprint from UpToDate, www.uptodate.com, 2014
5. Kellermayer R., Shulman I., Overview of the Causes of Chronic Diarrhea in Children, Official reprint from UpToDate, www.uptodate.com, 2014
6. Pecache N., Patole S. Hagan R., et al. Neonatal Congenital Microvillus Atrophy. Postgrad med J, 2004, 80:80-83
7. Pasariello a., Terrin G., Baldassarre M.E., et al. Diarrhea in Neonatal Intensive Care Unit. World J of Gastroenterology, 2010 June 7, 16(21):2664-2668
8. World Gastroenterology Organization (WGO). WGO Practice Guideline: Acute Diarrhea. Munich, Germany, WGO; 2008 Mar, 28p.

ბ) პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია. მტკიცებულების დონეებისა და რეკომენდაციის ხარისხების განმარტება მოცემულია დანართში №1.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ახალშობილებში არაინფექციური დიარეის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უნიფიცირებული რეკომენდაციების დანერგვის გზით დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა, გართულებების პრევენცია და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 0-დან 28 დღემდე ასაკის ახალშობილებს, არაინფექციური ეტიოლოგიის მწვავე და ქრონიკული დიარეით. პროტოკოლი არ ითვალისწინებს:

- ინფექციური დიარეის მართვას;
- არაინფექციური დიარეის მართვას ახალშობილების გარდა, ბავშვების სხვა ასაკობრივ ჯგუფში;
- ახალშობილთა დიარეის მართვას ზოგადი ან ცალკეული სისტემის (მაგ: საშარდე გზების, ყურის და ან სხვა) ინფექციების დროს;
- თანდაყოლილი პერსისტიული (ქრონიკული) დიარეით მიმდინარე ცალკეული დაავადების მკურნალობას;

- პარენტერული კვების ჩატარების რეკომენდაციებს;
- ჰიპოვოლემიური შოკის მართვას.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია სამშობიაროს და საავადმყოფოს ნეონატოლოგიური განყოფილების ექიმებისთვის, პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ექიმებისთვის (პედიატრებისა და ოჯახის ექიმებისთვის).

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება პაციენტის სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისთანავე ან ჰოსპიტალიზაციისთანავე.

8. რეკომენდაცია

დაავადების განსაზღვრება

დიარეის განსაზღვრება ახალშობილებში განსხვავდება სხვა ასაკობრივი ჯგუფისგან. ბავშვებში ის განისაზღვრება, როგორც განავლის კონსისტენციის (თხელი ან სითხის შემცველი) და/ან ევაკუაციის სიხშირის (24სთ >3-ზე) მომატება ცხელებითა და ლებინებით ან მის გარეშე.(1). დიარეა ახალშობილებში არის დეფეკაციის ჩვეული სიხშირის და განავლის კონსისტენციის შეცვლა. დეფეკაცია ხდება უფრო ხშირი, უხვი, სითხის შემცველი განავლით. ახალშობილთა დიარეა შეიძლება განისაზღვროს, როგორც სითხისა და ელექტროლიტების კარგვა განავლით.

ნეონატალური ასაკი და დიარეა ორი უმთავარესი ფაქტორია, რომელიც განაპირობებს პედიატრიულ ლეტალობას. სითხის ჰომეოსტაზის რეგულირებისა და იმუნური პასუხის უმწიფრობის გამო, ახალშობილთა დიარეის დროს გართულებები გაცილებით ხშირად ვითარდება. აუცილებელია, ადრეული დიაგნოზი და დროული მკურნალობა, რადგანაც დიარეის დროს შეიძლება სწრაფად განვითარდეს სიცოცხლისათვის საშიში დეჰიდრატაცია და მალნუტრიცია. (1,2, 7,8).

კლასიფიკაცია

დიარეა არის მწვავე და ქრონიკული. მწვავეა, თუ ის იწყება უეცრად ჭარბი, თხელი, სითხის შემცველი >10 მლ/კვ/დღეში განავლით და მისი ხანგრძლივობა არ აღემატება 14 დღეს. დეფეკაცია ქრონიკულია ან პერსისტული, თუ ის გრძელდება 14 დღეზე მეტ ხანს.

ეტიოლოგია

დიარეის მიზეზები მრავალგვარია და იყოფა ორ კატეგორიად: ინფექციურ და არაინფექციურ მიზეზებად. დიარეა მეტწილად ინფექციური გენეზისაა, რომელიც ნაწლავების მიკროორგანიზმებით ინვაზიის შედეგად ვითარდება.

არაინფექციური დიარეა

ახალშობილებში შეიძლება იყოს მწვავე და პერსისტული (თანდაყოლილი ქრონიკული დიარეა).

დამადასტურებელი კრიტერიუმები:

- დეფეკაციის ჩვეულებრივზე მეტად გახშირება;
- ფეკალიების კონსისტენციის შეცვლა (თხელი, უხვი წყლის შემცველი, შესაძლებელია სისხლის შემცველიც, მაგალითად, რძის პროტეინის ალერგიის დროს);
- დიარეას ახლავს გაუწყლოების ნიშნები.

გამომრიცხავი კრიტერიუმები:

- არ არის შეცვლილი განავლის კონსისტენცია.
- დეფეკაცია ძუძუთი კვების დროს, ყოველი კვების შემდეგ თხელი განავლით.

სპეციალისტთა კონსულტაციები:

- ინფექციონისტი-საჭიროებისას ინფექციის გამორიცხვის შემთხვევაში;
- ენდოკრინოლოგი-საჭიროებისას ქრონიკული დიარეის დროს;
- ალერგოლოგი-საჭიროებისას ძროხის რძის ცილასა და სოიოს ცილაზე ალერგიის დროს;
- ქირურგი -საჭიროებისას ქრონიკული დიარეის დროს;
- გენეტიკოსი-საჭიროებისას ქრონიკული დიარეის დროს.

მწვავე და ქრონიკული არაინფექციური დიარეით ახალშობილებში მიმდინარეობს სხვადასხვა ეტიოლოგიისა და პათოგენეზის მრავალი დაავადება.

არაინფექციური დიარეის მიზეზები:

1. დიეტური ფაქტორები: ახალშობილის ჭარბი ან არარეგულარული კვება, ძუძუთი კვების დროს დედის მიერ საკვებით მიღებული სხვადასხვა შეუსაბამო, უხარისხო საკვები, მედიკამენტი (საფაღარათო საშუალებები, ანტიბიოტიკები და სხვა), ზედმეტად კონცენტრირებული საკვები ფორმულა და სხვა.
2. ძროხის რძის და სოიოს აუტანლობა ახალშობილებში.
3. დედის მიერ მოხმარებული ნარკოტიკების მოხსნის სინდრომი.
4. ფოტოთერაპიის, ანტიბიოტიკების გვერდითი მოვლენები.
5. ნაწლავის ანატომიური დეფექტები: ნაწლავთა მალროტაცია, ჰირშპრუნგის დაავადება და სხვა.
6. მალაბსორბციით მიმდინარე ნივთიერებათა ცვლის თანდაყოლილი და მემკვიდრული დაავადებები, რომლებიც მიმდინარეობენ თანდაყოლილი პერსისტიული (ქრონიკული) დიარეით.
7. ჰორმონული დისფუნქცია (ენდოკრინოპათია-მაგ: ჰიპერთირეოიდიზმი, ადრენოგენიტალური სინდრომი, პერმანენტული შაქრიანი დიაბეტი და სხვა).
8. ნეონატალური ანენდოკრინოზი.
9. ნეონატალური წითელი მგლურა.
10. ენტეროპათიური აკროდერმატიტი.
11. იმუნური დეფიციტით მიმდინარე დაავადებები.
12. ნეიროენდოკრინული სიმსივნეები.
13. სხვა მიზეზები.

ახალშობილებში ქრონიკული დიარეა ან, როგორც მათ უწოდებენ თანდაყოლილი დიარეული დარღვევები მემკვიდრული ენტეროპათიების ჯგუფია, რომელთა ტიპური დასაწყისია ახალშობილობის ან ჩვილობის პერიოდი. ბავშვები ამ პათოლოგიით გამოირჩევიან მძიმე

მიმდინარეობით და საჭიროებენ პარენტერულ კვებას. მოლეკულური კვლევებით შესაძლებელია აღნიშნული დაავადების დიაგნოსტიკა. თუმცა, კლინიკურ პრაქტიკაში მოლეკულური ანალიზის (გენეტიკური ანალიზის) გარეშე შესაძლებელია ამ დაავადებების დიაგნოსტიკა.(2)

ქრონიკული დიარეის შემთხვევაში აუცილებელია დადგინდეს ის სეკრეტორულია, თუ ოსმოსური. სეკრეტორულია, თუ მას ახლავს უხვი, პროფუზული, წყლიანი განავალი, რომელიც დაბადებისთანავე ვლინდება. განავალი იმდენად წყლიანია, რომ შეიძლება შარდში შეგვეშალოს დიარეა პერსისტირებს შიმშილის (პარენტერულ კვებაზე გადასვლის) შემთხვევაშიც (4,5).

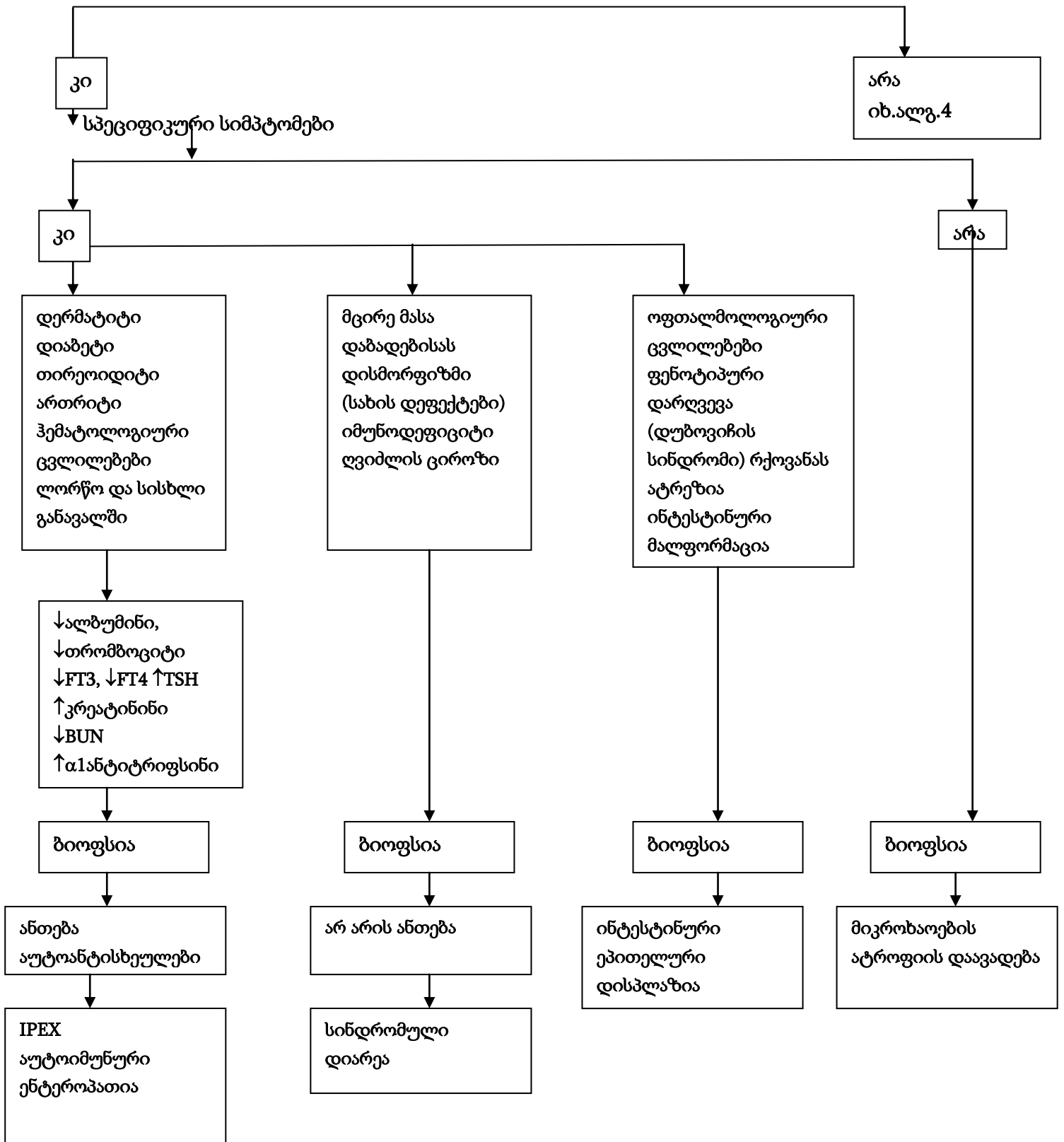
ოსმოსური დიარეა ნაკლებად უხვია. სწორდება ან სრულიად იხსნება შიმშილის (პარენტერულ კვებაზე გადასვლის) შემდეგ, განავლის Ph<6, ხასიათდება ნატრიუმის დაბალი კონცენტრაციით, მაღალი ოსმოლარობით და მიგვითითებს ნახშირწყლების მალაბსორბციაზე. (2, 4, 5)

ცხრილი №1. ოსმოსური და სეკრეტორული დიარეით მიმდინარე დაავადებები

ოსმოსური დაავადებები	დიარეით მიმდინარე	სეკრეტორული დაავადებები	დიარეით მიმდინარე
გლუკოზა-გალაქტოზის მალაბსორბცია საქაროზა-იზომალტოზას მალაბსორბცია ენტეროკინაზას დეფიციტი აბეტალიპოპროტეინემია ქილომიკრონების რეტენციის სინდრომი თანდაყოლილი ქლორიდული დიარეა აკროდერმატიტით მიმდინარე ენტეროპათია და სხვა		მიკროხაოების ატროფიით გამოწვეული დიარეა ენტერული ანენდოკრინოზი ნაწლავების ეპითელური დისპლაზია ნაღვლის მუკვეების თანდაყოლილი მალაბსორბცია და სხვა	

ალგორითმი №1. სეკრეტორული მექანიზმით გამოწვეული თანდაყოლილი დიარეის დიაგნოსტიკა (პანელი A)

ადრეული დასაწყისი და დამოკიდებულება სრულ პარენტერულ კვებასთან



ალგორითმი №2. ოსმოსური მექანიზმით გამოწვეული თანდაყოლილი დიარეის დიაგნოსტიკა

დიარეასთან არსებული სხვა სიმპტომები

არა

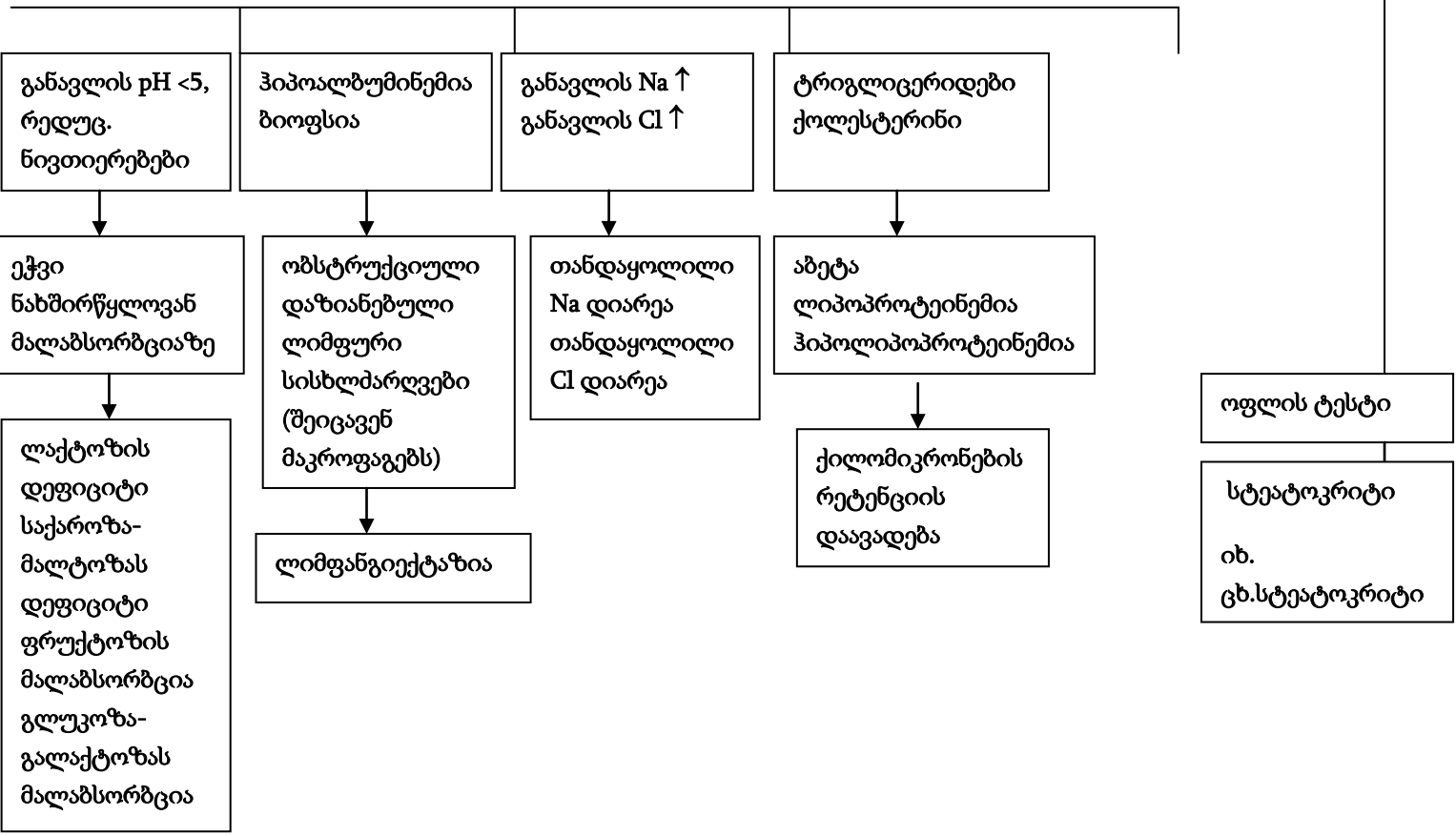
კი

შრატის ალბუმინი,
ტრიგლიცერიდები, ქოლესტეროლი,
განავლის pH, ელექტროლიტები,
რედუც. ნივთიერებები

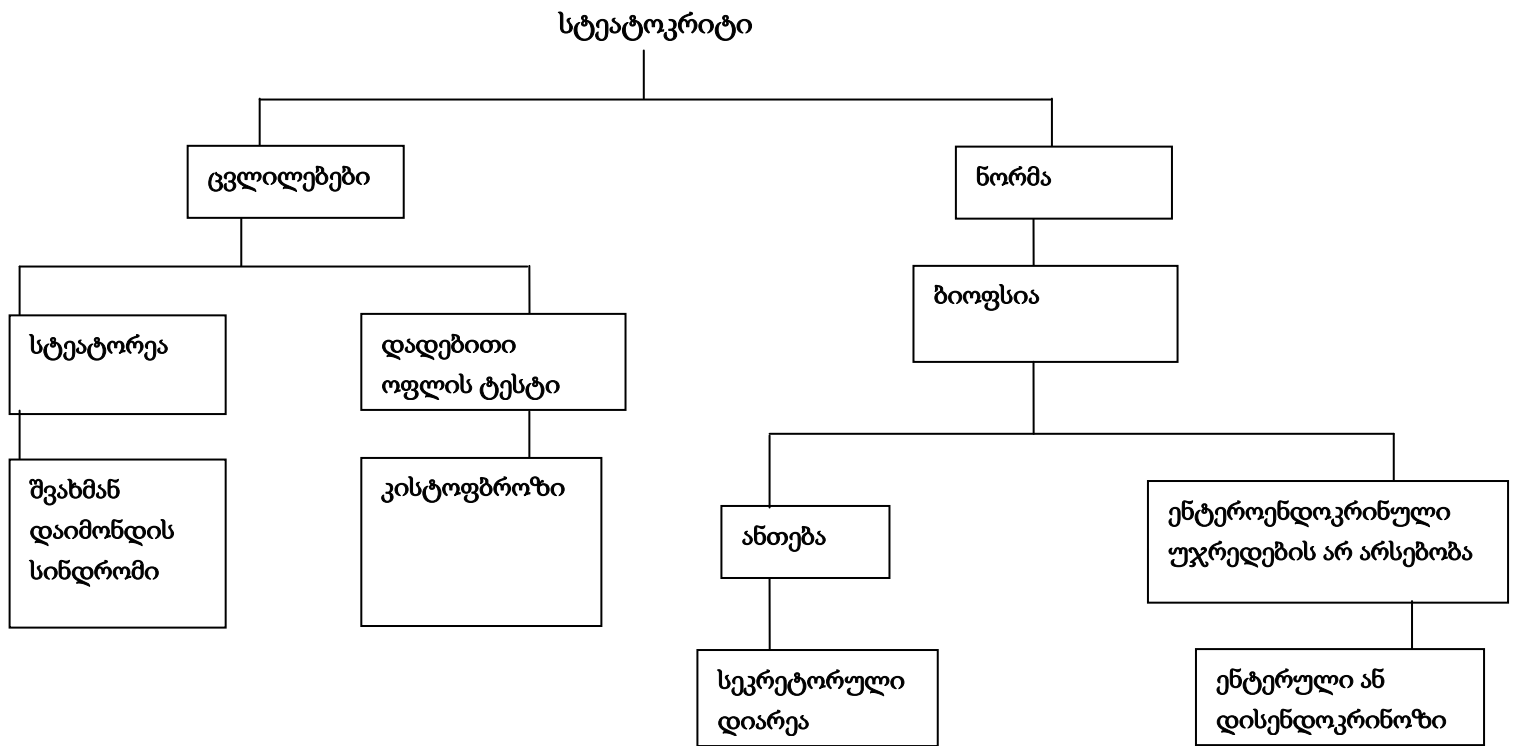
იხ. B
პანელი

ცვლილებები

ნორმა

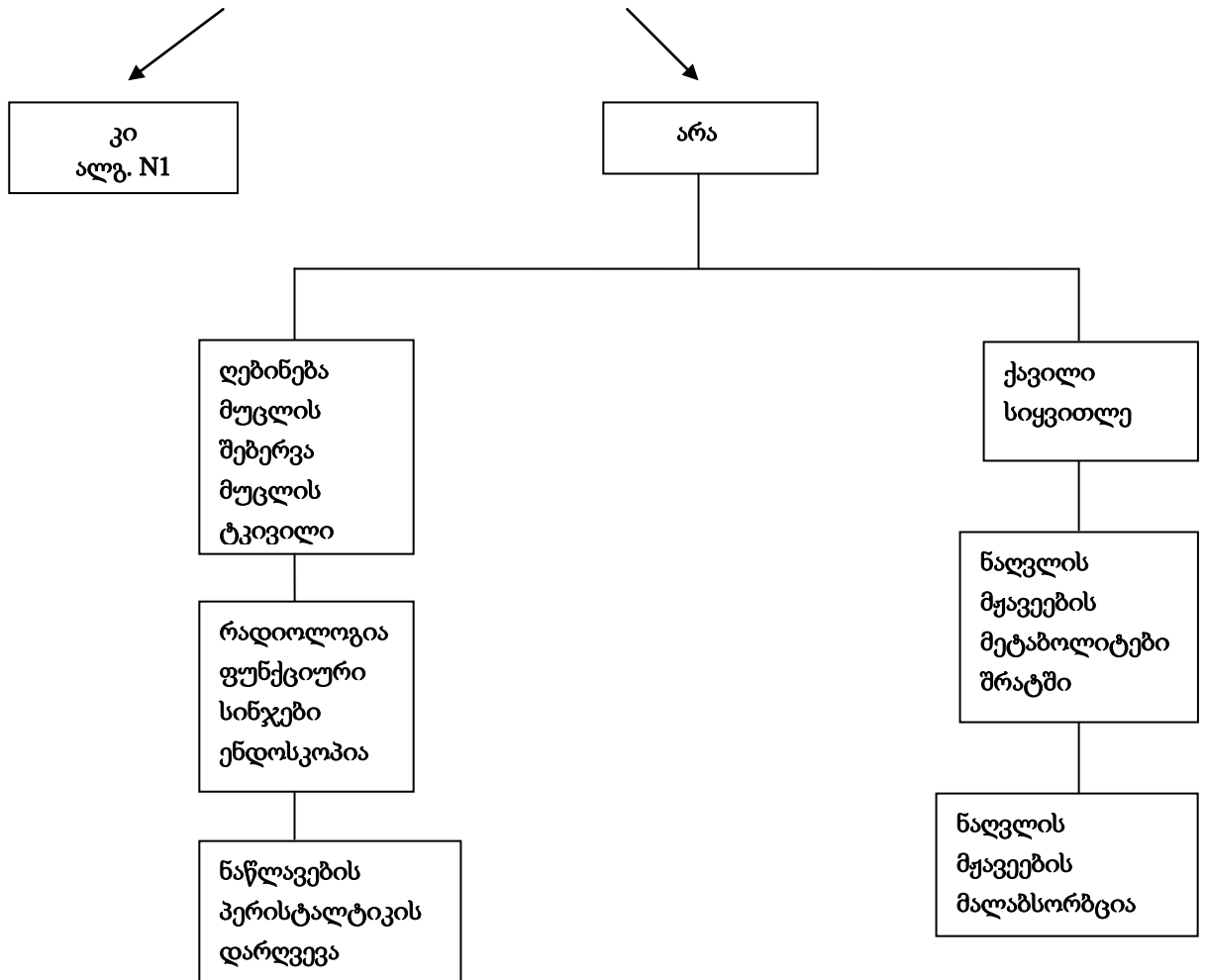


ალგორითმი №3. სტეატოკრიტი



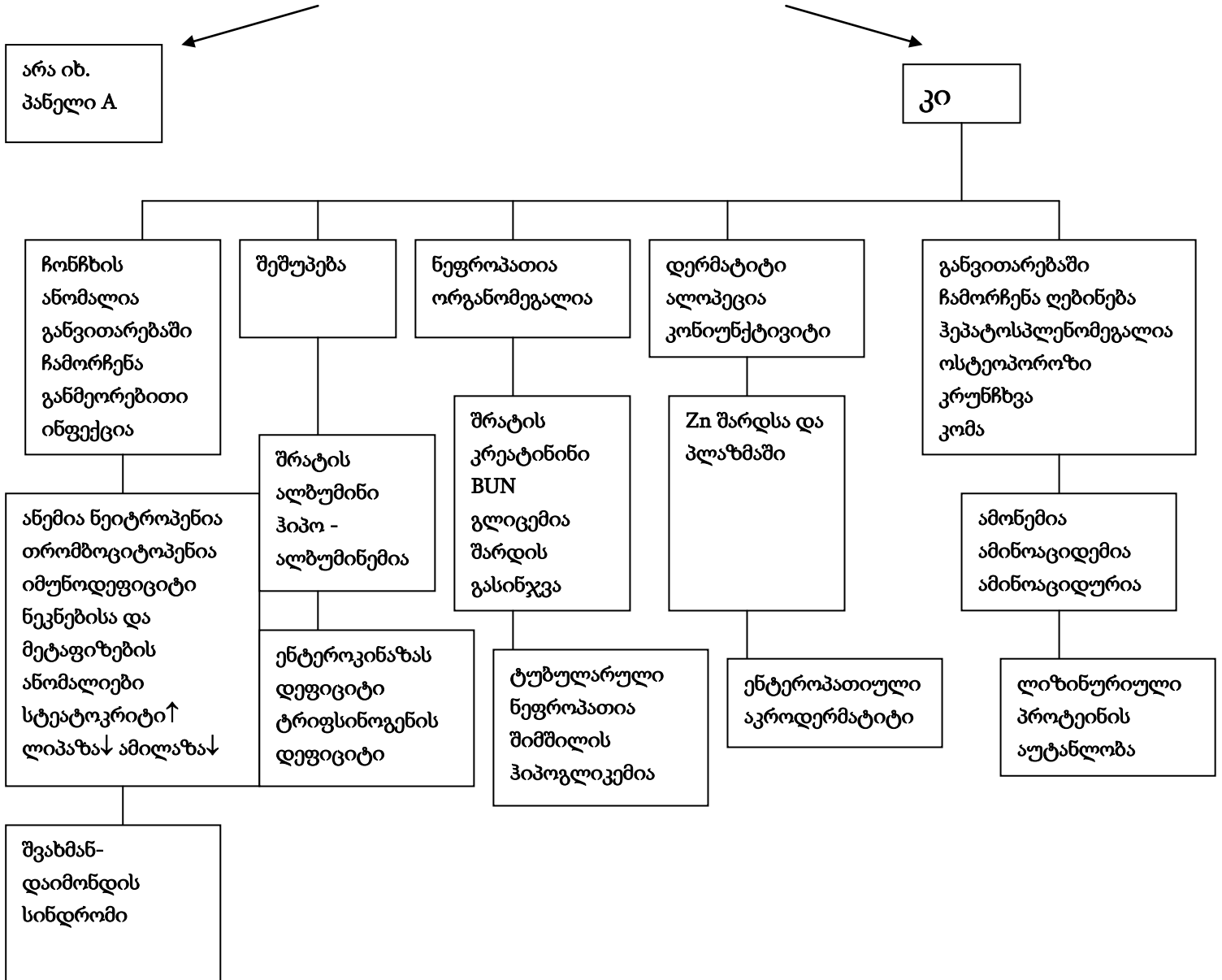
ალგორითმი №4. ადრეული და საწყისი და დამოკიდებულება სრულ პარენტერულ კვებაზე

ადრეული და საწყისი და დამოკიდებულება სრულ პარენტერულ კვებაზე



ალგორითმი N5. სეკრეტორული მექანიზმით განპირობებული დიარეის დიაგნოსტიკა (პანელი B)

დიარეასთან ასოცირებული სიმპტომები



კლინიკური შეფასება

1. ანამნეზი:

დედის ანამნეზი: ინფექცია, გრიპის ან გაცივების მსგავსი დაავადება ორსულობის დროს და გამოყენებული მედიკამენტები, წითელი მგლურა.

ოჯახური ანამნეზი: სისხლით ნათესაობა, იგივე პრობლემები მემკვიდრეობაში ან და-ძმაში.

ორსულობის დროს ნაყოფის მდგომარეობა: დედის ჭარბწყლიანობა, ნაყოფის ნაწლავების მარყუჟების გადაბერვა, ნაყოფის ბაყაყისებური პოზა და სხვა.

მშობიარობის მიმდინარეობა: ახალშობილის მდგომარეობა დაბადებისას და რენაიმაციის აუცილებლობა.

ახალშობილის მდგომარეობა: დიარეის დაწყების ვადა, განავლის სიხშირე და ხასიათი მასში სისხლის, ჩირქის, ცხიმის არსებობა, კვების დეტალური შეფასება (მუძუთი კვება, მუძუთი კვების დროს დედის კვება და დედის მიერ მიღებული მედიკამენტები, ხელოვნური კვება), მასის დეფიციტი, ლეთარგია, ტემპერატურა, შარდვის სიხშირე და მოცულობა, ფოტოთერაპია სიყვითლის დროს, ჩატარებული დიარეის კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია, დიარეის გარდა ყურადღება უნდა მიექცეს ლებინებას, ცხელებას, მუცლის შებერვას, ტენეზიმებს, ყურყურს, პერიანალურ ერითემას ჰიდრატაციულ სტატუსს (კაპილარულ ავსებას, ტურგორს, სუნთქვას, პულსს, ლორწოვანს, ყიფლიბანდს, თვალეებს), მდედრობით სქესს, მცირე მასას, ნაყოფის საშვილოსნოსშიგა განვითარების შეფერხებას, დისემბრიოგენული სტიგმებს, სიყვითლეს, ჰეპატოსპლენომეგალიას, თმის ანომალიას, კრანოსტენოზს, ხერხემლის დეფორმაციას და სხვას. მკურნალობა, მედიკამენტები და სხვა.

კლინიკა:

დიარეის კლინიკური სურათი მრავალფეროვანია, დიარეის გარდა ყურადღება უნდა მიექცეს ლებინებას, ცხელებას, მუცლის შებერვას, ტენეზიმებს, ყურყურს, პერიანალურ ერითემას, ჰიდრატაციულ სტატუსს (კაპილარულ ავსებას, ტურგორს, სუნთქვას, პულსს, ლორწოვანს, ყიფლიბანდს, თვალეებს) მდედრობით სქესს, მცირე მასას, ნაყოფის საშვილოსნოსშიგა განვითარების შეფერხებას, დისემბრიოგენულ სტიგმებს, სიყვითლეს, ჰეპატოსპლენომეგალიას თმის ანომალიას, კრანოსტენოზს, ხერხემლის დეფორმაციას და სხვას.

ცხრილი №2. გაუწყლოების ანუ დეჰიდრატაციის კლასიფიკაცია სიმძიმის მიხედვით (1, 8)

კლასიფიკაცია	სიმპტომები და ნიშნები
მძიმე გაუწყლოება	აღინიშნება 2 ან მეტი შემდეგი ნიშნებიდან ლეთარგიული ან უგონო მდგომარეობა ვერ სვამს ან ცუდად სვამს წყალს ჩაცვნილი თვალეები კანის ნაოჭი სწორდება ძალიან ნელა (2წმ და მეტი)
ზომიერი გაუწყლოება	აღინიშნება 2 ან მეტი შემდეგი ნიშნებიდან აგზნებულია ან ძალზე გაღიზიანებული ხარბად სვამს წყალს ჩაცვნილი თვალეები კანის ნაოჭი სწორდება ძალიან ნელა (2წმ და მეტი)
არ არის გაუწყლოება	არ არის გაუწყლოების საკმარისი ნიშნები

გაუწყლოების ნიშნები ფასდება როგორც მწვავე ისე პერსისტიული (ქრონიკული) დიარეის დროს. თუ გახანგრძლივებული, პერსისტიული დიარეა მიმდინარეობს ზომიერი ან მძიმე გაუწყლოების ფონზე ის კლასიფიცირდება, როგორც მძიმე გახანგრძლივებული დიარეა

გამოკვლევები:

ზოგადი პრინციპები

1. დიარეას, რომელსაც არ ახლავს დეჰიდრატაციის ნიშნები და სწორდება 48 საათში, არ საჭიროებს რუტინულ გამოკვლევებს. მძიმე გაუწყლობის ან დიარეის პერსისტირების ან საშიშროების ნიშნების დროს, პირველ რიგში საჭიროა გამოირიცხოს მძიმე ბაქტერიული ინფექცია, დიარეის ინფექციური მიზეზები, შემდეგ კი თანდათანობით გამოირიცხოს სხვადასხვა მიზეზები, განსაკუთრებით თანდაყოლილი დიარეის შემთხვევაში. (იხ. ქრონიკული დიარეის მართვის ალგორითმები).

2. ქრონიკული დიარეის დროს რომ არ ჩატარდეს ზედმეტი, არასაჭირო ძვირადღირებული კვლევები, უნდა გამოვიყენოთ დიაგნოსტიკური ალგორითმების გარდა, კვლევების საფეხურებად დაყოფა: პირველ რიგში უნდა განვსაზღვროთ ოსმოსურია თუ სეკრეტორული დიარეა, დამოკიდებულება პარენტერულ კვებასთან, განავლის Ph, ელექტროლოტები, რედუცირებული ნივთიერებები, შემდეგი ნაბიჯი-სისხლის აირები, გლუკოზა, ამონიუმი, ალბუმინი, ტრიგლიცერიდები, ქოლესტერინი, სტეატოკრიტი, ოფლის ტესტი. საბოლოოდ ბიოფსია ჰისტოლოგიური გამოკვლევით. საჭიროებისას კი დამატებითი სპეციალური ტესტები (იხ. ალგორითმები) (2,4).

3. განავლის კულტურა არ უნდა გაკეთდეს რუტინულად მწვავე დიარეის დროს (Vb,D), განავლის საერთო ანალიზი და კულტურის გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს პერსისტირული დიარეის შემთხვევაში (Vb,D).(1)

4. არ არსებობს ჰემატოლოგიური მარკერი, რომელიც რეალურად განასხვავებს ბაქტერიულ და არაბაქტერიულ მწვავე დიარეას (Vb,D).(1)

- სისხლის საერთო ანალიზი, Ht;
- შარდის ანალიზი;
- სისხლის Ph , აირები, ელექტროლიტები (Na,K ,Ca,Cl, Mg) და ოსმოლარობა;
- პლაზმის გლუკოზა, შარდოვანა, კრეატინინი;
- განავლის ანალიზი;
- განავლის რედუცირებული ნივთიერებები, კულტურა, ელექტროლიტები (Na.K.), ოსმოლარობა;
- განავლის ელექტროლიტების ინტერპრეტაცია;
- განავლის ოსმოლარობა= 290 – განავლის გამოკვლეული ოსმოლარობა;
- განავლის გამოკვლეული ოსმოლარობა = 2X (განავლის Na + განავლის K);
- ფარისებრი ჯირკვალის ფუნქციური ტესტები - საჭიროებისას;
- ღვიძლის ფუნქციური ტესტები - საჭიროებისას;
- შარდში მედიკამენტების სკრინინგი - საჭიროებისას;
- მგლურას ანტისხეულები - საჭიროებისას;
- იმუნოგლობულინები - საჭიროებისას;

ნაწლავის ლორწოვანის ბიოფსია და ელექტრონული მიკროსკოპია:

თანდაყოლილი ქრონიკული დიარეის დროს აუცილებელია ნაწლავის ლორწოვანის ბიოფსია:

- თანდაყოლილი ქლორიდული და ნატრიუმ დიარეის შემთხვევაში ჰისტოლოგია ნორმალურია;

- ნაწლავური ანენდოკრინოზის დროს ლორწოვანის აგებულება ნორმალურია, თუმცა, სპეციალურ ნიმუშებში არ არის ენტეროენდოკრინული უჯრედები;
- ნაწლავის ეპითელური ენტეროპათიის დისპლაზიის დროს ჰისტოლოგიურად აღინიშნება ხაოების ატროფია, ზედაპირული ენტეროციტების ფოკალური დაჯგუფებები;
- მიკროხაოების არარსებობის შემთხვევაში სინათლის მიკროსკოპით აღინიშნება მიკროხაოების სხვადასხვა ხასიათის ჰიპოპლასტიური ატროფია.

შენიშვნა: ქრონიკული დიარეის დროს უმეტესი დაავადებების მოლეკულური ანალიზით შესაძლებელია გენის იდენტიფიცირება და დიაგნოზის დადასტურება.

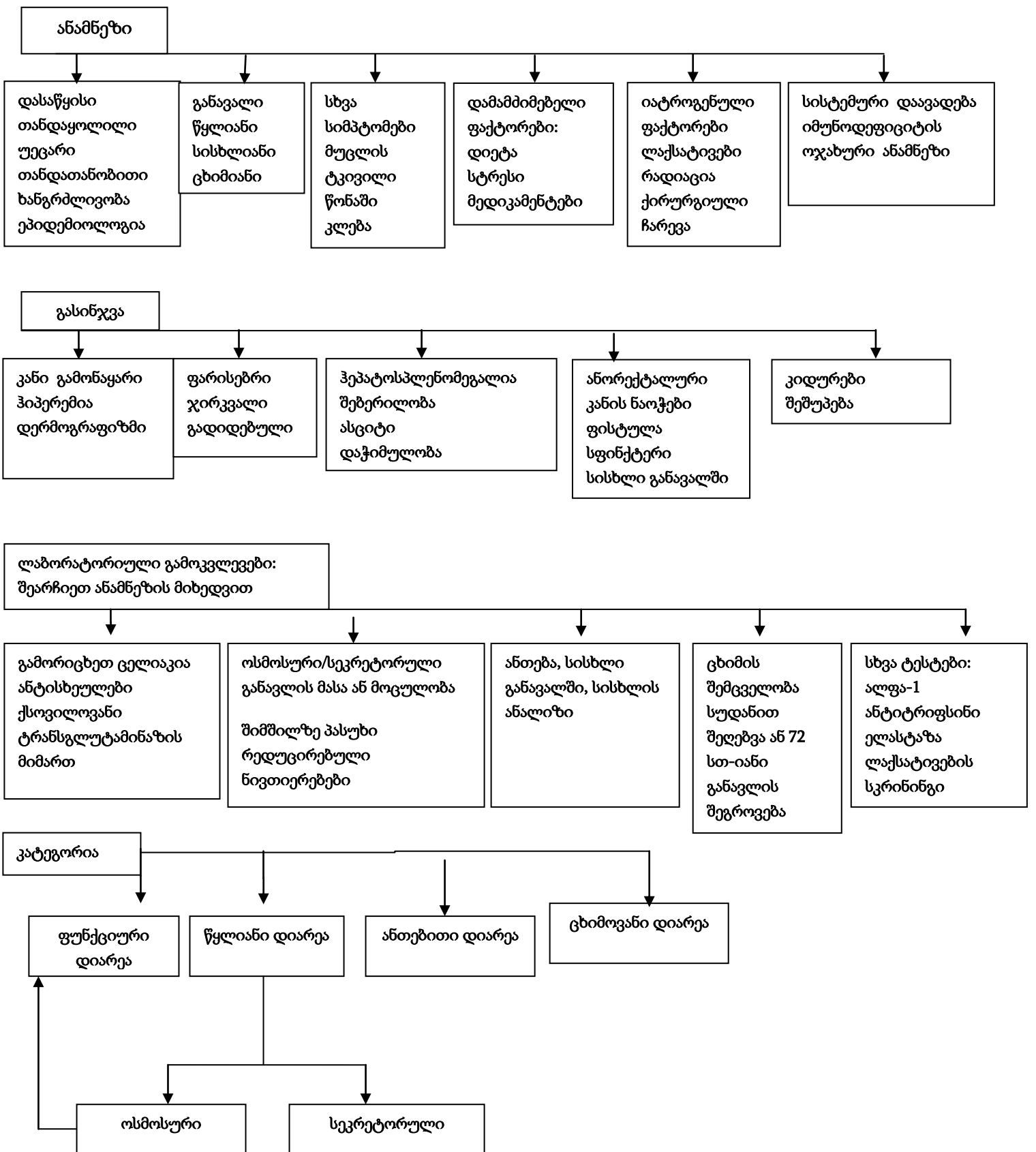
ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები:

- 2 თვემდე ასაკი (111,C).
- ანამნეზში დენაკლოლოზა, მცირე მასა, სხვა მძიმე დაავადება (Vb,D).
- ცხელება 38 C და მეტი.
- შოკი (Vb,D).
- ხილული სისხლი განავალში.
- პერსისტიული დებინება(111,C).
- ნევროლოგიური სიმპტომატიკა (ლეთარგია, კრუნჩხვა და სხვა)(Vb,D).
- დიარეა მძიმე გაუწყლოებით (> 9%) (Vb,D).
- თანდაყოლილი ქრონიკული დიარეა.
- არაადეკვატური პასუხი ორალურ რეჰიდრატაციულ თერაპიაზე (Vb,D).
- საექვო ქირურგიული მდგომარეობა (Vb,D).

დიარეის მართვა გულისხმობს:

- დიარეის ტიპის კლასიფიკაციას.
- ჰიდრატაციის სტატუსის შეფასებას.
- კვებითი სტატუსის შეფასებას.
- თანმხლები მდგომარეობის შეფასებას.
- მკურნალობის ჩატარებას.
- მშობლების კონსულტირებას ბავშვის შემდგომი მოვლის შესახებ.

ალგორითმი №6. ბავშვებში ქრონიკული დიარეის შეფასება და კლასიფიკაცია



მკურნალობა:

დიარეის (მწვავე, ქრონიკული, ინფექციური, არაინფექციური) დროს პირველად მნიშვნელოვანი ელემენტია რეჰიდრატაცია ანუ გაუწყლოების კორექცია, რომელიც ხორციელდება ორალური სარეჰიდრატაციო მარილებით ან ინტრავენური ელექტროლიტების ხსნარებით მძიმე დეჰიდრატაციის შემთხვევაში, კლასიფიკაცია ქვეჯგუფებად: მინიმალური ან არ არის დეჰიდრატაცია, ზომიერი დეჰიდრატაცია ან მძიმე დეჰიდრატაცია არის შესაბამისი მკურნალობის საფუძველი (1, A).

მინიმალური ან არ არის დეჰიდრატაცია (<3- 5%) „ა“ გეგმა

- რეჰიდრატაციული თერაპია არ არის აუცილებელი.
- დანაკარგის შევსება-50-100 მლ ოსმ ყოველი დიარეული ან ღებინების ეპიზოდის შემდეგ.

ზომიერი დეჰიდრატაცია (< 6-9%) „ბ“ გეგმა

- რეჰიდრატაციული თერაპია-ოსმ 50-100 მლ/კგ 3-4 საათზე მეტი ხნის განმავლობაში.
- დანაკარგის შევსება-60-120 მლ ოსმ ყოველი დიარეული ან ღებინების ეპიზოდის შემდეგ.

მძიმე დეჰიდრატაცია (>9%) „გ“ - გეგმა

- რეჰიდრატაციული თერაპია- ინტრავენურად რინგერ-ლაქტატის ან ფიზიოლოგიური ხსნარის 100 მლ/კგ-ზე. ჯერ 1 სთ-ის განმავლობაში 30 მლ/კგ-ზე, შემდეგ 70 მლ/კგ 5 საათის განმავლობაში. კვლავ გაიმეორეთ თუ პერიფერიული მაჯა სუსტია ან არ ისინჯება. ახალშობილის მდგომარეობა უნდა შეფასდეს 1-2 საათში, თუ ის არ უმჯობესდება, უნდა გაიზარდოს გადასხმის სიჩქარე. 6 საათის შემდეგ კვლავ უნდა შეფასდეს მდგომარეობა.

როგორც კი ბავშვი შეძლებს სითხის გადაყლაპვას, ოსმ 5მლ/კგ საათში სარეჰიდრატაციო ხსნარების ინტრავენური შეყვანის ჩვენებებია:

- მძიმე დეჰიდრატაცია შოკის ნიშნებით ან მის გარეშე;
- ძლიერი ადინამია, სტუპორი ან კომა (სითხის მიღების შეუძლებლობა);
- პერსისტული ღებინება ან მუცლის ძლიერ შებერვა;
- პროლონგირებული ოლიგურია ან ანურია სხვა რომელიმე გართულება, რომელიც აფერხებს ორალურ დეჰიდრატაციას;
- თანაარსებული სხვა მძიმე დაავადება.

მძიმე პერსისტული დიარეის შემთხვევაში უნდა განისაზღვროს გაუწყლოების ხარისხი და ჩატარდეს მკურნალობა „ბ“ ან „გ“ გეგმით.

დიეტური ფაქტორების დარღვევის დროს აუცილებელია დედის კონსულტირება ძუძუთი კვების, ფორმულით კვების, დედის დიეტის, დედის მიერ მიღებული მედიკამენტების, ბავშვის საკვების მომზადების თაობაზე, როგორც წესი ამ დროს გაუწყლოება არ არის ან მინიმალურია, ასეთი ბავშვის მართვა (თუ არ არის დამატებითი რისკის ფაქტორები), ბინაზეც შესაძლებელია.

კვებითი ალერგიის (ძროხის რძის ცილის ან სოიოს პროტეინის) დროს დიდი მნიშვნელობა ენიჭება საკვებიდან ალერგენის ელიმინაციას და ავადმყოფის გაგზავნას ალერგოლოგთან სპეციფიური დიაგნოსტიკისა და მართვისათვის. რეკომენდებულია დედის გაფრთხილება იმის

თაობაზე, რომ კლინიკური სიმპტომების გაქრობას სჭირდება გარკვეული დრო, ზოგჯერ 1-3 კვირაც კი.

დიარეა, რომელიც ფოტოთერაპიის გართულებას შეიძლება წარმოადგენდეს, არ სჭირდება სპეციალური მკურნალობა, თუმცა ყურადღება უნდა მიექცეს დეჰიდრატაციის ხარისხს და თუ გაუწყლოების ნიშნები სახეზეა, უნდა ჩატარდეს შესაბამისი კორექცია.

ქრონიკული დიარეის შემთხვევაში ზოგადი მკურნალობა ასევე მოიცავს დეჰიდრატაციის გამოსწორებას, სპეციფიური მკურნალობა კი თითოეულ შემთხვევაში უნდა ჩატარდეს ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენის შემდეგ, აუცილებელია თითოეულ შემთხვევაში ცალკე განვიხილოთ არსებული დაავადების მართვა. მკურნალობის მეთოდები ვარიებს მაგ: გლუკოზა-გალაქტოზას აუტანლობის შემთხვევაში ფრუქტოზაზე დამზადებული ფორმულის (მაგ. გალაქტომინ 19) ის გამოყენებიდან მიკროხაოების ატროფიის დროს მკურნალობაში ნაწლავის ტრანსპლანტაციამდე. თითოეული დაავადების დიაგნოსტიკის შემთხვევაში (იხ. ალგორითმები) საჭიროა შესაბამისი გაიდლაინის გამოყენება.

ქრონიკული დიარეის მართვის დროს, აღნიშნულის გარდა, ეს ბავშვები ხშირად საჭიროებენ სრულ პარენტერულ კვებას, ზოგჯერ ხანგრძლივი დროის განმავლობაში.

მედიკამენტები

- ანტიბიოტიკების, ანტიდიარეული პრეპარატებისგან თავის შეკავება;
- თუთიის პრეპარატების გამოყენება 10-14 დღის განმავლობაში, განსაკუთრებით ქრონიკული დიარეის დროს;
- ორს + პრობიოტიკები, რუტინულად შეიძლება გამოიყენოთ მხოლოდ Lactobacillus GG (1, A) და Saccharomyces boulardii-ის შეთხვევაში (11,B)(1);
- სომატოსტატინი - ქრონიკული დიარეის ზოგ შემთხვევაში სომატოსტატინი (ოქტრეოტიდი) ამცირებს დიარეის მოცულობას და სიხშირეს (4);
- კვება - რეკომენდებულია გააგრძელოთ ინტენსიურად ძუძუთი კვება (11,C): ერთი დამატებითი კვება დიარეული ეპიზოდის დროს და მის შემდეგ, სულ მცირე 2 კვირის განმავლობაში. ფორმულით კვების შემთხვევაში, გააგრძელოთ იგივე კვება, დაუშვებელია საკვების განზავება;
- ენდოკრინულ, ქირურგიულ პათოლოგიაზე ეჭვის შემთხვევაში, საჭიროა შესაბამისი სპეციალისტების კონსულტაციები.

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია არაინფექციური დიარეის მართვის გაუმჯობესება, დიაგნოსტიკისა და ჰოსპიტალიზაციის ვადების შემცირება, ზედმეტი და ძვირად ღირებული კვლევებისა თავიდან აცილება და ხარჯეფექტურობის გაზრდა.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

1. რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას ახალშობილთა არაინფექციური დიარეით?

2. რამდენი პაციენტის (%) მართვა გახდა აუცილებელი ახალშობილთა კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში?
3. სხვა დაწესებულებებში რეფერალის მაჩვენებელი (%).
4. თანდაყოლილი ქრონიკული დიარეის შემთხვევაში პარენტერულ კვების აუცილებლობის ხანგრძლივობა.
5. როგორ იმოქმედა დაავადების გამოსავალზე აღნიშნული პროტოკოლის დანერგვამ?
6. უპგ პროგრამის ჩატარებამ რამდენად გაუადვილა ნეონატოლოგებსა და პედიატრებს (ოჯახის ექიმებს) არაინფექციური დიარეის მართვა ახალშობილებში?

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლი უნდა გადაიხედოს და განახლდეს 3 წელიწადში ერთხელ.

12. პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო რესურსი

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

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვისთვის აუცილებელია უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგება, ასევე, კლინიკური რეკომენდაციების დანერგვის მონიტორინგი და აუდიტი.

14. დანართები

დანართი №1. მტკიცებულების დონეებისა და რეკომენდაციის ხარისხების განმარტება

მტკიცებულების სიძლიერის დონე	რეკომენდაციის ხარისხი
I ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთ სისტემურ მიმოხილვას, რომელიც ეფუძნება სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	A - ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად მტკიცედ რეკომენდებულია.
II ძლიერი მტკიცებულება, ეყრდნობა მინიმუმ ერთი სწორი დიზაინის მქონე რანდომიზებულ კონტროლირებად კვლევას.	B - ეყრდნობა I დონის მტკიცებულებას და შესაბამისად რეკომენდებულია.
III კლინიკური კვლევა, რანდომიზაციის გარეშე, კოჰორტული და შემთხვევა-კონტროლის კვლევები.	C -ეყრდნობა III დონის მტკიცებულებას, შეიძლება ჩაითვალოს შესაბამისად.

IV არაექსპერიმენტული მულტიცენტრული Va ავტორიტეტულ პროფესიონალთა მოსაზრება. Vb კლინიკური გამოცდილება, აღწერილობითი კვლევები ან ექსპერტთა კომიტეტის ანგარიში.	D ეყრდნობა IV და V დონის მტკიცებულებას, საჭიროებს კონსენსუსს.
--	--

დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური რესურსი	რესურსის გამოყენების მიზანი	
ნეონატოლოგი გენეტიკოსი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი, ბავშვთა ქირურგი, რენიმატოლოგი, ენდოსკოპისტი, რადიოლოგი, ბავშვთა ინფექციონისტი	მკურნალობის ჩასატარებლად კონსულტაციის მიზნით	აუცილებელი ჩვენების მიხედვით, საჭირო ხდება სხვადასხვა ექიმ-სპეციალისტების ჩართვა.
ექთანი	მანიპულაციების შესრულება;	სავალდებულო
რეგისტრატორი	პაციენტების აღრიცხვა; სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა; პაციენტის გამომახების უზრუნველყოფა	სავალდებულო
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; პროტოკოლის დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	სავალდებულო
მატერიალურ-ტექნიკური		
რისკის შეფასების სქემა	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულო
კლინიკური ლაბორატორია ბიოქიმიური ლაბორატორია	დიაგნოზის დადასტურება, გართულებების და რისკების შეფასება	სავალდებულო ან სასურველი
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	დიაგნოსტიკის მიზნით,	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	უპგ პროგრამაში მონაწილეთათვის	სასურველი

დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება

გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
-------------------------	--------------------------	------------

<p>1. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for paediatric Infectious Diseases. Evidence-based Guidelines for Management of acute Gastroenteritis in Children in Europe. J PGN, 46: s81-s122, 2008</p> <p>2. Terrin G., Tomaiuolo R., Passatiello A. et al. Congenital Diarrheal Disorders: An Updated Diagnostic Approach. International J of Molecular Sciences 2012, 13(4), 4168-4185</p>	<p>რეკომენდაცია 1 (ა)</p>	<p>ლიტერატურაში არ არსებობს ახალშობილთა არაინფექციური მართვის გაიდლაინი. რადგანაც მწვავე დიარეის დროს მართვა მწვავე ინფექციური გასროენტერიტის ანალოგიურია, გამოყენებულ იქნა აღნიშნული (1) გაიდლაინი. არაინფექციური დიარეა გულისხმობს არამარტო მწვავე, არამედ პერსისტულ (თანდაყოლილ ქრონიკულ) დიარეასაც, ამიტომ რთული დიაგნოსტიკური ალგორითმები გამოყენებულია მეორე წყაროდან. ალგორითმებიდან ამოღებულია მოლეკულური, გენეტიკური ანალიზი (თუმცა ტექსტში არის), რადგან კლინიკურ პრაქტიკაში მოლეკულური ანალიზის (გენეტიკური ანალიზის) გარეშე შესაძლებელია ამ დაავადებების დიაგნოსტიკა. (2)</p>
--	---------------------------	---

15. პროტოკოლის ავტორები

პროტოკოლი შემუშავებულია „პედიატრთა აკადემიის“ ფარგლებში, მედიცინის დოქტორის, თსსუ-ის ნეონატოლოგიური მიმართულების ასოცირებული პროფესორის, შპს „ბავშვთა ახალი კლინიკის“ ნეონატოლოგიური დეპარტამენტის ხელმძღვანელის თამარ გოთუას მიერ.