

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

## სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა ბავშვებში

პროტოკოლი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა ბავშვებში.....	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.....	17
10. აუდიტის კრიტერიუმები.....	17
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	17
12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები.....	17
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	17
14. დანართები.....	18
15. პროტოკოლის ავტორები.....	19

## ცხრილები და დანართები

ცხრილი №1. დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა.....	6
ცხრილი №2. დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა ბავშვებში (WHO, IMCI).....	7
დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები.....	18
დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები.....	18
დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება.....	19
ალგორითმი №1. მწვავე ინფექციური დიარეის მართვა.....	16

# 1. პროტოკოლის დასახელება: სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა ბავშვებში

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	<b>ICD 10</b>
სხვა გასტროენტერიტი და კოლიტი ინფექციური და დაუზუსტებელი ეტიოლოგია	A09
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
პერიფერიული ვენაში ვენური საინექციო კათეტერის შეყვანა	PHXA39
ნაზოგასტრალური ან ნაზო-გასტროდუოდენალური ზონდის ჩადგმა	JDXX00
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში	BL.2.3.4
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
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
პათოგენური ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება ბიოქიმიური ტესტების მიხედვით (ინფექციური დაავადებების გამომწვევი)	MB2.1.1
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
ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება	MB.2
ანტიბიოტიკოგრამა	MB19
ჰელმინტებზე ფეკალიების მაკროსკოპიული გამოკვლევა	PR1.1
უმარტივესების გამოვლენა სინათლის მიკროსკოპის გამოყენებით	PR2.1
ბაქტერიების იმუნოლოგიური გამოკვლევები	MB.4

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

European society for paediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/European society for paediatric infectious diseases. (2008). Evidence-based guidelines 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. National Guideline Clearing House 8846 from <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=35123&search=Breast+Feeding>;
3. Harris J. (2012). Approach to the child with acute diarrhea in developing countries., UpToDate last literature review version;
4. National collaborating centre for Women,s and children,s Health. (2009). Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis: diagnosis, assessment and management in children younger than 5 years. from <http://www.ncc->

wch.org.uk/guidelines/guidelines-programme/guidelines-programme-published/diarrhoea-and-vomiting-children/;

5. World Health Organization. (2005) Hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. 109-133.

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 ინფექციური დიარეის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უნიფიცირებული რეკომენდაციების დანერგვის გზით 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 გასტროენტერიტის კლინიკური ნიშნები, ლებინებითა და ცხელებით ან მის გარეშე.

**პროტოკოლი არ ითვალისწინებს შემდეგი მდგომარეობების მართვას:**

- ახალშობილთა დიარეა;
- პერსისტული დიარეა (ხანგრძლივობა >14 დღე);
- არაინფექციური წარმოშობის დიარეა;
- დიარეით გამოწვეული ჰიპოვოლემიური შოკი;
- ჰიპო და ჰიპერნატრიემიული დეჰიდრატაცია;
- ლებინება, 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 მოკლე განმარტება

მწვავე გასტროენტერიტი არის განავლის კონსისტენციის შეცვლა და/ან ევაკუაციის რიცხვის ზრდა, რომელსაც შესაძლებელია ახლდეს ცხელება და ღებინება. მწვავე გასტროენტერიტის დროს განავლის კონსისტენცია უფრო თხელია სითხის მაღალი შემცველობის გამო, ხოლო დეფეკაციის რიცხვი 3 და მეტი 24 საათში, დიარეა გრძელდება 7-14 დღე. განავლის კონსისტენციის შეცვლა უფრო ინფორმატიული მახასიათებელია, ვიდრე დეფეკაციის სიხშირე, განსაკუთრებით, სიცოცხლის პირველ თვეებში.

განვითარებულ ქვეყნებში მწვავე გასტროენტერიტის სიხშირე ბავშვებში 0,5-1,9 ეპიზოდი, პირველი 2-3 წლის ასაკში - 2,5 ეპიზოდი, ხოლო განვითარებად ქვეყნებში კი 3 ეპიზოდი წლის განმავლობაში.

**წამყვანი ეტიოლოგიური აგენტებია** ვირუსები (როტავირუსი და ნოროვირუსი) და ბაქტერიები (კამპილობაქტერია, სალმონელა, შიგელა) (III C). იმუნოკომპრომეტირებულ ბავშვებში მწვავე დიარეას უხშირესად იწვევს პარაზიტული აგენტები (კრიპტოსპორიდია და ლამბლია). ჰელმინთები და ზოგიერთი პარაზიტული ინფექცია (Isospora Belli, Strongyloides Stercocalis, Trichuris trichiura, Entamoeba Histolytica) დიარეის მიზეზი უფრო ხშირად ენდემიურ კერებში ხდება. ნოზოკომური დიარეების უხშირესი მიზეზია როტავირუსი და Clostridium difficile (III C).

### დამადასტურებელი კრიტერიუმები:

- დეფეკაციის გახშირება (3 და მეტი 24 საათში);
- ფეკალიების კონსისტენციის შეცვლა (უფრო თხელი, ვიდრე ჩვეულებრივ);
- სისხლი, ლორწო, ჩირქი განავალში;
- დიარეას ახლავს ღებინება, ცხელება, მუცლის ტკივილი;
- დიარეას ახლავს გაუწყლოების ნიშნები;
- დიარეის ხანგრძლივობა არ აღემატება 14 დღეს.

### გამომრიცხავი კრიტერიუმები:

- დეფეკაციის სიხშირე <3-ზე;
- არ არის შეცვლილი ფეკალიების კონსისტენცია;
- ნაწლავური დისფუნქციის ხანგრძლივობა აღემატება 14 დღეს;
- დიარეას ახლავს „განგაშის ნიშნები“: შეუპოვარი ღებინება, ნაღვლის მინარევი პირნაღებ მასაში, სისხლიანი ღებინება, მუცლის დაჭიმვა, გამონაყარი, სიყვითლე, დიზურია და სხვა.

### კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები

#### ანამნეზის შეკრების დროს შეაფასეთ:

- ასაკი;
- დიარეის ხასიათი: დეფეკაციის სიხშირე, განავლის კონსისტენცია, განავალში სისხლის არსებობა;
- დიარეის ხანგრძლივობა;
- თანმხლები სიმპტომები: ღებინება, ცხელება, მუცლის შებერვა და ტკივილი, ტენეზმები;
- მუცლის ყურყური, პერიანალური ერითემა, სწორი ნაწლავის პროლაფსი;
- ჩატარებული მკურნალობა (ანტიბიოტიკებით ან სხვა პრეპარატებით);

- თანაარსებული ინფექცია ან სხვა დაავადება;
- ეპიდ. სიტუაცია ქვეყანაში (სეზონი, აფეთქების კერები).

**ფიზიკალური გასინჯვა**

ცალკე აღებულ ნებისმიერ კლინიკურ სიმპტომს დაბალი მგრძობელობა და სპეციფიურობა გააჩნია. დიარეის წინმსწრები მორეციდივე ღებინება, წყლისებური განავალი და თანმხლები რესპირაციული სიმპტომები უფრო ვირუსული გენეზის სასარგებლოდ მეტყველებს (III C). თუმცა, კლინიკური ნიშნების საფუძველზე ბაქტერიული და ვირუსული დიარეის დიფერენცირება არ არის სწორი. ბაქტერიულ გენეზზე დიდი ალბათობით მიუთითებს (III C):

- მწვავე დასაწყისი + 4 და მეტი დეფეკაცია + ღებინება წინ არ უსწრებს დიარეას;
- ცხელება + სისხლიანი განავალი;
- სისხლიანი განავალი + დეფეკაციის მაღალი სიხშირე (>10);
- ზოგადი მდგომარეობის სიმძიმე (ინტოქსიკაციის მოვლენები, შეუპოვარი ღებინება, მუცლის ტკივილი, ოლიგო/ანურია, ნევროლოგიური სიმპტომები, ჰიპოვოლემიური შოკი).

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 არასარწმუნოა (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	გამლიერებული წყურვილის შეგრძნება	უარს აცხადებს სითხის მიღებაზე, ვერ სვამს
გულისცემის სიხშირე	ნორმა	ნორმა ან გახშირებული	ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია
პულსი პერიფერიაზე	ნორმა	ნორმა, შესუსტებული	შესუსტებული, არ ისინჯება
სუნთქვა	ნორმა	ნორმა, აჩქარებული	ტაქიპნოე, სუნთქვა ღრმა
თვალები	ნორმა	მსუბუქად ჩაცვენილი	ჩაცვენილი
გრემლი	არის	შემცირებული	არ არის
ლორწოვანები	სველი	მშრალი	მშრალი, ჰიპერემიული
კანის ნაოჭი/ელასტიკურობა	სწორდება დაუყონებლივ	სწორდება <2 წამში	სწორდება >2 წამში
კაპილარული ავსება	ნორმა	გახანგრძლივებული >2წმ	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 სწრაფი შეფასება შესაძლებელია ოთხი კლინიკური ნიშნის საფუძველზე: (5)

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

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

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

დეჰიდრატაციის განვითარების რისკი მაღალია: (4)

- 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში (განსაკუთრებით, 6 თვემდე);
- დაბალი წონით დაბადებულ ჩვილებში;
- ბავშვებში, 5 და მეტი დიარეული ეპიზოდით წინა 24 საათში;
- ბავშვებში, 2 და მეტი ღებინების ეპიზოდით წინა 24 საათში;
- ბავშვებში, რომლებიც დიარეის დაწყებამდე არ ან ვერ იღებდნენ დამატებით სითხეებს;
- ბავშვებში, რომლებმაც დიარეის დაწყების დროს შეწყვიტეს ძუძუთი კვება;
- მალნუტრიციის ნიშნების მქონე ბავშვებში.

ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები (VbD):

- 3 თვემდე ასაკი;
- ჰიპოვოლემიური შოკი;
- საშუალო სიმძიმის და მძიმე დეჰიდრატაცია;
- ნევროლოგიური დარღვევები (ლეთარგია, კრუნჩხვა);
- შეუპოვარი ღებინება;
- მაღალი ცხელება;
- ფონური დაავადებები (დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა, გულის მანკი, მალნუტრიცია);
- დეჰიდრატაციის განვითარების მაღალი რისკი;
- არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია;

- ბინაზე ადეკვატური მოვლის, სოციალური და ტრანსპორტირების პრობლემები;
- ეჭვი ქირურგიულ პათოლოგიაზე.

### **დიაგნოსტიკურ- ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები**

ამბულატორიული მომსახურების დროს დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე, ხოლო ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება 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 დეტექციის შემთხვევაში, მაღალია ბაქტერიული გასტროენტერიტის ალბათობა.

ჰოსპიტალური მომსახურების დროს ლაბორატორიული კვლევა რუტინულად არ ტარდება.

#### **პირველ 4 საათში, საჭიროების მიხედვით:**

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ჰემატოკრიტი;
- განავლის საერთო ანალიზი;
- სისხლის ელექტროლიტები (დეჰიდრატაცია უხშირესად იზონატრიემიულია).

#### **ელექტროლიტების განსაზღვრის ჩვენება: (1)**

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

#### **პირველ 24 საათში, საჭიროების მიხედვით:**

- შარდის საერთო ანალიზი;
- სისხლის შრატში კრეატინინი, შარდოვანა, გლუკოზა;
- განავლის მიკრობიოლოგიური კვლევა (რუტინულად არ ტარდება).

#### **განავლის კულტურის შესწავლის ჩვენებები (VaD):**

- დეჰეკაცია >5 დღე-ღამეში, დიარეა გრძელდება > 7 დღე;
- 6 თვემდე ასაკი;
- მაღალი ცხელება, სეპტიცემიის რისკი;
- ანტიმიკრობული თერაპიის საჭიროება (სისხლიანი დიარეა, იმუნოკომპრომეტირებული პაციენტი);
- ნაწლავის ინფექციური დაავადების დიფერენცირების აუცილებლობა ნაწლავის ანთებით დაავადებებთან;
- არაეფექტური საწყისი მკურნალობა;
- მოგზაურობა ქვეყნებში, სადაც მაღალია ბაქტერიული და პარაზიტული ინფიცირების რისკი;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაცია.



### პირველ 3 დღეში, საჭიროების მიხედვით:

- სისხლის კულტურის კვლევა;
- სეროლოგიური კვლევა (სალმონელა, ლამბლია, ამება და სხვა);
- განავლის კვლევა უმარტივესებზე და ჰელმინთებზე;
- ტესტი Clostridium difficile-ს ტოქსინზე;
- ქირურგის, გასტროენტეროლოგის, ინფექციონისტის კონსულტაცია.

### **მკურნალობა**

#### რეჰიდრატაციული თერაპია

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 (I A). 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 ორალურ სარეჰიდრატაციო მარილთან (ოსმ) შედარებით (I A).

#### ინტრავენური რეჰიდრატაციის ჩვენებები:(4)

- ჰიპოვოლემიური შოკი, სავარაუდო ან მოსალოდნელი;
- პერსისტიული ღებინება, რის გამოც შეუძლებელია ორალური ან ნაზოგასტრალური რეჰიდრატაცია;
- არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია.

#### რეჰიდრატაციისათვის აუცილებელი სითხის რაოდენობის გამოთვლა:

1. მსუბუქი გაუწყლოების ან გაუწყლოების ნიშნების არარსებობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ორალური რეჰიდრატაცია 10 მლ/კგ ოსმ-ით ყოველი დიარეული ეპიზოდის შემდეგ და 2 მლ/კგ ყოველი ღებინების შემდეგ (2,4). ოსმ-ის რაოდენობის გამოთვლა შესაძლებელია უფრო მარტივად: 10 კგ-მდე წონის ბავშვებს უნდა დაუნიშნოთ 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 სთ-ის განმავლობაში 75-100 მლ/კგ (≈ 50 მლ/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 „განგაშის ნიშნები“ არ არის სახეზე, შესაძლებელია, დამატებით მისცეთ ჩვეული სითხეები, როგორცაა, რძე, წყალი (ხილის დამტკბარი წვენები ან ტკბილი სასმელები არ გამოიყენება). (4)
3. მძიმე გაუწყლოების (სავარაუდო ან მოსალოდნელი ჰიპოვოლემიური შოკის) დროს რეჰიდრატაცია გრძელდება 24 საათის განმავლობაში:
  - აუცილებელია სწრაფად ჩადგათ პერიფერიული ვენის კათეტერი და განახორციელოთ ინტრავენური რეჰიდრატაცია 20 მლ/კგ (1-2 საათის განმავლობაში) რინგერის ლაქტატით ან იზოტონური ხსნარით, მოცირკულირე სითხის რაოდენობის სწრაფი შევსების მიზნით. გლუკოზის 5 % ხსნარით რეჰიდრატაცია არ არის რეკომენდებული. (4)

- 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.
- განიხილეთ კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტის ჩართვა ან რეფერალი შესაბამისი შესაძლებლობის მქონე დაწესებულებაში, თუ მეორე ინფუზიის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება; (4)
- თუ სტაბილიზაცია მიღწეულია პაციენტებში, რომელთაც ინიციალურად ჰქონდათ სავარაუდო ან მოსალოდნელი ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები, გააგრძელეთ ინფუზია 24 საათზე გათვლილი სადღეღამისო მოთხოვნების შესაბამისი და დამატებით, სითხის დეფიციტის შესავსებად, 100 მლ/კგ ოდენობის საინფუზიო სითხით (რინგერის ლაქტატით ან იზოტონური ხსნარით); (4)
- პაციენტებში, მძიმე დეჰიდრატაციით, რომლებსაც არჰქონდათ სავარაუდო ან მოსალოდნელი ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები, სითხის დეფიციტის შესავსებად სითხეზე სადღეღამისო მოთხოვნებს ემატება 50მლ/კგ.საინფუზიო ხსნარი; (4)
- ინფუზიური თერაპიის დროს აუცილებელია პლაზმის ელექტროლიტების, შარდოვანას, კრეატინინისა და გლუკოზას მონიტორინგი. კალიუმის ინტრავენური კორექცია დასაშვებია მხოლოდ მისი კონცენტრაციის განსაზღვრის შემდეგ; (4)
- ჰიპერნატრემიულ დეჰიდრატაციაზე ექვი ჩნდება, თუ ვლინდება უნებლიე მოძრაობები, კუნთთა ტონუსის მატება, ჰიპერრეფლექსია, კრუნჩხვა, ცნობიერების დაბინდვა ან კომა. ჰიპერნატრემიული დეჰიდრატაციის შემთხვევაში, განიხილეთ კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტის ჩართვა ან რეფერალი შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში; (4)
- 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.

ორალური ან პარენტერული რეჰიდრატაციული თერაპიის ჩატარების შემდეგ, თუ არის დეჰიდრატაციის ხელახლა განვითარების რისკი, ნაჩვენებია 5 მლ/კგ ოსმ ყოველი დიარეული ეპიზოდის შემდეგ. (4)

### კვების რეკომენდაციები

- რეჰიდრატაციული თერაპიის დროს ექსკლუზიური ძუძუთი კვება შეუფერხებლად გრძელდება. გამართლებულია ძუძუთი კვება უფრო ხშირად და ხანგრძლივად (I A). ყველა სხვა შემთხვევაში, რეჰიდრატაციული თერაპიის დაწყებიდან არაუგვიანეს 4-6 საათის შემდეგ უნდა გაგრძელდეს კვება;
- 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 უჯრედის უხვად შემცველი პროდუქტები და ძნელად მოსაწელებელი ნახშირწყლების შემცველი სასმელები (III C);
- რძის მჟავე პროდუქტები მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს კლინიკურ სიმპტომებს;

- ჩვილებსა და ბავშვებში რეკომენდებულია ერთი დამატებითი კვება დიარეული დაავადების დროს და მის შემდეგ, სულ მცირე 2 კვირის განმავლობაში.

### ფარმაცოლოგიური თერაპია

#### **ეტიოტროპული მკურნალობა**

ანტიბიოტიკები არ ინიშნება რუტინულად, რადგან გამომწვევი პათოგენური უმეტესწილად ცნობილი არ არის და თანაც, ბავშვებში დიარეა უხშირესად ვირუსული ეტიოლოგიისაა. ანტიბიოტიკები ბაქტერიული წარმოშობის დიარეის დროსაც, მხოლოდ სპეციფიური ჩვენებით ინიშნება (VbD). უმჯობესია, ორალური ანტიბიოტიკოთერაპია. პარენტერული თერაპიის ჩვენებებია (VbD):

- პაციენტი ვერ იღებს ორალურ თერაპიას (ღებინება, სტუპორი და სხვა);
- ფონური იმუნოდეფიციტი;
- მძიმე ტოქსემია ან ბაქტერიემია;
- 3 თვემდე ასაკის ჩვილი, მაღალი ცხელებით;
- ექსტრინტესტინური ინფექციური პროცესი (ბაქტერიემია, ფოკალური ინფექცია).

#### **სისხლიანი დიარეა კულტურის შედეგების მიღებამდე:**

**I ალტერნატივა.** თუ არის ეჭვი შიგელოზზე (ეჭიდ. სიტუაციის გათვალისწინებით) I რიგის პრეპარატია აზითრომიცინი I დღეს 12 მგ/კგ (მაქს. 500მგ) და შემდეგ - ოთხი დღე 6მგ/კგ (მაქს. 250მგ) ერთჯერ დღეში.

სხვა შემთხვევაში რეკომენდებულია ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლი: ტრიმეტოპრიმი სადღეღამისო დოზით 10 მგ/კგ-ს, სულფამეტოქსაზოლი სადღეღამისო დოზით 50 მგ/კგ-ს 2-ჯერ დღეში 5 დღის მანძილზე.

**II ალტერნატივა.** ნალიდიქსინის მჟავა სადღეღამისო დოზით 55 მგ/კგ-ზე, 4-ჯერ დღეში, 7 დღის მანძილზე (II B)

#### **სისხლიანი დიარეა კულტურის შედეგების მიღების შემდეგ:**

##### **შიგელოზი (II B)**

**I ალტერნატივა.** აზითრომიცინი I დღეს 12 მგ/კგ (მაქს. 500მგ) და შემდეგ ოთხი დღე 6 მგ/კგ (მაქს. 250მგ) ერთჯერ დღეში.

თუ დადასტურდა მგრძნობელობა ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლზე, მაშინ ის ჩაითვლება I რიგის პრეპარატად. კურსი გრძელდება 5 დღე.

**II ალტერნატივა.** ცეფიქსიმი 8 მგ/კგ ერთჯერ დღეში (მაქს. 400მგ ) 5 დღე.

ორალური ქვინოლონები <17 წლის პაციენტებში მხოლოდ იმ შემთხვევაში გამოიყენება, როცა სხვა ალტერნატივა არ არსებობს. რეკომენდებულია ციპროფლოქსაცინი სადღეღამისო დოზით 10-15 მგ/კგ, 2-ჯერ დღეში, 5 დღის მანძილზე.

პარენტერული თერაპიისთვის I რიგის პრეპარატია ცეფტრიაქსონი 80 მგ/კგ 1-ჯერ დღეში.

##### **კამპილობაქტერიული გასტროენტერიტი (II B)**

**I ალტერნატივა.** აზითრომიცინი 10-12 მგ/კგ (მაქს. 500მგ) ერთჯერ დღეში, 5 დღის მანძილზე.

**II ალტერნატივა.** ერითრომიცინი სადღეღამისო დოზით 30-40 მგ/კგ, 2-4-ჯერ დღეში, 10 დღის მანძილზე.

## **ნაწლავის ჩხირი**

ენტეროჰემორაგიული ნაწლავის ჩხირით გამოწვეული ინფექციის დროს ანტიბიოტიკოთერაპიის ეფექტურობა დადასტურებული არ არის. ასევე, არ არის დადგენილი ამცირებს თუ არა ანტიბიოტიკით მკურნალობა ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის განვითარების რისკს. რეკომენდებულია ანტიბიოტიკოთერაპიის შეწყვეტა და მონიტორინგი მიკროანგიოპათიის ნიშნების გამოსავლენად.

## **ენტეროტოქსიური, ენტეროაგრეგაციული შტამები**

**I ალტერნატივა.** აზითრომიცინი 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში, 3 დღის მანძილზე.

**II ალტერნატივა.** ცეფტრიაქსონი ი/მ, 50 მგ/კგ დღეში ერთჯერ, 3 დღის მანძილზე.

ენტეროინვაზიური შტამის მკურნალობა ხდება შიგელოზის ანალოგიურად.

## **ანტიბიოტიკასოცირებული დიარეა (*Clostridium difficile*)**

მსუბუქ და საშუალო სიმძიმის შემთხვევებში რეკომენდებულია ანტიბიოტიკის მოხსნა. მძიმე შემთხვევებში ტარდება შემდეგი მკურნალობა:

**I ალტერნატივა.** მეტრონიდაზოლი სადღეღამისო დოზით 15-35 მგ/კგ, 3-ჯერ დღეში (მაქს. 2 გრამი), 7-10 დღის მანძილზე.

**II ალტერნატივა.** ვანკომიცინი სადღეღამისო დოზით 40 მგ/კგ, 4-ჯერ დღეში ორალურად ან პარენტერულად 12 საათში ერთხელ, 7-10-14 დღის მანძილზე. ინფუზიის ხანგრძლივობა არანაკლებ 60 წთ-ია.

## **დადასტურებული ამეზიაზი ან გიარდიაზი**

**I ალტერნატივა.** მეტრონიდაზოლი სადღეღამისო დოზით 15-50 მგ/კგ, 3-ჯერ დღეში ორალურად, 10 დღის მანძილზე.

**II ალტერნატივა.** თინიდაზოლი 50 მგ/კგ (მაქს. 2 გრამი) ერთჯერ დღეში, ორალურად, 3-5 დღის მანძილზე.

## **სისხლიანი დიარეა არ არის**

### **ვირუსული დიარეა**

ვირუსული დიარეა საჭიროებს მხოლოდ რეჰიდრატაციულ თერაპიას და სიმპტომურ მკურნალობას.

### **სალმონეზური გასტროენტერიტი**

სალმონეზური გასტროენტერიტის დროს ანტიბიოტიკოთერაპია პრაქტიკულად ჯანმრთელ ბავშვებში არ არის გამართლებული (I A). ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩვენებებია (VbD):

- ბაქტერიემია;
- ექსტრინტესტინური კეროვანი ინფექცია;
- გასტროენტერიტი მაღალი რისკის ბავშვებში (6 თვემდე ასაკის ჩვილები, იმუნოდეფიციტი, ანატომიური და ფუნქციური ასპლენია, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, იმუნოსუპრესიული თერაპია, აქლორჰიდრია).

**I ალტერნატივა.** ცეფტრიაქსონი 20-100 მგ/კგ, ი/ვ 1-ჯერ დღეში, 7 დღის მანძილზე.

**II ალტერნატივა.** აზითრომიცინი 0 მგ/კგ, ერთჯერ დღეში ორალურად, 7 დღის მანძილზე.

## სიმპტომური თერაპია

**ანტიპირეტული მკურნალობა.** აცეტამინოფენი ერთჯერადი დოზა 10-15 მგ/კგ, არაუმეტეს 60 მგ/კგ 24 საათში; იბუპროფენი 6 თვის ასაკიდან, ერთჯერადი დოზა 5-10 მგ/კგ, არაუმეტეს 40 მგ/კგ 24 საათში.

**ანტიემეტური (ღებინების საწინააღმდეგო) საშუალებები** გასტროენტერიტის ფონზე განვითარებული ღებინების დროს რუტინულად არ გამოიყენება. გამოიყენება მძიმე შეუპოვარი ღებინების შემთხვევაში 5-HT<sub>3</sub> 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 სადღეღამისო დოზით 0,4-0,8 მგ/კგ 4-ჯერ დღეში. დომპერიდონი სადღეღამისო დოზით 0,25-0,5 მგ/კგ, 3-4-ჯერ დღეში. მაქსიმალური სადღეღამისო დოზაა 2,4 მგ/კგ.

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

**პრობიოტური საშუალებები** ამცირებს დიარეის ხანგრძლივობას, ყველაზე ეფექტური პრობიოტიკებია *Lactobacillus GG* (I A) და *Sacharomyces boulardii* (II B). პრობიოტიკებით მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს 5-7 დღეს და რეკომენდებულია მკურნალობა დაიწყოს მაქსიმალურად ადრე. *Lactobacillus GG*, მინიმუმ 10 ბილიონი ერთეულის რაოდენობით, ამცირებს დიარეის გახანგრძლივების რისკს და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობას.

**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).

## პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები

ჩვეულებრივ კლინიკური გაუმჯობესება ხდება 1-2 დღეში. დიარეა გრძელდება 5-7 დღე, ღებინება 1-2 დღე.

### **დადებით დინამიკაზე მიუთითებს:**

- დამაკმაყოფილებელი ჰიდრატაცია მიღწეულია, რაც დასტურდება წონის ნამატით და/ან კლინიკური სტატუსით;
- სითხის ორალური მიღება ექვივალენტურია და აღემატება დანაკარგებს;
- ინტრავენური ან ენტერალური რეჰიდრატაციის საჭიროება აღარ არსებობს;
- არ არის ცხელება;
- არ არის სისხლი განავალში (თუ კი ასეთი იყო).

თუ მკურნალობის დაწყებიდან მესამე დღეს სახეზეა მაღალი ცხელება, სისხლიანი განავალი და დეფეკაციის სიხშირე არ იკლებს, სავარაუდოა, მკურნალობის მიმართ რეზისტენტული ეტიოლოგიური აგენტი ან სხვა დაავადება. (1)

**უარყოფით დინამიკაზე მიუთითებს დიარეის გართულებები:**

- ჰიპოკალიემია;
- ჰიპოვოლემია/შოკი;
- ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი;
- მეორადი ბაქტერიული ინფექციები (პნევმონია, ოტიტი, სეფსისი, საშარდე გზების ინფექცია).

**მონიტორინგის სამიზნეები**

ზოგადი მდგომარეობა, ჰიდრატაციის ხარისხი, წონა, პერიფერიული სისხლის სურათი, ელექტროლიტური ბალანსი.

**ჰოსპიტლიდან გაწერის ჩვენებები (VbD):**

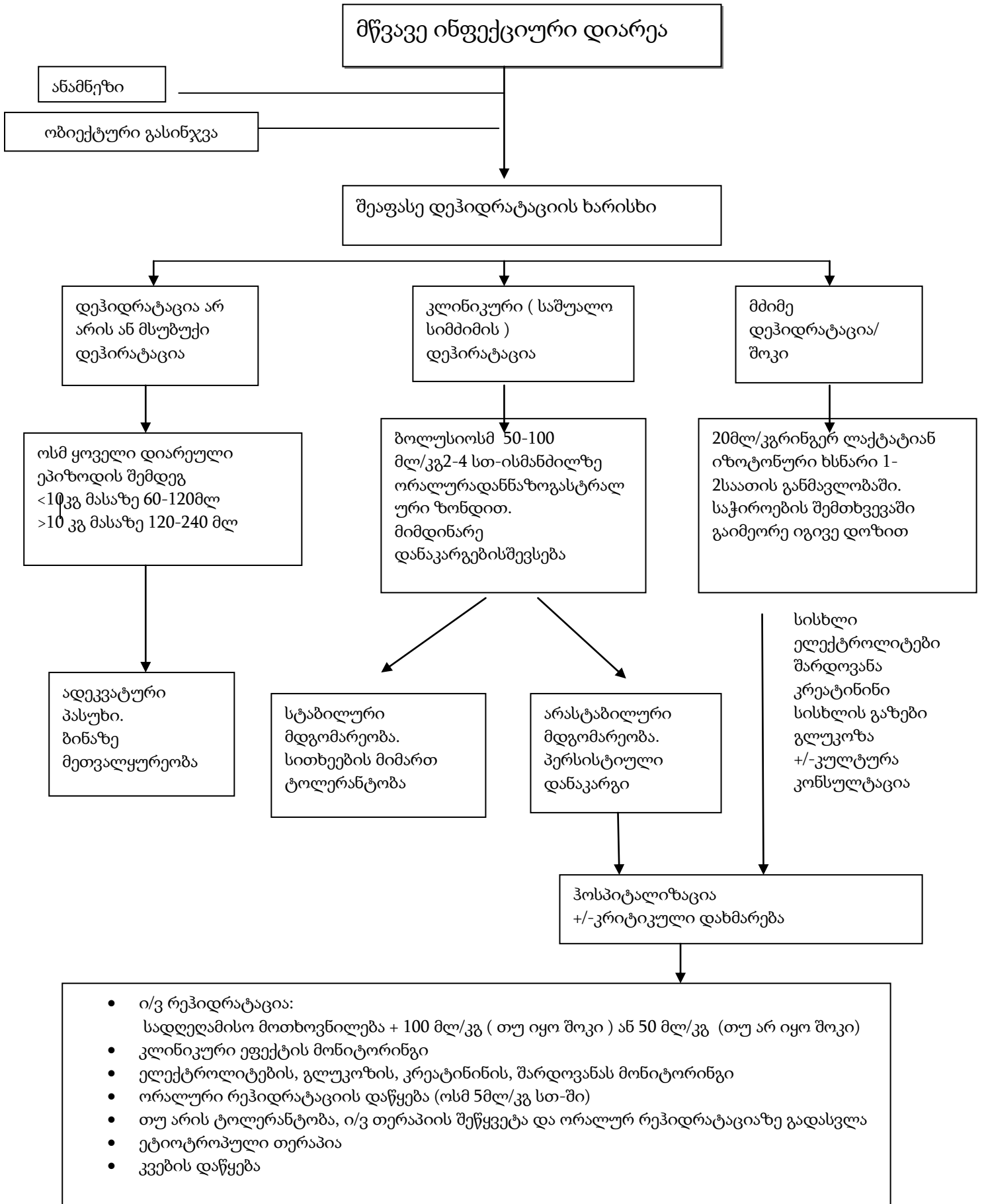
- დამაკმაყოფილებელი ჰიდრატაცია (კლინიკური მდგომარეობა და/ან წონის ნამატი);
- პარენტერული რეჰიდრატაციის საჭიროება არ არის;
- პერორალური მიღება აღემატება დანაკარგს;
- სამედიცინო მეთვალყურეობის ან სატელეფონო კავშირის გაგრძელების შესაძლებლობა ბინაზე;
- მშობლების უნარი მართონ ბავშვი ბინაზე (ჰიგიენა, ორალური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

**ცხრილი №3. მწვავე ბაქტერიული დიარეის ეტიოლოგიური მკურნალობა (1)**

გამომწვევი	ანტიბიოტიკი	დოზა
<b>Clostridium difficile</b>	Metronidazole ან Vancomycin	15-35 მგ/კგ (მაქს.500მგ) ორალურად 3-ჯერ დღეში 40 მგ/კგ (მაქსიმუმ 125მგ) ორალურად 4-ჯერ დღეში 40 მგ/კგ 2--ჯერ დღეში ი/ვ 10-14 დღე
<b>Shigella</b>	Azithromycin ან Cefixime Trimetoprim/sulfametoxazole  ნალიდიქსინის პრეპარატები Ceftriaxone	10-12 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად 3 დღე 8 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად 5 დღე Trimetoprim 10 მგ/კგ და sulfametoxazole 50 მგ/კგ 5 დღე ორალურად 55 მგ/კგ ორალურად 4-ჯერ დღეში 7 დღე 50 მგ/კგ დღეში ი/მ 3 დღე
<b>Nontyphoid salmonellosis</b>	არ საჭიროებს Ceftriaxone ან Azithromycin	80-100 მგ/კგ 24 სთ/მ 7-10 დღე 20 მგ/კგ/24 სთ ერთჯერ ორალურად 7 დღე
<b>Salmonella typhi</b>	Ceftriaxone Azithromycin	100 მგ/კგ 24 სთ 2-ჯერ დღეში 7 დღე ი/მ ან ი/ვ 20 მგ/კგ/24 სთ ერთჯერ 7 დღე ორალურად
<b>Campylobacter jejuni</b>	არ საჭიროებს Azithromycin Erythromycine	10-12 მგ/კგ/24 სთ ერთჯერ დღეში 5დღე 30-40 მგ/კგ 2-4-ჯერ დღეში 5-10 დღე
<b>Aeromonas</b>	უმკურნალე როგორც Shigella-ს	
<b>Vibrio cholerae</b>	Erythromycinean Azithromycin	30 მგ/კგ 3-ჯერ დღეში 3 დღე ორალურად 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში 3 დღე ორალურად

Noncholeraic vibrios	არ საჭიროებს ან უმკურნალებს როგორც Shigella-ს	
Enterotoxigenic E.coli, Enterocoagulative E.coli ან მოგზაურთა დიარეა O157:H7; Enteroinvasive E. coli	Azitromycin Ceftriaxone არ საჭიროებს უმკურნალებს როგორც Shigella-ს	10 მგ/კგ/24 სთ ერთჯერ დღეში 3 დღე 50 მგ/კგ დღეში 3 დღე ი/მ
Giardia lamblia	Metronidazole  Tinidazole	15-50 მგ/კგ (მაქს. 500მგ) 3-ჯერ დღეში 5-7-10 დღე ორალურად 50 მგ/კგ (მაქს. 2 გრამი) ერთჯერ დღეში ორალურად 3-5 დღე

ალგორითმი №1. მწვავე ინფექციური დიარეის მართვა





## 9. მოსალოდნელი შედეგები

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

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას მწვავე ინფექციური გასტროენტერიტით?
- როგორია ინფექციური დიარეით ავადობის მაჩვენებელი ბავშვთა ასაკის ავადობის სტრუქტურაში (%)?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა ამბულატორიულად?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში?
- სხვა დაწესებულებებში რეფერალის მაჩვენებელი (%).
- ინფუზური თერაპიის მაჩვენებელი (%).
- ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლები (%).
- ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა (საწოლდღეები).
- გასტროენტერიტის კლინიკური მიმდინარეობის ხანგრძლივობა.

## 11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება უნდა მოხდეს 3წლის 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><b>I.</b> ეფუძნება <math>\geq 1</math> თანამედროვე დიზაინის რანდომიული კონტროლირებადი კვლევის სისტემურ მიმოხილვას;</p> <p><b>II.</b> ეფუძნება <math>\geq 1</math> სათანადო დიზაინის დამაკმაყოფილებელი მოცულობის რანდომიულ კონტროლირებად კვლევას;</p> <p><b>III.</b> ეფუძნება კარგი დიზაინის არარანდომულ ან კოჰორტულ ან შემთხვევა-კონტროლის კვლევას;</p> <p><b>IV.</b> ეფუძნება <math>&gt;1</math> კვლევითი ცენტრის ან მკვლევართა ჯგუფის თანამედროვე დიზაინის არაექსპერიმენტულ კვლევას;</p> <p><b>Va.</b> დარგის ექსპერტთა კლინიკური გამოცდილება და მოსაზრება;</p> <p><b>Vb.</b> თვალსაჩინო კლინიკური კვლევა ან ექსპერტული კომიტეტების დასკვნა.</p>	<p><b>A.</b> ძლიერი რეკომენდაცია გამყარებული I დონის მტკიცებულებით;</p> <p><b>B.</b> ძლიერი რეკომენდაცია გამყარებული II დონის მტკიცებულებებით;</p> <p><b>C.</b> საშუალო სიძლიერის რეკომენდაცია. ემყარება III დონის მტკიცებულებებს და კლინიკურ აქტივობას</p> <p><b>D.</b> სუსტი რეკომენდაცია ემყარება IV-V დონის მტკიცებულებებს და/ან მიღებულია კონსენსუსის გზით.</p>

### დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>		
ოჯახის ექიმი, პედიატრი, ანეთეზიოლოგ-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, ინფექციის ეტიოლოგიური მკურნალობა	სასურველია
<b>ექთანი</b>	მანიპულაციების შესრულება;	სავალდებულოა
<b>რეგისტრატორი</b>	პაციენტების აღრიცხვა; სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა; პაციენტის გამოძახების უზრუნველყოფა	სასურველია
<b>მენეჯერი/ადმინისტრატორი</b>	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; პროტოკოლის დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	სასურველია
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი</b>		
კლინიკური, ბიოქიმიური, ბაქტერიოლოგიური და ლაბორატორიული კვლევების სერვისის უზრუნველყოფა	სისხლის, შარდის, განავლის ანალიზი. დიაგნოზის დადასტურება, გართულებების რისკების შეფასება, ეფექტური მართვა.	სავალდებულო ან სასურველი
<b>პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები</b>	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

**დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება**

წყარო გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
გასტროენტერიტის სიმძიმე დამოკიდებულია და განისაზღვრება დეჰიდრატაციის ხარისხით. დეჰიდრატაციის სიმძიმის დადგენა ხდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე.სამი ყველაზე ინფორმატიული კლინიკური ნიშანია: კაპილარული ავსების დროის გახანგრძლივება, კანის ელასტიკურობა/ტურგორის დაქვეითება, რესპირაციული დარღვევები	დეჰიდრატაციის ხარისხის სწრაფი შეფასება შესაძლებელია ოთხი კლინიკური ნიშნის საფუძველზე: მენტალური სტატუსი, წყურვილის შეგრძნება, ჩაცვნილი თვალები, კანის ნაოჭი (ელასტიკურობა).	გაიდლაინში არ არის დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრის მეთოდიკა. ამიტომ დაემატა ცხრილი დამატებითი წყაროდან და აგრეთვე ჯან.მო-ს რეკომენდაცია, რომელიც საქართველოში უკვე რამდენიმე წელია დანერგილია პროექტის IMCI მიხედვით.
გაიდლაინში მითითებულია ლაბორატორიული კვლევის ჩვენებები.	პროტოკოლში მითითებულია კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევის ვადები (4საათი, 24 საათი, 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, 4 და 5
გაიდლაინში მოცემულია პარენტერული რეჰიდრატაციის ჩვენებები.	პროტოკოლში დეტალურად აღწერილია პარენტერული რეჰიდრატაციის პრინციპები	გაიდლაინში არ არის დეტალურად აღწერილი პარენტერული რეჰიდრატაციის პრინციპები, ამიტომ გამოყენებული იქნა დამატებითი წყარო 4
გაიდლაინს არ ახლავს ალგორითმი	პროტოკოლში ალგორითმი დართულია	ალგორითმი აღებულია დამატებითი წყაროებიდან
გაიდლაინში არ არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტალიდან გაწერის ჩვენებები.	პროტოკოლში არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტალიდან გაწერის ჩვენებები.	მონაცემები აღებულია დამატებითი წყაროებიდან 1, 3

**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.