

მიღებულია „კლინიკური პრაქტიკის ეროვნული რეკომენდაციებისა (გაიდლაინები) და კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტების (პროტოკოლები) შემუშავების, შეფასების და დანერგვის ეროვნული საბჭოს“ 2021 წლის 1 აპრილის №2 სხდომის გადაწყვეტილების შესაბამისად

დამტკიცებულია საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2021 წლის 22 ოქტომბრის №01-426ო ბრძანებით

ბავშვთა ასაკის მწვავე დიარეის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

2021

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება.....	3
2. პროტოკოლით მოცემული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფი:	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი:.....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები	5
8.1 დაავადების განმარტება	5
8.2 ეპიდემიოლოგია/ეტიოლოგია	5
8.3 დიარეის კლინიკური მახასიათებლები.....	6
8.4 დიარეისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები და ნიშნების შეფასება:.....	6
8.5 დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება:	7
8.6 დიფერენციული დიაგნოსტიკა:.....	10
8.7 დიარეის ეტიოლოგიური გამომწვევის იდენტიფიცირება კლინიკური ნიშნების მიხედვით:	10
8.8 ლაბორატორიული კვლევები დიარეის დროს.....	12
8.9 დიარეის მართვა:.....	12
8.9.1 ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები:	12
8.9.2. დეჰიდრატაციის მართვა (რეჰიდრატაცია).....	13
8.9.3 კვების რეკომენდაციები	15
8.9.4 ფარმაკოლოგიური თერაპია	15
8.9.5 პრევენცია	17
8.9.6 ალგორითმი	18
9. მოსალოდნელი შედეგები :	19
10. აუდიტის კრიტერიუმები:.....	19
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	19
12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები.....	19
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე	20
14. გამოყენებული ლიტერატურა	21
15. პროტოკოლის ავტორები:.....	22

1. პროტოკოლის დასახელება

ბავშვთა ასაკის მწვავე დიარეის მართვა პირველადი ჯანდაცვის რგოლში

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

1. კლინიკური მდგომარეობის დასახელება	ICD10 კოდი
ნაწლავთა ვირუსული ინფექცია, დაუზუსტებელი	A08.4
სხვა დაუზუსტებელი ნაწლავური ინფექციები	A08.5
სხვა და დაუზუსტებელი გასტროენტერიტი და კოლიტი ინფექციური ეტიოლოგიის	A09.0
გასტროენტერიტი და კოლიტი დაუზუსტებელი ეტიოლოგიის	A09.9
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
ნაზოგასტრული ზონდის ჩადგმა	JDXX00
პერიფერიული ვენაში ვენური საინექციო კათეტერის შეყვანა	PHXA39
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში	BL.2.34
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

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

წარმოდგენილი ფორმატით პროტოკოლი შემუშავებულია „დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის კომპონენტის გაძლიერება პირველადი ჯანდაცვის სისტემაში ბავშვის განვითარების ასპექტების გაერთიანებით, მათ შორის COVID-19 გაკვეთილების გათვალისწინებით“ პროექტის ფარგლებში, რომელიც ხორციელდება საქართველოში ჩეხეთის კარიტასის (CCR Georgia) მიერ გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) დაფინანსებით. პროტოკოლი ძირითადად, ეყრდნობა ევროპის პედიატრიული გასტროენტეროლოგიის, ჰეპატოლოგიისა და ნუტრიციოლოგიის/ევროპის პედიატრიული ინფექციური დაავადებების მტკიცებულებებზე დაფუძნებულ გაიდლაინს ბავშვებში მწვავე გასტროენტერიტის მართვის შესახებ, ასევე საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ 2014 წელს დამტკიცებულ პროტოკოლებს ბავშვებში ვირუსული დიარეისა და გასტროენტერიტის

მართვაზე, ჯანმო-ს გაიდლაინს ბავშვთა გავრცელებული დაავადებების ჰოსპიტალურ მართვასა და სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო ორგანიზაციების მტკიცებულებებს/სახელმძღვანელოებს ანალოგიურ თემაზე. ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ერთვის.

4. პროტოკოლის მიზანი

ბავშვთა ასაკში (2 თვიდან 18 წლამდე) მწვავე დიარეის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და ერთიანი რეკომენდაციების დანერგვის გზით მდგომარეობის სიმძიმის ადეკვატური შეფასება, საშიშროების ნიშნების გამოვლენა, დეჰიდრატაციის ხარისხის სწორი შეფასება, დეჰიდრატაციის სიმძიმის შესაბამისი მართვისა და რეფერალის სტრატეგიების დანერგვა, არასწორი მკურნალობის შემთხვევების აღმოფხვრა, დაუსაბუთებელი ანტიბიოტიკოთერაპიის შემცირება, მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა, გართულებების პრევენცია და ჰოსპიტალიზაციის სიხშირის შემცირება.

5. პროტოკოლის სამიზნე ჯგუფი:

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 2 თვიდან 18 წლამდე ასაკის პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ მწვავე დიარეა ღებინებითა და ცხელებით ან მათ გარეშე.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი:

პროტოკოლი განკუთვნილია პირველადი ჯანდაცვის რგოლის ჯანდაცვის პერსონალისთვის:

- ოჯახის ექიმები;
- სოფლის ექიმები;
- პედიატრები;
- ექთნები;
- საპატრონაჟო მედდები;
- უმცროსი ექიმები და რეზიდენტები.

7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლის გამოყენება იწყება შესაბამისი სერვისის მიმწოდებელ დაწესებულებაში - პირველადი ჯანდაცვის რგოლში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

8.1 დაავადების განმარტება

მწვავე დიარეა - განავლის კონსისტენციის შეცვლა (ფაფისებური ან სითხის შემცველი) და/ან ნაწლავთა მოქმედების სიხშირის ზრდა (3 ჯერ და მეტჯერ 24 საათის განმავლობაში ან ჩვეულზე უფრო ხშირად) ცხელებით ან ლებინებით ან ამ სიმპტომების გარეშე.

გასათვალისწინებელია, რომ განავლის კონსისტენციის ცვლილება ჩვეულთან შედარებით უფრო მეტად წარმოადგენს დიარეის ინდიკატორს, ვიდრე ნაწლავთა მოქმედების სიხშირე, განსაკუთრებით სიცოცხლის პირველი თვეების მანძილზე. მწვავე დიარეა ჩვეულებრივ გრძელდება 7 დღემდე, მაგრამ არაუმეტეს 14 დღისა.

8.2 ეპიდემიოლოგია/ეტიოლოგია

ევროპის რეგიონის 3 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში დიარეული დაავადებების ეპიზოდები მერყეობს 0.5-2 ეპიზოდი 1 ბავშვზე წლის მანძილზე. აღნიშნულ ასაკობრივ ჯგუფში დიარეა და დეჰიდრატაცია ჰოსპიტალიზაციის ძირითადი მიზეზია.

დიარეის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ვირუსული ან ბაქტერიული ეტიოლოგიის ინფექციური პროცესი საჭმლის მომნელებელ სისტემაში. აგრეთვე დიარეის მიზეზი შეიძლება იყოს სისტემური ინფექცია, ანტიბიოტიკების მიღება, საკვები, მონელება/შეწოვის დარღვევა და სხვ. ამ პროტოკოლში განხილულია მხოლოდ ინფექციური ეტიოლოგიის მწვავე დიარეა.

მწვავე დიარეული დაავადებების უმრავლესობა დაკავშირებულია ინფექციურ გასტროენტერიტთან.

მწვავე გასტროენტერიტის უხშირესი მიზეზია ვირუსები: როტავირუსი, ნოროვირუსი, საპოვირუსი, ასტროვირუსი, ადენოვირუსები. ბაქტერიული გამომწვევები მოსალოდნელია 2 წელზე უფროსი ასაკის ბავშვებთან. უხშირესი ბაქტერიული გამომწვევებია: Shigella, Escherichia coli შიგატოქსინმაპროდუცირებელი და არატიფოიდური Salmonella შტამები, Clostridium difficile, Campylobacter jejuni, Yersinia enterocolitica. უხშირეს პროტოზოულ გამომწვევად მიჩნეულია Entamoeba histolytica, როგორც ინვაზიური დიარეის ერთ-ერთი მოსალოდნელი მიზეზი.

მწვავე გასტროენტერიტის ეტიოლოგიური მიზეზები განსხვავებულია გეოგრაფიულ რეგიონის, სეზონურობისა და ბავშვის ასაკის მიხედვით. როტავირუსი უხშირესი გამომწვევია 2 წლამდე ასაკის ნებისმიერი გეოგრაფიული რეგიონის მაცხოვრებელ ბავშვებში. როტავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის დაწყების პარალელურად იკლებს ეს ინფექცია და უფრო ხშირად ვლინდება ნოროვირუსული დიარეა. 2 - დან 5 წლამდე ასაკში განვითარებად ქვეყნებში ბაქტერიული გამომწვევებიდან უხშირესად

გამოვლენილია Shigella, ხოლო განვითარებულ ქვეყნებში კი კამპილობაქტერია, სალმონელა და Escherichia coli.

კვლევების შედეგების მიხედვით დასავლეთ ევროპაში როტავირუსული გასტროენტერიტის სიხშირე 1.33-დან 4.96-მდე შემთხვევა 100 ადამიანზე წელიწადში. ქვეყნების მიხედვით ჰოსპიტალიზაცია როტავირუსული ავადობის გამო მერყეობს 7-8%-ს შორის.

8.3 დიარეის კლინიკური მახასიათებლები

მწვავე დიარეა - გრძელდება საშუალოდ 7 დღემდე და არაუმეტეს 14 დღისა. პერსისტული დიარეა - 14 დღეზე მეტი.

მწვავე დიარეა შესაძლოა იყოს წყლიანი და სისხლიანი (ინვაზიური).

მწვავე წყლიანი დიარეა - თან ახლავს სითხის კარგვა - დეჰიდრატაცია და კვების შეზღუდვის გამო შესაძლოა თან ახლდეს წონის დაქვეითება.

მწვავე სისხლიანი დიარეა - განავალი შეიცავს სისხლსა და შესაძლოა ლორწოს. ძირითადი საშიშროება დაკავშირებულია ნაწლავის ლორწოვანის დაზიანებასთან, სეფსისსა და მალნუტრიციასთან. დეჰიდრატაცია არ არის ისე ხშირი, როგორც მწვავე წყლიანი დიარეის დროს, თუმცა მოსალოდნელია. მწვავე სისხლიან დიარეას ასევე ინვაზიურ დიარეასაც უწოდებენ.

მწვავე დიარეა მალნუტრიციით - სერიოზული მდგომარეობაა, რომელიც მოითხოვს სისტემური ინფექციის, მაკრო და მიკრონუტრიენტების დეფიციტის, ელექტროლიტური ბალანსის დარღვევის, გულის უკმარისობის ნიშნების შეფასებასა და გამორიცხვას.

8.4 დიარეისათვის დამახასიათებელი კლინიკური სიმპტომები და ნიშნების შეფასება:

შეფასების მიზანი:

- დეჰიდრატაციის არსებობის დადგენა, მისი სიმძიმის ხარისხის შეფასება;
- ეტიოლოგიური ფაქტორის დადგენა- თუ ეს შესაძლებელი და საჭიროა;
- თანმხლები დაავადებების და გართულებების იდენტიფიცირება;
- მართვის და/ან რეფერალის ყველაზე მისაღები ფორმის შერჩევა.

ანამნეზი:

ყურადღება უნდა გამახვილდეს შემდეგზე:

- დიარეის ხასიათი (წყლისებრი, სისხლიანი, ლორწოს შემცველი) და სიხშირე;
- ღებინების არსებობა, მისი სიხშირე, ნაღებინები მასის რაოდენობა და შემადგენლობა (ნაღვლოვანი, სისხლიანი);
- მიღებული სითხისა და საკვების რაოდენობა მიმდინარე და დაავადების წინა პერიოდში;

- გამოყოფილი შარდის რაოდენობა;
- წონა დაავადებამდე (თუ ის ცნობილია);
- თანმხლები სიმპტომები (ცხელება, მენტალური სტატუსი);
- სამედიცინო ისტორია: იმუნიზაციის ანამნეზი, თანმხლები ქრონიკული დაავადებები, სხვა ინფექციები უახლოეს პერიოდში, მიმდინარე ეპიზოდის გამო ჩატარებული მკურნალობა, მიღებული მედიკამენტები, იმუნური კომპრომეტაციის შესაძლებლობა თანდართული და არსებული დაავადებების გამო;
- ოჯახისა და გარემოს შესაძლო ზეგავლენა დაავადებაზე (სოციალური გარემო, სუფთა წყალთან წვდომა და სხვ.).

გასინჯვა:

- სასიცოცხლო ნიშნები: ტემპერატურა, გულისცემის სიხშირე, სუნთქვის სიხშირე, წნევა - ასაკის და წონის შესაბამისი მანჟეტის გამოყენებით;
- სხეულის ზუსტი წონა;
- დეჰიდრატაციის ნიშნების შეფასება (იხ. ცხრილი 1);
- აუსკულტაციით ნაწლავის ხმიანობა;
- პერფუზია და კაპილარული ავსება - ოთახის ტემპერატურაზე კანზე თითის დაჭერით;
- კანის ნაოჭი/ელასტიურობა - კანის ნაოჭი მუცლის წინა ზედაპირსა და/ან ბარძაყზე;
- განავლის შეფასება: წყლის შემცველობა, სისხლი და/ან ლორწო;

8.5 დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება:

დიარეის მართვის დროს გადამწყვეტია დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება. სასურველია განისაზღვროს სხეულის მასის დეფიციტის ოდენობა, რაც წონის მიხედვით საკმაოდ რთული და ზოგჯერ არაზუსტია (წონათა სხვაობა დიარეული ეპიზოდის დაწყებამდე და დიარეის მიმდინარეობის დროს), ამიტომ მიზანშეწონილია დეჰიდრატაციის ხარისხი განისაზღვროს კლინიკური ნიშნების მიხედვით.

დეჰიდრატაცია შეიძლება იყოს 3 ხარისხის:

- 1) დეჰიდრატაცია არ არის ან მინიმალურია - მსუბუქი (სითხის დანაკარგი 50 მლ/კგ-მდე);
- 2) საშუალო სიმძიმის - ზომიერი (სითხის დანაკარგი (50-100 მლ/კგ),
- 3) მძიმე დეჰიდრატაცია (სითხის დანაკარგი აღემატება 100მლ/კგ-ს);

ცხრილი 1 - დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება კლინიკური ნიშნებისა და სიმპტომების საფუძველზე

კლინიკური ნიშნები	მსუბუქი (3%-5%)	ზომიერი (6%-9%)	მძიმე >10% ზე
მენტალური სტატუსი	ნორმალური, ნათელი ცნობიერება	გაღიზიანებული, აგზნებული	ლეთარგიული, აპათიური, უგონო
გულისცემის სიხშირე	ნორმალური	მომატებული	მნიშვნელოვანი ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია
პულსი	ნორმალური	ნორმალური/დაქვეითებული	სუსტი/მაფისებრი/არ ისინჯება
წნევა	ნორმალური	ნორმალური ან დაბალი	დაბალი
სუნთქვა	ნორმალური	ნორმალური/გახშირებული	ტაქიპნეა და ჰიპერპნეა
თვალეები	ნორმალური	მცირედ ჩაცვენილი	ძლიერ ჩაცვენილი
დიდი ყიფლიბანდი	ნორმალური	ჩავარდნილი	მნიშვნელოვნად ჩავარდნილი
ცრემლი	არის	არის/შემცირებული	არ აქვს
ლორწოვანი გარსი (პირის ღრუ/ენა)	სველი	მშრალი	გამომხმარი (სიმშრალესთან ერთად აღინიშნება ლორწოვანის ჰიპერემია)
კანის ტურგორი/ელასტიურობა	ნაოჭი სწორდება სწრაფად	კანის ნაოჭი სწორდება ნელა <2წმ	ნაოჭი სწორდება 2 წმ-ზე მეტი ხნის შემდეგ ან არ სწორდება
კაპილარული ავსება	ნორმალური, <2 წმ	გახანგრძლივებული	მნიშვნელოვნად გახანგრძლივებული/მინიმალური
წყურვილი	წყალს/სითხეს სვამს ნორმალურად, შეიძლება დალიოს	არ	არ
კიდურები	თბილი	გრილი	გრილი, ჭრელი, ციანოზური
შარდის გამოყოფა	ნორმალური/დაქვეითებული	დაქვეითებული(<1 მლ/კგ/სთ)	მინიმალური (ოლიგურია/ანურია)

ცხრილში მოცემული ნიშნებიდან დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასების საუკეთესო მაჩვენებელად მიჩნეულია 3 ნიშანი:

- გახანგრძლივებული კაპილარული ავსების დრო (ნორმა <2 წამზე);

- დაქვეითებული კანის ელასტიურობა/ტურგორი (ნორმა - ნაოჭის დაუყოვნებელი გასწორება);
- სუნთქვის ტიპი ასაკობრივი ნორმიდან ნებისმიერი გადახრით (გახშირება, გაიშვიათება სუნთქვის არარსებობამდე და/ან გაღრმავება);

დეჰიდრატაციის ხარისხის მარტივად შეფასება შესაძლებელია ჯანმო-ს (WHO) რეკომენდაციის მიხედვით 4 კლინიკური ნიშნის საფუძველზე (იხ. ცხრილი 2):

- მენტალური სტატუსი;
- წყურვილის შეგრძნება;
- თვალის მდგომარეობა;
- კანის ელასტიურობა/ტურგორი (კანის ნაოჭი).

ცხრილი 2 - დეჰიდრატაციის კლასიფიკაცია ჯანმოს რეკომენდაციით	
მძიმე გაუწყლოება	
<p>თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ლეტარგია ან უგონო მდგომარეობა; • უარს აცხადებს სითხის მიღებაზე ან ვერ სვამს სითხეს; • თვალები ჩაცვენილია; • კანის ნაოჭი სწორდება ძალიან ნელა (>2 წმ). 	<p>მძიმე დეჰიდრატაცია მკურნალობის სქემა C სითხის დეფიციტი >100მლ/კგ</p>
ზომიერი (საშუალო სიმძიმის) გაუწყლოება	
<p>თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი:</p> <ul style="list-style-type: none"> • აგზნება, მოუსვენრობა • ხარბად სვამს სითხეს • თვალები ჩაცვენილია • კანის ნაოჭი სწორდება ნელა (<2წმ) 	<p>მკურნალობის სქემა B სითხის დეფიციტი - 50-100მლ/კგ</p>
გაუწყლოება არ არის ან მსუბუქია	
<p>ჩამოთვლილიდან არ არის არცერთი ან არის მხოლოდ ერთი ნიშანი</p>	<p>მკურნალობის სქემა A სითხის დეფიციტი <50მლ/კგ</p>

დეჰიდრატაციის შესაფასებლად ლაბორატორიული ტესტები რუტინულად არ გამოიყენება.

8.6 დიფერენციული დიაგნოსტიკა:

მწვავე გასტრენტერიტისთვის დამახასიათებელი ტრიადა - დიარეა, ცხელება და ღებინება, შეიძლება შეგვხვდეს სხვა დაავადებების დროსაც:

- მწვავე აპენდიციტი;
- ჩაჭედილი თიაქარი;
- კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ობსტრუქცია და გაუვალობა;
- საშარდე გზების ინფექცია;
- სეფსისი და მენინგიტი;
- დიაბეტური კეტოაციდოზი.
- ქალასშიდა წნევის მატების ნებისმიერი მიზეზი;
- მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი პრობლემები;
- ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი;
- ნაწლავის ანთებითი დაავადება.

შეფასების დროს აუცილებელია ყურადღება გამახვილდეს დიარეის თანმხლებ სიმპტომებზე, რომლებიც სხვა დაავადების მიმანიშნებელი შეიძლება იყოს:

- მუცლის შებერვა და/ან დაჭიმულობა;
- ნაღვლოვანი მასებით ღებინება;
- ნაღვლინებ მასაში ან განავალში სისხლი;
- ძლიერი მუცლის ტკივილი;
- ღებინება დიარეის გარეშე;
- თავის ტკივილი.

პაციენტს აგრეთვე შეიძლება აღენიშნებოდეს:

- ანტიბიოტიკთან ასოცირებული დიარეა - ამ შემთხვევაში ანამნეზში ყურადღება ექცევა უკანაკნელ პერიოდში ფართო სპექტრის ორალური ანტიბიოტიკების მიღების ეპიზოდებს;
- ქირურგიული პათოლოგია მაგ.: გაუვალობა - ამ შემთხვევაში პაციენტს განავალში შეიძლება ჰქონდეს სისხლი და ლორწო, შეტევითი ტირილი სიფერმკრთალით ჩვილებსა და ადრეული ასაკის ბავშვებში, პალპაციით ისინჯებოდეს წარმონაქმნი (მასა).

8.7 დიარეის ეტიოლოგიური გამომწვევის იდენტიფიცირება კლინიკური ნიშნების მიხედვით:

სავარაუდოდ ვირუსული ეტიოლოგია: დიარეასთან ერთად უხშირესი სიმპტომი არის ღებინება, კუჭ-ნაწლავის სიმპტომებს შეიძლება ახლდეს რესპირაციული სიმპტომები, ცხელება. როტავირუსული გასტრენტერიტით ავადდებიან უპირატესად 6 თვიდან 2 წლამდე ასაკის ბავშვები და ის გვხვდება უფრო ცივ სეზონზე. ნოროვირუსული დიარეა მთელი წლის განმავლობაში გვხვდება და ყველა ასაკობრივ ჯგუფში თანაბრადაა მოსალოდნელი. საპოვირუსული დიარეა უფრო მსუბუქი კლინიკური მიმდინარეობით ხასიათდება, ვიდრე როტავირუსული. ასტროვირუსი და ადენოვირუსი უპირატესად 4 წლამდე ბავშვებში იწვევენ დიარეას.

სავარაუდოდ ბაქტერიული ეტიოლოგია: მაღალი ცხელება >39°, შესაძლოა ხილული სისხლი განავალში, ც.ნ.ს. სიმტომები: აგზნება, მოდუნება, კრუნჩხვა ან კომა.

Escherichia coli-ს შიგატოქსინმაპროდუცირებელი შტამებით გამოწვეული მწვავე გასტროენტერიტის ანამნეზში საყურადღებოა კავშირი თერმულად დაუმუშავებელი ან ცუდად დამუშავებული ხორცის საკვებად გამოყენებასთან, არაპასტერიზებულ რძის პროდუქტებთან. დაავადება იწყება ძლიერი, შეტევითი მუცლის ტკივილით, წყლიანი დიარეით და ლებინებით. დიარეული მასები სისხლის შემცველი ხდება დაავადების მეორე-მესამე დღიდან. შესაძლებელია იყოს ცხელება, რომელიც ჩვეულებრივ არ არის მაღალი <38.5° და დაავადების მძიმე მიმდინარეობაზე მიუთითებს. მოსალოდნელია გართულება ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომით, რომელიც დიარეის დაწყებიდან მე-5-13 დღეს შეიძლება განვითარდეს. გასათვალისწინებელია, რომ *Escherichia coli*-ს შიგატოქსინმაპროდუცირებელი შტამებით გამოწვეული მწვავე გასტროენტერიტის დროს ბეტალაქტამური ანტიბიოტიკებითა და ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლით ჩატარებული მკურნალობის ფონზე იზრდება ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის განვითარების რისკი.

Shigella-ს შტამებით გამოწვეული მწვავე გასტროენტერიტის დროს დაავადება იწყება მწვავედ, მაღალი ცხელებით, მუცლის ტკივილით, ანორექსიით, სისუსტით, ტენეზმებით და დიარეით სისხლისა და ლორწოს შემცველი განავლით. შესაძლოა ნევროლოგიური სიმპტომატიკაც - კრუნჩხვა. ამ გამომწვევს ახასიათებს უპირატესად მსხვილი ნაწლავის ლორწოვანის დაზიანება/ინვაზია. სითხის დანაკარგი არ არის დიდი, განსხვავებით წვრილი ნაწლავების დაზიანებით მიმდინარე ინფექციური დიარეისაგან, როდესაც დეჰიდრატაცია მეტადაა გამოხატული და უფრო მძიმეა.

Salmonella-თი გამოწვეული დიარეით მიმდინარე დაავადება უხშირესად საკვებთან დაკავშირებული აფეთქებების სახით გვხვდება და დაირეასთან ერთად ახასიათებს გულისრევა, ლებინება, ცხელება და მუცლის შეტევითი ტკივილი. განავალი გავს „მუხუდოს წვნიანს“.

პროტოზოული გამომწვევი *Entamoeba histolytica* - კლინიკურად ვლინდება ე.წ. ამებური დიზენტერიით. დაავადება იწყება ქვემწვავედ და კლინიკური სურათი იშლება 1-იდან 3 კვირამდე მანძილზე. სიმპტომები მერყეობს ზომიერი დიარეიდან მძიმე დიზენტერიამდე. ახასიათებს მუცლის ტკივილი, სისხლიანი განავალი და ზოგჯერ ფულმინანტური ამებური კოლიტი. ფულმინანტური ამებური კოლიტის დროს მოსალოდნელია გასტროინტესტინური სისხლდენა დიარეის გარეშე.

8.8 ლაბორატორიული კვლევები დიარეის დროს

სისხლის საერთო ანალიზი - არ არის საჭირო რუტინულად;

შარდის ანალიზი - დეჰიდრატაცია/რეჰიდრატაციის შესაფასებლად შეიძლება შარდის ხვედრითი წონის განსაზღვრა; შარდის მიკროსკოპია რუტინულად არ ტარდება კონტამინაციის შესაძლებლობის გამო;

განავლის ანალიზი რუტინულად არ კეთდება, განსაკუთრებით თუ კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მაჩვენებლები მიუთითებს ვირუსულ წარმომავლობაზე;

განავლის ანალიზის და ბაქტერიოლოგიური კვლევის ჩვენებებია:

- სისხლიანი/დიდი რაოდენობით ლორწოს შემცველი დიარეა;
- მძიმე, წყლიანი დიარეა, ბრინჯის ნახარშისებრი განავლით (სავარაუდოა ქოლერა);
- მძიმე, გახანგრძლივებული დიარეა;
- იმუნოკომპრომეტირებული პაციენტი.

8.9 დიარეის მართვა:

პროტოკოლი ასახავს მწვავე დიარეის მართვას პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მხოლოდ მსუბუქი/ზომიერი გაუწყლოების დროს. მძიმე გაუწყლება დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებაა.

8.9.1 ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები:

- 3 თვემდე ასაკი, ნებისმიერი ხარისხის დეჰიდრატაცია და მწვავე დიარეის კლინიკური მახასიათებლები (ნაწლავთა მოქმედება წყლიანი განავლით, ან ცხელება, ან ღებინება)
- მძიმე დეჰიდრატაცია ნებისმიერი ასაკის პაციენტთან;
- ზომიერი დეჰიდრატაცია მეთვალყურეობის პრობლემებით (მაგ.: ადგილზე არ არის პირობები რეჰიდრატაციისთვის);
- დიარეას თან ახლავს ნევროლოგიური დარღვევები (ლეთარგია, კრუნჩხვა);
- შეუპოვარი ღებინება;
- მაღალი ცხელება ინტოქსიკაციის ნიშნებით;
- განავალში სისხლი ზოგადი მდგომარეობის (ცხელება, ინტოქსიკაციის ნიშნები) და ეპიდემიოლოგიური სიტუაციის გათვალისწინებით;
- ეჭვი ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის არსებობაზე (ოლიგურია/ანურია, თრომბოციტოპენია, ჰემოლიზური ანემია);
- თანმხლები დაავადებები (დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა, გულის მანკი, მალნუტრიცია, იმუნოკომპრომეტირებული პაციენტი და სხვ.);
- არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია პირველადი ჯანდაცვის პირობებში - ღრმავდება ან რჩება იგივე დეჰიდრატაციის ხარისხი;
- ბინაზე ადეკვატური მოვლის, სოციალური და ტრანსპორტირების პრობლემები;
- ეჭვი ქირურგიულ პათოლოგიაზე;

- პეტექიური გამონაყარი კანზე.

დეჰიდრატაციის განვითარების მაღალი რისკი მოსალოდნელია შემდეგ შემთხვევებში და შესაძლოა საჭირო გახდეს ჰოსპიტალიზაცია:

- 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში (განსაკუთრებით, 6 თვემდე);
- ბავშვებში, 5 და მეტი დიარეული ეპიზოდით წინა 24 საათში;
- ბავშვებში, 2 და მეტი ღებინების ეპიზოდით წინა 24 საათში.

8.9.2. დეჰიდრატაციის მართვა (რეჰიდრატაცია)

ორალური რეჰიდრატაცია მსუბუქი/ზომიერი დეჰიდრატაციის დროს პირველადი ჯანდაცვის რგოლში ჰოსპიტალიზაციის კრიტერიუმების არმქონე პაციენტებთან რეკომენდებულია ორალური სარეჰიდრატაციო მარილის დაბალი ოსმოლარობის ხსნარების გამოყენება.

დეჰიდრატაციის ხარისხი	მართვა
დეჰიდრატაცია არ არის/ან მსუბუქია - მკურნალობის სქემა A გასინჯვის შემდეგ პაციენტის მართვა ხდება ბინაზე	<p>ყოველი თხიერი ნაწლავთა მოქმედების შემდეგ პაციენტმა უნდა მიიღოს ოსმ ხსნარის შემდეგი რაოდენობა:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 წლამდე ასაკი - 50-100 მლ; • 2 -10 წლის ასაკი - 100-200 მლ. • 10 წელზე მეტ ასაკში - იმდენი რამდენიც შეუძლია მიიღოს. <p>წონის მიხედვით მისაწოდებელი სითხის საანგარიშოდ გამოიყენება შემდეგი რეკომენდაცია - ყოველი თხიერი ნაწლავთა მოქმედების შემდეგ პაციენტი კარგავს 10 მლ/კგ, ხოლო ღებინებით დამატებით - 2 მლ/კგ.</p> <p>მშობელს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია შემდეგზე - 1-2 წუთში ერთხელ 1 ჩაის კოვზი ხსნარი 2 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებთან. 2 წელზე მეტი ასაკის დროს ოსმ ყლუპ-ყლუპად დაღვევის წესი, ღებინების დროს 10 წუთიანი შუალედის დაცვა და რეჰიდრატაციის გაგრძელება უფრო ნელი ტემპით (1 ყლუპი 2-3წთ ერთხელ), დამატებითი სითხეების მიცემის აუცილებლობა დიარეის შეწყვეტამდე, კვების გაგრძელების მნიშვნელობა, საშიშროების ნიშნები, რომელთა დროს დაუყოვნებლივ უნდა დაბრუნდეს სამედიცინო დაწესებულებაში:</p> <ul style="list-style-type: none"> • არ სვამს სითხეს/არ წოვს ძუძუს; • ძილიანობა; • შეუპოვარი ღებინება; • მივარდნილია;

	<ul style="list-style-type: none"> • ცხელება განვითარდა/მოიმატა; • განავალში გამოჩნდა სისხლიანი მინარევი. 				
<p>ზომიერი დეჰიდრატაცია - მკურნალობის სქემა B</p> <p>პაციენტის მართვა შესაძლებელია მოხდეს პირველადი ჯანდაცვის დაწესებულებაში, თუ ამის პირობები არის ან გაიგზავნოს გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში/სტაციონარში</p>	<p>ზომიერი გაუწყლოების დროს ორალური რეჰიდრატაცია ტარდება 4 საათის განმავლობაში. მისაღები სითხის რაოდენობა განისაზღვრება ასაკის ან წონის მიხედვით.</p>				
	ასაკი	<4 თვეზე	4-12 თვის	12თ-2 წლ	2წ-5 წ
	წონა	<6 კგ	6კგ-10 კგ	10კგ-12კგ	>12კგ-ზე
		200-400 მლ	400-700მლ	700-900მლ	900-1400 მლ
	<p>თუ ბავშვის წონა ცნობილია, რეჰიდრატაცია უმჯობესია ჩატარდეს წონის მიხედვით. თუ ბავშვის მოთხოვნილება მითითებულ რაოდენობებზე მეტია, მან შეიძლება მიიღოს მეტი სითხე.</p> <p>სწრაფი გამოთვლისათვის გამოიყენება შემდეგი რაოდენობა - 75მლ/კგ-ზე 4 სთ-ის მანძილზე ოსმ-ის ხსნარი.</p> <p>დედას უნდა აეხსნას ოსმ-ის ხსნარის მიწოდების წესი. 1-2 წუთში ერთხელ 1 ჩაის კოვზი ხსნარი 2 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებთან. 2 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებთან ყლუპ-ყლუპად დაღვევის წესი. ღებინების დროს 10 წუთიანი შუალედის დაცვა და რეჰიდრატაციის გაგრძელება უფრო ნელა 2-3 წთ-ში ერთხელ კოვზით.</p> <p>4 სთ-ის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა განმეორებით ფასდება დეჰიდრატაციის ნიშნების მიხედვით. თუ მდგომარეობა გაუმჯობესებულია და დეჰიდრატაცია არ არის ან უმნიშვნელოა, პაციენტის მართვა გრძელდება სახლის პირობებში, ზემოთ აღნიშნული წესით. გრძელდება კვება, მშობელს მიეწოდება ინფორმაცია საშიშროების ნიშნების შესახებ.</p> <p>თუ 4 საათის შემდეგ კვლავ აღინიშნება ზომიერი გაუწყლოება ან მდგომარეობა უარესდება, აგრეთვე თუ ექიმი/ექთან არ არის დარწმუნებული სახლში მართვის შესაძლებლობებში, ხდება პაციენტის რეფერალი საჰოსპიტალიზაციოდ.</p>				
<p>მძიმე გაუწყლოება - მკურნალობის სქემა C</p> <p>დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია</p>	<p>დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია. რეფერალამდე და ტრანსპორტირების დროს პაციენტს უნდა მიეწოდოს ოსმ ხსნარი ასაკის ან წონის მიხედვით, თუ ეს შესაძლებელია. თუ ბავშვი ვერ სვამს სითხეს, შესაძლებელია ნაზოგასტული ზონდის გამოყენებით ოსმ ხსნარის მიწოდება (20 მლ/კგ/სთ).</p> <p>თუ შესაძლებელია ინტრავენური ინფუზიის დაწყება ადგილზე და ტრანსპორტირების პროცესში მეთვალყურეობის გაწევა -</p>				

გამოიყენება რინგერ-ლაქტატის ხსნარი (ან ფიზიოლოგიური ხსნარი). ბავშვებთან <12 თვეზე ასაკში 1 საათის მანძილზე 30 მლ/კგ-ზე ოდენობით, ხოლო 1-5 წლამდე ასაკში იგივე რაოდენობა 30 წუთის განმავლობაში. დანარჩენი 70 მლ/კგ ზე ეძლევა შესაბამისად 5 ან 2.5 სთ-ის მანძილზე

რეჰიდრატაციის დაწყებიდან 4 სთ-ის შემდეგ:

- აუცილებელია პაციენტის განმეორებითი შეფასება და დეჰიდრატაციის კლასიფიკაცია;
- შემდგომი მკურნალობისა და მართვის გეგმის შერჩევა;
- პაციენტის კვება სასურველია დაიწყოს კლინიკაშივე (ზუნებრივი კვება, ფორმულა ან დამატებითი საკვები ან ნებისმიერი, ასაკის შესაბამისი საკვები).

8.9.3 კვების რეკომენდაციები

დიარეის მართვის 2 მთავარი პრინციპია დაუყოვნებელი რეჰიდრატაცია და კვების ადრეული დაწყება, რაც რეჰიდრატაციის დაწყებიდან საშუალოდ 4-6 საათში ხდება. რეჰიდრატაციული თერაპიის დროს ძუძუთი კვება შეუფერხებლად გრძელდება. რეკომენდებულია ძუძუთი კვების გახშირება და გახანგრძლივება.

- თუ პაციენტს ეძლევა ხელოვნური ფორმულა, დაცული უნდა იყოს მწარმოებლის მიერ მოწოდებული განზავების წესი;
- ულექტოზო ან ანტიდიარეული ფორმულით ჩანაცვლება არ არის აუცილებელი;
- მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაციის დროს პაციენტის კვება უნდა გაგრძელდეს ასაკის შესაბამისი საკვებით. იზღუდება უჯრედისის უხვად შემცველი პროდუქტები და ძნელად მოსანელებელი ნახშირწყლების შემცველი სასმელები.
- 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.

8.9.4 ფარმაკოლოგიური თერაპია

ეტოლოლოგიური მკურნალობა:

ვირუსული დიარეა ეტიოლოგიურ მკურნალობას არ საჭიროებს და ასევე არ საჭიროებს ანტიბიოტიკებით მართვას.

თუ განავალი შეიცავს სისხლს და ასევე თუ კლინიკური ნიშნები მიუთითებს ბაქტერიული დიარეის არსებობაზე, გათვალისწინებული უნდა იყოს ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება და ჩვენება. სისხლიანი/ინვაზიური დიარეის მკურნალობა ემპირიულად მიმართული უნდა იყოს შიგელოზის საწინააღმდეგოდ. თუ ანამნეზური, კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური მონაცემები საეჭვოს ხდის Escherichia coli-ს შიგატოქსინ

მაპროდუცირებელი შტამებით გამოწვეული მწვავე გასტროენტერიტის არსებობას, ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის მიზანშეწონილი ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის განვითარების მაღალი რისკის გამო.

ანტიბიოტიკი ბაქტერიული წარმოშობის დიარეის დროსაც მხოლოდ სპეციფიკური ჩვენებით ინიშნება. უმჯობესია, ორალური ანტიბიოტიკოთერაპია. პარენტერული ანტიბიოტიკოთერაპია ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებას წარმოადგენს.

ანტიბიოტიკოთერაპია პირველადი ჯანდაცვის რგოლში შიგელოზზე ექვსის დროს:

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

ასევე რეკომენდებულია შემდეგი მედიკამენტები:

- ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლი: ტრიმეტოპრიმი სადღეღამისო დოზით 10 მგ/კგ-ს, სულფამეტოქსაზოლი სადღეღამისო დოზით 50 მგ/კგ-ს 2-ჯერ დღეში 5 დღე;
- ნალიდიქსინის მჟავა სადღეღამისო დოზით 55 მგ/კგ-ზე, 4-ჯერ დღეში, 7 დღე;
- ცეფიქსიმი - 8 მგ/კგ/დღეში - 1 ან გაყოფილი 2 მიცემაზე 5დღე.

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 ინფექციური დიარეის ფონზე განვითარებული ღებინების დროს რუტინულად არ გამოიყენება.

გააქტივებული ნახშირი არ არის რეკომენდებული ბავშვთა ასაკში.

პრობიოტიკები ამცირებს დიარეის ხანგრძლივობას, ყველაზე ეფექტური პრობიოტიკებია Lactobacillus GG და Sacharomyces boulardii. პრობიოტიკებით მკურნალობა რეკომენდებულია დაიწყოს მაქსიმალურად ადრე.

პრებიოტიკების გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

ფერმენტული პრეპარატები რუტინულად არ გამოიყენება.

ანტიდიარეული პრეპარატები მწვავე დიარეის დროს ბავშვთა ასაკში არ გამოიყენება.

მწვავე დიარეის დროს თუთიის დანიშვნა რეკომენდებულია მხოლოდ თანმხლები მალნუტრიციის დროს.

8.9.5 პრევენცია

როტავირუსული მწვავე გასტროენტერიტის პრევენცია შესაძლებელია როტავირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინით.

ბუნებრივი კვება ხელს უწყობს მწვავე გასტროენტერიტის პრევენციას ჩვილებში და ადრეული ასაკის ბავშვებში.

სუფთა წყალთან წვდომა და ხელების ჰიგიენა ამცირებს ინფექციური დიარეის სიხშირეს.

საკვები პროდუქტების კარგად გარეცხვა და ხორცის თერმული დამუშავება, ასევე პასტერიზებული რძის პროდუქტების მოხმარება ამცირებს ინფექციური დიარეის სიხშირეს.

8.9.6 ალგორითმი

ალგორითმი - მწვავე დიარეის მართვა ბავშვებში																
დეჰიდრატაციის რეკომენდაციით	კლასიფიკაცია ჯანმოს მართვის სტრატეგია															
<p>მძიმე გაუწყლობა</p>																
<p>თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი: ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა; უარს აცხადებს სითხის მიღებაზე ან ვერ სვამს სითხეს; თვალები ჩაცვენილია; კანის ნაოჭი სწორდება ძალიან ნელა (>2 წმ).</p>	<p>მძიმე დეჰიდრატაცია მკურნალობის სქემა C სითხის დეფიციტი >100მლ/კგ</p> <p>სტაციონარი</p> <p>დაუყოვნებელი ჰოსპიტალიზაცია. რევერალამდე - სითხის მიწოდება ორალურად ან ნაზოგასტრალური ზონდით ან ივ</p>															
<p>ზომიერი (საშუალო სიმძიმის) გაუწყლობა</p>																
<p>თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი: აგზნება, მოუსვენრობა ხარბად სვამს სითხეს თვალები ჩაცვენილია კანის ნაოჭი სწორდება ნელა (<2წმ)</p>	<p>მკურნალობის სქემა B სითხის დეფიციტი - 50-100მლ/კგ</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ასაკი</td> <td><4 თვ.</td> <td>4-12 თვ.</td> <td>1-2 წლ</td> <td>2-5 წ</td> </tr> <tr> <td>წონა</td> <td><6 კგ</td> <td>6-10 კგ</td> <td>10-12კგ</td> <td>>12კგ</td> </tr> <tr> <td>ოსმ.მლ</td> <td>200-400</td> <td>400-700</td> <td>700-900</td> <td>900-1400</td> </tr> </table> <p>ორალური რეჰდრატაცია 4 სთ. მანძილზე ოსმ ხსნარი ცხრილში მოცემული რაოდენობით ან 75მლ/კგ. განმეორებითი შეფასება და შემდგომი მართვა დეჰიდრატაციის ხარისხის შესაბამისად. რევერალი სტაციონარში თუ ზომიერი დეჰიდრატაცია ნარჩუნდება 4 სთ-ის შემდეგ ან მდგომარეობა უარესდება</p>	ასაკი	<4 თვ.	4-12 თვ.	1-2 წლ	2-5 წ	წონა	<6 კგ	6-10 კგ	10-12კგ	>12კგ	ოსმ.მლ	200-400	400-700	700-900	900-1400
ასაკი	<4 თვ.	4-12 თვ.	1-2 წლ	2-5 წ												
წონა	<6 კგ	6-10 კგ	10-12კგ	>12კგ												
ოსმ.მლ	200-400	400-700	700-900	900-1400												
<p>გაუწყლობა არ არის ან მსუბუქია</p>																
<p>ჩამოთვლილიდან არ არის არცერთი ან არის მხოლოდ ერთი ნიშანი</p>	<p>მკურნალობის სქემა A სითხის დეფიციტი <50მლ/კგ</p> <p>საცხოვრებელი ადგილი</p> <p>ყოველი თხიერი ნაწლავთა მოქმედების შემდეგ პაციენტმა უნდა მიიღოს ოსმ -ის ხსნარის შემდეგი რაოდენობა: 2 წლამდე ასაკი - 50-100 მლ; 2-10 წლის ასაკი - 100-200 მლ. 10 წელზე მეტ ასაკში - იმდენი რამდენიც შეუძლია მიიღოს. მშობლის კონსულტირება თემებზე: ოსმ მიღების წესი, კვება, საშიშროების ნიშნები: არ სვამს სითხეს/არ წოვს ძუძუს; ძილიანობა; შეუპოვარი ღებინება; მივარდნილია; ცხელება განვითარდა/მოიმატა; განავალში გამოჩნდა სისხლიანი მინარევი.</p>															

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 დიარეის მართვის ხარისხზე, გამოსავალსა და ხარჯეფექტურობაზე.

10. აუდიტის კრიტერიუმები:

- ორალური სარეჰიდრატაციო ხსნარების გამოყენების მაჩვენებელი პირველადი ჯანდაცვის რგოლში %.
- <3 თვემდე ასაკის ბავშვების ჰოსპიტალიზაცია დიარეის გამო %;
- დიარეა გაუწყლოების გარეშე და დიარეა ზომიერი გაუწყლოებით პაციენტების დაყოვნება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში შემდგომი ჰოსპიტალიზაციის გარეშე 4 საათის მანძილზე %;
- ანტიბიოტიკების გამოყენება დიარეის დროში %;
- ჰოსპიტალიზაცია >3 თვის ასაკის ბავშვებში მწვავე გასტროენტერიტის დიაგნოზით ზომიერი გაუწყლოებისას %;
- ჰოსპიტალიზაცია >3 თვის ასაკის ბავშვებში მწვავე გასტროენტერიტის დიაგნოზით მძიმე გაუწყლოებისას %;
- მძიმე გაუწყლოების მქონე ჰოსპიტალიზირებულ ბავშვებში, რამდენმა მიმართა პირველადი ჯანდაცვის რგოლს დაავადების დასაწყისშივე %;
- პირველადი ჯანდაცვის რგოლში გაუწყლოების გარეშე და ზომიერი გაუწყლოებით მიმდინარე დიარეისას ჩატარებული ლაბორატორიული კვლევების რაოდენობა %.

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

რეკომენდებულია აღნიშნულის პროტოკოლის გადახედვა ძირითადი გაიდლაინის განახლებისა და ეროვნულ პროტოკოლებში ცვლილების შეტანის შემდეგ.

12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები

რესურსი	მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი, სოფლის ექიმი, პედიატრი	მწვავე დიარეის მქონე პაციენტების მართვა	აუცილებელია
საპატრონაჟო მედდა, სოფლის მედდა, ამბულატორიის	მწვავე დიარეის მქონე პაციენტის მართვაში	სასურველია ან /და აუცილებელია

მედდა	მონაწილეობა, ორალური რეჰიდრატაციის პრინციპების ფლობა	
რეგისტრატორი	პაციენტების აღრიცხვა; სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა; პაციენტის გამომახების უზრუნველყოფა	სასურველია
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; პროტოკოლის დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	სასურველია
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
პირველადი ჯანმრთელობის დაცვის დაწესებულება	კლინიკური და ლაბორატორიული კვლევების სერვისის უზრუნველყოფა	კლინიკური სერვისის უზრუნველყოფა აუცილებელია, ლაბორატორიული სერვისი - სასურველი;

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

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 ელასტიურობა/ტურგორის დაქვეითება, რესპირაციული	დეჰიდრატაციის ხარისხის სწრაფი შეფასება შესაძლებელია ოთხი კლინიკური ნიშნის საფუძველზე: მენტალური სტატუსი, წყურვილის შეგრძნება, ჩაცვენილი თვალები, კანის ნაოჭი (ელასტიურობა).	გაიდლაინში არ არის დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრის მეთოდიკა, ამიტომ დაემატა ცხრილი ამერიკის პედიატრიის აკადემიის პროტოკოლიდან და აგრეთვე ჯანმო-ს რეკომენდაცია

დარღვევები.		
-------------	--	--

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე (www.moh.gov.ge);
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის ტრენინგების ორგანიზება;
- პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

14. გამოყენებული ლიტერატურა

1. Update on Diarrhea, AAP, Pediatrics in Review, 2016;37;313,DOI: 10.1542/pir.2015-0099, <http://pedsinreview.aappublications.org/content/37/8/313>
2. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014 Jul;59(1):132-152
3. Approach to the child with acute diarrhea in resource-limited countries. Jason B Harris et al, Up to date topic, Literature review current through: Jan 2021. | This topic last updated: Oct 03, 2019.
4. Approach to diarrhea in children in resource-rich countries, Gary R Fleisher, Up to date topic, Literature review current through: Jan 2021. | This topic last updated: Aug 14, 2019.
5. Gastroenteritis in Children; Scott Hartman, MD; et.al, American Family Physician, February 1, 2019 , Volume 99, Number 3
6. Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses – 2nd ed. World Health Organization 2013;
7. ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში, პროტოკოლი, დამტკიცებული საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2014 წლის 20 დეკემბრის N01-345/ ო ბრძანებით;
8. სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა ბავშვებში პროტოკოლი, დამტკიცებულია საქართველოს შრომის,ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვისმინისტრის 2014 წლის 20 დეკემბრის N01-345/ ო ბრძანებით; დამატებით გამოყენებულია შემდეგი წყაროები:

9. Diarrhoea and vomiting in children overview-
<http://pathways.nice.org.uk/pathways/diarrhoea-and-vomiting-in-children>, NICE Pathway last updated: 02 November 2020;
10. Comparison of Recommendations in Clinical Practice Guidelines for Acute Gastroenteritis in Children-*J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016 August 01; 63(2): 226–235;
11. The applicability and efficacy of guidelines for the management of acute gastroenteritis in outpatient children: a field-randomized trial on primary care pediatricians. Albano F, Lo Vecchio A, Guarino A. *J Pediatr.* 2010 Feb;156(2):226-30.

15. პროტოკოლის ავტორები:

- **მაია ხერხეულიძე** - ექიმი-პედიატრი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის პედიატრიული დეპარტამენტის პროფესორი. თსსუ-ის გივი ჟვანიას სახელობის პედიატრიის აკადემიური კლინიკა.
- **ნანი ყავლაშვილი** - ექიმი-პედიატრი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მედიცინისა და სტომატოლოგიის საერთაშორისო ფაკულტეტის პედიატრიული დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი. მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო.
- **ეკა კანდელაკი** - ექიმი-პედიატრი, მედიცინის დოქტორი, თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მედიცინისა და სტომატოლოგიის საერთაშორისო ფაკულტეტის პედიატრიული დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი. მ.იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფოს ამბულატორიული დეპარტამენტის ხელმძღვანელი.