

# ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო  
სტანდარტი (პროტოკოლი)

2023 წელი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში.....	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები.....	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია.....	3
4. პროტოკოლის მიზანი .....	4
5. სამიზნე ჯგუფი .....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი.....	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები.....	4
8. რეკომენდაციები .....	5
8.1 დაავადების/სინდრომის განმარტება და კრიტერიუმები .....	5
8.2 დამადასტურებელი კრიტერიუმები: .....	5
8.3 გამომრიცხავი კრიტერიუმები:.....	5
8.4 კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები.....	5
8.5 დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება .....	6
8.6 დიაგნოსტიკა, ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები .....	9
8.7 მკურნალობა.....	11
8.7.1 რეჰიდრატაციული თერაპია.....	11
8.7.2 რეჰიდრატაციისათვის აუცილებელი სითხის რაოდენობის გამოთვლა: .....	12
8.7.3 დამხმარე საშუალებებით მკურნალობა.....	13
8.7.4 სიმპტომური თერაპია.....	14
8.7.5 საშუალებები ნაწლავთა მოტორიკის შესამცირებლად.....	14
8.7.6 ლებინების საწინააღმდეგო, ანტიემეტური საშუალებები .....	15
8.7.7 კვებითი რეკომენდაციები.....	15
8.7.8 პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები.....	16
8.7.9 ჰოსპიტლიდან გაწერის ჩვენებები.....	17
9. დანართები .....	17
დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები.....	17
დანართი №2. მწვავე ინფექციური დიარეის მართვის ალგორითმი.....	18
10. მოსალოდნელი შედეგები .....	19
11. აუდიტის კრიტერიუმები.....	19
12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები.....	19
13. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსი.....	20
14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	21
15. გამოყენებული ლიტერატურა .....	22
16. პროტოკოლის ავტორები.....	23

**1. პროტოკოლის დასახელება: ვირუსული დიარეის მართვა ბავშვთა ასაკში**

**2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები**

დასახელება	კოდი
<b>1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება</b>	ICD 10
ნაწლავთა ვირუსული და სხვა დაზუსტებული ეტიოლოგიის ინფექციები	A08
როტავირუსული ენტერიტი	A08.0
მწვავე გასტროენტეროპათია, გამოწვეული ნორვოლკის აგენტით	A08.1
ადენოვირუსული ენტერიტი	A08.2
სხვა ვირუსული ენტერიტები	A08.3
ნაწლავთა ვირუსული ინფექცია, დაუზუსტებელი	A08.4
სხვა დაზუსტებული ნაწლავური ინფექციები	A08.5
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	NCSP
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
შარდის საერთო ანალიზი	UR7
განავლის ფიზიკური თვისებების განსაზღვრა (ფორმა, ფერი კონსისტენცია)	FA.1
განავლის ქიმიური და ბიოქიმიური გამოკვლევა	FA.2
განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევა	FA.3
განავლის საერთო ანალიზი	FA.4
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL12.1
პათოგენური ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება ბიოქიმიური ტესტების მიხედვით (ინფექციური დაავადებების გამომწვევი)	MB.2.1.1
ჰემოგლობინის და მისი შენაერთების განსაზღვრა	BL1
შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL9.1
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL9.3

**3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია**

აღნიშნული პროტოკოლი შემუშავებულია ევროპის ბავშვთა გასტროენტეროლოგების, პედატოლოგების, ნუტრიციოლოგებისა და ბავშვთა ინფექციონისტების საზოგადოებების მიერ 2014 წელს განახლებული კლინიკური პრაქტიკის რეკომენდაციების საფუძველზე.

ასევე, გამოყენებულია Uptodate-ის და სხვა ავტორიტეტული საერთაშორისო წყაროების თანამედროვე მეცნიერულ მტკიცებულებებზე დაფუძნებული რეკომენდაციები და გაიდლაინები. ლიტერატურის სრული ნუსხა პროტოკოლს თან ახლავს.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს ზემოხსენებული პროტოკოლის რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია.

მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები მოცემულია დანართში №1.

#### 4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია პედიატრიულ კონტიგენტში (18 წლამდე ასაკი) 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 განკუთვნილია 2 თვიდან 18 წლამდე ასაკის (ჩვილები, ბავშვები და მოზარდები) პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ მწვავე დიარეა, ლებინებითა და ცხელებით ან მის გარეშე. პროტოკოლი არ ითვალისწინებს შემდეგი მდგომარეობების მართვას:

- ახალშობილთა დიარეა;
- პერსისტიული დიარეა (ხანგრძლივობა >14 დღე);
- მწვავე ბაქტერიული დიარეა
- 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, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის ექიმების/გადაუდებელი მედიცინის ექიმების, ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ბავშვთა ინფექციური სნეულებების/ინფექციური სნეულებების სპეციალისტების, ბავშვთა გასტროენტეროლოგებისთვის/გასტროენტეროლოგებისთვის, ასევე, ბავშვთა ქირურგების/ზოგადი ქირურგებისთვის.

#### 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლსა და სტაციონარულ დაწესებულებებში, სადაც პრეჰოსპიტალურ ან ჰოსპიტალურ ეტაპზე ხორციელდება შესაბამისი სერვისის მიწოდება ბავშვთა ასაკის კონტიგენტისთვის. პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### 8.1 დაავადების/სინდრომის განმარტება და კრიტერიუმები

მწვავე დიარეა არის განავლის კონსისტენციის შეცვლა და/ან ევაკუაციის რიცხვის ზრდა, რომელსაც შესაძლებელია ახლდეს ცხელება და ღებინება. მწვავე დიარეის დროს განავლის კონსისტენცია 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.

პერსისტირებადი ან ქრონიკული დიარეა ეწოდება დიარეას, რომელიც გრძელდება >14 დღეზე.

რეკურენტული დიარეა - განმეორებით დაწყებული დიარეაა, რომელიც 7 დღიანი ნათელი პერიოდის (დიარეის გარეშე) შემდეგ ვითარდება.

მწვავე დიარეის სიხშირე სამ წლამდე ასაკის ბავშვებში 0,5-2 ეპიზოდია წელიწადში და ამ ასაკში ინფექციური გასტროენტერიტი ჰოსპიტალიზაციის და ნოზოკომიური ინფექციების წამყვანი მიზეზია.

მწვავე დიარეის ეტიოლოგიური სპექტრი ბოლო წლებში რამდენადმე შეიცვალა. როტავირუსი კვლავ ყველაზე ხშირი ვირუსული გამომწვევია (III, C), ევროპაში მისი სიხშირე 1.33-4.96 შემთხვევაა ყოველ 100 პირზე წელიწადში. ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი სხვადასხვა ქვეყანაში 7-81% შეადგენს. ნოზოკომიური როტავირუსული გასტროენტერიტის სიხშირემ ჰოსპიტალურ გასტროენტერიტებს შორის 50-70% შეადგინა და ის ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლიობას 4-12 დღემდე ზრდის. ნოროვირუსი წამყვანი ეტიოლოგიური აგენტი გახდა იმ ქვეყნებში, სადაც როტავირუსული ვაქცინაცია საყოველთაოა და სრულად მოიცავს მოსახლეობას.

### 8.2 დამადასტურებელი კრიტერიუმები:

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

### 8.3 გამომრიცხავი კრიტერიუმები:

- არ არის შეცვლილი ფეკალიების კონსისტენცია და დეფეკაციის სიხშირე;
- 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.
- სისხლი, ლორწო, ჩირქი განავალში

### 8.4 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).

ცალკე აღებულ ნებისმიერ კლინიკურ სიმპტომს დაბალი სენსიტიურობა და სპეციფიურობა გააჩნია. კლინიკური ნიშნების საფუძველზე ბაქტერიული და ვირუსული დიარეის დიფერენცირება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი.

**ვირუსული გენეზის სასარგებლოდ მეტყველებს (III, C):**

- ზამთრის სეზონი;
- ასაკი < 2 წელზე;
- კონტაქტი მსგავსი კლინიკური ნიშნების მქონე პირთან (ინკუბაციური პერიოდი 12 სთ-4 დღე);
- დიარეის წინმსწრები მორეციდივე ღებინება;
- დეფეკაციის მაღალი სიხშირე, ძალიან თხელი კონსისტენციის განავალი და თანმხლები რესპირაციული სიმპტომები.

**ბაქტერიულ გენეზზე კი დიდი ალბათობით მიუთითებს:**

- მაღალი ცხელება (>40°C);
- სისხლის მინარევი განავალში;
- მუცლის ტკივილი;
- ცენტრალური ნერვული სისტემის დაინტერესების ნიშნები.

### **8.5 დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება**

გასტროენტერიტის სიმძიმე დამოკიდებულია და განისაზღვრება დეჰიდრატაციის ხარისხით, ამიტომ გაუწყლოების ხარისხის შეფასება ყველა შემთხვევაში აუცილებელია. დეჰიდრატაციის ნიშნების საფუძველზე შესაძლებელია შესაბამისი მკურნალობის ტაქტიკის შერჩევა. 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 ყველაზე იოლი, მაგრამ არასარწმუნო მეთოდია (Vb, D). ანამნეზურ მონაცემებზე ან მშობლების ინფორმაციაზე დაყრდნობით სიმძიმის შეფასება დაბალი მგრძობელობით და სპეციფიურობით გამოირჩევა (III, C).

**ცხრილი №1. დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრა**

სიმპტომი	დეჰიდრატაცია არ არის ან მინიმალური (მსუბუქი) დეჰიდრატაცია	საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაცია	მძიმე დეჰიდრატაცია
მენტალური სტატუსი	ცოცხალი, აქტიური	გაღიზიანებული, აღზნებული	ლეთარგიული, უგონო მდგომარეობა
წყურვილის შეგრძნება	სვამს ჩვეულებრივ	გაძლიერებული წყურვილის შეგრძნება	უარს აცხადებს სითხის მიღებაზე, ვერ სვამს
გულისცემის სიხშირე	ნორმა	ნორმა ან გახშირებული	ტაქიკარდია ან ბრადიკარდია
პულსი პერიფერიაზე	ნორმა	ნორმა, შესუტებული	შესუტებული, არ ისინჯება
სუნთქვა	ნორმა	ნორმა, აჩქარებული	ტაქიპნოე, ღრმა სუნთქვა
თვალები	ნორმა	მსუბუქად ჩაცვენილი	ჩაცვენილი
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

**დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასებისთვის სამი ყველაზე ინფორმატიული კლინიკური ნიშანია (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;
- ჩაცვენილი თვალები;
- კანის ნაოჭი (ელასტიკურობა).

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

ხარისხი	კლასიფიკაცია	კლინიკური ნიშნები
III ხარისხი	მძიმე გაუწყლოება	თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი: ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა; უარს აცხადებს სითხის მიღებაზე ან ვერ სვამს სითხეს; თვალეები ჩაცვენილია; კანის ნაოჭი სწორდება ძალიან ნელა (>2 წმ).
II ხარისხი	ზომიერი გაუწყლოება	თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი: აგზნება, მოუსვენრობა; ხარბად სვამს სითხეს; თვალეები ჩაცვენილია; კანის ნაოჭი სწორდება ნელა (<2წმ).
I ხარისხი	მსუბუქი გაუწყლოება ან გაუწყლოების ნიშნები არ არის	ზემოთ ჩამოთვლილიდან არ არის არც ერთი ან არის მხოლოდ ერთი ნიშანი

დეჰიდრატაციის სიმძიმის შეფასება ქულათა სისტემით შესაძლებელია, მაგრამ ის უნდა იყოს მარტივად გამოსაყენებელი, განსხვავდებოდეს ამბულატორიული და ჰოსპიტალური სექტორისთვის (III,C). უნივერსალური ქულათა სისტემა ჯერჯერობით არ არსებობს.

**ცხრილი №3 გასტროენტერიტის სიმძიმის შეფასება ამბულატორიულ პაციენტებში (მოდიფიცირებული Vesicari-ს შკალა)**

ქულა	0	1	2	3
დიარეის ხანგრძლიობა (სთ)	0	1-96	97-120	>/- 121
დიარეული ეპიზოდების სიხშირე 24 სთ-ში	0	1-3	4-5	>/- 6
ღებინების ხანგრძლიობა (სთ)	0	1-24	25-48	>/- 49
ღებინების ეპიზოდების სიხშირე 24სთ-ში	0	1	2-4	>/- 5
ცხელების მაქსიმალური ხარისხი	<37.0	37.1-38.4	38.5-38.9	>/- 39.0
შემდგომი ამბულატორიული ვიზიტი	0	-	ამბულატორია	გადაუდებელი
მკურნალობა	არა	ი/ვ რეჰიდრატაცია	ჰოსპიტალიზაცია	-

ქულების ჯამური რაოდენობა 0-20:

0-8 - მსუბუქი დეჰიდრატაცია.



9-10- საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაცია.

>11 - მძიმე დეჰიდრატაცია.

**ცხრილი №4. გასტროენტერიტის სიმძიმის შეფასება 1-36 თვის პაციენტების მომსახურებისთვის  
გადაუდებელი მედიცინის განყოფილებაში**

სიმპტომი	ქულა		
	0	1	2
ზოგადი მდგომარეობა	ნორმა	წყურვილის შეგრძნება; მოთენთილი ან ლეთარგიული, პერიოდულად (შეხების დროს) აღზნება	მივარდნილი, ნოტიო კანი (ოფლი) , ცივი კიდურები, ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა
თვალები	ნორმა	მსუბუქად ჩაცვენილი	ძლიერ ჩაცვენილი
ლორწოვანი გარსები (ენა)	სველი	წებოვანი	მშრალი
ცრემლებით ტირილი	შუქლია	შემცირებულია	უცრემლოდ ტირილი

ქულების ჯამური რაოდენობა 0-8:

0-2 ქულა - არ არის დეჰიდრატაცია.

1-4 ქულა - მსუბუქი დეჰიდრატაცია.

5-8 ქულა - საშუალო სიმძიმის /მძიმე დეჰიდრატაცია.

**8.6 დიაგნოსტიკა, ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები**

მწვავე ვირუსული დიარეა უხშირესად მსუბუქი მიმდინარეობის თვითგანკურნებადი პროცესია, სამედიცინო მეთვალყურეობას ყოველთვის არ საჭიროებს და მისი მართვა შესაძლებელია ბინის პირობებში. გაურთულებელ შემთხვევებში გამართლებულია და საკმარისია სატელეფონო კონსულტაცია. პაციენტის მომვლელისთვის დასმული შეკითხვები უნდა იყოს მისთვის გასაგებ ენაზე, მაგრამ სპეციფიური და ინფორმატიული სამედიცინო მუშაკისთვის. ფოკუსირება უნდა მოხდეს შემდეგ საკითხებზე:

- ბავშვის ასაკი;
- რისკ-ფაქტორები (ფონური მდგომარეობები);
- ავადობამდე ანამნეზი;
- ავადობის ხანგრძლივობა (საათი, დღე);
- დიარეული და ღებინების ეპიზოდების რიცხვი და სითხის სავარაუდო დანაკარგი;
- სითხის ორალურად მიცემა/მიღების შესაძლებლობა;
- დიურეზი, გამოყოფილი შარდის მიახლოებითი რაოდენობა და გაუწყლოების ნიშნები;
- ნევროლოგიური სიმპტომატიკა.

რეკომენდებულია დიარეის დაწყებისთანავე ან მაქსიმალურად მოკლე ვადებში დაიწყოს ორალური სარეჰიდრატაციო მარილის (ოსმ) მიცემა, რაც ამცირებს გართულებების რისკს და სამედიცინო დაწესებულებაში ვიზიტის აუცილებლობას. გასათვალისწინებელია, რომ

ადრეული ასაკის ჩვილებში კონტაქტების სიმჭირის გამო ინფექციური დიარეის რისკი დაბალია, მაგრამ მაღალია სწრაფად გაუწყლოების და გართულებების რისკი.

**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 ლებინების 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.
- სამედიცინო მეთვალყურეობას საჭიროებენ შემდეგი ჩვილები და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები:
- ასაკი <2 თვეზე (III, C);
- მძიმე ფონური დაავადება (მაგ. დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა) (Vb,D);
- პერსისტიული ლებინება (III, C);
- დიარეული ეპიზოდების მაღალი სიხშირე (>8 დღე-ღამეში) (III, C);
- მძიმე დეჰიდრატაციის ნიშნები (მომვლელის ინფორმაციით) (Vb,D).

პირველადი ჯანდაცვის რგოლში მომსახურების დროს დიაგნოსტიკა ხდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე, ლაბორატორიული კვლევების ჩატარება აუცილებელი არ არის, რადგან, კლინიკური ნიშნების და რისკ-ფაქტორების სწორად შეფასება, უმეტეს შემთხვევაში, საკმარისია დიაგნოზის დასასმელად და ვირუსული და ბაქტერიული დიარეების გასამიჯნად (Vb,D). დამატებით, შესაძლებელია განავლის საერთო ანალიზის შესწავლა. განავალში ლეიკოციტების დეტექციის შემთხვევაში, მაღალია ბაქტერიული გასტროენტერიტის ალბათობა.

**ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები: (Vb,D)**

- 3 თვემდე ასაკი;
- ჰიპოვოლემიური შოკი;
- საშუალო სიმძიმის და მძიმე დეჰიდრატაცია (წონის დანაკარგი >9%);
- ნევროლოგიური დარღვევები (ლეთარგია, კრუნჩხვა);
- შეუპოვარი ლებინება;
- არაეფექტური ორალური რეჰიდრატაცია;
- ეჭვი ქირურგიულ პათოლოგიაზე;
- ფონური დაავადებები (დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა, გულის მანკი, მალნუტრიცია);
- ბინაზე ადეკვატური მოვლის, სოციალური და ტრანსპორტირების პრობლემები, მონიტორინგის პრობლემა.

ჰოსპიტალური მომსახურების დროს ლაბორატორული კვლევების მოცულობა განისაზღვრება ინდივიდუალურად:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
  - ჰემატოკრიტი;
  - განავლის საერთო ანალიზი;
  - შარდის საერთო ანალიზი;
  - მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა და სისხლის გაზები გამართლებულია, თუ სახეზეა ან მოსალოდნელია ჰიპოვოლემიური შოკი (III, C). შრატის ბიკარბონატის მაჩვენებელი ყველაზე ადრე რეაგირებს წონის >5% დანაკარგის შემთხვევაში;
  - სისხლის ელექტროლიტების განსაზღვრა მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაციის დროს არ არის აუცილებელი, რადგან დეჰიდრატაცია უხშირესად იზონატრიემიულია. გამართლებულია მხოლოდ ჰოსპიტალურ პირობებში.
- ელექტროლიტების განსაზღვრის ჩვენება:** (Vb, D); (1)

- ფიზიკალური გასინჯვის შედეგების შეუსაბამობა დეჰეკაციის სიხშირესთან;
- მძიმე დეჰიდრატაცია;
- ინფუზური თერაპიის აუცილებლობა (დაწყების წინ და დროს);
- ჰიპერ და ჰიპონატრიემიის რისკი.
- სისხლის შრატში კრეატინინი, შარდოვანა, გლუკოზა;
- ანთების მარკერი: C რეაქტიული პროტეინი და ედს.
- ქირურგის, გასტროენტეროლოგის, ინფექციონისტის კონსულტაცია (საჭიროების შემთხვევაში).

## 8.7 მკურნალობა

### 8.7.1 რეჰიდრატაციული თერაპია

რეჰიდრატაცია I რიგის სამკურნალო ღონისძიებაა. თუ ბავშვს შეუძლია სითხის დალევა, ინტრავენური რეჰიდრატაცია არ არის რეკომენდებული. ბავშვებში დაბალი ოსმოლარობის ორალური სარეჰიდრატაციო მარილი (ოსმ: გლუკოზა 111, Na +50-60, K +20, ქლორი 60-70, ციტრატი 30, ოსმოლარობა 251 მმოლ/ლ) უფრო ეფექტურია სტანდარტულ ორალურ სარეჰიდრატაციო მარილთან შედარებით (I A).

იმ შემთხვევაში თუ ორალური რეჰიდრატაცია ვერ ხერხდება, ნაჩვენებია ენტერალური რეჰიდრატაცია ნაზოგასტრალური ზონდით 40-50მლ/კგ 3-6 საათის განმავლობაში (II,B). ენტერალურ რეჰიდრატაციას ინტრავენურ რეჰიდრატაციასთან შედარებით ნაკლები გვერდითი ეფექტები აქვს, ამცირებს ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელს და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლიობას (I,A).

**ინტრავენური რეჰიდრატაციის ჩვენებები (Vb,D):** (4)

- ჰიპოვოლემიური შოკი, სავარაუდო ან მოსალოდნელი;
- დეჰიდრატაცია შეცვლილი მენტალობით ან მძიმე აციდოზით;
- არაეფექტური ორალური ან ენტერალური რეჰიდრატაცია;
- პერსისტიული ღებინება, რის გამოც შეუძლებელია ორალური ან ნაზოგასტრალური რეჰიდრატაცია;

- მძიმე აბდომინური შებერილობა და ილეუსი.

### 8.7.2 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, ყოველ-ყოველ 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 ( $\approx$  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 გაუწყლოება. ჰიპოვოლემიური შოკი:

- აუცილებელია სწრაფად ჩადგათ პერიფერიული ვენის კათეტერი და მოცირკულირე სითხის რაოდენობის სწრაფი შევსების მიზნით განახორციელოთ ინტრავენური რეჰიდრატაცია 20 მლ/კგ ბოლუსით 10-15 წუთის განმავლობაში იზოტონური ხსნარით ან რინგერის ლაქტატით (Vb,D).

გლუკოზის 5 % ხსნარით რეჰიდრატაცია არ არის რეკომენდებული. (4)

თუ გულისცემის სიხშირის, სისხლის წნევის და მენტალური სტატუსის ნორმალიზაცია არ მოხდა, რეკომენდებულია განმეორებით 20 მლ/კგ სითხის ინფუზია >10-15 წთ განმავლობაში, შემდეგ კვლავ ფასდება დეჰიდრატაციის სტატუსი და მიიღება ახალი გადაწყვეტილება რეჰიდრატაციის პერორალური ან პარენტერული გზით გაგრძელების შესახებ.

- თუ მეორე ინფუზიის შემდეგ პაციენტის მდგომარეობა არ უმჯობესდება, განიხილეთ შოკის სხვა შესაძლო მიზეზები, კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტის ჩართვა ან რეფერალი შესაბამისი შესაძლებლობის მქონე დაწესებულებაში (Vb,D); (4)

### მძიმე გაუწყლოება შოკის გარეშე (სავარაუდო ან მოსალოდნელი შოკი).

სწრაფი რეჰიდრატაციისთვის ინიციალურად რეკომენდებულია 20 მლ/კგ იზოტონური ხსნარის ინფუზია 2-4 საათის განმავლობაში (II,B).

- თუ სტაბილიზაცია მიღწეულია პაციენტებში, რომელთაც ინიციალურად ჰქონდათ შოკი ან მოსალოდნელი ჰიპოვოლემიური შოკის ნიშნები, გააგრძელეთ ორალური ან ი/ვ ინფუზია 24 საათის მანძილზე (II,B). მას შემდეგ, რაც მოხდება მოცულობის შევსება, ეფექტის შესანარჩუნებლად შესაძლებელია გლუკოზის დამატება, რადგან გლუკოზას ძალუძს კატაბოლიზმის ხელშეწყობა და ნატრიუმის კარგვის პრევენცია (III,C).
- გადასასხმელი სითხის მოცულობის განსაზღვრა რეკომენდებულია Holliday-segar-ის სქემით. სითხის ჯამური რაოდენობის გათვლა ხდება სადღეღამისო მოთხოვნილების,

დეფიციტის და მიმდინარე დანაკარგების გათვალისწინებით. ჯანმო-ს რეკომენდაციით დასაშვებია ი/ვ რეჰიდრატაცია მოხდეს 3-6 საათის მანძილზე. შედარებით მოკლე ვადებში სწრაფად მოციკულირე სითხის მოცულობის და მიმდინარე დანაკარგების შევსება უფრო ეფექტურია, რადგან ხდება კლინიკური სიმპტომების სწრაფი ლიკვიდაცია, მცირდება ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა და ხარჯეფექტურია.

სითხის მოცულობის განსაზღვრა Holliday-segar-ს მეთოდით	
ბავშვის წონა	სადღელამისო მოთხოვნილება სითხეზე
1-10 კგ	100მლ/კგ
10-20 კგ	1000მლ +50მლ/კგ ყოველ კგ-ზე 10კგ-ის ზემოთ
>20კგ	1500მლ+20მლ/კგ ყოველ კგ-ზე 20კგ-ის ზემოთ

- ინფუზური თერაპიის დროს აუცილებელია პლაზმის ელექტროლიტების, შარდოვანას, კრეატინინისა და გლუკოზას მონიტორინგი. მას შემდეგ რაც ბავშვი დაიწყებს შარდვას, შრატის ელექტროლიტების მონაცემების გათვალისწინებით, დასაშვებია კალიუმის ქლორიდის 20 მექვ/ლ რაოდენობით დამატება (III,C).
- ჰიპერნატრემიულ დეჰიდრატაციაზე ექვი ჩნდება, თუ ვლინდება ტაქიკარდია, უნებლიე მოძრაობები, კუნთთა ტონუსის მატება, ჰიპერრეფლექსია, კრუნჩხვა, ცნობიერების დაბინდვა ან კომა და ნატრიუმი შრატში >145მმოლ/ლ. ასეთი შემთხვევების რიცხვი 1-4%. ასეთ დროს ორალური ან ნაზოგასტრალური რეჰიდრატაცია ჰიპოსმომოლარული ოსმ-ით უფრო უსაფრთხოა, ვიდრე ი/ვ რეჰიდრატაცია, თუ აუცილებელია ი/ვ რეჰიდრატაცია, რეკომენდებულია
  - იზოტონური ხსნარით მოცულობის შევსება მოხდეს ნელი ტემპით 48 საათის მანძილზე;
  - ჩატარდეს შრატის ნატრიუმის ხშირი მონიტორინგი, რათა ნატრიუმის შემცირება მოხდეს თანდათან, არაუმეტეს 0,5მმოლ/ლ ტემპით (III,C). 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)

**8.7.3 დამხმარე საშუალებებით მკურნალობა**

ძირითადად მწვავე ვირუსული გასტროენტერიტი თვითლიმიტირებადია. მას მკურნალობენ დამხმარე საშუალებებით. მიუხედავად იმისა, პაციენტს მკურნალობა ბინაზე უტარდება,

გადაუდებელი დახმარების განყოფილებასა თუ სტაციონარში, თერაპიის მიზანია სითხის დანაკარგის შევსება - რეჰიდრატაცია.

#### **8.7.4 სიმპტომური თერაპია**

##### **ანტიდიარეული საშუალებები**

არ არის რეკომენდირებული ანტიდიარეული საშუალებების რუტინულად გამოყენება მწვავე ვირუსული გასტროენტერიტის სამკურნალოდ. (II B). ანტიდიარეული საშუალებების უმეტესობას არ გააჩნია ეფექტურობის მაღალი ხარისხის მტკიცებულება და აქვთ სერიოზული გვერდითი ეფექტების პოტენციალი.

##### **ფერმენტული პრეპარატები**

რუტინულად არ გამოიყენება.

##### **ანტისეკრეციული საშუალებები:**

რაცეკადოტრილი დასაშვებია, ამცირებს დიარეის ხანგრძლივობას და ი/ვ რეჰიდრატაციის აუცილებლობას (II,B). ბისმუტის სუბსალიცილატი არ არის რეკომენდებულია დიარეის დროს ბავშვებში (III,C).

##### **ადსორბენტები**

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

**ცინკის პრეპარატები** რუტინულად არ გამოიყენება და გამართლებულია მხოლოდ ქვეყნებში შეზღუდული შესაძლებლობებით მალნუტრიციის დროს (I,A).

პრობიოტური საშუალებები.

#### **8.7.5 საშუალებები ნაწლავთა მოტორიკის შესამცირებლად**

ოპიოიდური რეცეპტორების აგონისტები, როგორცაა ლოპერამიდი და დიფენოქსილატ-ატროპინის კომბინაციები, ბავშვებში არ გამოიყენება სერიოზული გვერდითი მოვლენების განვითარების რისკის გამო.

##### **პრობიოტური საშუალებები**

ზოგიერთი პრობიოტური საშუალებები რეჰიდრატაციულ თერაპიასთან კომბინაციაში ამცირებს დიარეის ხანგრძლივობას, კლინიკურ სიმპტომებს და

ჰოსპიტალიზაციის ვადებს (I, A). ყველაზე ეფექტური პრობიოტიკებია *Lactobacillus rhamnosus* GG ATCC 53103 (I, A), *Sacharomyces boulardii* CNCM I-745 (I, A) და *Lactobacillus reuteri* DSM 17 938. სხვა პრობიოტიკების ეფექტურობა სადავოა (6).

პრობიოტიკების და სინბიოტიკების ეფექტურობა დადგენილი არ არის (II,B). პრობიოტიკებით მკურნალობის ხანგრძლივობა შეადგენს მინიმუმ 5-7 დღეს და მკურნალობა სასურველია დაიწყოს მაქსიმალურად ადრე. რეკომენდებული დოზები: *Lactobacillus rhamnosus* GG  $> 10^{10}$  ერთეულის (CFU) რაოდენობით დღეში, *Sacharomyces boulardii* 250-750მგ/დღეში ( $10^9$ - $10^{10}$  ერთეული), *Lactobacillus reuteri*  $1 \times 10^8$  -  $4 \times 10^8$ - ერთეული დღეში. დღეისთვის ასევე დადასტურებულია კომბინაცია *Lactobacillus rhamnosus* 19 070 და *Lactobacillus reuteri* DSM 12246 ეფექტურობა თითოეული შტამი  $2 \times 10^{10}$  ოდენობით (6).

ანტიბიოტიკასოცირებული დიარეის საპროფილაქტიკოდ ამბულატორიული და ჰოსპიტალიზებული პაციენტებისთვის მკურნალობის დაწყებისთანავე რეკომენდებულია *Sacharomyces boulardii* CNCM I-745 ან *Lactobacillus rhamnosus* GG ATCC 53103 დიდი დოზებით (>5მლნ CFU/დღეში) (6).

ნოზოკომიური დიარეის პრევენციისთვის რეკომენდებულია *Lactobacillus rhamnosus* GG ATCC 53103 > 10<sup>10</sup> CFU/დღეში ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში (6).

### 8.7.6 ღებინების საწინააღმდეგო, ანტიემეტური საშუალებები

ანტიემეტური (ღებინების საწინააღმდეგო) საშუალებები გასტროენტერიტის ფონზე განვითარებული ღებინების დროს რუტინულად არ გამოიყენება.

ბავშვებში, დეჰიდრატაციის გარეშე ონდანსეტრონი და სხვა ანტიემეტური საშუალებები არ არის რეკომენდირებული მწვავე ვირუსული გასტროენტერიტის მქონე ბავშვების რუტინული მკურნალობის სქემაში, როდესაც პაციენტს არ აღენიშნება დეჰიდრატაცია. (II C).

ადრეული ასაკის ბავშვებში მძიმე შეუპოვარი ღებინების შემთხვევაში ეფექტურია 5-HT<sub>3</sub> სეროტონინის ანტაგონისტი ონდანსეტრონის ერთჯერადი გამოყენება (II B). ამცირებს პერსისტიული ღებინების რისკს, აუმჯობესებს ორალური რეჰიდრატაციის შესაძლებლობას, შესაბამისად ამცირებს ი/ვ რეჰიდრატაციის აუცილებლობას და ჰოსპიტალიზაციას. უკუნაჩვენებია გულის დაავადებების, რითმის დარღვევის, ჰიპოკალიემიის და ჰიპომაგნიემიის შემთხვევაში.

ონდანსეტრონის ი/ვ ერთჯერადი დოზა 1 თვის ასაკიდან შეადგენს 0,15-0,3 მგ/კგ-ზე, (არაუმეტეს 16 მგ 24 საათში). ორალური ონდანსეტრონის ერთჯერადი დოზა ≥8კგ ჩვილებში: 8-15კგ- 2მგ, 15-30კგ-4მგ, >30კგ-8მგ (მაქსიმალური სადღეღამისო დოზა 8 მგ). ონდანსეტრონის ერთჯერადი დოზა უსაფრთხოა და არ ზრდის არითმიის რისკს ბავშვებში. განმეორებითი დოზების სარგებელი არ დასტურდება. შესაძლებელია უარყოფითად იმოქმედოს დეფეკაციის სიხშირეზე, გაზარდოს QT ინტერვალი და ფინანსურად გაუმართლებელია.

დოპამინური რეცეპტორების ანტაგონისტების ეფექტურობა საკამათოა (დექსამეტაზონი, მეტაკლოპრამიდი, დომპერიდონი) (II B). მეტაკლოპრამიდის სადღეღამისო დოზა 0,4-0,8 მგ/კგ 4-ჯერ დღეში. დომპერიდონის სადღეღამისო დოზა 0,25-0,5 მგ/კგ, 3-4-ჯერ დღეში. მაქსიმალური სადღეღამისო დოზაა 2,4 მგ/კგ.

### ანტიპირეტული მკურნალობა

ცხელების მართვისათვის მოწოდებულია 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.

### 8.7.7 კვებითი რეკომენდაციები

CDC, IDSA, ESPGHAN და სხვა ორგანიზაციების რეკომენდაციებით ექსკლუზიური ძუძუთი კვების გაგრძელება სასურველია დიარეის დროს. რეჰიდრატაციული თერაპიის პარალელურად ძუძუთი კვება შეუფერხებლად გრძელდება.

გამართლებულია ძუძუთი კვება უფრო ხშირად და ხანგრძლივად (I, A).

ორალური რეჰიდრაციის დროს ძუძუთი კვება ამცირებს განავლის ჯერადობას, მოცულობას და დაავადების მიმდინარეობის ხანგრძლივობას.

ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ჩვილებისთვის ფორმულის განზავება და კონცენტრაციის თანდათან მატება არ არის რეკომენდებული;

მარტივი შაქრის შემცველი საკვები და სასმელები (მაგ., შაქრის შემცველი გაზიანი სასმელები, ხილის წვენები) ზრდის განავლის მოცულობას, იზრდება ოსმოსური წნევა, ამავდროულად ვითარდება ჰიპონატრემიის რისკი, რადგანაც ეს სასმელები შეიცავენ ნატრიუმის და კალიუმის დაბალ კონცენტრაციას.

მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაციის დროს პაციენტის კვება უნდა გაგრძელდეს ასაკის შესაბამისი საკვებით. იზღუდება უჯრედის უხვად შემცველი პროდუქტები და ძნელად მოსანელებელი ნახშირწყლების შემცველი სასმელები (III, C);

რეკომენდირებულია ასაკის შესაბამისი კვების რეჟიმის განახლება, რეჰიდრატაციული თერაპიის დასრულებისთანავე.(I B).

ყველა სხვა შემთხვევაში, რეჰიდრატაციული თერაპიის დაწყებიდან არაუგვიანეს 4-6 საათის შემდეგ უნდა გაგრძელდეს კვება;

წინა წლებში რეკომენდაციას უწევდნენ სუფთა სახით სითხის მიღებასა და დიეტას - "BRAT" (ბანანი, ბრინჯი, ვაშლის სოუსი და ტოსტი).

ამჟამად ითვლება რომ ამგვარი დიეტა ზედმეტად შემზღვეველია და ვერ უზრუნველყოფს ორგანიზმის მოთხოვნილებას.

მწვავე ვირუსულ გასტროენტერიტთან დაკავშირებული ლაქტოზის აუტანლობა ჩვეულებრივ არის მსუბუქი და თვითგანკურნებადია.

ამიტომ ულაქტოზო და ანტიდიარეული ნარევით კვების ჩანაცვლება არ არის რეკომენდირებული.(I, A)

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.

### **8.7.8 პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები**

**ჩვეულებრივ კლინიკური გაუმჯობესება ხდება 1-2 დღეში. დიარეა გრძელდება 5-7 დღე, ლებინება 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;

უარყოფით დინამიკაზე მიუთითებს დიარეის გართულებები:

- ჰიპოკალიემია;
- ჰიპოვოლემია/შოკი;



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

**8.7.9 ჰოსპიტლიდან გაწერის ჩვენებები (VbD):**

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

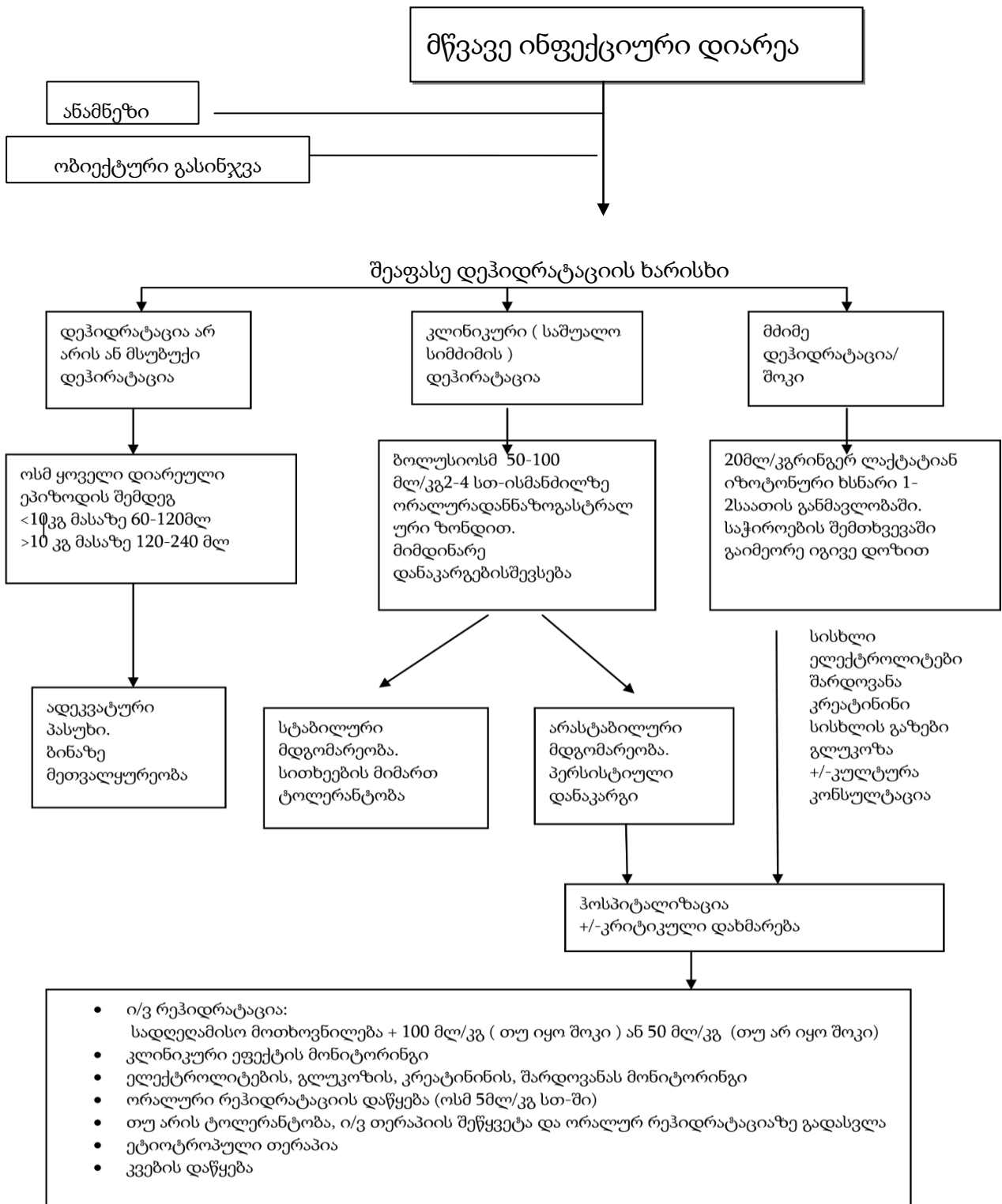
**პაციენტის დაბრუნება ბავშვთა კოლექტიურ დაწესებულებაში რეკომენდებულია დიარეის ან ლებინების ბოლო ეპიზოდიდან  $\geq 48$  საათის შემდეგ**

**9. დანართები**

**დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები**

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

დანართი №2. მწვავე ინფექციური დიარეის მართვის ალგორითმი



## 10. 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 მართვის ხარისხზე, გამოსავალსა და ხარჯეფექტურობაზე.

## 11. 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.

## 12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება უნდა მოხდეს გამოყენებული წყაროების განახლების შემთხვევაში, ახალი მტკიცებულებების გათვალისწინებით.

### 13. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსი

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>		
ოჯახის ექიმი, პედიატრი, ანეთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგი, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის ექიმი/გადაუდებელი მედიცინის ექიმი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი/გასტროენტეროლოგი ბავშვთა ქირურგი/ზოგადი ქირურგი, ინფექციონისტი	ამბულატორიული და/ან ჰოსპიტალური პაციენტების მართვა;  დღიურით მიმდინარე არაინფექციური დაავადებების დიფ. დიაგნოზი; ქირურგიული პათოლოგიის გამორიცხვა, ინფექციის ეტიოლოგიური მკურნალობა	სავალდებულოა  სასურველია სასურველია სასურველია
ექთანი	მანიპულაციების შესრულება;	სავალდებულოა
რეგისტრატორი	პაციენტების აღრიცხვა; სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა; პაციენტის გამოძახების უზრუნველყოფა	სასურველია
მენეჯერი/ადმინისტრატორი	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 სასურველია
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

## 14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

წყარო გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
<p>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</p>	<p>დეჰიდრატაციის ხარისხის სწრაფი შეფასება შესაძლებელია ოთხი კლინიკური ნიშნის საფუძველზე: მენტალური სტატუსი, წყურვილის შეგრძნება, ჩაცვნილი თვალები, კანის ნაოჭი (ელასტიკურობა).</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>პროტოკოლში დეტალურად აღწერილია ორალური რეჰიდრატაციის პრინციპები</p>	<p>გაიდლაინში არ არის დეტალურად აღწერილი ორალური რეჰიდრატაციის პრინციპები, ამიტომ გამოყენებული იქნა დამატებითი წყაროები 2, 4 და 5</p>
<p>გაიდლაინს არ ახლავს ალგორითმი</p>	<p>პროტოკოლში ალგორითმი დართულია</p>	<p>ალგორითმი აღებულია დამატებითი წყაროებიდან</p>
<p>გაიდლაინში არ არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტალიდან გაწერის ჩვენებები.</p>	<p>პროტოკოლში არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტალიდან გაწერის ჩვენებები.</p>	<p>მონაცემები აღებულია დამატებითი წყაროებიდან 1, 3</p>

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](http://www.moh.gov.ge));
- პროტოკოლის საფუძველზე უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და ჯანდაცვის პერსონალისათვის ტრენინგების ორგანიზება;
- პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის შეფასება კლინიკური აუდიტის საშუალებით.

## 15. გამოყენებული ლიტერატურა

პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

1. 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. Volume 46 (2), 81-122
2. European society for paediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition/European society for paediatric infectious diseases. (Update 2014 ). Evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. Volume 59 (1), 132-152.

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; 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.nccwch.org.uk/guidelines/guidelines-programme/guidelines-programme-published/diarrhoea-and-vomitingchildren/>;
4. World Health Organization. (2005) Hospital care for children. Guidelines for the management of common illnesses with limited resources. 109-133.
5. Probiotics for the Managements of Pediatric Dastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications (2023) JPGN vol.76, 2 232-247
6. 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 2022. | last updated: Oct 19, 2022.
7. Diagnostic approach to diarrhea in children in resource-rich countries, Gary R Fleisher, Up to date topic, Literature review current through: Jan 2021. last updated: Jul 27, 2022.
8. Acute viral gastroenteritis in children in resource-rich countries: Managements and prevention Up to date topic, Literature review current through: Jan 2021. last updated: Feb 16, 2022.
9. 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;
10. Probiotics and prebiotics. World Gastroenterology Organization Global Guidelines 2017

## 16. პროტოკოლის ავტორები

- **მაია ჩხაიძე** – ექიმი პედიატრი, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინა, კრიტიკული მედიცინა. სასწავლო უნივერსიტეტი „გეომედის“ ასოცირებული პროფესორი, ი. ციციშვილის სახ. ბავშვთა კლინიკის სამედიცინო დირექტორი;
- **ციცინო ფარულავა** – ექიმი პედიატრი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი. მედიცინის აკადემიური დოქტორი. პ. შოთაძის სახ. თბილისის სამედიცინო აკადემიის ასოცირებული პროფესორი; ი.ციციშვილის სახ. ბავშვთა კლინიკა;
- **მაია ხერხეულიძე** - ექიმი პედიატრი. მედიცინის აკადემიური დოქტორი. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის პედიატრიული დეპარტამენტის პროფესორი. თსსუ-ის გივი ჟვანიას სახელობის პედიატრიის აკადემიური კლინიკა;
- **ნანი ყავლაშვილი** - ექიმი პედიატრი. მედიცინის აკადემიური დოქტორი. თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის მედიცინის ფაკულტეტის პედიატრიული დეპარტამენტის ასოცირებული პროფესორი. მ. იაშვილის სახ. ბავშვთა ცენტრალური საავადმყოფო.
- **ია ხურცილავა** - ექიმი პედიატრი, ბავშვთა ენდოკრინოლოგი. პ. შოთაძის სახ. თბილისის სამედიცინო აკადემიის ასისტენტ პროფესორი; პედიატრიული პრივატ კლინიკა.