

დანართი N6

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

მუცლის მწვავე და ქრონიკული ტკივილის მართვა ბავშვთა ასაკში

პროტოკოლი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: მუცლის მწვავე და ქრონიკული ტკივილის 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. დავადების/სინდრომის განმარტება და კლასიფიკაცია.....	5
8.2. მუცლის მწვავე ტკივილი	6
9. მოსალოდნელი შედეგები	17
10. აუდიტის კრიტერიუმები	17
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	17
12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები.....	17
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე.....	17
14. დანართები.....	18
15. პროტოკოლის ავტორები	19

დანართები და ცხრილები

დანართი N1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები	18
დანართი N2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები.....	18
დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება.....	19
ცხრილი №1. მუცლის ტკივილის მიზეზები ბავშვთა ასაკში.....	5
ცხრილი №2. მუცლის ტკივილის ლოკალიზაცია და ირადიაცია.....	7
ცხრილი №3. „განგაშის ნიშნები“ მუცლის ქრონიკული ტკივილის დროს.....	13
ალგორითმი №1. მუცლის მწვავე ტკივილის მართვა.....	11
ალგორითმი №2. მუცლის პერსისტიული და ქრონიკული ტკივილის მართვა.....	16

1. პროტოკოლის დასახელება: მუცლის მწვავე და ქრონიკული ტკივილის მართვა ბავშვთა ასაკში

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
მუცლის და მენჯის ტკივილი	R10
მწვავე მუცელი	R10.0
ტკივილი ლოკალიზებული მუცლის ზედა ნაწილში	R10.1
ტკივილი მენჯისა და შორისის მიდამოში	R10.2
მუცლის სხვა ქვედა ნაწილებში ლოკალიზებული ტკივილი	R10.3
სხვა და დაუზუსტებელი ტკივილი მუცლის არეში	R10.4
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
მუცლის ღრუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე	JXDA3A
გასტროინტესტინური განვლადობის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	JXDB1J
ეზოფაგოსკოპია, გასტროსკოპია და დუოდენოსკოპია	JDE010
კოლონოსკოპია	JFE032
სიგმოიდოსკოპია დრეკადი ენდოსკოპით	J FE042
ანუსის და პერიანალური ქსოვილების სხვა დიაგნოსტიკური პროცედურები	JHF
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში	BL.2.3.4
პროტეინ C განსაზღვრა სისხლში	BL7.11
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
სისხლის განსაზღვრა განავალში	FA2.2
ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება	MB.2
ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში	BL14

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი ლიტერატურული წყაროების საფუძველზე:

1. American academy of Pediatrics. Subcommittee on Chronic Abdominal pain, North American Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (2005). Chronic abdominal pain in children. Journal pediatrics 115-370;
2. Starship Childrens' Health Clinic Guideline. (2012). Recurrent abdominal pain in Childhood. From http://www.adhb.govt.nz/starshipclinicalguidelines/_Documents/abdominal%20Pain,%20Chronic.pdf.

დამატებით გამოყენებულია შემდეგი წყაროები:

1. Neuman ,M., Ruddy, M. (2012). Emergent evaluation of the child with acute abdominal pain. UpToDate. Last version;
2. Berman’s Pediatric Decision Making (2011). Acute abdominal pain. fifth edition 200-203;
3. D’Agostino, J. (2002) Common abdominal emergencies in children. Emergency Medical clinics of North America, 20-139;
4. Fishman, M., Aronson, M., Chacko, M. (2011) Evaluation of the child and adolescent with chronic abdominal pain. UpToDate. version 19.1.

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) მუცლის ტკივილის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უნიფიცირებული რეკომენდაციების დანერგვის გზით, დიაგნოსტიკის პროცესის გაუმჯობესება, გართულებების პრევენცია, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებისა და ხანგრძლივობის შემცირება

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 18 წლამდე ასაკის პაციენტებს (ჩვილები, ბავშვები და მოზარდები), მუცლის მწვავე და ქრონიკული ტკივილით. პროტოკოლის რეკომენდაციები მოიცავს მუცლის ტკივილის შეფასების საკითხებს. პროტოკოლი არ ითვალისწინებს მუცლის ტკივილის გამომწვევი გასტროინტესტინური და არაგასტროინტესტინური დაავადებების მართვას.

6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ოჯახის ექიმების, პედიატრების, კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტების, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის ექიმების, ანეთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ბავშვთა ქირურგებისა 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

8.1. დაავადების/სინდრომის განმარტება და კლასიფიკაცია

მუცლის ტკივილი ბავშვთა ასაკში ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი, მაგრამ არასპეციფიური სიმპტომია. მუცლის ტკივილით გამოვლინდება მუცლის ღრუს გასტროენტეროლოგიური და არაგასტროენტეროლოგიური პათოლოგიები, ექსტრააბდომინური, მათ შორის ინფექციური დაავადებები, ზოგჯერ სისტემური დაავადებები (ცხრილი №1).

მუცლის ტკივილის მანიფესტაცია შესაძლებელია იყოს მწვავე და ქრონიკული (პერსისტული ან მორეციდივე). მუცლის ტკივილს მწვავე ეწოდება, თუ ის გრძელდება რამდენიმე საათის ან დღის განმავლობაში (არაუმეტეს 7 დღისა) და მნიშვნელოვნად აისახება ბავშვისთვის ჩვეულ ფიზიკურ აქტივობაზე. თუ ტკივილი გრძელდება 6 საათზე მეტხანს, დიდი ალბათობით ის გამოწვეულია მწვავე ქირურგიული პათოლოგიით. ამ შემთხვევების 22 % იდენტიფიცირდება როგორც „მწვავე მუცელი“ (1).

მუცლის ქრონიკული ტკივილის ქვეშ იგულისხმება მუცლის ტკივილის სამი და მეტი ეპიზოდი უკანასკნელი სამი თვის მანძილზე, რომელიც ზღუდავს ბავშვის ფიზიკურ აქტივობას (4). მუცლის მორეციდივე ან მუდმივი ტკივილით მიმდინარე შემთხვევების მხოლოდ 10-20%-ს უდევს საფუძვლად გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ორგანული პათოლოგია. უხშირესად, მუცლის ქრონიკული ტკივილი ფუნქციური ხასიათისაა. (4)

ცხრილი №1. მუცლის ტკივილის მიზეზები ბავშვთა ასაკში

მუცლის ტკივილის მიზეზები ბავშვებში (3)	
მუცლის მწვავე ტკივილი	მუცლის ქრონიკული ტკივილი
<p>მუცლის დახურული ტრავმა შინაგანი ორგანოების კონტუზია, ჰემატომა, ჰემორაგია, პერფორაცია.</p> <p>გასტროინტესტინური ობსტრუქციული პროცესი და პერიტონეუმის გაღიზიანება მალროტაცია, ინვაგინაცია, შეხორცებითი გაუვალობა, ჩაჭედილი თიაქარი, აპენდიციტი, ობსტრუქცია უცხო სხეულით, სიმსივნით, ფეკალომით, ჰელმინთებით.</p> <p>ინტრააბდომინური დაავადებები ინფექციური გასტროენტერიტი და კოლიტი (ვირუსული, ბაქტერიული, პარაზიტული), პანკრეატიტი, ქოლეცისტიტი, ჰეპატიტი, პეპტიური დაავადება, ნაწლავების ანთებითი დაავადება, საშარდე გზების ინფექცია, უროლითიაზი, საკვერცხის ან სათესლის გადაგრეხა, აბსცესი, მენჯის ანთებითი დაავადება და საშვილოსნოს გარე ორსულობა მოზარდ გოგონებში.</p> <p>ექსტრააბდომინური დაავადებები მენინგიტი, პნევმონია, სტრეპტოკოკული ფარინგიტი, შუა ყურის ანთება, მიოკარდიტი/პერიკარდიტი.</p> <p>მეტაბოლური დარღვევები დიაბეტური კეტოაციდოზი, პორფირია, ურემია, თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარისობა.</p> <p>სისტემური დაავადებები ნამგლისებური ანემია, ჰენოხ-შონლაინის დაავადება, კავასაკის დაავადება.</p>	<p>გასტროინტესტინური სისტემა ქრონიკული ყაზოზი, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, პარაზიტული ინფექცია (ამებიაზი, გიარდიაზი), საკვების აუტანლობა (მაგ.: ლაქტოზის), გასტროეზოფაგური რეფლუქსი, Helicobacter pylori ინფექცია, ცელიაკია, პეპტიური წყლული, გასტრიტი, დუოდენიტი, ჰეპატიტი, ნაღველ-კენჭოვანი დაავადება, ქრონიკული პანკრეატიტი, ფუნქციური დისპეფსია, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი, ფუნქციური აბდომინური სინდრომი, აბდომინური შაკიკი, აეროფაგია.</p> <p>შარდ-სასქესო სისტემა საშარდე გზების ინფექცია, შარდ-კენჭოვანი დაავადება, საშარდე გზების ობსტრუქცია, საკვერცხის ცისტა, ენდომეტრიოზი, მენჯის ანთებითი დაავადება.</p> <p>სხვა აბდომინური ეპილეფსია, ძალადობა (ფიზიკური, ემოციური, სექსუალური).</p>

8.2. მუცლის მწვავე ტკივილი (1, 2)

მუცლის მწვავე ტკივილი შესაძლებელია პოტენციურად სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობით იყოს გამოწვეული, ამიტომ ყველა შემთხვევაში საჭიროებს დაუყოვნებელ სამედიცინო ჩარევას.

კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები

ანამნეზის შეკრების დროს ყურადღება უნდა გაამახვილოთ შემდეგ მონაცემებზე:

ასაკი. 2 წლამდე ასაკის ბავშვები ვერ აღწერენ თავიანთ შეგრძნებებს და სამედიცინო დაწესებულებაში მოხვედრის დროს არაადეკვატურად რეაგირებენ. ეს ამნელებს შეფასების პროცესს და შესაძლებელია, მნიშვნელოვანი მონაცემები ყურადღების გარეშე დარჩეს ან ადგილი ჰქონდეს ჰიპერდიაგნოსტიკას. ფეხების მუცელზე მიჭერა და გაბმით ტირილი ყოველთვის არ არის მუცლის ტკივილის ნიშანი. სკოლამდელი ასაკის ბავშვების მიერ მოწოდებული ინფორმაცია ყოველთვის არ შეესაბამება რეალობას (1, 3). მათ უჭირთ ლოკალიზაციის მითითება, მაგრამ არ ეშლებათ ირადიაცია, ამიტომ ამ ასაკის ბავშვებში ტკივილის ირადიაციას პრაქტიკული დატვირთვა აქვს (2). 5 წლის ზემოთ ბავშვებს შეუძლიათ ტკივილის დასაწყისის, ხანგრძლივობის, ინტენსივობისა და ლოკალიზაციის შეფასება.

სქესი. მოზარდ გოგონებში უნდა დააზუსტოთ ბოლო მენსტრუაციის ვადა და სქესობრივი აქტივობა.

მითითება ტრავმაზე. უბედურ შემთხვევებს, ავტოკატასტროფას, დაცემას ან ძალადობას შესაძლებელია მოჰყვეს მუცლის დახურული ტრავმა.

ქირურგიული ჩარევის ფაქტი წარსულში ექვს ბადებს შეხორცებით გაუვალობაზე ან ჰირშპრუნგის დაავადების გართულებებზე (ობსტრუქცია, ფულმინანტური ენტეროკოლიტი).

მუცლის ტკივილის თავისებურებები (1):

1. ტიპი (მუდმივი, ეპიზოდური, შეტევითი);
2. ხასიათი (ყრუ, მჭრელი, მჩხვლეტავი, მფეთქავი);
3. ლოკალიზაცია და ირადიაცია (იხილეთ ცხრილი №2);
4. დაწყების დრო, ხანგრძლივობა და ინტენსივობა;
5. ფაქტორები, რომლებიც იწვევს ტკივილის გაძლიერებას ან შესუსტებას.

პერიტონეუმის გაღიზიანების დროს ნებისმიერი მოძრაობა, რომელიც ცვლის მუცლის პრესის დაჭიმულობის ხარისხს (მანქანით მგზავრობა, სიარული), აძლიერებს ტკივილს. იგივე სიტუაციაში ვისცერული ორგანოებიდან წამოსული ტკივილი მხოლოდ დისკომფორტად აღიქმება. ღებინების შემდეგ ინტენსივობის შემცირება უფრო მეტად კუჭისა და წვრილი ნაწლავების პათოლოგიებს ახასიათებს, დეფეკაციის შემდეგ კი - მსხვილი ნაწლავის პათოლოგიებს (3, 4).

ასოცირებული მდგომარეობები და სიმპტომები

- **ცხელება** (64%) უხშირესად ინფექციურ დაავადებაზე მეტყველებს. აბდომინური სინდრომით მანიფესტირდება სტრეპტოკოკური ფარინგიტი, ვირუსული ფარინგიტი, საშარდე გზების ინფექცია, ქვედა წილის ლობალური პნევმონია, მენჯის ანთებითი დაავადება.

- **ღებინება** (42%). მუცლის ტკივილი და ღებინება დიარეის გარეშე უფრო ქირურგიულ დაავადებას ახასიათებს (გაუვალობა, ინვაგინაცია, წვრილი ნაწლავების ობსტრუქცია, აპენდიციტი).
- **დიარეა** მუცლის ტკივილი და დიარეა უხშირესად ასოცირებულია ინფექციურ გასტროენტერიტთან, საშარდე გზების ინფექციასთან, ჰემოლიზურ-ურემიულ სინდრომთან ან ნაწლავის ანთებით დაავადებასთან. ინვაგინაციას ახასიათებს სისხლიანი დიარეა. დიარეა შესაძლებელია ახლდეს აპენდიციტსაც.

ფონური დაავადებები

ნამგლისებურმა ანემიამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰემოკლუზიური კრიზი. ნამგლისებური ანემიის და ცისტური ფიბროზის დროს ხშირია ქოლეცისტიტის განვითარება. დიაბეტით დაავადებულებში მუცლის მწვავე ტკივილის დროს უნდა გამორიცხოთ დიაბეტური კეტოაციდოზი. ნეფროზული სინდრომით დაავადებულებში მუცლის მწვავე ტკივილის მიზეზი შეიძლება გახდეს პირველადი ბაქტერიული პერიტონიტი.

ცხრილი №2. მუცლის ტკივილის ლოკალიზაცია და ირადიაცია

მუცლის ტკივილის ლოკალიზაცია და ირადიაცია (3)	
საყლაპავის დაავადებები ზედა მესამედის დაზიანება - კისრის მიდამო, ქვედა მესამედის დაზიანება - მახვილისებრი მორჩი, სუბსტერნალური არე, ტიპიურია ირადიაცია ზურგში, მკერდში.	ნაღვლის ბუშტისა და სანაღვლე გზების დაავადებები ეპიგასტრიუმი, პილოროდუოდენური ზონა, მარჯვენა ნეკნქვეშა მიდამო, ირადიაცია მარჯვენა ბეჭში, მხარში.
კუჭის და თორმეტგოჯა ნაწლავის დაავადებები ეპიგასტრალური არე, პილოროდუოდენური ზონა, ტიპიურია ირადიაცია ზურგში.	პანკრეასის დაავადებები ეპიგასტრალური არე, უფრო მარცხენა მხარეს, ჰიპოგასტრიუმი, ირადიაცია მარცხენა ბეჭში, მხარში, ზურგში, წელში.
წვრილი ნაწლავის დაავადებები მუცლის შუა ნაწილი, უხშირესად ჭიპის ირგვლივ, ირადიაცია ზურგში.	აპენდიციტი მარჯვენა თემოს არე, პერიუმბილიკალური ან ეპიგასტრალური მიდამო. ირადიაცია ზურგში, მენჯში, რეტროცეკალურად ან მარჯვენა ფეხში.
ბრმა ნაწლავის დაავადებები ჭიპთან და მუცლის ქვედა სეგმენტში, უფრო მარჯვნივ. ტიპიურია ირადიაცია ზურგში.	მეკელის დივერტიკული პერიუმბილიკალური მიდამო, ქვედა ნახევარი, არ ახასიათებს ირადიაცია.
მსხვილი ნაწლავი მუცლის ქვედა სეგმენტი, უფრო მარცხნივ სიგმოიდური ნაწლავისა და სწორი ნაწლავის დაზიანების დროს, ტიპიურია ირადიაცია უკანა ტანის არეში	უროლითიაზი, პიელონეფრიტი ზურგი, ირადიაცია მენჯში და საზარდულის არეში.

ფიზიკალური გასინჯვის დროს შეაფასეთ (1, 2):

- პოზა (პერიტონეუმის გაღიზიანების დროს ბავშვი ცდილობს არ გაინძრეს, კოლიკის დროს იკლაკნება, ინვაგინაციის დროს მოვლითი ტკივილის ეპიზოდებს შორის მშვიდია);
- გაუწყლობის ხარისხი;
- პერფუზია;
- გულისცემის სიხშირე და შესაბამისობა ტემპერატურასთან;
- არტერიული წნევა.

მუცლის მიდამოს შეფასება

ზერეულე პალპაციით შეიძლება დაზუსტდეს ტკივილის ლოკალიზაცია, ლოკალური მტკივნეულობა და რიგიდობა, ღრმა პალპაციით - ბლუმბერგის ნიშანი, ბიმანუალური პალპაციით - სითხის არსებობა მუცლის ღრუში. ზოგჯერ, აუცილებელია, პერკუსია (ტიმპანიტი, მოყრუება) და აუსკულტაციით ნაწლავების პერისტალტიკის შეფასება. მუცლის გასინჯვის დროს პაციენტებს ფეხები უნდა ჰქონდეს მუხლებში ოდნავ მოხრილი, რადგან ამ დროს ხდება მუცლის სწორი კუნთების რელაქსაცია. უნდა დაადგინოთ ტკივილის მაქსიმალური ინტენსივობის არეალი და ირადიაციის მიმართულება.

ძალზე ინფორმატიულია პალპაციური მონაცემების შეფასება დინამიკაში, რადგან ქირურგიული დაავადებების დროს მწვავე მუცლის სიმპტომები ძლიერდება, ხოლო იმ დაავადებების დროს, რომლებიც იძლევა ქირურგიული მუცლის იმიტაციას, მწვავე მუცლის სიმპტომები არ იმატებს ან პირიქით მცირდება. განმეორებითი გასინჯვის დროს, რიგ შემთხვევებში, ვლინდება ახალი სიმპტომები ან სხვა დაავადების სპეციფიური ნიშნები (4).

რექტალურად თითით გასინჯვა

ყაზობის დროს სწორი ნაწლავის ამპულა სავსეა ფეკალიებით, სისხლი რექტალური გასინჯვის დროს ტიპურია ინვაგინაციისთვის, მაგრამ ასევე შეიძლება იყოს ფისურის, ინფექციური ენტერიტის, ძროხის რძის ცილის აუტანლობის ან ნაწლავის ანთებითი დაავადებით გამოწვეული მუცლის ტკივილის დროს.

ექსტრააბდომინური სიმპტომები

ხახის ჰიპერემია, ნადები, ხიხინი, კრეპიტაცია, სუნთქვის შესუსტება, გულის ტონების მოყრუება, ჭენების რითმი, გამონაყარი, სისხლჩაქცევები, სიყვითლე, კანის ნაკაწრები, ჭრილობები და სხვა სიმპტომები არაგასტროენტეროლოგიურ დაავადებებთან დიფერენციალური დიაგნოსტიკის პროცესში ძალზე მნიშვნელოვანია.

მწვავე მუცლის სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმები ე.წ. „განგაშის ნიშნები“ (2):

მოულოდნელი, მწვავე მუცლის ტკივილი, რომლის ინტენსივობა ყოველ საათში იმატებს და რომელსაც ახლავს:

- მუცლის პროგრესული შებერვა;
- ჰემატემეზისი, ჰემატოხეზია ან მელენა;
- შეუპოვარი ღებინება (ზოგჯერ ნაღვლის ან ფეკალური მასების მინარევით);
- შოკის ნიშნები;
- ცხელება;
- ორთოსტატიული ჰიპოტენზია;
- პერიტონიუმის გაღიზიანების ნიშნები: დეფანსი (კუნთების ლოკალური რიგიდობა), ლოკალური მტკივნეულობა, ბლუმბერგის ნიშანი;
- ოლიგურია;
- შესაძლებელია იყოს ნაწლავთა მოქმედების ან გაზების გამოყოფის შეფერხება, ნაწლავთა გაძლიერებული ყურყური ან პერისტალტიკის გაქრობა, დიარეა;
- მოგვიანებით - ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა, აჩქარებული ედსი.

ფიზიკალური გასინჯვის მონაცემების საფუძველზე, შეაფასეთ მდგომარეობის სიმძიმის ხარისხი: (2)

- **მსუბუქი:** ტკივილი მინიმალურად ზღუდავს ბავშვის აქტივობას ან ტკივილის მიზეზი, უხშირად, კეთილთვისებიანი მიმდინარეობის დაავადებაა, რომელიც მკურნალობას არ საჭიროებს (მაგ.: ვირუსული გასტროენტერიტი);
- **საშუალო სიმძიმე:** ტკივილი ზომიერად ზღუდავს ბავშვის აქტივობას ან სახეზეა თანმხლები ბაქტერიული ინფექციის ნიშნები (მაგ.: პნევმონია, საშარდე გზების ინფექცია, ფარინგიტი), ან ანამნეზში აღინიშნება ქირურგიული ჩარევა;
- **მძიმე:** პერიტონიტის, ობსტრუქციის, ინვაგინაციის ნიშნები ან მენტალური სტატუსის ცვლილება ან დეჰიდრატაციის ნიშნები;
- **ძალიან მძიმე:** სეფსისის, სეპტიური შოკის ნიშნები მენტალური სტატუსის ცვლილებით ან პერიფერიული პერფუზიის დაქვეითება და ჰიპოტენზია, რესპირაციული დისტრესი.

დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

უმეტეს შემთხვევაში, მუცლის მწვავე ტკივილის გამომწვევი მიზეზების იდენტიფიკაცია შესაძლებელია ანამნეზის და ფიზიკალური გასინჯვის საფუძველზე. ობიექტური გასინჯვა დინამიკაში მართვის მნიშვნელოვანი კომპონენტია. პრაქტიკულად ჯანმრთელ ბავშვს, რომელიც არ გამოიყურება ავად, გასინჯვით პათოლოგიური ცვლილებები არ უვლინდება, ჰოსპიტალიზაცია და კვლევა არ ესაჭიროება. რეკომენდებულია დინამიკაში დაკვირვება. იმ შემთხვევაში, თუ განმეორებითი შეფასების დროს არ გამოვლინდა ახალი კლინიკური სიმპტომები, მუცლის ტკივილი არ პროგრესირებს და ბავშვს შეუძლია საკვების მიღება, ჰოსპიტალიზაციის საჭიროება არ არის (2).

ჰოსპიტალიზაციის და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევის ჩვენებები: (2, 3)

- ანამნეზური მონაცემები, რომელიც სერიოზულ ტრავმაზე ან დაავადებაზე მიუთითებს;
- ფონური დაავადებების შესაძლო გართულებები;
- ობიექტური გასინჯვით ლოკალური ცვლილებები;
- მძიმე ან ძალიან მძიმე კატეგორიის პაციენტი (იხილეთ ფიზიკალური გასინჯვის მონაცემების საფუძველზე მდგომარეობის სიმძიმის ხარისხის შეფასება).

პირველ რიგში უნდა გამოირიცხოს მწვავე ქირურგიული პათოლოგია. მწვავე მუცლის გამორიცხვის შემდეგ ნაბიჯ-ნაბიჯ ხდება გასტროენტეროლოგიური და არაგასტროენტეროლოგიური პათოლოგიის გამორიცხვა. ქვემოთ ჩამოთვლილი ყველა კვლევის ჩატარება აუცილებელი არ არის, კვლევების შერჩევა ხდება ასაკისა და სავარაუდო დიაგნოზის შესაბამისად (2).

პირველ 4 საათში:

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- ჰემატოკრიტი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- ქირურგის კონსულტაცია (რექტალური გასინჯვა).

საჭიროების შემთხვევაში:

- სისხლის მჟავა-ტუტოვანი წონასწორობა და გაზები;

- გლუკოზა სისხლში;
- ულტრასონოგრაფიული კვლევა;
- რენტგენოლოგიური კვლევა (მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოლოგია).

პირველ 24 საათში, საჭიროების მიხედვით

- შრატის ლიპაზა ან ამილაზა;
- ბიოქიმიური ტესტები: ბილირუბინი, ასტ, ალტ, შარდოვანა, კრეატინინი;
- რენტგენოლოგიური კვლევა (გულმკერდი, კვლევა კონტრასტით);
- განავლის საერთო ანალიზი;
- განავალი ფარულ სისხლდენაზე;
- გასტროენტეროლოგის კონსულტაცია.

პირველ 3 დღეში, საჭიროების შემთხვევაში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- კულტურა (ხახის, განავლის);
- ენდოსკოპია (ზედა, ქვედა სეგმენტი);
- კომპიუტერული ტომოგრაფია;
- ტესტი ორსულობაზე (მოზარდ გოგონებში).

მკურნალობა

დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ მუცლის მწვავე ტკივილის გამომწვევი დაავადების მართვა ხდება შესაბამისი რეკომენდაციების მიხედვით. მართალია, ანალგეზიური საშუალებები ამცირებს დისკომფორტს, მაგრამ მათი გამოყენების აუცილებლობა წყდება ინდივიდუალურად, რადგან ანალგეზიის პირობებში, ზოგჯერ, ძნელდება დინამიკაში სიტუაციის გაკონტროლება.

პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები

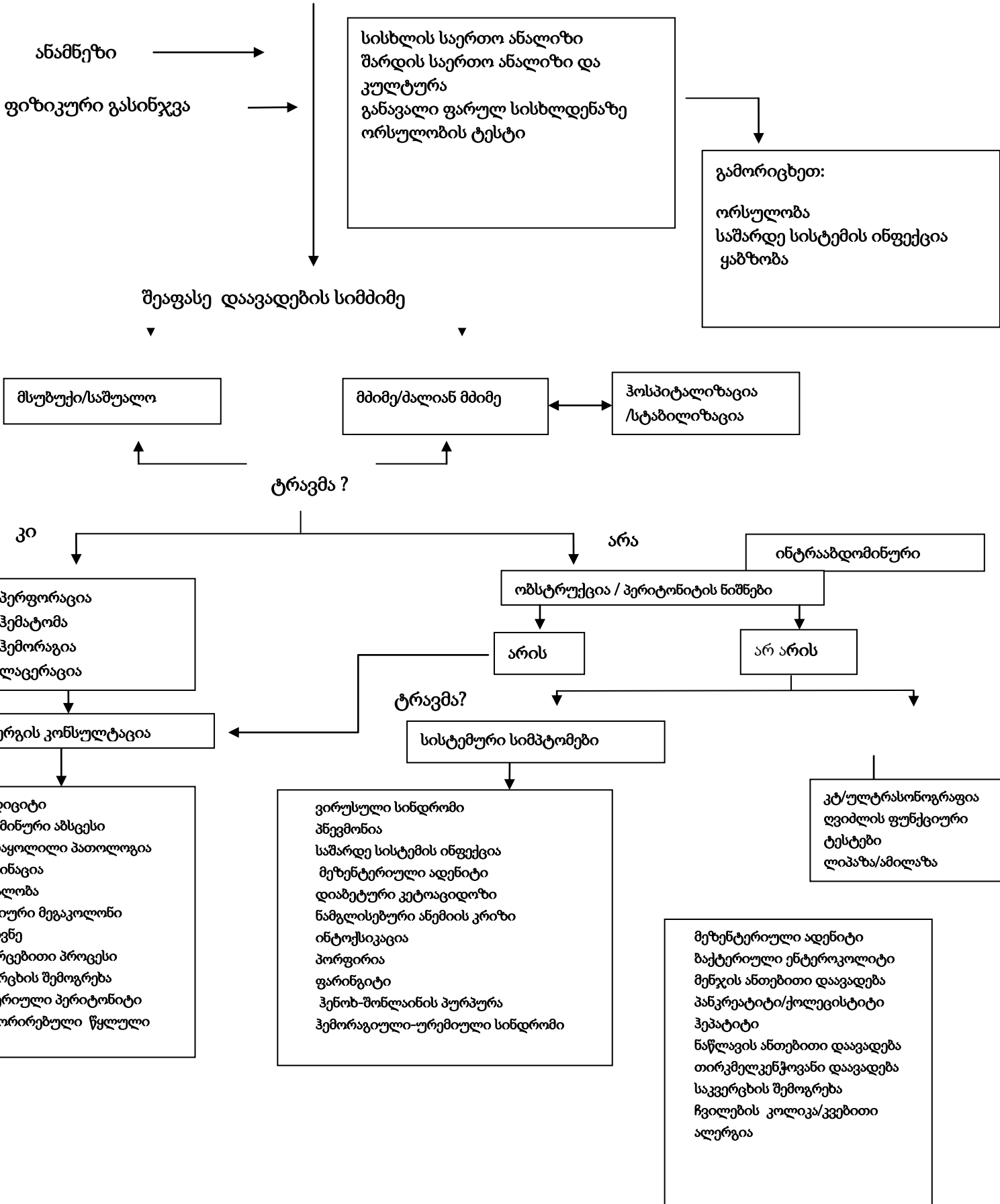
მუცლის მწვავე ტკივილი გრძელდება 6 საათზე მეტხანს, მიზეზი დიდი ალბათობით მწვავე ქირურგიული პათოლოგიაა. ამ შემთხვევების 22% იდენტიფიცირდება როგორც „მწვავე მუცელი“ და საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას.

მონიტორინგის სამიზნეები

ტკივილის სიხშირე, დაწყების დრო, ინტენსივობა (სთხოვეთ პაციენტს შეაფასოს ტკივილი სამბალიანი სისტემით (1 = მსუბუქი ტკივილი, 2 = საშუალო სიმძლიერის, 3 = ძლიერი), ხანგრძლივობა, რა ამცირებს ტკივილს. მართვის პროცესში ძალზე მნიშვნელოვანია მშობლების დახმარება, რისთვისაც აუცილებელია მათი ინფორმირება, დარწმუნება და ტრენირება.

ალგორითმი №1. მუცლის მწვავე ტკივილის მართვა

მუცლის მწვავე ტკივილი (2)



8.3. მუცლის ქრონიკული ტკივილი

მუცლის ქრონიკული ტკივილის ქვეშ იგულისხმება მუცლის ტკივილის სამი და მეტი ეპიზოდი უკანასკნელი სამი თვის მანძილზე, რომელიც ზღუდავს ბავშვის ფიზიკურ აქტივობას. მუცლის ქრონიკული ტკივილი პედიატრთან ვიზიტების 2-4 %-ის მიზეზია, რადგან ადრეული ასაკის ბავშვთა 13%-ს და უფროსი ასაკის ბავშვთა 17%-ს აქვს ეს პრობლემა. გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ორგანული პათოლოგია საფუძვლად უდევს მუცლის ქრონიკული ტკივილის შემთხვევების მხოლოდ მცირე ნაწილს. უხშირესად ტკივილი ფუნქციური ხასიათისაა (80-90%).

ბავშვთა ასაკში ქრონიკული აბდომინური ტკივილის ექვსი უხშირესი მიზეზი (C):

1. **ქრონიკული აბდომინური ტკივილის სინდრომი.** მუცლის დიფუზური ან პერიუმბილიკალური ტკივილი ან დისკომფორტი, რომელიც არ უკავშირდება ფიზიოლოგიურ სტიმულებს - საკვების მიღებას, დეფეკაციას, მენსტრუაციას, ხშირია 5-12 წლის ბავშვებში.
2. **ყაბზობა.** 2 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში დეფეკაციის სიხშირე 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში 6-ზე ნაკლები კვირაში და 3 წლის ასაკის ზემოთ 3 -ზე ნაკლები კვირაში და/ან გამწვანებული დეფეკაცია.
3. **პეპტიური დაავადება** (გასტრიტი, დუოდენიტი, პეპტიური წყლული). ტიპურია დამის ჩვილები, ტკივილის კვებასთან კავშირი და დატვირთული ოჯახური ანამნეზი. ლოკალიზაცია ეპიგასტრალური ან პერიუმბილიკური მიდამო. ფუნქციური დისპეპსიიდან დიფერენცირება შესაძლებელია ენდოსკოპიის საფუძველზე.
4. **გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი.** ტკივილი ან დისკომფორტი მუცლის ქვედა ნახევარში, რომელსაც ახლავს ორი ან რამდენიმე ქვემოთ ჩამოთვლილიდან:
 - მდგომარეობის გაუმჯობესება დეფეკაციის შემდეგ;
 - დეფეკაციის სიხშირის ცვლილება;
 - ფეკალიების ფორმის (კონსისტენციის) შეცვლა.

ზოგჯერ ლორწოს გამოყოფა განავალთან ერთად, არასრული დაცლის შეგრძობა, დეფეკაციის შეუკავებელი სურვილი, მუცლის შებერვა და მეტეორიზმი.

5. **აბდომინური შაკიკი.** მორეციდივე, პაროქსიზმული, ინტენსიური ტკივილი, რომელიც გრძელდება 1-72 საათი. ეპიზოდებს შორის ინტერვალებში (კვირები, თვეები) პაციენტი თავს ჯანმრთელად გრძნობს. ტკივილს ახლავს ჩამოთვლილიდან ორი და მეტი ნიშანი: თავის ტკივილი, ფოტოფობია, შაკიკის შემთხვევები ოჯახის წევრებში, ნახევარი ჰემისფეროს ტკივილი, ვიზუალური, სენსორული და მოტორული დარღვევები.
6. **ნაწლავის ანთებითი დაავადებები** (კრონის დაავადება, არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტი). მუცლის ტკივილს ახლავს სისხლიანი დიარეა, სისუსტე, წონის კარგვა, დატვირთული ოჯახური ანამნეზი.

კლინიკური სიმპტომები და ნიშნები

ანამნეზისა და კლინიკური ნიშნების საფუძველზე ორგანული და ფუნქციური პათოლოგიის დიფერენცირება ძნელია, რადგან ტკივილის სიხშირე, დრო, ინტენსივობა, ლოკალიზაცია ან ფიზიკური შეზღუდვის ხარისხი ყოველთვის არ იძლევა მათი ერთმანეთისაგან გამიჯვნის საშუალებას. მით უმეტეს, რომ ბავშვებს, თავიანთი ასაკისათვის ტიპური სუბიექტივიზმის

გამო, უჭირთ ტკივილის ხასიათის და ლოკალიზაციის აღწერა, თუმცა, შეუძლიათ ირადიაციის მითითება. (1, 4)

4 წლამდე ასაკის ბავშვებში მუცლის ქრონიკული ტკივილი უხშირესად სომატური დაავადებით არის გამოწვეული. თავის ტკივილი, ართრალგია, ანორექსია, გულისრევა/ღებინება, ნაწლავთა არამყარი მოქმედება, ყაბზობა, შესაძლებელია, ახლდეს როგორც ორგანული, ისე ფუნქციური გენეზის მუცლის ტკივილს (C). ღამის ჩივილები ან ტკივილის გაძლიერება უშუალოდ საკვების მიღების შემდეგ, ზოგიერთი მედიკამენტის (ტეტრაციკლინი, არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, სტეროიდული ჰორმონები და სხვა), დატვირთული ოჯახური ანამნეზი (პეპტიური დაავადება, ნაწლავის ანთებითი დაავადება) უფრო ტიპურია ორგანული დაავადებისათვის. შფოთვა, ქცევის პათოლოგია, დეპრესიული განწყობა უფრო ხშირია ფუნქციური ტკივილის დროს. (1) (D).

ფიზიკალური გასინჯვა ყოველთვის არ არის ორგანული და ფუნქციური დაავადებების გამოიკვნი ხერხი. პალპაციით ლოკალური მტკივნეულობა ყოველთვის არ მიუთითებს ორგანულ დაავადებაზე (C). თუმცა, ლოკალური რიგიდობა, ორგანომეგალია, მასს-ეფექტი (სიმსივნური წარმონაქმნი) ან პერიანალური ცვლილებები, უხშირესად, ორგანული პათოლოგიის ნიშანია. „განგაშის ნიშნების“ არსებობა დიდი ალბათობით ორგანულ დაავადებაზე მეტყველებს (D).

ცხრილი №3. „განგაშის ნიშნები“ მუცლის ქრონიკული ტკივილის დროს

„განგაშის ნიშნები“ მუცლის ქრონიკული ტკივილის დროს	
ანამნეზური მონაცემები	ფიზიკური გასინჯვის შედეგები
პერიუმბილიკალური არიდან დაშორებული ტკივილი; ტკივილი აღვიძებს ბავშვს ღამით; ტკივილს ახლავს: ნაწლავების პერისტალტიკის ცვლილებები (დიარეა, ყაბზობა), დიზურია, გამონაყარი, ართრიტი, ფარული სისხლდენა, მორეციდევე ღებინება, განსაკუთრებით ნაღვლის მინარევით, მორეციდევე ცხელება, უმადობა, სისუსტე.	წონის კლება; ზრდის შეფერხება; ორგანომეგალია; ლოკალური რიგიდობა და მტკივნეულობა; სახსრების შეშუპება; სიფერმკრთალე; გამონაყარი; მუცლის თიაქარი.

დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

მუცლის ქრონიკული ტკივილის მართვა შესაძლებელია ამბულატორიულ პირობებში. პირველ რიგში უნდა გამორიცხოთ შესაძლო ქრონიკული, ანთებითი, პროგრესირებადი და გართულებების რისკის მტარებელი თანდაყოლილი ან შეძენილი დაავადებები და განვითარების ანომალიები. მხოლოდ ორგანული პათოლოგიის გამორიცხვის შემდეგ შეიძლება დაავადების ფუნქციურ გენეზზე ფიქრი. ტკივილის სიხშირე, დრო, ინტენსივობა, ლოკალიზაცია ან ფიზიკური აქტივობის შეზღუდვის ხარისხი არ იძლევა ფუნქციური და ორგანული პათოლოგიის ერთმანეთისაგან გამოიკვნი შესაძლებლობას (C).

ვინაიდან შემთხვევების 85-90 % ფუნქციურ დაავადებებს უკავშირდება, კვლევა აუცილებელი არ არის და დასაშვებია ემპირიული მკურნალობა. კვლევას საჭიროებენ ბავშვები ე.წ. „განგაშის ნიშნებით (B).

ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები (4):

- პერიუმბილიკალური არიდან დაშორებული ქრონიკული ინტენსიური ტკივილი;
- სერიოზული გასტროენტეროლოგიური დაავადების რისკი;
- ღამის სიმპტომები;
- სისხლიანი ღებინება ან სისხლიანი განავალი (ჰემატოხეზია, მელენა);
- თანმხლები ექსტრინტესტინური სიმპტომები (გამონაყარი, სახსრების ტკივილი, ცხელება, წყლულები პირის ღრუს ლორწოვანზე და სხვა);
- ძლიერი სიფერმკრთალე ან ანემია;
- წონის ინტენსიური კარგვა;
- დატვირთული ოჯახური ანამნეზი (პეპტიური წყლული, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები);
- მშობლების ძლიერი შეშფოთება;
- სკოლის ხშირი გაცდენები.

ჰოსპიტალიზაციის შემთხვევაში

პირველ 4 საათში:

- სისხლის საერთო ანალიზი (სისხლის ტესტების ინფორმატიულობა დაბალია „განგაშის ნიშნების“ არსებობის შემთხვევაშიც კი) (D);
- შარდის საერთო ანალიზი;
- C რეაქტიული ცილა;
- მუცლის ღრუს ორგანოების ულტრასონოგრაფიული გამოკვლევა („განგაშის ნიშნების“ გარეშე ამ ორგანოების პათოლოგიის აღმოჩენის ალბათობა 1 %-ზე ნაკლებია) (C).

პირველ 24 საათში:

- განავლის საერთო ანალიზი;
- განავლის გამოკვლევა ფარულ სისხლდენაზე;
- განავლის კვლევა ჰელმინთებზე და პარაზიტებზე;
- გასტროენტეროლოგის კონსულტაცია.

საჭიროების მიხედვით:

- ღვიძლის ფუნქციური ტესტები (ასტ, ალტ, გგტ, ბილირუბინი);
- შარდოვანა, კრეატინინი;
- შრატის ლიპაზა ან ამილაზა.

პირველ 3 დღეში, საჭიროების მიხედვით:

- ენდოსკოპიური კვლევა (ეზოფაგოგასტროდოდენოსკოპია, კოლონოსკოპია ან სიგმოიდოსკოპია დრეკადი ენდოსკოპით);
- რენტგენოლოგიური ან რენტგენოკონტრასტული კვლევა (ზედა ან ქვედა სეგმენტი);
- სეროლოგიური კვლევა ცელიაკიაზე.

სისხლის, შარდის და განავლის კვლევა საკმარისია ორგანული და ფუნქციური დაავადებების გასამიჯნად. ღრმა კვლევა რეკომენდებულია ორგანული დაავადების დიაგნოზის დასაზუსტებლად. (4)

მკურნალობა

დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ მუცლის ქრონიკული ტკივილის გამომწვევი დაავადების მართვა ხდება შესაბამისი რეკომენდაციების მიხედვით.

პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები

მუცლის ქრონიკული ტკივილის უხშირესი მიზეზი კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციური დარღვევებია. თუ მკურნალობა წარიმართა სათანადო რეკომენდაციების დაცვით, მკურნალობის შემდეგ ბავშვების 30-50%-ის მდგომარეობა უმჯობესდება.

არაკეთილსაიმედო პროგნოზის (არაეფექტური მკურნალობის) რისკ-ფაქტორებია: მამრობითი სქესი, ტკივილის ხანგრძლივობა > 6 თვე მკურნალობის დაწყებამდე, 6 წლამდე ასაკი, ოჯახის წევრებში მსგავსი მდგომარეობა. შესაძლებელია, ხანგრძლივად მიმდინარე ფუნქციური დაავადების პროგრესირება ორგანულ პათოლოგიაში.

ალგორითმი №2. მუცლის პერსისტიული და ქრონიკული ტკივილის მართვა

მუცლის პერსისტიული და ქრონიკული ტკივილი (2)

ანამნეზი

ფიზიკური გასინჯვა

ინიციალური კვლევა:
სისხლი, C რეაქტიული ცილა, შარდი, განავალი, ულტრასონოგრაფია
დმა კვლევა: კულტურა, რენტგენოლოგიური კვლევა ენდოსკოპია, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები, სეროლოგია ცელიაკიაზე, ღვიძლის და პანკრეასის ფუნქცია.

განგაშის ნიშნები და სიმპტომები არ არის

ფუნქციური აბდომინური ტკივილი

- ფსოქოგენური კომპონენტის მოხსნა (სტრესის შემცირება, ანქსიოლიტიკი, +/- ფსიქიატრი)
- ინფორმირება
- დისპეფსია- ანტიეკრეტორული თერაპია
- ტკივილის მოხსნა- სპაზმოლიზური საშუალებები
- ყაზობა-საფადარათო საშუალებები, დიეტა
- დიარეა- ანტიდიარეული საშუალებები, პრობიოტიკები, დიეტა
- მძიმე შემთხვევაში - ამიტრიპტილინი

კონტროლი 2-4 კვირაში
მდგომარეობა
გაუმჯობესდა არ გაუმჯობესდა
რეფერალი ფსიქიატრთან

არის განგაშის ნიშნები ან ორგანული დაავადების სიმპტომები

უპირატესად მუცლის ტკივილი

- ტკივილი ეპიგასტრიუმში
- გასტრიტი, დუოდენიტი, წყლული
 - პანკრეატიტი
 - მალროტაცია
 - გერდი
 - ცელიაკია
 - ალერგიული ენტეროთია
- ტკივილი მარჯვენა ზედა კვადრანტში
- ჰეპატიტი
 - აბსცესი
 - მასა, სიმსივნე
 - ქოლედოქის ცისტა
 - ქოლაცისტიტი/ქოლანგიტი
 - მარჯვენა ქვედა წილის პნევმონია
 - მენჯის ანთებითი დაავადება
- ტკივილი მარჯვენა ქვედა კვადრანტში ან მუცლის ქვედა ნახევარში
- აპენდიციტი
 - სიმსივნე
 - მალროტაცია
 - კრონის დაავადება ან გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი
 - საზარდულის თიაქარი
 - სათესლის შემოგრება
 - თირკმლის დაავადება
 - საკვერცხის დაავადება: ცისტა, შემოგრება
- პერიანალური ან რექტალური:
- ფეკალური საცობი
 - მასა
 - ფისურა, ფისტულა, აბსცესი
 - ტრავმა
 - კრონის დაავადება
- იმუნოდეფიციტი

ნევროლოგიური დარღვევები

შაკიკი პორფირია ინტრაკრანიალური ჰიპერტენზია მასა, სიმსივნე ფსევდოსიმსივნე

სისტემური ნიშნები

სომატური დაავადება ცისტური ფიბროზი ჰიპოთირეოზი კოლაგენოზი იშემია მედიკამენტოზური რეაქცია/მოხსნის სინდრომი იმუნოდეფიციტი

მონიტორინგის სამიზნეები

ტკივილის სიხშირე, დაწყების დრო, ინტენსივობა (სთხოვეთ პაციენტს შეაფასოს ტკივილი სამბალიანი სისტემით (1 = მსუბუქი ტკივილი, 2 = საშუალო სიძლიერის, 3 = ძლიერი), ხანგრძლივობა, რა ამცირებს ტკივილს. მართვის პროცესში ძალზე მნიშვნელოვანია მშობლების დახმარება, რისთვისაც აუცილებელია მათი ინფორმირება, დარწმუნება და ტრენირება (4).

9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია არასაჭირო კვლევებისა და მკურნალობის, გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში მიმართვიანობის, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებისა და სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის შემცირება. ეს ყველაფერი დადებითად აისახება მუცლის ტკივილის მართვის ხარისხზე, გამოსავალსა და ხარჯეფექტურობაზე.

10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას მუცლის მწვავე ტკივილით?
- რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას მუცლის ქრონიკული ტკივილით?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა ამბულატორიულად?
- რამდენი პაციენტის მართვა (%) მოხდა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში?
- როგორია მუცლის ტკივილით ჰოსპიტალიზებულ პაციენტებში ქირურგიული ჩარევის მაჩვენებელი (%)?
- სხვა დაწესებულებაში რეფერალის მაჩვენებელი (%);
- ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი (%);
- ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობა (საწოლდღეები).

11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები

პროტოკოლის გადახედვა და განახლება უნდა მოხდეს 3 წლის შემდეგ.

12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები

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

13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისათვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია:

- პროტოკოლის ბეჭდური ვარიანტის გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში;
- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერზე;

- უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგები;
- პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის მონიტორინგი კლინიკური აუდიტის (დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლის სამსახურის) მიერ.

14. დანართები

დანართი N1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები

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

დანართი N2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი ან პედიატრი	ამბულატორიული/ამბულატორიული და ჰოსპიტალური პაციენტების მართვა;	სავალდებულოა
გასტროენტეროლოგი	მუცლის ტკივილით მიმდინარე დაავადებების დიფ. დიაგნოზი;	სასურველია
ბავშვთა ქირურგი/ზოგადი ქირურგი, ინფექციონისტი	ქირურგიული პათოლოგიის გამორიცხვა, ინფექციური დაავადებების დიფ. დიაგნოზი;	სავალდებულოა
ნეფროლოგი	ურო-ნეფროლოგიური პათოლოგიის გამორიცხვა	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
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა	დიაგნოსტიკა	სავალდებულო ან სასურველი
რადიოლოგიური, ენდოსკოპიური, ულტრასონოგრაფიული და სხვა ჩრევებისთვის		
კლინიკური, ბიოქიმიური, ბაქტერიოლოგიური, იმუნოლოგიური კვლევების სერვისის უზრუნველყოფა	სისხლის, შარდის, განავლის ანალიზი. დიაგნოზის დადასტურება, გართულებების რისკების შეფასება, ეფექტური მართვა.	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება

წყარო გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
ბავშვთა ასაკში მუცლის მწვავე ტკივილის ორიგინალური გაიდლაინის მოძიება ვერ მოხერხდა.	რეკომენდაციები შემუშავდა უახლესი ლიტერატურული მიმოხილვის (UpToDate) საფუძველზე.	მუცლის მწვავე ტკივილის მართვის რეკომენდაციები ეყრდნობა უახლესი ლიტერატურის მიმოხილვას.
გაიდლაინში მითითებულია საწყისი ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული კვლევის ჩვენებები.	პროტოკოლში მითითებულია კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევის ვადები (4 საათი, 24 საათი, 3 დღე) და კვლევების თანმიმდევრობა	გაიდლაინში არ არის მითითებული კლინიკურ-დიაგნოსტიკური კვლევის ვადები. ავტორთა ჯგუფის მიერ შეიქმნა კვლევების ჩამონათვალი საათების მიხედვით. გაფართოვდა კვლევის არეალი.
გაიდლაინს არ ახლავს ალგორითმი	პროტოკოლში დართულია ალგორითმი	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.