

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

## გასტროინტესტინური ტრაქტიდან სისხლდენის მართვა ბავშვთა ასაკში

### პროტოკოლი

## შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: გასტროინტესტინური ტრაქტიდან სისხლდენის 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.....	4
9. მოსალოდნელი შედეგები .....	13
10. აუდიტის კრიტერიუმები .....	13
11. პროტოკოლის გადახედვის ვადები .....	13
12. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები.....	13
13. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	13
14. დანართები.....	14
15. პროტოკოლის ავტორები .....	15

## დანართები, ცხრილები და ალგორითმები

დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები.....	14
დანართი №2. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსები.....	14
დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება .....	15
ცხრილი №1. გასტროენტეროლოგიური ტრაქტიდან სისხლდენის მიზეზები.....	7
ცხრილი №2. Glasgow-Blatchford-ის შკალა .....	10
ალგორითმი №1. ჰემატემეზისი .....	11
ალგორითმი №2. სისხლიანი განავალი .....	12

## 1. პროტოკოლის დასახელება: გასტროინტესტინური ტრაქტიდან სისხლდენის მართვა ბავშვთა ასაკში

## 2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
<b>1. პირველადი ჯანდაცვის კლასიფიკატორი</b>	<b>ICPC 2</b>
ჰემატემეზისი/სისხლიანი პირღებინება	D14
მელენა (სისხლიანი განავალი)	D15
სისხლდენა სწორი ნაწლავიდან	D16
<b>2. ჩარევის დასახელება</b>	<b>NCSP</b>
მუცლის ღრუს ულტრაბგერითი გამოკვლევა	JXDE3A
მუცლის ღრუს რენტგენოლოგიური გამოკვლევა კონტრასტის გარეშე	JXDA3A
გასტროინტესტინური განვლადობის რენტგენოლოგიური გამოკვლევა	JXDB1J
ეზოფაგოსკოპია, გასტროსკოპია და დუოდენოსკოპია	JDE010
გასტროსკოპია ბიოფსიასთან ერთად	JDE005
კოლონოსკოპია	JFE032
კოლონოსკოპია ბიოფსიის ადებით	JFE035
სიგმოიდოსკოპია დრეკადი ენდოსკოპით	JFE042
მუცლის ღრუს კომპიუტერული ტომოგრაფია	JXDD3A
იზოტოპური გამოკვლევა ნაწლავური სისხლდენის დროს	JFIB00
პერიფერიული ვენაში ვენური საინექციო კათეტერის შეყვანა	PHXA39
ცენტრალური ვენური კათეტერის ჩაყენება გარეთ ან შიგნითა საულლე ვენიდან	PHXA30
ნაზოგასტრალური ან ნაზო-გასტროდუოდენალური ზონდის ჩადგმა	JDXX00
<b>3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება</b>	
სისხლის ჯგუფი და რეზუს ფაქტორი	IM.10.5, IM.10.1.2
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ჰემატოკრიტი	BL.2.3.4
განავლის საერთო ანალიზი	FA1, FA2, FA3, FA4
ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება ბიოქიმიური ტესტების მიხედვით	MB2.1.1.
ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში	BL.14
შარდოვანა, კრეატინინი, გლუკოზა	BL.9.1, BL.9.3, BL.12.11
ბიოქიმიური ტესტები: ბილირუბინი, ტრანსფერაზები (ასტ, ალტ, გგტ)	BL.10.1, BL.11.2
პროტეინ C განსაზღვრა სისხლში	BL.7.11
კოაგულოგრამა	CG7
საერთო ცილა	BL.7.1
ჰისტოპათოლოგიური გამოკვლევები	PM.4
H.B. განსაზღვრა კუჭიდან აღებულ მასალაში იმუნოციტოქიმიური მეთოდით	CT.5.2

## 3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

ა) პროტოკოლი შემუშავებულია შემდეგი გაიდლაინის საფუძველზე:

1. Starship Children's Health Clinical Guideline (2010). Gastro-intestinal bleeding. from [http://www.adhb.govt.nz/starshipclinicalguidelines/\\_Documents/GI%20bleeding.pdf](http://www.adhb.govt.nz/starshipclinicalguidelines/_Documents/GI%20bleeding.pdf)
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2008) Management of acute upper and lower gastrointestinal bleeding. A national clinical guideline Clearinghouse (NGC). from <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign105.pdf>

დამატებით გამოყენებულია შემდეგი წყაროები:

1. Berman's Pediatric decision making (2011). Upper Gastrointestinal bleeding. fifth edition 230-233;
2. Berman's Pediatric decision making (2011) Bloody Stools. fifth edition 208-213;
3. Ramsook, C., Endom, E. (2011) Approach to lower gastrointestinal bleeding in children. UpToDate version 19.1;
4. Villa X. (2011) Approach to upper gastrointestinal bleeding in children. 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) გასტროინტესტინური სისხლდენის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უნიფიცირებული რეკომენდაციების დანერგვის გზით დიაგნოსტიკის პროცესის გაუმჯობესება, გართულებებისა და ლეტალობის პრევენცია, ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებლებისა და ხანგრძლივობის შემცირება

## 5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 18 წლამდე ასაკის პაციენტებს (ჩვილები, ბავშვები და მოზარდები), სისხლდენით კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან. პროტოკოლი მოიცავს რეკომენდაციებს გასტროინტესტინური სისხლდენის მიზეზების დადგენის შესახებ. პროტოკოლი არ ითვალისწინებს ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების, ჰემორაგიული შოკისა და სისხლდენის გამომწვევი დაავადებების მართვას.

## 6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი

პროტოკოლი განკუთვნილია ოჯახის ექიმების, პედიატრების, კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტების, ანეთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგების, ქირურგების, გასტროენტეროლოგებისა და სხვა ექიმ-სპეციალისტებისათვის.

## 7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები

პროტოკოლი გამოიყენება პირველადი ჯანდაცვის რგოლში, ამბულატორიულ და სტაციონარულ დაწესებულებებში, სადაც პრეჰოსპიტალურ ან ჰოსპიტალურ ეტაპზე ხორციელდება შესაბამისი სერვისის მიწოდება ბავშვთა ასაკის კონტინგენტისთვის.

პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

## 8. რეკომენდაციები

### დაავადების/სინდრომის განმარტება და კლასიფიკაცია

სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან შესაძლებელია გამოწვეული იყოს ჰემორაგიით გასტროენტეროლოგიური სისტემის ზედა (ტრეიტის იოგიდან პროქსიმალურად) ან ქვედა სეგმენტიდან (ტრეიტის იოგიდან დისტალურად). ბავშვთა ასაკში ზედა სეგმენტიდან სისხლდენა უფრო ხშირია(>90%).

## დამადასტურებელი კრიტერიუმები:

- ჰემატემეზისი და/ან მელენა;
- ჰემატოხეზია;
- არასტაბილური ჰემოდინამიკა (შოკის ნიშნები);
- ანემია;
- სისხლდენაზე საეჭვო ანამნეზური მონაცემები (პეპტიური დაავადება, ღვიძლის ქრონიკული დაავადება, ზოგიერთი მედიკამენტის მიღების ფაქტი, ყაბზობა, პოლიპოზი ან ნაწლავის ანთებითი დაავადებები ოჯახის წევრებში და სხვა).

## გამომრიცხავი კრიტერიუმები:

- პაციენტის ან მშობლების სუბიექტური აზრი, ვიზუალურად სისხლდენა (სისხლიანი ლებინება ან სისხლიანი განავალი) არ არის.
- ტესტი ფარულ სისხლდენაზე უარყოფითია.
- ანამნეზში ეპისტაქსისი, დენტალური ჩარევა, ჰემოპტიზი, ზოგიერთი მედიკამენტის (რკინის ან ბისმუტის პრეპარატები) ან საკვების (ჭარხალი, ისპანახი, მაცყალი) მიღების ფაქტი.

## კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები

### ანამნეზის შეკრების დროს ყურადღება უნდა გაამახვილოთ შემდეგ მონაცემებზე:

#### 1. სისხლდენის ფაქტის დადასტურება

**ჰემატემეზისი** - სისხლიანი ლებინება წითელი ან მოყავისფრო მასებით (“ყავის ნალექის სიმპტომი”). დაზიანების კერა უხშირესად მდებარეობს გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ზედა სეგმენტში. შეიძლება გამოწვეული იყოს სისხლდენით ნაზოფარინგიალური მიდამოდან ან ფილტვებიდან.

**მელენა** - შავი, კუპრისებრი, მყრალი განავლოვანი მასები. დაზიანების კერა უხშირესად გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ზედა სეგმენტია. იშვიათად, გახანგრძლივებული პერისტალტიკის შემთხვევაში, მელენით შესაძლებელია გამოვლინდეს სისხლდენა მსხვილი ნაწლავის პროქსიმალური ნაწილიდან.

**ჰემატოხეზია** - წითელი ფერის სისხლიანი მინარევი განავალში. ჩვეულებრივ მიუთითებს სისხლდენაზე გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ქვედა სეგმენტიდან. თუ კერა კოლინჯის მარცხენა ნაწილშია - სისხლი ღია წითელი ფერისაა, თუ მარჯვენა ნაწილში - მუქი წითელი და შერეულია განავალთან. თუ სისხლი ალისფერია - მიზეზი სწორი ნაწლავის პათოლოგიაა. ჰემატოხეზიით შეიძლება გამოვლინდეს ზედა სეგმენტიდან მასიური სისხლდენაც.

#### 2. სისხლის დანაკარგის მოცულობის და ვადების დადგენა

სისხლდენის სიმძიმის შეფასება ხდება დაკარგული სისხლის მოცულობის და შოკის ნიშნების საფუძველზე. საშუალო სიმძიმის ან ქრონიკული სისხლდენა შესაძლებელია არ აისახოს ზოგად მდგომარეობაზე. მძიმე მწვავე სისხლდენას გასტროინტესტინური ტრაქტიდან შესაძლებელია მოჰყვეს ჰემორაგიული შოკი.

### არასტაბილური ჰემოდინამიკის (შოკის) ნიშნები:

- ტაქიკარდია;
- სუსტი ავსების და დაჭიმულობის პულსი;

- ფერმკრთალი კანი და ღია ლორწოვანი გარსი;
- ცივი კიდეურები;
- ცნობიერების დაბინდვა;
- კაპილარული ავსების დროის გახანგრძლივება (>2 წამზე);
- არტერიული წნევის დაქვეითება;
- შარდის გამოყოფის შემცირება;
- ორთოსტატიული დარღვევები (პოზის შეცვლის დროს პულსის მატება ან შემცირება >20/წთ, წნევის ცვლილება>10მმ/ვწყ.) მიუთითებს, რომ დანაკარგი აღემატება 20%-ს.

### 3. სისხლდენის გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიკაცია

ობიექტური გასინჯვის დროს ყურადღება უნდა გამახვილდეს იმ სიმპტომებზე, რომლებიც შესაძლოა მიუთითებდნენ სისხლდენის გამომწვევ დაავადებებზე:

- სისხლჩაქცევები კანზე - ჰემოსტაზის დარღვევა;
- პურპურა დუნდულოებზე და ქვედა კიდეურებზე - შონლაინი-ჰენოხის დაავადება;
- სიყვითლე, ჰეპატოსპლენომეგალია, მეწამული ხალები, ტელეანგიექტაზიები კანზე - ღვიძლის დაავადება;
  - ასციტი, გამოხატული ვენური ქსელი მუცელზე - პორტული ჰიპერტენზია;
  - სიმსივნური წარმონაქმნი ან მუცლის რიგიდობა - ქირურგიული პათოლოგია;
  - სისხლდენას წინ უძღოდა შეუპოვარი ღებინება ან გულმძარვა - მელორი-ვეისის სინდრომი;
- ღამის სიმპტომატიკა, კვებასთან დაკავშირებული მუცლის ტკივილი და დისპეპსია - პეპტიური წყლული;
- ანალური ფისურა - ყაზობა;
- უკანა ტანის ტკივილი - პოლიპი, ფისურა, ჰემოროიდი (ბავშვებში იშვიათია). ანალური ქსოვილოვანი ნაფლეთები ტიპურია კრონის დაავადებისათვის;
- დიარეა - ნაწლავის ანთებითი დაავადება, ინფექციური გასტროენტერიტი;
- ცისტური ფიბროზი - საყლაპავის ვენების ვარიკოზი, ვიტამინ K დეფიციტი;
- ტუჩების და ლოყის ლორწოვანის პიგმენტაცია - Peutz-Jegher-ის სინდრომი;
- ოჯახური ანამნეზი (პეპტიური წყლული, ჰემორაგიული დაავადება, ნაწლავის ანთებითი დაავადება, პოლიპოზი);
- ანამნეზში მედიკამენტების მიღების ფაქტი. არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, აცეტილსალიცილის მჟავას პრეპარატები, სტეროიდები, პარაცეტამოლის დიდი დოზების მიღება მიუთითებს საჭმლის მომნელებელი სისტემის ან ღვიძლის დაზიანების ალბათობაზე. ანტიბიოტიკების მიღება - ანტიბიოტიკასოცირებული დიარეის რისკზე (*Clostridium difficile*).

### 4. რექტალური მიდამოს დათვალირება და თითით გასინჯვა

აუცილებელია ჰემატოხეზიის დროს.

### 5. სხვა ასოცირებული დაავადებების და მდგომარეობების გამოვლენა

გულის, თირკმლის, ფილტვის ქრონიკული დაავადებები და სხვა.

## ცხრილი №1. გასტროენტეროლოგიური ტრაქტიდან სისხლდენის მიზეზები (3,4)

ზედა სეგმენტი	ქვედა სეგმენტი
<b>მოზარდები</b> დუოდენური წყლული; ვარიკოზი (საყლაპავის ან კუჭის); კუჭის წყლული; ეროზიული გასტრიტი; ეზოფაგიტი; მელორი-ვეისის სინდრომი; კუჭის სიმსივნე.	<b>მოზარდები</b> შიდა ჰემოროიდი; სისხლმარდვის მალფორმაცია; დივერტიკულოზი; ინფექცია (კამპილობაქტერია, შიგელოზი, ამებიაზი); ანალური ფისურა; ნაწლავის ანთებითი დაავადებები; ადენოკარცინომა; კეთილთვისებიანი სიმსივნე (პოლიპი); იშემიური კოლიტი; მასიური სისხლდენა ზედა სეგმენტიდან.
<b>ბავშვთა ასაკი</b> ეზოფაგიტი; ეროზიული გასტრიტი; პეპტიური წყლული; ვარიკოზი.	<b>ბავშვთა ასაკი</b> იუვენილური პოლიპი; ნაწლავის ანთებითი დაავადებები; ინვაგინაცია; მეკელის დივერტიკული; ალერგიული კოლიტი (ძროხის რძის ცილის აუტანლობა); ჰენოხ-შონლაინის პურპურა.
<b>ახალშობილები</b> ნაყლაპი სისხლი	<b>ახალშობილები და ჩვილები</b> ნეკროზული ენტეროკოლიტი; ანალური ფისურა; ნაწლავის ობსტრუქცია.

გართულებების დაბალი რისკის მქონე პაციენტები (პრატიკულად ჯანმრთელი ბავშვი სისხლდენის ხანმოკლე ეპიზოდით) შესაძლებელია იმართოს ამბულატორიულად.

### ჰოსპიტალიზაციის ჩვენებები:

- მწვავე მძიმე სისხლდენა გასტროენტეროლოგიური ტრაქტიდან;
- არასტაბილური ჰემოდინამიკა, შოკის ნიშნები;
- გართულებების მაღალი რისკის მქონე პაციენტი (გულის, თირკმლის, ფილტვის დაავადებები, კოაგულოპათია);
- დადასტურებული ღვიძლის დაავადება;
- მორეციდივე სისხლდენა;
- თანმხლები მძიმე ანემია.

### კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში რეფერალის ჩვენებები:

- არასტაბილური ჰემოდინამიკა (შოკი);
- ინტენსიური მწვავე სისხლდენა;
- ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის დაქვეითება 6 %-ით და მეტად;
- პერსისტიული აქტიური სისხლდენა.

## დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

### პირველი 4 საათი:

- სისხლის საერთო ანალიზი (რეტიკულოციტები და თრომბოციტების განსაზღვრა აუცილებელია);
- ჰემატოკრიტი;

- სისხლის ჯგუფი და რეზუსი;
- განავალი ფარულ სისხლდენაზე;
- ნაზოგასტრალური ზონდის ჩადგმა და ლავაჟი ჰემატემეზისის დროს. (ლავაჟურ სითხეში სისხლი ან „ყავის ნალექის“ სიმპტომი ადასტურებს ზედა სეგმენტიდან სისხლდენის ფაქტს. ამორეცხვა ასევე ხელს უწყობს კოლტების და ნარჩენი სისხლის მასების ამოღებას, რაც აადვილებს ენდოსკოპიას და ამცირებს ასპირაციის რისკს. ლავაჟი ცივი ყინულიანი წყლით არ არის რეკომენდებული);
- ქირურგის კონსულტაცია. რექტალური გასინჯვა.

**პირველ 24 საათი:**

- ენდოსკოპია პირველი რიგის კვლევაა და მისი ჩატარება რეკომენდებულია პირველივე საათებში (C). (ჰემატემეზის და მელენის დროს ფიბროგასტროდუოდენოსკოპია, ჰემატოხეზიის დროს კოლონოსკოპია). ზედა სეგმენტიდან ძლიერი სისხლდენის დროს ენდოსკოპიურ ჩარევა რეკომენდებულია შოკის მართვის შემდეგ. ქვედა სეგმენტიდან სისხლდენის შემთხვევაში, ენდოსკოპია რეკომენდებულია ჩატარდეს სისხლდენის დაწყებიდან 24 საათის მანძილზე. (C);
- ჰემოგლობინი (ყოველ 6 საათში);
- ჰემატოკრიტი;
- კოაგულოგრამა;
- მუცლის მიმოხილვითი რენტგენოგრაფია.
  - ✓ ჩვენება: ეჭვი უცხო სხეულზე, ნაწლავის ობსტრუქციაზე, ინვაგინაციაზე, პერფორაცია/პერიტონიტზე. კონტრასტით კვლევა მწვავე ზედა სეგმენტის სისხლდენის დროს რეკომენდებული არ არის. ბარიუმით ირიგოსკოპიას პრაქტიკული დატვირთვა არა აქვს.
- ულტრაბგერითი კვლევა;
- განავლის საერთო ანალიზი;
- გასტროენტეროლოგის კონსულტაცია;
- Helicobacter pylori-ს დეტექცია. რეკომენდებულია ენდოსკოპიური მასალიდან და არა განავლიდან.

**საჭიროების შემთხვევაში:**

- სისხლის საერთო ანალიზი (რეტროვირუსული ციტები, თრომბოციტები);
- C რეაქტიული პროტეინი;
- ღვიძლის ფუნქციური ტესტები(ბილირუბინი, ასტ,ალტ, გგტ);
- საერთო ცილა;
- შარდოვანა, კრეატინინი;
- ელექტროლიტები;
- განავლის კულტურა.

**პირველ სამ დღეში, საჭიროების მიხედვით:**

- სისხლის საერთო ანალიზი ან ჰემოგლობინი;
- განმეორებითი ენდოსკოპიური კვლევა, თუ ინიციალური კვლევის შედეგები არადამაკმაყოფილებელია, ადგილი აქვს რეციდივს ან არის ბიოფსიის საჭიროება (B).
- კტ ანგიოგრაფია (თუ არის ამის შესაძლებლობა) ჩვენება: ეჭვი სისხლმარღვების პათოლოგიაზე, ენდოსკოპია ვერ ტარდება ან არაინფორმატიულია) (D).



- რადიონუკლეარული სკანირება (თუ არის ამის შესაძლებლობა). ზედა სეგმენტიდან სისხლდენის დროს ნაკლებად ინფორმატიულია (D).

## მკურნალობა

**ჰემოდინამიურად არასტაბილური პაციენტი საჭიროებს სასიცოცხლო ფუნქციების აღდგენას:**

- ორი პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია. თუ ჰიპოვოლემიის და ჰიპოტენზიის გამო ვერ ხერხდება პერიფერიული ვენების კათეტერიზაცია, ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია.
- ჰიპოვოლემიის მკურნალობა/პრევენცია. მოცირკულირე სითხის მოცულობის შესავსებად, სისხლის პროდუქტების გამოყენებამდე, რეკომენდებულია კოლოიდური ან კრისტალოიდური სითხეების ინფუზია (B). სისხლის პროდუქტების ინფუზია რეკომენდებულია იმ შემთხვევაში, თუ მოცირკულირე სითხის მოცულობის დანაკარგი შეადგენს 30%-ს და მეტს.(D)
- განიხილება კრიტიკული მედიცინის დეპარტამენტში ან შესაბამისი დახმარების შესაძლებლობის მქონე დაწესებულებაში რეფერალის საკითხი (D).
- თუ არის მძიმე ანემია, რეკომენდებულია ერიტროციტული მასის ტრანსფუზია. ჰემოგლობინი შენარჩუნებული იყოს 10გ/დლ-ზე და მეტი (D).
- თუ არის აქტიური სისხლდენა და კოაგულოპათია( გახანგრძლივებული პროთრომბინის დრო და INR >1.5), რეკომენდებულია სისხლის და კრიოპლაზმის გადასხმა.
- თუ თრომბოციტები <50 000, რეკომენდებულია თრომბოციტული მასის გადასხმა. მდგომარეობის სტაბილიზაციის შემდეგ იწყება კვლევა სისხლდენის ეტიოლოგიის დასადგენად. ენდოსკოპია პირველი რიგის კვლევაა, თუმცა შემთხვევების 20 %-ში მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება.

**ჰემოდინამიურად სტაბილური პაციენტი ექვემდებარება კვლევას.** გახანგრძლივებული სისხლდენის შემთხვევაში პაციენტები უკეთ ეგუებიან ანემიას და სისხლის ან მისი კომპონენტის გადასხმა არ არის რეკომენდებული, თუ ჰემოგლობინი არ არის <7 გ/დლ (4).

## საწყისი ფარმაკოლოგიური თერაპია

ზედა სეგმენტიდან სისხლდენის შემთხვევაში:

- პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორები (მხოლოდ ენდოსკოპიური კვლევის და ბიოფსიური მასალის აღების შემდეგ) (A). ომეპრაზოლი ან პანტოპრაზოლი ი/ვ (80 მგ ბოლუსი, შემდეგ 8მგ/სთ 72 საათის განმავლობაში) (4) ან პერორალურად, 2 მგ/კგ დღეში ერთჯერ. 7 წლამდე ასაკის ბავშვებში რეკომენდებულია დღე-ღამის დოზა გაიყოს ორ მიღებაზე (A).
- ანტიბიოტიკოთერაპია. გამართლებულია ღვიძლის ქრონიკული დაავადების დროს (A)
- არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები, ასპირინის ან სტეროიდების მიღება უნდა შეწყდეს. თუ მათი მიღება აუცილებელია ძირითადი დაავადების გამო, რეკომენდებულია მაქსიმალურად დაბალი დოზები და პარალელურად პროტონის ტუმბოს ინჰიბიტორის მიღება (A).

ძირითადი დაავადების დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ მკურნალობა რეკომენდებულია შესაბამისი პროტოკოლებით. განიხილება რეფერალი ქირურგიულ დეპარტამენტში ან შესაბამისი დახმარების შესაძლებლობის მქონე დაწესებულებაში. ვარიკოზული სისხლდენის დროს დგება ენდოსკოპიური ჰემოსტაზის, ბალონური ტამპონადის, ქირურგიული ჩარევის, ვაზოაქტიური თერაპიის საკითხი. მასიური სისხლდენის შემთხვევაში ქვედა სეგმენტიდან

განიხილება კოლონოსკოპიური ჰემოსტაზის, სეგმენტური ან სუბტოტალური კოლექტომის საკითხი. (D)

**პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები.** სისხლდენის მანიფესტაციიდან 24 საათის განმავლობაში ჩარევის მოცულობის და პროგნოზის შეფასება შესაძლებელია **Glasgow-Blatchford**-ის შკალით (4).

**ცხრილი №2. Glasgow-Blatchford-ის შკალა**

მაჩვენებელი	ქულა	მაჩვენებელი	ქულა
<b>შარდოვანა (მმოლ/ლ)</b>			
<6,5	0	მაჯა <100/წთ	0
>6,5- < 8	2	მაჯა > 100/წთ	1
>8,0-<8	3		
>10- <25	4		
>25	6		
<b>ჰემოგლობინი მგ/დლ</b> მამრობითი სქესი		<b>სხვა მარკერები</b>	
>13	0	მელენა არ არის	0
>12,0- <13	1	მელენა არის	1
>10-<12	3	სინკოპე არ არის	0
<10	6	სინკოპე არის	0
მდედრობითი სქესი		ღვიძლის დაავადება არ არის	0
>12	0	ღვიძლის დაავადება არის	2
>10,0 - <12	1	გულის უკმარისობა არ არის	0
<10	6	გულის უკმარისობა არის	2
<b>სისტოლური წნევა</b>		<b>საბოლოო შეფასება</b>	
>110	0	ჯამი 0	<b>ინტერვენციის საჭიროება მინიმალურია</b> (ტრანსფუზია, ენდოსკოპია, ქირურგია) არ საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას, თუ ჰოსპიტალიზებულია, ექვემდებარება ადრე გაწერას და ამბულატორიულ მართვას.
100-109	1	ჯამი >0	<b>რისკი მაღალია.</b> საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას და სამედიცინო ინტერვენციას.
90-99	2	ჯამი >6	<b>ჰოსპიტალიზაციის ჩვენება</b> ჩარევის საჭიროება >50 %.
<90	3		რეციდივის ან სიკვდილის რისკი

**ლეტალობის რისკ-ფაქტორებია (4):**

- შოკის ნიშნები ჰოსპიტალიზაციის დროს;
- მოპულსირე ჰემორაგია;
- კოაგულოპათია;
- კარდიოვასკულარული დაავადებები.

**მონიტორინგის სამიზნეები**

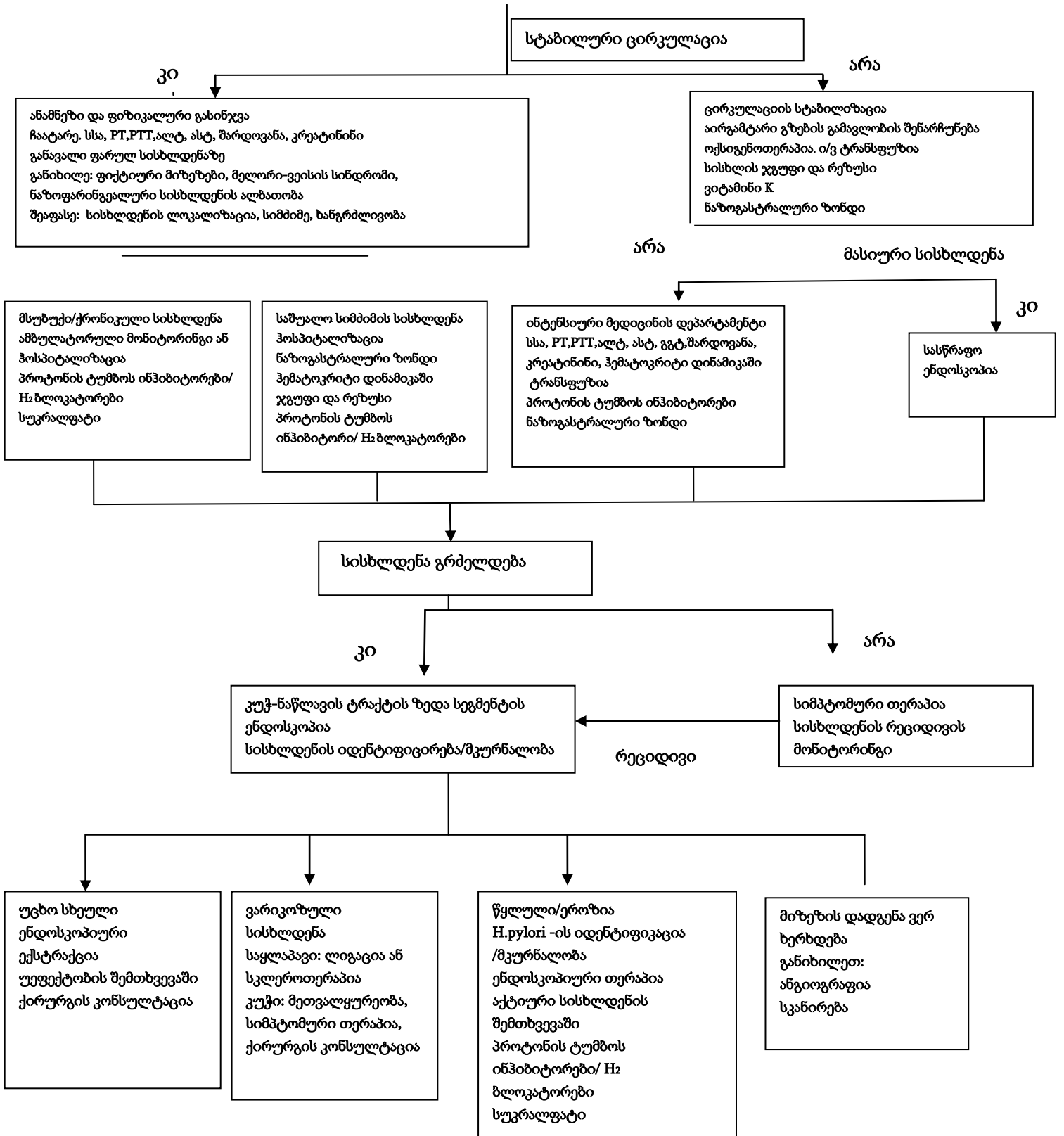
წნევა, კაპილარული ავსების დრო, გულისცემის სიხშირე, სისხლის რაოდენობა პირნალებ მასაში და ფეკალიებში, ჰემატოკრიტი, ჰემოგლობინი.

**რეაბილიტაცია და დაკვირვება**

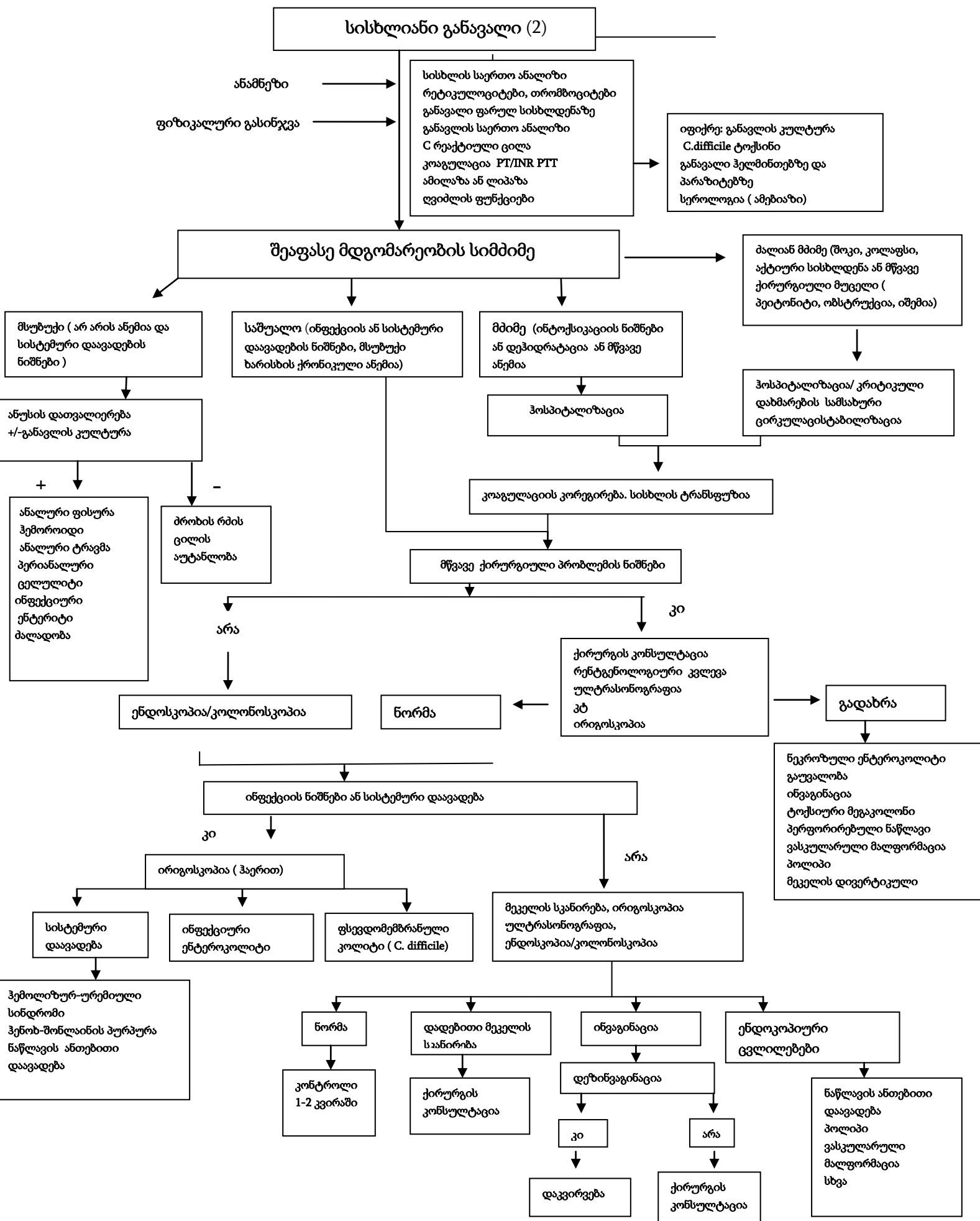
ჰოსპიტალში დაყოვნების დრო 3 დღე.

ალგორითმი №1. ჰემატემეზისი (1)

ჰემატემეზისი



ალგორითმი №2. სისხლიანი განავალი



## 9. მოსალოდნელი შედეგები

პროტოკოლის დანერგვის შედეგად მოსალოდნელია დიაგნოსტიკის პროცესის სწორად წარმართვა, რეფერალის, სტაციონარში დაყოვნების ხანგრძლივობის, გაუმართლებელი კვლევებისა და ქირურგიული ჩარევის შემცირება, გართულებებისა და ლეტალობის პრევენცია.

## 10. აუდიტის კრიტერიუმები

- რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებებს გასტროინტესტინური სისხლდენით?
- მათგან რამდენმა (%) პაციენტმა მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას სისხლიანი ღებინებით?
- მათგან რამდენმა პაციენტმა (%) მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას რექტალური სისხლდენით?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა ამბულატორიულად?
- რამდენი პაციენტის (%) მართვა მოხდა გადაუდებელი მედიცინის დეპარტამენტში
- სხვა დაწესებულებაში რეფერალის მაჩვენებელი (%).
- ჰოსპიტალიზაციის მაჩვენებელი (%)
- რამდენი იყო ქირურგიული ჩარევის მაჩვენებელი (%)?
- რამდენ შემთხვევაში (%) დაფიქსირდა გართულებები?
- როგორია სისხლდენით გამოწვეული ლეტალობის მაჩვენებელი ბავშვთა ავადობის სტრუქტურაში?
- მკურნალობის ხარჯეფექტურობა, რამდენად შემცირდა დანახარჯი პროტოკოლის დანერგვის შემდეგ?

## 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 ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისათვის აუცილებელია:

- პროტოკოლის ბეჭდური ვარიანტის გავრცელება ჯანდაცვის ქსელში;
- პროტოკოლის ელექტრონული ვერსიის განთავსება შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს ვებ-გვერდზე;
- უწყვეტი სამედიცინო განათლების პროგრამის შემუშავება და სამედიცინო პერსონალის ტრენინგები;
- პროტოკოლის პრაქტიკაში დანერგვის მონიტორინგი კლინიკური აუდიტის (დაწესებულების სამედიცინო საქმიანობის ხარისხის კონტროლის სამსახურის) მიერ.

## 14. დანართები

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

სარწმუნოების დონე	რეკომენდაციის ხარისხი
1 <sup>++</sup> მაღალი ხარისხის რანდომული კონტროლირებადი კვლევების (რკკ) სისტემური მიმოხილვა ან რკკ შერჩევის მინიმალური რისკით	A. განმტკიცებულა მინიმუმ 1 კვლევით სარწმუნოების ხარისხით 1 <sup>++</sup> ან 1 <sup>+</sup>
1 <sup>+</sup> მეტა ანალიზი, სისტემური მიმოხილვა ან რკკ შერჩევის დაბალი რისკით	B. განმტკიცებულა კვლევებით სარწმუნოების ხარისხით 2 <sup>++</sup> ან ექსტრაპოლირებულია კვლევებიდან სარწმუნოების ხარისხით 1 <sup>++</sup> ან 1 <sup>+</sup>
1 <sup>-</sup> მეტა ანალიზი, სისტემური მიმოხილვა ან რკკ შერჩევის მაღალი რისკით	C. განმტკიცებულა კვლევებით სარწმუნოების ხარისხით 2 <sup>+</sup> ან ექსტრაპოლირებულია კვლევებიდან სარწმუნოების ხარისხით 2 <sup>++</sup>
2 <sup>++</sup> მაღალი ხარისხის შემთხვევა-კონტროლის ან კოჰორტული კვლევების სისტემური ანალიზი	D. განმტკიცებულა კვლევებით სარწმუნოების ხარისხით 3 და 4 ან ექსტრაპოლირებულია კვლევებიდან სარწმუნოების ხარისხით 2 <sup>+</sup>
2 <sup>+</sup> შემთხვევა-კონტროლის ან კოჰორტული კვლევები შერჩევის დაბალი რისკით	
2 <sup>-</sup> შემთხვევა-კონტროლის ან კოჰორტული კვლევები შერჩევის მნიშვნელოვანი რისკით	
3. შემთხვევა, შემთხვევათა სერია	
4. ექსპერტების აზრი	

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

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
<b>ადამიანური</b>		
ოჯახის ექიმი ან პედიატრი	ამულატორიული და/ან ჰოსპიტალური პაციენტების მართვა;	სავალდებულოა
გასტროენტეროლოგი	დიფ. დიაგნოსტიკა და მართვა;	სასურველია
ბავშვთა ქირურგი/ზოგადი ქირურგი; კრიტიკული მედიცინის სპეციალისტი;	ქირურგიული პათოლოგიის მართვა; კრიტიკული შემთხვევების მართვა;	სავალდებულოა სასურველია
<b>ექთანი</b>	მანიპულაციების შესრულება;	სავალდებულოა
<b>რეგისტრატორი</b>	პაციენტების აღრიცხვა; სადაზღვევო კომპანიებთან ურთიერთობა; პაციენტის გამოძახების უზრუნველყოფა	სასურველია
<b>მენეჯერი/ადმინისტრატორი</b>	პროტოკოლის დანერგვის ხელშეწყობა; პროტოკოლის დანერგვაზე მეთვალყურეობა; აუდიტის ჩატარება და შედეგების ანალიზი.	სასურველია
<b>რისკის შეფასების სქემა</b>	რისკის პროფილის შეფასება	სავალდებულოა
<b>მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი</b>		
სადიაგნოსტიკო აღჭურვილობა რადიოლოგიური, ენდოსკოპიური, ულტრასონოგრაფიული და სხვა ჩარევებისთვის (მაგ.: კტ)	დიაგნოსტიკა	სავალდებულო ან სასურველი

კლინიკური, ბიოქიმიური და სხვა ლაბორატორიული კვლევების სერვისის უზრუნველყოფა	დიაგნოზის დადასტურება, გართულებების რისკების შეფასება, ეფექტური მართვა.	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

### დანართი №3. რეკომენდაციების ადაპტირების აუცილებლობის დასაბუთება

წყარო რეკომენდაცია	გაიდლაინის	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
ძირითადი წყარო არ იძლევა საშუალებით მოცულობის და პროგნოზის შეფასების საშუალებას.	გაიდლაინი ჩარევის პროგნოზის	წყარო 4-ის მიხედვით, გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ზედა სეგმენტიდან სისხლდენის შემთხვევაში, სისხლდენის მანიფესტაციიდან 24 სთ-ის განმავლობაში ჩარევის მოცულობის და პროგნოზის შეფასება შესაძლებელია ენდოსკოპიის წინ და შემდეგ <b>Rockal</b> -ის შკალით (2008 წელი). წყარო 5-ის მიხედვით, სისხლდენის მანიფესტაციიდან 24 სთ-ის განმავლობაში ჩარევის მოცულობის და პროგნოზის შეფასება შესაძლებელია ენდოსკოპიის წინ და შემდეგ <b>Glasgow-Blatchford</b> -ის შკალით (2011 წელი).	პროტოკოლიდ ავტორთა მოსაზრებით, შკალით ჩარევის მოცულობის და პროგნოზის შეფასება მოხერხებულია და პრაქტიკული, ამცირებს სუბიექტური გადაწყვეტილების ალბათობას, <b>Glasgow-Blatchford</b> -ის შკალა უფრო თანამედროვეა, მარტივია და მოსახერხებელი ბავშვთა ასაკისათვის.
ძირითად გაიდლაინში არ არის ალგორითმი.	გაიდლაინში არ არის ალგორითმი.	პროტოკოლში მოცემულია ჰემატემეზისის და ჰემატოხეზის დიფერენციალურ-დიაგნოსტიკური ალგორითმები	ალგორითმები გასტროენტეროლოგიური ტრაქტის ზედა და ქვედა სეგმენტებიდან სისხლდენისათვის აღებულია წყარო 1 და წყარო 2-დან
ძირითად გაიდლაინში არ არის მოცემული ლეტალობის რისკ-ფაქტორები	გაიდლაინში არ არის მოცემული ლეტალობის რისკ-ფაქტორები	პროტოკოლში მოცემულია ლეტალობის რისკ-ფაქტორები	დამატებულია წყარო 4-დან
ძირითად გაიდლაინში მითითებულია მხოლოდ მწვავე სისხლდენის დროს სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ჩვენებები	გაიდლაინში მითითებულია მხოლოდ მწვავე სისხლდენის დროს სისხლისა და მისი კომპონენტების გადასხმის ჩვენებები	დამატებულია გახანგრძლივებული სისხლდენის შემთხვევაში, სისხლის ან მისი კომპონენტის გადასხმის ჩვენება (<7გ/ლ)	დამატებულია წყარო 4-დან

### 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.