

სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის
დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა
ბავშვებში

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო სტანდარტი
(პროტოკოლი)

2023 წელი

შინაარსი

1. პროტოკოლის დასახელება: სავარაუდო ინფექციური წარმოშობის დიარეისა და გასტროენტერიტის მართვა ბავშვებში	3
2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები	3
3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია	3
4. პროტოკოლის მიზანი.....	4
5. სამიზნე ჯგუფი.....	4
6. ვისთვის არის პროტოკოლი განკუთვნილი	4
7. სამედიცინო დაწესებულებაში პროტოკოლის გამოყენების პირობები	4
8.რეკომენდაციები.....	4
8.1 დამადასტურებელი კრიტერიუმები:.....	5
8.2 გამომრიცხავი კრიტერიუმები:.....	6
8.3 კლინიკური ნიშნები და სიმპტომები.....	6
8.4 დეჰიდრატაციის ხარისხის შეფასება.....	6
8.5 დიაგნოსტიკა, ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები	9
8.6 მკურნალობა.....	12
8.6.1 რეჰიდრატაციული თერაპია	12
8.6.2 ფარმაკოლოგიური თერაპია	14
8.6.3 სიმპტომური თერაპია	16
8.6.4 კვების რეკომენდაციები	18
8.6.5 პროგრესის/რეგრესის მაჩვენებლები.....	18
9. დანართები.....	19
დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები.....	19
დანართი №2. მწვავე ბაქტერიული დიარეის ეტიოლოგიური მკურნალობა	20
დანართი №3. მწვავე ინფექციური დიარეის მართვის ალგორითმი	21
10. მოსალოდნელი შედეგები	22
11. აუდიტის კრიტერიუმები.....	22
12. პროტოკოლის გადახედვის ვადები	22
13. პროტოკოლის დანერგვისათვის საჭირო რესურსები.....	22
14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე.....	23
15. გამოყენებული ლიტერატურა.....	24
16. პროტოკოლის ავტორები	25

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

2. პროტოკოლით მოცული კლინიკური მდგომარეობები და ჩარევები

დასახელება	კოდი
1. კლინიკური მდგომარეობების დასახელება	ICD 10
სხვა გასტროენტერიტი და კოლიტი ინფექციური და დაუზუსტებელი ეტიოლოგია	A09
2. ჩარევის დასახელება	NCSP
პერიფერიული ვენაში ვენური საინექციო კატეტერის შეყვანა	PHXA39
ნაზოგასტრალური ან ნაზო-გასტროდუოდენალური ზონდის ჩადგმა	JDXX00
3. ლაბორატორიული მომსახურების დასახელება	
სისხლის საერთო ანალიზი	BL.6
ჰემატოკრიტის მაჩვენებლის განსაზღვრა სისხლში	BL.2.3.4
განავლის ფიზიკური თვისებების განსაზღვრა (ფორმა, ფერი კონსისტენცია)	FA.1
განავლის ქიმიური და ბიოქიმიური გამოკვლევა	FA.2
განავლის მიკროსკოპიული გამოკვლევა	FA.3
განავლის საერთო ანალიზი	FA.4
შარდის საერთო ანალიზი	UR.7
პათოგენური ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება ბიოქიმიური ტესტების მიხედვით (ინფექციური დაავადებების გამომწვევი)	MB2.1.1
ელექტროლიტური ბალანსის მაჩვენებლების განსაზღვრა სისხლში	BL.14
შარდოვანას განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.1
კრეატინინის განსაზღვრა სისხლის შრატში	BL.9.3
გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში და სისხლის შრატში	BL.12.1
ბაქტერიების კულტივირება და იდენტიფიცირება	MB.2
ანტიბიოტიოგრამა	MB19
ჰელმინტებზე ფეკალიების მაკროსკოპიული გამოკვლევა	PR1.1
უმარტივესების გამოვლენა სინათლის მიკროსკოპის გამოყენებით	PR2.1
ბაქტერიების იმუნოლოგიური გამოკვლევები	MB.4

3. პროტოკოლის შემუშავების მეთოდოლოგია

პროტოკოლი შემუშავებულია ევროპის ბავშვთა გასტროენტეროლოგების, ჰეპატოლოგების, 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 ერთვის.

პროტოკოლის ავტორთა ჯგუფს წყარო რეკომენდაციებში ცვლილებები არ შეუტანია.

მტკიცებულების სარწმუნოობის ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები მოცემულია დანართში №1.

4. პროტოკოლის მიზანი

პროტოკოლის მიზანია ბავშვთა ასაკში (18 წლამდე) მწვავე ინფექციური დიარეის მართვის ხარისხის გაუმჯობესება და უნიფიცირებული რეკომენდაციების დანერგვის გზით მკურნალობის ეფექტურობის გაზრდა, გართულებების პრევენცია და ჰოსპიტალიზაციის ხანგრძლივობის შემცირება.

5. სამიზნე ჯგუფი

პროტოკოლის რეკომენდაციები შეეხება 2 თვიდან 18 წლამდე ასაკის (ჩვილები, ბავშვები და მოზარდები) პაციენტებს, რომლებსაც აღენიშნებათ მწვავე ინფექციური გასტროენტერიტის კლინიკური ნიშნები ღებინებითა და ცხელებით ან მის გარეშე. პროტოკოლი არ ითვალისწინებს შემდეგი მდგომარეობების მართვას:

- ახალშობილთა დიარეა;
- პერსისტული დიარეა (ხანგრძლივობა >14 დღე);
- არაინფექციური წარმოშობის დიარეა;
- დიარეით გამოწვეული ჰიპოვოლემიური შოკი;
- ჰიპო და ჰიპერნატრიემიული დეჰიდრატაცია;
- ღებინება, 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 კონტინგენტისთვის. პროტოკოლის გამოყენება იწყება სამედიცინო დაწესებულებაში პაციენტის მიმართვისთანავე.

8. რეკომენდაციები

დაავადების/სინდრომის მოკლე განმარტება

მწვავე გასტროენტერიტი არის განავლის კონსისტენციის შეცვლა და/ან ევაკუაციის რიცხვის ზრდა, რომელსაც შესაძლებელია ახლდეს ცხელება და ღებინება. მწვავე გასტროენტერიტის დროს განავლის კონსისტენცია უფრო თხელია სითხის მაღალი შემცველობის გამო, ხოლო

დეფეკაციის რიცხვი 3 და მეტი 24 საათში, დიარეა გრძელდება 7-14 დღე. განავლის კონსისტენციის შეცვლა უფრო ინფორმატიული მახასიათებელია, ვიდრე დეფეკაციის სიხშირე, განსაკუთრებით, სიცოცხლის პირველ თვეებში.

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

მწვავე გასტროენტერიტის ეტიოლოგიური სტრუქტურა ბოლო წლებში რამდენადმე შეიცვალა. როტავირუსი კვლავ ყველაზე ხშირი ვირუსული გამომწვევია (III, C), ევროპაში მისი სიხშირე 1.33-4.96 შემთხვევა 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.

კამპილობაქტერია და სალმონელა კვლავ წამყვანი ბაქტერიული აგენტებია, თუმცა მათი სიხშირე, ისევე როგორც პროტოზოული ინფექციებით გამოწვეული დიარეების სიხშირე, შემცირდა. კამპილობაქტერიით გამოწვეული დიარეის წილი გასტროენტერიტით ჰოსპიტალიზებულებს შორის 10-15%-ია, მაგრამ მძიმე მიმდინარეობით გამოირჩევა. ამ სახის აფეთქებები ხშირია სკოლებსა და დღის დაწესებულებებში, გარდა ამისა ის შესაძლებელია მოგზაურთა დიარეის მიზეზი გახდეს.

ნოზოკომიური დიარეების უხშირესი მიზეზია როტავირუსი და *Clostridium difficile* (III, C). მთელ მსოფლიოში შეინიშნება კლოსტრიდიული ინფექციის გახშირება და დღეს კლოსტრიდია არა მარტო ნოზოკომიური ინფექციის მიზეზია, ამ გამომწვევით განპირობებული არაჰოსპიტალური (საზოგადოებრივი) მწვავე დიარეების შემთხვევები ფიქსირდება დაბალი რისკის პედაგოგიულ პოპულაციაშიც.

გიარდიის (ლამბლია) და კრიპტოსპორიდიის მტარებლობა ევროპის მასშტაბით დაბალია და 1-3 %-ს შეადგენს. გიარდიაზი იშვიათად ხდება დიარეის მიზეზი იმუნოკომპეტენტურ პირებში, თუმცა შესაძლებელია გამოიწვიოს გასტროენტერიტის მცირე აფეთქებები იმუნოკომპეტენტურ კონტიგენტშიც, ძირითადად ბავშვთა კოლექტიურ დაწესებულებებში. იმუნოკომპრომიტირებულ პაციენტებში ხშირად მიმდინარეობს ასიმპტომურად.

ჰელმინთები და ზოგიერთი პარაზიტული ინფექცია (*Isospora Belli*, *Strongyloides Stercocalis*, *Trichuris trichiura*, *Entamoeba Histolytica*) დიარეის მიზეზი უფრო ხშირად ენდემიურ კერებში ხდება.

8.1 დამადასტურებელი კრიტერიუმები:

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

8.2 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.

8.3 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 მგრძობელობა და სპეციფიურობა გააჩნია. კლინიკური ნიშნების საფუძველზე ბაქტერიული და ვირუსული დიარეის დიფერენცირება ყოველთვის არ არის შესაძლებელი.

დიარეის წინმსწრები მორეციდივე ღებინება, დეფეკაციის მაღალი სიხშირე, ძალიან თხელი კონსისტენციის განავალი და თანმხლები რესპირაციული სიმპტომები უფრო ვირუსული გენეზის სასარგებლოდ მეტყველებს (III, C).

ბაქტერიულ გენეზზე დიდი ალბათობით მიუთითებს:

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

8.4 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 არაკურატული 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	გალიზიანებული, 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
ცრემლი	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 (ელასტიურობა).

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

ხარისხი	კლასიფიკაცია	კლინიკური ნიშნები
III ხარისხი	მძიმე გაუწყლობა	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 გაუწყლობა	თუ ბავშვს ჩამოთვლილიდან აქვს 2 ნიშანი: აგზნება, მოუსვენრობა; ხარბად სვამს სითხეს; თვალეები ჩაცვენილია; კანის ნაოჭი სწორდება ნელა (<2წმ).
I ხარისხი	მსუბუქი გაუწყლობა ან გაუწყლობის 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 (მოდულიზებული 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
თვალეები	ნორმა	მსუბუქად ჩაცვენილი	ძლიერ ჩაცვენილი
ლორწოვანი გარსები (ენა)	სველი	წებოვანი	მშრალი
ცრემლებით ტირილი	შეუძლია	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;

8.5 დიაგნოსტიკა, ლაბორატორიული კვლევები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

მწვავე ინფექციური გასტროენტერიტი უზშირესად 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);
- წინა (ავადობამდე) ანამნეზი;
- ავადობის ხანგრძლიობა (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 სიმწირის 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 ღებინების ეპიზოდით წინა 24 საათში;
- ბავშვებში, რომლებიც დიარეის დაწყებამდე არ ან ვერ იღებდნენ დამატებით სითხეებს;
- ბავშვებში, რომლებმაც დიარეის დაწყების დროს შეწყვიტეს ძუძუთი კვება;
- მალნუტრიციის ნიშნების მქონე ბავშვებში.
- სამედიცინო მეთვალყურეობას საჭიროებენ შემდეგი ჩვილები და სკოლამდელი ასაკის ბავშვები:
- ასაკი <2 თვეზე (III, C);
- მძიმე ფონური დაავადება (მაგ. დიაბეტი, თირკმლის უკმარისობა) (Vb,D);
- პერსისტიული ღებინება (III, C);
- დიარეული ეპიზოდების მაღალი სიხშირე (>8 დღე-ღამეში) (III, C);
- მძიმე დეჰიდრატაციის ნიშნები (მომვლელის ინფორმაციით) (Vb,D).

ამბულატორიული 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 ღებინება;
- 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 ლაბორატორიული 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 დეფეკაციის სიხშირესთან;
 - მძიმე დეჰიდრატაცია;
 - ინფუზური თერაპიის აუცილებლობა (დაწყების წინ და დროს);
 - ჰიპერ და ჰიპონატრიემიის რისკი.
- სისხლის შრატში კრეატინინი, შარდოვანა, გლუკოზა.
- ანთების მარკერები: C რეაქტიული პროტეინი და პროკალციტონინი. ვინაიდან ბაქტერიული და არაბაქტერიული დიარეების დიფერენცირება არსებითად არ ცვლის მკურნალობის ტაქტიკას, C რეაქტიული პროტეინის და პროკალციტონინის განსაზღვრა არ არის რუტინულად რეკომენდებული, მით უმეტეს, რომ C რეაქტიული პროტეინის ნორმალური მაჩვენებელი არ გამორიცხავს ბაქტერიული გასტროენტერიტის ალბათობას. ედსი შედარებით ნაკლებად ინფორმატიულია, ხოლო პროკალციტონინი უფრო ინფორმატიული C რეაქტიულ პროტეინთან შედარებით (Vb, D).
- ფეკალური მარკერების განსაზღვრა არ არის რუტინულად გამართლებული. მართალია ფეკალური ლაქტოფერინი და კალპროტექტინი ინფორმატიულია ინტესტინური ანთების დეტექციისთვის, მაგრამ არასპეციფიურია და იმატებს ნაწლავის ანთებითი დაავადებების, პოლიპოზის დროს. ალერგიის, ცელიაკის, ცისტური ფიბროზის, ნეკროზული ენტეროკოლიტის, იმუნოდეფიციტის და დივერტიკულოზის შემთხვევაშიც. კალპროტექტინის და C რეაქტიული პროტეინის მაჩვენებლების კომბინირებული მატება 94% მგრძნობელობით მეტყველებს ბაქტერიული დიარეის სასარგებლოდ.
- განავლის მიკრობიოლოგიური კვლევა რუტინულად არ ტარდება.

განავლის კულტურის შესწავლის ჩვენებები (Va,D):

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

- განავლის კვლევა უმარტივესებზე და ჰელმინთებზე;
- ტესტი Clostridium difficile-ს ტოქსინზე;
- ენდოსკოპია მწვავე დიარეის დროს არ არის ნაჩვენები. გამართლებულია მხოლოდ იმ შემთხვევებში, თუ დიარეა გახანგრძლივდა და საჭიროა დიფერენცირება ნაწლავის ანთებით დაავადებებთან ან C. difficile გამოწვეულ ფსევდომემბრანოზულ კოლიტთან (Vb,D)
- ქირურგის, გასტროენტეროლოგის, ინფექციონისტის კონსულტაცია (საჭიროების შემთხვევაში).

8.6 მკურნალობა

8.6.1 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 ილუუსი.

რეჰიდრატაციისათვის აუცილებელი სითხის რაოდენობის გამოთვლა:

1. მსუბუქი გაუწყლოების ან გაუწყლოების ნიშნების არარსებობის შემთხვევაში, რეკომენდებულია ორალური რეჰიდრატაცია 10 მლ/კგ ოსმ-ით ყოველი დიარეული ეპიზოდის შემდეგ და 2 მლ/კგ ყოველი ღებინების შემდეგ (2,4). ოსმ-ის რაოდენობის გამოთვლა შესაძლებელია უფრო მარტივად: 10 კგ-მდე წონის ბავშვებს უნდა დაუნიშნოთ 60-120 მლ, ხოლო 10კგ-ზე მეტი წონის ბავშვს - 120-240 მლ ყოველი ღებინების ან დიარეული ეპიზოდის შემდეგ, ყლუპ-ყლუპით 2-3 წთ-ის შუალედებით, ვიდრე არ ალაგდება დიარეა (2). ოსმ-ის მაქსიმალური რაოდენობაა 100 მლ/კგ/დღე-ღამეში. (5)
2. ზომიერი გაუწყლოების დროს ორალური რეჰიდრატაცია ტარდება 2-4 სთ-ის განმავლობაში 75-100 მლ/კგ (\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 გაუწყლობა. 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 გაუწყობება შოკის გარეშე (სავარაუდო ან მოსალოდნელილი 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 ძალუმს 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 მოცირკულირე 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	სადღეღამისო 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

- ინფუზიური თერაპიის დროს აუცილებელია პლაზმის ელექტროლიტების, შარდოვანას, კრეატინინისა და გლუკოზას მონიტორინგი. მას შემდეგ რაც ბავშვი დაიწყებს შარდვას, შრატის ელექტროლიტების მონაცემების გათვალისწინებით დასაშვებია კალიუმის ქლორიდის 20მექვ/ლ რაოდენობით დამატება (III,C).
- ჰიპერნატრემიულ დეჰიდრატაციაზე ეჭვი 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 ჰიპოოსმოლარული 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)

8.6.2 ფარმაკოლოგიური თერაპია

ეტიოტროპული მკურნალობა.

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

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

სისხლიანი დიარეა კულტურის შედეგების მიღებამდე:

- I ალტერნატივა. აზითრომიცინი I დღეს 12 მგ/კგ (მაქს. 500მგ) და შემდეგ - ოთხი დღე 6მგ/კგ (მაქს. 250მგ) ერთჯერ დღეში.
- II ალტერნატივა. ნალიდიქსინის მჟავა სადღეღამისო დოზით 55 მგ/კგ-ზე, 4-ჯერ დღეში, 7 დღის მანძილზე (II B).
- სხვა შემთხვევაში რეკომენდებულია ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლი: ტრიმეტოპრიმი სადღეღამისო დოზით 10 მგ/კგ-ს, სულფამეტოქსაზოლი სადღეღამისო დოზით 50 მგ/კგ-ს 2-ჯერ დღეში 5 დღის მანძილზე.

სისხლიანი დიარეა კულტურის შედეგების მიღების შემდეგ:

შიგელოზი (II B)

ორალური თერაპია.

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

თუ დადასტურდა მგრძნობელობა ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლზე (TMP/SMX), მაშინ ის ჩაითვლება I რიგის პრეპარატად. ტრიმეტოპრიმი სადღეღამისო დოზით 8 მგ/კგ-ს,

სულფამეტოქსაზოლი სადღეღამისო დოზით 50 მგ/კგ-ს 2-ჯერ დღეში 5 დღის მანძილზე. კურსი გრძელდება 5 დღე.

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

II ალტერნატივა. ციპროფლოქსაცინი სადღეღამისო დოზით 20-30 მგ/კგ 2 მიღებაზე, 5 დღის მანძილზე. <17 წელზე ასაკში ფლუოროქვინოლონების გამოყენება დასაშვებია, როცა სხვა ალტერნატივა არ არის.

III ალტერნატივა. ამპიცილინი 100მგ/კგ.

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

პარენტერული თერაპიისთვის I რიგის პრეპარატი ცეფტრიაქსონი 50მგ/კგ 2-5 დღე.

კამპილობაქტერიული გასტროენტერიტი (I, A)

I რიგის პრეპარატი აზითრომიცინი 10 მგ/კგ (მაქს. 500მგ) ერთჯერ დღეში, 3 დღის მანძილზე ან ერთჯერადი თერაპია 30მგ/კგ.

I ალტერნატივა. დოქსიციკლინი (>8 წელი) 100-200 მგ დღესი ორალურად.

II ალტერნატივა ციპროფლოქსაცინი (>17 წელი).

ნაწლავის ჩხირი

რუტინულად არ ინიშნება (Vb,D) ენტეროკოკოვანი (შიგა ტოქსინ მაპროდუცირებელი) ნაწლავის ჩხირით გამოწვეული ინფექციის დროს ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის ნაჩვენები, არ არის დადგენილი იზრდება თუ არა ანტიბიოტიკით მკურნალობის შემთხვევაში ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის განვითარების რისკი (Vb,D).

ენტეროტოქსიური, ენტეროაგრეგაციული შტამები (II,B)

I რიგის პრეპარატი. აზითრომიცინი 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში, 3 დღის მანძილზე.

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

II ალტერნატივა. ციპროფლოქსაცინი სადღეღამისო დოზით 20-30 მგ/კგ, 2-ჯერ დღეში, 5 დღის მანძილზე

III ალტერნატივა. რიფაქსიმინი (>12 წელი) 600მგ დღეღამეში 3 დღე.

ენტეროინვაზიური შტამის მკურნალობა ხდება შიგელოზის ანალოგიურად.

ანტიბიოტიკასოცირებული დიარეა (Clostridium difficile) მსუბუქ და საშუალო სიმძიმის შემთხვევებში რეკომენდებულია ანტიბიოტიკის მოხსნა. მძიმე შემთხვევებში ტარდება შემდეგი მკურნალობა:

I ალტერნატივა. მეტრონიდაზოლი სადღეღამისო დოზით 30 მგ/კგ, 3-ჯერ დღეში (მაქს. 2 გრამი), 10 დღის მანძილზე.

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

დადასტურებული ამებიაზი ან გიარდიაზი. პრაქტიკულად ჯანმრთელ ბავშვებში დადასტურებული პარაზიტული გენეზის დიარეა მკურნალობას არ საჭიროებს (III,C). მძიმე შემთხვევებში:

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

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

II ალტერნატივა. ალბენდაზოლი 400მგ (2 წლამდე 200მგ) ერთჯერ 5 დღე.

III ალტერნატივა. ნიტაზოქსანიდი 100-500მგ2-ჯერ დღეში 3 დღე.

სისხლიანი დიარეა არ არის.

ვირუსული დიარეა საჭიროებს მხოლოდ რეჰიდრატაციულ თერაპიას და სიმპტომურ მკურნალობას (Vb,D). განვითარებულ ქვეყნებში მძიმე როტავირისული ან ნოროვირუსული გასტროენტერიტის დროს ჰოსპიტალიზებულ მცირე მასის ჩვილებსა და ბავშვებში გამოიყენება ორალური იმუნოგლობულინი (300მგ/კგ) (III,C)

სალმონეზური გასტროენტერიტი

ანტიბიოტიკოთერაპია პრაქტიკულად ჯანმრთელ ბავშვებში არ არის გამართლებული (I, A). ანტიოტიკოთერაპიის ჩვენებებია (Vb, D):

- ბაქტერიემია;
- ექსტრაინტესტინური კეროვანი ინფექცია;
- გასტროენტერიტი მაღალი რისკის ბავშვებში (3 თვემდე ასაკის ჩვილები, იმუნოდეფიციტი, ანატომიური და ფუნქციური ასპლენია, ნაწლავის ანთებითი დაავადებები, იმუნოსუპრესიული თერაპია, აქლორჰიდრია).

I რიგის პრეპარატი. ცეფტრიაქსონი 50-100 მგ/კგ, ი/ვ 1-ჯერ დღეში, 7 დღის მანძილზე.

I ალტერნატივა. აზითრომიცინი 10 მგ/კგ, ერთჯერ დღეში ორალურად, 7 დღის მანძილზე.

II ალტერნატივა: ციპროფლოქსაცინი სადღეღამისო დოზით 20-30 მგ/კგ, 2-ჯერ დღეში, 5 დღის მანძილზე

III ალტერნატივა TMP/SMX ტრიმეტოპრიმის სადღეღამისო დოზით 8 მგ/კგ-ს.

ქოლერა

ანტიბიოტიკოთერაპიის ჩვენებაა დადასტურებული დიაგნოზი ან საექვო შემთხვევა მოგზაურობის ეპიზოდით ანამნეზში.

I რიგის პრეპარატი. აზითრომიცინი 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში, 3 დღის მანძილზე ან 20მგ/კგ ერთჯერადად.

I ალტერნატივა. დოქსიციკლინი (>8 წელზე) 100-200მგ დღეში ორალურად.

II ალტერნატივა. ციპროფლოქსაცინი (>17 წელი) სადღეღამისო დოზით 20-30 მგ/კგ, 2-ჯერ დღეში, 5 დღის მანძილზე.

III ალტერნატივა. ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსაზოლი 8 მგ/კგ ერთჯერ დღეში.

8.6.3 სიმპტომური თერაპია

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

ანტიემეტური (ღებინების საწინააღმდეგო) საშუალებები გასტროენტერიტის ფონზე განვითარებული ღებინების დროს რუტინულად არ გამოიყენება. ადრეული ასაკის ბავშვებში მძიმე შეუპოვარი ღებინების შემთხვევაში ეფექტურია 5-HT₃ 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 ონდასეტრონის ერთჯერადი დოზა ≥ 8 კგ 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, მეტოკლოპრამიდი, დომპერიდონი) (II,B). მეტოკლოპრამიდის 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.

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

ფერმენტული პრეპარატები რუტინულად არ გამოიყენება.

ანტიდარეული პრეპარატები მწვავე დიარეის დროს ბავშვთა ასაკში არ გამოიყენება (II,B).

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

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

პრობიოტური საშუალებები:

1. 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 სადაოა (6). პრეპრობიოტიკების 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* $1 \times 10^8 - 4 \times$

10⁸- ერთეული დღეში. დღეისთვის ასევე დადასტურებულია კომბინაცია Lactobacillus rhamnosus 19 070 და Lactobacillus reuteri DSM 12246 ეფექტურობა თითოეული შტამი 2x10¹⁰ 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 > 10¹⁰ CFU/დღეში ჰოსპიტალიზაციის განმავლობაში (6).

8.6.4 კვების რეკომენდაციები

- რეჰიდრატაციული თერაპიის დროს ექსკლუზიური ძუძუთი კვება შეუფერხებლად გრძელდება. გამართლებულია ძუძუთი კვება უფრო ხშირად და ხანგრძლივად (I, A). ყველა სხვა შემთხვევაში, რეჰიდრატაციული თერაპიის დაწყებიდან არაუგვიანეს 4-6 საათის შემდეგ უნდა გაგრძელდეს კვება;
- ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ჩვილებისთვის ფორმულის განზავება და კონცენტრაციის თანდათან მატება არ არის რეკომენდებული;
- ულექტოზო ან ანტიდიარეული ფორმულით ჩანაცვლება არ არის აუცილებელი (I, A).
- მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის დეჰიდრატაციის დროს პაციენტის კვება უნდა გაგრძელდეს ასაკის შესაბამისი საკვებით. იზღუდება უჯრედისის უხვად შემცველი პროდუქტები და ძნელად მოსანელებელი ნახშირწყლების შემცველი სასმელები (III, C);
- რძის მჟავე პროდუქტები მნიშვნელოვნად აღუმჯობესებს კლინიკურ სიმპტომებს;
- ჩვილებსა და ბავშვებში რეკომენდებულია ერთი დამატებითი კვება დიარეული დაავადების დროს და მის შემდეგ, სულ მცირე 2 კვირის განმავლობაში.

8.6.5 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;
- არ არის სისხლი განავალში (თუ კი ასეთი იყო).

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

- ჰიპოკალიემია;
- ჰიპოვოლემია/შოკი;
- ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი;

- მეორადი ბაქტერიული ინფექციები (პნევმონია, ოტიტი, სეფსისი, საშარდე გზების ინფექცია).

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

ჰოსპიტლიდან გაწერის ჩვენებები (VbD):

- დამაკმაყოფილებელი ჰიდრატაცია (კლინიკური მდგომარეობის გაუმჯობესება და/ან წონის ნამატი);
- 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).

ბავშვის ბავშვთა კოლექტიურ დაწესებულებაში დაბრუნება რეკომენდებულია დიარეის ან ლებინების ბოლო ეპიზოდებიდან ≥ 48 საათის შემდეგ.

9. დანართები

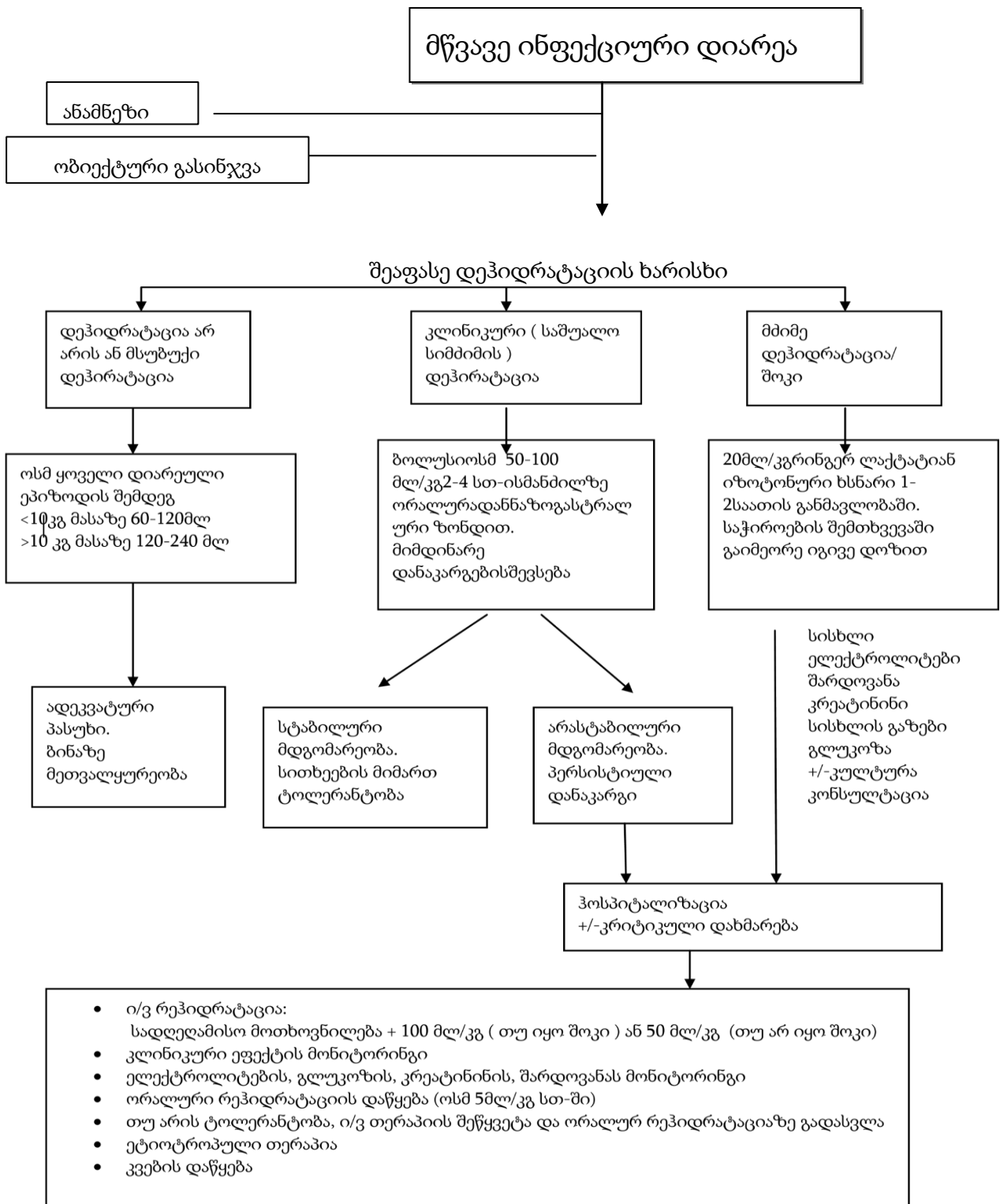
დანართი №1. მტკიცებულების სარწმუნოების ხარისხები და რეკომენდაციის დონეები

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; 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. სარწმუნო რეკომენდაცია გამყარებული II დონის მტკიცებულებებით;</p> <p>C. საშუალო სიმძლიერის 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 ბაქტერიული დიარეის ეტიოლოგიური მკურნალობა (1)

გამომწვევი	ჩვენება	არჩევის პერეპარატი	ალტერნატიული თერაპია
Shigella spp	საეჭვო (სისხლიანი დიარეა) ან დადასტურებული	ორალური: Azitromycin (12 მგ/კგ ერთჯერ 1 დღე, შემდეგ 6მგ/კგ 4 დღე) პარენტერული: Ceftriaxone 50 მგ/კგ დღეში ი/მ, ი/ვ 2-5 დღე	Cefixime 8 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად 5 დღე Ciprofloxacin 20-30მგ/კგ ორალურად 5დღე TMP/SMX 8 მგ/კგ დღეში ორალურად 5 დღე Ampicillin 100მგ/კგ დღეში 5 დღე Nalidixic acid 55 მგ/კგ ორალურად 4-ჯერ დღეში 7 დღე
Salmonella spp (nontyphoidal)	მხოლოდ ბაქტერიემიის და ექსტრინტესტინური გართულებების მაღალი რისკის მქონე ბავშვებში	Ceftriaxone 100 მგ/კგ 24 სთ 2-ჯერ დღეში 7 დღე ი/მ ან ი/ვ	Azitromycin 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად 3 დღე Ciprofloxacin 20-30მგ/კგ ორალურად TMP/SMX 8 მგ/კგ დღეში ორალურად 5 დღე
Campylobacter spp	სისხლიანი განავლით მიმდინარე შემთხვევებში	Azitromycin 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად 3 დღე ან 30მგ/კგ ერთჯერადად	Doxycycline (>8 წელი) 100-200მგ დღეში ორალურად ან Ciprofloxacin 20-30მგ/კგ ორალურად (>17 წელი)
Shiga toxin-producing E.coli Enterotoxigenic E.coli	რეკომენდებული არ არის რეკომენდებულია (განსაკუთრებით მოგზაურთა დიარეის დროს)	- Azitromycin 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად 3 დღე	Cefixime 8 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად Ciprofloxacin 20-30მგ/კგ TMP/SMX 8 მგ/კგ ერთჯერ დღეში Rifaximin (>12 წელი) 600მგ დღეში 3 დღე
Clostridium difficile	მხოლოდ საშუალო და მზიმე შემთხვევებში	Metronidazole 30მგ/კგ 10 დღე	Vancomycin ორალურად 40მგ /კგ
Vibrio cholerae	საეჭვო (ენდემიურ კერებში მოგზაურობა) ან დადასტურებულ შემთხვევებში	Azitromycin 10 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ორალურად 3 დღე ან 20მგ/კგ ერთჯერადად	Doxycycline (>8 წელი) 100-200მგ დღეში ორალურად ან Ciprofloxacin (>17 წელი) 20-30მგ/კგ ორალურად TMP/SMX 8 მგ/კგ ერთჯერ დღეში
Noncholeraic vibrios	არ საჭიროებს ან უმკურნალებ როგორც Shigella-ს		
Giardia lamblia Amebiasis	მძიმე შემთხვევებში	Metronidazole 15-50 მგ/კგ (მაქს. 500მგ) 3-ჯერ დღეში 5-7-10 დღე ორალურად	Tinidazole 50 მგ/კგ (მაქს. 2 გრამი) ერთჯერ დღეში ორალურად 3-5 დღე Albendazole 400მგ (2 წლამდე 200მგ) ერთ-ჯერ 5 დღე Nirazoxanide 100-500მგ 2-ჯერ დღეში 3 დღე

დანართი № 3. 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 ხარჯთეფექტურობაზე.

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 რესურსები

პროტოკოლის დანერგვისთვის საჭირო ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი:

რესურსი	ფუნქციები/მნიშვნელობა	შენიშვნა
ადამიანური		
ოჯახის ექიმი, პედიატრი, ანთეზიოლოგ-რენიმატოლოგი, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინის ექიმი/გადაუდებელი მედიცინის ექიმი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი/გასტროენტეროლოგი ბავშვთა ქირურგი/ზოგადი ქირურგი, ინფექციონისტი	ამბულატორიული და/ან ჰოსპიტალური პაციენტების მართვა; დიარეით 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
მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი		
კლინიკური, ბიოქიმიური, ბაქტერიოლოგიური და ლაბორატორიული კვლევების სერვისის უზრუნველყოფა	სისხლის, შარდის, განავლის ანალიზი. დიაგნოზის დადასტურება, გართულებების რისკების შეფასება, ეფექტური მართვა.	სავალდებულო ან სასურველი
პაციენტის საგანმანათლებლო მასალები	პაციენტის ინფორმირება	სასურველია

14. რეკომენდაციები პროტოკოლის ადაპტირებისთვის ადგილობრივ დონეზე

წყარო გაიდლაინის რეკომენდაცია	ადაპტირებული ვარიანტი	განმარტება
გასტროენტერიტის სიმძიმე დამოკიდებულია და განისაზღვრება დეჰიდრატაციის ხარისხით. დეჰიდრატაციის სიმძიმის დადგენა ხდება კლინიკური ნიშნების საფუძველზე. სამი ყველაზე ინფორმატიული კლინიკური ნიშანია: კაპილარული ავსების დროის გახანგრძლივება, კანის ელასტიკურობა/ტურგორის დაქვეითება, რესპირაციული დარღვევები	დეჰიდრატაციის ხარისხის სწრაფი შეფასება შესაძლებელია ოთხი კლინიკური ნიშნის საფუძველზე: მენტალური სტატუსი, წყურვილის შეგრძნება, ჩაცვენილი თვალები, კანის ნაოჭი (ელასტიკურობა).	გაიდლაინში არ არის დეჰიდრატაციის ხარისხის განსაზღვრის მეთოდიკა. ამიტომ დამატება ცხრილი დამატებითი წყაროდან და აგრეთვე ჯან.მო-ს რეკომენდაცია, რომელიც საქართველოში უკვე რამდენიმე წელია დანერგილია პროექტის IMCI მიხედვით.
რეჰიდრატაცია I რიგის სამკურნალო ღონისძიებაა. თუ ბავშვს შეუძლია სითხის დალევა, ინტრავენური რეჰიდრატაცია არ არის რეკომენდებული. იმ შემთხვევაში თუ ორალური რეჰიდრატაცია ვერ ხერხდება, ნაჩვენებია ენტერალური რეჰიდრატაცია ნაზოგასტრალური ზონდით.	პროტოკოლში დეტალურად აღწერილია ორალური რეჰიდრატაციის პრინციპები	გაიდლაინში არ არის დეტალურად აღწერილი ორალური რეჰიდრატაციის პრინციპები, ამიტომ გამოყენებული იქნა დამატებითი წყაროები 2, 4 და 5
გაიდლაინს არ ახლავს ალგორითმი	პროტოკოლში ალგორითმი დართულია	ალგორითმი აღებულია დამატებითი წყაროებიდან

გაიდლაინში არ არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტალიდან გაწერის ჩვენებები.	პროტოკოლში არის პროგრესის, რეგრესის მაჩვენებლები, ჰოსპიტალიდან გაწერის ჩვენებები.	მონაცემები აღებულია დამატებითი წყაროებიდან 1, 3
--	---	---

პროტოკოლის პრაქტიკაში ადაპტაციისთვის მნიშვნელოვანია შემდეგი ღონისძიებების განხორციელება:

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

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/;](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

- **ციცინო ფარულავა** – ექიმი პედიატრი, ბავშვთა გასტროენტეროლოგი. მედიცინის აკადემიური დოქტორი. პ. შოთაძის სახ. თბილისის სამედიცინო აკადემიის ასოცირებული პროფესორი; ი. ციციშვილის სახ. ბავშვთა კლინიკა;
- **მაია ჩხაიძე** – ექიმი პედიატრი, ბავშვთა გადაუდებელი მედიცინა, კრიტიკული მედიცინა. სასწავლო უნივერსიტეტი „გეომედის“ ასოცირებული პროფესორი, ი. ციციშვილის სახ. ბავშვთა კლინიკის სამედიცინო დირექტორი;
- **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.