

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

ԻԵՐՍԻՆԻՈՋ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՄԲ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՎԱՐՄԱՆ

1. Նոզոլոգիաների խումբ՝ ըստ հիվանդությունների և առողջության հետ կապված խնդիրների վիճակագրական 10-րդ վերանայման դասակարգչի.

Հ/Հ	Կոդը	Անվանում
1)	A04.6	Էնտերիտ՝ հարուցված իերսինիա էնտերոկոլիտիկայով (Yersinia enterocolitica) Բացառությամբ արտաաղիքային իերսինիոզի (A28.2)

2. Նոզոլոգիաների խումբը կիրառելի է՝ ըստ սույն հավելվածով սահմանված Ձև 1-ի.

Ձև 1

1)	Տարիքային խումբ	Երեխաներ
2)	Սեռ	արական, իգական
3)	Բարդություններ	առանց բարդությունների (ԱԲ), բարդություններով (Բ)
4)	Հիվանդության փուլը	Սուր, ձգձգված, քրոնիկ

5)	Բժշկական օգնության և սպասարկման պայմանները (հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային, շտապօգնության)	հիվանդանոցային, արտահիվանդանոցային, շտապօգնության
6)	Բուժօգնության տրամադրման ձևը (անհետաձգելի, պլանային)	անհետաձգելի
7)	Կիրառման շրջանակը	Մանկաբույժներ, մանկական վարակաբաններ, ընտանեկան բժիշկներ
8)	Գանգատներ	Տենդ Որովայնացավ Սրտխառնոց, փսխում Լուծ՝ ջրային կամ արյունային Սուր ֆարինգիտ՝ ուղեկցվող ստամոքսաղիքային տրակտի ախտանշաններով կամ առանց:
9)	Անամնեզ	Սուր սկիզբ Կենդանիների հետ, հատկապես խոզերի, շփում Հիվանդության տևողություն, կղազատման և փսխումների հաճախականություն, հեղուկների ընդունում Հիվանդության ընթացքը ծանրացնող դիսկի գործոններ՝ երկաթի գերքանակի համախտանիշ (հաճախակի տրանսֆուզիա և խելացիոն թերապիա ստացող հիվանդներ՝ ի հաշիվ մանգաղաբջջային անեմիայի, β-թալասեմիայի, ապլաստիկ անեմիայի,

		հեմոքրոմատոզով պայմանավորված ցիռոզի), չարորակ նորագոյացություններ, շաքարային դիաբետ, լյարդի հիվանդություններ, երկարատև հեմոդիալիզ և բերանցի երկաթ պարունակող պրեպարատներ ստացողներ (Ունեն դիսկ հիվանդության ընթացքը բակտերեմիայով բարդացնելու):
10)	Ձննման արդյունք/Ցուցում	Դեհիդրատացիայի աստիճանի գնահատում՝ ըստ համապատասխան սանդղակների Ինտոքսիկացիայի գնահատում՝ երեխան տոքսիկ է, թե ոչ Լուծի տեսակի գնահատում՝ ջրային, արյունային և արտահայտվածությունը

3. Բժիշկ-մասնագետի կողմից պացիենտի զննումը, խորհրդատվությունը իրականացվում է ըստ Ձև 2-ի (անհրաժեշտության դեպքում անհրաժեշտ է նշել հիվանդության փուլերը)։

Ձև 2

Հ/Հ	Խորհրդատվության տեսակը	Տրամադրման քանակը	
		ԱԲ	Բ

1)	Մանկական վարակաբան	0-1	1
2)	Մանկական վիրաբույժ	0-1	1

4. Սույն հավելվածի Ձև 2-ում նշված տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ զննման, խորհրդատվության իրականացման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ զննման, խորհրդատվության իրականացման հաճախականությունը:

5. Լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտություններն իրականացվում են՝ ըստ Ձև 3-ի (անհրաժեշտության դեպքում անհրաժեշտ է նշել հիվանդության փուլերը):

Ձև 3

Լաբորատոր հետազոտություններ					
Հ/Հ	Կողը	Անվանումը	Տրամադրման քանակը		Արդյունք
			ԱԲ	Բ	
1)	Առկա չէ	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	2	Նորմա/Լեյկոցիտոզ, ծախ թեքում
2)	Առկա չէ	Ց-ռեակտիվ սպիտակուց	1	2	Նորմա/Բարձրացում
3)	Առկա չէ	Արյան ցանքս (հազվադեպ)	-	1	Շատ հազվադեպ կարող է մանրէի աճ դիտվել

4)	Առկա չէ	Կրեատինին, գլյուկոզա, էլեկտրոլիտներ	-	2-3	Նորմա կամ նորմայից շեղումներ՝ էլեկտրոլիտային շեղումները, երիկամային ֆունկցիան գնահատելու համար
5)	Առկա չէ	ԹԹՀ	-	2	Հնարավոր են տարբեր շեղումներ
6)	Առկա չէ	Կղանքի ՊՇՌ քննություն	1	1	Մանրէի հայտնաբերում
7)	Առկա չէ	Կղանքի մանրէաբանական քննություն	1	1	Մանրէի հայտնաբերում՝ զգայունության որոշում
Գործիքային հետազոտություններ					
8)	Առկա չէ	Որովայնի սոնոգրաֆիա	1	1	Մեզադենիտ

6. Սույն հավելվածի Ձև 3–ում սահմանված տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ հետազոտության իրականացման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ հետազոտության իրականացման հաճախականությունը:

7. Օգտագործվող դեղերի ցանկը սահմանվում է ըստ Ձև 4–ի (անհրաժեշտության դեպքում նշել հիվանդության փուլերը)։

Ձև 4

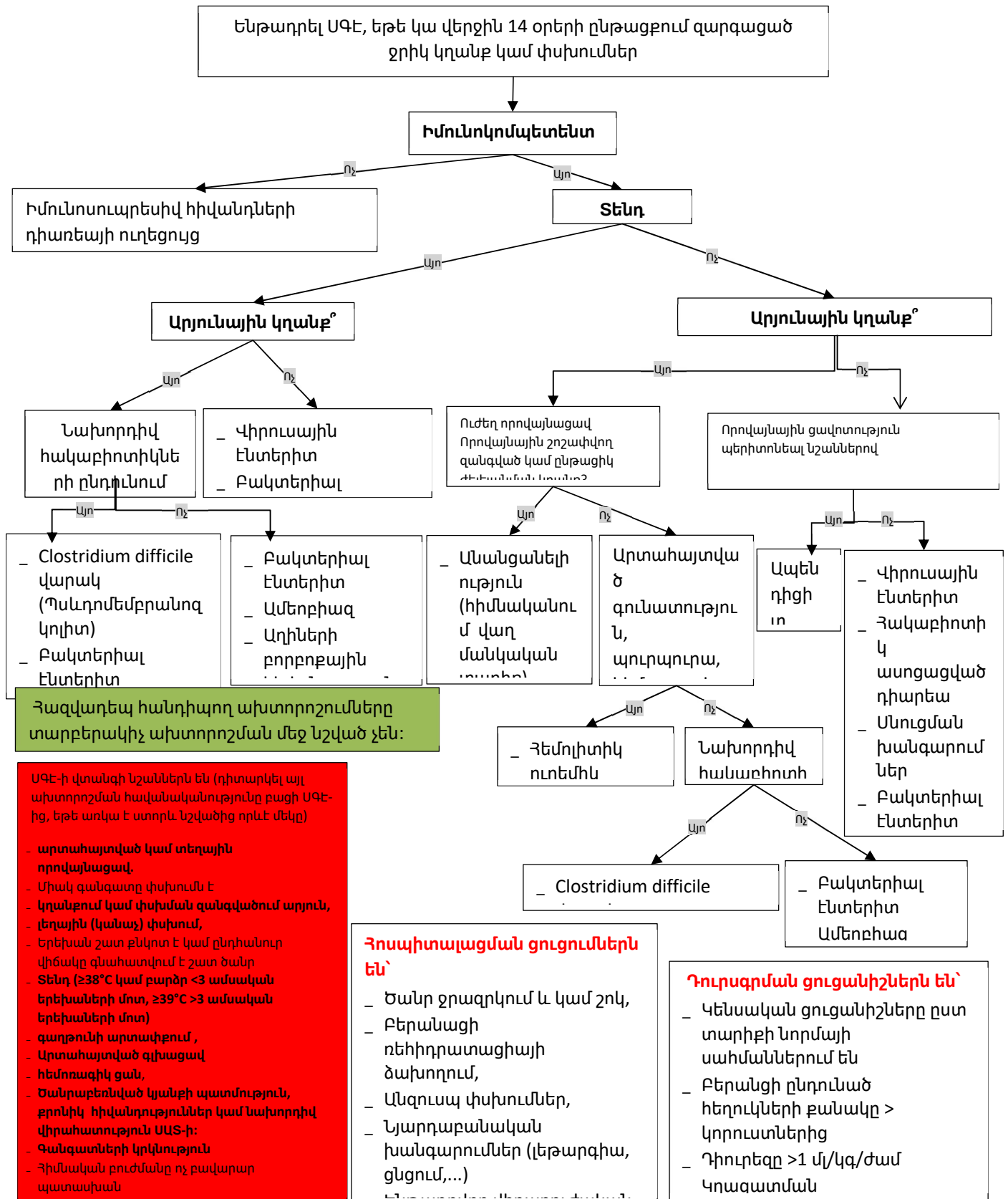
Հ/Հ	Անվանումը, դեղաչափը, դեղաձևը, փաթեթավորումը	Անվանումը (ջեներիկ)	Չափմա ն միավոր	Միջինացված ցուցանիշ՝ տրամադրման	Միջին օրական	Բուժման կուրսի միջին	Օրերի քանակ
-----	---	------------------------	----------------------	---------------------------------------	-----------------	----------------------------	----------------

				հաճախականություն	չափաքանակ	չափաքանակ	
1)	Ցեֆտրիաքսոն (ցեֆտրիաքսոն նատրիում) դեղափոշի մ/մ և ն/ե ներարկման լուծույթի 1000մգ	Ցեֆտրիաքսոն (ցեֆտրիաքսոն նատրիում) դեղափոշի մ/մ և ն/ե ներարկման լուծույթի 1000մգ	սրվակ	1-2	100մգ/կգ	5	5
2)	Սուլֆամեթօքսազոլ, տրիմեթոպրիմ դեղակախույթ ներքին ընդունման 40մգ/մլ+8մգ/մլ	Սուլֆամեթօքսազոլ, տրիմեթոպրիմ դեղակախույթ ներքին ընդունման 40մգ/մլ+8մգ/մլ	շիկ	2	8 մգ/կգ (ըստ TMP-ի, առավելագույնը՝ 320 մգ TMP)	5	5
3)	Ցիպրոֆլոքսացին 500մգ	Ցիպրոֆլոքսացին 500մգ	դեղահատեր	2	30 մգ/կգ (առավելագույնը՝ 1գ)	5	5
4)	Նատրիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 9մգ/մլ; 50մլ, 100մլ, 200մլ, 250մլ , 400մլ,	Նատրիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 9մգ/մլ; 50մլ, 100մլ, 200մլ, 250մլ , 400մլ, 500մլ ,1000մլ, 2000մլ, 3000մլ	փաթեթ	2-3	Կախված ֆիզիոլոգիական պահանջից և	2-3	2-3

	500մլ ,1000մլ, 2000մլ, 3000մլ				կորուստներ րից		
5)	Գլյուկոզա 5մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	Գլյուկոզա 5մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	փաթեթ	2-3	Կախված ֆիզիոլոգի ական պահանջից և կորուստներ րից	2-3	2-3
6)	Գլյուկոզա 10մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	Գլյուկոզա 10մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	փաթեթ	1-2		1-2	1-2
7)	Կալիում քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 40մգ/մլ; 100մլ, 200մլ	Կալիում քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 40մգ/մլ; 100մլ, 200մլ	փաթեթ	1-2	K+ 2,5-3,0 մլէվ/ լ→0,5 մլէվ/կգ K+ <2,5 մլէվ/լ →0,75 մլէվ/կգ	2-3	2-3

8. Սույն հավելվածի Ձև 4–ում սահմանված տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով տվյալ դեղի օգտագործման հաճախականությունը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ դեղի օգտագործման հաճախականությունը:

Սուր գաստրոէնտերիտ (ՍԳԷ)



ՍԳԷ-ի վտանգի նշաններն են (դիտարկել այլ ախտորոշման հավանականությունը բացի ՍԳԷ-ից, եթե առկա է ստորև նշվածից որևէ մեկը)

- արտահայտված կամ տեղային որովայնացավ,
- Միակ գանգատը փսխումն է
- կղանքում կամ փսխման զանգվածում արյուն,
- լեղային (կանաչ) փսխում,
- Երեխան շատ քնկոտ է կամ ընդհանուր վիճակը գնահատվում է շատ ծանր
- Տենդ ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ կամ բարձր < 3 ամսական երեխաների մոտ, $\geq 39^{\circ}\text{C}$ > 3 ամսական երեխաների մոտ)
- գաղթումի արտափում,
- Արտահայտված գլխացավ
- հեմոռագիկ ցան,
- Ծանրաբեռնված կյանքի պատմություն, բրոնխի հիվանդություններ կամ նախորդիվ վիրահատություն ՍՍՏ-ի:
- Գանգատների կրկնություն
- Հիմնական բուժմանը ոչ բավարար պատասխան

Հոսպիտալացման ցուցումներն են՝

- Ծանր ջրազրկում և կամ շոկ,
- Բերանացի ռեհիդրատացիայի ձախողում,
- Անզուսպ փսխումներ,
- Նյարդաբանական խանգարումներ (լեթարգիա, ցնցում,...)

Դուրսգրման ցուցանիշներն են՝

- Կենսական ցուցանիշները ըստ տարիքի նորմայի սահմաններում են
- Բերանցի ընդունած հեղուկների քանակը $>$ կորուստներից
- Դիուրեզը > 1 մլ/կգ/ժամ Կողագատման

9. Հետազոտություններ, որոնք պետք է դիտարկել սուր գաստրոէնտերիտով հիվանդ երեխաների վարման ընթացքում

1) Կղանքի մանրէաբանական քննություն

ա. Խորհուրդ է տրվում հետևյալ դեպքերում՝

- ենթադրյալ սեպտիցեմիա,
- արյուն կամ լորձ կղանքում,
- իմունային անբավարարություն,

բ. Դիտարկել անհրաժեշտությունը հետևյալ դեպքերում՝

- Վերջերս ունեցած արտասահմանյան ճանապարհորդություն,
- Լուծ 7 օրից ավել տևողությամբ,
- Գաստրոէնտերիտ ախտորոշման անհստակություն:

2) Գլյուկոզայի որոշում արյան մեջ

Դիտարկել որպես սկզբնական հետազոտություն այն երեխաների համար, ովքեր քնկոտ են կամ կերել են շատ քիչ:

3) Բիոքիմիական քննություն (Na^+ , K^+ , միզանյութ, կրեատինին, գլյուկոզա) և թթվահիմնային հավասարակշռություն

ա. Դիտարկել հետևյալ դեպքերում:

- պահանջվում է ն/ե ռեհիդրատացիա,
- կլինիկական կասկած հիպերնատրեմիայի (բարձր մկանային տոնուս, հիպերֆլեքսիա, ցնցումներ, քնկոտություն կամ կոմա),
- գիտակցության մակարդակի շեղումներ,
- կլինիկական վիճակի կտրուկ վատացում,
- երիկամային հիվանդություն կամ դիուրետիկների ընդունում,
- բերանացի տրված հիպեր- կամ հիպո- տոնիկ լուծույթներ:

4) Մեզի ընդհանուր քննություն/միկրոսկոպիա՝

ա. Խորհուրդ է տրվում հետևյալ դեպքերում,

- միզային ախտանիշներ,
- նախորդիվ միզուղիների վարակ կամ միզուղիների անատոմիական շեղումներ,
- տենդ >48 ժամ և լուծի բացակայություն,

բ. Մեզի ընդհանուր քննությունը սուր գաստրոէնտերիտի վարման ռուտին քննությունների մեջ չի ընդգրկվում:

5) Հեմոլիտիկ-ուրեմիկ համախտանիշի (ՀՈՒՀ) զարգացման գնահատում

ա. Բազմաօրգան ախտահարումների նշաններով հիվանդների մոտ պետք է դիտարկվի ՀՈՒՀ-ի հավանական լինելը, եթե վերջերս ունեցել է դիարեա (հիմնականում արյունային):

բ. Վերջերս դիարեա ունեցած երեխայի մոտ, ով ունի դիուրետիկ նվազում չնայած ջրազրկված չէ (երիկամի վնասում), կամ վերջերս զարգացած գոնատություն (անեմիա), կամ արյունազեղում (թրոմբոցիտոպենիա), կամ լեթարգիա, պետք է դիտարկվի ՀՈՒՀ-ի հավանականությունը:

գ. Էնտերոհեմոռագիկ Էշերիխիա կոլի՝ **STEC O157 վարակի $\approx 6\%$ ը բարդանում է հեմոլիտիկ ուրեմիկ համախտանիշով (<5 տարեկան երեխաների խմբում 15%), STEC-ի այլ շճատիպերի դեպքում՝ 1%:**

դ. ՀՆԸ ը բնորոշվում է հետևյալ տրիադայի հանկարծակի զարգացումով՝

- Հեմոլիտիկ անեմիա՝ ֆրագմենտավորված էրիթրոցիտներով,
- Թրոմբոցիտոպենիա,
- Սուր երիկամային վնասում:

10. Սուր գաստրոէնտերիտի բուժման ընդհանուր խորհուրդներ

1) Ռեհիդրատացիա.

ա. Գնահատել ջրազրկման աստիճանը,

բ. Բերանացի և/կամ ն/ե ռեհիդրատացիա,

գ. Հետևել ռեհիդրատացիայի ուղեցույցին:

2) Հակափսխեցուցիչ թերապիա՝

ա. Օնդանսետրոնի միանվագ դեղաչափ կարելի է կիրառել՝ փսխումն ընկճելու համար:

բ. Օնդանսետրոնի կիրառումը կրճատում է ն/ե ռեհիդրատացիայի անհրաժեշտությունը, հոսպիտալացման տևողությունը՝ գաստրոէնտերիտով երեխաների մոտ:

գ. Տրվում է բերանացի կամ ենթալեզվային 0.15 մգ/կգ (առավելագույնը՝ 8 մգ)

դ. Հաբերը հասանելի են 4 մգ և 8 մգ դեղաչափով:

ե. Խորհուրդ տրվող դեղաչափերն են՝

- 8-15 կգ: 2 մգ,
- 15-30 կգ: 4 մգ ,
- >30 կգ: 6-8 մգ,

զ. Խորհուրդ չի տրվում կիրառել <6 ամսական երեխաներին, <8կգ քաշով երեխաներին կամ իլեուսի դեպքերում:

է. Օնդանսետրոնը երկարացնում է QT ինտերվալը՝ դեղաչափ կախյալ: Դիտարկել ԷԿԳ-ի անհրաժեշտությունը QTc ինտերվալի երկարացման ռիսկով հիվանդներին (էլեկտրոլիտային խանգարումներ, երկար QT ինտերվալի համախտանիշի ընտանեկան անամնեզ, սրտային անբավարարություն կամ հիվանդներ, ովքեր ստանում են դեղորայք՝ QTc ինտերվալի հավանական երկարացում առաջացնող):

ը. Այլ հակափսխեցուցիչներն օգտագործել խորհուրդ չի տրվում՝ ի հաշիվ կողմնակի երևույթների և օնդանսետրոնի համեմատությամբ ցածր արդյունավետության:

3) Ցինկի հավելում՝

ա. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը և UNICEF ը խորհուրդ են տալիս կարճատև ցինկի կիրառում՝ մանկական սուր և երկարաձգված դիարեան բուժելու համար

- <6 ամսական– 10 մգ/օր 10-14 օր,
- 6 ամսական– 5 տարեկան – 10-20 մգ/օր 10-14 օր,

բ. Հետազոտությունների մեծ մասը կատարվել են ցածր եկամուտով երկրներում, որտեղ ցինկի դեֆիցիտը հաճախ է:

գ. Ցինկի հավելումը պետք է որ ունենա միայն նվազագույն արդյունավետություն (լուծի տևողության և արտահայտվածության կրճատում)՝ նորմալ սնուցված երեխաների մոտ:

դ. Համաձայն հետազոտություններում կիրառված ցինկի դեղաձևերի՝ կարող են օգտագործվել և ցինկի սուլֆատը, և գլյուկոնատը, և ացետատը:

ե. Հնարավոր կողմնակի երևույթը **փսխումն** է:

զ. Համաձայն որոշ ռանդոմիզացված հետազոտությունների 20մգ/օր ցինկի հավելում ստացող երեխաների և 5-10մգ/օր ստացողների խմբում արդյունավետության արդյունքները (լուծի տևողության, արտահայտվածության կրճատում) եղել են համադրելի:

4) Դիետա՝

ա. Երբ հիվանդը չունի ջրազրկում, պետք է անցնել տարիքին համապատասխան չսահմանափակված սննդակարգի:

- Բարդ ածխաջրատները, ցածր յուղայնությամբ միսը, յոգուրտը, մրգերը, բանջարեղենը ավելի լավ տանելի են, քան բարձր յուղայնությամբ և պարզ ածխաջրեր պարունակող մթերքը:
- Սնունդը՝ հարուստ պարզ ածխաջրերով (օր՝ շաքարով հարստացված հավելումներ, որոշ մրգահյութեր) կարող են նպաստել դիարեային և հիպոնատրեմիայի առաջացմանը, քանի որ բարձրացնում են աղիներում օսմոլյարությունը և պարունակում են քիչ քանակությամբ նատրիում և կալիում :
- Չի կարելի կիրառել խիստ սահմանափակումներով սննդակարգ, օրինակ՝ BRAT(bread/banana հաց/բանան, rice- բրիժ, applesauce- խնձորի խյուս, toast- բոված հացի կտոր) դիետա, որը նախկինում լայնորեն կիրառվել է:

բ. Կրծքով կերակրումը պետք է շարունակել դիարեայի ընթացքում:

գ. Լակտոզ ինտոլերանտությունը՝ առաջացած վիրուսային ՍԳԷ-ով, սովորաբար ունի թեթև ընթացք և ինքնակարգավորվող է:

դ. Երկարաձգված կամ ծանր ընթացքի դեպքում դիտարկել լակտոզի էլիմինացիան (կրծքով կերակրման դեպքում՝ մոր ռացիոնից լակտոզի էլիմինացիա, արհեստական սնուցման դեպքում՝ լակտոզ չպարունակող կաթնախառնուրդ) մինչև լավացում:

5) Հակաբակտերիալ բուժում՝

ա. Ռուտին հակաբակտերիալ բուժում ցուցված չէ (տես պաթոգեն սպեցիֆիկ ուղեցույց):

- Չբարդացած բակտերիալ գաստրոէնտերիտների մեծ մասի դեպքում հակաբակտերիալ բուժման վնասն ավելի մեծ է, քան ակնկալվող օգուտը:

բ. Հակաբակտերիալ բուժում ցուցված է բոլոր հիվանդներին՝ ստորև նշված դեպքերում՝

- Հաստատված կամ ենթադրելի սեպտիցեմիա
- Clostridium difficile-առաջացված պսևդոմոնոբրանոզ էնտերոկոլիտ
- Լյամբլիոզ, ամեոբիազ, խոլերա
- Ոչ-տիֆային սալմոնելյոզ հետևյալ դեպքերում՝ <3-6 ամսական տարիքային խումբ, իմունային անբավարարությունով հիվանդ, բակտերեմիայով բարդացած ընթացք

գ. Պետք է դիտարկել հակաբակտերիալ թերապիա թերսնուցված կամ իմունային անբավարարությունով երեխաներին:

6) Արյան ստերիլություն վերցնելու ցուցումները

ա. Պետք է վերցնել արյան ստերիլություն նախքան հակաբիոտիկային բուժում սկսելը սուր գաստրոէնտերիտով հիվանդներից հետևյալ դեպքերում՝

- <3 ամսական տարիքային խումբ ,
- Սեպսիս, համակարգային բորբոքային ռեակցիայի պատասխան՝ SIRS

- **Համակարգային բորբոքային ռեակցիայի պատասխան (SIRS):** նվազագույնը երկուսը ստորև նշված չորս կետերից պետք է լինեն, որից մեկը պարտադիր պետք է լինի մարմնի ոչ նորմալ ջերմությունը կամ լեյկոցիտների քանակը:
 - ◆ Ջերմությունը >38.5 կամ $< 36.0^{\circ}\text{C}$
 - ◆ Տախիկարդիա, երբ սրտի կծկման հաճախականությունը 2 ստանդարտ շեղում բարձր (>2 SD) է տարիքային նորմայից: <1 տարեկան տարիքային խմբում՝ նաև բրադիկարդիա (<10 -րդ պերցենտիլ ըստ տարիքի):
 - ◆ Շնչառության միջին հաճախականությունը երկու ստանդարտ շեղում բարձր (>2 SD) է տարիքային նորմայից:
 - ◆ Լեյկոցիտների քանակը ըստ տարիքի նորմայից բարձր է կամ ցածր, կամ $>10\%$ անհաս նեյտրոֆիլներ:
 - Հաստատված սալմոնելոզ կամ տիֆ/պարատիֆի կասկած:
- բ. Այլ դեպքերում արյան ստերիլություն վերցնելը սուր գաստրոէնտերիտով հիվանդ երեխաներից ցուցված չէ:**

Իերսինիոզ <i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Yersinia pseudotuberculosis</i>	
Համաճարակաբանություն	_ Իերսինիոզը զոոնոզ հիվանդություն է: _ Խոզերի հետ կոնտակտը ռիսկի գործոն է: _ Բռնկումները լինում են հիմնականում ձմռան ամիսներին _ Բարձր տարածվածություն ○ <i>Y. enterocolitica</i>: < 5 տարեկանից երեխաներ ○ <i>Y. pseudotuberculosis</i>: 5-15 տարեկան երեխաներ
Կլինիկական առանձնահատկություններ	<i>Y. enterocolitica</i>, _ Հիմնականում ինքնալավացող ֆեբրիլ էնտերոկոլիտ է՝ արյունային կամ ոչ արյունային: _ Որովայնացավ, որը կարող է տեղակայված լինել աջ զստափոսում (պսևդոապենդիցիտ, հիմնականում ավելի բարձր տարիքի երեխաների մոտ): _ Սուր ֆարինգիտ՝ ուղեկցվող ստամոքսաղիքային տրակտի ախտանշաններով կամ առանց: <i>Y. pseudotuberculosis</i> _ Հիմնականում որովայնացավ և տենդ, ավելի հազվադեպ փորլուծություն: _ Որոշ շճատիպեր առաջացնում են քուրթշանման հիվանդություն՝ թեփոսվող ցան, արթրալգիա և տոքսիկ շոկ (անհրաժեշտ է տարբերակել Կավասակի հիվանդությունից):

Բարդություններ	– Բակտերեմիա ○ Ծանր ընթացք՝ տենդով և լեյկոցիտոզով, հիմնականում առանց օջախային նշանների: ○ Հիմնականում դիտվում է հետևյալ հիվանդների մոտ՝ երկաթի գերքանակի համախտանիշով (հաճախակի տրանսֆուզիա և խելացիոն թերապիա ստացող հիվանդներ՝ ի հաշիվ մանգաղաբջջային անեմիայի, β-թալասեմիայի, ապլաստիկ անեմիայի, հեմոքրոմատոզով պայմանավորված ցիռոզի), չարորակ նորագոյացություններով, շաքարային դիաբետով, լյարդի հիվանդություններով և նրանց մոտ, ովքեր ստանում են երկարատև հեմոդիալիզ և բերանցի երկաթ պարունակող պրեպարատներ: – Արտաաղիքային դրսևորումներն են (դիտվում են հազվադեպ)՝ քրոնիկ վարակ երկարատև տենդով, գրանուլեմատոզ հեպատիտ, լյարդի և փայծաղի բազմաթիվ աբսցեսներ, սուր և քրոնիկ պանկրեատիտ, սուր ֆարինգիտ, մենինգիտ, օստեոմիելիտ, պիոմիոզիտ, միոկարդիտ, էնդոկարդիտ, կոնյունկտիվիտ, թոքաբորբ, պլևրալ էմպիեմա, միզուղիների վարակ և երիկամային աբսցես: – Հետվարակային թոքաբորբ ○ Ռեակտիվ արթրիտ ■ Բազմաթիվ հոդերի արթրիտ՝ վարակից 2-4 շաբաթ հետո զարգացած: ■ Դիտարկվում է որպես աուտոիմուն պատասխան: ■ Մեծ մասը հիվանդների HLA-B27 դրական են: ○ Էրիթեմա նոդոզում ■ Հիմնականում առաջանում է սուր վարակից մեկ ամիս անց: ■ Բնորոշվում է ինքնալավացող ընթացքով: ■ Առավել հաճախ հանդիպում է կանանց մոտ: ■ HLA-B27 ի հետ կապը ապացուցված չէ:
Ախտորոշում	– Մանրէաբանական հետազոտություն ○ Ցանքսի ստանդարտ լաբորատոր մեթոդներ՝ ստերիլ միջավայրերից (արյուն, ողնուղեղային հեղուկ) իերսինիայի անջատման համար: ○ Ոչ ստերիլ միջավայրից իերսինիայի անջատման համար անհրաժեշտ է յուրահատուկ սելեկտիվ միջավայր: – Շճաբանություն ○ Առկա են տարբեր շճաբանական մեթոդներ (ELISA, IFA, խողովակային ագլյուտինացիա, իմունոբլոտ) ○ <i>Yersinia enterocolitica</i> և <i>Y. pseudotuberculosis</i> կարող են առաջացնել խաչաձև շճաբանական ռեակցիաներ միմյանց և այլ բակտերիաների միջև, ներառյալ <i>Brucella</i>, <i>Vibrio</i>, <i>Bordetella</i>, <i>Borrelia</i>, <i>Morganella</i>, <i>Salmonella</i> և <i>E. coli</i>: ○ Ագլյուտինինի տիտրը բարձրանում է ախտանշանների սկզբից շատ կարճ ժամանակ անց, հասնում առավելագույն մակարդակին երկրորդ շաբաթում, սովորաբար դառնում զրոյական 2-ից 6-րդ ամիսների ընթացքում, չնայած բարձր տիտրերը կարող են պահպանվել ավելի երկար: ○ Բացասական կամ նվազագույն արժեքները չեն հերքում իերսինիոզը կրծքահասակ երեխաների և իմունոսուպրեսիվ հիվանդների մոտ: ○ Շատ բարձր տիտրերը բնորոշ են առավելապես արտաաղիքային համակարգային վարակին: – ԴՇՌ մեթոդ - կարելի է հայտնաբերել իերսինիա միկրոօրգանիզմները հետևյալ միջավայրերում՝ արյուն, կղանք, ջուր, սնունդ, հյուսվածքներ:

Բուժում (ընդհանուր դրույթներ)	– Օժանդակ բուժում՝ ներառյալ բերանացի ռեհիդրատացիա, ցուցված է բոլոր հիվանդներին: – Հակաբիոտիկ չպետք է նշանակվի, եթե չկա որոշակի ցուցում: – Հակաբիոտիկի նշանակման/հետագա հետազոտությունների ցուցումներն են՝ ◦ <3 ամսական երեխաներ ◦ Իմունային անբավարարությունով հիվանդներ ◦ Ծանր ընթացք/սեպսիս ◦ Արտաաղիքային հիվանդություն – Տևողություն ◦ Առանց բակտերեմիա- 5 օր ◦ Բակտերեմիա- 21օր և/կամ խորհրդակցել վարակաբանի հետ (առկա տվյալները հիմնված են սահմանափակ թվով դեպքերի վրա): Ռեզիստենտականություն – Y. enterocolitic-ն ջրեթե միշտ արտադրում է β-լակտամազ, ինչի արդյունքում ռեզիստենտ են պենիցիլինին, ամպիցիլինին և 1-ին սերնդի ցեֆալոսպորինների մեծ մասին: – Y. Pseudotuberculosis - չեն արտադրում β-լակտամազ, բայց կայուն են պոլիմիքսինի նկատմամբ: – Y. enterocolitica ի բուժման հակաբակտերիալների խմբերը խորհուրդ է տրվում նաև կիրառել Y. pseudotuberculosis ի համար:
Ամբուլատոր բուժում	<i>Նախընտրելի՝</i> Տրիմետոպրիմ-սուլֆամետոքսազոլ (TMP-SMX, Կո-տրիմոքսազոլ) 8մգ/կգ/օր (հաշվարկված TMP բաղադրիչով, առավելագույնը 320մգ TMP/օր) օրը երկու անգամ, բերանացի, 5օր Ֆիպրոֆլոքսացին 30մգ/կգ/օր (առավելագույնը 1գ/օր), երկու անգամ օրը, բերանացի, 5օր
Հիվանդանոցային բուժում	– Հակաբիոտիկների նշանակում ցուցված է ԲՈԼՈՐ՝ հոսպիտալացված հիվանդներին, եթե ծանրությունը պայմանավորված է իերսինիոզով: – Սկզբնական բուժում Ցեֆտրիաքսոն 100մգ/կգ/օր (առավելագույնը 2գ/օր), օրը մեկ կամ երկու անգամ, ն/ե – Մեկ քայլ ներքև, եթե զգայուն է ստորև նշված հակաբիոտիկներից որևէ մեկին և չկա հակացուցում՝ Տրիմետոպրիմ-սուլֆամետոքսազոլ (TMP-SMX, Կո-տրիմոքսազոլ) 8մգ/կգ/օր (հաշվարկված TMP բաղադրիչով, առավելագույնը 320մգ TMP/օր) օրը երկու անգամ, բերանացի ԿԱՄ

	Ցիպրոֆլոքսացին 30մգ/կգ/օր (առավելագույնը 1գ/օր), երկու անգամ օրը, բերանացի:
--	--

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԻ ՄՇԱԿՄԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐԸ

1. Long S, Prober C., and Fischer M. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th edition. Elsevire. 2018. Լոնգ Ս, Պրոբեր Կ., և Ֆիշեր Մ. Մանկական վարակիչ հիվանդությունների բուժման սկզբունքներն ու պրակտիկան: 5-րդ հրատարակություն: Էլսեվիր. 2018
2. Loscalzo J, Fauci Anthony, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 21st edition. McGraw Hill. Apr 22, 2022 Լոսկալզո Ջ, Ֆաուչի Էնթոնի, և այլք. Հարիսոնի ներքին բժշկության սկզբունքները. 21-րդ հրատարակություն. ՄակԳրալ Հիլ, Ապրիլ 22, 2022
3. Cherry J, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8th edition. Elsevire. 2017 Չերրի Ջ, Դեմմլեր-Հարրիսոն ԳՋ, Կապլան ՍԼ, Ստեյնբախ ՎՋ, Հոտեզ ՊՋ. Մանկական ինֆեկցիոն հիվանդությունների ձեռնարկ. 8-րդ հրատարակություն. Էլսեվիր. 2017
4. American Academy of Pediatrics (AAP): Red Book: 2018-2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. (31st edition). Մանկաբույժների Ամերիկյան Ակադեմիա: Կարմիր գիրք: 2018-2021 Վարակիչ հիվանդությունների կոմիտեի 2021 թվականի հաշվետվություն (31-րդ հրատարակություն)
5. Clinical Practice Guideline. Acute gastroenteritis. The Royal Children's Hospital Melbourne. Available at: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Gastroenteritis/ (Accessed on August 15, 2023.) Կլինիկական պրակտիկայի ուղեղույց. Սուր գաստրոէնտերիտ. Մելբուռնի թագավորական մանկական հիվանդանոց. Հասանելի է : https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Gastroenteritis/ (Թույլատրված օգոստոս 15, 2023)
6. Shane AL et al. 2017 Infectious Diseases Society of America: Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of infectious diarrhea. Clinical Infectious Diseases. 2017 Nov 29; 65(12):1963-73. doi: 10.1093/cid/cix959. Շեյն ԱԼ և այլք. 2017 Ինֆեկցիոն հիվանդությունների Ամերիկյան ընկերություն: Վարակիչ լուծի ախտորոշման և բուժման կլինիկական

ուղեցույցներ: Կլինիկական ինֆեկցիոն հիվանդություններ. 2017 Նոյեմբեր 29 65(12):1963-73.
doi: 10.1093/cid/cix959.

7. Hartman S, Brow E., Loomis E, Russell HA. Gastroenteritis in Children. American Family Physician. 2019;99(3):159-165. Հարտման Ս, Բրու Ե., Լումիս Ե, Ռուսսել ՀԱ. Մանկական գաստրոէնտերիտ. Ամերիկայի ընտանեկան բժիշկ 2019;99(3):159-165

8. Michigan Medicine, University of Michigan: Guidelines for treatment of acute infectious diarrhea in pediatric patients. Available at:

https://www.med.umich.edu/asp/pdf/pediatric_guidelines/Diarrhea_PEDS.pdf Միչիգանի բժշկություն, Միչիգանի համալսարան; Երեխաների սուր վարակիչ լուծի բուժման ուղեցույցներ: Հասանելի է: https://www.med.umich.edu/asp/pdf/pediatric_guidelines/Diarrhea_PEDS.pdf

9. Strasbourger P, Kelsberg G, Safranek S. Antiemetics for Acute Gastroenteritis in Children. American Family Physician. 2020;102(1):51-52 Ստրասբուրգեր Պ, Կելսբերգ Գ, Սաֆրանեկ Ս. Հակափսխումային միջոցներ երեխաների սուր գաստրոէնտերիտի համար. Ամերիկայի ընտանեկան բժիշկ. 2020;102(1):51-52

10. Fact Sheet for Health Professionals: Zinc. U.S. Department of Health and Human Services. Available at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Zinc-HealthProfessional/> Առողջապահության ոլորտի մասնագետների տեղեկագիր: Ցինկ. ԱՄՆ առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն. Հասանելի է at: <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Zinc-HealthProfessional/>

11. Dhingra U, Kisenge R, et al. Lower-Dose Zinc for Childhood Diarrhea — A Randomized, Multicenter Trial. The New England Journal of Medicine 2020; 383:1231-1241. DOI:

10.1056/NEJMoa1915905 Դինգրա Ու, Կիսենգ Ռ, և այլք. Մանկական լուծի ժամանակ ցինկի ցածր դոզա— ռանդոմիզացված, բազմակենտրոն ուսումնասիրություն: Նոր Անգլիայի բժշկական հանդես 2020; 383:1231-1241. DOI: 10.1056/NEJMoa1915905

12. Pediatric emergency guideline: Gastroenteritis - Emergency management in children. Children’s Health Queensland Hospital and Health Service. 2023 Available at:

<https://www.childrens.health.qld.gov.au/wp-content/uploads/PDF/guidelines/CHQ-GDL-60015-gastroenteritis.pdf> Մանկական անհետաձգելի օգնության ուղեցույց: Գաստրոէնտերիտ - անհետաձգելի բուժում : Քվինսլենդի մանկական հիվանդանոց և առողջապահական ծառայություն: 2023. Հասանելի է <https://www.childrens.health.qld.gov.au/wp-content/uploads/PDF/guidelines/CHQ-GDL-60015-gastroenteritis.pdf>

13. Allos BM. Clinical manifestations, diagnosis, and treatment of Campylobacter infection.

In: UpToDate. (Accessed on July 24, 2023.) Ալլոս ԲՄ. Կամպիլոբակտերիա վարակի կլինիկական դրսևորումները, ախտորոշումը, և բուժումը. UpToDate (Թույլատրված հուլիս 24, 2023).

14. Children’s Health Queensland Hospital and Health Service: Management Guideline for Non-typhoidal Salmonellosis in Children.2023. Available at:

<https://www.childrens.health.qld.gov.au/wpcontent/uploads/PDF/ams/gdl-63001.pdf> Քվինսլենդի հիվանդանոց և առողջապահական ծառայություն Երեխաների առողջություն. Երեխաների մոտ ոչ տիֆոզ սալմոնելոզի բուժման ուղեցույց:2023. Հասանելի է

<https://www.childrens.health.qld.gov.au/wpcontent/uploads/PDF/ams/gdl-63001.pdf>

15. World Health Organization: Salmonella (non-typhoidal). Available at:

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal)).

Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն: Սալմոնելլա (ոչ տիֆոզ).

Հասանելի է [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal)).

16. World Health Organization: Campylobacter. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter>. Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն.

Կամպիլոբակտեր. Հասանելի է : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter>.

17. Centers for Disease Control and Prevention. National Antimicrobial Resistance Monitoring System for Enteric Bacteria (NARMS). NARMS Now: Human data, Shigella, 2022. Available at:

<https://wwwn.cdc.gov/narmsnow/> (Accessed on March 01, 2023). Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոններ: Աղիքային բակտերիաների Հակամանրեային դիմադրության մոնիտորինգի ազգային համակարգ (NARMS). Մարդկային տվյալներ, Շիգելլա, 2022. Հասանելի է <https://wwwn.cdc.gov/narmsnow/> (Թույլատրված մարտ 01, 2023).

18. Centers for Disease Control and Prevention. Health Advisory. Increase in Extensively Drug Resistant Shigellosis in the United States. Available at: <https://emergency.cdc.gov/han/2023/han00486.asp> (Accessed on March 01, 2023).

Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոններ: Խորհրդատվություն առողջապահության վերաբերյալ: Միացյալ Նահանգներում դեզորայքային լայն կայունությամբ շիգելոզի հիվանդացության աճ . Հասանելի է <https://emergency.cdc.gov/han/2023/han00486.asp> (Թույլատրված Մարտ 01, 2023).

19. Queensland Health Guidelines for Public Health Units: Shigella infection. 2018. Available at:

<https://www.health.qld.gov.au/cdcg/index/shigellosis>. Քվինսլենդի սանիտարական ուղեցույցները

հանրային առողջության ստորաբաժանումների համար. Շիգելլա վարակ. 2018. Հասանելի է <https://www.health.qld.gov.au/cdcg/index/shigellosis>.

20. Agha R,Goldberg M. Shigella infection: Clinical manifestations and diagnosis. In: UpToDate. (Accessed on August 15, 2023.) Աղա Ռ, Գոլդբերգ Մ. Շիգելլա վարակ: Կլինիկական դրսևորումները և ախտորոշումը: UpToDate. (Թույլատրված օգոստոս 15, 2023)

21. Ashkenazi S. Shigella infection: Treatment and prevention in children.In: UpToDate. (Accessed on August 15, 2023.) Աշկենազի Ս. Շիգելլա վարակ: Բուժումը և կանխարգելումը երեխաների մոտ. UpToDate. (Թույլատրված on օգոստոս 15, 2023.)

22. American Academy of pediatrics. Escherichia coli Infections. Pediatr Rev (2015) 36 (4): 167–171. <https://doi.org/10.1542/pir.36-4-167> Մանկաբույժների Ամերիկյան Ակադեմիա. Էշերիխիա կոլի վարակ. Մանկաբուժական ակնարկ. (2015) 36 (4): 167–171. <https://doi.org/10.1542/pir.36-4-167>

23. CDC Yellow Book 2024: Escherichia coli, Diarrheagenic. Available at: <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/escherichia-coli-diarrheagenic>.

Հիվանդությունների Կանխարգելման կենտրոն դեզին գիրք 2024; Էշերիխիա կոլի դիարեա առաջացնող. Հասանելի է <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/escherichia-coli-diarrheagenic>