

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

ՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ԳԱՍՏՐՈՆՏԵՐԻՏՈՎ ՊԱՅԻՆՏԻ ՎԱՐՄԱՆ

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

Հ/Հ	Կոդը	Անվանում
1)	A08	Վիրուսային և ճշտված այլ աղիքային վարակներ
2)	A08.0	Ռոտավիրուսային (աղեբորբ) էնտերիտ
3)	A08.1	Նորվոլկ հարուցչից առաջացած սուր գաստրոէնտերոպաթիա
4)	A08.2	Ադենովիրուսային էնտերիտ
5)	A08.3	Վիրուսային այլ էնտերիտներ
6)	A08.4	Վիրուսային աղիքային վարակ, չճշտված
7)	A08.5	Ճշտված այլ աղիքային վարակներ
8)	A09	Ենթադրյալ վարակային ծագմամբ կասկածով դիարեա և գաստրոէնտերիտ

2. Նոգոլոգիաների խումբը կիրառելի է՝ ըստ սույն հավելվածով սահմանված Ձև 1–ի.

1)	Տարիքային խումբ	Երեխաներ
2)	Սեռ	արական, իգական
3)	Բարդություններ	առանց բարդությունների (ԱԲ), բարդություններով (Բ)
4)	Հիվանդության փուլը	սուր
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
9)	Անամնեզ	Սուր սկիզբ Հիվանդության տևողություն, կղազատման և փսխումների հաճախականություն, հեղուկների ընդունում
10)	Զննման արդյունք/Ցուցում	Դեհիդրատացիայի աստիճանի գնահատում՝ ըստ համապատասխան սանդղակների Ինտոքսիկացիայի գնահատում՝ երեխան տոքսիկ է, թե ոչ

		Լուծի տեսակի գնահատում 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	ԿՈԴԸ	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	Կրեատինին, գլյուկոզա, էլեկտրոլիտներ	0-1	1-2	Նորմա կամ նորմայից շեղումներ՝ էլեկտրոլիտային շեղումները, երիկամային ֆունկցիան գնահատելու համար
4)	Առկա չէ	ԹԹՀ	0-1	1-2	Հնարավոր են տարբեր շեղումներ
5)	Առկա չէ	Արյան ցանքս (հազվադեպ)	0-1	1	Շատ հազվադեպ կարող է մանրէի աճ դիտվել
6)	Առկա չէ	Կղանքի ՊՇՌ քննություն	1	1	Վիրուսի հայտնաբերում
Գործիքային հետազոտություններ					
7)	Առկա չէ	Որովայնի սոնոգրաֆիա	0-1	1	Որովայնում ազատ հեղուկ, ինվագինատ՝ վիրաբուժական պաթոլոգիան ժխտելու համար է հիմնականում կիրառվում:

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	Անվանում (ջեներիկ)	Չափման միավոր	Միջինացված ցուցանիշ՝ տրամադրման հաճախականություն	Միջին օրական չափաքանակ	Բուժման կուրսի միջին չափաքանակ	Օրերի քանակ
1)	Նատրիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 9մգ/մլ; 50մլ, 100մլ, 200մլ, 250մլ, 400մլ, 500մլ, 1000մլ, 2000մլ, 3000մլ	Նատրիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 9մգ/մլ; 50մլ, 100մլ, 200մլ, 250մլ, 400մլ, 500մլ, 1000մլ, 2000մլ, 3000մլ	փաթեթ	2-3	Կախված ֆիզիոլոգիական պահանջից և կորուստներից	2-5	2-5
2)	Գլյուկոզա 5մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ, 400մգ, 500մգ	Գլյուկոզա 5մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ, 400մգ, 500մգ	փաթեթ	2-3	Կախված ֆիզիոլոգիական պահանջից	2-5	2-5

					և կորուստներ ից		
3)	Գլյուկոզա 10մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	Գլյուկոզա 10մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	փաթեթ	1-2	Գլյուկոզա <2.6մմոլ/լ- բույու 10% գլյուկոզայի լուծույթի՝ 2 մլ/կգ հաշվարկով	1-2	1-2
4)	Կալիում քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 40մգ/մլ; 100մլ, 200մլ	Կալիում քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 40մգ/մլ; 100մլ, 200մլ	պլաստի կե փաթեթ	1-2	K+ 2,5-3,0 մլէվ/ լ→0,5 մլէվ/կգ K+ <2,5 մլէվ/լ →0,75 մլէվ/կգ	1-2	1-2

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:

9. Վիրուսային գաստրոէնտերիտները (ՎԳԷ) երեխաների մոտ.

Վիրուսները պայմանավորում են մանկական սուր գաստրոէնտերիտների 70-87%-ը: Հիմնական հարուցիչները՝ ռոտավիրուս (*Rotavirus*) և նորովիրուս (*Norovirus*): Մինչև ռոտավիրուսի պատվաստման ներդրումը, ռոտավիրուսը մանկական գաստրոէնտերիտի հիմնական հարուցիչն էր: **Ներկայումս նորովիրուսն է համարվում ամենատարածված պատճառը մանկական գաստրոէնտերիտների:** Սուր գաստրոէնտերիտի այլ վիրուսային ախտածիններն են՝ կալցիվիրուս (*caliciviruses*), աստրովիրուս (*astroviruses*), ադենովիրուս (*adenoviruses*): Այլ վիրուսներ, ինչպիսիք են՝ կորոնավիրուսը (*coronaviruses*), պարվովիրուսը (*parvoviruses*) և պիկոբիրնավիրուսը (*picobirnaviruses*), ևս կարող են առաջացնել գաստրոէնտերիտ:

Համաճարակաբանական և կլինիկական առանձնահատկությունները վիրուսային գաստրոէնտերիտների հիմնական հարուցիչների՝

	Հիմնական սեզոնը	Գաղտնի շրջան	Փոխանցման հիմնական մեխանիզմները և ուղիները՝ ըստ հանդիպման հաճախականության նվազման	Տարիք	Տևողություն	Անցողիկ լակտոզ անտանելիության զարգացման հավանականություն
Ռոտավիրուս	Աշուն/ձմեռ՝ միջին և բարձր եկամուտով երկրներում՝ բարեխառն կլիմայական պայմաններով:	1-3 օր	– Ֆեկալ-օրալ – Շնչառական?	6-24 ամս.	5-7 օր	ԱՅՈ

	Շուրջ տարի՝ ցածր և միջին եկամուտով երկրներում՝ տրոպիկական կլիմայով					
Նորովիրուս	Շուրջ տարի (ձմեռ)	12-48 ժամ	_ Ֆեկալ-օրալ _ Ջուր _ Խեցեմորթ (Shellfish) _ Այլ սնունդ _ Շնչառական?	Բոլոր տարիք ներ	1-4 օր	ՈՉ
Աստրովիրուս	Ձմեռ	4-5 օր	_ Ֆեկալ-օրալ _ Ջուր	Բոլոր տարիք ներ	5-6 օր	Այո
Աղիքային ադենովիրուս (տիպ 40 և 41)	Ամառ	3-10 օր	Ֆեկալ-օրալ	Երեխաներ	6-9 օր	Այո

10. Կլինիկական առանձնահատկություններ

- 1) Վիրուսային աղիքային վարակները մեծամասամբ ընթանում են առանց ախտանիշ: Գրեթե բոլոր երեխաները մինչև երկու տարեկան ունենում են մեկ և ավել կլինիկորեն արտահայտված սուր գաստրոէնտերիտ: ՎԳԷ-ը հիմնականում զարգանում է վարակումից 12 ժամից մինչև 10 օր հետո, տևում է 3-9 օր:
- 2) Տիպիկ դրսևորումը լուծ, փսխում, կամ երկուսն էլ: Կարող են լինել նաև տենդ, որովայնացավ, գլխացավ, մկանացավ: Սկզբում երեխաները կարող են ունենալ միայն ոչ շատ արտահայտված փսխում կամ լուծ, բայց աստիճանաբար գանգատները կարող են դառնալ ավելի արտահայտված՝ բերելով հոսպիտալացման: Ռոտավիրուսային վարակով երեխաների մոտ 10%-ը հոսպիտալացվելիս ունենում են միայն տենդ և/կամ փսխում: **Եվ**

ռոտավիրուսային, և նորովիրուսային վարակների ժամանակ փսխումը ամենահաճախ հանդիպող գանգատն է: Փսխման տևողությունը հիմնականում 1-2օր, լուծի տևողությունը՝ 5-7 օր: Կղանքը հիմնականում ջրային է՝ նորմալ գունավորման կամ շատ բաց երանգի, առանց հոտ կամ յուրահատուկ հոտով:

Կղանքում տեսանելի արյան կամ լորձի առկայությունը բնորոշ չեն վիրուսային գաստրոէնտերիտին և պետք է ոչ վիրուսային ծագման գաստրոէնտերիտը հավանական ախտորոշում դարձնեն:

11. Հետազոտություններ.

1) Վիրուսային գաստրոէնտերիտը հիմնականում կլինիկական ախտորոշում է և չի պահանջում հետազոտություններ:

2) Հետազոտություններ վիրուսային հարուցիչների հայտնաբերման համար հիմնականում անհրաժեշտ չի լինում:

3) Սուր գաստրոէնտերիտով հիվանդների կղանքի մանրէաբանական քննության հիմնական ցուցումներն են՝

ա.Խորհուրդ է տրվում հետևյալ դեպքերում՝

ենթադրյալ սեպտիցեմիա

արյուն կամ լորձ կղանքում (քանի որ առավել բնորոշ է բակտերիալ վարակին)

իմունային անբավարարություն

բ.Դիտարկել անհրաժեշտությունը հետևյալ դեպքերում՝

Վերջերս ունեցած արտասահմանյան ճանապարհորդություն

Լուծ 7 օրից ավել տևողությամբ

Գաստրոէնտերիտ ախտորոշման անհստակություն

4) Արյան ընդհանուր քննություն և համապատասխան միջավայրերի մանրէաբանական քննություններ ցուցված են, եթե վարակի այլ օջախները ժխտելու կարիք կա:

5) Գլյուկոզայի որոշում արյան մեջ.

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

6) Բիոքիմիական քննություն (Na^+ , K^+ , միզանյութ, կրեատինին, գլյուկոզ) 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

7) 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 ուստին քննությունների մեջ **չի ընդգրկվում:**

12. Բուժում.

Բուժման հիմնասյունը համապատասխան բերանացի ռեհիդրատացիոն լուծույթների կիրառումն է՝ տարիքին համապատասխան սննդակարգին զուգահեռ:

Հակաբիոտիկներ չպետք է նշանակվեն:

1) Ռեհիդրատացիա (Հետևել ռեհիդրատացիայի ուղեցույցին)

_ Գնահատել ջրազրկման աստիճանը

_ Բերանացի և/կամ ն/ե ռեհիդրատացիա

Բերանացի ռեհիդրատացիան չափավոր ջրազրկման դեպքում այնքան արդյունավետ է, ինչքան ն/ե ռեհիդրատացիան, **նույնիսկ ավել:** Ավելի քիչ տրավմատիկ է, էժան է, կարող է տրվել նաև տանը:

2) Դիետա

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- բրինձ, applesauce- խնձորի խյուս, toast- բոված հացի կտոր) դիետա, որը նախկինում լայնորեն կիրառվել է:

Կրծքով կերակրումը պետք է շարունակել դիարեայի ընթացքում:

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

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

3) Հակափսխեցուցիչային բուժում

Օնդանսետրոնի միանվագ դեղաչափ կարելի է կիրառել՝ փսխումն ընկճելու համար:

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

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

Հաբերը հասանելի են 4 մգ և 8 մգ դեղաչափով:

Խորհուրդ տրվող դեղաչափերն են՝

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

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

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):

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

4) Ցինկի հավելում

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

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

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

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

Հնարավոր կողմնակի երևույթը **փսխումն** է:

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:

13. Կանխարգելում

1) Առաջնային կանխարգելում

ա.Անձնական հիգենան կարևոր է վիրուսի տարածումը կանխելու համար: Հաճախակի ձեռքերի լվացում օճառով (**նորովիրուսը կայուն է ալկոհոլային ախտահանիչներին, այդ իսկ պատճառով շատ հաճախ ներհիվանդանոցային աղիքային վարակների պատճառ է դառնում**), սննդի համապատասխան մշակում և պահում, խմելու ջրի համապատասխան մշակում:

բ. Կրծքով կերակրումը և ռուտին պատվաստումը կրճափասակ երեխաների ռոտավիրուսային պատվաստանյութով կարևորագույն դեր ունեն:

2) Երկրորդային կանխարգելում.

ա.Երեխայի խնամքի կենտրոններ կամ դպրոց վերադարձ

Ամերիկյան մանկաբուժական ակադեմիայի (American Academy of Pediatrics - AAP) վարակային հիվանդությունների կոմիտեն ցուցում է դիարեայով երեխայի վերադարձը երեխայի խնամքի կենտրոն կամ դպրոց հետևյալ դեպքերում՝

- Կղազատման հաճախականությունը տվյալ երեխայի նորմայից ոչ ավել է քան երկու կղազատումով:

- Ունի ձևավորված կղանք
- Եթե չի ունեցել նախորդող 24 ժամվա ընթացքում ≥ 2 փսխման դրվագ գաստրոէնտերիտով պայմանավորված:

Համաձայն NICE-ի (The National Institute for Health and Care Excellence)՝

- Երեխաները չպետք է հաճախեն մանկական խնամքի կենտրոններ կամ դպրոց, եթե վերջին լուծի և փսխման դրվագից չի անցել ≥ 48 ժամ:

Վերադարձ ջրային հաստատություններ (լողավազան...)

- Լուծով երեխաները չպետք է հաճախեն լողի և ունենան ջրային ակտիվություններ հասարակային հաստատություններում:
- Ըստ AAP-ի՝ տակդիրով երեխաները չպետք է հաճախեն լողավազան վիրուսային գաստրոէնտերիտի լավացումից հետո ևս մեկ շաբաթ:
- Համաձայն NICE-ի, չպետք է հաճախեն երեխաները լողավազան լուծի վերջին դրվագից հետո ևս երկու շաբաթ:

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳԻ ՄՇԱԿՄԱՆ ԱՂԲՅՈՒՐԸ

1. Long S, Prober C., and Fischer M. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5th edition. Elsevier. 2018. Լոնգ Ս, Պրոբեր Կ., 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: Մակ Գրոու Հիլլ. Ապրիլ 22, 2022
3. Cherry J, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8th edition. Elsevier. 2017 Չերրի Ջ, Դեմմլեր-Հարրիսոն ԳՋ, Կապլան ՍԼ, Ստեինբախ ՎՋ, Հոտեզ ՊՋ. Մանկական ինֆեկցիոն հիվանդությունների ձեռնարկ. 8-րդ հրատարակություն. Էլսեվիր
4. American Academy of Pediatrics (AAP): Red Book: 2018-2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. (31st edition). Մանկաբույժների Ամերիկյան Ասոցիացիա: Կարմիր գիրք: : Ինֆեկցիոն հիվանդությունների կոմիտեի 2018-2021 թվականների հաշվետվություն. 31-րդ հրատարակություն.
5. 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. Ամերիկայի Ինֆեկցիոն հիվանդությունների միություն 2017թվական: Կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույց վարակիչ լուծի ախտորոշման և կառավարման ոլորտում: Վարակիչ հիվանդությունների կլինիկական դրսևորումներ. 2017թ. նոյեմբերի 29 65(12):1963-73. doi: 10.1093/cid/cix959

6. Strasbourger P, Kelsberg G, Safranek S. Antiemetics for Acute Gastroenteritis in Children. American Family Physician. 2020;102(1):51-52 Ստարբուրգեր Պ, Կելսբերգ Գ, Սաֆրանեկ Ս. Երեխաների սուր գաստրոէնտերիտի հակափսխումային միջոցներ. Ամերիկայի ընտանեկան բժիշկներ. 2020թ. ;102(1):51-52

7. 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. ԱՄՆ առողջապահության և մարդկային ծառայությունների վարչություն. Հասանելի է <https://ods.od.nih.gov/factsheets/Zinc-HealthProfessional/>

8. 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, Կիզենգ Ռ, և այլք. Ցածր դոզայով ցինկ երեխաների դիարեայի դեպքում- Պատահականացված բազմակենտրոն ուսումնասիրություն: Նոր Անգլիայի բժշկական հանդես 2020; 383:1231-1241. DOI: 10.1056/NEJMoa1915905

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

10. O'Ryan MG. Acute viral gastroenteritis in children in resource-rich countries: Management and prevention. In: UpToDate. (Accessed on September 20, 2023.) Օ Ռայան ՄԳ. Սուր վիրուսային գաստրոէնտերիտ բնական պաշարներով հարուստ երկրներում երեխաների մոտ. բուժում և կանխարգելում: UpToDate (Թույլատրված Սեպտեմբեր 20, 2023թ.)

11. BMJ best practice. Viral gastroenteritis in children. June 2023. Available at: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/794> Բրիտանական բժշկական ամսագիր լավագույն պրակտիկա. Վիրուսային գաստրոէնտերիտ երեխաների մոտ. Հունիս 2023թ. Հասանելի է <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/794>

12. World Health Organization: Rotavirus Vaccine Information sheet. June 2018. Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպություն: Ռոտավիրուսային պատվաստանյութի տեղեկատվական թերթիկ. Հունիս 2018

13. Rivera L., Peña LM, Stainier I, et all. Horizontal transmission of a human rotavirus vaccine strain- a randomized, placebo-controlled study in twins. Clinical trial- vaccine. 2011 Nov 28;29(51):9508-13. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.10.015. Epub 2011 Oct 18. Ռիվերա Լ., Պենա ԼՄ, Ստաինիեր Ի. և այլք. Մարդկային ռոտավիրուսի պատվաստանյութի շտամի հորիզոնական փոխանցում- պատահականացված, պլացեբոյով վերահսկվող փորձարկում երկվորյակների մոտ: J Clin Nutr. Կլինիկական փորձարկում-պատվաստանյութ 2011թ. նոյեմբեր 28;29(51):9508-13. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.10.015. Epub 2011թ. հոկտեմբեր 18

14. Varghese T, Kang G, et all. Understanding Rotavirus Vaccine Efficacy and Effectiveness in Countries with High Child Mortality. Vaccines (Basel) 2022 Feb 23;10(3):346.doi: 10.3390/vaccines10030346: Վարգես Տ, Կանգ Գ, և այլք. Հասկանալով ռոտավիրուսային պատվաստանյութի արդյունավետությունը մանկական բարձր մահացություն ունեցող երկրներում: Պատվաստանյութեր (Բազել) Փետրվար 23 2022թ. ;10(3):346.doi: 10.3390/vaccines10030346: