

ԳՈՐԾԵԼԱԿԱՐԳ

ՍԱԼՄՈՆԵԼՈԶԱՅԻՆ ԳԱՍՏՐՈԷՆՏԵՐԻՏ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՄԲ ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՎԱՐՄԱՆ

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

Հ/Հ	Կոդը	Անվանում
1)	A02	Այլ սալմոնելոզային վարակներ Ներառյալ՝ վարակները (կամ սննդային թունավորումները)՝ առաջացած Salmonella-ի ցանկացած շճատիպից, որը տարբերվում է s. typhi-ից և s. paratyphi-ից
2)	A02.0	Սալմոնելոզային էնտերիտ (աղեբորբ) Սալմոնելոզ
3)	A02.1	Սալմոնելոզային սեպտիցեմիա (արյան վարակում)
4)	A02.2	Սալմոնելոզային տեղակայված վարակ Սալմոնելոզային՝ հոդաբորբ (M01.3) մենինգիտ(G01) օստեոմիելիտ (M90.2) թոքաբորբ (J17.0)

2. Նոզոլոգիաների 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, ձգձգված, կրկնություն
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)	Փանգատներ	Տենդ, Որովայնացավ, Սրտխառնոց, փսխում, Լուծ՝ ջրային կամ արյունային:
9)	Անամնեզ	Սուր սկիզբ Հավանական փոխանցման գործոնի բացահայտում՝ սնունդ (թոչնամիս, ձու), կենդանիների հետ շփում Հիվանդության ընթացքը ծանրացնող ուղեկցող հիվանդություններ՝ իմունային անբավարարություն,

		ԱՍՀ-ի քրոնիկ հիվանդություններ, հեմոգլոբինոպաթիաներ Հիվանդության տևողություն, կղազատման և փսխումների հաճախականություն, հեղուկների ընդունում:
10)	Ձննման արդյունք/Ցուցում	Դեհիդրատացիայի աստիճանի գնահատում՝ ըստ համապատասխան սանդղակների, Ինտոքսիկացիայի գնահատում՝ երեխան տոքսիկ է, թե ոչ Լուծի տեսակի գնահատում՝ ջրային, բորբոքային, Նյարդաբանական ախտանիշների գնահատում՝ գիտակցության խանգարում, օջախային ախտանշանների առկայություն, Ոսկրահոդային համակարգի գնահատում՝ արթրիտի, օստեոմիելիտի մասին վկայող ախտանշաններ:

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		1
2)	Մանկական վիրաբույժ	0-1	1-2
3)	Նյարդաբան		1
4)	Օրթոպեդ		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 է	Արյան ընդհանուր քննություն լեյկոֆորմուլայով	1	3-4	Նորմա/Լեյկոցիտոզ, ձախ թեքում
2)	Առկա է	Ց-ռեակտիվ սպիտակուց	1	3-4	Նորմա/Բարձրացում

3)	Առկա չէ	Կրեատինին, գլյուկոզա, էլեկտրոլիտներ	0-1	2-3	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	0-1	1	Մանրէի աճ
6)	Առկա չէ	Սինովիալ հեղուկի ցանքս	0	1	Մանրէի աճ
7)	Առկա չէ	Ողնուղեղային հեղուկի ցանքս	0	1-2	Մանրէի աճ
8)	Առկա չէ	Կղանքի ՊՇՌ քննություն	1	1	Մանրէի հայտնաբերում
9)	Առկա չէ	Կղանքի մանրէաբանական քննություն՝ զգայունություն	1	1	Մանրէի անջատում, զգայունության որոշում
Գործիքային հետազոտություններ					
10)	Առկա չէ	Որովայնի սոնոգրաֆիա	0-1	1-2	Վիրաբուժական պաթոլոգիայի հաստատում/ժխտում
11)	Առկա չէ	Հոդի սոնոգրաֆիա	0-1	2	Սինովիտի նկարագրություն
12)	Առկա չէ	Գոտկային պունկցիա	0-1	1-2	Թարախային մենինգիտին բնորոշ փոփոխություններ ողնուղեղային հեղուկի

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)	Չափման միավոր	Միջինացված ցուցանիշ՝ տրամադրման հաճախականություն	Միջին օրական չափաքանակ	Բուժման կուրսի միջին չափաքանակ	Օրերի քանակ
1)	Ցեֆտրիաքսոն (ցեֆտրիաքսոն նատրիում) դեղափոշի մ/մ և ն/ե ներարկման	Ցեֆտրիաքսոն (ցեֆտրիաքսոն նատրիում) դեղափոշի մ/մ և ն/ե ներարկման	սրվակ	1-2	100 մգ/կգ	7	7
2)	Ցեֆոտաքսիմ, դեղափոշի ն/ե ներարկման	Ցեֆոտաքսիմ, դեղափոշի ն/ե ներարկման	սրվակ	4	200մգ/կգ (առավելագույնը 8 գ)	7	7
3)	Ազիթրոմիցին (ազիթրոմիցինի	Ազիթրոմիցին (ազիթրոմիցինի	Դեղահատեր	1	10 մգ/կգ (առավելագ	3-5	3-5

	դիհիդրատ) 250մգ, 500մգ	դիհիդրատ) 250մգ, 500մգ			ույնը՝ 500 մգ)		
4)	Ազիթրոմիցին ներքին ընդունման դեղակախույթ 40մգ/մլ	Ազիթրոմիցին ներքին ընդունման դեղակախույթ 40մգ/մլ	Շշիկ	1	10 մգ/կգ (առավելագ ույնը՝ 500 մգ)	3-5	3-5
5)	Ցիպրոֆլոքսացին 500մգ	Ցիպրոֆլոքսացին 500մգ	Դեղահ ատեր	2	30 մգ/կգ (առավելագ ույնը՝ 1գ)		5
6)	Սուլֆամեթօքսազոլ, տրիմեթոպրիմ 800մգ+160մգ	Սուլֆամեթօքսազոլ, տրիմեթոպրիմ 800մգ+160մգ	Դեղահ ատեր	2	8մգ/կգ/օր (ըստ TMP բաղադրիչի , առավելագ ույնը 320 մգ TMP)	5-7	5-7
7)	Սուլֆամեթօքսազոլ, տրիմեթոպրիմ դեղակախույթ ներքին ընդունման 40մգ/մլ+8մգ/մլ	Սուլֆամեթօքսազոլ, տրիմեթոպրիմ դեղակախույթ ներքին ընդունման 40մգ/մլ+8մգ/մլ	Շշիկ	2	8մգ/կգ/օր (ըստ TMP բաղադրիչի , առավելագ	5-7	5-7

8)	Ցեֆիքսիմ (ցեֆիքսիմի տրիհիդրատ) 200մգ, 400մգ	Ցեֆիքսիմ (ցեֆիքսիմի տրիհիդրատ) 200մգ, 400մգ	Դեղահատ	2	ույնը 320 մգ TMP) 8 մգ/կգ (առավելագույնը 400 մգ) Կախված ֆիզիոլոգիական պահանջից և կորուստներից Կախված ֆիզիոլոգիական պահանջից և կորուստներից	5	5
9)	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	և կորուստներից Կախված ֆիզիոլոգիական պահանջից և կորուստներից	2-5	2-5
10)	Գլյուկոզա 5 մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	Գլյուկոզա 5 մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	Փաթեթ	2-3	և կորուստներից	2-5	2-5
11)	Գլյուկոզա 10մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	Գլյուկոզա 10մգ/մլ; 200 մլ, 250մլ,400մգ,500մգ	Փաթեթ	1-2	Գլյուկոզա <2.6մմոլ/լ-	1-2	1-2

					բույուս 10% գլյուկոզայի լուծույթի՝ 2 մլ/կգ հաշվարկով K+ 2,5-3,0 մլէվ/ լ-0,5 մլէվ/կգ K+ <2,5 մլէվ/լ -0,75 մլէվ/կգ		
12)	Կալիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 40մգ/մլ	Կալիումի քլորիդ լուծույթ կաթիլաներարկման 40մգ/մլ	Փաթեթ	1-2		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. Բուժական այլ միջոցառումներ սահմանվում են Ձև 5-ում (անհրաժեշտության դեպքում անհրաժեշտ է նշել հիվանդության փուլերը).

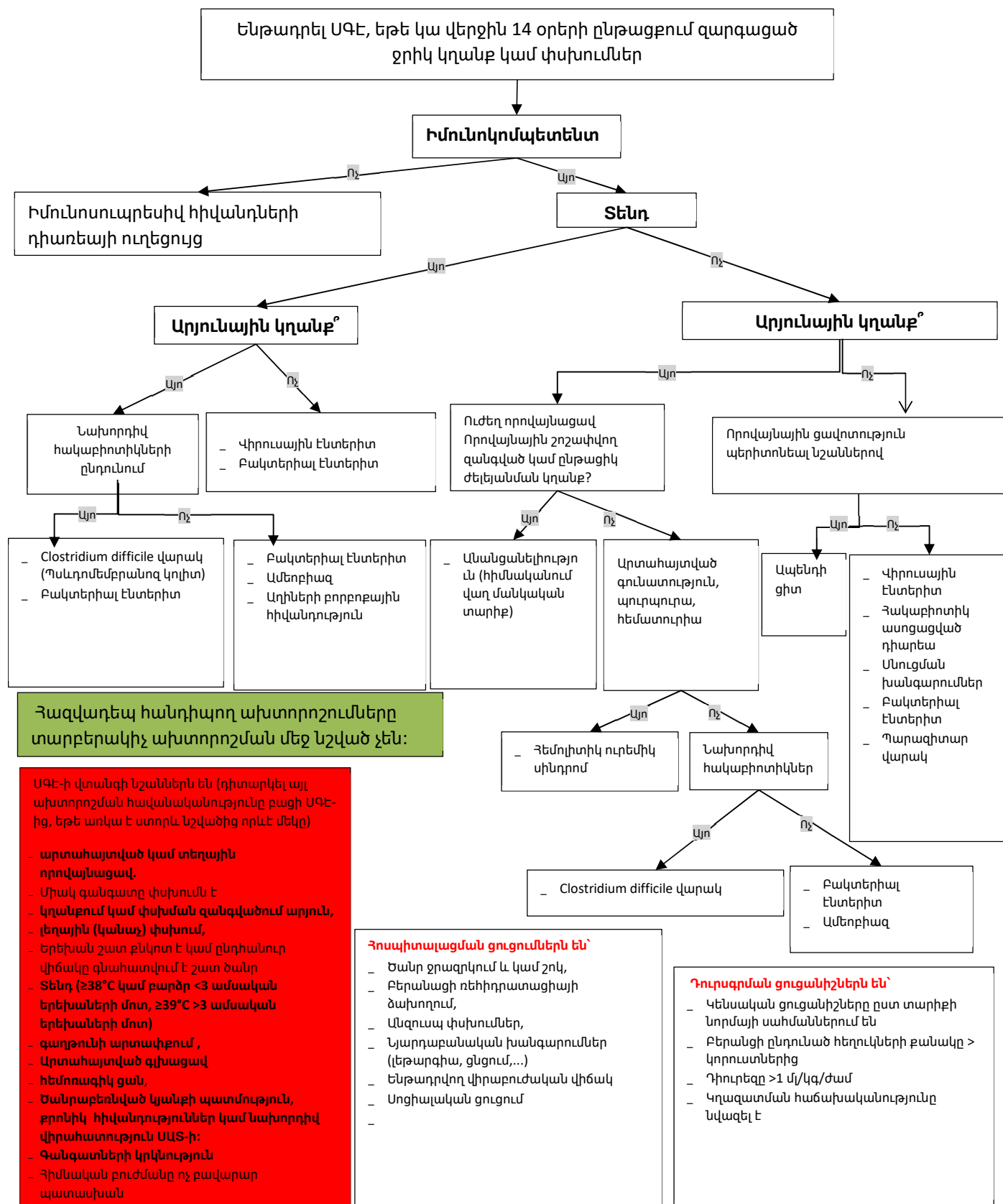
Ձև 5

Հ/Հ	Բժշկական ծառայության տեսակը	Տրամադրման քանակը	
		ԱԲ	Բ
1)	Հոդի պունկցիա	-	1

2)	Գոտյկային պունկցիա	-	1
----	--------------------	---	---

10. Սույն հավելվածի Ձև 5-ում սահմանված տրամադրվող քանակների համար նշվում է միջինացված ցուցանիշ, նկատի ունենալով, թե ինչ հաճախականությամբ է իրականացվում տվյալ բուժական միջոցառումը: Հաճախականության հաշվարկման միավորը պետք է լինի 0-ից 1 միջակայքում և հաշվի առնի նմանատիպ 100 դեպքերում տվյալ բուժական միջոցառման կիրառման հաճախականությունը:

Սուր գաստրոէնտերիտ (ՍԳԷ)



11. 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, 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

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 գունատություն (անեմիա), կամ

արյունագեղում (թրոմբոցիտոպենիա), կամ լեթարգիա, պետք է դիտարկվի ՀՈՒՀ-ի հավանականությունը:

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

գ. ՀՈՒՀ ը բնորոշվում է հետևյալ տրիադայի հանկարծակի զարգացումով՝

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

13. 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:

- 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, <8 կգ 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):
- բ. Այլ հակափսխեցուցիչներն օգտագործել խորհուրդ չի տրվում՝ ի հաշիվ կողմնակի երևույթների և օնդանսետրոնի համեմատությամբ ցածր արդյունավետության:

3) Ֆինկի 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 ագետատը:

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 ակննկալվող օգուտը:

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

- Հաստատված կամ ենթադրելի սեպտիցեմիա
 - Clostridium difficile-առաջացված պսևդոմեմբրանոզ 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:

Ոչ տիֆային սալմոնելոզ (ՈՏՍ)	
Մանրէաբանություն Համաճարակաբանություն	○ ՈՏՍ-ը աշխարհում լուծային հիվանդությունների 4 հիմնական պատճառներից մեկն է: ○ Սալմոնելան պատկանում է Enterobacteriaceae ընտանիքին: <i>Salmonella bongori</i> և <i>Salmonella enterica</i> երկու տեսակներում մինչ օրս հայտնաբերվել են ավելի քան 2500 տարբեր շճատիպեր: ○ Բոլոր շճատիպերը կարող են առաջացնել հիվանդություն մարդկանց մոտ: ○ <i>Salmonella enterica</i> շճատիպ Enteritidis և <i>Salmonella enterica</i> շճատիպ Typhimurium՝ առավել հաճախ հանդիպող շճատիպերն են: ○ <i>Salmonella enterica</i> շճատիպ Dublin (ռեզերվուար՝ խոշոր եղջերավոր անասուններ) և <i>Salmonella enterica</i> շճատիպ Choleraesuis (ռեզերվուար՝ խոզ) հիմնականում առաջացնում են ինվազիվ վարակ: ○ Համաճարակաբանության մեջ կարևոր տեղ ունեն թռչունները (հաճախ բրոյլերյան հավերը), հատկապես ջրլող թռչունները, որոնք հանդիսանում են հիվանդության տարբեր տեսակների ռեզերվուար: Սալմոնելաները հայտնաբերվում են ոչ միայն թռչնամսում և ներքին օրգաններում, այլ նաև հավկիթում, որի արտաթին տեսքը և օրգանոլեպտիկ հատկությունները չեն փոխվում: Այդ պատճառով խորհուրդ չի տրվում օգտագործել հում ձու: ○ Կան տվյալներ սալմոնելաների արտազատման վերաբերյալ գորտերի, մողեսների, կրիաների, օձերի, խեցգետինների, ծովախեցգետինների, ձկների մոտ: ○ Սալմոնելան մնում է կենսունակ չոր միջավայրում շաբաթներ, ջրում՝ ամիսներ: ○ Սալմոնելոզը հանդիպում է ամբողջ տարվա ընթացքում, սակայն ավելի հաճախ՝ ամռան ամիսներին: ○ Հակամանրէային կայունությունը համաշխարհային հանրային առողջության խնդիր է, և սալմոնելան այն միկրոօրգանիզմներից է, որտեղ առաջացել են կայուն շճատիպեր սննդային շղթայով պայմանավորված:

Կլինիկական առանձնահատկություններ	Գաստրոէնտերիտ ◦ Հիմնական կլինիկական դրսևորումն է ◦ Գաղտնի շրջանը՝ 6-72 ժամ (միջինը՝ 24 ժամ), ◦ Սրտխառնոցի, փսխման և որովայնացավի կտրուկ սկիզբին հաջորդում է ջրային կամ դիզենտերիկ (այսինքն՝ արյուն և լորձ պարունակող) լուծը: Զերմության բարձրացում ($38,5^{\circ}\text{C}$–39°C) հանդիպում է դեպքերի մոտավորապես 70%-ում: ◦ Հիվանդության տևողությունը հիմնականում մինչև 1 շաբաթ: Նորածինների, մինչև 3-6ամսական կրծքահասակ երեխաներ և իմունային անբավարարությամբ երեխաների մոտ ախտանշանները կարող են պահպանվել շաբաթներով: ◦ Աղիների բորբոքային հիվանդությամբ՝ հատկապես ակտիվ խոցային կոլիտով հիվանդների մոտ, սալմոնելան կարող է թափանցել աղիների պատ՝ բերելով տոքսիկ մեգակոլոնի, համակարգային ինտոքսիկացիայի և մահվան: ◦ Կղանքով արտազատման տևողությունը միջինը 7 շաբաթ է, որը կարող է լինել ավելի տևական <5 տարեկան երեխաների մոտ: Բակտերեմիա ◦ ՈՏՍ-ային գաստրոէնտերիտը բարդանում է անցողիկ բակտերեմիայով հիվանդների 1-5%-ի մոտ և ավելի հաճախ՝ նորածինների և թերսնված երեխաների մոտ: Երեխաները՝ հատկապես նորածինները, կարող են լինել աֆերիլ և ոչ տոքսիկ: ◦ Բակտերեմիայով կրծքահասակ երեխաները հիմնականում չունեն իմուն անբավարարություն կամ նախատրամադրող այլ գործոններ բացի տարիքից, իսկ ավելի բարձր տարիքի երեխաները հիմնականում ունեն նախատրամադրող գործոններ: ◦ Սալմոնելային բակտերեմիայով և իմունային անբավարարությունով երեխաների մոտ 35%-ի մոտ զարգանում են լուրջ բարդություններ՝ (օրինակ՝ մենինգիտ, օստեոմիելիտ, սեպտիկ արթրիտ, թոքաբորբ), մինչդեռ առողջ երեխաները, ովքեր զարգացրել են ոչ տիֆային սալմոնելային բակտերեմիա, համեմատաբար ցածր ռիսկ (մոտ 3%) ունեն նման բարդությունների զարգացման: ◦ Չնայած հակաբիոտիկային թերապիային՝ երկարատև կամ կրկնվող սալմոնելային բակտերեմիա կարող է առաջանալ ՁԻԱՀ-ով, շիստոսոմիազով (սալմոնելային օրգանիզմները կարող են բազմանալ շիստոսոմներում, որտեղ նրանք պաշտպանված են հակամանրէային նյութերից), հեմոլիտիկ անեմիայով հիվանդների մոտ: ◦ Ինվազիվ ոչ տիֆային սալմոնելային վարակը առողջ հղիների մոտ հազվադեպ է, զարգացման դեպքում ելքը մոր համար հիմնականում բարենպաստ է, բայց տրանսպլացենտար փոխանցումը պտղին կարող է հանգեցնել լետալ ելքի: Արտաաղիքային օջախային վարակներ – Սալմոնելան կարող է տարածվել գրեթե ցանկացած օրգան-համակարգ:
---	---

	◦ Հիմնականում ընդգրկվում են նախորդիվ անատոմիական շեղումներով օրգանները (օր.՝ պոլիկիստոզ երիկամ կամ լյարդ, հիպերպլաստիկ լիմֆատիկ հանգույցներ) ◦ Օստեոմիելիտ կամ թարախային արթրիտ կարող է զարգանալ նախորդիվ տրավմաների, պրոթեզների տեղում, մանգաղաբջջային անեմիայով երեխաների ոսկրերի ինֆարկտի գոտիներում և իհարկե նույնիսկ առանց նախատրամադրող գործոնների: ◦ Մենինգիտը հիմնականում նորածինների և կրծքահասակ երեխաների մոտ է զարգանում: Նորածինները սկզբում հիմնականում տենդ չեն ունենում, բայց շատ արագ զարգանում է վատացում և ունենում են բարձր լետալ ելք (~50%), իսկ կենդանի մնացածների մոտ՝ նյարդաբանական մնացորդային երևույթներ:
Ախտորոշում	_ Ախտորոշվում է հիմնականում մանրէի անջատումով թարմ արտազատված կղանքից, արյունից, սինովիալ հեղուկից: _ Բարձր զգայունությամբ այլ թեստեր՝ արագ անտիգենային, ՊՇՌ, ևս հասանելի են:
Բուժում	
Բուժում (ընդհանուր դրույթներ)	_ Հետագա հետազոտությունների/ԲՈՒԺՄԱՆ ցուցումներն են՝ ◦ Արտահայտված լուծ (>9-10 կղանք /օրը) ◦ Չկառավարվող կամ երկարատև տենդ ◦ Երեխաներ <3 ամսական ◦ Իմունային անբավարարությունով հիվանդներ ◦ Ստամոքս-աղիքային քրոնիկ հիվանդություններ ◦ Չարորակ նորագոյացություններ ◦ Հեմոգլոբինոպաթիաներ՝ ներառյալ մանգաղաբջջային անեմիա _ Արյան ստերիլություն պետք է վերցնել մինչև հակաբակտերիալ թերապիայի սկսելը, նույնիսկ ամբուլատոր հիվանդների դեպքում: _ Հակաբիոտիկի ընտրություն ◦ Հակաբիոտիկի ընտրությունը կախված է զգայունության թեստից: ◦ Էմպիրիկ ն/ե հակաբիոտիկներն են՝ մինչև զգայունության պատասխանն ունենալը Ցեֆտրիաքսոն 100 մգ/կգ/օր (առավելագույնը 2 գ/օր), օրը մեկ կամ երկու անգամ, Ցեֆոտաքսիմ 200մգ/կգ/օր (առավելագույնը 8 գ/օր) օրը 4 անգամ ◦ Էմպիրիկ բերանացի հակաբիոտիկներն են՝ <i>Նախընտրելի է</i> Ազիթրոմիցին 10 մգ/կգ/օր (առավելագույնը՝ 500 մգ/օր) օրը մեկ անգամ <i>Այլընտրանք, եթե առկա է մակրոլիդի նկատմամբ ալերգիա</i> Ցիպրոֆլոքսացին 30 մգ/կգ/օր (առավելագույնը՝ 1գ/օր), օրը 2 անգամ <i>Չզայունության թեստից հետո հնարավոր այլընտրանքն են՝</i> Տրիմեթոպրիմ-սուլֆամետոքսազոլ (TMP-SMX, Co-trimoxazole) 8մգ/կգ/օր (ըստ TMP բաղադրիչի, առավելագույնը 320 մգ TMP/օր) օրը 2 անգամ, բերանացի

	Ցեֆիքսիմ 8 մգ/կգ/օր (առավելագույնը 400 մգ/օր) օրը 2 անգամ, բերանացի Ամոքսիցիլին 90 մգ/կգ/օր (առավելագույնը 1500 մգ/օր) օրը 3 անգամ, բերանացի	
Գաստրոէնտերիտ, առանց բակտերեմիա	<6 ամսական	– Պետք է բուժել բոլորին 7 օր հակաբիոտիկով – Եթե երեխան տոքսիկ չէ, բերանացի բուժումը նախընտրելի է: – Եթե ֆեբրիլ է կամ տուժած՝ ◦ Վերցնել արյան ստերիլություն +/- ողնուղեղային հեղուկ ◦ Սկսել պարէնտերալ հակաբիոտիկ՝ մինչև ստերիլության պատասխանը:
	>6 ամսական	– Եթե տուժած չէ չնայած լուծին, հետևել: Հակաբիոտիկ ցուցված չէ: – Եթե առկա է չկառավարվող տենդ կամ տուժած է՝ ◦ Հատկապես եթե <12 ամսական, վերցնել արյան ստերիլություն +/- ողնուղեղային հեղուկ և սկսել ն/ե էմպիրիկ հակաբիոտիկային բուժում ◦ Եթե արյան ստերիլությունով 48 ժամ անց սալմոնելա չի անջատվել և երեխան կլինիկորեն լավ է, անցնել բերանացի ընդունման՝ լրացնելով 7 օրը:
	Երկարատև կրություն	Կղանքի կրկնակի քննություններ ցուցված չեն: Չկա որևէ տվյալ ի օգուտ հակամանրէային բուժման՝ երկարատև կրության համար:
Սալմոնելային բակտերեմիա (առանց բարդություն)	– <3 ամսական: 10 օր ն/ե հակաբիոտիկ: Ողնուղեղային հեղուկի հետազոտությունը պարտադիր է: – 3-12 ամսական: 7 օր պարէնտերալ հակաբիոտիկ: Ողնուղեղային հեղուկի հետազոտություն, եթե կլինիկորեն ցուցված է: – >12 ամսական- 7 օր հակաբիոտիկ (եթե երեխան ընթացիկ կլինիկորեն լավ է, ապա կարելի է անցնել բերանացի ընդունման):	
Բարդացած վարակ	– Մենինգիտ ◦ Ն/ե ցեֆոտաքսիմ կամ ցեֆտրիաքսոն 4-6 շաբաթ ◦ Դիտարկել հաջորդ գոտկային պունկցիան բուժումից 48-72 ժամ անց, վստահ լինելու, որ ողնուղեղային հեղուկը ստերիլ է: ◦ Եթե երկրորդ հետազոտությունով դեռ ողնուղեղային հեղուկում կա աճ, ապա բուժմանն ավելացնել ցիպրոֆլոքսացին (եթե զգայուն է): – Օստեոմիելիտ ◦ 4-6 շաբաթ հակաբիոտիկ (ն/ե տևողությունը հստակ չէ, բայց առաջարկվում է նվազագույնը 2-4 շաբաթ):	
Կանխարգելիչ միջոցառումներ	– Հարկավոր չէ ապաքինումից հետո մանրէաբանական քննություն անել, տեսնելու բակտերիայի էլիմինացիան, քանի որ բակտերիայի արտազատումը ապաքինումից հետո շատ հաճախ է պահպանվում: – Դպրոց կամ մանկապարտեզ ◦ Երեխաները կամ աշխատակիցները կարիք չունեն ապաքինումից հետո ունենալու կղանքի բացասական մանրէաբանական քննություն: ◦ Չպետք է հաճախել դպրոց կամ մանկապարտեզ մինչև կղազատման հաճախականությունը չդառնա տվյալ երեխայի նորմայից ոչ ավել քան երկու կղազատումով:	

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. 2018թ.
2. Loscalzo J, Fauci Anthony, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine, 21st edition. McGraw Hill. Apr 22, 2022 Լոսկանզո Ջ, Ֆաուչի Էնթոնի , և այլք. Հարիսոնի" ներքին բժշկության սկզբունքները", 21-րդ հրատարակություն: Մակ Գրոու Հիլլ. Ապրիլ 22, 2022թ.
3. Cherry J, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. 8th edition. Elsevire. 2017 Չերրի Ջ, Դեմմլեր-Հարիսոն ԳՋ, Կապլան ՍԼ, Ստեինբախ ՎՋ, Հոտեզ ՊՋ. Մանկական ինֆեկցիոն հիվանդությունների ձեռնարկ. 8-րդ հրատարակություն. Էլսեվիր. 2017թ.
4. American Academy of Pediatrics (AAP): Red Book: 2018-2021 Report of the Committee on Infectious Diseases. (31st edition). Մանկաբույժների Ամերիկյան Ակադեմիա: Կարմիր գիրք: Վարակիչ հիվանդությունների կոմիտեի 2018-2021 թվականների 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 ձեռնարկ. Սուր գաստրոէնտերիտ. Մելբուռնի թագավորական մանկական հիվանդանոց. Հասանելի է https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/Gastroenteritis/ (Թույլատրված է օգոստոս 15, 2023թ.)
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. Վարակիչ հիվանդությունների ամերիկյան ընկերություն 2017 թ.: Կլինիկական պրակտիկայի ուղեցույցներ վարակիչ լուծի ախտորոշման և բուժման վերաբերյալ: Կլինիկական վարակիչ հիվանդություններ 2017թ. 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, Բրոու Ե., Լոմիս Ե, Ռուսսել ՀԱ.

Գաստրոէնտերիտ երեխաների մոտ. Ամերիկյան ընտանեկան բժշկություն. 2019թ.,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: Ցուցումներ բուժման սուր ինֆեկցիոն լուծ մանկական հիվանդների. 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 Ստարսբուրգեր Պ, Կելսբերգ Գ, Սաֆրանեկ Ս. Սուր գաստրոէնտերիտով երեխաների հակափսխումային դեղեր. Ամերիկյան ընտանեկան բժշկություն. 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. ԱՄՆ առողջապահության և մարդկային

ծառայությունների վարչություն Հասանելի է : <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 դիարեայի դեպքում ցինկի ցածր դոզա- ռանդոմիզացված, բազմակենտրոն փորձարկում. Նոր Անգլիա բժշկական ամսագիր 2020թ., 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-

երեխաների անհետաձգելի օգնություն. Քվինսլենդի մանկական հիվանդանոց և առողջապահական ծառայություն. 2023թ. 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. Կամպիլոբակտեր վարակի կլինիկական դրսևորումներ, ախտորոշում, և բուժում. UpToDate. (Թույլատրված է Հուլիս 24, 2023թ.)

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 մանկական հիվանդանոց և առողջապահական ծառայություն. Երեխաների մոտ ոչ տիֆոիդ սալմոնելյոզի վարման ուղեցույց. 2023թ. 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 տիֆոիդ).

Հասանել 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 Հակամանրէային դիմակայության մոնիտորինգի ազգային համակարգ (NARMS): Մարդկանց տվյալներ, շիգելլա, 2022թ. Հասանելի է: <https://wwwn.cdc.gov/narmsnow/> (Թույլատրված է Մարտ 01, 2023թ.)

18. Centers for Disease Control and Prevention. Health Advisory. Increase in Extensively DrugResistant 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 լայն սպեկտորի դեղորայքակայունությամբ շիգելոզի դեպքերի աճ: Հասանելի է: <https://emergency.cdc.gov/han/2023/han00486.asp> (Թույլատրված է Մարտ 01, 2023թ.).

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. 2018թ. 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 դրսևորումներ և ախտորոշում: UpToDate. (Թույլատրված է Օգոստոս 15, 2023թ.)
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 է Օգոստոս 15, 2023թ.)
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. E. coli վարակ մանկաբուժական ակնարկ (2015թ.) 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>. CDC դեղին գիրք 2024թ.: Դիարեա առաջացնող E. Coli Հասանելի է <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/escherichia-coli-diarrheagenic> .