

ქვემოთ წარმოდგენილია ოჯახის ექიმის პრაქტიკაში ყველაზე გავრცელებული პედიატრიული პრობლემები, რომელთა მართვაც, ერთი შეხედვით, დიდ სიმძნელეს არ წარმოადგენს. თუმცა სამედიცინო თვალსაზრისით სრულიად მარტივი პრობლემაც კი, მისი ჰოლისტიკური განზომილებებით განხილვისას, საკმაოდ კომპლექსურობას იძენს. ოჯახის ექიმს, ხშირად მთელი თავისი ცოდნისა და „კომუნიკაციის ხელოვნების“ გამოყენება უნდება, რათა მშობლები ბავშვის ავადმყოფობის კეთილსაიმედო მიმდინარეობაში დაარწმუნოს და თავიდან ააცილოს პატარას ზედმეტი გამოკვლევები, წამლები და ჰოსპიტალური მკურნალობაც კი.

დამოუკიდებლად ჩამოაყალიბეთ ქვემოთ წარმოდგენილი პრობლემების მართვის გეგმები, მხოლოდ შემდეგ გაეცანით მასალაში წარმოდგენილ შემთხვევებსა და პასუხებს.

### პრობლემა №1

მ კვირის ჩვილი, რომელიც უკანასკნელი ოთხი კვირის მანძილზე თითქმის გამუდმებით ტირის და ჭირვეულობს

მოგმართავთ 28 წლის ქალი, ორი შვილის დედა, რომელიც ძალიან შეწუხებულია უძცროსი ბავშვის მ კვირის ჩვილის მდგომარეობის გამო. ქალი გეუბნებათ, რომ ბავშვი უკვე მუდმივად კვირავს გამუდმებით ტირის და „ამას ბოლო აღარ უჩანს“.

ბავშვი ხელოვნურ კვებაზეა. ამასთან დაკავშირებით დედა რაიმე პრობლემებს არ აღწერს, თუ არ ჩავთვლით „საკვების მიღების შემდეგ გაზების დაგროვებასა და ბოყინს“. სხვა სიმპტომების იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება. დედა გეუბნებათ, რომ პერიოდულად უფროსი ბავშვიც ტიროდა, მაგრამ ამის მსგავსი არაფერი ჰქონია. ბავშვს რაიმე თვალსაჩინო პრობლემა, კერძოდ დიარეა ან შეკრულობა არ აღენიშნება.

გასინჯვით ტემპერატურის მონიტორინგს ან რაიმე პათოლოგია ყურის, ყელის, ფილტვების მხრივ არ აღინიშნება. მუცელი რბილია, რაიმე მოცულობითი წარმონაქმის პალპირება არ ხერხდება.

1. რა არის ამ შემთხვევაში ყველაზე მეტად საგარაუდო დიაგნოზი?

- ა) ჩვილ ბავშვთა კოლიკა
- ბ) ჩვილ ბავშვთა სპაზმის სინდრომი
- გ) ადრეული ასაკის კრონის დაავადება
- დ) ჩვილ ბავშვთა ფსიქოსოციალური სტრესის სინდრომი
- ე) საშარდე ტრაქტის ინფექცია

(ა)

2. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელი გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს ამ ჩვილს დიაგნოზის დასადგენად?

- ა) სისხლის საერთო ანალიზი (ფორმულით)
- ბ) სისხლის საერთო ანალიზი/ლეიკოციტური ფორმულა/ედს
- გ) სისხლის საერთო ანალიზი/ლეიკოციტური ფორმულა/ედს/შარდის ანალიზი
- დ) შარდის ანალიზი
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი, არავითარი გამოკვლევა საჭირო არ არის

●

(დ) აღწერილ შემთხვევაში ყველა საგარეუდოა ჩვილ ბავშვთა კოლიკა. ეს მდგომარეობა განიმარტება, როგორც სამი თვის ასაკამდე ბავშვთა აუხსნელი ჭირვეულობა ან ტირილი, რომელიც დღეში სამ საათზე, კვირაში სამ დღეზე და სამ კვირაზე დიდხანს გრძელდება. აუხსნელი ჭირვეულობა და ტირილი სხვა მიზეზებითაც (განსაკუთრებით ინფექცია) შეიძლება იყოს გამოწვეული, რომელთა დიაგნოსტიკა და გამორიცხვა აუცილებელია. რაც შეეხება ახალშობილთა სპაზმის სინდრომს ან ჩვილ ბავშვთა ფსიქოსოციალური სტრესის სინდრომს, ასეთი რამ საერთოდ არ არსებობს. ასევე შეუძლებელია ამ ასაკში კრონის დაავადების არსებობაც.

ვიდრე, ტირილის მიზეზად ჩვილ ბავშვთა კოლიკას მიიჩნევთ აუცილებელია გამორიცხოს საშარდე ტრაქტის ინფექცია, შუა ოტიტი, ფარინგიტი, პნევმონია და სხვა ინფექციები.

ჩვილ ბავშვებში, პირველ რიგში, საშარდე ტრაქტის ინფექციები უნდა გამორიცხოს. ამისათვის საჭიროა შარდის ანალიზის ჩატარება. გარდა ამისა, სხვა შესაძლო დაავადებების გამოსარიცხად სრულყოფილი ფიზიკალური გასინჯვა უნდა ჩატარდეს. ნაკლებად საგარეუდოა, რომ შუა ოტიტი, ფარინგიტი, პნევმონია, მენინგიტი მხოლოდ ტირილით გამოვლინდეს. თუკი ბავშვს ჭირვეულობასთან ერთად ტემპერატურის მომატებაც აღენიშნება, საჭიროა უფრო სრულყოფილი ლაბ. გამოკვლევები და, მძიმე შემთხვევებში, ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია.

3. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია ჩვილებში ჭირვეულობისა და ტირილის განმარტებელი ძირითადი მიზეზი?

- ა) ხელოვნური კვება
- ბ) ჰორმონული პათოლოგია, რომელიც თან ახლავს ახლად შემოტანილ დიაგნოსტიკურ კატეგორიას, რომელსაც „ჩვილების სტრესის“ სახელით მოიხსენიებენ.
- გ) გასტროინტესტინური ჰიპერპერისტალტიკა
- დ) დედის სტრესი
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი, ამ სიმპტომის მიზეზი უცნობია

●

(ე)

ჩვილებში გადაჭარბებული ტირილის მიზეზი უცნობია. მართალია ისეთი მიზეზები, როგორცაა გასტროინტესტინური ჰიპერპერისტალტიკა, ალერგია ძროხის რძის ცილაზე, ლაქტოზის აუტანლობა, მშობელსა და ჩვილს შორის ურთიერთობის გართულება, უმწიფარი ახალშობილის ნეიროფიზიოლოგიური პასუხი გარეგან და შინაგან გამღიზიანებლებზე, მოიაზრება, როგორც შესაძლო დარღვევები, მაგრამ ჭკუშმარიტი მიზეზის დადგენა ჯერ-ჯერობით არ ხერხდება. ფსიქიატრიული მდგომარეობა, ე.წ. „ჩვილის სტრესი“ არ არსებობს.

4. ქვემოთ ჩამოთვლილი განმარტებებიდან ყველაზე უკეთ რომელი აღწერს სინდრომს, რომელთანაც კონკრეტულ შემთხვევაში გვაქვს საქმე?

- ა) აუხსნელი ჭირვეულობა და ტირილი სამ თვემდე ასაკის ბავშვებში, რომელიც გრძელდება დღეში სამ საათზე, კვირაში სამ დღეზე და სამ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში;

- ბ) აუხსნელი ჭირვეულობა და ტირილი ოთხ თვემდე ასაკის ბავშვებში, რომელიც გრძელდება დღეში ექვს საათზე, კვირაში სამ დღეზე და ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში;
- გ) აუხსნელი ჭირვეულობა და ტირილი ექვს თვემდე ასაკის ბავშვებში, რომელიც გრძელდება დღეში 4 საათზე, კვირაში სამ დღეზე და ორ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში;
- დ) აუხსნელი ჭირვეულობა და ტირილი რვა თვემდე ასაკის ბავშვებში, რომელიც გრძელდება დღეში 6 საათზე, კვირაში 5 დღეზე და 3 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში;
- ე) აუხსნელი ჭირვეულობა და ტირილი 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში, რომელიც გრძელდება დღეში 7 საათზე, კვირაში 6 დღეზე და 7 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში;



(ა)

არსებობს ჩვილ ბავშვთა კოლიკის სადიაგნოსტიკო ვესელის კრიტერიუმები: ჩვილ ბავშვთა კოლიკას მიეკუთვნება აუხსნელი ტირილი და ჭირვეულობა სამ თვემდე ასაკის ბავშვებში, რომელიც გრძელდება დღეში სამ საათზე, კვირაში სამ დღეზე და სამ კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში;

5. როგორ მოიქცევით?

- ა) უთხარით დედას დამშვიდდეს და თუ ბავშვი ჭირვეულობას და ტირილს არ შეწყვეტს დაგირეკოთ ოთხ კვირაში
- ბ) გააგზავნეთ ბავშვი ჩვილ ბავშვთა ფსიქიტრთან
- გ) ნურაფერს გააკეთებთ
- დ) შეწყვიტეთ ბავშვის საკვებად ძროხის რძის გამოყენება და გადადით სოიოს რძეზე
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი



(ე)

ამ შემთხვევაში, (ცხადია, მას შემდეგ რაც დარწმუნდებით, რომ ჩვილ ბავშვთა კოლიკასთან გაქვთ საქმე) ყველაზე გამართლებული შემდეგი ქცევა იქნება:

1. განუმარტეთ დედას რასთან გაქვთ საქმე
2. აუხსენით, რომ ამ მდგომარეობის მიზეზი უცნობია
3. დაარწმუნეთ დედა, რომ კოლიკა გაივლის სამი თვის ასაკისათვის და თუ სრული გამოჯანმრთელება არ აღინიშნა, ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად, ეს პრობლემა სულ უფრო ნაკლებად შესამჩნევი გახდება
4. ურჩიეთ დედას, როგორ მოუაროს ბავშვს ტირილის მომენტში
5. სთხოვეთ დედას დაგვიკავშირდეთ ორ კვირაში, თუკი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება ან, უფრო ადრე თუ რაიმე სხვა სიმპტომებსაც შენიშნავს

6. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან ჩვილ ბავშვთა კოლიკის მკურნალობის თაობაზე რომელია მართებული?

- ა) დიაგნოზის დასმისთანავე საჭიროა მკურნალობის დაწყება და გაგრძელება, მანამ, ვიდრე ბავშვის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება;

- ბ) მკურნალობა არაეფექტურია და ამდენად, მის დაწყებას არავითარი აზრი არა აქვს;
- გ) მკურნალობის ყველაზე ეფექტური გზაა დაარწმუნოთ დედა, რომ საშიში არაფერია და მდგომარეობას აბსოლუტურად კეთილთვისებიანი მიმდინარეობა აქვს;
- დ) მკურნალობის ყველაზე ეფექტური გზა ორალური ანალგეზიური საშუალებების გამოყენება;
- ე) საჭიროა ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყება



(გ)

ყველაზე მნიშვნელოვანი და ეფექტური გზა ამ მდგომარეობის მოგვარებისათვის დედის დამშვიდებაა. საჭიროა დედა დავარწმუნოთ, რომ ბავშვის ჭირვეულობის მიზეზი კოლიკაა, რომელსაც საფსებით კეთილსაიმედო მიმდინარეობა ახასიათებს.

დაარწმუნეთ დედა, რომ ბავშვის ჭირვეულობა იმით სრულებითაც არ არის გამოწვეული, რომ იგი მას ცუდად უვლის ან ძროხის რძით კვება მიუღებელია და საჭიროა მისი შეცვლა სოიოს რძით. თუმცა, ისიც უნდა აღნიშნოს, რომ ჩვილ ბავშვთა კოლიკა ნაკლებად ხშირია ბუნებრივი კვების დროს, მაგრამ ნებისმიერი ტიპის ხელოვნური კვების შემთხვევაში ჩვილ ბავშვთა კოლიკით დაავადებიანობა თანაბარია.

თუკი დედას მხოლოდდამხოლოდ იმას ეტყვი, რომ დამშვიდდეს, ეს არავითარ შემთხვევაში შედეგს არ გამოიღებს. დედას კარგად უნდა აუხსნათ ბავშვის ტირილის გამომწვევი მიზეზი და მისი მართვის გზები.

7. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან ჩვილ ბავშვთა კოლიკის მედიკამენტური მკურნალობის თაობაზე რომელია მართებული?

- ა) უსაფრთხო და ეფექტურია სპაზმოლიზური საშუალებების გამოყენება
- ბ) ანტიჰისტამინური საშუალებები სედაციური ეფექტის გამო მნიშვნელოვნად აუმჯობესებენ ბავშვის მდგომარეობას და ჭირვეულობისა და ტირილის პრობლემა მთლიანად იხსნება
- გ) მედიკამენტური მკურნალობის საუკეთესო ვარიანტია ანტიჰისტამინური და ანტისპაზმური საშუალებების დანიშვნა
- დ) ასპირინი ამ დროს შერჩევის პირველი რიგის მკურნალობაა
- ე) არც ერთი ზემოაღნიშნული



(ე) ექიმები უკვე დიდი ხანია ცდილობენ მიაგნონ ჩვილ ბავშვთა კოლიკის საწინააღმდეგო სათანადო მკურნალობას და მრავალგვარ ფარმაკოლოგიურ საშუალებას იყენებენ, როგორცაა მაგ. *დიციკლომინი* (ბენტილოლი), *ფენერგანი* (ანტიჰისტამინური საშუალება), *ალკოჰოლის შემცველი მიქსტურა*, *ასპირინი*, *აცეტამინოფენი* და *კოდეინი*. დიციკლომინის გამოყენება ასოცირებულია აბნოესა და სუნთქვის გაძნელების რისკთან. ანტიჰისტამინური საშუალებების ფონზე მოსალოდნელია აღინიშნოს დარღვევები ცენტრალური ნერვული სისტემის ფუნქციონირების თვალსაზრისით. „ალკოჰოლური მიქსტურა“, განმარტებასაც აღარ საჭიროებს. ყველასათვის კარგადაა ცნობილი რა შედეგები შეიძლება მოჰყვეს ჩვილებში ალკოჰოლის გამოყენებას.

ასპირინის მიღებისას ჩვილ ბავშვებში ადგილი აქვს რეის (Reye) სინდრომის განვითარებას და ამდენად, მისი გამოყენება დაუშვებელია.

რაც შეეხება აცეტამინოფენს, ეს მკაცრად უკუნაჩვენები არ არის, მაგრამ ჩვილ ბავშვთა კოლიკის სამკურნალოს მისი ეფექტურობის დამადასტურებელი მეცნიერული მტკიცებები არ არსებობს, თანაც არც ჩვილ ბავშვებში ამ პრეპარატის უსაფრთხოებაა საყოველთაოდ აღიარებული.

### საკითხი დისკუსიისათვის

აღწერეთ, როგორ წარმართავთ დედასთან საუბარს და რა ძირითად ინფორმაციას მისცემთ მას ჩვილ ბავშვთა კოლიკის თაობაზე.

### მიმოხილვა

ყველაზე მნიშვნელოვანი საკითხები, რასაც დედასთან საუბრის დროს უნდა შეეხოს შემდეგია:

1. დედას არანაირად არ შეუძლია უზრუნველყოს ამ პრობლემის პრევენცია და ამჟამადაც, არაფერია მის საქციელში არასწორი, რამაც ბავშვის ჭირვეულობა და ტირილი შეიძლება გამოიწვიოს;
2. ჩვილ ბავშვთა კოლიკა არ მოასწავებს მომავალში რაიმე დაავადების განვითარებას;
3. მართალია, ხელოვნური კვების შემთხვევაში კოლიკა შედარებით ხშირია, ვიდრე ბუნებრივი კვებისას, მაგრამ ეს არ ნიშნავს იმას, რომ საჭიროა საკვების შეცვლა;
4. ჩვილ ბავშვთა კოლიკისათვის სპეციფიკური მკურნალობა არ არსებობს. აუხსენით დედას, რომ ეს კეთილთვისებიანი და თვით-განკურნებადი პათოლოგიაა;
5. მდგომარეობა თავისთავად გამოსწორდება და დიდია ალბათობა იმისა, რომ სამი თვის ასაკიდან ბავშვს ეს პრობლემა აღარ შეაწუხებს;
6. თუ რაიმე შეიცვლება და ნებისმიერი სხვა სიმპტომი იჩენს თავს, ან დედას რაიმე კიდევ შეაშფოთებს უთხარით დაუყოვნებლივ დაგიკავშირდეთ.

### რეზიუმე

1. ჩვილ ბავშვთა კოლიკა ძალიან გავრცელებული პრობლემაა და აღინიშნება ჩვილების, დაახლოებით 25% -ში;
2. მიუხედავად იმისა, რომ არსებობს რამოდენიმე თეორია მისი ეტიოლოგიის შესახებ, გამოწვევი მიზეზი ბოლომდე დადგენილი არ არის და დაავადება განინილება, როგორც იდიოპათიური გენეზის;
3. დიფერენციული დიაგნოსტიკა ბავშვთა ასაკში გავრცელებული ინფექციური დაავადებების გამორიცხვას გულისხმობს. თუ ყელის, ყურის, ფილტვების, მუცლის მხრივ რაიმე პათოლოგია არ ვლინდება, ერთადერთი გამოკვლევა, რომლის ჩატარებაც ასეთ დროს არის მიზანშეწონილი, შარდის ანალიზია;
4. ჩვილ ბავშვთა კოლიკის დიაგნოზი *ვესელის კრიტერიუმებს* (Wessel's criteria) ემყარება: 3,3,3 და 3;
5. მშობლების დამშვიდება, ამ დროს განინილება, როგორც მკურნალობის ერთ-ერთი გზა და თანაც ეს საუკეთესო ალტერნატივაა;
6. დიცოკლომინის შემცველი მედიკამენტები (ბენტილოლი), ანტიჰისტამინური საშუალებები, „ალკოჰოლის მიქსტურა“, ასპირინი არ უნდა დაინიშნოს. თუკი წამლის გამოყენება გარდაუვალია, შეგიძლიათ გამოიყენოთ *აცეტამინოფენი*.

## პრობლემა №2

ორი თვის ჩვილი, რომელსაც პირველი იმუნიზაციიდან რვა საათში ტემპერატურის მომატება აღენიშნა

ორი თვის ჩვილი თქვენთან მოჰყავს დედას, რომელიც აღწერს, რომ პირველი იმუნიზაციიდან რვა საათში ბავშვს აღენიშნა ტემპერატურის მომატება-40,6°C-მდე. ბავშვი გაღიზიანებულია და ჭირვეულობს. ფიზიკალური გასინჯვით ინფექციის ნიშნების იდენტიფიცირება არ ხერხდება. ოტოსკოპიით დგინდება ორივე მხარეს დაფის აპკის ჰიპერემია. თქვენ, ცხადია სვდებით, რომ ეს ტირილის გამთა და ინფექციით არ უნდა იყოს გამოწვეული. ყელის, ფილტვების, გულ-სისხლძარღვთა და მუცლის ღრუს ორგანოების მხრივ რაიმე პათოლოგია არ გვინდება.

1. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელი იმუნიზაციის შემდეგ ვითარდება ყველაზე ხშირად ცხელება და ბავშვის გაღიზიანება?

- ა) პოლიომიელიტი
- ბ) ყივანახველა
- გ) დიფტერია
- დ) ტეტანუსი
- ე) არც ერთი ზემოაღნიშნული



(ბ)

2. ითვალისწინებთ რა იმუნიზაციის მოსალოდნელ გვერდით ეფექტებს, როგორ მოიქცევით ამ შემთხვევაში?

- ა) უზრუნველყოფთ ბავშვის ჰოსპიტალიზაციას
- ბ) ურჩევთ დედას, ტემპერატურის დაწვევის მიზნით მისცეს ბავშვს ასპირინი
- გ) ურჩევთ დედას, ტემპერატურის დაწვევის მიზნით მისცეს ბავშვს აცეტამინოფენი
- დ) აიღებთ სისხლს ბაქტერიოლოგიურ გამოკვლევას, საერთო ანალიზზე (ფორმულით), შარდის ანალიზსა და კულტურას, ჩაატარებთ ლუმბარული პუნქცია
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი



(გ)

3. ბავშვის გვერდითი რეაქციის გათვალისწინებით ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან იმუნიზაციის სქემის გაგრძელების შესახებ რომელია მართებული?

- ა) უნდა შეწყდეს დტყ-პოლიომიელიტი იმუნიზაცია
- ბ) მომდევნო იმუნიზაციის სქემიდან უნდა გამორიცხოს დიფტერიის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია
- გ) მომდევნო იმუნიზაციის სქემიდან უნდა გამორიცხოს ტეტანუსის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია

- დ) მომდევნო იმუნიზაციის სქემაში არ არის საჭირო არაფრის შეცვლა-დტყ-პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია უნდა გაგრძელდეს დადგენილი სქემით
- ე) მართებული არ არის არც ერთი ჩამოთვლილი



(ე)

იმუნიზაციის შემდგომი გვერდითი რეაქციები ყველაზე ხშირად უკავშირდება ყივანახველის საწინააღმდეგო ვაქცინას. ყივანახველის ვაქცინის ფონზე მცირე გვერდითი მოვლენები: ადგილობრივი დისკომფორტის, ინდურაციის, ტემპერატურის მომატების სახით, აღენიშნება ბავშვების 75%-ს. შესაძლოა, განვითარდეს უფრო მძიმე გვერდითი მოვლენები: ძილიანობა, ანორექსია, გამუდმებული ტირილი, ჭირვეულობა და ფებრილური კრუნჩხვა.

გვერდითი მოვლენები პოლიომიელიტის, დიფტერიის, ტეტანუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაზე ბევრად უფრო იშვიათია.

გასინჯვით, ამ შემთხვევაში, რაიმე პათოლოგია არ ვლინდება, გარდა ორმხრივად დაფის აპკის ზომიერად გამონატული ჰიპერემიისა, რაც საგნებით შესაძლებელია, რომ ტირილით იყოს გამოწვეული (ეს აქსიომაა-ბავშვი ექიმისა და უცხო გარემოს დანახვაზე ტირილს იწყებს: თუ ბავშვი ტირის და ერთადერთი პათოლოგია, რის აღმოჩენასაც ახერხებთ ჰიპერემიული დაფის აპკია (არ არის რეტრაქცია და არც სითხის დონე ვლინდება) ნუ დანიშვანთ ანტიბიოტიკებს-ანტიბიოტიკით ატირებულ ბავშვს ვერ დააწყენარებთ).

ამ შემთხვევაში, ეჭვს აღარ იწვევს ყივანახველის ვაქცინასა და ცხელების აღმოცენებას შორის მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი.

ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელი არ არის.

სიცხის დასაწევად შერჩევის პრეპარატი ბავშვებში *აცეტამინოფენია*. ასპირინის გამოყენება, რეიეს სინდრომის განვითარების რისკის გამო მიზანშეწონილი არ არის.

24 საათში საჭიროა ბავშვის მდგომარეობის ხელახალი შეფასება. ეს განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია, თუ ტემპერატურა კვლავ მაღალი რჩება (არ ექვემდებარება აცეტამინოფენს) ან გამოინატება პათოლოგიის სხვა სიმპტომები და ნიშნები.

რაც შეეხება, შემდგომი იმუნიზაციის რეჟიმს-სქემიდან ამოღებული უნდა იქნას ყივანახველას კომპონენტი, ზოგიერთი ავტორი მიიჩნევს, რომ საერთოდ აღარ უნდა გაგრძელდეს დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაცია, მაგრამ ეს პოტენციურად საშიშია, და თანაც, ცნობილია, რომ გვერდითი მოვლენები, უპირატესად, ყივანახველას ვაქცინითაა განპირობებული. ამდენად, დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაციის საერთოდ შეწყვეტა პირველ დოზაზე მძიმე ფებრილური რეაქციის შემდეგ მიზანშეწონილი არ არის.

4. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაციის შესახებ რომელია მართებული?

- ა) არსებობს პოლიომიელიტის საწინააღმდეგო ორი ტიპის ვაქცინა, მაგრამ ამათგან ევროპისა და აშშ-ის უმრავლეს ქვეყნებში ლიცენზირებულია მხოლოდ ერთი
- ბ) პოლიომიელიტის ორალური ვაქცინა, ცოცხალი, ატეინურებული ტრივალენტური ვაქცინაა, რომელიც ცნობილია, როგორც სალკის ვაქცინა (Salk vaccine)
- გ) პოლიომიელიტის IPV-ვაქცინა ეს ინაქტივირებული (დასოცილი) ტრივალენტური ვაქცინაა, რომელიც ცნობილია, როგორც საბინის ვაქცინა

- დ) ყველა ზემოაღნიშნული მართებულია
- ე) არც ერთი არ არის მართებული



(ე)

აშშ-ში პოლიომიელიტის პრევენციის მიზნით ლიცენზირებულია ორი ტიპის ვაქცინა: OPV- ცოცხალი, ატენუირებული ტრივალენტური ვაქცინაა, რომელიც ცნობილია, როგორც საბინის ვაქცინა; IPV-ვაქცინა ეს ინაქტივირებული (დახოცილი) ტრივალენტური ვაქცინაა, რომელიც ცნობილია, როგორც საბინის ვაქცინა სალკის ვაქცინა (Salk vaccine)

5. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან ბავშვებში დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაციის შემდგომი რეაქციის შესახებ არის მართებული?

- ა) არსებობს საში ტიპის მოსალოდნელი გვერდითი რეაქცია
- ბ) ერთ-ერთი ტიპის რეაქციის დროს ტემპერატურა აღწევს 40,5<sup>0</sup>C
- გ) გვერდითი მოვლენები ამ ვაქცინის ფონზე იშვიათად ვითარდება
- დ) ა და ბ
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული



(დ)

6. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან ბავშვებში დტყ-ის საწინააღმდეგო იმუნიზაციის შემდგომ გვერდითი რეაქციის შესახებ რომელია მართებული?

- ა) პირველი ტიპის რეაქცია: (ყველაზე ხშირია) გულისხმობს ადგილობრივად, ინექციის ადგილას შეშუპებას, მტკივნეულობას, ტემპერატურის მცირედ მომატებას და გაღიზიანებას;
- ბ) მეორე ტიპის რეაქცია: გულისხმობს ძილიანობას, „შეუპოვარ“ ტირილს, რომელიც 4 საათი და უფრო დიდხანს გრძელდება, უჩვეულო „შოკის მსგავსი“ სინდრომი, რომელიც შესაძლოა რამოდენიმე საათი გაგრძელდეს. ამ ტიპის რეაქციის განვითარების შემთხვევაში დტყ-ის საწინააღმდეგო იმუნიზაცია უნდა შეწყდეს;
- გ) მესამე ტიპის რეაქცია: ნევროლოგიურ რეაქციას გულისხმობს (გენერალიზებული კრუნჩხვები და ენცეფალოპათია). ამ ტიპის რეაქციის აღმოცენების შემთხვევაში დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაციის გაგრძელება აღარ ხდება.
- დ) რეაქციებისა და მათი მნიშვნელობის ამგვარი აღწერა გაზვიადებულია. თქვენ შეგიძლიათ ბავშვების მშობლებს უთხრათ, რომ ნურაფერზე ინერვიულებენ, თქვენ თავად მოაგვარებთ ყველაფერს.
- ე) მართებულია ა,ბ და გ



(ე)

უპირველეს ყოვლისა, უნდა აღინიშნოს, აცრის შემდგომი რეაქცია (თუკი ასეთი რამ საერთოდ განვითარდა) ყიფანახველას კომპონენტის გამო ვითარდება.



მეორეც, რეაქციის შემდგომ მისი სიმძიმის შეფასების საფუძველზე თქვენ შეგიძლიათ მიიღოთ გადაწყვეტილება შემდგომი მოქმედების თაობაზე. ქვემოთ აღწერილია ოთხი შესაძლო სცენარი მომდევნო მოქმედებისათვის:

1. შეგიძლიათ არაფერი გააკეთოთ და განაგრძოთ დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაცია დაგეგმილი სქემით;
2. თქვენ შეგიძლიათ ურჩიოთ დედას მისცეს ბავშვს პროფილაქტიკურად აცეტამინოფენი, თუკი მას პირველი იმუნიზაციის შემდეგ ფებრილური რეაქცია ჰქონდა და დაგეგმილი სქემით განაგრძოთ დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაცია;
3. თქვენ შეგიძლიათ გამორიცხოთ ყივანახველას კომპონენტი და განაგრძოთ იმუნიზაცია მხოლოდ დტ-ის საწინააღმდეგო ვაქცინით;
4. თქვენ შეგიძლიათ საერთოდ შეწყვიტოთ დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაციის ჩატარება

დტ-ის საწინააღმდეგო იმუნიზაციის შემდგომი რეაქცია სამი სხვადასხვა ტიპისაა. კერძოდ,

### ტიპი 1 A

1. სიმძიმე: მსუბუქი
2. რეაქციის მახასიათებლები: ინექციის ადგილას შეშუპება, ტემპერატურის ზომიერი მომატება ( $<39,5^{\circ}\text{C}$ ), გაღიზიანებადობა
3. მკურნალობა: აცეტამინოფენი, თუკი ტემპერატურა  $39^{\circ}\text{C}$ -ზე მეტია
4. შემდგომი ვაქცინაცია: გრძელდება ჩვეულებრივი სქემით

### ტიპი 1 B

1. სიმძიმე: საშუალო სიმძიმის
2. რეაქციის მახასიათებლები: ინექციის ადგილას შეშუპება, ტემპერატურის მომატება ( $>40,0-40,5^{\circ}\text{C}$ ), გაღიზიანებადობა
3. მკურნალობა: აცეტამინოფენი, ასპირინის გამოყენება უკუნაჩვენებია
4. შემდგომი ვაქცინაცია: გამორიცხეთ ყივანახველას კომპონენტი, განაგრძეთ იმუნიზაცია დტ-ის საწინააღმდეგო ვაქცინით რეკომენდებული ინტერვალებით

### ტიპი 2A

1. სიმძიმე: საშუალო სიმძიმის
2. რეაქციის მახასიათებლები: გადაჭარბებული ძილიანობა და/ან „შეუბოვარი“ ტირილი, რომელიც ოთხ საათზე უფრო დიდხანს გრძელდება
3. მკურნალობა: აცეტამინოფენი, ასპირინის გამოყენება უკუნაჩვენებია
4. შემდგომი ვაქცინაცია: გამორიცხეთ ყივანახველას კომპონენტი, განაგრძეთ იმუნიზაცია დტ-ის საწინააღმდეგო ვაქცინით რეკომენდებული ინტერვალებით

### ტიპი 2 B

1. სიმძიმე: მძიმე
2. რეაქციის მახასიათებლები: უჩვეულო „შოკის მსგავსი სინდრომი“, რაც შეიძლება რამოდენიმე საათი გაგრძელდეს
3. მკურნალობა: გადაუდებელი დახმარება
4. შემდგომი ვაქცინაცია: დტყ-ის საწინააღმდეგო იმუნიზაციის შეწყვეტა

### ტიპი 3

1. სიმძიმე: მძიმე
2. რეაქციის მახასიათებლები: ნევროლოგიური რეაქცია დტყ-ს საწინააღმდეგო იმუნიზაციიდან 3 დღეში; კრუნჩხვები და/ან მწვავე ენცეფალოპათია
3. მკურნალობა: გადაუდებელი დანშარება
4. შემდგომი ვაქცინაცია: დტყ-ის საწინააღმდეგო იმუნიზაციის შეწყვეტა

- ა) ქვემოთ ჩამოთვლილი ვაქცინებიდან რომელი კეთდება 12-15 თვის ასაკში?
  - ბ) B ჰეპატიტი
  - გ) *Haemophilus influenzae type B* ვაქცინა
  - დ) წითელა-წითურა-ყბაყურას საწინააღმდეგო ვაქცინა
  - ე) ყველა ზემოაღნიშნული
  - ვ) ა და ბ

(დ) ერთადერთი ვაქცინა, რომელიც პირველად 12-15 თვის ასაკში ტარდება წითელა-წითურა-ყბაყურას საწინააღმდეგო ვაქცინაა.

### საპითში დისკუსიასთვის

ისაუბრეთ ნეონატალური, ჩვილ ბავშვთა და ბავშვთა სიკვდილობის მიზეზებზე. სიკვდილობის შემცირების ტენდენციაზე, რაც უკანასკნელ ხანებში დაფიქსირდა (XX საუკუნის ბოლოსათვის). არის თუ არა ბავშვთა სიკვდილობის უმთარესი მიზეზები კვლავ პრობლემურია მსოფლიოს ზოგიერთი ქვეყნისათვის?

### მიმოხილვა

მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში გასული საუკუნის ბოლოსათვის აღინიშნა ნეონატალური, ჩვილ ბავშვთა და ბავშვთა სიკვდილობის კლების ტენდენცია. ეს შემდეგი მიზეზებითაა განპირობებული:

- პრენატალური მეთვალყურეობის ხარისხის გაუმჯობესება (რისკის შეფასება ხდება პრენატალურ პერიოდშივე);
- იმუნიზაცია
- ანტიბიოტიკების გამოყენება
- სხვადასხვა დიაგნოსტიკური და სამკურნალო პროცედურებისა და ხერხების განვითარება და სრულყოფა
- საზოგადოებრივი ჯანდაცვის ღონისძიებები (სასმელი წყლის ფილტრაცია და ქლორირება, საკვების მომზადებისა და შენახვის წესების დაცვა-(განსაკუთრებით რძის), მწერების წინააღმდეგ ბრძოლა, გადამდები ინფექციებით დაავადებულ პირთა იზოლაცია)

გარდა ამისა, ბავშვების ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე მნიშვნელოვანი ზეგავლენა იქონია განვითარებულ ქვეყნებში სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობის გაუმჯობესებამ და განათლებისა და კულტურის დონის მატებამ. უდიდესი როლი ბავშვთა სიკვდილობის შემცირებისათვის ჯანდაცვის რეაქტიური ფორმიდან პროაქტიურზე გადასვლამ შეასრულა. მაგ. დედას თქვენთან მოჰყავს ექვსი თვის

ბავშვი, რომელსაც ტემპერატურის მომატება აღენიშნება და ჭირვეულობს. ასეთი გინიტი *ობორტუნისტული ჯანდაცვისათვის* არაჩვეულებრივი შესაძლებლობაა. დედას შეეძლიათ მისცეთ რჩევა ბავშვის უსაფრთხოების დაცვისა (ბავშვის უსაფრთხოება კიბეებზე, ავტობომბში, პოტენციურად ტოქსიკური ნივთიერებებისა და მედიკამენტების შენახვის წესები და ა.შ) და სხვა გაგრძელებული დაავადებების პრევენციის თაობაზე.

განვითარებად ქვეყნებში ნეონატალური და ჩვილ ბავშვთა სიკვდილობა ჯერ კიდევ სერიოზული პრობლემაა. მესამე მსოფლიოში ნეონატალური, ჩვილ ბავშვთა და ბავშვთა სიკვდილობა დღესდღეობით მნიშვნელოვნად მაღალია, ვიდრე ეს მეთვრამეტე საუკუნის ამერიკაში იყო.

### პრობლემა N3

ექვსი თვის ჩვილი, ზედა სასუნთქი გზების ინფექციით

დედას თქვენთან მოჰყავს 6 თვის ჩვილი. უკანასკნელი 4 დღის განმავლობაში ბავშვს ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია აქვს, რაც ცხვირიდან გამონადენით, ხველითა და ტემპერატურის ზომიერი მომატებით გამოინატება. წინა საღამოს ტემპერატურამ  $39^{\circ}\text{C}$ -ს მიაღწია, ამის გამო დედა შეშფოთდა და თქვენ მოგმართათ.

ზოგადად, ბავშვი კარგად გამოიყურება. თუმცა ცხვირში გაჭედულია და ჰიპერემიული ხანა აქვს. ფილტვები სუფთაა-დამატებითი სუნთქვითი ხმების არ იმინება.

1. რას ურჩევდით დედას ამ ბავშვის მდგომარეობასთან დაკავშირებით?

- ა) უმკურნალეთ ტემპერატურას, თუ იგი კვლავ მიაღწევს  $39^{\circ}\text{C}$ -ს, გამოიყენეთ საბავშვო ასპირინი
- ბ) უმკურნალეთ ტემპერატურას, თუ იგი კვლავ მიაღწევს  $39^{\circ}\text{C}$ -ს, გამოიყენეთ აცეტამინოფენის ელექსირი
- გ) უმკურნალეთ ტემპერატურას, თუ იგი კვლავ მიაღწევს  $39^{\circ}\text{C}$ -ს, გამოიყენეთ საბავშვო ასპირინისა და აცეტამინოფენის ელექსირის კომბინაცია
- დ) გამოიყენეთ მხოლოდ სიმპტომური მკურნალობა: გრილი ჩასაცმელი, გენტილატორი ოთახში და ა.შ.
- ე) უთხარით დედას, რომ ამის თაობაზე ყველას სხვადასხვა აზრი აქვს; რადგან იგი შეწუხებულია, მას შეუძლია გააკეთოს ის, როგორც თავად მიაჩნია მართებულიად

(დ)

ამ კითხვის ძირითადი აზრი არის ის, რომ: ცხელება ყოველთვის არ საჭიროებს მედიკამენტურ მკურნალობას. მკურნალობა საჭიროა მხოლოდ მაშინ, როცა ტემპერატურა  $>39,5^{\circ}\text{C}$ -ზე. ცხელება ორგანიზმის ნორმალური საპასუხო რეაქციაა. ბავშვებში, ძალიან მაღალ სიცხესთან დაკავშირებული მთავარი საშიშროება კრუნჩხვების განვითარების შესაძლებლობა. სწორედ ამიტომ ძალიან მაღალი ცხელების შემთხვევაში საჭიროა სიცხის დამწვევი ფიზიკური და ფარმაკოლოგიური ზომების მოშველიება.

2. რომელია არჩევის ანალგეზიური პრეპარატი ბავშვთა ცხელებისა და საშუალო ინტენსივობის ტკივილის სამკურნალოდ?

- ა) ნაპროქსენის ელექსირი.
- ბ) ჰიდრომორფონის ელექსირი.
- გ) აცეტამინოფენის ელექსირი.
- დ) ასპირინი: 75მგ ბაგშვითა დოზა.
- ე) აცეტამინოფენისა და კოდეინის ელექსირი.



(გ)

ბაგშვებში ცხელებისა და სუსტი და საშუალო სიძლიერის ტკივილის სამკურნალოდ არჩევის პრეპარატია აცეტამინოფენი. ჰიდრომორფონი ძლიერი ნარკოტიკია. ნაპროქსენი არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატია, ასპირინი წინააღმდეგაჩვენებია. აცეტამინოფენ/კოდეინის ელექსირი ხელმისაწვდომია და ნაჩვენებია ბაგშვებში ძლიერი ტკივილის დროს.

3. ასპირინთან და აცეტამინოფენთან, როგორც პედიატრიულ ანალგეზიურ პრეპარატებთან მიმართებაში, რომელი დებულება შეესაბამება უფრო მეტად თანამედროვე რეკომენდირებულ პრაქტიკას?

- ა) ჩვილთა და ბაგშვითა ტკივილის სამკურნალოდ პირველი არჩევის ანალგეზიური საშუალება კვლავ ასპირინია
- ბ) ასპირინი არ არის უკუნაჩვენები ბაგშვებსა და ჩვილებში ზედა სასუნთქი გზების ინფექციასთან დაკავშირებული ტკივილის სამკურნალოდ
- გ) ასპირინი უფრო ძლიერი ანალგეზიური პრეპარატია, ვიდრე აცეტამინოფენი
- დ) ბაგშვებსა და ჩვილებში ტკივილის სამკურნალოდ არჩევის პრეპარატია აცეტამინოფენი
- ე) ჩვილებსა და ბაგშვებში ყოველთვის აცეტამინოფენი უნდა იქნეს გამოყენებული.



(დ)

აცეტამინოფენი პირველი არჩევის ანალგეზიური პრეპარატია ბაგშვებსა და ჩვილებში ტკივილის სინდრომის დროს. ასპირინი არ უნდა იქნას გამოყენებული, რადგან ეს საკმაოდ საშიშია. მისი გამოყენება ხშირად იწვევს რეიეს (Reye) სინდრომს (გრძობი/ასპირინი/Reye-ს სინდრომი) და ამიტომ, უმჯობესია ასპირინი საერთოდ არ იქნას გამოყენებული ბაგშვებში არცერთი ინფექციის დროს. ტკივილს ბაგშვებში ყოველთვის არ სჭირდება მედიკამენტოზური მკურნალობა. ისინი წამლების გარეშეც მალე გამოჯანმრთელდებიან.

4. რომელი განცხადებაა სწორი პედიატრიაში ანტიჰისტამინური მედიკამენტების ხმარებასთან დაკავშირებით?

- ა) ანტიჰისტამინები ამცირებენ სასუნთქი ტრაქტის დაავადებების ხანგრძლივობას ბაგშვებში.
- ბ) ანტიჰისტამინები ამცირებენ შუა ყურის ანთების შემთხვევების სიხშირეს, რომელიც მოსდევს ხოლმე ზედა სასუნთქი გზების ინფექციას პატარა ბაგშვებში
- გ) ანტიჰისტამინების დანიშვნა ბაგშვისათვის, რომელსაც ზედა სასუნთქი ტრაქტის ვირუსული ინფექცია აქვს სწორ პრაქტიკად ითვლება

- დ) ანტიჰისტამინების დიდი დოზით გამოყენებამ შეიძლება გულყრები გამოიწვიოს
- ე) არც ერთი განცხადება არ შეესაბამება სინამდვილეს



4.

(დ)

ხველისა და ვაციების საწინააღმდეგო საშუალებათა უმრავლესობა შეიცავს ანტიჰისტამინებს. თუმცა, ანტიჰისტამინებს არასდროს დიდი შედეგი არ მოაქვთ ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის დროს (მიუხედავად იმისა, რომ ზოგი სპეციალისტი საპირისპიროს ამტკიცებს). ანტიჰისტამინები არ ამცირებენ რესპირატორული ტრაქტის დაავადებათა ხანგრძლივობას ბავშვებში და ამ დაავადების შემდგომი შუა ყურის ანთების განვითარების შესაძლებლობას. ამავდროს, ტოქსიკური დოზით გამოყენებისას მათ შეუძლიათ გამოიწვიონ გულყრები. რაც უფრო პატარაა ბავშვი, მით უფრო ადვილად ვითარდება ანტიჰისტამინური ინტოქსიკაცია.

პატარა ბავშვებში ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის მკურნალობის დროს საჭიროა მშობლის დარწმუნება და დამშვიდება. თუ ბავშვს ცხვირი გაჭედული აქვს, კარგია გრილი ორთქლის გამოყენება.

5. რომელი დებულება შეესაბამება სინამდვილეს ცხვირის გაჭედვის მოხსნასთან დაკავშირებით ჩვილებსა და ბავშვებში?

- ა) ცხვირის გაჭედვას ბავშვებში შესანიშნავად ხსნის ანტიჰისტამინები
- ბ) ცხვირის გაჭედვას ბავშვებში უფრო უკეთესად ხსნის ანტიჰისტამინები, ვიდრე გრილი ან თბილი ორთქლი.
- გ) ცხვირის გაჭედვას ბავშვებში უფრო უკეთესად ხსნის გრილი ან თბილი ორთქლი, ვიდრე ანტიჰისტამინები.
- დ) ცხვირის გაჭედვის მოხსნისთვის ერთნაირად ეფექტურია ანტიჰისტამინები და თბილი ან გრილი ორთქლი.
- ე) დაზუსტებით არ არის ცნობილი.



(გ)

ბავშვებში ცხვირის გაჭედვის მოხსნისთვის უმჯობესია გრილი ან თბილი ორთქლი, ვიდრე ანტიჰისტამინები. თუ ორთქლს ვიღებთ ჰაერის დამატენიანებლით, უმჯობესია იგი გამოსცემდეს გრილ ორთქლს, რათა თავიდან ავიცილოთ დამწვრობა. თუმცა, თბილი ორთქლის გამოყენებაც იძლევა ცხვირის გაჭედვის სიმპტომურ შვებას (შეიძლება უბრალოდ აბაზანაში ცხელი წყალი მოვუშვათ და მისი ორთქლი გამოვიყენოთ).

6. წინა კითხვაში აღწერილი ბავშვი ბრუნდება დედასთან ერთად 3 დღეში. დედამ აღნიშნა, რომ თქვენმა მკურნალობამ ბავშვის მდგომარეობა არ გამოასწორა. მას ცხვირი უფრო მეტად აქვს გაჭედული და ღამე სუნთქვა უჭირს.

გამოკვლევით, ყურები და ყელი კვლავ სუფთაა. თქვენ ცხვირის გაჭედვაში გერანაირ ცვლილებას ვერ ატყობთ. რომელი დებულებაა სწორი, ამჟამად ამ ბავშვის მკურნალობასთან დაკავშირებით?

- ა) ამჟამად საჭიროა ცხვირის გაჭედვის მოხსნისთვის საშუალებები (ნაზალური დეკონგესტანტები).

- ბ) ნაზალური დეკონგესტანტები ამცირებენ ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის სიმპტომების ხანგრძლივობას.
- გ) ადგილობრივი სიმპატომიმეტიკური საშუალებების სისტემური შეწოვა არ ხდება.
- დ) ბავშვებში ნაზალური დეკონგესტანტების ჩვეული გვერდითი ეფექტია ც.ნ.ს.-ის ჰიპერსტიმულაცია.
- ე) არც ერთი დებულება არ არის სწორი.



(დ)

ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის სიმპტომების ხანგრძლივობას არ ამცირებენ ნაზალური დეკონგესტანტები. ადგილობრივი სიმპატომიმეტიკები სისტემურად შეიწოვებიან და შეიძლება გამოიწვიონ არტერიული წნევის მატება, ტაქიკარდია და ც.ნ.ს.—ის ჰიპერსტიმულაცია, რაც გამოიხატება გაღიზიანებადობით, უძილობით და ზოგჯერ აშკარა ფსიქოზითაც. ჰიპერსტიმულაცია ჩვეული გვერდითი ეფექტია ბავშვებში. ასე რომ, როგორც ანტიჰისტამინების, ასევე ნაზალური დეკონგესტანტების ხმარების რისკი ბავშვებში აღემატება ნებისმიერ მოსალოდნელ სარგებელს.

თუ არაფერმა არ უშველა ამ ბავშვს, შეიძლება ნაზალური სიმპატომიმეტიკების ძალიან განზავებული ხსნარის ხმარება მცირე დროის განმავლობაში. უმჯობესია განმეორებით გამოვიყენოთ ორთქლის ნაკადი, თუ ეს შესაძლებელია.

7. დედას მოყავს თქვენს ოფისში 6 თვის გოგონა, ჩივილით გამუდმებულ ხველაზე. იგი ახველებს უკვე 10 დღეა. ხველა არაპროდუქტიულია, დედა ატყობს, რომ ეს მოქმედებს ბავშვის ძილზე. თქვენ ფიქრობთ გამოუწეროთ ბავშვს ხველის შესაჩერებელი და/ან ამოსახველებელი საშუალებები.

რომელი განცხადება შეესაბამება სინამდვილეს ამ პრეპარატების გამოყენებასთან დაკავშირებით ბავშვებში?

- ა) დექსტრომეტორფანი ხსნის ხველას და არანაირ არასასურველ რეაქციას არ იწვევს ბავშვებში
- ბ) ბავშვებში ხველის დროს ხველის შესაჩერებელი და ამოსახველებელი საშუალებების ერთდროული დანიშვნა — ლოგიკური კომბინაციაა
- გ) დექსტრომეტორფანი მნიშვნელოვნად ამცირებს ზედა სასუნთქი გზების ინფექციის სიმპტომების ხანგრძლივობას ბავშვებში
- დ) დექსტრომეტორფანი იწვევს სუნთქვის დათრგუნვას ბავშვებში
- ე) არც ერთი არ შეესაბამება სინამდვილეს.



(დ)

დექსტრომეტორფანი ხველის საწინააღმდეგო მედიკამენტების ყველაზე ხშირად გამოყენებული ინგრედიენტია. დექსტრომეტორფანი იწვევს, როგორც ძილიანობას, ასევე სუნთქვის დათრგუნვას ბავშვებში და ჩვილებში. ისევე როგორც ანტიჰისტამინები და ნაზალური დეკონგესტანტები, დექსტრომეტორფანიც არ ამცირებს რესპირატორული ტრაქტის დაავადებების ხანგრძლივობას ბავშვებში ან მოზრდილებში.

ხველის საწინააღმდეგო ზოგიერთი საშუალება ასევე ამოსახველებელსაც შეიცავს. ერთ პრეპარატში ხველის დამთრგუნველი და ამოსახველებლების კომბინაცია გაუგებარია და გამართლებული არ არის.

ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის სიმპტომების სამკურნალო საუკეთესო საშუალება დროა. ცხვირის ასპირატორი დაგენმარებათ ბავშვის ცხვირის სეკრეტისგან გამოთავისუფლებაში და გაადვილებს ბავშვის კვებას. შეიძლება აგრეთვე მარილწყლიანი ცხვირის წვეთების გამოყენება. ბავშვებისათვის, რომლებიც გაღიზიანებულები არიან და აქვთ ცხელება, საუკეთესო საშუალებაა აცეტამინოფენი.

8. დედას მოყავს 13 თვის ბავშვი თქვენს ოფისში, ჩივილით გულისრევაზე და ღებინებაზე. იგი 24 საათის წინ იგი მივიდა ადგილობრივი გადაუდებელი დახმარების სადგურში, სადაც უთხრეს, რომ გულისრევის საწინააღმდეგოდ საბავშვო დიმენჰიდრინატის სანთლები ეყიდა. როგორც ჩანს, გადაუდებელი დახმარების სადგურის ექიმმა ყველაფერი გააკეთა და სხვა სერიოზული ნიშნები ვერ აღმოაჩინა. გულისრევა და ღებინება გრძელდება. ბავშვი დაახლოებით 5% —ით გაუწყლოებულია. ფიზიკური გამოკვლევით სხვა ცვლილებები არ აღინიშნება. ბავშვი მივარდნილი და ლეთარგიულია. თქვენ გადაწყვიტეთ ბავშვზე დაკვირვება, განმეორებითი შეფასება და რეჰიდრატაცია.

რომელი დებულებაა სწორი გულისრევის საწინააღმდეგო საშუალებების ხმარების შესახებ?

- ა) დიმენჰიდრინატი ეფექტურია გულისრევისა და ღებინების სამკურნალოდ, რომელიც დაკავშირებულია კუჭ-ნაწლავთა ინფექციასთან და არანაირი გვერდითი ეფექტები არ აქვს.
- ბ) სედატიური ეფექტი, რომელიც შემჩნეულია ამ ბავშვში, შეიძლება გამოწვეული იყოს დიმენჰიდრინატის მიღებით.
- გ) დიმენჰიდრინატის ტოქსიური შედეგი შეიძლება ძნელი გასარჩევი იყოს დაავადების გაუარესებისაგან.
- დ) ბ) და გ)
- ე) ყველა დებულება სწორია

(დ)

კუჭ-ნაწლავის ინფექციით გამოწვეული გულისრევისა და ღებინების სამკურნალოდ დიმენჰიდრინატის გამოყენება, განსაკუთრებით ბავშვებში, დაუშვებელია. დიდებშიც კი სათუთა მისი გამოყენება. იგი გამოიყენება მხოლოდ ზღვის ავადმყოფობის (motion sickness) დროს მოზრდილებში. ბავშვებში დიმენჰიდრინატმა შეიძლება გამოიწვიოს სედაცია (ნახევრად კომატოზური მდგომარეობაც კი). საბავშვო სანთლები შეიცავს დიმენჰიდრინატის 25 ან 50 მგ—ს.

ექიმისთვის ძნელია განასხვავოს მდგომარეობის გაუარესება დიმენჰიდრინატის ტოქსიკური მოქმედების შედეგია, თუ დაავადების პროგრესირებისა. ამის გამო ეს პრეპარატი საშიშია ბავშვებისათვის.

9. დედას მოყავს 8 თვის ბავშვი თქვენს ოფისში. ბავშვს ტემპერატურა მომატებული აქვს, აღენიშნება დიარეა და ლოყებზე მკვეთრი ჰიპერემია. დედა თვლის, რომ ბავშვის ავადმყოფობა კბილების ამოსვლის შედეგია. დედას მეზობელმა ურჩია შეეძინა ბენზოკაინის ადგილობრივი მოქმედების პრეპარატი, რამაც ბავშვს არ უშველა.

გასინჯვისას, ბავშვის ტემპერატურა  $39^{\circ}\text{C}$  —ია. სხვა ცვლილებები არ აღინიშნება. ამ ბავშვთან დაკავშირებით რომელი დებულებაა სწორი?

- ა) აღწერილი ცვლილებები ალბათ დაკავშირებულია კბილების ამოსვლასთან
- ბ) ბენზოკაინის ტოპიკურ პრეპარატებს ფაქტიურად არა აქვს გვერდითი მოვლენები

- გ) კბილების ამოსვლისას გამართლებულია ბავშვისთვის აცეტამინოფენის მიცემა
- დ) კბილების ამოსვლა, ჩვეულებრივ, იწყება 4—ნ თვიდან და ხანგამოშვებით 2 წლის ასაკამდე გრძელდება
- ე) გ) და დ)
- ვ) ყველა ზემოაღნიშნული სწორია.

(ე)

კბილების ამოსვლა იწყება 4—ნ თვიდან და გრძელდება 2 წლამდე. მიუხედავად იმისა, რომ ხშირად გამონაყარს, ცხელებას, დიარეას, ღებინებას, ცხვირში გაჭედვას, გაღიზიანებადობას და უძილობას კბილების ამოსვლით ხსნიან, ეს ხშირად ასე არ არის. მიუხედავად იმისა, რომ ტოპიკურ ბენზოკაინს, ჩვეულებრივ, გვერდითი ეფექტები არა აქვს, აღინიშნა რამდენიმე შემთხვევა, როდესაც ბავშვებს, რომლებსაც უმკურნალებს ამ წამლით, განუვითარდათ მეთემოვლობინემია.

კბილების ამოსვლისას ყველაზე კარგი საშუალებაა მშობლის დამშვიდება და აცეტამინოფენის შესაფერისი დოზის გამოყენება, საჭირო შემთხვევებში.

## რეზიუმე

1. ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია: არ არსებობს სარწმუნო მეცნიერული მტკიცებები იმის თაობაზე, რომ ანტიბიოტიკების, ნაზალური დეკონგესტანტების, ხველის საწინააღმდეგო ან ამოსახველებელი პრეპარატების ხმარებას რაიმე განსაკუთრებული სარგებლობა მოაქვს ზედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციის დროს ჩვილებსა და ბავშვებში. თითოეულ მათგანს თან ახლავს პოტენციური ტოქსიკურობა.

2. გულისრევა და ღებინება: დიპენჰიდრინატი არ გამოიყენება და პოტენციურად ტოქსიკურია.

3. დიარეა: კაოლინ/პექტინმა შეიძლება მსუბუქად შეცვალოს განაგალის შესახედაობა, მაგრამ იგი არ ამცირებს წყლის დაკარგვას, რაც განანგრძლივებული დიარეის ყველაზე საშიში შედეგია.

4. კბილების ამოსვლა: არ არსებობს მეცნიერული მტკიცებები იმის თაობაზე, რომ გამონაყარი, დიარეა, ცხვირში გაჭედვა, გაღიზიანებადობა და უძილობა დაკავშირებულია კბილების ამოსვლასთან. ბენზოკაინის პრეპარატებს უმჯობესია მოვერიდოთ. საჭიროა მშობლის დამშვიდება, დარწმუნება. შეიძლება აცეტამინოფენის ხმარება საჭიროების შემთხვევაში.

## პრობლემა №4

18 თვის ბავშვი კვების დარღვევით

18 თვის ბავშვი ზედა სასუნთქი გზების ინფექციით მოყვანილი იქნა გადაუდებელ მიღებაზე დედის მიერ. იგი ახველებს 3 დღეა და აღენიშნება გამონადენი ცხვირიდან.

გასინჯვისას ტემპერატურა აქვს 37,5°C. აღენიშნება კვების ნაკლებობა, გამხდარი კიდურები, ვიწრო სახე, გამოკვეთილი ნეკნები, ჰიპოტროფიული სათესლეები, გამოყვლევა საფეხების ადგილას, დაუბანელი კანი, სახეზე სიწითლე, რომელიც ჰგავს ინფექციურ კონტაქტურ იმპეტიგოს, აქვს დაუჭრელი ფრჩხილები და ჭუჭყიანი ტანსაცმელი. მისი წონა 3% —ით ჩამორჩება ასაკს.



1. რომელია ყველაზე საგარაუდო დიაგნოზი ამ ბავშვისთვის?

- ა) ზრდაში ჩამორჩენა განპირობებული არათორგანული მიზეზით
- ბ) ზრდაში ჩამორჩენა განპირობებული თორგანული მიზეზით
- გ) მიგდებული (მოუვლელი) ბავშვი.
- დ) ა) და გ)
- ე) ბ) და გ)

(დ)

2. რა არის ამ ბავშვის მდგომარეობის გამომწვევი ყველაზე საგარაუდო მიზეზი?

- ა) დედის უყურადღებობა
- ბ) მუკოვისციდოზი
- გ) კონსტიტუციურად მცირე — შესაბამისი ასაკისათვის.
- დ) ჩვილთა აუტიზმი
- ე) სმენის თანდაყოლილი, ბილატერალური, სენსონეირონული დაქვეითება

(ა)

ყველაზე საფიქრებელია, რომ ამ ბავშვის აღენიშნება არათორგანული ზრდაში ჩამორჩენა, რაც გამომწვეულია ბავშვის მოუვლელით.

ზრდაში ჩამორჩენა შეიძლება გამომწვეული იყოს თორგანული მიზეზებით, არათორგანული მიზეზებით ან თრივეთი ერთად. არათორგანული მიზეზები უფრო ხშირია. არათორგანული ზრდაში ჩამორჩენა მოიცავს ფსიქოლოგიურ ზრდაში ჩამორჩენას (დედის უყურადღებობა), ბავშვის მიგდებას, კვების დარღვევას-სწორი კვების პრინციპების არცოდნის გამო, კვებასთან დაკავშირებულ შეცდომებს.

არათორგანული ზრდაში ჩამორჩენა უფრო ხშირად გამომწვეულია დედის უყურადღებობით ან ოჯახში საკვების უქონლობით.

3. რომელია პირველი არჩევის პროცედურა ამ დროს ამ ბავშვისთვის?

- ა) მაღალკალორიული ხელოვნური საკვების მიწოდება; 1 კვირაში ბავშვის მდგომარეობის ხელახალი შეფასება
- ბ) ბავშვისათვის ამბოლატორიული გამოკვლევის ჩატარება, სერიოზული თორგანული დაავადების გამოსარიცხად
- გ) სასუნთქი გზების ინფექციის მკურნალობა და დედის დარიგება სწორად კვების შესახებ
- დ) ყველა ზემოთაღნიშნული
- ე) არცერთი ზემოთაღნიშნული

(ე)

4. სად არის უმჯობესი ამ ბავშვზე შემდგომი მეთვალყურეობის განხორციელება?

- ა) საავადმყოფოს ამბოლატორიულ განყოფილებაში
- ბ) საავადმყოფოს სასწრაფო დანშარების ოთახში

- გ) ოჯახის ექიმის ოფისში
- დ) სახლში, ბინაზე ვიზიტორი ექიმის მეთვალყურეობით
- ე) სოციალური სამსახურების დაწესებულებებში.



4.დ.

5. რა სისწიროთ არის საჭირო ამ ბავშვის მონახულება შემდგომი მეთვალყურეობისას?

- ა) ყოველთვიურად.
- ბ) 3 თვეში ერთხელ.
- გ) ყოველ კვირას.
- დ) ყოველ 6 კვირაში ერთხელ.
- ე) ყოველ 6 თვეში ერთხელ.



(გ)

ყველაზე შესაფერისი მკურნალობა ამ შემთხვევაში ჰოსპიტალიზაცია და ადეკვატური (ინტენსიური) კვების რეჟიმის უზრუნველყოფაა მინიმუმ 1 კვირის განმავლობაში. ამავდროულად, უნდა ჩატარდეს სრული ფიზიკალური გასინჯვა და აუცილებელი გამოკვლევები, როგორცაა სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, თირკმლის ფუნქციის გამოკვლევა და შრატში თირეოპასტიმულირებული ჰორმონის დონის განსაზღვრა. თუ ბავშვი ღარიბ უბანში ცხოვრობს, შრატში ტყვიის დონეც უნდა განისაზღვროს.

ოჯახის ექიმმა უნდა ჩართოს სოციალური სამსახურები და ამავე დროს დეტალურად შეაფასოს ბავშვის საცხოვრებელი პირობები.

სანამ ბავშვი სახლში არ იმყოფება, უნდა შეფასდეს მისი ოჯახური პირობები; მშობლებს უნდა მიეცეს დაწვრილებითი ინსტრუქცია კვების შესახებ.

თუ ბავშვი საავადმყოფოში წონაში სწრაფად მოიმატებს და მისი ჯანმრთელობა გაუმჯობესდება (რაც ხშირად ხდება), განმეორებითი შეფასება უნდა მოხდეს იმავე გარემო პირობებში, რომლებმაც ხელი შეუწყო ამ პრობლემის განვითარებას. ეს უმეტესწილად სახლია. სასურველია, რომ ეს შეფასება მოახდინოს სოციალური სამსახურის ექიანმა. საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ პირველი 6 კვირის განმავლობაში ამ ბავშვზე მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს კვირაში ერთხელ.

6. როგორ უნდა შეფასდეს ამ ბავშვის გარემო პირობები?

- ა) ბავშვისადმი ცუდად მოპყრობა/ბავშვისადმი ცუდად მოპყრობის პოტენციური შესაძლებლობა
- ბ) მეუღლის მიმართ ცუდად მოპყრობა/ბავშვისადმი ცუდად მოპყრობის პოტენციური შესაძლებლობა
- გ) ოჯახის შემოსავლის დონე
- დ) მოვლისათვის შეუფერებელი მშობლები: ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების გამოყენება
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული.



(ე)

დედის მიერ ბავშვის მივდება, რამაც არაორგანული ზრდაში ჩამორჩენა გამოიწვია, არ უნდა დარჩეს შემდგომი რეაგირების გარეშე. ამის მიზეზები უნდა გამოვიკვლიოთ. არსებობს დიდი რისკი იმისა, რომ თჯახში, სადაც დედა არ უგლის ბავშვს, ბავშვის ჩაგვრის სხვა ფორმებსაც აქვს ადგილი. გარდა ამისა, არსებობს საშუალოზე მაღალი რისკი იმისა, რომ თვითონ დედასაც მისი მეუღლე ან პარტნიორი ცუდად ექცევა. უნდა გვახსოვდეს, რომ თჯახური ძალადობის ერთი ფორმა ბალებს ძალადობის მეორე ფორმას. ამ შემთხვევაში ჩვენ დავადგინეთ, რომ ადგილი აქვს თჯახურ ძალადობას (ქვეტიპი: ბავშვის ჩაგვრა).

7. 13 წლის გოგონა მოიყვანეს თქვენს ოფისში სიმაღლეში ზრდის შეფერხების გამო. გასინჯვისას ბავშვს აღენიშნება წონაში ჩამორჩენა 5% —ით, კისერზე ეტყობა სისხლძარღვების ქსელი, აღენიშნება მკერდის განვითარების შეფერხება, მაღალ—თალიანი სასა და დაბალი შუბლი. რომელია ყველაზე სავარაუდო დიაგნოზი ამ ბავშვისათვის?

- ა) ნუნანის ( Noonan) სინდრომი
- ბ) 21—ე ქრომოსომის ტრისომია.
- გ) ტერნერის (Turner) სინდრომი.
- დ) სუსტი აღნაგობის X სინდრომი.
- ე) ზრდის კონსტიტუციური შეფერხება.



(ვ)

ამ ბავშვის ზრდაში ჩამორჩენის ყველაზე სავარაუდო მიზეზი არის ტერნერის (Turner) სინდრომი. Noonan-ის სინდრომსაც ახასიათებს ზრდაში ჩამორჩენა, მაგრამ ისინი ადვილი გასარჩევია ერთმანეთისგან, რადგან Noonan-ის სინდრომისათვის დამახასიათებელია ქრომოსომების ნორმალური კომპლექტი, Turner-ის სინდრომის დროს კი არის 45—ე X0 ქრომოსომათა კომპლექტი ან მოზაიკური განლაგება.

21—ე ქრომოსომის ტრისომია, ჩვეულებრივ, 13 წლამდე გაცილებით უფრო ადრე გლინდება, სუსტი აღნაგობის X სინდრომი კი შერწყმულია გონებრივ ჩამორჩენილობასთან და მაკროორქიდიზმთან მამრობითი სქესის პაციენტებში.

8. რა არის ბავშვებში ტანმორჩილობის ყველაზე ხშირი მიზეზი?

- ა) მეკვიდრული ტანმორჩილობა.
- ბ) ქრომოსომული ანომალიები.
- გ) ზრდის კონსტიტუციური შეფერხება.
- დ) ჰიპოთირეოზი.
- ე) ფსიქოსოციალური ნანიზმი.



(ა)

ბავშვთა ტანმორჩილობის ყველაზე ხშირი მიზეზია მექვიდრული ტანმორჩილობა ანუ დაბალი მშობლები. როდესაც ბავშვი ნორმალური ტემპით იზრდება, აქვს ნორმალური ძვლოვანი ასაკი და ოჯახის წევრები დაბლები არიან, ამ დროს ყველაზე მეტად საფარაუდოა მექვიდრული ტანმორჩილობა. დაბალი ტანადობის სხვა მიზეზებია: ზრდის კონსტიტუციური შეფერხება, ქრომოსომული ანომალიები, ზრდის შეფერხება მუცლადყოფნის პერიოდში, ქრონიკული დაავადებები, როგორცაა თირკმლის დაავადება ან ნაწლავთა ანთებითი დაავადება, ჰიპოთირეოზი, ადრენალური ჰიპერპლაზია, ზრდის ჰორმონის დეფიციტი, ზრდის ჰორმონის ბიოინაქტივობა და ფსიქოსოციალური ნანიზმი.

9. ძვლოვანი ასაკი ხანდახან გამოიყენება ბავშვებში ტანმორჩილობის მიზეზების დიფერენცირებისათვის. ძვლოვანი ასაკთან დაკავშირებით, რომელი ქვემოთ მოცემული დებულებაა სწორი?

- ა) ძვლოვანი ასაკი ნორმალურია, როგორც მექვიდრული ტანმორჩილობის, ასევე ზრდის კონსტიტუციურ შეფერხების დროს
- ბ) ძვლოვანი ასაკი ნორმალურია მექვიდრული ტანმორჩილობის დროს და ჩამორჩება ნორმას ზრდის კონსტიტუციური შეფერხების დროს
- გ) ძვლოვანი ასაკი ნორმალურია ზრდის კონსტიტუციური შეფერხების დროს და ჩამორჩება ნორმას მექვიდრული ტანმორჩილობის დროს
- დ) ძვლოვანი ასაკი ჩამორჩება ნორმას ორივე შემთხვევაში.
- ე) ძვლოვანი ასაკი ცვალებადია ორივე ამ შემთხვევაში და არ გამოიყენება დიფერენცირებისათვის.



(ბ)

ძვლოვანი ასაკის განსაზღვრით შეიძლება მოხდეს დიფერენცირება სიდაბლის ორ ყველაზე ხშირ მიზეზს შორის. ესენია: მექვიდრული ტანმორჩილობა და ზრდის კონსტიტუციური შეფერხება. მექვიდრული ტანმორჩილობის დროს ბავშვებს აქვთ ნორმალური ძვლოვანი ასაკი. ზრდის კონსტიტუციური შეფერხების დროს კი, რომელიც ფაქტიურად არის ნორმალური სიმაღლის მიღწევის და სქესობრივი მომწიფების შეფერხება, ადგილი აქვს ძვლოვანი ასაკის და სქესობრივი მომწიფების ჩამორჩენას.

10. ფსიქოსოციალური ნანიზმი მდგომარეობაა, როდესაც ფიზიკური ზრდა-განვითარების შეფერხება გამოწვეულია არადამაკმაყოფილებელი ფსიქოსოციალური მდგომარეობით. ფსიქოსოციალურ ნანიზმთან დაკავშირებით, რომელი ქვემოთ მოცემული დებულებაა არასწორი?

- ა) ამ ბავშვებს უვითარდებათ ძილისა და კვების დარღვევები
- ბ) სტრესის მოხსნის შემდეგ, ზრდა, ჩვეულებრივ, უბრუნდება ნორმას
- გ) ამ ბავშვებში ხშირია ქცევის პრობლემები
- დ) ყველა ზემოთ მოცემული
- ე) არც ერთი მათგანი



(დ)

ბავშვებში არაადეკვატური ზრდა შეიძლება დაკავშირებული იყოს არადაამაკმაყოფილებელ ფსიქოლოგიურ გარემო პირობებთან. ამ შემთხვევაში, სტრესის დროს ბავშვმა შეიძლება დაბალი დონით გამოიმუშაოს ზრდის ჰორმონი. მას აგრეთვე შეიძლება ჰქონდეს ქცევის, კვების და ძილის დარღვევები. სტრესის მოხსნის შემდეგ როგორც, ზრდის ჰორმონის დონე, ასევე ზრდის ტემპი უბრუნდება ნორმას.

11. რომელი გამოკვლევა უნდა ჩატარდეს ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ ზრდაში ჩამორჩენა და საგარეოდ, რომ ეს ჩამორჩენა არ არის მემკვიდრული?

- ა) სისხლის საერთო ანალიზი
- ბ) შარდის სრული ანალიზი
- გ) შრატის შარდოვანა და კრეატინინი
- დ) განაგლის ანალიზი პარაზიტებზე და ჭიის კვერცხებზე
- ე) ყველა ზემოთ მოცემული



(ე)

გამხდარი ან არა მემკვიდრული ხასიათის ზრდის შეფერხების მქონე ბავშვებისთვის რეკომენდირებული გამოკვლევებია: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, შრატის შარდოვანა/შრატის კრეატინინი, ელს, შრატში თიროქსინის დონის განსაზღვრა, შრატში ტყვიის დონის განსაზღვრა, განაგლის ანალიზი პარაზიტებზე და ჭიის კვერცხებზე, ღვიძლის ფერმენტები (შრატის ბილირუბინი, ALT, AST ) და ხელების და მაჯის რენტგენოგრაფია.

**საპითხი დისკუსიასთვის**

ჩამოთვალეთ ათი ფიზიკური დარღვევა, რაც მანიფესტორდება ჩვილებისა და ბავშვების ზრდაში ჩამორჩენით.

**მიმოსილვა**

ფიზიკური დარღვევები, რომლებმაც შეიძლება გამოიწვიონ ზრდაში ჩამორჩენა ბავშვებსა და ჩვილებში:

1. მუკოვისციდოზი
2. გულის თანდაყოლილი დაავადებები
3. ჰიპოთირეოზი
4. თირკმლის ქრონიკული დაავადებები
5. ნაწლავების ანთებითი დაავადება
6. იუვენილური რევმატოიდული ართრიტი
7. აიგ-ინფექცია/შიდსი
8. ღვიძლის ქრონიკული დაავადება
9. ნევროზული ანორექსია და ნევროზული ბულემია
10. ბრონქოექტაზია

სხვა დაავადებები:

11. ავთვისებიანი ანალწარმონაქმნები (ნეკრობლასტომა, ნეფრობლასტომა, გლიომა)
12. ტუბერკულოზი

13. მეტაბოლიზმის დარღვევები და მეტაბოლიზმის თანდაყოლილი დარღვევები
14. ტერნერის სინდრომი
15. დაუნის სინდრომი
16. ჰირშპრუნგის დაავადება

**რეზიუმე:**

**1. ზრდაში ჩამორჩენა**

- ა) არათრგანული: ფსიქოლოგიური ზრდაში ჩამორჩენა, დედის უყურადღებობა, მიგდებული (უარყოფილი) ბავშვი, ბავშვთა კვების პრინციპების არცოდნა, კვების არასწორი რეჟიმი-ამ შემთხვევებში უნდა ვიეჭვოთ, რომ ოჯახში არაკეთილსაიმედო სიტუაციაა (ოჯახური დისფუნქცია) და ჩავატაროთ დაწვრილებითი მონიტორინგი.
- გ) თრგანული გენეზის ზრდაში ჩამორჩენა: ინ. №8 პრობლემის სადისკუსიო საკითხის მიმოხილვა.

**მკურნალობა:**

1. შემთხვევების უმეტესობაში საწყის ეტაპზე ნაჩვენებია ჰოსპიტალიზაცია, შეუზღუდავი კვება (განსაკუთრებით ჩვილებში) და სრულყოფილი გამოკვლევების ჩატარება ამ მდგომარეობის გამომწვევი მიზეზის დასადგენად.
2. ბინაზე გაწერის შემდეგ აუცილებელია ხშირი ვიზიტები, ყურადღებით მეთვალყურეობა, განსაკუთრებით თავიდან. ეს მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს იმ გარემო პირობებში, რომელმაც ხელი შეუწყო ამ პრობლემის განვითარებას.

**2 ტანმორჩილობა**

- ა) მემკვიდრული ტანმორჩილობა: ყველაზე ხშირი მიზეზი.
- ბ) მემკვიდრული ტანმორჩილობა ზრდის კონსტიტუციური შეფერხებისგან (კონსტიტუციური ტანმორჩილობა) შეიძლება განვასწავოთ ძვლოვანი ასაკით.
- გ) ტანმორჩილობის სხვა მიზეზებია: ქრომოსომული ანომალიები, ჰიპოთირეოზი, ფსიქოსოციალური ნანიზმი, ზრდის ჰორმონის ბიოლოგიური აქტივობის დაქვეითება და ზრდის ჰორმონის დეფიციტი.
- დ) უნდა ჩატარდეს შემდეგი გამოკვლევები: სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის საერთო ანალიზი, შრატის შარდოვანა/ კრეატინინი, ედს, შრატში თირაქსინის დონის განსაზღვრა, შრატში ტყვიის დონის განსაზღვრა, განავლის ანალიზი პარაზიტებზე და ჭიის კვერცხებზე, ღვიძლის ფერმენტები (შრატის ბილირუბინი, ასპარტატამინო ტრანსფერაზა, ალანინამინოტრანსფერაზა) და ხელების და მაჯის რენტგენი ძვლოვანი ასაკის დასადგენად.

**პრობლემა №5**

18 თვის ჩვილი ზედა სასუნთქი გზების ინფექციით

18 თვის ჩვილი დედამ მოიყვანა თქვენთან. 2 დღის წინ მას განუვითარდა ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია და უცბად ამ საღამოს დაეწყო უხეში, მყეფავი ხველა და გაუძნელდა სუნთქვა.  
 გასინჯვისას ბავშვი ახველებს. მისი სუნთქვის სიხშირეა 40 წუთში და გარკვეულწილად, რესპირატორულ დისტრესში იმყოფება. სუნთქვითი ხშიანობა,

რომელიც გვეხმის მკერდის აუსკულტაციისას, როგორც ჩანს, გადმოეცემა ზედა სასუნთქი გზებიდან. აღინიშნება ცხვირის ნესტოების თრთოლვა და სუბრასტერნალური, ინფრასტერნალური და ინტერკოსტალური რეტრაქცია. ბაგშვის ტემპერატურაა 38,5°C.

რომელი დიაგნოზია ყველაზე საგარაუდო ამ ბაგშვისათვის?

- ა) ვირუსული პნევმონია
- ბ) მწვავე ეპიგლოტიტი
- გ) ბრონქიოლიტი
- დ) კრუპი
- ე) ბაქტერიული პნევმონია

(დ)

ამ ბაგშვს აქვს კრუპი. კრუპის დროს ბაგშვს (კრუპის ყველაზე ხშირი ფორმაა მწვავე ლარინგოტრაქეობრონქიტი), ჩვეულებრივ, ეწყება ტიპური ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია რამდენიმე დღით ადრე, შემდეგ კი ჩნდება მყეფავი ხველა, ინსპირაციული სტრიდორი და რესპირატორული დისტრესი. რადგან ინფექცია თანდათან გადაინაცვლებს ქვემოთ და აზიანებს ბრონქებსა და ბრონქიოლებს, რესპირატორული დარღვევები იზრდება, ამოსუნთქვა ძნელდება და ხანგრძლივდება.

ბაგშვი ხშირად აგზნებული, აღელვებული და შეშინებულია. ტემპერატურა შეიძლება უმნიშვნელოდ იყოს მომატებული ან 39-40°C —საც კი აღწევდეს.

გასინჯვით ხშირად აღინიშნება სუნთქვითი ხმიანობის შესუსტება ბილატერალურად, გაფანტული ხიხინი. სიმპტომები უარესდება ხოლმე ღამით და ხშირად რამდენიმე დღე გრძელდება მზარდი ინტენსივობით. ბაგშვი, ჩვეულებრივ, სერიოზულად ავად არ არის, ხშირად გამოხატულია რინიტი, კონიუნქტივიტი ან ორივე ერთად. ზოგიერთ ბაგშვს უვითარდება მწვავე სუბრასტერნალური, ინფრასტერნალური და ინტერკოსტალური რეტრაქცია მკვეთრ ქოშინთან ერთად.

რომელი ეტიოლოგიური ფაქტორია ბაგშვის ამ მდგომარეობის გამომწვევი?

- ა) ადენოვირუსი
- ბ) პნევმოკოკი
- გ) პარაგრძის ვირუსი
- დ) ჰემოფილური გრიპის ვირუსი (*Haemophilus influenzae*)
- ე) რესპირატორულ—სინციტიური ვირუსი

(გ)

კრუპის შემთხვევათა უმეტესობა გამოწვეულია პარაგრძის ვირუსით.

ზემოთ აღწერილ მდგომარეობის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმების დროს რომელია არჩევანის მკურნალობა?

- ა) ადრენალინი
- ბ) რიბავირინი
- გ) ჰაერის დანოტივება
- დ) აეროზოლური სტეროიდები
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული



(დ)

სულ ცოტა ხნის წინ კრუბის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმების პირველი არჩევის მკურნალობა უბრალოდ ნოტიო ჰაერის მიწოდება იყო. ბოლოდროინდელმა გამოკვლევებმა ცხადდევს, რომ შესაფრქვევი ბუდეზონიდი (საინჰალაციო სტეროიდი) ძალიან კარგ შედეგებს იძლევა ბავშვებში კრუბის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ფორმების დროს.

თქვენ იგივე ბავშვს 6 თვის შემდეგ ნახულობთ. ახლა მას მწვავე რინორეა და ხველა აღენიშნება, რომელიც სტრიდორში, დისპნოესა და გალიზიანებადობაში გადაეზარდა. გასინჯვისას, ბავშვის ტემპერატურა 38°C. ისმის გაფანტული ხიხინი ფილტვის მთელ ზედაპირზე-ყველა წილში, სუნთქვის სისწრავე 50 წუთში. აღენიშნება ცხვირის ნესტოების თრთოლვა და სუნთქვაში დამხმარე კუნთების ჩართვა, რაც იწვევს ინტერკოსტალურ და სუბკოსტალურ რეტრაქციას. შესუნთქვის ბოლოს და ამოსუნთქვის დასაწყისში გაფანტული, წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი მოისმინება. ამოსუნთქვის ფაზა განანგრძლივებულია და ისმის სტრიდორი.  
რომელი დიაგნოზია ყველაზე შესაფერისი ამ ბავშვისათვის?

- ა) ვირუსული პნევმონია
- ბ) მწვავე ეპიგლოტიტი
- გ) ბრონქიოლიტი
- დ) კრუბი
- ე) ბაქტერიული პნევმონია



4. გ.

ამ ბავშვს აქვს ბრონქიოლიტი. ამ დაავადების ნიშნები და სიმპტომები კარგად არის აღწერილი მოცემულ კლინიკურ სურათში.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევით აღინიშნება ფილტვების ძლიერი გაფართოება და ლატერალურ ხედში გულმკერდის წინა-უკანა დიამეტრის გაზრდა. პაციენტების ერთ მესამედში აღინიშნება დაჩრდილვის გაფანტული კერები, რაც გამოწვეულია თბსტრუქციის შედეგად განვითარებული ატელექტაზით ან ალვეოლების ანთებით.

რომელი მკურნალობაა საჭირო ამჟამად ამ ბავშვისთვის?

- ა) დანოტივებული ჟანგბადი
- ბ) შესაფრქვევი ბრონქოდილატატორები
- გ) რიბავირინი
- დ) არც ერთი
- ე) ყველა



5. ე.

ბრონქიოლიტის სამკურნალოდ ბავშვებსა და ჩვილებში წარმატებით გამოიყენება დანოტივებული ჟანგბადი.



რიბაგირინი (ვირაზოლი), ანტივირუსული აგენტი, ეფექტურია რესპირატორულ—სინციტიური ვირუსით გამოწვეული ბრონქიოლიტის შესამსუბუქებლად, თუ მკურნალობას დაავადების ადრეულ ეტაპზე დავიწყებთ. მისი გამოყენება ნაჩვენებია ბავშვებში 2 წლამდე, რომელთაც აქვთ ინფექციის მძიმე ფორმა, რაც დასტურდება ფლუორესცენტული ანტისხეულებით, ან დათესვით, და რომელთა ჰოსპიტალიზაცია გრძელდება 3 დღეზე მეტ ხანს. ეს პრეპარატი უნდა მიეცეს იმ ავადმყოფებსაც, რომლებსაც რესპირატორულ—სინციტიური ვირუსით გამოწვეული ბრონქიოლიტის უფრო მსუბუქი ფორმები აქვთ, მაგრამ თან დართული აქვთ გულის მძიმე ქრონიკული დაავადება.

ბრონქოდილატაციური აეროზოლები ხშირად გამოიყენება ემპირიულად. ადრენალინს ან სხვა ალფა—ადრენერგული აგენტების გამოყენებისა თეორიული საფუძველი არსებობს, მაგრამ პრაქტიკაში მათი გამოყენება სათანადოდ შესწავლილი არ არის.

ანტიბიოტიკებს არანაირი თერაპიული ეფექტი არ აქვთ, გარდა იმ შემთხვევისა, თუ ადგილი აქვს მეორად ბაქტერიულ ინფექციას.

რომელი ეტიოლოგიური ფაქტორია ამ მდგომარეობის გამომწვევი?

- ა) ადენოვირუსი
- ბ) პნევმოკოკი
- გ) რინოვირუსი
- დ) ჰემოფილური გრიპის ვირუსი
- ე) რესპირატორულ—სინციტიური ვირუსი



(ე)

ყველაზე ხშირად ბრონქიოლიტის გამომწვევი მიზეზია რესპირატორულ—სინციტიური ვირუსი. სხვა გამომწვევები შეიცავენ პარაგრძის სამ ვირუსს, მიკოპლაზმას, ზოგიერთ ადენოვირუსს და იშვიათად სხვა ვირუსებს. ადენოვირუსით გამოწვეულმა ბრონქიოლიტმა შეიძლება გამოიწვიოს მოგვიანებითი გართულებები.

7. 5 წლის ბავშვი მოიყვანა თქვენთან დედამ. დედა გაამბობთ, რომ გასული 24 საათის განმავლობაში ბავშვი უცნაურად ლაპარაკობდა და აღენიშნებოდა სალინგაცია. მაღა არ ჰქონდა და წყალი არ დაუღევია. ამ ანამნეზურ მონაცემებზე დაყრდნობით, რომელი დიაგნოზია უფრო შესაფერისი?

- ვირუსული პნევმონია
- მწვავე ეპიგლოტიტი
- გ) ბრონქიოლიტი
- დ) კრუპი
- ე) ბაქტერიული პნევმონია



(ბ)

მ.რომელი დიაგნოსტიკური პროცედურა უნდა ჩატარდეს, რათა დადასტურდეს მე—7 კითხვაში აღწერილი პაციენტის დიაგნოზი?

- ა) ლეიკოციტების რაოდენობის განსაზღვრა

- ბ) ედს
- გ) გულმკერდის რენტგენოგრაფია
- გ) კისრის ლატერალური რენტგენი
- ჰ) თავისა და კისრის კომპიუტერული ტომოგრაფია

●  
(დ)

9.რომელია მე-7 კითხვაში აღწერილ პაციენტისთვის პირველი არჩევის მკურნალობა?

- ა) ინტრავენული ამპიცილინი
- ბ) პერორალური ამპიცილინი
- გ) ინტრავენული/ ინტრამუსკულარული ცეფტრიაქსონი
- დ) ინტრავენული ციპროფლოქსაცინი
- ე) პერორალური ციპროფლოქსაცინი

●  
(ვ)

10.რომელი ორგანიზმი იწვევს მე-7 კითხვაში აღწერილ მდგომარეობას?

- ა) პარაგრების ვირუსი
- ბ) რესპირატორულ—სინციტიური ვირუსი
- გ) ჰემოფილური გრიპის ვირუსი (*Haemophilus influenzae*)
- დ) რინოვირუსი
- ე) პნევმოკოკი

●  
(გ)

პირველ რიგში, უნდა ვიფიქროთ მწვავე ეპიგლოტიტიზე, ვიდრე სხვა დიაგნოზი არ დადასტურდება.

მწვავე ეპიგლოტიტი, პოტენციურად ლეტალური მდგომარეობაა, ჩნდება 2—დან 7 წლამდე ასაკობრივ ჯგუფებში და პიკს აღწევს 3 1/2 წლის ასაკში.

მწვავე ეპიგლოტიტი ხასიათდება ტემპერატურის უეცარი მკვეთრი მომატებით, ყელის ტკივილით, დისპნოეით, სწრაფად პროგრესირებადი რესპირატორული ობსტრუქციით და დაუძლურებით. თუ ადეკვატური მკურნალობა არ ჩატარდება, რამდენიმე საათში ეპიგლოტიტი შეიძლება ჰაერგამტარი გზების სრული ობსტრუქცია და სიკვდილი გამოიწვიოს.

პირველი სიმპტომია რესპირატორული დისტრესი. ბავშვი შეიძლება კარგად იყოს დაძინებისას, მაგრამ გვიან ღამით გამოიღვიძებს ძალიან სიციხით, აფონიით, სალივაციით და საშუალო/მძიმე რესპირატორული დისტრესით სტრიდორთან ერთად. მოზრდილი ბავშვი ხშირად უჩივის ყელის ტკივილს.

მწვავე რესპირატორული დისტრესი შეიძლება განვითარდეს წამებში ან საათებში, ინსპირაციული სტრიდორით, ფოლადისებური ხველით, ხმის ჩანლივით, გაღიზიანებადობით და აგზნებადობით. ხშირია სალივაცია და დისპნოე.

ფიზიკალური გასინჯვით ბავშვს აქვს საშუალოდან მძიმემდე რესპირატორული დისტრესი ექსპირაციული და ინსპირაციული სტრიდორით, ცხვირის ნესტოების

თრთოლვა და ჩასუნთქვისას ნეკნთაშუა არეების, სუბრასტერნალური ფოსოს, ლავიწქეშა და სუბკოსტალური არეების რეტრაქცია. ხანა ანთებადია, ხშირად არის ჭარბი ლორწო და ნერწყვი, რამაც ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ხინინი. დაავადების პროგრესირებასთან ერთად, სტრიდორი და სუნთქვითი ხმიანობები შეიძლება შემცირდეს აგადმყოფის დაღლის გამო. შეიძლება მცირე დროით განვითარდეს ჰაერის უკმარისობა, რომელიც გადაადის ციანოზში, კომაში და სიკვდილში. სხვა შემთხვევაში შესაძლოა გვექნდეს მსუბუქად გამოხატული ხმის ჩანღენა და გადიდებული ალუბლისფერი მბზინავი სორხსარქველი. ბავშვის ხანა არ უნდა გასინჯოთ შპადელით. დიაგნოზი მოითხოვს ზუსტ ვიზუალიზაციას ლარინგოსკოპის საშუალებით, რათა საჭიროების შემთხვევაში სწრაფადვე მოახდინონ ინტუბაცია.

დიაგნოზის დასმა შეიძლება კისრის ლატერალური რენტგენოგრაფიითაც, რომელიც ნათლად გვიჩვენებს შესიებულ სორხსარქველს.

მწვავე ეპიგლოტიტის მკურნალობა შემდეგნაირია:

ა) თუ ბავშვის მდგომარეობა მძიმეა, სასწრაფოდ უნდა მოხდეს ხელოვნურად ჰაერის მიწოდება. არანამკურნალევი პაციენტებს აქვთ სიკვდილის რეალური შანსი, მაშინაც კი როდესაც ისინი საავადმყოფოში იმყოფებიან და ხელმისაწვდომია სათანადო საინტუბაციო აღჭურვილობა.

ბ) ცეფტრიაქსონი (100 მგ/კგ/24სთ) ან ამპიცილინი (200მგ/კგ/246) პლუს ქლორამფენიკოლი ( 100 მგ/კგ/24სთ ), სანამ დათესვის პასუხს მივიღებთ ან თუ არსებობს ეჭვი, რომ დაავადება გამოწვეულია H. influenzae-ს ამპიცილინისადმი რეზისტენტული შტამებით.

გ) დამატებით ჟანგბადის მიწოდება: მწვავე ეპიგლოტიტს იწვევს ჰემოფილური გრიპის ვირუსი. ბოლო ხანებში მოიმატა ამ ვირუსის რეზისტენტობამ ამპიცილინის მიმართ.

11. ბავშვებში სტრიდორთან დაკავშირებით რომელი განცხადებაა სწორი?

ა) კლინიკური მონაცემებით ხანდახან ძნელია განვასხვავოთ ერთმანეთისაგან ბრონქული ასთმა და ბრონქიოლიტი

ბ) ბრონქიოლიტიანი ბავშვები, რომლებსაც არა აქვთ ასთმა, შეიძლება შეცდომით „მიფანიჭოთ“ ეს დიაგნოზი

გ) კავშირი ბრონქიოლიტსა და სასუნთქი გზების ჰიპერაქტივობას შორის გაურკვეველია. ბრონქიოლიტის მწვავე ეპიზოდებმა შეიძლება ხელი შეუწყოს ბრონქიალური ჰიპერაქტივობის ან ასთმის პროგრესირებას

დ) არც ერთი ზემოთ მოცემული განცხადება სწორი არ არის

ე) ყველა ზემოთ მოცემული სწორია



(ე)

ყველა დებულება სწორია. კლინიკური სურათის მიხედვით, ხანდახან ძნელია განვასხვავოთ ერთმანეთისგან ბრონქული ასთმა და ბრონქიოლიტი. შესაძლებელია ასთმის არასწორი დიაგნოსტიკა და ბავშვს შეცდომით უდგინდება ასთმა. კავშირი ბრონქიოლიტსა და ასთმას შორის საბოლოოდ ნათელი არ არის. ბრონქიოლიტიან ჩვილებს შეიძლება ჰქონდეთ გაზრდილი რისკი იმისა, რომ მოგვიანებით განუვითარდეთ ასთმა. ბრონქული ასთმა შეიძლება დაჩქარდეს ბრონქიოლიტის მწვავე ეპიზოდებით.

12. 6 წლის ბიჭი მოიყვანეს თქვენთან მწვავე ასთმური შეტევით. მას განუვითარდა ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია 3 დღის წინ, ხოლო 24 საათის წინ სტრიდორი დაეწყო. პირველი ასთმური შეტევა ბავშვს 2 წლის წინ ჰქონდა და მას შემდეგ, ჩვეულებრივ, თვეში ერთი შეტევა აქვს. იგი არ იტარებს პროფილაქტიკურ მკურნალობას.

გასინჯვით აღენიშნება მძიმე რესპირატორული დისტრესი. სუნთქვის სინშირია წუთში 48. გამონატულია სუნთქვაში დამხმარე კუნთების ჩართვა. ფილტვის პროექციაზე ისმის გენერალიზებული სტრიდორი.

რომელია ამ პაციენტის პირველი არჩევის მკურნალობა ამ ეტაპზე?

- ა) ინტრავენურად ნატრიუმის ქრომოგლიკატი
- ბ) ინტრავენურად კორტიკოსტეროიდები
- გ) შესაფრქვევი ბეტა-აგონისტები იბრატროპიუმის ბრომიდთან ერთად ან მის გარეშე
- დ) დანოტივებული ჟანგბადი.
- ე) ბ და გ



(ე)

ამ ბავშვს აქვს ასთმის შეტევით გამოწვეული მწვავე რესპირატორული დისტრესი. მას უნდა ვუმკურნალოთ ინტრავენური კორტიკოსტეროიდებით და შესაფრქვევი ბეტა-აგონისტებით იბრატროპიუმის ბრომიდთან ერთად ან მის გარეშე. დროული და აქტიური მკურნალობა თავიდან აგვაცილებს დაავადების დამძიმებას და სიკვდილს.

13. მე-12 კითხვაში აღწერილი პაციენტის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და თქვენ გადაწყვიტეთ პროფილაქტიკური თერაპიის დაწყება. რომელია I არჩევის მედიკამენტი პროფილაქტიკური მკურნალობისთვის?

- ა) საინჰალაციო ბეტა-აგონისტები
- ბ) პერორალური თეოფილინი
- გ) საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები
- დ) სოდიუმის ქრომოგლიკატი
- ე) ორალური კორტიკოსტეროიდები



(გ)

ამჟამად ბრონქული ასთმის პროფილაქტიკისთვის პირველი არჩევის პრეპარატებია საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები. ისინი გამოიყენება ერთხელ ან ორჯერ დღეში.

14. 12 წლის ბიჭი, რომელსაც აქვს ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული ასთმა მოდის თქვენთან გასასინჯად. მოსვენებულ მდგომარეობაში ბავშვი თავს კარგად გრძნობს, მაგრამ ენერგიული ვარჯიშის დროს ან შემდეგ ეწვევა ქოშინი და სტრიდორი.

რომელია ამ ბავშვსათვის არჩევის პირველი რიგის მკურნალობა?

- ა) ნატრიუმის ქრომოგლიკატი
- ბ) საინჰალაციო ბეტა-აგონისტები
- გ) პერორალური თეოფილინი.
- დ) საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები

ე) პერორალური კორტიკოსტეროიდები.

(ა)

ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული ასთმა შეიძლება მანიფესტირდეს როგორც ადრეული, ისე მოგვიანებითი ბრონქოსპაზმით. ადრეული ბრონქოსპაზმი იწყება დატვირთვიდან 3-8 წუთის შემდეგ, ხოლო მოგვიანებითი 4-6 სთ-ის შემდეგ. საინჰალაციო ნატრიუმის ქრომოგლიკატი გამოიწვევს როგორც ადრეული, ისე მოგვიანებითი ბრონქოსპაზმის მოხსნას. საინჰალაციო ბეტა-აგონისტები მოხსნან მხოლოდ ადრეულ ბრონქოსპაზმს, კორტიკოსტეროიდები კი — მხოლოდ მოგვიანებითს.

**საკითხი დისკუსიასთვის**

განმარტეთ შემდეგი განცხადება: „ყველაფერი, რაც უსტვენს (ნიინებს), არ არის ასთმა“.

**მიპონილა**

მნიშვნელოვანია გავაცნობიეროთ, რომ ჩვილებსა და ბავშვებში განვითარებული სტრიდორი ასთმის გარდა სხვა მიზეზითაც შეიძლება იყოს გამოწვეული. მიუხედავად იმისა, რომ ასთმა სტრიდორის ყველაზე ხშირი მიზეზია, ის ერთადერთი არაა. მეორე ყველაზე ხშირი მიზეზია ბრონქიოლიტი. როგორც ადრე აღვნიშნეთ, კავშირი ბრონქიოლიტსა და ასთმას შორის გაურკვეველია. შესაძლოა, ბრონქიოლიტის მწვავე შეტევები, შემდგომში ასთმის განვითარების მიზეზი გახდეს.

გარდა ასთმისა და ბრონქიოლიტისა, სტრიდორის მიზეზი შეიძლება იყოს ჰაერგამტარი გზების თბსტრუქცია. ხშირად იგი გამოწვეულია უცხო სხეულის მონგედრით ტრაქეაში ან მის ერთ-ერთ განტოტებაში.

გამოთქმას „ყველაფერი, რაც უსტვენს, არ არის ასთმა ჩვენ შეგვიძლია დავეუბათოთ: ყველა ასთმა არ უსტვენს“. კერძოდ, ეს ენება ასთმის ე.წ. ხველით ფორმას, რომლის დროსაც ძირითადი გამოვლინებაა ხველა. დადგენილია, რომ ასთმიან ბავშვთა 1/3-ს სწორედ ეს ვარიანტი აქვთ, რომელიც სამწუხაროდ, ხშირად ძნელი გამოსაცნობია.

**რეზიუმე**

ჩვილებისა და ბავშვების ზოგიერთი ხშირი და სერიოზული რესპირატორული სინდრომების დიაგნოსტიკებისა და მკურნალობის ძირითადი გზები

1. ყველაზე საგანგაშო სიმპტომები:

- ა. უნეში მყეფავი ხველა
- ბ. სტრიდორი და რესპირატორული დისტრესი
- გ. სალივაცია
- დ. სტრიდორი.

2. კრუბი: ყველაზე ხშირი ფორმაა მწვავე ლარინგოტრაქეობრონქიტი. უხეში, მყეფავი ხველა ჩვილებში კრუბის თითქმის პათოგნომური ნიშანია.  
გამომწვევი აგენტი: პარაგრების ვირუსი.  
მკურნალობა: ამჟამად კრუბის ეფექტური მკურნალობისათვის ნაჩვენებია საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები საშუალო სიმძიმის შემთხვევის დროსაც კი.
3. ბრონქიოლიტი: ახასიათებს რესპირატორული დისტრესი, სტრიდორი, ხინინი. ექსპირაციის ფაზა გახანგრძლივებულია. გამომწვევი აგენტი: რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსი.  
მკურნალობა: დანოტივებული ჟანგბადი და რიბაფირინი.
4. მწვავე ეპიგლოტიტი: სალივაცია, ყელის ძლიერი ტკივილი, სითხის გადაყლაპვის გაძნელება (ეს ნიშანი შეიძლება სადიაგნოსტიკო ტესტად გამოვიყენოთ). არ მიმართოთ ხორხსარქველის ვიზუალიზაციას, თუ არა ხართ მზად ინტუბაციისათვის.  
კისრის ლატერალური რენტგენოგრაფია დაგენძარებათ დიაგნოსტირებაში.  
გამომწვევი აგენტი: ჰემოფილური გრიპის ვირუსი.  
მკურნალობა: ინტრავენული/ინტრამუსკულარული ცეფტრიასონი.
5. ასთმა: სტრიდორის ყველაზე ხშირი მიზეზი ბავშვებსა და ჩვილებში.  
გამომწვევი აგენტი: ხშირად უჯახურია; ხშირად დაკავშირებულია ზოგიერთ გარეგან ალერგენებთან.  
მკურნალობა:
  - ა) მწვავე, მძიმე შემთხვევა: სტეროიდები ინტრავენურად, საინჰალაციო ბეტა-აგონისტები, ჟანგბადი.
  - ბ) სტაბილური მდგომარეობისას პროფილაქტიკისათვის: პირველ რიგში საინჰალაციო კორტიკოსტეროიდები. შეიძლება, აგრეთვე, საინჰალაციო ბეტა-აგონისტების ხმარება, მაგრამ ისინი აღარ ითვლებიან პირველი არჩევის პრეპარატებად.
  - გ) ფიზიკური დატვირთვით გამოწვეული ასთმა: ნატრიუმის ქრომოგლიკატი.

## პრობლემა №6

12 წლის გოგონა მორეციდივე ტკივილით მუცლის არეში

მოგმართავთ 12 წლის გოგონა, რომელიც მუცლის არეში მორეციდივე ხასიათის ტკივილს უჩივის. მუცლის ტკივილის ეპიზოდი გოგონას კვირაში ერთხელ ან ორჯერ აღენიშნება. ეს დაახლოებით რვა საათს გრძელდება. გოგონას არაერთხელ მიუმართავს ექიმისათვის ამ მიზეზის გამო და ჩატარებული აქვს საკმაოდ ბევრი გამოკვლევა. კერძოდ, სისხლის საერთო ანალიზი, შარდის ანალიზი, განაგალი ჭიის კვერცხებსა და პარაზიტებსზე, მუცლის ღრუს ორგანოთა ექოსკენირება. გამოკვლევებით რაიმე ანომალია არ გამოვლენილა. გოგონა აღწერს, რომ ტკივილი ყრუ და ძალიან შემაწუნებელია, ლოკალიზებულია ჭიბის არეში. ტკივილის ხარისხს პაციენტი აფასებს, როგორც 6/10, რომლის ინტენსივობა 8/10-მდე იზრდება და 4/10-მდე მცირდება. ტკივილი არ არის დაკავშირებული საკვებთან და თან არ ახლავს დიარეა ან შეკრულობა.

ფიზიკალური ასინჯვით რაიმე ყურადსაღები ნიშანი არ ვლინდება. სასიცოცხლო ფუნქციები ნორმის ფარგლებშია. მუცლის პალპაციით აღინიშნება ჭიბის ირგვლივი

მიდამოს ზომიერი მტკივნეულობა. არ არის გამონატული ჰეპატოსპლენომეგალია და არც რაიმე მოცულობითი წარმონაქმნი.

1.რომელია ყველაზე მეტად საგარაუდო დიაგნოზი ამ შემთხვევაში?

- ა) მუცლის მორეციდივე ტკივილის სინდრომი
- ბ) ლაქტოზის აუტანლობა
- გ) კრონის დაავადება
- დ) მეზენტერიული ლიმფადენიტი
- ე) ქრონიკული აპენდიციტი



(ა)

ყველაზე საგარაუდო დიაგნოზი ამ შემთხვევაში ბავშვთა ასაკში *მუცლის მორეციდივე ტკივილის სინდრომი*ა. ეს სინდრომი არასპეციფიკური მიმდინარეობით ხასიათდება, რაც კიდევ ერთხელ ადასტურებს ტკივილის არათერაპიულ ხასიათს. ამასთან საყურადღებოა ის გარემოებაც, რომ ტკივილი არ არის დაკავშირებული საკვების მიღებასთან ან სხეულის მდგომარეობის შეცვლასთან და თან არ ახლავს დიარეა ან შეკრულობა, გულისრევა, ღებინება და დიზურიული მოვლენები.

ბავშვებში მუცლის მორეციდივე ტკივილი და მოზრდილებში გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი ხშირად ლაქტოზის აუტანლობაში ერევათ. თუმცა, შესაძლოა ადგილი ჰქონდეს ორივე ამ პათოლოგიის თანაარსებობას. ლაქტოზის აუტანლობას ხშირად თან ახლავს დიარეა.

კრონის დაავადება და მეზენტერიული ლიმფადენიტი, ჩვეულებრივ სისტემურ სიმპტომებთანაა ასოცირებული. სისტემური სიმპტომების არ არსებობა გამორიცხავს ამ დაავადებების არსებობას.

„ქრონიკული აპენდიციტი“, თუკი ასეთი არსებობს, ასოცირებულია ტკივილთან, რომელიც მარჯვენა ქვედა კვადრანტში ლოკალიზდება, მას ხშირად თან ახლავს გულისრევა და ღებინება.

2.როგორია ბავშვებში მუცლის მორეციდივე ტკივილის სინდრომით დაავადებიანობა (პრევალირება)?

- ა) 1%
- ბ) 5%
- გ) 10%
- დ) 20%
- ე) 25%



(გ)

ბავშვებში მუცლის მორეციდივე ტკივილის სინდრომით დაავადებიანობა (პრევალირება) 10% -ია.

3. აღწერილი პრობლემის შემთხვევაში სკოლაში დასწრებასთან დაკავშირებით რომელი განცხადებებია მართებული?

- ა) არ არსებობს არავითარი კავშირი სასკოლო დასწრებასა და მუცლის მორეციდივე ტკივილს შორის
- ბ) „სკოლის ფობია“ (ბავშვს არ უნდა სკოლაში სიარული) შესაძლოა მუცლის მორეციდივე ტკივილისათვის ეტიოლოგიური ფაქტორის როლს ასრულებდეს

- გ) ამ სინდრომით დაავადებული ბავშვები, ჩვეულებრივ, უკეთ სწავლობენ, ვიდრე მათი თანატოლები
- დ) არ არსებობს არავითარი კავშირი სკოლაში სტრესულ მოვლენებსა და ამ მდგომარეობას შორის
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი არ არის მართებული



(ბ)

„სკოლის ფობია“, შესაძლოა, მუცლის მორეციდივე ტკივილის სერიოზული ეტიოლოგიური ფაქტორი იყოს. დადგენილია საკმაოდ მნიშვნელოვანი ურთიერთკავშირი სკოლაში სტრესულ მოვლენებსა და ამ სინდრომს შორის. მუცლის მორეციდივე ტკივილით დაავადებული ბავშვები, როგორც წესი, უფრო ცუდად სწავლობენ, ვიდრე მათი ჯანმრთელი თანატოლები. ეს უბრალოდ ბევრი გაცდენითაა გამოწვეული და არა ამ ბავშვების შეზღუდული გონებრივი შესაძლებლობებით. დადგენილია მნიშვნელოვანი ურთიერთკავშირი სკოლაში სტრესულ მოვლენებსა და მდგომარეობის გამწვავებას შორის.

4. რა სახის გამოკვლევები უნდა ჩაუტარდეს გოგონას?

- ა) შარდის ანალიზი
- ბ) სისხლის საერთო ანალიზი
- გ) მუცლის ღრუს ორგანოთა ექოსკენირება
- დ) არც ერთი ჩამოთვლილი



(დ) ამ ბავშვს უკვე ჩაუტარდა ეს გამოკვლევები, და ამდენად, ამ შემთხვევაში გაუმართლებელია მათი განმეორება, თუკი თქვენ დარწმუნებული ხართ, რომ ახალი სიმპტომები ან ნიშნები, რომელიც ამ ეპიზოდს, ძნელი ეპიზოდებისაგან რამდენადმე განასხვავებს გამოხატული არ არის. ამ შემთხვევაში პრობლემის არაორგანული გენეზის გათვალისწინებით დიაგნოსტიკურ გამოკვლევებზე მეტად ექიმის ხელოვნება უნდა „ამოქმედდეს“. ძალიან მნიშვნელოვანია კლინიკური შეფასება.

5. ქვემოთ ჩამოთვლილი მიკროორგანიზმებიდან რომელია ორგანული მიზეზით გამოწვეული მუცლის მორეციდივე ტკივილის მიზეზი.

- ა) ენტეროტოქსიგენური *E.coli*
- ბ) ენტერობათოგენური *E.coli*
- გ) *Giardia Lamblia*
- დ) *Entamoeba histolytica*
- ე) სალმონელა



(გ)

*Giardia Lamblia* ზოგჯერ ბავშვებში მუცლის მორეციდივე ტკივილის მიზეზია. ამდენად ყველა ბავშვს, რომელსაც ასეთ ხასიათის ტკივილი აღენიშნება უნდა ჩაუტარდეს განავლის ანალიზი ჭიის კვერცხებსა და პარაზიტებზე.



6. ქვემოთ ჩამოთვლილი მდგომარეობებიდან რომელთან არის ყველაზე მეტად ასოცირებულია ბავშვებში მუცლის მორეციდივე ტკივილი?

- ა) ნევროზული ანორექსია
- ბ) ბულემია
- გ) დიდი დეპრესია
- დ) შფოთვის გენერალიზებული მოშლილობა
- ე) პანიკური აშლილობა



(ა)

ნევროზული ანორექსია მუცლის მორეციდივე ტკივილთან ყველაზე ხშირად ასოცირებული პათოლოგიაა. სხვა დანარჩენი ჩამოთვლილი დარღვევები, შესძლოა წარმოდგენილი იყოს მუცლის მორეციდივე ტკივილთან ერთად, მაგრამ ეს იშვიათად ხდება.

7. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია შერჩევის მკურნალობა აღწერილი მდგომარეობისათვის?

- ა. კუნთოვანი რელაქსანტები
- ბ. ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
- გ. ნარკოტიკული ანალგეზიური საშუალებები
- დ. არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო მედიკამენტები
- ე. არც ერთი ჩამოთვლილი



(ე)

ფარმაკოლოგიურ მკურნალობას ამ დროს დადებითი ნაცვლად უარყოფითი შედეგები შეიძლება მოჰყვეს. ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დანიშვნის აუცილებლობა ტკივილზე პაციენტის პასუხის შესაფერისად განისაზღვრება. კარგი იქნება, თუკი პრობლემის მართვაში აქტიურად ჩაერთვებიან ბავშვის მშობლები.

უპირველეს ყოვლისა, საჭიროა ბავშვისა და მშობლების დამშვიდება და ახს-განმარტება იმის თაობაზე, რომ ეს სიცოცხლისათვის საშიში პათოლოგია არ არის.

მეორეც, ექიმმა მშობლებსა და პაციენტს უნდა განუმარტოს, რომ ეს პრობლემა შესაძლოა საკმაოდ დიდხანს გაგრძელდეს. როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, უნდა მოერიდოთ ანალგეზიური და სხვა მედიკამენტების დანიშვნას, რამაც შესაძლოა სარგებელზე მეტი ზიანი მოუტანოს ბავშვს. სედატიური, ანტისპაზმური და ანალგეზიური საშუალებები არა მხოლოდ უსარგებლო, მაგნეც კია. ამ პრეპარატების ფონზე მოსალოდნელია ისეთი გვერდითი ეფექტები, როგორცაა ნაწლავის მოტორიკისა და მადის გაუარესება, ასევე მათზე დამოკიდებულების განვითარება.

ზოგიერთ შემთხვევაში, შესაძლოა დადებითი შედეგი მივიღოთ საფალარათო საშუალების ან ოყნის ფონზე. კერძოდ, თუ სახეზეა მნიშვნელოვანი შეკრულობა და ამას თან ახლავს მუცლის მორეციდივე ტკივილის სინდრომი მიზანშეწონილია მინერალური ზეთის ან ლაქტულოსის გამოყენება, ოყნასთან ერთად ან მის გარეშე.

ძალიან მნიშვნელოვანია ზოგადი გამაჯანსაღებელი ღონისძიებები. რეკომენდებულია კარგად ბალანსირებული დიეტა, დიდი რაოდენობით ბოჭკოვანი საკვების შემცველობის გარეშე.

ყველაზე მნიშვნელოვანი სასკოლო გაცდენების შემცირება. სხვა მხრივ ჯანმრთელ ბავშვებში, ზემოაღწერილი სინდრომის შემთხვევაში ერთგვარი მანკიერი წრე ყალიბდება. მჭიდროდ უკავშირდება ერთმანეთს ემოციური დატვირთვა, სკოლის გაცდენა და მუცლის ტკივილი. სტრესორის იდენტიფიცირება და ამ მანკიერი წრის დარღვევა, მუცლის მორეციდივე ტკივილის მართვისათვის პირველი უმნიშვნელოვანესი ნაბიჯია.

პროგნოზი ამ პათოლოგიის დროს ცნობილი არ არის. ერთი რამ დაბეჯითებით შეიძლება ითქვას-ეს სინდრომი არანაირად არ უკავშირდება მომაგალში მუცლის ღრუს ორგანოთა რაიმე დაავადების აღმოცენებას, და, უმრავლეს შემთხვევებში, 20 წლის ასაკამდე მდგომარეობის მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას აქვს ადგილი. თუმცა, ზოგიერთ პაციენტს, ბავშვობაში მუცლის მორეციდივე ტკივილით, მოზრდილ ასაკში გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი უვითარდება.

**საპითხი ღიშქსიძისათვის**

დედის თანხლებით 11 წლის ბიჭი მოგმართავთ, რომელსაც მუცლის მორეციდივე ტკივილის სამი წლის ანამნეზი აღენიშნება. ბიჭი, თქვენამდე ექვსი სხვადასხვა ექიმის მიერ იყო კონსულტირებული და უამრავი გამოკვლევა ჩაუტარდა. ბავშვს დანიშნული ჰქონდა სხვადასხვა მედიკამენტი, თუმცა მისი მდგომარეობის გაუმჯობესება ვერ მოხერხდა. დედა კატეგორიული ტონით გთხოვთ, რომ „ბოლოს და ბოლოს გამთავლინოთ ბავშვის ავადმყოფობის მიზეზი და ბოლო მოუღოთ ამას.“ როგორ მოიქცევით? რა პასუხს გასცემთ დედას?

**მიმოსილვა**

ეს ძალიან ხშირი პრობლემაა. როგორც ჩანს, ექვსიდან არც ერთმა ექიმმა არ დაუთმო დრო პაციენტთან და მის დედასთან საუბარსა და ახსნა-განმარტებას დაავადების ბუნების შესახებ. ყველაზე საუკეთესო გამოსავალი ამ დროს, დედასა და ბავშვთან მუცლის მორეციდივე ტკივილის მიმდინარეობის თავისებურებების, მისი მართვის გზებისა და მოსალოდნელი პროგნოზის შესახებ საუბარია.

რჩევა ცხოვრების ჯანსაღი წესის, ვარჯიშის, სტრესის შემცირების თაობაზე-ყველაზე მნიშვნელოვანია, რაც თქვენ დედასა და ბავშვს შეგიძლიათ მისცეთ.

თქვენ მოგიწევთ დეტალურად განუმარტოთ დედას, რომ ბავშვს შემდგომი გამოკვლევების ჩატარება არ სჭირდება და არც რაიმე მედიკამენტის მიღებაა საჭირო. ჩვეულებრივ, ეს ყველაზე რთული პროცესია და ექიმს დედის დასარწმუნებლად დიდი ძალისხმევა უწევს.

**პრობლემა №7**

26 წლის პირველმშობიარე, რომელსაც მშობიარობიდან ოთხი დღის შემდეგ დაეწყო შიშის შეგრძნება და განუვითარდა დეპრესიის სიმპტომები

პრობლემის (პოსტნატალური დეპრესია და შფოთვა) განხილვა მნიშვნელოვანია შემდეგი მიზეზების გამო:

1. ყველა ექიმი, მ. შ. ოჯახის ექიმებიც უნდა იცნობდეს ორსულობაზე ნორმალურ ემოციურ პასუხს და შეეძლოს ნორმის მდგომარეობიდან ნებისმიერი გადახრის გამოცნობა;
2. პოსტნატალური დეპრესია ან შფოთვა უარყოფითად აისახება, არა მხოლოდ, დედის ფიზიკურ და სულიერ ჯანმრთელობაზე, არამედ ბავშვის ზრდა-განვითარებასა და მთელი ოჯახის კეთილდღეობასა და ნორმალურ ფუნქციონირებაზე;
3. უნდა აღინიშნოს, რომ ჩვენს სინამდვილეში დეპრესია განიხილება, როგორც დაავადება, რომელიც აუცილებლად ფსიქიატრის მიერ უნდა იქნას დიაგნოსტირებული და ნამკურნალევი. სამწუხაროდ, პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებულ ექიმებს (უბნის თერაპევტები/პედიატრები/ოჯახის ექიმები) არა აქვთ სათანადო ცოდნა და ჩვევები იმისათვის, რომ დასვან დეპრესიის დიაგნოზი, ამის გამო მსუბუქი და შესაძლოა, საშუალო სიმძიმის დეპრესიაც კი,

შემთხვევათა დიდ უმრავლესობაში გამოუცნობი და შედეგად, არანამკურნალევი რჩევა. ამ მხრივ გამონაკლისს არც პოსტნატალური დეპრესია წარმოადგენს. თუკი გავითვალისწინებთ ამ პათოლოგიის დროული იდენტიფიკაციისა და მკურნალობის მნიშვნელობას, უდავოა, რომ ოჯახის ექიმებს (დიდია იმის ალბათობა, რომ პაციენტმა პოსტნატალური დეპრესიით სწორედ მათ მიმართოს და არა ფსიქიატრს) უნდა შეეძლოთ ამ პრობლემის დიაგნოსტიკა, მისი სიმძიმისა და პროცესში ფსიქიატრის ჩართვის აუცილებლობის ხარისხის შეფასება და იცნობდნენ მისი მკურნალობის მეთოდებს;

ქვემოთ წარმოდგენილი კლინიკური პრობლემა და მის გარშემო დასმული შეკითხვები დაგეხმარებათ სწორი წარმოდგენა შექმნათ პოსტნატალური დეპრესიის დიფერენციული დიაგნოსტიკისა და მართვის პრინციპების თაობაზე.

26 წლის პირველმშობიარემ, ორსულობის ორმოცი კვირის გადაწე გააჩინა ჯანმრთელი ბიჭუნა. მელოგინის მდგომარეობა მშობიარობიდან მეოთხე დღემდე საფსებით დამაკმაყოფილებელი იყო. მაგრამ ამ დროიდან მას განუვითარდა დაღლილობა, უძილობა, დარდისა და დეპრესიის განცდა.

პაციენტს აქვს წარსულში ბიპოლარული აფექტური აშლილობის ანამნეზი, თუმცა უკანასკნელი ხუთი წლის მანძილზე მას ჰიპომანიის ან დეპრესიის ეპიზოდები არ ჰქონია. თქვენ საკმაოდ შეგაშფოთათ ასეთი ანამნეზის შეტყობამ, მაგრამ მშობიარობის მერვე დღიდან ქალის მდგომარეობა თანდათან გამოსწორდა და ორ კვირაში აღარ შეინიშნებოდა ფსიქიკური დარღვევის არაფეთარი ნიშანი.

ქალს მდგომარეობა საკმაოდ კარგი იყოს მშობიარობიდან ექვსი კვირის შემდეგ, როდესაც მან ჩვილთან ერთად ოფისში მოემართათ.

1.რა დიაგნოზია ყველაზე საგარაუდო ამ შემთხვევაში?

- ა) პოსტნატალური დეპრესია (*Postpartum depression*)
- ბ) პოსტნატალური უგუნებობა (*Postpartum blues*)
- გ) მსუბუქი დეპრესია, რაც უდავოდ დაკავშირებულია წარსულში ბიპოლარული აფექტის ეპიზოდებთან
- დ) პოსტნატალური შფოთვა
- ე) მშობიარობის შემდგომი ნორმალური რეაქცია

1.(ბ)

2.რომელია შერჩევის პირველი რიგის მკურნალობა ამ შემთხვევაში?

- ა) ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
- ბ) ლითიუმის კარბონატი
- გ) მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები
- დ) სელექციური სეროტონინის უკუშეებოჭვის ინჰიბიტორები
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი

(ე)

3. კონკრეტულ შემთხვევაში, ითვალისწინებთ რა ანამნეზში ბიპოლარული აფექტური აშლილობის არსებობას, ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან რომელია მართებული?

- ა) ბიპოლარული აფექტური აშლილობის რეციდივის შანსი მშობიარობის შემდგომ პერიოდში, არაორსულებთან შედარებით მაღალი არ არის;
- ბ) ბიპოლარული აფექტური აშლილობის რეციდივის შანსი პოსტნატალურ პერიოდში მცირდება
- გ) ბიპოლარული აფექტური აშლილობის რეციდივის შანსი პოსტნატალურ პერიოდში იზრდება

დ) არც ერთი ჩამოთვლილი

ე) ამის შესახებ განსაზღვრული და დამტკიცებული მონაცემები არ არსებობს

●  
(გ)

პრობლემაში აღწერილია პოსტნატალური უგუნებობის შემთხვევა. ეს მდგომარეობა მელოგინეთა 50-80% -ს აღენიშნება. პოსტნატალური უგუნებობის სინდრომი გარდამავალია. იგი რამოდენიმე დღიდან ორ კვირამდე გრძელდება და სპონტანურად გაივლის.

პოსტნატალური უგუნებობა, ჩვეულებრივ, მშობიარობის მესამე ან მეოთხე დღეს ტირილის ხანმოკლე ეპიზოდებით მანიფესტირდება. დებრესიული განწყობის პიკი მესუთედან მეათე დღის შუალედში მიიღწევა. შესაძლოა უგუნებობას თან ახლდეს ისეთი სიმპტომები, როგორიცაა: ნერვიულობა, თავის ტკივილი, კონცენტრაციის უნარის გაუარესება, კონფუზია. ზოგჯერ, პირიქით შეიძლება გამოხატული იყოს არაბუნებრივი აღტაცება (ეიფორიამდებე კი).

პოსტნატალური უგუნებობის ეტიოლოგია უცნობია, მაგრამ ვარაუდობენ, რომ ამის მიზეზი შესაძლოა ჰორმონული ძვრები იყოს. ფიქრობენ, რომ პოსტნატალური უგუნებობის სინდრომი პროგესტერონის დეფიციტითაა გამოწვეული.

შერჩევის მკურნალობა პოსტნატალური უგუნებობის შემთხვევაში მხარდამჭერი ფსიქოთერაპიაა: ოჯახის (განსაკუთრებით მეუღლის) მხარდაჭერა, გაგება და თბილი დამოკიდებულება, პაციენტის განათლება (დაარწმუნეთ პაციენტი, რომ ეს აბსოლუტურად ნორმალური მდგომარეობაა)-ეს ის ზომებია, რომელთა საშუალებითაც წარმატებით ხერხდება ამ პრობლემის მოგვარება. აღწერილი შემთხვევაში, განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია დაარწმუნოთ პაციენტი, რომ

- არაფერია საერთო წარსულში ფსიქიკური დარღვევის არსებობასა და მის ამჟამინდელ მდგომარეობას შორის;
- ეს „უგუნებობა“ რამოდენიმე დღეში (ორ კვირაში) თავისთავად გაივლის;
- თუმცა სასურველია დედის მდგომარეობაზე მეტვალყურეობა-დედისა და ჩვილის ჯანმრთელობის დაცვა

პაციენტებში ბიპოლარული აფექტური აშლილობის ანამნეზით რეციდივის შანსი მაღალია პოსტნატალურ პერიოდში. ამასთანავე, უნდა აღინიშნოს, რომ უფრო ხშირად რეციდივი ფსიქოზის ფაზასთანაა ასოცირებული, რაც სხვა შემთხვევებში არ აღინიშნება.

როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული, პოსტნატალური უგუნებობა ქალების 50-80% -ს აღენიშნება, ამათგან ჭეშმარიტი მშობიარობის შემდგომი დებრესია მხოლოდ მცირე ნაწილს (10% -ს ან ნაკლებს) უვითარდება.

4. 28 წლის პირველმშობიარეს, ორსულობის 39 კვირის გადაზე შეეძინა ჯანმრთელი გოგონა. მელოგინის მდგომარეობა მშობიარობის შემდგომ მეოთხე დღემდე დამაკმაყოფილებელი იყო, მაგრამ ამ დროისათვის ქალს განუვითარდა შემდეგი სიმპტომები: ტირილი, სასოწარკვეთა, დანაშაულის შეგრძნება, უძაღობა, დებრესია, უძილობა და შიში, რომ ძალიან არ შესწევს მოუაროს ჩვილს. ასეთი განწყობა საკმაოდ განახგრძლივდა და როდესაც თქვენ პაციენტი მშობიარობიდან სამი კვირის შემდეგ ნახეთ, იგი ძალიან ცუდად გამოიყურებოდა.

რა არის ყველაზე სავარაუდო დიაგნოზი ამ შემთხვევაში?

- ა) პოსტნატალური დებრესია
- ბ) პოსტნატალური უგუნებობა
- გ) ადაპტაციის მწვავე რეაქცია
- დ) ადრეული ბიპოლარული აფექტური აშლილობა
- ე) არც ერთი ჩამოთვლილი

(ა)

5. რა არის შერჩევის მკურნალობა მეოთხე შეკითხვაში აღწერილი პაციენტისათვის?

- ა) ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები
- ბ) მონოამინოქსიდაზას ინჰიბიტორები
- გ) სელექციური სეროტონინის უკუშეიბოჭვის ინჰიბიტორები
- დ) მხარდამჭერი ფსიქოთერაპია
- ე) ა და დ

●  
(ე)

ამ პაციენტს პოსტნატალური დეპრესია აქვს. ეს პათოლოგია, როგორც უკვე ზემოთ იყო აღნიშნული, მშობიარობის შემდეგ ქალების 10% -ს უვითარდება. პოსტნატალური დეპრესიის შემთხვევაში, პოსტნატალური უკუნებობისაგან განსხვავებით, დეპრესიული განწყობა საკმაოდ ხანგრძლივად ნარჩუნდება და, ხშირად, ორ კვირაზე ბევრად დიდხანს გრძელდება. პოსტნატალური დეპრესია შემდეგი ძირითადი სიმპტომებით ხასიათდება:

- ხასიათის გაუარესება
  - პაციენტი სერიოზულად მიიჩნევს, რომ უნარი არ შესწევს მოუაროს ჩვილს
  - დანაშაულის შეგრძნება, რომელიც დაავადების პროგრესირებასთან ერთად მძაფრდება
- სწვა სიმპტომები, რომელიც პოსტნატალურ დეპრესიას ახლავს თან შემდეგია:

- ტირილი
- სასოწარკვეთა
- დედა დარდობს, რომ ბავშვი ისე არ უყვარს, “როგორც საჭიროა“
- დედა დარდობს, რომ ბავშვს, „რაღაცას ცუდად უკეთებს“
- გადაჭარბებული ნერვიულობა ბავშვის კვების გამო
- გადაჭარბებული ნერვიულობა ბავშვის ძილის გამო
- გადაჭარბებული ნერვიულობა უფროსი და-ძმის ეჭვიანობის გამო
- ჰიპოქონდრიალური სიმპტომები
- იოლად გაღიზიანებადობა
- კონცენტრაციის გაუარესება
- მეხსიერების გაუარესება
- ძლიერი დაღლილობის შეგრძნება

კონკრეტული ეტიოლოგიური ფაქტორი დადგენილი არ არის, მაგრამ პოსტნატალური დეპრესია განიხილება, როგორც მულტიფაქტორული დაავადება. პოსტნატალური დეპრესიის გენეზის შესახებ არსებობს რამოდენიმე თეორია:

1. *ჰორმონული დეფიციტის თეორია:* პოსტნატალური დეპრესიის აღმოცენება უკავშირდება პროგესტერონის ნაკლებობას;
2. დეპრესიის ოახური ანამნეზი
3. მშობიარობით გამოწვეული სტერსი
4. შემგრძნება, რომ მშობიარემ „დაკარგა კონტროლი“ მშობიარობის პროცესზე (ასეთ რამ ხდება ეპიდურალური ანესთეზიის ან საკეისრო კვეთის შემთხვევაში, ასევე მაშინაც, რომედაც მშობიარე ცუდად არის ინფორმირებული მონალოდნელი პროცესის თაობაზე ორსულობის პერიოდშივე)
5. დედის წინასწარგანწყობა, რაზედაც შესაძლოა ზეგავლენა იქონიოს ქალის ბავშვობის დროინდელმა გამოცდილებამ (აღზრდის თავისებურებები და ა.შ)
6. პარტნიორთან ღრმა და ახლო დამოკიდებულების არ არსებობა
7. მამის პასუხისმგებლობის ხარისხი-ანუ რამდენად აქტიურად მონაწილეობდა იგი ორსულობისა და მშობიარობის პროცესში

მ. ცხოვრებისეული სტერსული მოვლენების ზეგავლენა; ოჯახური კრიზისი, ჭირისუფლობა, საცხოვრებელი ადგილის შეცვლა, ფინანსური პრობლემები, სხვა შვილებზე ზრუნვის აუცილებლობა

შერჩევის მკურნალობა პოსტნატალური დეპრესიის შემთხვევაში მხარდამჭერი ფსიქოთერაპიისა და ტრიციკლური ანტიდეპრესიული საშუალებების კომბინაციაა. პოსტნატალური დეპრესიის მართვის საუკეთესო გზა ამ პროცესში ჯანდაცვის პროფესიონალების, სათემო სამსახურების, პაციენტის ოჯახისა და მეგობრების ერთდროული მონაწილეობაა. ეფექტურია ასევე ჯგუფური ფსიქოთერაპია-აქტიურობის პაციენტებს საკუთარი გამოცდილების ურთიერთგაზიარების საშუალება ეძლევათ, რაც მათ მდგომარეობაზე დადებითად აისახება.

6. 29 წლის პირველმშობიარე მშობიარობიდან მეოთხე დღეს დილის 4 საათზე ხმაბაღდა მღეროდა ჰიმნს თავის პალატაში. მომდევნო 24 საათის მანძილზე ქალმა სამშობიარო სახლში ენით აუწერელი არეულობა შექმნა. იგი შედიოდა სხვა მელოგინეთა პალატებში და სთხოვდა მათ მასთან ერთად გაერთიანებულიყვნენ „განსაკუთრებული ბიოენერგეტიკული ენერჯის ადამიანების კავშირში“. პაციენტი უარს ამბობდა საკვებზე და წყალზე, რადგან მიაჩნდა, რომ „კოსმიური ვიბრაცია მას განსაკუთრებული ენერჯით ამარაგებდა“. ფსიქიტრის დანახვაზე პაციენტი ფანჯრიდან გადახტა. საბედნიეროდ, პალატა პირველ სართულზე მდებარეობდა და ეს შემთხვევა მხოლოდ მცირედი ნაკაწრებით დასრულდა. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან რომელია მართებული ამ პაციენტთან მიმართებაში?

- ა) პაციენტს აღენიშნება პოსტნატალური ფსიქოზი
- ბ) საგარაუდოა, შიზოფრენია
- გ) ყველაზე საგარაუდოა, რომ ამ პაციენტს ბიპოლარულ აფექტური აშლილობის ანამნეზი აქვს
- დ) ა და გ
- ე) ბ და გ

●

(დ)

7. რა უდიდესი რისკის წინაშე იმყოფება ეს პაციენტი?

- ა) სუიციდი
- ბ) ჩვილის მკვდელობა
- გ) ჰომიციდი
- დ) მეტად-ნაკლებად მყარი პარანოიდული მდგომარეობის ჩამოყალიბება
- ე) ა და ბ

●

(ე)

8. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია შერჩევის მკურნალობა ამ პაციენტისათვის?

- ა) ინტენსიური მეთვალყურეობა
- ბ) ლითიუმის კარბონატი
- გ) საწყის ფაზაში ნეიროლეპტიური საშუალებები
- დ) სელექციური სეროტონინის უკუშეიბოჭვის ინჰიბიტორები
- ე) ყველა ზემოაღნიშნული

●

(ე)

სახეზეა პოსტნატალური ფსიქოზი. ეს პათოლოგია ყოველ 1000 მშობიარეზე 1-დან 2-მდე შემთხვევაში აღინიშნება. პოსტნატალური ფსიქოზი შესაძლოა გამოვლინდეს შიზოფრენიული ან აფექტური აშლილობის ან კონფუზიური მდგომარეობის სახით.

პაციენტს ჰიპოქანის ეპიზოდი აღენიშნება. საგარეოდ, რომ ქალს ანამნეზში ჰქონოდა ბიპოლარული აფექტური აშლილობა, დიდი დეპრესიის ეპიზოდი ან ბიპოლარული აფექტური აშლილობის ოჯახური ანამნეზი.

ჰიპოქანის მკურნალობა, მწვავე (გადაუდებელი) და შემანარჩუნებელი თერაპიის ეტაპებად იყოფა. გადაუდებელი მკურნალობა ანტიფსიქოზური მედიკამენტების გამოყენებას გულისხმობს. პირველი არჩევის პრეპარატებს მიეკუთვნება ჰალოპერიდოლი, ქლოროპრომაზინი ან თიორიდაზინი. გარდა ამისა, პაციენტი ინტენსიურ მეთვალყურეობას საჭიროებს. პოსტნატალური ფსიქოზით შეპყრობილი პაციენტი სუიციდისა და ჩვილის მკვლელობის რისკის წინაშე იმყოფება. ერთ-ერთი კვლევის მონაცემებით პოსტნატალური ფსიქოზის დროს პაციენტების 5% -ს ჰქონდათ სიუციდი, ხოლო 4% -მა ჩვილი მოკლა.

ფსიქოზის ეპიზოდის მოგვარების შემდგომ საჭიროა ხანგრძლივი შემანარჩუნებელი თერაპია, რაც შემდეგი ღონისძიებების განხორციელებას გულისხმობს:

- ა) მანის საწინააღმდეგო მედიკამენტი: ლითიუმის კარბონატი
- ბ) ანტიდეპრესიული საშუალებები: უპირატესობა ენიჭებათ სელექციური სეროტონინის უკუშეიშვების ინჰიბიტორებს, ვინაიდან მათი პერეფორირების შემთხვევაში დაბალია თვით-დაზიანების პოტენციური რისკი. მათ ნაცვლად, პაციენტზე მკაცრი მეთვალყურეობით, შესაძლებელია ტრიციკლური ანტიდეპრესანტების გამოყენება
- გ) მხარდამჭერი ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია
- დ) ოჯახური ფსიქოთერაპია
- ე) თემის ფსიქიატრიული ექსპერტის რეგულარული ვიზიტების პაციენტის ბინაზე: გარემო ბრუნების, ადაპტაციური და სხვა მონსალოდნელი პრობლემების იდენტიფიცირებისა და ადეკვატური მართვის მიზნით

9. ქვემოთ ჩამოთვლილი განცხადებებიდან უფროს ბავშვებზე დედის დეპრესიის წემოქმედებასთან დაკავშირებით რომელია მართებული?

- ა) ქცევითი პრობლემები უფრო ხშირია ბავშვებში, რომელთა დედას პოსტნატალური დეპრესია აღენიშნებოდა
- ბ) მნიშვნელოვანი შემეცნებითი დეფიციტი აღენიშნება ბავშვები, რომელთა დედებს დეპრესიის ეპიზოდი მშობიარობის შემდგომ პირველ წელს ჰქონდათ
- გ) არსებობს სერიოზული ურთიერთკავშირი ბავშვებში კითხვის სირთულეებსა და დედის დეპრესიას შორის
- დ) მართებულია ყველა ჩამოთვლილი
- ე) არ არის მართებული არც ერთი ჩამოთვლილი



(დ)

პოსტნატალური დეპრესიის შედეგები მნიშვნელოვნად სცილდება მშობიარობის შემდგომ პერიოდს და სერიოზულად აისახება უფროს ბავშვებზეც. ქცევითი პრობლემები, შემეცნებითი დეფიციტი და კითხვის სირთულეები, ეს ის მაგალითებია, რაც დედის დეპრესიის (მ.შ. პოსტნატალური დეპრესიის) გამო მოზრდილ ბავშვებში შეიძლება გამოვლინდეს. ასეთ დროს ოჯახში ახალი ბავშვის დაბადება მისი მოზრდილი დაძმისათვის “სერიოზული ცხოვრებისეული სტრესია”.

10. ქვემოთ ჩამოთვლილიდან რომელია ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი პოსტნატალური დეპრესიის განვითარებისათვის?

- ა) დეპრესიის ანამნეზი
- ბ) ბიპოლარული აფექტური აშლილობის ანამნეზი
- გ) მშობიარობის შემდგომ პერიოდში სისხლში პროგესტერონის დონის დაცემა ჩვეულებრივზე მეტად
- დ) უახლოეს პერიოდში ცხოვრებისეული სტრესი

ე) დედის ბავშვობისდროინდელი გამოცდილება

(დ)

ყველა სხვა ფაქტორს შორის, პოსტნატალური დებრესიის განვითარებისათვის ყველაზე მნიშვნელოვანი რისკ-ფაქტორი მიმდინარე პერიოდში ცნოვრებისეული სტრესია.

**საპითხი დისკუსიისათვის**

ხასიათის პათოლოგიის ადრეული დიაგნოსტიკა და სათანადო მკურნალობა აუცილებელია მისი მიმდინარეობის ხანგრძლივობისა და სიმძიმის შესამცირებლად. ჩამოაყალიბეთ სპეციფიკური რეკომენდაციები იმის თაობაზე, თუ როგორ შეიძლება ამ ამოცანის განხორციელება.

**მიმოხილვა**

ქვემოთ წარმოდგენილი რეკომენდაციები დაგეხმარებათ თავიდან აიცილოთ ან, თუკი ეს შეუძლებელია, წარმატებით მართოთ პოსტნატალურ პერიოდში აღმოცენებული დებრესია:

1. როგორმე მიაღწიეთ იმას, რომ პრენატალურ ვიზიტებს ორსულის მეუღლე ან პარტნიორი ესწრებოდეს;
2. ესუბრეთ წყვილს ორსულობის, მშობიარობისა და ლოკინობის ხანაში მოსალოდნელ ფსიქოლოგიურ ძვრებსა და ხასიათის შესაძლო ცვალებადობაზე;
3. გამოიყენეთ სპეციალურად ამ თემაზე შემუშავებული საგანმანათლებლო მასალები პაციენტებისათვის;
4. ხაზია გაუსვით პოტენციური მამის როლს ორსულობის, მშობიარობისა და შემდეგ ლოკინობის ხანაში, როგორც დედის, ასევე ჩვილის მოვლის თვალსაზრისით;
5. ისაუბრეთ წყვილთა ბავშვის დაბადების ფილოსოფიაზე. მთავარია მათ გაიგონ, რომ ეს აბსოლიტურად ნორმალური მოვლენაა და არა ავადმყოფობა;
6. განუმარტეთ ორსულს რა სახის გამოკვლევები და მეთვალყურეობა უნდა ჩაუტარდეს მას და რატომ;
7. ისაუბრეთ ორსულთა ხშირ ჩივილებზე (უმნიშვნელო შეშუპება, გულძმარვა, ბუასილი და ა.შ.), რომელთა უმრავლესობა, უბრალოდ, ფიზიოლოგიური პროცესების შედეგია და ამდენად, მკურნალობას არ საჭიროებს;
8. მიეცით წყვილს დეტალური ინსტრუქცია იმის თაობაზე, თუ რა შემთხვევაში მოემართონ თქვენ დაუყოვნებლად და რა დროს მიმართონ საავადმყოფოს;
9. კარგი იქნება, თუკი პაციენტს მშობიარობის დაწყების მაუწყებელი პირველი ნიშნების გამოჩენის შემდეგ ინახულებთ და რამოდენიმე სიტყვით შეახსენებთ თქვენს წინანდელ საუბრებს;
10. აუხსენით მშობიარეს (ვიდრე მას ჯერ კიდევ შეუძლია თქვენი ახსნა-განმარტების აღქმა) რისთვის არის საჭირო ესა თუ ის ჩარევა მაგ. სანაყოფე ბუშტის ხელოვნურად დარღვევა და ა.შ.
11. ყოველმხრივ ეცადეთ გაამხნევოთ და დაამშვიდოთ მშობიარე;
12. შეაფასეთ პაციენტის მდგომარეობა მაშინვე, მშობიარობის შემდეგ. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ანამნეზში ბიპოლარული აფექტური აშლილობის არსებობას, დებრესიისა და სხვა სერიოზული ფსიქიკური დაავადების ოჯახურ ანამნეზს, ასევე პაციენტებს, რომლებმაც ცოტა ხნის წინ სერიოზული ცნოვრებისეული სტრესი გადაიტანეს.

**რეზიუმე**

1. პოსტნატალური უგუნებობა:

ა) ავადობა: 50-80%

ბ) მიმდინარეობა: იწყება მშობიარობიდან მესამე დღეს და გაივლის ორ კვირაში

გ) მკურნალობა: დამშვიდება, მწარდამჭერი ფსიქოთერაპია, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მეუღლის აქტიურ თანადგომას



**2. პოსტნატალური დეპრესია;**

- ა) აგადობა: 10%
- ბ) მიმდინარეობა: იწყება მშობიარობიდან მესამედან მესუთე დღემდე და გრძელდება ორ კვირაზე უფრო დიდხანს
- გ) მკურნალობა: ფსიქოთერაპია და ფარმაკოლოგიური ანტიდეპრესიული მკურნალობა

**3. პოსტნატალური ფსიქოზი:**

- ა) აგადობა: 0,1-0,2%
- ბ) მკურნალობა: გადაუდებელი: ნეიროლეპტიური მედიკამენტები, თვით-ზიანისა და ჩვილის დაზიანების პრევენციის მიზნით ინტენსიური მეთვალყურეობა; შემანარჩუნებელი:

1. ლითიუმის კარბონატი
2. ანტიდეპრესანტები: სელექციური სეროტონინის უკუშეზღვევის ინჰიბიტორები; ტრიციკლური ანტიდეპრესანტები;
3. ფსიქოთერაპია: მხარდამჭერი, ჯგუფური, ინდივიდუალური, კრიტიკული მნიშვნელობა აქვს მეუღლის თანადგომას

**4. პრევენცია:**

- ა) პაციენტის განათლება პრენატალურ პერიოდში: ეს უნდა მოიცავდეს ორსულობისა და მშობიარობის ფსიქოლოგიური ზეგავლენის განხილვას და ახალშობილის შესაძლო ზემოქმედებას ოჯახურ ფუნქციებზე;
- ბ) მშობიარობის პროცესში ყველა შესაძლო ჩარევის თაობაზე სრული ინფორმაციის მიწოდება, რაც მშობიარეს “კონტროლის შენარჩუნების“ განცდას უქმნის;
  - გ. არსებითი მნიშვნელობა აქვს პროცესში მეუღლის ან პარტნიორის მონაწილეობას.