

გავრცელებული პედიატრიული პრობლემების მართვა ზოგად პრაქტიკაში

,

როგორ აღიქვამენ ბავშვები სამყაროს?

ბავშვებისათვის სამყარო არ არის ისეთი, როგორც ჩვენთვის, მოზრდილი ადამიანებისათვის. ნაწილობრივ ეს უბრალო ფიზიკური ფაქტორით, მათი სხეულის პატარა ზომებითაა განპირობებული. თუმცა, ამას გარდა განსხვავებულია მათი აზროვნების ხასიათი. ეს დაახლოებით ასეთნაირად შეიძლება წარმოვიდგინოთ, ბავშვები ფიქრობენ, რომ ისინი მოზრდილთა სამყაროს პარალელურ განზომილებაში ცხოვრობენ და მიუხედავად იმისა, რომ ეს ორი სამყარო ურთიერთკავშირშია, ბავშვებისათვის ისევე რთული გასაგებია მოზრდილთა ცხოვრების თავისებურებები, როგორც დიდებისათვის ბავშვების. ის პრიორიტეტები, რომლებსაც ბავშვი სახავს, მკვეთრად განსხვავდება მოზრდილთა პრიორიტეტებისაგან. ბავშვებთან ურთიერთობისას ჩვენ მოგვიწევს დავივიწყოთ ჩვენი, მოზრდილი ადამიანების შეხედულებები და ვეცადოთ გამოვაგნილოთ და შევიცნოთ მათი აზროვნება. ეს მთავარია, თუ გვინდა, რომ ჩვენს მიერ წარმოებული დიაგნოსტიკური, სამკურნალო, პრევენტული ღონისძიებები წარმატებით განხორციელდეს, დავიცვათ ისინი ზიანისაგან და შევცვალოთ მათი ჩვევები და ქცევა იმგვარად, რომ მაქსიმალურად დავიცვათ ბავშვების ჯანმრთელობა.

რატომ არის მნიშვნელოვანი იმის ცოდნა, თუ რას ნიშნავს «ნორმალური» და რას გულისხმობს ეს ტერმინი?

«ნორმალური» «პათოლოგიურის» საპირისპირო ცნებაა. თუ არ იცით რას ნიშნავს «ნორმა» და «პათოლოგია», ცხადია ვერ შეძლებთ გამოავლინოთ პათოლოგიური ნიშნები (მახასიათებლები).

მშობლებსაც და ჯანდაცვის პროფესიონალებსაც უნდა შეეძლოთ პასუხი გასცენ შეკითხვას: ნორმალურია თუ არა ბავშვი?

თითქმის ყველა ბიოლოგიური მახასიათებელი, რომლის მიხედვითაც ბავშვის განვითარებაზე შეიძლება მსჯელობა ვარიანტულია და ამ ცვალებადობის საზღვრები საკმაოდ პირობითია. ნორმის ფარგლების შემუშავება, ჩვეულებრივ შემთხვევათა 95%-ის შესწავლის საფუძველზე შუალედური მაჩვენებლების განსაზღვრით ხდება. ეს ნორმის სტატისტიკურ განმარტებას იძლევა, მაგრამ არ გულისხმობს იმას, რომ ამ ფარგლების საზღვრებში ყველა ბავშვი აუცილებლად კლინიკურად «ნორმალურია» და არც იმას, რომ ამ ფარგლებს გარეთ ყველა ბავშვი უეჭველად «პათოლოგიურია».

«ნორმალურობა» შესაძლოა განვიხილოთ, როგორც სტატისტიკური ფენომენი და ამავდროულად, როგორც დინამიური პროცესი. ნებისმიერ ასაკში ბავშვი ისეთი სპეციფიური მაჩვენებლებით ხასიათდება, როგორცაა სიმძლავრე, წონა, განვითარების პროცესის დინამიკა, რაც შესაძლოა შევადაროთ იმავე ასაკის სხვა ბავშვის მაჩვენებლებს.

ზრდისა და განვითარების პროცესის მიმდინარეობა შესაძლოა ნორმალური ან პათოლოგიური იყოს. ბავშვი მხოლოდ იმ შემთხვევაში ინარჩუნებს ნორმალური ზრდისა და განვითარების უნარს, თუ ხდება მისი ემოციური საჭიროებების სწორად ამოცნობა (შეფასება) და დაკმაყოფილება. ბავშვებს სჭირდებათ უსაფრთხო გარემო და სიყვარული. მათ აქვთ გარკვეული სოციალური საჭიროებებიც და ეს სათანადო რეაგირებას მოითხოვს, როგორც ოჯახში, ასევე მის გარეთ.

სჭირდება თუ არა ჯანმრთელ ბავშვს პედიატრიული მეთვალყურეობა?

რას გულისხმობს ბავშვის განვითარების პროცესის ნორმალური მიმდინარეობა?

განვითარება უწყვეტი პროცესია. ეს იმას ნიშნავს, რომ არ არის აუცილებელი ერთი ჩვევის ათვისების შემდეგ ბავშვმა სასწრაფოდ მეორეც აითვისოს. მაგ. მოზარდი, რომელმაც ფეხი ახლახან აიდგა, სულ მცირე მომდევო ორი კვირა მხოლოდ იმით იქნება დაკავებული, რომ კარგად დაათვალიეროს მის გარშემო არსებული სამყარო და ნაკლებად ადარდებს ნატიფი მოძრაობების ათვისების პრობლემას. ახალი ჩვევები, უკვე შეთვისებულ, ძველ ჩვევებს ემყარება და ბავშმა, რაღაც მიზეზის (ავადმყოფობის ან გარემო პირობების) გამო შეაფერხა ერთი ჩვევის ათვისება, ეს აფერხებს მეორე მასზე დამყარებული ჩვევის შესწავლას. მაგ. თუ ბავშვი ავადმყოფობის გამო ხანგრძლივად ჰოსპიტალში იმყოფებოდა, მის მიერ ამა თუ იმ ჩვევის შეთვისების პროცესი საკმაოდ შეფერხებულია. ზოგიერთი ჩვევის შეთვისება გარკვეულწილად პროგრამირებულია და ეს ე.წ. განვითარების "ფანჯრის" ფარგლებში უნდა მოხდეს. თუ ბავშვი რაიმე მიზეზის გამო გამოტოვებს "ფანჯრით" შემოფარგლულ პერიოდს ამ ჩვევის შეთვისება სულ უფრო და უფრო რთული ხდება. მაგ. ბავშვს, რომელსაც დაბადების შემდეგ ხანგრძლივი დროის მანძილზე ნაზოგასტრალური ზონდით კვებავდნენ უჭირს საკვების პირში ჩადება.

განვითარების ტემპზე ასევე ზეგავლევას ახდენენ სხვა ფაქტორებიც. კერძოდ, პირველი შვილების ვერბალური ჩვევები უფრო სრულყოფილია, ვიდრე მომდევნო ბავშვებისა (რასაც ვერ ვიტყვით სიარულზე), გოგონები უფრო სწრაფები არიან, ვიდრე ბიჭები. არსებობს სპეციალური შკალები, რომლებიც ბავშვის განვითარების რაოდენობრივი შეფასების საშუალებას იძლევა.

შესაძლოა თუ არა, რომ ბავშვმა დაკარგოს ის ჩვევები, რომლებიც უკვე აითვისა?

ასეთი რამ განვითარების რეგრესიის მაჩვენებელია და არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ნორმად ჩაითვალოს.

დამატებითი ინფორმაცია ბავშვის განვითარების ნორმალური მიმდინარეობის შესახებ:

ჩვევა	ასაკი
ღიმილი	5-8/52
ნივთების აღების უნარი	5-6/12
ხელიდან ხელში გადატანა	7-9/12
დაუხმარებლად ჯდომა	7-10/12
დამოუკიდებელი სიარული	15-18/12
შესაფერისი მნიშვნელობის ერთეული სიტყვა	15-18/12
ფრაზებით საუბარი	22-30/12

დამატებითი ინფორმაცია:

ბავშვთა მეთვალყურეობის პროგრამის ფარგლებში რეკომენდებული ღონისძიებები

- **ახალშობილის გასინჯვა**

სრული ფიზიკალური გასინჯვა წონის და თავის გარშემოწერილობის ჩათვლით.

საჭიროა შეფასდეს ხომ არ აღინიშნება ბარძაყის თავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა ან სათესლის ჩამოუსვლელობა. თვალების ინსპექცია, წითელი რეფლექსი, მაღალი რისკის ბავშვებში სმენის შემოწმება.

- **6-8 კვირა**

ფიზიკალური გასინჯვა

წონა და თავის გარშემოწერილობა

სმენა მაღალი რისკის ჯგუფებში

დისკუსია ბავშვის ჯანმრთელობის შესახებ

- **6-9 თვე**

ბარძაყის ძვლის თავის პოზიცია

სმენის ტესტი

საუბარი ბავშვის განვითარების, კვების, ტრავმების პრევენციის შესახებ

- **18-24 თვე**

შეფასდეს სიარული და მეტყველება.

ჰემოგლობინის დონე, თუ ამას ითვალისწინებს პრაქტიკის პოლისი

სიმალლე წონა

საუბარი ბავშვის ქცევაზე

- **36-48 თვე**

სიმალლე

ორთოპედიული სკრინინგი (თუ ითვალისწინებს პრაქტიკის პოლისი)

საუბარი ბავშვის ჯანმრთელობაზე

- **სკოლაში შესვლისას**

სიმალლე

მხედველობა

სმენა

პედაგოგიური კონსულტაცია: ანამნეზი და გასინჯვა

შენიშვნა: აქ წარმოდგენილი ინფორმაცია განსაკუთრებულ დახმარებას გაუწევს მათ, ვისაც ბავშვებთან და მშობლებთან ურთიერთობისა და მუშაობის მცირე გამოცდილება აქვს.

როგორ დავიწყოთ კონსულტაცია?

პაციენტთან შეხვედრისას იყავით მაქსიმალურად თავაზიანი და კეთილგანწყობილი. წარუდგინეთ თქვენი თავი მშობელსაც და ბავშვსაც. შესთავაზეთ მშობელს და/ან ბავშვს დაჯდეს თქვენს გვერდით, მაგიდა არ უნდა იდგას თქვენს შორის. ბავშვებს უყვართ ოთახში ხეტიალი და იქ სათამაშოების დათვალიერება, იქონიეთ ისინი თქვენს კაბინეტში. თუ ბავშვი კონსულტაციაზე თავის სათამაშოს მოიტანს აუცილებლად შენიშნეთ და შეაქეთ ეს ნივთი.

როგორ დავამყაროთ ურთიერთკავშირი?

საშუალება მიეცით და წახალისეთ მშობელი გამოხატოს თავისი გრძნობები და წუხილი. გამოხატეთ სიტყვიერი და არა-სიტყვიერი ემპათია, დაუქნიეთ მოსაუბრეს თავი პასუხად და პერიოდულად ჩაურთეთ წამახალისებელი ფრაზები. მხოლოდ თქვენი თბილი და მეგობრული დამოკიდებულებისას გეტყვიან მშობლები და ბავშვები თავიანთ სათქმელს. შეინარჩუნეთ თვალის-თვალში კონტაქტი. ეცადეთ საუბარსი ბავშვიც ჩაერთოს (თუმცა პატარა ბავშვები ჩვეულებრივ ოთახის სხვა კუთხეში ამჯობინებენ თამაშს). ნურაფერს ნუ დაწერთ საუბრისას. გაიგეთ რა ჰქვიათ მშობლებს და მიმართეთ მათ სახელებით (გახსოვდეთ, რომ შესაძლოა დედას, მამას და ბავშვს სხვადასხვა გვარები ჰქონდეთ).

როგორ უნდა მიიღოთ ის ინფორმაცია, რომელიც გჭირდებათ?

გამოიყენეთ ღია შეკითხვები. ერიდეთ “წამყვან” შეკითხვებს და ეცადეთ თქვენი გამომეტყველება და მეტყველების მანერა რაც შეიძლება ბუნებრივი იყოს. თქვენ ხშირად მოგიწევთ დააზუსტოთ და დააკონკრეტოთ დეტალები. მიეცით დრო მშობლებს ან ბავშვს პასუხის მოფიქრებისათვის. გახსოვდეთ, თუ თქვენ მხოლოდ შეკითხვებს დასვამთ, მხოლოდ და მხოლოდ პასუხებს მიიღებთ, მიეცით საშუალება მშობლებს და/ან ბავშვს გაამბოთ თავიანთი ამბავი. თუ თქვენ გინდათ კონსულტაციის მიმდინარეობისას გააკეთოთ რაიმე ჩანაწერი, მოითხოვეთ პაუზა. ნუ ეცდებით მოისმინოთ და დაწეროთ ერთდროულად.

თქვენ მშობლისაგან უნდა მიიღოთ ინფორმაცია ორსულობის, მშობიარობის, ადრეულ ასაკში ბავშვის კვების, იმუნიზაციის შესახებ. სასკოლო ასაკის ბავშვებში პირველ სამს ნაკლები მნიშვნელობა ენიჭება. ასევე მნიშვნელოვანია ინფორმაცია მშობლების სამუშაო ადგილის, ფინანსური მდგომარეობის და საცხოვრებელი პირობების შესახებ. საყურადღებოა ბავშვის კვების ანამნეზი.

როგორ შევხვით პირად და დელიკატურ საკითხებს?

ასეთ საკითხებს მხოლოდ განსაკუთრებული საჭიროების შემთხვევაში უნდა შევხვით. ახსენით, რისთვის გჭირდებათ ეს ინფორმაცია. ვიდრე თქვენ ისაუბრებთ ბავშვი ან მშობელი მოემზადება შეკითხვებზე პასუხის გასაცემად. ნუ შეგამინებთ პაუზა და სიჩუმე. მიეცით მათ დრო სათანადო რეაგირებისათვის.

რაზე არ ღირს საუბარი ბავშვის ან მშობლის თანდასწრებით?

ზოგიერთ შემთხვევაში უხერხულად მოგეჩვენებათ ბავშვის თანდასწრებით ამა თუ იმ საკითხის განხილვა, მაგრამ თუ თქვენ თინეიჯერებს ან მოზარდებს უწევთ კონსულტაციას შეიძლება პირიქითაც მოხდეს. ყველა პრობლემას მშობლების თანდასწრებით ვერ შეეხებით, მაგ. სქესობრივი ქცევა, წამალდამოკიდებულება, მშობლებთან ურთიერთობა.

როგორ გავსინჯოთ ბავშვი?

ჩვილი ბავშვები რბილ, თბილ ზედაპირზე უნდა გასინჯოთ. შედარებით მოზრდილი შესაძლოა დედის მუხლებზე იჯდეს, სასკოლო ასაკის ბავშვის გასინჯვა ტახტზეც შეიძლება. ყველაზე რთული მოზარდი და სკოლამდელი ასაკის ბავშვების გასინჯვაა. გამოიყენეთ თოჯინები და სათამაშოები. ეცადეთ ისეთი გამომეტყველება მიიღოთ, თითქოს ბავშვი კი არა, მისი დათუნია გაინტერესებთ და ყურადღებით ათვალთვლებთ მას. გაათბეთ თქვენი სტეტოსკოპი. ბავშვს ნუ დახედავთ ზევიდან მოთავსდით მის სიმაღლეზე და ისე გასინჯეთ იგი.

გასინჯვისას გამოიყენეთ ანატომიური და არა სისტემური მიდგომა. ჩვილი ბავშვი გასინჯეთ თავიდან ფეხის თითების მიმართულებით. შედარებით მოზრდილ ბავშვებში შეიძლება გადაინაცვლოთ პერიფერიიდან ცენტრისაკენ. სასკოლო ასაკის ბავშვებში შეგიძლიათ გამოიყენოთ ნებისმიერი მიდგომა, მაგრამ ვიდრე რაიმეს გააკეთებდეთ აუცილებლად აუხსენით ბავშვს რას აკეთებთ.

ბოლოსთვის მოიტოვეთ ნაკლებად სასიამოვნო პროცედურები:

- ბარძაყის და თავის გარშემოწერილობის განსაზღვრა ჩვილ ბავშვებში;
- შედარებით მოზრდილებში ყურის, ყელის, ცხვირის დათვალთვლება;
- არტერიული წნევის გაზომვა
-

ჩვილ და შედარებით მოზრდილ ბავშვთა გასინჯვა

ძირითადი მომენტები

- ჩვილ ბავშვებში გასინჯეთ ყიფილიდან
- შეაფასეთ ფემორალური პულსაცია (მისი სისუსტე, არ არსებობა ან რადიო-ფემორალური შეფერხება შესაძლოა აორტის კოარქტაციის მაჩვენებელი იყოს)
- გასინჯეთ კისრის წინა და უკანა სამკუთხედების და ყურის უკანა ლიმფური კვანძები (ხომ არ აღინიშნება ლიმფადენოპათია)
- დაათვალიერეთ ყელი
- აუროსკოპიისას დაათვალიერეთ დაფის აპკი
- საჭიროა ბავშვი აწონოთ, განსაზღვროთ სიმაღლე და თავის გარშემოწერილობა (განსაკუთრებით ჩვილებში).
- გაზომეთ არტერიული წნევა (ხშირად ექიმებს ავიწყდებათ ამის გაკეთება)

პრევენცია ბავშვთა ასაკში

პირველადი პრევენცია-იმუნიზაცია, ტრავმატიზმის თავიდან აცილება მეორეული პრევენცია-სკრინინგი (ჯანმრთელ ბავშვთა მეთვალყურეობის პროგრამა (ჩალლ 1996 წ. მიუთითებს, რომ ეს მეორეული პრევენციის სინონიმია) მესამეული პრევენცია-პირველადი ჯანდაცვის გუნდის მიერ ცერებრალური დამბლით დაავადებულ ბავშვთა მდგომარეობის მართვა.

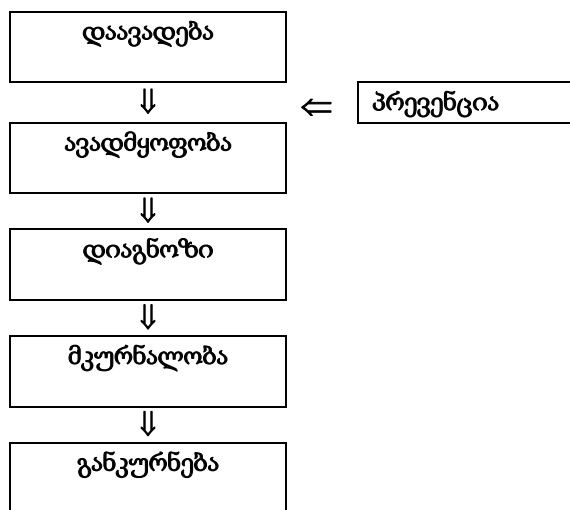
ინფექციათა პრევენცია იმუნიზაციის გზით

თქვენ ერთ-ერთი სამედიცინო დაწესებულების ხელმძღვანელი ბრძანდებით. ამ ქვეყანაში წითელათი ავადობა შედარებით დაბალია, კერძოდ გასულ წელს ერთ მილიონ ბავშვზე აღინიშნა წითელას 1000 შემთხვევა, ამათგან ორი ლეტალობით დამთავრდა. ორივე შემთხვევაში აღინიშნებოდა იმუნური სტატუსის დაქვეითება. თუმცა უკანასკნელ ხანებში აღინიშნა წითელას შემთხვევების მომატება იმ რეგიონებში, სადაც იმუნიზაციის მაჩვენებელი არ იყოს მაღალი. წითელას საწინააღმდეგო იმუნიზაციის ნაციონალური მაჩვენებელი 90%, მაგრამ ზოგიერთ რაიონებში 80%-ს არ აღემატება. ასეთ პირობებში ძნელია გავრცელების თავიდან აცილება. ამასთან, აღსანიშნავია ის ფაქტი, რომ პრესა სერიოზულ ანტიპროპაგანდას ეწევა წითელას საწინააღმდეგო იმუნიზაციის მიმართებით, იმ მოტივით, რომ ამ პროცედურას თან ახლავს უამრავი გვერდითი მოვლენა, რაც მოსახლეობისათვის ცნობილი არ არის.

თქვენ მიიღეთ გადაწყვეტილება, ხელი შეუწყოთ და განახორციელოთ წითელას ერადიკაციის ეროვნული პროგრამა. როგორ მოახერხებთ ამას?

კაცობრიობის არსებობის მანძილზე მხოლოდ ერთი დაავადების-ყვავილის ერადიკაცია მოხერხდა. თეორიულად წითელას ერადიკაციაც შესაძლებელია, მაგრამ ეს ბევრად უფრო ძნელია, ვიდრე ყვავილისა, ვინაიდან წითელას ხშირად სუბკლინიკური მიმდინარეობა ახასიათებს, ამასთან დაავადება პროდრომალურ პერიოდში მაღალი კონტაგიოზურობით ხასიათდება.

წითელას პრევენცია პრევენციის სამედიცინო მოდელის გამოყენებას გულისხმობს, რაც შემდეგში მდგომარეობს:



იმუნიზაციის მაღალი მაჩვენებლის მისაღწევად რეკომენდირებულია შემდეგი:

- პასუხისმგებელი პირი, რომელსაც დაეკისრება გარკვეულ უბანში იმუნიზაციის უზრუნველყოფის პასუხისმგებლობა;
- რეგულარული კომუნიკაცია და ჯანდაცვის პროფესიონალებისათვის იმუნიზაციის თაობაზე უახლესი ინფორმაციის მიწოდება
- პირველადი ჯანდაცვის გუნდის წევრთა მაღალი მოტივაცია

- მშობლების და ბავშვების მიმართ მეგობრული და კეთილგანწყობილი დამოკიდებულება ბავშვების კლინიკებში, რომლებიც მოეწყობა მოსახერხებელ დროს.
- ეფექტური კომპიუტერული სისტემა, რომელიც საშუალებას მოგვცემს დავაფიქსიროთ შედეგები და გამოვავლინოთ არაიმუნიზირებული ბავშვები. ბავშვთა მოცვის მაჩვენებელი უნდა შევატყობინოთ ოჯახის ექიმს.
- განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს იმ დაავადებათა დაფიქსირებას, რომლებიც იმუნიზაციას ექვემდებარება.
- იმ პირებისათვის, რომლებიც სისტემატურად თავს არიდებს იმუნიზაციის ჩასატარებლად ვიზიტს, ბინაზე იმუნიზაციის უზრუნველყოფა.
- იმუნიზაციის პროპაგანდისათვის მასიური საინფორმაციო საშუალებების გამოყენება.

განმარტება:

იმუნიზაცია და ვაქცინაცია

იმუნიზაცია=იმუნიტეტის შექმნის პროცესი
 ვაქცინაცია=ვაქცინის ორგანიზმში შეყვანა
 ვაქცინაციის შედეგად ყოველთვის არ ხერხდება იმუნიზაცია.

გაეცანით ვაქცინაციის ეროვნულ კალენდარს.

დროული ახალშობილი

ახალშობილთა დაახლოებით 95% ორსულობის 37დან 42 კვირამდე იბადება და მათი უმრავლესობა ჯანმრთელია. მათ არ სჭირდებათ არც ერთი სამედიცინო პირის ჩარევა და დახმარება ან ჰოსპიტალური მეთვალყურეობა. მიუხედავად ამისა ყველა ახალშობილი, როგორც წესი ისინჯება. რატომ?

ახალშობილი ბავშვის გასინჯვა აუცილებელია, ვინაიდან მათ საკმაოდ დიდ ნაწილს შესაძლოა ჰქონდეს მცირე პრობლემები, რომლებიც თუ დროულად არ გამოვლინდა და გამოსწორდა სერიოზულად შეაფერხებს ბავშვის მომდევნო ზრდასა და განვითარებას. ამის მაგალითია:

- კატარაქტა
- მგლის ხახა
- საზარდულის თიაქარი
- სათესლის ჩამოუსვლელობა
- ჰიპოსპადია
- ბარძაყის თავის ამოვარდნილობა

საჭიროა ახალშობილის თავის გარშემოწერილობის განსაზღვრა, არა იმიტომ, რომ ჰიდროცეფალიის დიაგნოზი დავსვათ (ეს თვალითაც იოლი შესამჩნევია), არამედ, ბავშვის შემდგომი განვითარების შეფასებისათვის (იგივე შეიძლება ითქვას ახალშობილის

წონის შესახებ). ნეონატალური გასინჯვისათვის საუკეთესო დროა დაბადებიდან 24 საათი.

ნეონატალური სკრინინგი

გაერთიანებულ სამეფოში ახალშობილებს მეექვსე დღეს უღებენ სისხლს ანალიზისათვის ფენილკეტონურიასა და ჰიპოთირეოიდიზმზე. იცით თუ არა რა მდგომარეობაა ამ მხრივ საქართველოში?

- ორივე ეს პათოლოგია, არადროული იდენტიფიკაციისა და მკურნალობის შემთხვევაში სერიოზულ პრობლემებს იწვევს (გონებრივი განვითარების შეფერხება);
- ადრეული დიაგნოსტიკა და შესაფერისი მკურნალობა, თითქმის ყველა შემთხვევაში ეფექტურია და ნორმალური ფსიქომოტორული საშუალებას იძლევა.
- თუ გამოხატულია ამ დაავადებათა კლინიკური ფორმა, უკვე აღინიშნება ტვინის ფუნქციონირების მნიშვნელოვანი გაუარესება.
- ფენილკეტონურიის პრევალირების მაჩვენებელი შეადგენს დაახლოებით 1-ს 6000 ახალშობილზე, ხოლო ჰიპოთირეოიდიზმი 1-ს 3000 ახალშობილზე, არც ერთი მდგომარეობა არ არის იშვიათი.
- შემთხვევათა იდენტიფიკაციის მიზნით ჩატარებული სკრინინგის ღირებულება, ბევრად უფრო დაბალია, ვიდრე არადიაგნოსტირებული და გვიანი დიაგნოსტირებული ბავშვების მკურნალობისას გაწეული ხარჯები.

დამატებითი ინფორმაცია: ახალშობილის კანის ფერი

- **მკრთალი ვარდისფერი:** ნორმალურია
- **ციანოზური (მოლურჯო):** ეს ნორმად მხოლოდ იმ შემთხვევაში შეიძლება ჩაითვალოს, როდესაც ლოკალიზდება კიდურებზე (ხელები ან ფეხები) და აღინიშნება დაბადებიდან 48 საათში. ზოგადი ციანოზი არასოდეს ნორმალური არ არის და საჭიროა სასწრაფო გამოკვლევები გულის ან სასუნთქი სისტემის დაავადებათა გამოსარიცხად.
- **არლეკინი:** ერთ მხარეს შუა ხაზის გასწვრივ მოწითალო, მეორე მხარეს თეთრი. უჩვეულო და გარდამავალი ფენომენია, რომლის მიზეზის ზუსტი განსაზღვრა თითქმის არასოდეს არ ხერხდება. ეს მდგომარეობა კეთილთვისებიანია და რაიმე სერიოზული პათოლოგიის არსებობაზე არ მიუთითებს.
- **ძალიან წითელი-**ეს შესაძლოა დაკავშირებული იყოს პოლიციტემიასთან და ამ დროს მნიშვნელოვანია ჰემატოკრიტის განსაზღვრა
- **ფერმკრთალი:** ანემია, ეს განპირობებულია დაბადებისას სისხლის მცირე მოცულობით, ზოგიერთ შემთხვევაში ეს დაკავშირებულია პლაცენტის აშრევებასთან.
- **მონაცრისფრო:** ეს ძალიან არასასურველი და საშიში ფერია, ხშირად თან ახლავს სეპტიცემიას და საჭიროებს სასწრაფო ჩარევას.
- **მოყვითალო/მომწვანო:** ეს კონიუგირებული სიყვითლის ფერია.
- **მოყვითალო/ფორთოხლისფერი:** ეს ჩვეულებრივი ნეონატალური სიყვითლისათვის დამახასიათებელი ფერია.

სიყვითლე

ემის დაბადებიდან 36 საათის შემდეგ სიყვითლე გამოვლინდა. გოგონა ბუნებრივ კვებაზეა და საკვებს 2-3 საათში ერთხელ ღებულობს. კვებათა შორის პერიოდში ბავშვს სძინავს, მაგრამ როდესაც იღვიძებს მოუსვენრობს. პოსტნატალური პედიატრული შემოწმებისას, მისი დაბადებიდან 24-საათის შემდეგ გოგონა შეფასდა, როგორც ნორმალური და ჯანმრთელი.

ამ შემთხვევაში სავარაუდოა, რომ საქმე გვაქვს ფიზიოლოგიურ სიყვითლესთან. ამაზე მეტყველებს ჯერ ერთი მისი მანიფესტაციის დრო (სიყვითლე გამოვლინდა დაბადებიდან მეორე და არა პირველივე დღეს). ჰიპერბილირუბინემია ამ დროს ჰემის დაშლის ფონზე ბილირუბინის პერიფერიული ჰიპერპროდუქციის გამო აღმოცენდება. ბავშვებში, რომლებსაც დაბადებისას უფრო მეტად გამოხატული პოლიციტემია აღენიშნებათ, სწრაფად ხდება ჭარბი ერითროციტების დაშლა. ღვიძლის მიერ ბილირუბინის კონიუგაციის უნარი ჯერ კიდევ ჩამოუყალიბებელია და სრულ აქტივობა მხოლოდ სიცოცხლის მეორე კვირისათვის აღწევს.

ბავშვის გასინჯვისას რაიმე პათოლოგია არ გამოვლინდა. შრატში ბილირუბინის კონცენტრაცია შეადგენდა 200ნმოლ/ლ-ში. არ არის საჭირო არავითარი ჩარევა. დედას უნდა ავუხსნათ, რომ ეს ფიზიოლოგიური მოვლენაა და განგაშისათვის არავითარ საფუძველს არ ქმნის.

სიყვითლის გამოვლენისას ბავშვის გასინჯვა ძალიან მნიშვნელოვანია: მართალია, ფიზიოლოგიური სიყვითლე ჯანმრთელ ბავშვებში ხშირი მოვლენაა, მაგრამ თუ ბავშვი ავადმყოფის ნიშნებს ავლენს აუცილებელია სასწრაფო გამოკვლევები (განსაკუთრებით ინფექციების გამორიცხვის მიზნით). ბავშვები სწრაფად ხდებიან ავად, ამიტომ ის გარემოება, რომ ახალშობილი 12 საათის წინ ჯანმრთელი იყო არ იძლევა საფუძველს დამშვიდებისათვის. ჩვენს შემთხვევაში გამოცდილი ექიმი თავს შეიკავებდა სისხლში ბილირუბინის დონის განსაზღვრისაგან და ბავშვს ააცილებდა სისხლის ალების არცთუ სასიამოვნო პროცედურას.

თუ სიყვითლე ძალიან ადრეულ პერიოდში ვლინდება და უჩვეულოდ ხანგრძლივად გრძელდება შეიძლება ვიფიქროთ, რომ იგი პათოლოგიურია.

ადრეული სიყვითლე

ზემოთ აღწერილი კლინიკური შემთხვევის მსგავს სიტუაციაში, ბილირუბინის დონე 200ნმოლ/ლ-ში დაბადებიდან 18 საათის შემდეგ გამოვლინდა. ემის დედას პირველი ჯგუფის რეზუს უარყოფითი სისხლი აქვს. ორსულობის პერიოდში ქალს სისხლში ერითროციტების მიმართ ანტისხეულები არ ჰქონია.

ეს რამდენადმე უჩვეულო სიტუაციაა, სიყვითლე ადრეულ ეტაპზე ვლინდება და არ შეიძლება ფიზიოლოგიურად იქნას მიჩნეული. გასინჯვის შემდეგ, რაც ბავშვის ზოგადი ფიზიკური მდგომარეობის შეფასების საშუალებას იძლევა, საჭიროა ჩატარდეს გამოკვლევები, რაც ბილირუბინის სიჭარბის მიზეზების დადგენის საშუალებას მოგვცემს. საჭიროა განისაზღვროს ჰემატოკრიტი, სისხლის ჯგუფობრიობა და ჩატარდეს კუმბსის ტესტი, რაც ანტისხეულების არსებობის გამო, სისხლის ჯგუფობრივი შეუთავსებლობის დადგენის საშუალებას მოგვცემს.

ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება დღესდღეობით იშვიათია. პირველი ორსულობის შემდეგ იგი ჩვეულებრივ არ ვითარდება და ნაკლებად სავარაუდოა დედებში, რომლებსაც ტესტირებით რეზუს ანტისხეულები არ უვლინდებათ. ჯგუფური (ABO) შეუთავსებლობა უფრო ხშირია პირველი, ვიდრე მომდევნო ორსულობებისას. დიაგნოზის დასადასტურებლად იყენებენ ერთროციტების ოსმოსური რეზისტენტობის ტესტს.

გლუკოზო 6-ფოსფატ-დეჰიდროგენაზას დეფიციტი ნეონატალური სიყვითლის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი მიზეზია და მისი გათვალისწინება აუცილებელია მედიტერიანელთა და აზიური წარმოშობის ოჯახებში.

ჰემოლიზური სიყვითლე საკმაოდ სერიოზული პათოლოგიაა. ზომიერი ბილირუბინემიის ფონზე განვითარებული ტოქსიურობის გამო მოსალოდნელია ნეიროსენსორული სიყრუე, შედარებით მძიმე შემთხვევებში ვითარდება ბილირუბინული ენცეფალოპათია (ე.წ. კერნიქტერუსი), რაც სიკვდილით ან ცერებრალური დამბლით მთავრდება.

ჩვენს შემთხვევაში ბავშვსაც პირველი ჯგუფის, რეზუს უარყოფითი სისხლი აქვს. სხვა გამოკვლევებით რაიმე ცვლილება არ გამოვლინდა, მაგრამ მომდევნო სამი დღის განმავლობაში ბილირუბინის კონცენტრაცია გაიზარდა 350ნმოლ/ლ-მდე. პოსტნატალური პალატის ექთანს სურს დარწმუნდეს, რამდენად უსაფრთხოა დედისა და ბავშვის ბინაზე გადაყვანა.

თუ ჰემოლიზური სიყვითლე გამორიცხებულია, მეცნიერულ ფაქტებზე დაყრდნობით არ არსებობს რაიმე მიზეზი ვივარაუდოთ, რომ ჰიპერბილირუბინემიის გამო ახალშობილი განსაკუთრებულ ზიანს მიიღებს. დედას უნდა ვთხოვოთ დაბრუნდეს უკან ბილირუბინის დონის საკონტროლო ანალიზისათვის, რათა დავრწმუნდეთ, რომ ჰიპერბილირუბინემია არ ღრმავდება, თუმცა ამის შემდგომი ჩარევა საჭირო აღარ არის.

გახანგრძლივებული სიყვითლე

ბილირუბინის დონე შესაძლოა რამოდენიმე კვირის მანძილზე დარჩეს მომატებული, ვიდრე ბავშვი მხოლოდ დედის რძით იკვებება. თუმცა უმრავლეს შემთხვევებში სიყვითლე პირველ ორკვირაში გაივლის. ბუნებრივ კვებასთან დაკავშირებული პროლონგირებული სიყვითლის მექანიზმი ბოლომდე ნათელი არ არის. ვარაუდობენ, რომ ეს შესაძლოა დაკავშირებული იყოს რძეში მოცირკულირე ზოგიერთი ცხიმოვანი მჟავას მიერ ბილირუბინის კონიუგაციის იდიოსინკრაზიული დათრგუნვით.

სერიოზული პათოლოგიით გამოწვეული პროლოგირებული სიყვითლე იშვიათია. გახანგრძლივებულ კონიუგირებულ ჰიპერბილირუბინემიას შესაძლოა სერიოზული გამოსავალი ჰქონდეს. საჭიროა სასწრაფო გამოკვლევების ორგანიზება. განსაკუთრებული ყურადღება უნდა დაეთმოს ბილიარული ატრეზიის იდენტიფიკაციას. ამ პათოლოგიის დროს ქირურგიული ჩარევის ეფექტურობა გაცილებით ნაკლებია, თუ დიაგნოსტიკა დაბადებიდან 6 კვირის შემდეგ ხდება.

დამატებითი ინფორმაცია:

რა გამოკვლევების ჩატარებაა საჭირო პროლონგირებული (ორ კვირაზე მეტი ხანგრძლივობის) სიყვითლის დროს?

- შრატში კონიუგირებული (პირდაპირი) და არაკონიუგირებული (არაპირდაპირი) ბილირუბინის დონე.
- შარდის ბაქტერიოლოგია, ვირუსული კულტურა, ბილირუბინი, გალაქტოზა და ამინომჟავები (თიროზინი)
- ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციები, ალფა₁-ანტიტრიფსინი
- ვირუსული სეროლოგია: წითურა, ციტომეგლოვირუსი, მარტივი ჰერპესი, ჰეპატიტი A,B,წ.
- მუცლის ღრუს ორგანოთა ულტრაბგერითი გამოკვლევა (ჩჰოლედოცპალ ცყსტ)

დამატებითი ინფორმაცია:

რეზუს (ჰემოლიზური) დაავადება

- რეზუს დაავადება ყველაზე ხშირად D ანტიგენის მიმართ ანტისხეულების გამომუშავების გამო ვითარდება.
- თუ დედა რეზუს უარყოფითია, მან შესაძლოა გამოუმუშაოს ანტისხეულები რეზუს დადებითი ნაყოფის მიმართ, რაც რაც დედისა და ნაყოფის სისხლის შერევის შედეგია.
- დედის ორგანიზმში გამომუშავებული IgG და ანტი D ანტისხეულები გადიან პლაცენტარულ ბარიერს და იწვევენ ნაყოფის ერითროციტების დესტრუქციას.
- ნაყოფს უვითარდება ანემია, თუმცა ბილირუბუნის ჭარბი პროდუქცია დაბადებამდე კომპენსირდება პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევის გზით.
- დაბადების შემდეგ ახალშობილს შესაძლოა დასჭირდეს ფოტოთერაპია ან ჩანაცვლებითი ჰემოტრანსფუზია, რაც ჰიპერბილირუბინემიის კორექციების საშუალებას იძლევა. ბილირუბინის დონის მნიშვნელოვანი მომატების შემთხვევაში (>350ნმოლ/ლ) შესაძლოა განვითარდეს ბილირუბინული ენცეფალოპათია და ნეიროსენსორული სიყრუე.
- ჰემოლიზური (რეზუს) დაავადების პროფილაქტიკა ხდება ანტი-D ანტისხეულების გამოყენებით, რომელიც უკეთდება რეზუს უარყოფით დედას, რეზუს დადებითი ბავშვის დაბადების, თვითნებითი აბორტის ან ორსულობის შეწყვეტის შემდეგ.

ბავშვის წონაში ჩამორჩენა

ჯანმრთელობის ვიზიტორმა, ცხრა თვის გოგონასთან ვიზიტის შემდეგ შენიშნა, რომ ბავშვის ზრდა არ იყო ნორმის ფარგლებში. იგი წონაში თითქმის არ იმატებდა და მისი ზოგადი მდგომარეობაც არ იყო მაინც და მაინც სახარბიელო. ბავშვის დედა 19 წლისაა. იგი მარტოხელა დედაა. მისი ძირითადი შემოსავალი ის თანხაა, რომელსაც სოციალური სამსახურისაგან ბავშვის გასაზრდელად იღებს. ჯანმრთელობის ვიზიტორის შეფასებით ბავშვი ცუდად იკვებება. მისი რაციონი მხოლოდ მკვრივი საკვებისაგან შედგება და იმასაც სხვადასხვა დროს, არარეგულარული შუალედებით ღებულობს. ბავშვი ბევრს ტირის. ღამით ხშირად იღვიძებს (ამ დროს დედა დასამშვიდებლად გოგონას თავის საწოლში იწვენს). ბავშვი ხშირად ავადობს ზედა სასუნთქი გზების ინფექციებით და უკვე ჰქონდა დიარეის ორი ეპიზოდი, როდესაც დედას ურჩიეს, რომ შეეწყვიტა ბავშვისათვის მკვრივი საკვების მიცემა. გოგონას დედა თვლის, რომ ძალიან უჭირს ბავშვის მოვლა და ხშირად დაჰყავს იგი ოჯახის ექიმთან. ჯანმრთელობის ვიზიტორი საჭიროდ მიიჩნევს პედიატრის დაუყოვნებელი კონსულტაციას.

მცირე წონის ბავშვი

წონაში ჩამორჩენა ხშირი პრობლემაა, თუმცა მისი მართვა საკმაოდ რთულია, რადგან ამ დროს გათვალისწინებული უნდა იქნას სოციალური, ემოციური, კვებითი და სამედიცინო ფაქტორები.

გახსოვდეთ ჩვილ ბავშვთა წონაში მატების ინტენსივობა ფართო საზღვრებში ვარირებს, ამდენად მცირე მატებაც კი, ზოგიერთ შემთხვევაში შესაძლოა ნორმის მაჩვენებელი იყოს. წონაში მატების მკაცრი მონიტორინგი რეკომენდირებულია ბავშვებში, რომლებსაც დაბადების შემდეგ კვებასთან დაკავშირებული რაიმე პრობლემა ჰქონდათ. წონის ცვალებადობის ამსახლელი გრაფიკი ბავშვის სამედიცინო რუქაში უნდა ინახებოდეს.

ზრდაში ჩამორჩენის შემთხვევათა უმრავლესობა არ არის განპირობებული სამედიცინო მდგომარეობით. გამომწვევი მიზეზი შესაძლოა მიეკუთვნებოდეს სოციალურ, ემოციურ და დიეტურ ფაქტორებს, რის გამოც ბავშვი არ ღებულობს საკმარისი რაოდენობით კალორიებს.

ზრდის შეფერხების შემთხვევის შეფასებასა და მართვაში მონაწილეობას უნდა იღებდეს მთელი პირველადი ჯანდაცვის გუნდი.

პაციენტი გოგონა კონსულტირებული იქნა ერთობლივად თემის პედიატრის და ჯანმრთელობის ვიზიტორის მიერ (ოჯახის ექიმის ოფისში). ჯანმრთელობის ვიზიტორმა პედიატრს უამბო, რომ ბავშვის დედა, მართალია მას სითბოთი და სიყვარულით ეპყრობა, მაგრამ არ ჰყოფნის მოთმინება ბავშვის კვებისას. იგი თავადაც არარეგულარულად იკვებება და ბავშვიც იგივე რეჟიმზე ჰყავს. დედა ძალიან დაღლილია უძილო ღამეების გამო, მაგრამ არავენ ჰყავს დამხმარე, რომელიც გოგონას სულ მცირე ხნით მაინც თავისთან წაიყვანს. უკანასკნელ ხანებში გოგონას არ ჰქონია დიარეა ან ღებინება, მაგრამ გადაიტანა საშუალო სიმძიმის ზედა სასუნთქი გზების ინფექცია. გასინჯვით გამოვლინდა, რომ მიუხედავად სიგამბდრისა, ბავშვი სხვა მხრივ კარგად იყო მოვლილი. ყურადღებას არ იპყრობდა სიფერმკრთალე ან რაიმე სხვა პათოლოგია, არ ყოფილა გამოხატული მუცლის შებერილობა ან თანდაყოლილი დაავადების ნიშნები. პედიატრმა არ ჩათვალა საჭიროდ ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ გადაწყვიტა ჩაეტარებინათ გარკვეული გამოკვლევები (რომელთა ჩატარება ამბულატორულ პირობებშიც სავსებით შესაძლებელი იყო).

ზრდის მიკროსკოპიისა და სისხლში ჰემოგლობინის დონის განსაზღვრის შემდეგ (ორივე გამოკვლევის პასუხი ნორმის შესაფერისი იყო) გადაწყდა აღარ გაეგრძელებინათ დიაგნოსტიკური ძიება, ზრდასი შეფერხების მიზეზის ამოსაგნობად, ვინაიდან სურათი ნათლად მიუთითებდა კვებითი/სოციალური ფაქტორის არსებობას.

რჩევისათვის მიმართეს პედიატრიულ დიეტოლოგს, რომელსაც დიდი გამოცდილება ჰქონდა ასეთი ბავშვების მკურნალობაში. მისი დასკვნით, ბავშვი მისთვის საჭირო კალორიების მხოლოდ მცირე ნაწილს

იღებდა. მართალია საკვებ რაციონში რძის შემცველობა ადექვატური იყო, მაგრამ იგივეს ვერ ვიტყვოდით მყარი საკვების შესახებ. ბავშვი მათი მცირე რაოდენობით და არარეგულარულად იღებდა. მისი საკვები იყო ძირითადად დაბალ-კალორიული იოგურტი და ნამცხვარი (ზისკვიტი).

დედას ურჩიეს და ისიც დათანხმდა შეეცვალა თავისი კვების რეჟიმი, გადასულიყო მრავალფეროვან, სამჯერად მაღალ კალორიულ კვებაზე. იგივე პროდუქტები მას შეეძლო შეეთავაზებინა ბავშვისათვის, დამატებით გამოეყენებინა მსუბუქი საუზმე იოგურტითა და ბანანებით.

ქალს შესთავაზეს ბავშვთან ერთად მისულიყო დედათა და ბავშვთა ჯგუფში, რომელიც ადგილობრივ საოჯახო მედიცინის ცენტრსი ფუნქციონირებდა. აქ მას საშუალება ექნებოდა შეხვედროდა სხვა დედებს და გაეზიარებინა მათი გამოცდილება. პროცესის მართვაში ჩაერთო ბავშვის მოვლის სამსახური. ასე რომ, იქიდან მოვლენილი ძიძა ზოგიერთ საღამოს ბავშვთან გაატარებდა და დედას დასვენების და გართობის საშუალება ექნებოდა.

მცირე წონის ბავშვის შემთხვევის მართვისათვის აუცილებელია მულტიდისციპლინარული მიდგომა, ამასთანავე განსაკუთრებული ძალისხმევა და ყურადღებაა საჭირო მშობლების დასახმარებლად.

იშვიათად ზრდაში ჩამორჩენა ბავშვზე ძალადობის გამოვლინებას შეიძლება წარმოადგენდეს. ასეთ დროს საჭიროა სოციალური სამსახურების დროული ინფორმირება და მათი მონაწილეობა.

მომდევნო ვიზიტი ორი კვირის შემდეგ შედგა. გოგონამ დაიწყო წონაში მატება და თავად და მისი დედაც ბევრად უკეთ გამოიყურებოდნენ. გადაწყდა-ბავშვზე მეთვალყურეობას გააგრძელებდა ჯანმრთელობის ვიზიტორი (ჯანმრთელ ბავშვთა კლინიკის მიმდინარეობისას), ხოლო დიეტოლოგი განმეორებით კონსულტაციას ჩაატარებდა ორი თვის შემდეგ.

ზოგიერთი ქალისათვის დედობა არ წარმოადგენს განსაკუთრებულ მოვლენას და არც დიდ დადებით განცდებთანაა დაკავშირებული. ჩვეულების ასეთი ქალები თავად არიან მშობლების უგულისყურო დამოკიდებულების მსხვერპლი და ეს უარყოფითი განწყობა ჯერ კიდევ მათი ბავშვობიდან მოდის. ისეთ ოჯახებში, სადაც მშობლები ძალზე ახალგაზრდები არიან, აქვთ მძიმე სოციალური ან ფსიქიკური პრობლემები, ხშირად არასათანადო მოვლისა და კვების გამო ბავშვის ზრდა-განვითარების ტემპი შეფერხებულია.

თუ თქვენ ბავშვის ზრდის შეფერხების მიზეზის დადგენას ცდილობთ, პირველ რიგში უნდა შეაფასოთ, რამდენად ადექვატურად იკვებება იგი, მხოლოდ ამის შემდეგ შეგიძლიათ განაგრძოთ ძიება სხვა მიზეზების გამოსარიცხად.

მცირე წონის ბავშვი
დიფერენციული დიაგნოსტიკა

- საკვების არაადექვატური მიღება
 - არასწორი კვება
 - მექანიკური პრობლემები (მაგ. ცერებრალური დამბლა)
- ჭარბი დანაკარგი
 - ლებინება
 - დიარეა
- მალაბსორბცია
 - პროხის რძის პროტეინის აუტანლობა
 - მუკოვისციდოზი
 - ცელიაკია
- გაზრდილი მოთხოვნილებები
 - გულის მძიმე დაავადება
 - მძიმე რესპირატორული დაავადება
- საკვების ათვისების პროცესის დარღვევა
 - ღვიძლის ან მეტაბოლური დაავადება

მცირე წონის ბავშვი
საჭირო გამოკვლევები

- შარდის ანალიზი (მიკროსკოპია) ბაქტერიურიის გამოსარიცხად
- სისხლში ჰემოგლობინის დონე
- ქრონიკული დიარეის შემთხვევაში, განავლის ბაქტერიოლოგია
- მუკოვისციდოზის დიფ. დიაგნოსტიკა
- ანტიგლიადინური ანტისხეულები, თუ ეჭვი გვაქვს ცელიაკიის არსებობაზე

ბავშვის კვება

შეკითხვები, რომლებიც გამოიყენება ჩვილის კვების ანამნეზის შეკრებისას

- რა გიპის რძით იკვებება ბავშვი? (ხშირად ცვლით თუ არა რძეს?)
 - თითოეულ კვებაზე რამდენ რძეს იღებს ბავშვი?
 - რამდენჯერ იკვებება ბავშვი?
- გამოითვალეთ რამდენი მლ/დღეში და რამდენი მლ/კგ/დღეში. ასე თქვენ გამოავლენთ ჭარბი კვების ან არასაკმარისი კვების შემთხვევებს.
- როგორ ამზადებთ საკვებს ? (მოითხოვეთ მუსგი აღწერილობა)
 - რამდენ ხანს გრძელდება თითოეული კვება?

ძუძუთი კვება (ბუნებრივი კვება)

ათი ნაბიჯი ძუძუთი კვების წარმატებით განხორციელებისათვის:

(დადგენილია მსოფლიოს ჯანდაცვის ორგანიზაციისა (WHO) და გაეროს ბავშვთა ფონდის (UNICEF) მიერ)

ყოველი მოქმედება, რომელიც დაკავშირებულია ქალთა კონსულტირებასა და ახალშობილთა მოვლასთან უნდა ექვემდებარებოდეს შემდეგს:

1. უნდა შეიქმნას ძუძუთი კვების პოლიტიკა, რომელსაც უნდა იცნობდეს ჯანდაცვის სფეროს ყველა მუშაკი.
2. ჯანდაცვის სფეროს ყველა მუშაკი შესაბამისად უნდა იყოს მომზადებული არსებული პოლიტიკის განსახორციელებლად.
3. ყველა ფეხმძიმე ქალისთვის ცნობილი უნდა იყოს ძუძუთი კვების ეფექტურობა (სარგებლიანობა) და იცოდეს მისი წარმართვა.
4. დახმარება უნდა გაეწიოს დედების ძუძუთი კვების ინიციატივას მშობიარობიდან ნახევარი საათის განმავლობაში.
5. ნაჩვენები უნდა იყოს დედებისათვის, თუ როგორ უნდა კვებონ ბავშვები ძუძუთი, როგორ შეინარჩუნონ ლაქტაცია, მაშინაც კი როდესაც ახალშობილები დედებისაგან განშორებულნი არიან.
6. არ მისცეთ ახალშობილებს დედის რძის გარდა არავითარი საკვები და სითხე, თუ არ არის სამედიცინო ჩვენება.
7. დედებს და ახალშობილებს მიეცით ერთად ყოფნის საშუალება – ერთ ოთახში მთელი დღე-ღამის განმავლობაში.
8. დაცულ იქნას ძუძუთი კვება ბავშვის მოთხოვნილების მიხედვით.
9. არ მიეცეს ახალშობილებს საწოვარა.
10. წახალისებული იქნას ძუძუთი კვების მხარდამჭერი ჯგუფები, სადაც დედები გაიგზავნიებიან სამშობიაროდან გაწერისთანავე.

ოპტიმალური ძუძუთი კვების ძირითადი პრინციპია მხოლოდ ძუძუთი კვება 6 თვემდე და ძუძუთი კვების გაგრძელება საშუალოდ ორ წლამდე ადეკვატური დამატებითი საკვების მიწოდებით.

- ძუძუთი კვების დაწყება მიზანშეწონილია ბავშვის დაბადებიდან 1/2-1 საათის განმავლობაში. ამ დროს ბავშვი იღებს ხსენს, რაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია მისი იმუნური სისტემის ჩამოყალიბებისათვის. ადრეულ ეტაპზე ძუძუთი კვების დაწყება იცავს დედას სისხლდენებისაგან, ხელს უწყობს რძის პროდუქციას, განაპირობებს დედისა და ბავშვის კანით-კანთან კონტაქტს, იცავს ბავშვს ჰიპოთერმიისაგან;
- ხშირი ძუძუთი კვება მიზანშეწონილია მოთხოვნილების მიხედვით დღისით და ღამით. კვების ჯერადობას, სიხშირეს, კვების დროსა და მის ხანგრძლივობას განსაზღვრავს თავად ბავშვი. ახალშობილი თავდაპირველად იკვებება ხშირად 8-21-ჯერ დღე-ღამეში, შემდგომში თითოეული ბავშვი იმუშავებს კვების საკუთარ რენიტულ წესს.
- აუცილებელია კვების დროს ძუძუ მთლიანად დაიცალოს რძისაგან (მინიმუმ დღეში 1-ჯერ მაინც), ვინაიდან რძის უკანა ულუფა მდიდარია ბავშვისათვის სასარგებლო

ცხიმებით.

- თუ ბავშვი თავად ვერ ცლის ძუძუს მთლიანად დედამ უნდა გამოიწველოს დარჩენილი რძე და მისცეს ბავშვს კოვზით.
- თუ ბავშვი ერთი ძუძუს დაცლის შემდეგ მზად არის გააგრძელოს კვება, დედამ აუცილებლად უნდა შესთავაზოს მეორე ძუძუ. შემდეგი უნდა დაიწყოს იმ ძუძუთი, რომლითაც დაამთავრა წინა კვება.
- ძუძუთი კვების დროს 6 თვემდე ბავშვი სასურველია ღებულობდეს მხოლოდ დედის რძეს. ამ პერიოდში, ჩვეულებრივ ბავშვს არ სჭირდება სხვა დამატებითი საკვები, წყალი ან წვენი. ბავშვის სხვა სითხეებით დატვირთვისას იგი გამოსწოვს ნაკლებ რძეს, რაც მნიშვნელოვნად ამცირებს რძის პროდუქციას.

წყალი

თუ ბავშვი ძუძუთი კვებაზეა და იკვებება მოთხოვნილების მიხედვით, მისი მოთხოვნილება წყალზე სრულიად კმაყოფილდება.

ძუძუთი კვებაზე მყოფი ბავშვისათვის საწოვრიანი ბოთლის გამოყენება ხელს შეუშლის ძუძუთი კვების წარმატებით გაგრძელებას. ზოგიერთ შემთხვევაში, თუ საჭიროა გამოწვევითი, ან დონორის რძის შემატება – გამოიყენეთ პიპეტი, კოვზი, ჩვეულებრივი (ან ბავშვის სპეციალური) ფინჯანი და არა საწოვრიანი ბოთლი.

ბავშვის ძუძუთუ კვების დაწყებამდე დედას ურჩიეთ:

- მოდუნდეს, მოთავსდეს კომფორტულად;
- ძუძუ თანამოსახელე ხელით დაიჭიროს ბავშვი, ხოლო მეორე ხელით ძუძუ, ისე რომ ცერა თითი მოექცეს ზემოდან, ხოლო დანარჩენი თითები კი ძუძუს ქვემოდან;
- უსვას ძუძუს კერტი ბავშვის ტუჩებს მანამ, სანამ ის ფართოდ არ გააღებს პირს. ბავშვმა პირში უნდა ჩაიდოს კერტი და მის ირგვლივ მდებარე მუქი რგოლი (არეოლა). ნიკაპი და ცხვირი უნდა ეხებოდეს ძუძუს.

•

სწორი პოზიციის ნიშნები:

- ბავშვი მთელი სხეულით შემოტრიალებულია დედისკენ და ეხება მის სხეულს;
- ბავშვის თავი ახლოა ძუძუსთან;
- ნიკაპი ეხება ძუძუს, ხოლო ცხვირი თავისუფალია სუნთქვისათვის;
- პირი გარებულია;
- ენა ჩანს კერტის ქვეშ;
- ქვედა ტუჩი გადმობრუნებულია;
- ბავშვის ზედა ტუჩთან არეოლას უფრო მეტი ნაწილი ჩანს, ვიდრე ქვედა ტუჩთან;
- ბავშვი აკეთებს ნელ და ღრმა 1-2 წოვით მოძრაობას, რასაც მოყვება ყლაპვა;
- ისმის ყლაპვისათვის დამახასიათებელი ბგერები;
- ლოყები გამობერილია;
- ბავშვი მოშვებულია და კმაყოფილია;
- დედა არ გრძნობს კერტის ტკივილს.

არასწორი პოზიციის ნიშნები:

- ◆ ბავშვი შემოტრიალებულია დედისკენ, მაგრამ არ ეხება მის სხეულს;
- ◆ ბავშვის თავი არ არის ძუძუსთან ;
- ◆ ნიკაპი არ ეხება ძუძუს;
- ◆ პირი არ არის ფართოდ გაღებული;
- ◆ ენა შეწყულია (არ ჩანს);
- ◆ ტუჩები წინაა გამოწეული;
- ◆ არეოლა კარგად სჩანს ორივე ტუჩის გარეთ;
- ◆ ბავშვი აკეთებს მოკლე და სწრაფ წოვით მოძრაობებს (რამოდენიმე წოვითი მოძრაობა თითო ყლაპვის წინ);
- ◆ ბავშვი პირს აწკლაპუნებს;
- ◆ ლოყები შეწყულია შიგნით;
- ◆ ბავშვი გაღიზიანებულია. მან შეიძლება უარი თქვას ძუძუზე იმიტომ, რომ ის საკმარისად ვერ იღებს რძეს;
- ◆ შესაძლებელია კერტის ტკივილი;
- ◆ დედას ექმნება შთაბეჭდილება, რომ რძე არასაკმარისი რაოდენობით აქვს.

რძის გამოყოფის რეფლექსი

ლაქტაციას არეგულირებს მთელი რიგი ჰორმონები, მათ შორის მნიშვნელოვანია პროლაქტინი და ოქსიტოცინი. პროლაქტინი ჰიპოფიზის წინა წილის ჰორმონია, რომელიც ხელს უწყობს რძის წარმოქმნას. ოქსიტოცინი გამომუშავდება ჰიპოფიზის უკანა წილში და რძის გამოყოფას უწყობს ხელს, რძის სადინრების კუნთების შეკუმშვის გზით. პროლაქტინის გამოყოფას ხელს უწყობს წოვის დროს დვრილის გაღიზიანება, ოქსიტოცინის გამომუშავებისათვის ხელსაყრელი პირობებია საჭირო. მათგან ყველაზე მნიშვნელოვანი დადებითი ემოციური გაწყობაა, რომლის შექმნაში ქალს მეუღლე და ოჯახის სხვა წევრები უნდა ეხმარებოდნენ. ფიზიკური გადაღლა, ნერვიულობა, მოუხერხებელ, დაძაბულ პოზაში ბავშვის კვება, გარემოს ძლიერ დაბალი ტემპერატურა, გრილი კიდურებიც კი, ამცირებს რძის გამოყოფის რეფლექსს. რძის ნორმალურ გამოყოფაზე მიუთითებს შემდეგი ნიშნების არსებობა;

- ◆ ძუძუში ჩხვლეტის შეგრძნება;
- ◆ კერტის ირგვლის სავსეობის შეგრძნება;
- ◆ რძის თვითნებური დენა დვრილიდან;
- ◆ ძუძუს დარბილება წოვის პროცესში;

შენიშვნა: ყველა დედას არა აქვს რძის გამოყოფის შეგრძნება.

ქალის რძის ფერი

ხსენი, ანუ პირველადი რძე მოყვითალო ფერისაა. ჩვეულებრივ, ქალის რძე თეთრია, ხსირად მოცისფრო. გამოწვევლილი რძე გაყინვისას ყვითელი ფერის ხდება. გახსოვდეთ: ქალის რძის ფერი არ განსაზღვრავს მის კვებით ღირებულებას.

მძინარა ბავშვი

ჩვილი, რომელც მალე იძინებს ძუძუზე, საჭიროებს კვების დროს ხელშეწყობას, ანუ გამოღვიძებას. ამას მიაღწევთ:

- ⇒ ბავშვის ნიკაპის თითოთ გალიძიანებით;
- ⇒ ხელებზე, ფეხის გულებზე, მუცელსა და თავზე ნაზად ხელის გადასმით;
- ⇒ ზედმეტი ტანსაცმლისაგან განთავისუფლებით;
- ⇒ ბავშვთან დალაპარაკებით.

შენიშვნა: თუ მკაფიო წოვით მოძრაობებს ვერ ხედავთ, მაგრამ ასმის რიტმული ყლაპვა, გამოღვიძება საჭირო არ არის.

ღებულობს თუ არა ბავშვი დედის რძეს საკმარისი რაოდენობით?

თუ ბავშვი ძუძუს წოვს და რძის გარდა სხვა სითხეებს არ იღებს, დარწმუნდებით, რომ მას რძე, ჰყოფნის, თუ:

- ⇒ შარდავს 6-8-ჯერ მაინც დღე-ღამეში;
- ⇒ აქვს ნაწლავთა ყოველდღიური მოქმედება 1-2-ჯერ დღე-ღამეში (ზოგჯერ ყოველი კვების შემდეგ);
- ⇒ კვების შემდეგ ამჩნევთ, რომ დაკმაყოფილებულია;
- ⇒ წონის ნამატი კვირაში შეადგენს 150-200 გრ-მდე;

ბავშვის ზრდის პროცესში მისი მოთხოვნილება საკვებზე ყოველდღიურად იცვლება მისი ასაკის, ინდივიდუალური თავისებურებების და განვითარების ტემპის მიხედვით.

ბავშვების უმრავლესობა:

- აორკვებს დაბადების წონას 4-6 თვეზე;
- ასამკვებებს დაბადების წონას 12 თვეზე;
- იმატებს 3-3,5 კგ-ს სიცოცხლის მეორე წელს.

გახსოვდეთ: ბავშვის სიმსუქნე არ ნიშნავს მის ჯანმრთელობას. ჭარბი წონა ადრეულ ასაკში შეიძლება გახდეს რიგი პრობლემების მიზეზი მთელი ცხოვრების მანძილზე.

როგორ შევუწყოთ ხელი რძის გამომუშავებას?

რძის საჭირო რაოდენობის უზრუნველსაყოფად საჭიროა:

- ⇒ ხშირი ძუძუს წოვება, ვინაიდან სარძევე ჯირკვლის ხშირი დაცლა ხელს უწყობს რძის გამომუშავებას.
- ⇒ ხშირი დასვენება: დედამ უნდა დაისვენოს ან დაიძინოს იმ დროს, როცა ბავშვს ძინავს.

ძუძუთი კვების წინააღმდეგჩვენებანი
აბსოლიტური

- ნივთიერებათა ცვლის თანდაყოლილი დაავადებები (ფენილკეტონურია, გალაქტოზემია, “ნეკერჩხლის სიროფის” სინდრომი);
- შიდსი (დედის).

დროებითი

- სარძევე ჯირკვლის დვრილის პერპესი;
- დედის ტუბერკულოზის აქტიური ფორმა;
- სარძევე ჯირკვლის აბსცესი;
- დედის მძიმე მდგომარეობა (შოკი, ეკლამფსია)

მემუძური ქალის კვება

ლაქტაცია რეპროდუქციული ციკლის მნიშვნელოვან ფიზიოლოგიურ კომპონენტს წარმოადგეს. დედის ორგანიზმი ორსულობის დროს რძის პროდუქციისათვის ემზადება არა მარტო სარძევე ჯირკვლის გარდაქმნით, არამედ კვებითი ინგრედიენტებისა და ენერჯის დამატებითი მარაგის შექმნით.

ლაქტაციისათვის მზადება ორსულობის დროს იწყება, ამიტომ ორსულობის დროს კალორაჟი უნდა გაიზარდოს 300კკალ-ით (მაგ. ორი ჭიქა რძე ან მაწონი ან 100გრ მარცვლეული ან 100გრ ბარდა, სოიო ან ლობიო). მემუძურმა დედამ კიდევ დამატებით 200კკალ უნდა მიიღოს (მაგ. მატებით ერთი ჭიქა რძე ან მაწონი), ანუ ჯამში ლაქტაციის დროს ქალმა უნდა მიიღოს ჩვეულებრივზე 500კკალ-ით მეტი ენერგეტიკული ღირებულების საკვები.

მეცნიერული კვლევების მონაცემებით, რომ თუ მკვეთრად არ დაირღვა დედის კვება, რძის რაოდენობა არ იკლებს. თუ დედა დღის განმავლობაში იღებს 1500კკალ-ზე მეტს იგი საკმარისი რაოდენობით რზეს გამოიმუშავებს, რძის რაოდენობა მცირდება მხოლოდ დედის კვების კალორაჟის 1500კკალ-ზე მეტად შემცირებისას. საკვების დეფიციტმა შეიზღუბა გააუარესოს დედის ნუტრიციული სტატუსი უფრო მეტად, ვიდრე ეს გავლენას იქონიებს მუშუს რძის შემადგენლობაზე.

დადასტურებულია, რომ დედის დაბალი ნუტრიციული სტატუსი რძეში ცილის და ლაქტოზის შემცველობაზე არ ახდენს გავლენას. რაც შეეხება ლაქტაციის დროს წყლის მიღებას, მემუძურმა დედამ წყალი ისეთი რაოდენობით უნდა დალიოს, რათა დაიკმაყოფილოს წყურვილის გაძლიერებული გრძნობა, რაც ხშირად აღენიშნებათ ქალებს ლაქტაციის პერიოდში.

ამინომჟავების, ლიზინისა და მეთიონინის, ცხიმონავი მჟავებისა და წყალში ხსნადი ვიტამინების შემცველობა მნიშვნელოვნად არის დამოკიდებული დედის კვებაზე. ლაქტაციის დროს იზრდება მოთხოვნილება B და ჩ ჯგუფის ვიტამინებზე.

ლაქტაციის დროს იზრდება მოთხოვნილება მიკროელემენტებზეც. კალციუმი მემუძურმა დედამ უნდა მიიღოს დამატებით 400მგ/დღეში ანუ სულ 1200მგ/დღეში. მაგნიუმზე მოთხოვნილება ლაქტაციის დროს 3-4ჯერ იზრდება, რაც შეეხება იოდს მისი დამატება საჭიროა იოდის დეფიციტის ენდემურ ზონებში. ამასთან გასათვალისწინებელია

ის გარემოება, რომ რძეში მისი შემცველობა დამოკიდებულია დედის კვებაზე, ამიტომ ლაქტაციის დროს საჭიროა იოდირებული მარილისა და იოდის შემცველი დანამატების ფრთხილად გამოყენება, რათა არ მოხდეს რძეში იოდის დასაშვებ ნორმაზე მეტად მომატება. თუ იმ რეგიონში, სადაც დედა ცხოვრობს არ ხდება წყლის ადეკვატური ფტორირება, მიზანშეწონილია მეძუძური დედისათვის დამატებით ფტორის მიწოდება.

ძუძუთი კვების დროს მიზანშეწონილია დედამ შეზღუდოს კოფეინის შემცველი პროდუქტების, თამბაქოს და ალკოჰოლის მიღება. ალკოჰოლი ადვილად გადადის რძეში და ბავშვის მძიმე ნევროლოგიურ დაზიანებას იწვევს. სასურველია დედის რაციონში არ შედიოდეს დიდი რაოდენობით სანელებლები (მაგ. ნიორი), ვინაიდან ისინი გემოსა და სუნს უცვლიან რძეს და ბავშვი არ წოვს ძუძუს.

მეძუძური დედის უსაფრთხო ფარმაცოთერაპია

მეძუძური ქალისათვის მედიკამენტების დანიშვნის პრინციპები:

1. სანამ მეძუძურ ქალს რაიმე მედიკამენტი დაენიშნება, საჭიროა კარგად დავრწმუნდეთ მკურნალობის აუცილებლობაში.
2. თუკი მკურნალობის აუცილებლობა ეჭვს არ იწვევს უნდა შეირჩეს ის მედიკამენტი, რომელიც ნაკლებად გადადის რძეში, ამასთან უმჯობესია, თუ ეს პრეპარატი ცნობილია, რომ ბავშვისათვის ზიანის მომტანი არ არის;
3. უნდა შეირჩეს პრეპარატის მიღების ოპტიმალური გზა_უპირატესობა ენიჭება ტოპიკურ და ლოკალურ თერაპიას.
4. უნდა შეირჩეს მოკლე ნახევარდაშლის მქონე პრეპარატები, რაც მინიმუმამდე დაიყვანს ძუძუთი კვების მომენტში დედის პლაზმაში მოცემული მედიკამენტის შემცველობას და შესაბამისად, ბავშვის ორგანიზმში მის რაოდენობასაც;
5. მიზანშეწონილია დედამ წამალი ძუძუთი კვების დამთავრებისთანავე მიიღოს;
6. ზოგიერთ შემთხვევაში აუცილებელია ბავშვის ორგანიზმში მედიკამენტის შემცველობის მონიტორინგი

ლაქტაციის პერიოდში უკუნაჩვენებია:

- რაიოაქტიური ნივთიერებები
- ქიმიათერაპიული წამლები (მეთოქრექსატი, ციკლოფოსფამიდი, ცისპლატინი, ბლეომიცინი, ციტარაბინი, დეკარბაზინი და ა.შ)
- რეაკრეაციული წამლები (კოკაინი, ამფეტამინი, ალკოჰოლი, ჰეროინი, მეთადონი, მარიხუანა)

წამლები, რომელთა გამოყენება თერაპიულ პრაქტიკაში განსაკუთრებით ფართოდ ხდება:

არანაკროტიკული ანალგეზიური საშუალებები:

- *აცეტამინოფენისა და არასტეროიდული ანთებისსაწინააღმდეგო საშუალებების გამოყენება*, როგორცაა *იბუპროფენი* და *ნაპროქსენი*, ლაქტაციის პერიოდში მცირე რისკთანაა დაკავშირებული და ამდენად მათი დანიშვა შესაძლებელია;
- *აცეტილსალიცილის მჟავა-შესაძლებელია მისი დანიშვნა, მხოლოდ ერთჯერად*

დოზის სახით. არ უნდა დაინიშნოს ხანგრძლივი მკურნალობისათვის. ბავშვის მხრივ მოსალოდნელი გვერდითი მოვლენებია-ჰემოლიზური ანემია და თრომბოციტების ფუნქციის დარღვევა, მეტაბოლური აციდოზი.

- **პარაცეტამოლი-შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში;**
- **ანტიბიოტიკები-ეს პრეპარატები ხშირად ინიშნება ლაქტაციის პერიოდში. მათი გამოყენება, ჩვეულებრივ, მოკლე დროით ხდება, რაც ბავშვზე ტოქსიკური ზემოქმედების რისკს ამცირებს. თუმცა, ამ მედიკამენტებმა შეიძლება შეცვალონ ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ფლორა, გამოიწვიონ დიარეა. გასათვალისწინებელია ისიც, რომ პრეპარატების ნაწილმა შეიძლება არაკონიუგირებულ ჰიპერბილირუბინემიამდე მიგვიყვანოს. ამას კი ნეიროკოგნიტიური ფუნქციის დარღვევა მოჰყვება.**

ანტიბიოტიკის დასახელება	გამოყენება ლაქტაციის პერიოდში			ბავშვის მხრივ მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები
	დასაშვებია	მკაცრად უკუნაჩვენებია	დასაშვებია თუ სარგებლობა > რისკს	
ცეფალოსპორინები	+			
ერიტრომიცინი			+	მეძუძურ დედას შეიძლება დაენიშნოს ეს პრეპარატი მაშინ, როდესაც ძუძუთა ბავშვი იმხელაა, რომ თავად მასაც შეიძლება მიეცეს ერიტრომიცინი
როვამიცილი	+			
პენიცილინი, ამპიცილინი, ამოქსაცილინი, ნაფცილინი, ბიცილინი, კლოქსაცილინი, პიპერაცილინი	+			იშვიათად-დიარეა და გამონაყარი
ქლორამფენიკოლი		+		ჰემოლიზი და სიყვითლე
ტრიმეტოპრიმი	+			
კოტრიმოქსაზოლი			+	უკუნაჩვენებია თუ ბავშვი ერთ თვემდე ასაკისაა. ჰემოლიზი და სიყვითლე. არ ინიშნება, თუ ბავშვს გლუკოზა-6-ფოსფატ-დეჰიდროგენაზას დეფიციტი აღენიშნება.
ტეტრაციკლინი			+	ბავშვის კბილებზე შესაძლო არასასურველი ზეგავლენა
დოქსიციკლინი			+	კბილებზე არასასურველი ზეგავლენა
გენტამიცილი			+	დიარეა, რძიანა
კლინდამიცილი		+		დიარეა, სისხლიანი განავალი

სხვა პრეპარატები:

მეტრონიდაზოლი-შეძლებისდაგვარად არ უნდა დაინიშნოს. ერთჯერადად 2 გრამის მიღებისას ძუძუთი კვება უნდა შეწყდეს 12 საათით;

სულფანილამიდები-გამოყენება უკუნაჩვენებია არ არის;

ნისტატინი-შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში;

პრედნიზოლონი- შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში;
ეთილესტრადიოლი-სასურველია რა დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში, შეიძლება შეამციროს ლაქტაცია;
ტამოქსიფენი-არ უნდა დაენიშნოს მეძუძურ დედას;
ციმეტიდინი-დასაშვებია მისი გამოყენება, მხოლოდ სიფრთხილით (გვერდითი ეფექტები: კუჭის მჟავიანობის შეცვლა, ცნს-ის სტიმულაცია და წამლების მეტაბოლიზმის შეცვლა)
ანტიბიოტიკული პრეპარატები:
პროპილთიოურაცილი-შერჩევის პრეპარატია ლაქტაციის პერიოდში ჰიპოთირეოზის სამკურალოდ;
ლევოთიროქსინი-გამოყენება დასაშვებია;
კალიუმის იოდინი-ლაქტაციის პერიოდში ფარმაცოლოგიური დოზებით მისი დანიშვნა არ არის რეკომენდებული;

ლაქტაციის პერიოდში ფართოდ გავრცელებული დაავადებების მკურნალობის პრინციპები:

დიაბეტი:

ინსულინდამოკიდებელი-უპირველესი ღონისძიებაა დიეტის დაცვა, თუკი სასურველი ეფექტის მიღწევა ვერ ხერხდება საჭირო ხდება ორალური ჰიპოგლიკემიური მედიკამენტების დანიშვნა, ამ თვალსაზრისით გამოიყენება **ტოლბუტამიდი**. შესაძლო გვერდითი ეფექტი, რომელიც ამ პრეპარატმა შეიძლება გამოიწვიოს არის სიყვითლე. სხვა მხრივ ძუძუთა ბავშვებისათვის უსაფრთხოა.
ინსულინი (მარტივი და საშუალო ხანგრძლივობის) შეიძლება დაინიშნოს ლაქტაციის პერიოდში.

კარდიული დაავადებები და ჰიპერტენზია:

აგფ-ინჰიბიტორები:

კაპტოპრილი დედის რძეში მცირე რაოდენობით გადადის. აპა შესაძლებლად მიიჩნევა ლაქტაციის პერიოდში ამ პრეპარატის დანიშვნას;

ბეტა-ბლოკერები (პროპრანოლოლი, თიმოლოლი, ათენოლოლი) ყველა ეს პრეპარატი გადადის დედის რძეში. ლაქტაციის პერიოდში მათი დოზის შერჩევა უნდა მოხდეს განსაკუთრებული სიფრთხილით. მოსალოდნელი გვერდითი ეფექტები: ბრადიკარდია, სუნთქვის დათრგუნვა, ჰიპოგლიკემია, დიაფორეზი.

კალციუმის ანტაგონისტები:

ნიფედინი: გადადის დედის რძეში მიღებული დოზის 5%-ზე ნაკლები რაოდენობით. ამ წამლის მიღებიდან 3-4საათით ბავშვის ძუძუთი კვების გადაწყვეტა მნიშვნელოვნად ამცირებს კუჭ-ნაწლავიდან შეწოვილი წამლის რაოდენობას, მაგრამ პრაქტიკულად ამის

განხორციელება რთულია, რადგან ბავშვის ძუძუთი კვება ხშირად 2-3 საათში ერთხელ ხდება, განსაკუთრებით პირველი კვირების განმავლობაში.

ვერაპამილი: მისი გამოყენება ლაქტაციის პერიოდში დასაშვებია სხვა პრეპარატები:

კორდარონი- არ უნდა დაენიშნოს მეძუძურ დედას

ქინიდინი- შეიძლება ლაქტაციის პერიოდში დანიშვნა

დიგიტალისი- შესაძლებელია ლაქტაციის პერიოდში მისი დანიშვნა

ქლორთიაზიდი- ამ პრეპარატის გამოყენება საჭიროა სიფრთხილით (არსებობს მოსაზრებების მის ფონზე ლაქტაციის შემცირების თაობაზე, დაფიქსირებულია ბავშვებში თრომბოციტოპენიის შემთხვევები).

ჰიპოთიაზიდი- ლაქტაციის პერიოდში მისი დანიშვნის აუცილებლობისას საჭიროა ძუძუთი კვების შეწყვეტა;

ფუროსემიდი- ლაქტაციის პერიოდში მისი გამოყენება რეკომენდებული არ არის;

სპიროლაქტონი- ლაქტაციის პერიოდში მისი დანიშვნა შესაძლებელია;

სარძევე ჯირკვლის ინფექციები

სარძევე ჯირკვლის ინფექციებს უხშირესად პოსტნატალურ პერიოდში აქვს ადგილი. ამ დროს ინფექცია, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული ხშირად გამოწვეულია შტაპჰილოკოცუს აურეუს-ის მიერ, თუმცა საკმაოდ მაღალია არაინფექციური მასტიტების რაოდენობაც, როდესაც სიმპტომები დაავადების საწყის ეტაპზე ინფექციური მასტიტის სიმპტომების იდენტურია.

დამახასიათებელია სარძევე ჯირკვლის შეშუპება, მტკივნეულობა, სიწითლე, ზოგადი მდგომარეობის გაუარესება.

ამ დროს აუცილებელია მოხდეს სარძევე ჯირკვლის დაცლა (გამოწველვა და მასაჟი).

- **დაზიანებული ჯირკვლით ბავშვის კვების შეწყვეტა არ არის რეკომენდირებული.**
- **პაციენტს შეგიძლიათ დაუნიშნოთ სიცხის დამწევი და ანთების საწინააღმდეგო მედიკამენტები. ასეთი მურნალობის ფონზე არაინფექციური მასტიტის შემთხვევაში 24სთ-ში ხდება მდგომარეობის გაუმჯობესება**
- **ინფექციური გენეზის მასტიტის შემთხვევაში შერჩევის ანტიმიკრობული პრეპარატია- ფლუკლოქსაცილინი 500მგ 4-ჯერ დღეში. მისი გამოყენება საშუალებას იძლევა შეფერხდეს ინფექციის გავრცელება და პროცესი ჩვეულებრივ ცელულიტის ფაზაში მთავრდება.**

ქალების 5-10%-ში შესაძლოა განვითარდეს აბსცესი, რაც ქირურგიულ ჩარევას საჭიროებს (დრენაჟი).

ლაქტაციის პერიოდში მასტიტის თავიდან აცილებას მნიშვნელოვანი წინაპირობაა ორსულის განათლება პირადი ჰიგიენის, სარძევე ჯირკვლის მოვლის და ძუძუთი კვების წესების თაობაზე, რაც უზრუნველყოფილი უნდა იქნას ანტენატალურ პერიოდში ჩატარებული ვიზიტების დროს. პირველადი ჯანდაცვის ქსელში დასაქმებულ სამედიცინო პერსონალს ამ შემთხვევაში მნიშვნელოვანი მონაწილეობის მიღება შეუძლია.

გასტროინტესტინური პრობლემები ბავშვთა ასაკში

გასტროინტესტინალური პრობლემები ჯერ-ჯერობით ბავშვთა ასაკის ყველაზე ხშირ პრობლემად რჩება. ნაწლავური ინფექციებით გამოწვეული სიკვდილიანობა 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში მთელი მსოფლიოს მონაცემებით 2,5 მილიონს აღწევს.

გასტროინტესტინალური სიმპტომები:

ქვემოთ წარმოდგენილია ძირითადი გასტროინტესტინალური სიმპტომები.

გახსოვდეთ:

- *აღნიშნული სიმპტომების სავარაუდო მიზეზი განისაზღვრება ბავშვის ასაკით და*
- *ამასთან ეს სიმპტომები, რომლებიც გასტროინტესტინალური ტრაქტის დისფუნქციის სახით ვლინდება შესაძლოა გამოწვეული იყოს ნებისმიერი სისტემის პათოლოგიით.*

სუნდა აღინიშნოს, რომ ღებინება შეიძლება იყოს ინფექციის, მოწამვლის ან თავის ტრავმის შედეგი, ხოლო მუცლის ტკივილს შესაძლოა უჩიოდეს ბავშვი პნევმონიით ან დიაბეტური კეტოაციდოზით.

ხშირი გასტროინტესტინალური პრობლემები:

სიმპტომი	მიზეზი	ასაკი
მწვავე დიარეა	მწვავე გასტროენტერიტი	ნებისმიერ ასაკში
ქრონიკული დიარეა	მოზარდების დიარეა კვებითი ალერგია გასტროენტერიტის შემდგომი ცელიაკია მუკოვისციდოზი	6თვე-5წელი 4კვირა-5წელი ნებისმიერი ასაკი >6თვე ნებისმიერი ასაკი
ღებინება(ძალდატანების გარეშე)	გასტრო-ინტესტინალური რეფლუქსი	0-1 წელი (ნორმალური განვითარება) ნებისმიერი ასაკი (განვითარების ანომალია)
ღებინება (ხანმოკლე შეტევა)	ინფექცია პილოროსტენოზი მოწამვლა თავის ტრავმა მეტაბოლური დაავადება	ნებისმიერი ასაკი 1-4 თვე ნებისმიერი ასაკი ნებისმიერი ასაკი ნებისმიერი ასაკი
მუცლის ტკივილი	“გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი” ყაბზობა კვებითი ალერგია საშარდე გზების ინფექცია პეპტიური წყლული ნაწლავის ანთებითი დაავადება	2წელი-მოზრდილი ასაკი ნებისმიერი ასაკი ნებისმიერი ასაკი ნებისმიერი ასაკი 5წელი-მოზრდილი ასაკი 5 წელი-მოზრდილი ასაკი
შეკრულობა	იდიოპათიური ჰირშპრუნგის დაავადება	1-12 წელი 0-6 თვე
სიყვითლე (არაკონიუგირებული)	დედის რძე ჰიპოთირეოდიზმი	0-6 თვე 0-6 თვე
სიყვითლე (კონიუგირებული)	სანაღვლე გზების ატრეზია ჰეპატიტის სინდრომი ინფექციური ჰეპატიტი	0-1 წელი 0-2 წელი ნებისმიერი ასაკი

მუცლის გასინჯვისას გამოვლენილი ფიზიკალური ნიშნები და მათი კლინიკური მნიშვნელობა:

ფიზიკალური ნიშანი	კლინიკური მნიშვნელობა
მოცულობითი წარმონაქმნი მუცელში	ფეკალური მასები შეკრულობის დროს ჰიდრონეფროზი რენალური/სუპრარენალური სიმსივნე კრონის დაავადება
სპლენომეგალია	ჰემოლიზური დაავადება ნეოპლაზიური დაავადება პორტალური ჰიპერტენზია
ჰეპატომეგალია	ღვიძლის ქრონიკული დაავადება ნეოპლაზიური დაავადება
ანალური ნახეთქები	ქრონიკული შეკრულობა კრონის დაავადება
ასციტი	ღვიძლის ციროზი ნეფროზული სინდრომი
მუცლის შებერვა (დაჭიმულობა)	აეროფაგია მალაბსორბცია მწვავე მუცელი

კლინიკური შემთხვევა-მწვავე ინფექციური დიარეა

9 თვის ბიჭი, 36 საათის წინ თავს მშვენივრად გრძნობდა. დროული ნაყოფი, ნორმალური მშობიარობის შემდეგ. სამი თვის ასაკამდე იკვებებოდა ხელოვნური რძით, სამი თვიდან საკვებ რაციონში თანდათანობით დამატებული იქნა მყარი საკვები. ამჟამად ბავშვი იღებს ორივე სახის საკვებს, რძეს სვამს "ცხვირიანი" ჭიქით. დედამ შენიშნა, რომ ბავშვის ქცევა უცნაურად შეიცვალა, მოუსვენარი და ჭირვეული გახდა. განავალი (იყო ფორმირებული) უეცრად თხელი და წყლიანი გახდა. დედამ შეწყვიტა ბავშვისათვის მკვრივი საკვების მიცემა და აძლევდა მხოლოდ წვენებს დასალევად. მომდევნო 24 საათის განმავლობაში დიარეა მაინც გაგრძელდა, ბავშვი გახდა ლეთარგიული, თვალებიც რამდენადმე ჩაუცვივდა.

წარმოდგენილი ანამნეზური მონაცემები გვაფიქრებინებს მწვავე ნაწლავური ინფექციის არსებობაზე.

ბავშვებში გასტროენტერიტის გამომწვევი მიზეზები:

- ვირუსული:
 - ⇒ როტავირუსი
 - ⇒ ადენოვირუსი
 - ⇒ ასტროვირუსი
 - ⇒ პატარა წრიული ვირუსები(შმალლ როუნდ ვირუსეს)
- ბაქტერიული
 - ⇒ კამპილობაქტერია
 - ⇒ სალმონელა
 - ⇒ ეშერიხია კოლი

⇒ შიგელა

გარდა ზემოთ წარმოდგენილი სიმპტომებისა მწვავე გასტროენტერიტის, შესაძლოა, თან ახლდეს ღებინება, ცხელება და მსგავსი სიმპტომების ოჯახური ანამნეზი.

ბავშვი გასინჯა ოჯახის ექიმმა, რომელმაც გამოავლინა, რამდენადმე ჩავარდნილი ყიფლიბანდი და კანის ტურგორი დაქვეითება.

- ექიმმა მშობლებს ურჩია ბავშვისათვის მიეცათ რეჰიდრატაციული ხსნარები, რაც საშუალებას იძლევა აღდგეს დიარეის ფონზე დაკარგული სითხის მოცულობა.
- ექიმმა აუხსნა ბიჭის მშობლებს, რომ მკურნალობა ანტიბიოტიკებით ან დიარეის საწინააღმდეგო პრეპარატებით არ არის ნაჩვენები.
- მყარი საკვების მიცემა უნდა განახლდეს მაშინვე, თუ ბავშვი მათი მიღების სურვილს გამოხატავს.
- ჯანმრთელობის ვიზიტორმა უნდა ნახოს ბავშვი საღამოს მოგვიანებით, მდგომარეობის ხელახალი შეფასების მიზნით (ხომ არ გამოიხატა ახალი სიმპტომები ან ბავშვის მდგომარეობა ხომ არ დამძიმდა).

დეჰიდრატაციის კლინიკური ნიშნები:

დეჰიდრატაცია	ნიშანი
2-3%	წყურვილი
5%	ინტენსიური წყურვილი კანის ტურგორის დაქვეითება ჩავარდნილი ყიფლიბანდი თვალის კაკლების ჩავარდნა ოლიგურია
10%	ყველა ზემოთ ჩამოთვლილ ნიშანს ემატება ჰიპოტენზია ტაქიკარდია კიდურების სისუსტე აპათია
15%	ყველა ჩამოთვლილ ნიშანს ემატება კომა ანურია
შენიშვნა: თუ ბავშვს აღენიშნება ღებინება, დეჰიდრატაცია > 5%, ან ბავშვს აქვს ცუდი სოციალური პირობები საჭიროა მისი ჰოსპიტალიზაცია.	

ბავშვების უმრავლესობას აღენიშნება სრული გაჯანსაღება მწვავე გასტროენტერიტის შემდეგ, მაგრამ ჩვილ ბავშვებში ნაწლავის დაზიანებამ შესაძლოა გამოიწვიოს ლაქტოზისადმი გარდამავალი აუტანლობის განვითარება ან ბავშვი შეიძლება გახდეს მგრძობიარე ძროხის რძის პროტეინების მიმართ. ამის გამო დიარეა შესაძლოა გაგრძელდეს მომდევნო სამი ოთხი დღის განმავლობაში და ხშირად დადებით შედეგს იძლევა ურძეო დიეტა (სოია და სხვა ჰიპოალერგიული საკვები).

შედარებით მოზრდილ ბავშვებში დეჰიდრატაცია იშვიათად ვითარდება, მაგრამ დიარეას შესაძლოა დაერთოს განავალში სისხლი და ეშერიხია კოლის ზოგიერთი შტამის (E.ცოლი 157) მიერ გამოყოფილი ტოქსინის ზემოქმედების ფონზე განვითარდეს ჰემოლიზური ურემიული სინდრომი და თირკმლის მწვავე უკმარისობა.

ქრონიკული დიარეა

პაციენტი ბიჭუნა სამი წლის, მისი მშობლები საკმაოდ შეწუხებულნი არიან იმის გამო, რომ ბავშვს აღენიშნება კუჭის მოქმედება ყოველდღე, სამჯერ ან ოთხჯერ დღეში, ეს უკვე სამი თვეა გრძელდება. ზოგჯერ ფეკალური მასა შეიცავს მოუნელებელი საკვების ნაწილაკებს, განსაკუთრებით ბარდა და სტაფილო. განავალში არასდროს არ შეუნიშნავთ სისხლი და არ არსებობს არავითარი კავშირი რაიმე საკვებით მდგომარეობის გამწვავებასთან, სხვა მხრივ ბავშვი კარგად გამოიყურება, ვითარდება ნორმალურად და მშობლებიც არ თვლიან, რომ ბავშვი ავადაა.

მცირე ასაკის ბავშვებში, იმის ზუსტად განსაზღვრა თუ რას ნიშნავს კუჭის ნორმალური მოქმედება რთულია, ფეკალური მასების კონსისტენცია, მოქმედების სიხშირე, ზოგჯერ ფერი შესაძლოა, ნორმის ფარგლებშიც კი საკმაოდ მერყეობდეს.

ამ შემთხვევაში ყველაზე მეტად სავარაუდო დიაგნოზია “მოზარდთა დიარეა”. (უნდა დადასტურდეს, რომ ბავშვი ნორმალურად ვითარდება და წონის მატება ასაკის შესაფერისია). საექვო შემთხვევებში საჭიროა შემდგომი გამოკვლევები, კერძოდ:

- სისხლის საერთო ანალიზი
- დეტალური დიეტური ანამნეზი
- შარდის კულტურა (უნდა გამოვრიცხოთ საშარდე ტრაქტის ინფექცია)
- ანტიგლიადინური, ანტიენდომიოზინის ან ანტირეტრიკულინური ანტისხეულების განსაზღვრა ცელიაკიაზე სკრინინგის მიზნით. თუ ეს ტესტები დადებითია დიაგნოზი დასტურდება თემოს ნაწლავის ბიოფსიით.

კონკრეტულ შემთხვევაში ბავშვის მდგომარეობა განმეორებით შეფასდა სამი თვის შემდეგ. ბავშვი იზრდებოდა და ვითარდებოდა ნორმალურად, მშობლებს მიეცათ შესაფერისი ახსნა განმარტება. შემდგომი მეთვალყურეობა აღარ ჩაითვალა საჭიროდ.

ქრონიკული დიარეის მიზეზები:

- ⇒ მოზარდთა დიარეა
- ⇒ ლაქტოზის აუტანლობა გასტროენტერიტის შემდგომ პერიოდში
- ⇒ ძროხის რძის ცილის აუტანლობა
- ⇒ მალაბსორბცია:
 - მუკოვისციდოზი
 - ცელიაკია

ღებინება ჩვილ ბავშვებში

2 თვის ბიჭი, ბუნებრივ კვებაზე იმყოფებოდა ორი კვირის განმავლობაში, შემდეგ გადაიყვანეს ხელოვნურ კვებაზე.

დედამ ბავშვი მოიყვანა ოჯახის ექიმთან ღებინების გამო, რომელიც ჩვეულებრივ ვითარდებოდა მაშინვე საკვების მიღების შემდეგ, ყოველგვარი ძალდატანების გარეშე. ღებინების მიუხედავად ბავშვი მშვენივრად გამოიყურება და ვითარდებოდა ნორმალურად. პირნალები არ შეიცავდა სისხლს.

რეგურგიტაციის ხანგრძლივი ანამნეზი სხვა მხრივ ჯანმრთელი ბავშვისათვის

მიუთითებს გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსის არსებობას. ეს მდგომარეობა საყლაპავის ქვედა სფინქტერის მოუმწიფებლობის გამო ვითარდება, რაც ქმნის პირობებს ჩვილ ბავშვებში რძის თავისუფალი რეგურგიტაციისათვის. ეს უმრავლეს შემთხვევაში ფიზიოლოგიური ნორმაა, მაგრამ შესაძლოა მშობლის შემფოთების მიზეზი გახდეს თუ რეგურგიტაცია შედარებით მძიმეა. მძიმე რეგურგიტაციის ფონზე ბავშვი კარგავს აუცილებელ კალორიებს და ჩამორჩება ზრდაში. რეგურგიტაციის გამო შესაძლოა განვითარდეს ეზოფაგატი ან კუჭის შიგთავსით ასპირაცია. მძიმე რეფლუქსი ხშირია ბავშვებში ცერებრალური დამბლით, ასეთ ბავშვებში ხველის რეფლექსის დათრგუნვის გამო დიდია ასპირაციის რისკი.

ჩვილ ბავშვთა ლებინება

დიფერენციული დიაგნოზი

- ჭარბი კვება;
- ეზოფაგალური რეფლუქსი: ძალდატანების გარეშე, ლებინება ვითარდება ახალშობილობის პერიოდშივე.
- პილოროსტენოზი: (უპირატესად ბიჭებში) შადრევნისებური ლებინება, ჩვეულებრივ ვითარდება დაბადებიდან 2-3 კვირის შემდეგ.
- გასტროენტერიტი-თან ახლავს დიარეა
- ნაწლავური ობსტრუქცია-მაგ. ინტესტინალური ატრეზია იწვევს ლებინებას ნაღვლის შემცველი შიგთავსით და მუცლის დაჭიმულობას.
- მეტაბოლური დაავადება: ოჯახური ანამნეზი, აციდოზი.

დამატებითი ინფორმაცია პილოროსტენოზის შესახებ:

- შადრევნისებური ლებინება დაბადებიდან 2-3- კვირის შემდეგ;
- თან ახლავს წონის დაკარგვა და შეკრულობა
- დიაგნოზი დგინდება კლინიკური გასინჯვით-ბავშვი დისტროფიული, ხილული პერისტალტიკა-“გოლფის ბურთის” მოძრაობა ეპიგასტრიუმში მარცხნიდან მარჯვნივ.
- მკურნალობა ქირურგიული-პილორომიოტომია.

ლებინება შესაძლოა განვითარდეს მეორადად შემდეგი მდგომარეობების ფონზე:

- მოწამვლა
- მეტაბოლური დაავადება
- გულის უკმარისობა
- თავის ტრავმა

გასტრო-ეზოფაგალური რეფლუქსის მკურნალობა:

სიმპტომი	მკურნალობა
მსუბუქი რეფლუქსი	საკვების შესქელება, მშობლებისათვის სათანადო ინფორმაციის მიცემა და დამშვიდება
ზომიერი რეფლუქსი	საკვების შესქელება-გავისცონ პროკინეტიური მედიკამენტები -ჩისაპრიდი
რეფლუქსი ეზოფაგიტით	ზემთ ჩამოთვლილს ემატება H ₂ ბლოკერები (რანიტიდინი)
მედიკამენტოზური მკურნალობა არ არის ეფექტური და ვითარდება გართულებები	ქირურგიული მკურნალობა

მორეციდივე ტკივილი მუცლის არეში

რვა წლის ბიჭუნა, მუცლის არეში ეპიზოდურად აღმოცენებული ტკივილის გამო მოიყვანეს ოჯახის ექიმთან კონსულტაციაზე. კოლიკის ხასიათის ტკივილი ვითარდებოდა კვირაში ორჯერ ან სამჯერ და ლოკალიზებული იყო მუცლის ცენტრალურ ნაწილში. ბავშვს კუჭის მოქმედების მხრივ არ აღენიშნებოდა რაიმე სახის დარღვევა და ზოგადად მისი ზრდა-განვითარებაც ნორმის ფარგლებში იყო. უფრო დეტალური და გულახდილი საუბრისას გამოიჩინა, რომ ბიჭი საკმაოდ მოუსვენარი და აგზნებული ბავშვი იყო. დედამ გაამბოთ, რომ მისი დაკვირვებით ტკივილის ყველაზე ძლიერი შეტევა ბავშვს სამუშაო კვირის დასაწყისში, დილით უვითარდებოდა, ხოლო დასვენების დღეებში და არდადეგებზე იგი არაფერს არ უჩიოდა.

მორეციდივე მუცლის ტკივილი ბავშვების დაახლოებით 10%-ს აღენიშნება და ზოგიერთ შემთხვევაში შეტევა მჭიდროდ არის დაკავშირებული სტრესთან (სტრესულ სიტუაციებთან). ზოგიერთი ბავშვის ნაწლავის გაღიზიანებას იწვევს შეკრულობა, სხვა შემთხვევაში ეს შესაძლოა დაკავშირებული იყოს გარკვეული საკვების მოუნელებლობასთან. ხშირად მუცლის მორეციდივე ტკივილის მიზეზის დადგენა ვერ ხერხდება. საბოლოო დიაგნოზი მაინც გამორიცხვის გზით ისმება. ბავშვს უტარდება რიგი გამოკვლევები: მუცლის გასინჯვა, სისხლის საერთო ანალიზი, ედს, შარდოვანა და ელექტროლიტები და შარდის ბაქტერიოლოგია, კოპროლოგია (ჭიის კვერცხებზე). თუ ამ გზით არავითარი პათოლოგია არ ვლინდება, შესაძლოა გამოირიცხოს მორეციდივე ტკივილის გამომწვევი სერიოზული დაავადებები, კერძოდ დიფერენციული დიაგნოსტიკისას უნდა გავითვალისწინოთ:

- **პერიოდული დაავადება**
- **დუოდენალური წყლული:** ტკივილი ვითარდება საკვების მიღებამდე ან ღამით, გაივლის ჭამის შემდეგ, ხშირად სახეზეა წყლულოვანი დაავადების ოჯახური ანამნეზი
- **ქრონიკული აპენდიციტი:** (იშვიათია), სახეზეა აპენდიციტის ნიშნები
- **ნაწლავის ანთებითი დაავადება**
- **ყაბზობა**
- **საშარდე ტრაქტის ინფექცია**

თუ ტკივილი არატიპურია, საჭიროა შემდგომი ძიება და გამოკვლევები. ტკივილის უპირატესად ეპიგასტრიუმის არეში ლოკალიზაციის შემთხვევაში, თანაც თუ იგი ხშირად ღამით აღმოცენდება და პაციენტს წყლულოვანი დაავადების ოჯახური ანამნეზიც

აღნიშნება, სავარაუდოა დუოდენალური წყლულის ან *Helicobacter pylori*-ით გამოწვეული გასტრიტის დიაგნოზი.

თუ მუცლის ტკივილს თან ახლავს დიარეა ან განავალთან ერთად სისხლის გამოყოფა, უნდა გამოირიცხოს ნაწლავთა ანთებითი დაავადებები (კრონის დაავადება, არასპეციფიური წყლულოვანი კოლიტი).

ბიჭუნას ჩაუტარეს ყველა საჭირო გამოკვლევა და პასუხები უარყოფითი აღმოჩნდა. მშობლებთან და მასწავლებლებთან საუბრის შემდეგ გამოირკვა, რომ ბავშვს რატომღაც აშინებდა სკოლაში სიარული. ექიმის რჩევით მშობლებმა და მასწავლებლებმა განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეს ამ ამბავს და ბავშვის მდგომარეობაზე ეს უმოკლეს პერიოდში დადებითად აისახა. ტკივილი თანდათან გაქრა. ექიმს ბავშვებთანაც მოუხდა გარკვეული მუშაობის ჩატარება, რათა დაერწმუნებინა იგი, რომ მშობლებისათვის გაეზიარებინა ის პრობლემები, რასაც სკოლაში აწყდებოდა. ინტერნალიზაციის თავიდან აცილება საუკეთესო გამოსავალი იყო ამ შემთხვევაში.

პერიოდული სინდრომის მკურნალობის მთავარი პრინციპია მისი გამომწვევი მიზეზების გამოვლინება და ელიმინაცია. ზემოთ აღწერილ შემთხვევაში ეს მიზეზი სკოლის სტრესული სიტუაციები იყო. თუ მორეციდივე ტკივილი შეკრულობითაა გამოწვეული რეკომენდირებულია საფაღარათო საშუალებების გამოყენება. თუ გამოავლენთ, რომ მუცლის ტკივილი გარკვეული საკვების მიღების ფონზე აღმოცენდება, ცხადია შედეგიანი იქნება ამ პროდუქტის გამორიცხვა კვების რაციონიდან. ხშირად ვერ ხერხდება ტკივილის გამომწვევი მიზეზის დადგენა, რაც მშობლების და ბავშვის შემფოთებას იწვევს. ამ დროს საკმაოდ ეფექტურია მხარდამჭერი ფსიქოთერაპია.

ცხელბა:

ანამნეზი:

- გამონაყარი
- დიარეა
- ღებინება
- ხველა
- გამონადენი ცხვირიდან
- კონტაქტები
- იმუნიზაცია
- მღრღნელები
- საზღვარგარეთ მოგზაურობა
- მალარიის პროფილაქტიკა

გასინჯვა:

- პოზა
- ფერი (ციანოზი, სიფერმკრთალე, სიყვითლე)
- გამონაყარი

- სუნთქვა (სიხშირე, დამატებითი კუნთების მონაწილეობა, სუნთქვითი ხმინობა)
- ყური, ცხვირი, ყელი
- ლიმფადენოპათია
- ჰეპატომეგალია
- სპლენომეგალია
- მენინგიზმი

დამატებითი ინფორმაცია-ბავშვთა ვირუსული ინფექციების ნიშნები

ვირუსი-დაავადება	ნიშნები
წითელა	ინკუბაციური პერიოდი 10-14 დღე კოპლიკის ნიშანი პირის ღრუში გენერალიზებული გამონაყარი და ცხელება კონიუქტივიტი ხველა
ყბაყურა	ინკუბაციური პერიოდი 14-21 დღე, ცხელება, პაროტიდების შეშუპება შესაძლოა დაზიანდეს პანკრესი და სათესლე ჯირკვლები
წითურა	ინკუბაციური პერიოდი 14-21 დღე, სუბფებრილური ცხელება გენერალიზებული გამონაყარი, კეფის უკანა ლიმფური კვანძების გადიდება
მარტივი ჰერპესი	გინგივოსტომატიტი, კონიუქტივიტი, ენცეფალიტი
ჩუტყვავილა	ინკუბაციური პერიოდი 10-21 დღე გენერალიზებული პოლიმორფული გამონაყარი, ქავილი, მაღალია გამონაყარის დაინფიცირების რისკი

საკითხი დისკუსიისათვის:

აღწერეთ წლამდე ასაკის ბავშვებში ცხელების დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის პროცესი, თუ თქვენ ვერ ახერხებთ ცხელების გამომწვევი მიზეზის იდენტიფიკაციას.

თუ საქმე ეხება წლამდე ასაკის სიცხიანი ბავშვის მდგომარეობის მართვას, თანაც ვერ ახერხებთ ცხელების გამომწვევი კერის დადგენას:

I. გახსოვდეთ: სრულყოფილი ანამნეზი და ფიზიკალური გასინჯვა საკმაოდ მგრძნობიარე და სპეციფიკური ხერხებია ფარული ბაქტერიემიით დაავადებიათობის მაჩვენებლის განსაზღვრისათვის.

შეკითხვა: **რამდენად ავადმყოფურად გამოიყურება ბავშვი?**

თუ ეს ასე არ არის, დაამზვიდეთ მშობლები;

თუკი ბავშვი მართლაც ცუდად გამოიყურება, შეაფასეთ ეს როგორც სერიოზული ნიშანი და გააგრძელეთ გამოკვლევები.

ჩვილ ბავშვებში ყურადღება მიაქციეთ შემდეგს:

ა) ტირილის ხასიათი

- b) რეაქცია სტიმულაციაზე (მშობლებისადმი რეაგირება)
 - გ) კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების ფერი
 - d) ხომ არ აღინიშნება დეჰიდრატაცია
 - e) პასუხი ურთიერთობისას (ღიმილი, ლაპარაკი)
- II. ფარული ბაქტერიემიის რისკი მაღალია, თუ:
- ა) სხეულის ტემპერატურა > 40°C
 - ბ) ლეიკოციტები < 5000
 - გ) ლეიკოციტები > 15 000
- III. გახსოვდეთ: თუკი ცხელების კერის იდენტიფიცირება ვერ ხერხდება და ბავშვს სამკურნალოდ ბინაზე ტოვებთ, აუცილებელია განმეორებითი გასინჯვა და მშობლებთან უწყვეტი კონტაქტი.
- IV. გახსოვდეთ: ფარული ბაქტერიემია ყველაზე ხშირად დაკავშირებულია შემდეგ მიკროორგანიზმებთან.
- a) სტრეპტოკოკული პნევმონია
 - ბ) *Haemophilus influenzae*
 - გ) *A* ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი
 - d) *Neisseria meningitidis*
- V. გახსოვდეთ: ფარული ბაქტერიემია ყველაზე ხშირად ასოცირებულია შემდეგ მდგომარეობებთან:
- a) შუა ოტიტი
 - ბ) ბაქტერიული პნევმონია
 - გ) სტრეპტოკოკული ფარინგიტი
 - დ) მენინგიტი
- VI. გაითვალისწინეთ, რომ თუ ტემპერატურა აღემატება 40°C მაღალია ფებრილური კრუნჩხვის რისკი.
- VII. გახსოვდეთ: მაღალი ტემპერატურის დროს ყოველთვის არ არის აუცილებელი სიცხის დამწვევები. ეს პრეპარატები არ ასწრაფებენ გამოჯანმრთელებას. მათ ფონზე შესაძლოა წაიშალოს ზოგიერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომი.
- VIII. სიცხის დამწვევი მექანიკური ზომები ზოგჯერ ისევე ეფექტურია, როგორც სიცხის დამწვევი აბები.
- IX. თუ თქვენ გადაწყვიტავთ ბავშვს, რომელსაც მაღალი ტემპერატურა აქვს, მაგრამ ამის მიზეზს ვერ მიაგენით სიცხის დამწვევი დაუნიშნოთ, უპირატესობა მიანიჭეთ პარაცეტამოლს.
- X. გახსოვდეთ: სისხლი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისათვის უნდა აიღოთ ტემპერატურის მომატებისთანავე.

პაციენტი 5 წლის 2 დღის ანამნეზი ყელის ტკივილის, ბავშვს უჭირს ყლაპვა, უარს ამბობს საკვებზე და სვამს მცირე რაოდენობით სითხეს. ბავშვი მივარდნილია. სუნთქვისას იგრძნობა პირიდან ცუდი სუნი.
ობ: ტემპერატურა 39,5° C ტაქიკარდია.
ტონზილები-გადიდებული, ანთებითი, თეთრი ნადებით.
დაფის აპკი ოდნავ ჰიპერემიული.

ბავშვებში ყელის ტკივილი შესაძლოა განპირობებული იყოს შემდეგი მიზეზებით:

- **ვირუსული ფარინგიტი**-რომელიც, ჩვეულებრივ, თან ახლავს ზედა სასუნთქი გზების ინფექციებს. ტკივილი ზომიერი ინტენსივობისაა და არ იწვევს ყლაპვის გაძნელებას.
- **მწვავე ტონზილიტი**- ტონზილები ანთებითია, თან ახლავს ზოგადი დისკომფორტი, ამნელებს ყლაპვას.
- **ანგინა**- პერიტონზილარული აბსცესი. ტონზილიტის ნიშნებთან ერთად პაციენტს არ შეუძლია პირის ფართოდ გაღება.
- **ინფექციური მონონუკლეოზი**-მწვავე ტონზილიტის ნიშნებს თან ერთვის ლიმფადენოპათია.

ანამნეზური, სუბ. Aობიექტური და მონაცემების მიხედვით კონკრეტულ შეთხვევაში დიაგნოზი გახლავთ: მწვავე ტონზილიტი.

ითვალისწინებთ რა პაციენტის მძიმე ზოგად მდგომარეობას მკურნალობისათვის ნიშნავთ ანტიბიოტიკს.

- რომელი ანტიბიოტიკი დავნიშნოთ?

გაითვალისწინეთ მედიკამენტური ანამნეზი:

- ალერგია
- რა მედიკამენტებს ღებულობს

შენიშვნა: *პაციენტს აღნიშნებოდა ჭინჭრის ციების მსგავსი ალერგიული რეაქცია პენიცილინის ჯგუფის ანტიბიოტიკებზე წარსულში.*

ამდენად შერჩევის მედიკამენტია-ერიტრომიცინი.

საჭიროა დედას მივაწოდოთ შესაფერისი ინფორმაცია ბავშვის მდგომარეობის შესახებ:

- რა არის ტონზილიტი?
- ტონზილიტმა შესაძლოა მიიღოს მორეციდივე ხასიათი.
- რამდენად განიცდის დედა ბავშვის ავადმყოფობას (მისი შეხედულება, შიში, მოლოდინი)
- რა დამატებითი ინფორმაციის მიღება გვიჭრდება იმისათვის, რომ შევიმუშაოთ გრძელვადიანი მართვის გეგმა:
 - _ რამდენად ხშირად ავადმყოფობს ბავშვი
 - _ ხომ არ აღინიშნება ძილის აპნოეს ეპიზოდები

გადაწყვეტილება: როგორ ავიცილოთ თავიდან რეციდივები და ყველა შესაძლო გართულება?

- ქირურგიული ჩარევა-ტონზილექტომია
- ანტიბიოტიკების ხანგრძლივი კურსი

მართვის გეგმა უნდა შემუშავდეს ბავშვის მშობლების მონაწილეობით, რომლებმაც უნდა მიიღონ სრული ინფორმაცია ქირურგიული და მედიკამენტოზური მკურნალობის დადებითი და უარყოფითი მხარეების და შესაძლო სარგებლობის შესახებ. თქვენ უნდა დაეხმაროთ მათ გააკეთონ სწორი არჩევანი.

ყურის ტკივილი

ბავშვებში ყურის ტკივილის მიზეზები:

◇ მწვავე შუა ოტიტი

* ვირუსული

* ბაქტერიული

◇ უცხო სხეული სასმენ მილში (ყოველთვის არ არის მტკივნეული)

◇ ტრავმა

◇ ევსტაქის მილის გამავლობის გაუარესება

◇ გადაცემითი ტკივილი (კბილი ან ტონზილიტი)

◇ გარეთა სასმენი მილის ფურუნკული

მწვავე შუა ოტიტის მართვა:

◇ ანალგეზია

◇ სიცხის დამწვევი

◇ ანტიბიოტიკები (ამოქსაცილინი)

◇ რჩევა მშობლებს

შესაძლებლობის ფარგლებში უნდა ვეცადოთ თავი ავარიდოთ ანტიბიოტიკების გამოყენებას, ვინაიდან უმრავლეს შემთხვევაში მწვავე შუა ოტიტი შესაძლოა განიკურნოს ანტიბიოტიკების გარეშე.

კლინიკური შემთხვევა-ბავშვის განვითარების შეფერხება

პაციენტი-ბიჭუნა 18 თვის, რომელიც ვერ დადის. დედა თვლიდა, რომ ბავშვი ზარმაცობდა, მაგრამ შემდეგ საკმაოდ შეწუხდა, ვინაიდან ბიჭმა სიარული ვერა და ვერ დაიწყო. მისი ძმა კი, უკვე 12 თვის ასაკში საკმაოდ კარგად დადიოდა. დედა გთხოვთ დაეხმაროთ და განუმარტოთ სიარულის შეფერხების მიზეზი.

მდგომარეობის მართვისას უნდა გავითვალისწინოთ შემდეგი ფაქტორები

I. სამედიცინო

ა) სიარულის შეფერხება ბავშვებში შესაძლოა განპირობებული იყოს შემდეგი ძირითადი მიზეზებით:

- ინდივიდუალური თავისებურებების გამო ნორმალური საზღვრების გაფართოება;

- სიარულის გვიან დაწყებას აქვს მემკვიდრული ხასიათი
- თუ ბავშვი კარგად დაცოცავს;
- იზოლირებული მოტორული ჩამორჩენა;
- გლობალური ჩამორჩენა;
- ცერებრალური დამბლა
- კუნთოვანი დისტროფია

ბ) დიფერენციული დიაგნოსტიკა უნდა მოიცავდეს შემდეგი სახის ლაბ. და ფიზიკალურ გამოკვლევებს

- ფიზიკური და გონებრივი განვითარების შეფასება
- ნევროლოგიური გასინჯვა
- ბიჭებში სისხლის შრატში კრეატინ კინაზის დონის განსაზღვრა. მისი მომატების შემთხვევაში სავარაუდოა დუჩენის კუნთოვანი დისტროფია. მდგომარეობა სერიოზული და სიცოცხლისათვის საშიშია. საექვო შემთხვევაში დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით (კუნთოვანი ბიოფსია) პაციენტი უნდა გაიგზავნოს სპეციალიზებულ კლინიკაში.

II. ფსიქოლოგიური

- მივცეთ მშობლებს შესაფერისი ახსნა-განმარტება;
- განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია თანაგრძნობა და მხარდაჭერა მოსალოდნელი ცუდი პროგნოზის შემთხვევაში.
- დუჩენის კუნთოვანი დისტროფიით დაავადებული ბავშვი განსაკუთრებულ ყურადღებას საჭიროებს. მმას უნდა ავუხსნათ თავისი მდგომარეობის შესახებ და მაქსიმალურად ვეცადოთ დავარწმუნოთ, რომ იგი ოჯახში ისეთივე სრულუფლებიანი და საყვარელი შვილია, როგორც დანარჩენი ბავშვები.

III. სოციალური

- რა სოციალური სამსახურების შეიძლება ჩაერთოს მდგომარეობის მართვის პროცესში, თუ სიარულის შეფერხების მიზეზი სერიოზულია და მკურნალობას არ ექვემდებარება;
- როგორ დავეხმაროთ დედას, რათა ასეთი ბავშვის მოვლის აუცილებლობა სოციალური იზოლაციის მიზეზი არ გახდეს.

საშარდე ტრაქტის ინფექციები

ბავშვებში საშარდე ტრაქტის ინფექციის ნიშნები

ასაკი < 12 თვე	ასაკი > 12 თვე
<p>ასიმპტომური წონის მატების შეფერხება ფებრილური კრუნჩხვა (>6 თვე) ცხელება სეპტიცემია აგზნებადობა პერსისტული ნეონატალური სიყვითლე უმაღლობა (ცუდად იკვებება) ღებინება</p>	<p>მუცლის ტკივილი წელის (ზურგის) ტკივილი შარდვის სიხშირის შეცვლა ფებრილური კრუნჩხვა აუხსნელი ცხელება ხილული ჰემატურია ტკივილი შარდვისას შემცივნება</p>

*დამატებითი ინფორმაცია
ბავშვებს, რომლებსაც უვითარდებათ საშარდე ტრაქტის ინფექციები შესაძლოა აღენიშნებოდეთ შემდეგი სახის დაზიანება:*

- თირკმლის შეჭმუხვნა
- ვეზიკო-ურთრალური რეფლუქსი
- ობსტრუქციული უროპათია
- თირკმლის კენჭები
- თირკმლის პოლიკისტოზი
- საშარდე ტრაქტის ნებისმიერი თანდაყოლილი ანომალია.

კლინიკური შემთხვევა-რეფლუქს უროპათია

სამი წლის გოგონა მშობლებმა მოიყვანეს ოჯახის ექიმთან იმის გამო, რომ ბავშვი უკანასკნელი რამოდენიმე დღის განმავლობაში თავს ცუდად გრძობდა, უჩიოდა ტკივილს მუცლის არეში და უჩვეულოდ მივარდნილი იყო. მშობლების გაოცება გამოიწვია იმან, რომ გოგონას რომელიც სულ მცირე რვა თვის მანძილზე საწოლში აღარ ჩაუსველებია, ახლა კვლავ დაეწყო შარდის შეუკავებლობა. ისინი საკმაოდ შეშინდნენ, ვინიდან გოგონას ღამით მაღალი ტემპერატურა ჰქონდა შემცივნების ეპიზოდებით. ბავშვი დილით გასინჯა ექიმმა, რომელმაც ვერ აღმოაჩინა ინფექციის კერა და სთხოვა მშობლებს შეეგროვებინათ შარდი ანალიზისა და ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისათვის.

როდესაც გასინჯვის შედეგად ვერ ხერხდება ინფექციის აშკარა კერის იდენტიფიკაცია, საჭიროა ჩატარდეს ძიება საშარდე ტრაქტის ინფექციის გამოსარიცხად. ღამის მეორადი ენურეზი შესაძლოა მრავალი მიზეზის გამო განვითარდეს, მ.შ. ფსიქოლოგიური პორბლემები, შაქრიანი დიაბეტი და საშარდე ტრაქტის ინფექცია. ამ შემთხვევაში განსაკუთრებული ყურადღება უნდა გამახვილდეს საშარდე ტრაქტის ინფექციაზე, გამოხატული მუცლის ტკივილის და ინფექციის ცხადი ნიშნების არარსებობის გამო. ძალიან იოლია, ბავშვს შუა ოტიტის დიაგნოზი დაუსვათ, თუ ანთებით

დაფის აპკს ნახავთ, მაგრამ რთულია გამოავლინოთ მტკივნეულობა თირკმლის საპროექციო არეში, მითუმეტეს თუ ბავშვი გასინჯვის საშაულებას არ გაძლევთ.

გოგონას დედამ ანალიზისათვის აღებული შარდი მიიტანა ოჯახის ექიმის ოფისში. ნაწილი გაგზავნილ იქნა ადგილობრივ ლაბორატორიაში ბაქტერიოლოგიური და მიკროსკოპიული გამოკვლევებისათვის, ნაწილი კი შემოწმდა ინდიკატორებით. ამ დროს გამოვლინდა საშუალო რაოდენობით ერთროციტები და პროტეინი, მაგრამ არა შაქარი. გოგონას კვლავ უგრძელდება ცხელება, ამდენად გადაწყდა შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის პასუხის მიღებამდე მისთვის დაენიშნათ ანტიბიოტიკების კურსი. შარდის მიკროსკოპიით გამოვლინდა ლეიკოციტები, ერთროციტები და მიკროორგანიზმები.

აქამდე ჩატარებული ძიების საფუძველზე მიღებული ყველა მონაცემი საშარდე ტრაქტის ინფექციაზე მიუთითებს, მაგრამ საბოლოო დიაგნოზის დასადასტურებლად მაინც საჭიროა შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევის დასკვნა. უნდა გახსოვდეთ, რომ ცხელების დროს შარდში შესაძლოა აღინიშნოს ლეიკოციტების არსებობა, განსაკუთრებით გოგონებში, თუმცა ეს არ არის დაკავშირებული ინფექციასთან. გარდა ამისა, თანმხლები ვულვო-ვაგინიტის შემთხვევაში შარდში შესაძლოა გამოვლინდეს ერთროციტები. აღსანიშნავია ის გარემოება, რომ ლეიკოციტებისა და მიკროორგანიზმების კომბინირებული არსებობა სტატისტიკურად უფრო ხშირად არის ასოცირებული საშარდე ტრაქტის ინფექციებთან, ვიდრე თითოეული მათგანი ცალ-ცალკე. მართალია, ლეიკოციტურია საშარდე ტრაქტის ინფექციის პირველი ეპიზოდისას ჩვეულებრივი მოვლენაა, მაგრამ მომდევნო ეპიზოდების დროს გამოხატულია მხოლოდ შემთხვევათა 50%-ში.

შარდის ბაქტერიოლოგიით გამოვლინდა E.კოლი>100 000კოლონია მლ-ში. ეს მიკროორგანიზმი მგრძობიარეა იმ ანტიბიოტიკის მიმართ, რომელიც გოგონას უკვე დაუნიშნეს. ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებიდან 48 საათში გოგონას მაღალი ტემპერატურა აღარ აღენიშნებოდა და ზოგადი მდგომარეობაც მნიშვნელოვნად გაუმჯობესდა. მშობლებს ურჩიეს გაეგრძელებინათ ბავშვისათვის ანტიბიოტიკების მიცემა 10 დღის განმავლობაში. გოგონას ანტიბიოტიკების კურსის დასრულების შემდეგ განმეორებით ჩაუტარდა შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევა. ამ შემთხვევაში შარდი სტერილური აღმოჩნდა. ოჯახის ექიმმა ბავშვი გააგზავნა თირკმლის ულტრაბგერით გამოკვლევაზე, რაიმე პათოლოგია არ გამოვლენილა. სამი თვის შემდეგ გოგონას განუვითარდა საშარდე ტრაქტის ინფექციის მეორე ეპიზოდი, ხოლო რამოდენიმე თვეში კი მესამე. ბავშვის მშობლები საკმაოდ შეშინდნენ, რადგან ფიქრობენ, რომ ასეთი ხშირი ინფექციები დააზიანებს გოგონას თირკმელს. ოჯახის ექიმის გადაწყვეტილებით ბავშვი საკონსულტაციოდ გააგზავნეს პედიატრთან.

საშარდე ტრაქტის მორეციდივე ინფექციები ხშირი პრობლემაა, განსაკუთრებით გოგონებში და შესაძლოა გამოვლინდეს პაციენტებში, ანატომიურად ნორმალური თირკმლითაც, რომლებსაც არ აღენიშნებათ ვეზიკო-ურეთრალური რეფლუქსი. ამის მიზეზი ბოლომდე ნათელი არ არის, ვარაუდობენ, რომ ეს გამოწვეული უნდა იყოს შარდის ბუშტის დისფუნქციით, რაც მის არასრულ დაცლას განაპირობებს.

სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში საშარდე ტრაქტის ინფექციებით ავადობის მაჩვენებელი ცნობილი არ არის. მაგრამ ის კარგად არის ცნობილი, რომ თუ ინფექციას თან ახლავს ვეზიკო-ურეთრალური რეფლუქსი ეს იწვევს თირკმლის პროგრესულ დაზიანებას და შექმუხვას. მძიმე დაზიანებისას ვითარდება თირკმლის ნივთიერების პროგრესული

გლომერულოსკლეროზი, რასაც პრევენტული მკურნალობის მიუხედავად მოყვება თირკმლის ფუნქციის თანდათანობითი დაკარგვა. ქრონიკული პიელონეფრიტი წლების შემდეგ შესაძლოა ჰიპერტენზიის ან თირკმლის ქრონიკული უკმარისობის მიზეზი გახდეს. ბავშვების რამდენ პროცენტს უვითარდება ასეთი სერიოზული გართულება ცნობილი არ არის. თუმცა მოზრდილებში თირკმლის დიალიზისა და ტრანსპლანტაციის პროგრამის შესწავლით ნათელია, რომ ბავშვობაში აღმოცენებული რეფლუქს-ნეფროპათია 50 წლამდე ასაკის პაციენტებში თირკმლის უკმარისობის საბოლოო სტადიის განვითარების უზშირესი მიზეზია. პედიატრები ცდილობენ ადრეული დიაგნოსტიკითა და ბავშვობის პერიოდში საშარდე ტრაქტის ინფექციების აქტიური მკურნალობით თავიდან აიცილონ ეს გვიანი და მეტად არაკეთილსაიმედო გართულება.

ბავშვებში საშარდე ტრაქტის ინფექციების შემთხვევაში ოპტიმალური გამოკვლევების ჩამონათვალის შემუშავება ცხარე კამათის სფეროა, რაც დღესდღეობით არსებული მეთოდების შეზღუდვებს და არასრულფასოვნებას ასახავს. ამ თემაზე ჩატარებული კვლევების ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი დასკვნაა ის, რომ მხოლოდ თირკმლის ულტრაბგერითი გამოკვლევა არ იძლევა ადექვატურ ინფორმაციას, რომელიც საჭიროა საშარდე ტრაქტის ინფექციების მართვის გეგმის შესამუშავებლად. საშარდე ტრაქტის მორეციდივე ინფექციების შემთხვევაში გამოკვლევების ჩატარების მთავარი ამოცანებია:

- (1) თირკმლის შეჭმუხვნის არსებობის დადგენა ან გამორიცხვა; ასაკის და დანაწიბურების არსებობის ან არ არსებობის მიხედვით შესაძლოა გამოირიცხოს ვეზიკო-ურეთრალური რეფლუქსი.
- (2) ობსტრუქციული დაზიანების გამორიცხვა
- (3) იშვიათი გამომწვევი მიზეზის (ძირითადი პათოლოგიის) დიაგნოსტიკა, როგორცაა თირკმლის კენჭები ან თირკმლის პოლიკისტოზი (აუტოსომურ-დომინანტური პათოლოგია).

უახლესი მონაცემების თანახმად ვეზიკო-ურეთრალური რეფლუქსის ფონზე თირკმლის საწყისი შეჭმუხვნა უზშირესად სკოლამდე (5 წლამდე) ასაკში ვითარდება. იქ, სადაც ეს პროცესი უკვე დაწყებულია და ვეზიკო-ურეთრალური რეფლუქსი ლიკვიდირებული არ არის შემდგომი დანაწიბურების პროცესი გრძელდება 10 წლის ასაკამდე. განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ 5 წლამდე ასაკის ბავშვს აღენიშნება თუ არა თირკმლის დანაწიბურება და არის თუ არა ეს დაკავშირებული რეფლუქსთან, ვინაიდან შედარებით მოზრდილ ასაკში დანაწიბურების არსებობა ან არ არსებობა კრიტიკული ნიშანია.

ქვემოთ იხილეთ დიაგნოსტიკური ძიების ალგორიტმი.

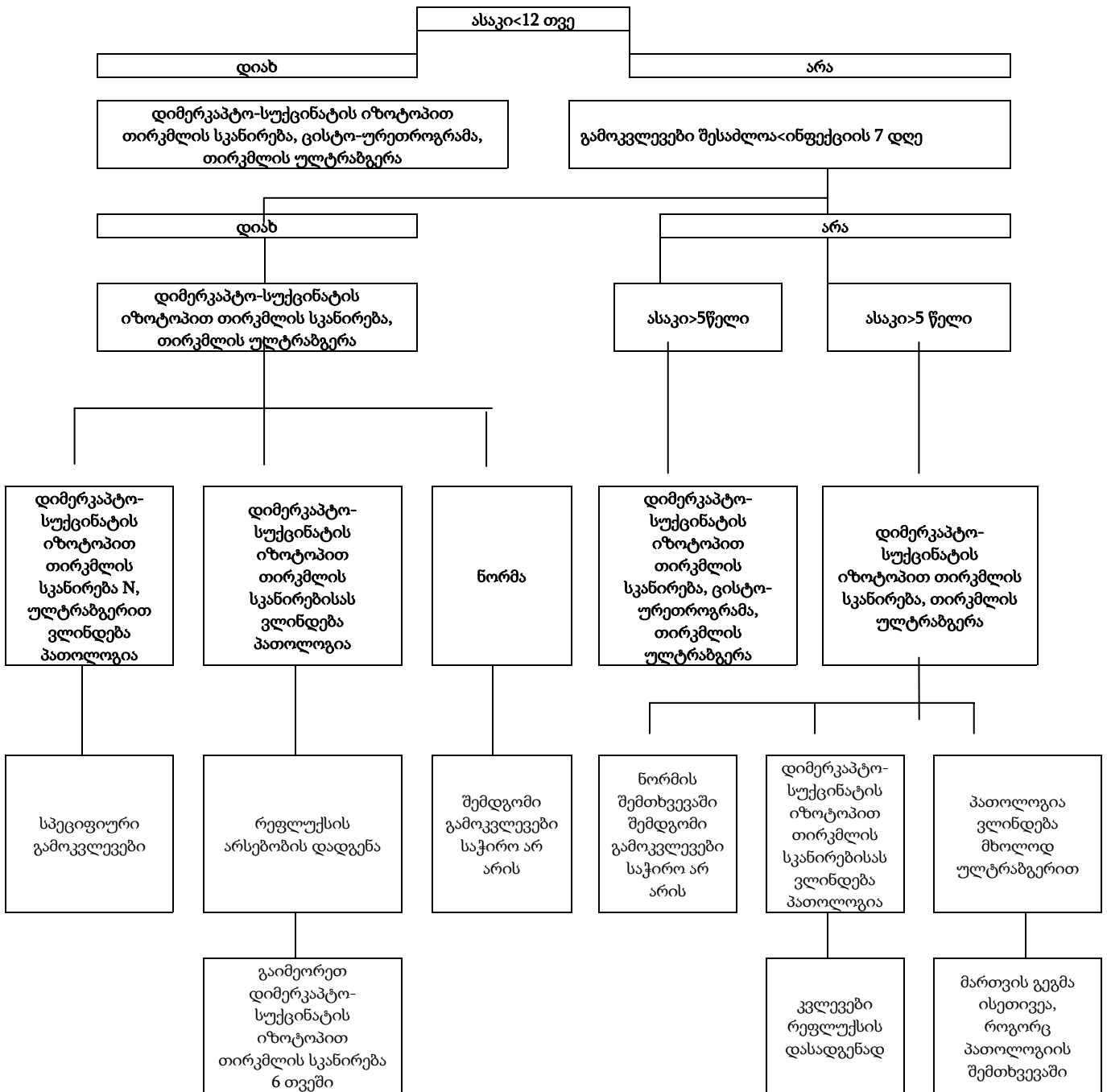
ვეზიკო-ურეთრალური რეფლუქსის მართვის გზებია:

1. თერაპიური-ანტიბიოტიკების პროფილაქტიკური გამოყენება
2. ქირურგიული-რეფლუქსის კორექცია

რატომ უნდა გამოვიკვლიოთ ბავშვი, რომელსაც საშარდე ტრაქტის ინფექციის პირველი ეპიზოდი 5 წლის ასაკამდე ჰქონდა? როგორც ცნობილია, ამ დროს დაბალია თირკმლის დანაწიბურების რისკი, რეფლუქსის არსებობის შემთხვევაშიც კი.

ყველა ბავშვს, რომელსაც დაუდგინდება საშარდე ტრაქტის ინფექცია ესაჭიროება გამოკვლევები. მთავარი პრობლემაა-რამდენად სწორად არის დასმული საშარდე ტრაქტის ინფექციის დიაგნოზი ყველა შემთხვევაში, ხუთი წლის ასაკამდე ბავშვებში? უფრო მეტიც, დღეისათვის დადგენილია, რომ ვეზიკულ-ურეთრალური რეფლუქსს შესაძლოა გენეტიკური ხასიათი ჰქონდეს (აუტოსომურ-დომინანტური) და ამდენად, რეკომენდირებულია პაციენტის და-მშობის გამოკვლევა.

დიაგნოსტიკური ძიების ალგორითმი



კლინიკური შემთხვევა-ჰემატურია (პოსტ-სტრუბტოკოკული ნეფრიტი) და გლომერულონეფრიტი

დედამ ოჯახის ექიმთან მოიყვანა 7 წლის ბიჭუნა, რომელიც ყელის ტკივილს უჩიოდა. ბავშვი სხვა მხრივ ჯანმრთელია და ექიმს იშვიათად მომართავს. გასინჯვით გამოვლინდა ანთებითი ტონზილები და კისრის ლიმფური კვანძების გადიდება და მტკივნეულობა (ზომიერად გამოხატული). ექიმმა საჭიროდ არ ჩათვალა ანტიბიოტიკები და ბიჭს მხოლოდ პარაცეტამოლი დაუნიშნა. რამოდენიმე დღეში ბავშვის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და იგი სკოლაში დაბრუნდა. ყელის ტკივილის დაწყებიდან თორმეტ დღეში მშობლებმა შენიშნეს, რომ ბავშვს სახე და განსაკუთრებით თვალებუდის არე შეუშუპდა. განმეორებით მიმართეს ოჯახის ექიმს. სავარაუდოდ დიაგნოზის-თივის ცხელება, საფუძველზე ბიჭს დაუნიშნეს ანტიჰისტამინური საშუალებები. მომდევნო დღეებში შეშუპება კიდევ უფრო გაღრმავდა. ბავშვი კვლავ მოიყვანეს ექიმთან. მან საჭიროდ ჩათვალა შარდის ანალიზი. შარდი იყო შემდგურელი, სისხლი+++, პროტეინი+++. შემდგომი შეფასებისათვის ბავშვი გაიგზავნა ადგილობრივ საავადმყოფოში. საავადმყოფოში ექიმმა ბავშვი გასინჯა, რომელმაც ნახა, რომ შეშუპება გამოხატული იყო წვივებზეც და არა მხოლოდ სახეზე. არტ. წნევა 125/85მმ.ვწყ.სვ. არ აღინიშნებოდა გამონაყარი, გულის ტონები სუფთა, შუილის გარეშე. სხვა მხრივ გასინჯვით რაიმე პათოლოგია არ გამოვლინდა. შარდის მიკროსკოპიით- მხედველობის არეში ერითროციტების გროვები.

არტერიული წნევის გაზომვა აუცილებელია, ნებისმიერ შემთხვევაში, როდესაც ბავშვს თირკმლის დაავადების სავარაუდო დიაგნოზი აქვს (მშ. საშარდე ტრაქტის ინფექციები).

ამ შემთხვევაში კლინიკური სურათისა და შარდის ანალიზის საფუძველზე შეგვიძლია ვიფიქროთ, რომ საქმე გვაქვს მწვავე გლომერულონეფრიტთან. ვინაიდან ყოველივე ამას წინ უსწრებდა ყელის ტკივილი უნდა ვივარაუდოთ პოსტ-სტრეპტოკოკული გლომერულონეფრიტი. ზედა სასუნთქი გზების ინფექციის ფონზე მაკროსკოპული ჰემატურიის შესაძლო მიზეზებია: პოსტ-სტრეპტოკოკული გლომერულონეფრიტი და IgA ნეფროპათია. IgA ნეფროპათია ხშირად თავს იჩენს ინფექციის მანიფესტაციისთანავე, მაშინ როდესაც პოსტ-სტრეპტოკოკული გლომერულონეფრიტი ვლინდება ზედა სასუნთქი გზების ინფექციიდან საკმაოდ ხანგრძლივი პერიოდის შემდეგ (ჩვეულებრივ 7-14 დღე, თუმცა ზოგჯერ შესაძლოა გახანგრძლივდეს 42 დღემდე).

გამოკვლევებით გამოვლინდა, რომ სისხლში შარდოვანა იყო 11,4მმოლ/ლ-ში(ნორმა<6,5) და კრეატინინი 85მმოლ/ლ-ში(ნორმა ამ ასაკში «70მმოლ/ლ-მდე). პლაზმაში ალბუმინი 35გ/ლ (ნორმა 36-48). ხახის ნაცხის ბაქტერიოლოგიით-ზედა სასუნთქი გზების ნორმალური ფლორა. ანტისტრეპტოკოლიზინი O-ს დონე მომატებულია და შეადგენს 320ერთ/მლ (ნორმა 160). კომპლემენტის გამოკვლევით გამოვლინდა ჩ3 23 მგ/დლ-ში და ჩ4 32 მგ/დლ-ში (ნორმა 12-40)

პოსტ-სტრეპტოკოკული გლომერულონეფრიტი A ჯგუფის ალფა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკული ინფექციის შემდეგ ვითარდება, რაც უხშირესად ფარინგეალურია, მაგრამ შესაძლოა ასოცირებული იყოს იმპეტიგოსთან. A ჯგუფის ალფა-ჰემოლიზური სტრეპტოკოკის ყველა შტამი არ იწვევს გლომერულონეფრიტს, მაგრამ ვინაიდან გამომწვევის ქვეტიპის წინასწარი განსაზღვრა ძნელია, რეკომენდირებულია ემპირიული მკურნალობა პენიცილინით.

ამ ასაკისათვის არტერიული წნევის ნორმის ზედა ზღვარია 100/70მმ.ვწყ.სვ. ამდენად, როგორც ხედავთ წნევა მნიშვნელოვნად მომატებულია.

ბავშვს, დაუდგინდა რა არტერიული წნევის მომატება დაუნიშნეს დიეტა-წყლის და მარილის მცირე შემცველობით და ნიფედიპინი. საავამყოფოში მოთავსებიდან რამოდენიმე დღეში შარდის რაოდენობამ მოულოდნელად მოიმატა. არტერიული წნევა, სისხლის ბიოქიმიური მაჩვენებლები დაუბრუნდა ნორმას. შარდის ანალიზით კვლავ აღინიშნება ჰემატურია ++, მაგრამ ცილა მხოლოდ+.

დაავადების მიმდინარეობის ხასიათი ადასტურებს პოსტ-სტრუპტოკოკული გლომერულონეფრიტის დიაგნოზს. შემდეგ ეტაპზე აუცილებელია განისაზღვროს დაუბრუნდა თუ არა ნორმას კომპლემენტის ფრაქცია. ეს ჩვეულებრივ, დაავადების დაწყებიდან 6 კვირაში აღინიშნება.

პროტეინურია სწრაფად კორეგირდება, მაშინ როდესაც მიკროჰემატურია პერსისტირებს და შემთხვევათა 50%-ში 6 თვის მანძილზე რჩება, ხოლო ზოგჯერ სრულ გამოსწორებას 2 წელი სჭირდება.

მწვავე გლომერულონეფრიტის გრძელვადიანი პროგნოზი ცუდი არ არის, თირკმლის უკმარისობის განვითარება მოსალოდნელია 1%-ში.

პროტეინურია

პროტეინურიის კეთილთვისებიანი მიზეზები:

- ორთოსტატიური (პოსტურალური)
- ცხელება
- ვარჯიში

ნეფროზული სინდრომი:

- მასიური პროტეინურია
- ჰიპოალბუმინემია
- შეშუპება
- ჰიპერლიპიდემია

გლომერულარული და ტუბულარული პროტეინურია:

გლომერულარული

- გლომერულონეფრიტი
- თირკმლის უკმარისობის საბოლოო სტადია

ტუბულარული

- ფანკონის სინდრომი
- პიელონეფრიტი
- მძიმე მეტალებით მოწამვლა

გამოკვლევები, რომელთა ჩატარებაც რეკომენდირებულია პროტეინურიის შემთხვევაში

პირველადი:

- შარდის ბაქტერიოლოგია
- შარდი ერთროციტებსა და შაქარზე
- შარდის მიკროსკოპია
- დილით ადრე და დღის ბოლოს შარდში პროტეინი:კრეატინინი თანაფარდობა

მეორადი

- თირკმლის დაავადების ანამნეზი, პათოლოგიური ფიზიკალური მონაცემები, პათოლოგიური პირველადი გამოკვლევები.
- პლაზმაში შარდოვანა, კრეატინინი, ელექტროლიტები, ფოსფატები, კალციუმი, ტუტე ფოსფატაზა და პლაზმის პროტეინი.
- შარდის ბიოქიმია
- გლომერულარული ფილტრაციის მაჩვენებელი
- AშO დონე
- კომპლემენტი ჩ3 და ჩ4
- თირკმლის სკანირება

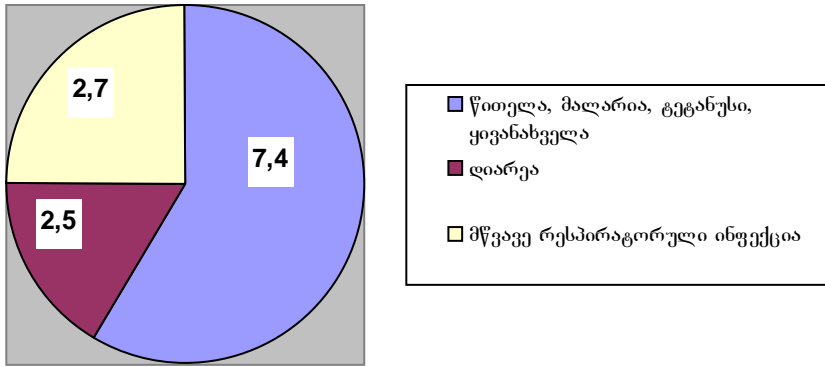
მესამეული

- რეკომენდირებულია მძიმე პროტეინურიის, პერსისტულად დაქვეითებული ჩ3-ის ან შესაძლო ოჯახური ნეფრიტის შემთხვევაში
- რენალური ბიოფსია

სასუნთქი სისტემის დაავადებები

რესპირატორული სისტემის დაავადებები განვითარებულ ქვეყნებში ბავშვის საავადმყოფოში მოთავსების უხშირესი მიზეზია და მწვავე გასტროენტერიტის მსგავსად წარმოადგენს განვითარებადი მსოფლიოს ღარიბ ქვეყნებში ბავშვთა სიკვდილობის მნიშვნელოვან მიზეზს. დადგენილია, რომ ყოველდღიურად მწვავე რესპირატორული ინფექციით, მხოლოდ ხუთი წლის ასაკამდე 700-ზე მეტი ბავშვი იღუპება (იხ. სურ. 1).

სურ. 11 მსოფლიოში 0-4წლამდე ასაკის ბავშვთა სიკვდილობის ძირითადი მიზეზები



მსოფლიოს სხვადასხვა ქვეყანაში რამდენადმე განსხვავებულია სასუნთქი გზების ინფექციების გამომწვევი აგენტების სპექტრი. განვითარებად ქვეყნებში უპირატესად აღინიშნება ბაქტერიული ინფექციები, ყველგან ხშირია ქვედა სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციები, განსაკუთრებით ჩვილებში. ყოველწლიურად ჩვილების ახალ ჯგუფს ზამთრის ეპიდემიისას აღინიშნება მწვავე ვირუსული ბრონქიოლიტი, რაც ხშირად რესპირატორულ-სინციტიალური ვირუსითაა გამოწვეული.

მწვავე რესპირატორული ინფექციებით მძიმე ავადობისა და სიკვდილობის რისკ-ფაქტორები კარგადაა ცნობილი, ზოგიერთი მათგანი პოტენციურად მოდიფიცირებადია.

უკანასკნელ ხანებში განვითარებულ ქვეყნებში აღინიშნება მწვავე, ხიხინით მიმდინარე დაავადებებისა და ასთმის შემთხვევების ზრდის ტენდენცია. ასევე აღსანიშნავია ცვლილებები დიაგნოსტიკური კატეგორიის განსაზღვრის პროცესში. იმას რასაც ადრე "ხიხინით მიმდინარე ბრონქიტს" ან "პნევმონიას" უწოდებდნენ ახლა მეტად სავარაუდოა, რომ ასთმა უწოდონ. ასე რომ დიაგნოსტიკური ასთმის შემთხვევები ცხადია იმატებს.

პაციენტის კლინიკური შეფასება, რაც რესპირატორული პრობლემების გამოვლენის საშუალებას მოგვცემს

ახალშობილთა და ჩვილ ბავშვთა რბილი და ელასტიური გულმკერდი დაავადების სიმძიმის შეფასების საშუალებას იძლევა, დაავადების მიმდინარეობის არაჩვეულებრივი მარკერია და ხშირად იპყრობს მშობლების ყურადღებას. რესპირატორული დატვირთვის გაზრდა, რაც უმთავრესად სასუნთქი გზების ობსტრუქციას უკავშირდება, დიაფრაგმის შეკუმშვას და ნეკნთაშუა სივრცეების ჩადრეკას იწვევს.

ჰიპერვენტილაცია, რომელიც მწვავე ასთმის ან ბრონქიოლიტის დროს აღინიშნება ასევე იწვევს დიაფრაგმის დაბლა დაწევას და შესაფერისად ღვიძლის გადანაცვლებას ქვემოთ. ამის ფონზე გულმკერდი იღებს კასრის ფორმას, აღინიშნება გულის მოყრუების საზღვრების გაქრობა (წინა კედელზე პერკუსიისას) და ადვილად ისინჯება ღვიძლის კიდე. ამ ნიშნების მიხედვით შეგვიძლია ვიმსჯელოთ ფილტვის ქრონიკულ ჰიპერვენტილაციაზე. საჭიროა სიფრთხილე გამოვიჩინოთ, რათა რესპირატორული დაავადების არსებობისას არ მოხდეს გულის უკმარისობის დიაგნოზის არასწორად დადგენა (ჰიპერდიაგნოსტიკა). პრეკუბერტალურ პერიოდში ასთმით დაავადებულ ბავშვებში ხშირია კრეპიტაცია მშრალი ხიხინის გარეშე. ისევე როგორც მოზრდილებში,

ბავშვებშიც ციანოზი და ცხვირის ნესტოების თრთოლვა ქვედა სასუნთქი გზების სერიოზული დაავადების მაჩვენებელია.

გულმკერდის კედლის მოძრაობაზე დაკვირვების გარდა, ღირებულ ინფორმაციას იძლევა სუნთქვითი ხმიანობის შეფასება. მაგ. ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ობსტრუქციის დროს ინსპირატორული სტრიდორი მოისმინება საწოლთან მიახლოებისთანავე და შეიძლება უფრო შორსაც. ქვედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციის დროს, კარგად გამოხატულ კრეპიტაციასთან ერთად, აღინიშნება ექსპირაციული ხიხინი, რომელიც სტეტოსკოპის გარეშეც კი მოისმინება. რთულ შემთხვევებში გულმკერდის აუსკულტაცია ობსტრუქციის უბნის ლოკალიზაციის დადგენის საშუალებას იძლევა. კრუპი ხშირია და იშვიათადაა სიცოცხლისათვის საშიში, თუმცა უცხო სხეული ან ეპიგლოტიტი პოტენციურად ლეტალურია. სასუნთქი გზების ობსტრუქციის პირველი ეპიზოდი ხშირად რთული სადიფერენციაციოა, რის გამოც ოჯახის ექიმები და მშობლები ამჯობინებენ ბავშვს საავადმყოფოს პირობებში უმკურნალონ.

კლინიკური შემთხვევა-კრუპი (ლარინგოტრაქეობრონქიტი)

18 თვის ბიჭუნა (დროული ნაყოფი) დაბადებიდან პირველი ოთხი თვე იმყოფებოდა ბუნებრივ კვებაზე. მას ჩატარებული აქვს მისი ასაკისათვის შესაფერისი ყველა იმუნიზაცია. აქამდე ბავშვი თავს მშვენივრად გრძნობდა. უკანასკნელი 3-4 დღის განმავლობაში მას განუვითარდა ზედა რესპირატორული ნიშნები: ხველა, სურდო, ხოლო 12 საათის წინ მშობლებმა შენიშნეს, რომ ბავშვს აღენიშნა უცნაური, მყეფავი ხველა. ამასთან ისინი შეაშფოთა ბავშვის გულმკერდის მოძრაობამ და იმის შეგრძნებამ, რომ ბიჭს სუნთქვა სულ უფრო და უფრო უჭირდა. საშინლად დაძაბული დამის შემდეგ მშობლებმა დილის 6 საათზე მიმართეს ოჯახის ექიმს, რომელმაც შეაფასა რა სიტუაცია (მზარდი რესპირატორული დისტრესი და შემფოთებული მშობლები) გადაწყვიტა ბავშვი სასწრაფოდ საავადმყოფოში გადაეყვანა.

ეს ხშირი და მწვავე პედიატრიული პრობლემაა. ანამნეზური და კლინიკური მონაცემების მიხედვით შესაძლოა ვივარაუდოთ კრუპის ან მწვავე ლარინგოტრაქეობრონქიტის არსებობა. ქვემოთ წარმოდგენილი ცხრილი დახმარებას გაგიწევთ დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში.

კრუპი	ეპიგლოტიტი	უცხო სხეული
ხანგრძლივი პროდრომი (2-3 დღე)	ხანმოკლე პროდრომი (<24 საათი)	პროდრომის გარეშე
ყრუ ინსპირატორული სტრიდორი	ხშირად გულმკერდის ხმიანობის შესუსტება	უეცარი დასაწყისი-ხშირად მამინ, როდესაც ბავშვი უმეთვალყურეოდ თამაშობს
ბავშვი ზოგადად კარგად გამოიყურება	ბავშვი ცუდად გამოიყურება	ხველა
პერფუზია კარგია	ცუდი პერფუზია	ასაკი: 6 თვემდე ძალიან იშვიათია
დაბალი ცხელება ასაკი: 6 თვე 7 წელი	ინტოქსიკაციის სურათი ნერწყვდენა ასაკი: 6 თვე-5 წელი	

ბავშვი გალიზიანებულია და დაღლილი შესახედაობა აქვს, თუმცა რამოდენიმე წუთით რაღაც სათამაშოებით ერთობა. გამოხატულია მკერდის ძვლისა და ნეკნთაშუა სივრცეების მნიშვნელოვანი ჩადრეკა. იოლად მოისმინება მაღალი ტემბრის ინსპირატორული სტრიდორი. დასმული იქნა კრუპის დიაგნოზი. საშუალო სიმძიმის კრუპის მართვა ბინაზე შესაძლებელია, მაგრამ ამ შემთხვევაში მშობლები იმდენად იყვნენ შემფოთებული ბავშვის მდგომარეობით, თანაც სიმპტომები უარესდებოდა და სახეზე იყო რესპირატორული დისტრესის სურათი (ნეკნთაშუა სივრცეების და ნეკნების ჩადრეკა) ბავშვი მოათავსეს საავადმყოფოში.

ზედა სასუნთქი გზების მწვავე ობსტრუქციის ნებისმიერ შემთხვევაში სახიფათოა ყელის გასინჯვა, ვინაიდან მოსალოდნელია მწვავე ობსტრუქციის უეცარი განვითარება. ასევე უკუნაჩვენებია რენტგენოლოგიური გამოკვლევა, რადგან ამანაც შესაძლოა გამოიწვიოს ობსტრუქციის გაღრმავება. ბავშვს უნდა შევუნარჩუნოთ, რამდენადაც შესაძლებელია მშვიდი მდგომარეობა და სწრაფად დავიწყოთ სიმპტომური მკურნალობა. კრუპის დროს ბავშვის მდგომარეობა უარესდება საღამოს და ღამით. ტრადიციული საწყისი მკურნალობა გულისხმობს ბავშვისათვის დატენიანებული ჰაერის მიწოდებას. მძიმე ობსტრუქციის ან ეპიგლოტიტის ან სავარაუდო უცხო სხეულის შემთხვევაში ბავშვის საავადმყოფოში მოთავსებამდე, იდეალურ შემთხვევაში უნდა გააფრთხილონ საავადმყოფოს ყელ-ყურ-ცხვირის ქირურგი, რომელიც ბავშვს მომზადებული დახვდება. ეპიგლოტიტის დროს რეკომენდირებულია ანტიბიოტიკოთერაპია, კერძოდ ფართო სპექტრის ცეფალოსპორინები, ვინაიდან ეპიგლოტიტის უხშირესი გამომწვევი *H. ინფლუენზაე რეზისტენტულია* ამპიცილინის მიმართ.

სტეროიდების ფონზე (სისტემური ან საინჰალაციო) ეფექტურია და დაავადების ხანგრძლივობის შემოკლების საშუალებას იძლევა.

- კრუპის მართვა**
- სიმშვიდის შენარჩუნება
 - დატენიანებული ჰაერი
 - მძიმე შემთხვევებში ადრენალინი ნებულაიზერით (გამფრქვევით), სისტემური სტეროიდები

კლინიკური შემთხვევა-ბრონქიოლიტი

პაციენტი-4 თვის ბიჭი, ახალგაზრდა მშობლების მეორე ბავშვი. დედა-19 წლის დიასახლისი, მამა 22 წლის გამყიდველი. ბიჭუნას უფროსი და ორი წლისაა. მას ხშირად აღენიშნებოდა ხველა და გაციება, რის გამოც ამ რამოდენიმე ხნის წინ ასთმის დიაგნოზი დაუსვეს. ამჟამად გოგონა იღებს სალბუტამოლის ელექსირს და ხშირად უტარდება მკურნალობა ანტიბიოტიკებით. ორივე მშობელი მწვეველია (თითოეული ეწევა დაახლოებით 20 ლერ სიგარეტს დღეში). ოჯახი ოროთახიან ბინაში ცხოვრობს. ოთახები ვიწრო და ნესტიანია. მშობლები თვლიან, რომ სწორედ ამან განაპირობა უფროსი გოგონას ავადმყოფობა.

რაც შეეხება უმცროს ბავშვს იგი დროული ახალშობილი იყო, წონით 2,5 კგ. ბავშვს ჩაუტარდა მისი ასაკისათვის შესაფერისი იმუნიზაცია. ბიჭის განვითარება ნორმის ფარგლებშია. ახლა იანვრის შუა რიცხვებია. უკანასკნელი სამი დღის განმავლობაში ბიჭს გაციების ნიშნები ჰქონდა, მაგრამ ბოლო 24 საათის მანძილზე გამოიხატა მზარდი ინტენსივობის ქოშინი და ამჟამად ბავშვი ბოთლით საკვებსაც ვეღარ ღებულობს. მშობლებმა შენიშნეს, რომ ბავშვის გულმკერდი სწრაფად მოძრაობდა ზემოთ და ქვემოთ და ამავე დროს ბიჭს დაეწყო ხიხინი და ხველა.

სიმპტომური რესპირატორული დაავადების რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება ოჯახის დაბალი შემოსავალი, ვიწრო, ნესტიანი საცხოვრებელი პირობები, პასიური მწველობა. ბაქტერიული პნევმონია ძალიან ხშირია განვითარებად ქვეყნებში და შედარებით იშვიათია განვითარებულ მსოფლიოში. უხშირესი გამომწვევია შტრეპტოკოცუს პნეუმონია და რესპირატორულ სინციტიალური ვირუსი. ქრონიკული ხველა, ქვედა სასუნთქი გზების დაზიანების ნიშნების გარეშე, განსაკუთრებით თუ მას თან ახლავს ღებინება, ეჭვს ბადებს ყივანახველას არსებობაზე-მით უმეტეს თუ ბავშვი არ არის იმუნიზირებული.

დამატებითი ინფორმაცია:
ყივანახველა

- დაავადება მაღალი კონტაგიოზურობით ხასიათდება
- გამომწვევი-*Bორდეტელა პერტუსისის*
- სპაზმური ხველა მყეფავი ელფერის (ძალიან იშვიათია ჩვილებში)
- ხველის შეტევას მოჰყვება ღებინება
- ხველისას ბავშვის სახე წითელი ან ციანოზური ხდება
- სიმპტომები პერსისტულია 12-დან 3 შემთხვევაში
- დამახასიათებელია ლიმფოციტოზი
- შესაძლოა განვითარდეს პნევმონია
- ერთრომდინი ამცირებს დაავადების გავრცელებას, მაგრამ არ იწვევს განკურნებას.

პნევმონიის და ქვედა სასუნთქი ტრაქტის ინფექციების გამომწვევი მიკროორგანიზმები

ტიპი	გამოვლინება
<p>ბაქტერიული</p> <p>შტრეპ. პნეუმონია H.ინფლუენზაე შტაპპ.აურეუს</p> <p>Mყცოპლასმა თუბერკულოსის</p>	<p>ნებისმიერ ასაკში</p> <p>მოზარდებში:თანდათან იშვიათი ხდება</p> <p>ხშირი არ არის: უფრო ხშირია მოზრდილ ბავშვებში</p> <p>სასკოლო ასაკის ბავშვები</p> <p>იშვიათია: რისკი იზრდება შიდსით დაავადებულ პირებში</p>
<p>ვირუსული</p> <p>დესპირატორყ შენციტიალ ვირუს (დშV)</p> <p>Parainფლუენზა ვირუს, 1&3 Inფლუენზა, A&B</p>	<p>უპირატესად ჩვილებში</p> <p>ხშირია ყველა ასაკში</p> <p>ხშირია ყველა ასაკში</p>

სასუნთქი გზების ინფექციის კლასიკური ნიშნების გარდა (ციანოზი, გულმკერდის და ნეკნთაშუა სივრცეების ჩადრეკა, ცხვირის ნესტოების თრთოლვა), მნიშვნელოვანია სუნთქვის სიხშირის შეფასება. დღესაც, განვითარებადი ქვეყნების სოფლის ამბულატორიის ექიმები სუნთქვის სიხშირე იყენებენ, როგორც მთავარ მაჩვენებელს, რის მიხედვითაც ისინი იღებენ გადაწყვეტილებას ანტიბიოტიკების დანიშვნის შესახებ. თუ სუნთქვის სიხშირე 50-ზე მეტია ეს მათთვის, ანტიბიოტიკოთერაპიისათვის საკმაოდ გამართლებულ ჩვენებას წარმოადგენს.

ბრონქიოლიტის შემთხვევათა 70% გამოწვეულია რესპირატორულ სინციტიალური

ვირუსით. ეპიდემია უხშირესად ზამთრის პერიოდში ვითარდება. ჩვილი ბავშვების 90%-ს ორი წლის ასაკისათვის ერთხელ მაინც უვითარდება რესპირატორულ-სინციტიალური ვირუსით გამოწვეული ინფექცია. ამათგან 10-20%-ს საკმაოდ მძიმედ აქვთ გამოხატული რესპირატორული სიმპტომები და ნიშნები, ხოლო 1%-ს ესაჭიროება ჰოსპიტალური მკურნალობა. საავადმყოფოში მიმართვის პიკი 2 თვის ასაკია. რესპირატორულ-სინციტიალური ვირუსით გამოწვეული ინფექცია შედარებით მოზრდილ ბავშვებშიც ვითარდება, მაგრამ დაავადება გაცილებით მსუბუქად მიმდინარეობს, რაც განპირობებულია იმით, რომ ორგანიზმის წინააღმდეგობის უნარი გაცილებით უკეთესია და ამავე დროს ქვეითდება სასუნთქი გზების ობსტრუქციის ტენდენცია. პრეპუბერტატულ ასაკში რესპირატორული დაავადების განვითარების სიხშირე ბიჭებში ორჯერ უფრო ხშირია, ვიდრე გოგონებში, რაც განპირობებულია განსხვავებით მდებრობითი და მამრობითი სქესის ბავშვებში სასუნთქი გზების ზრდისა და განვითარების სხვადასხვაობით. სხვა რისკ-ფაქტორებს მიეკუთვნება პასიური მწვეველობა, განსაკუთრებით თუ დედა ორსულობის პერიოდში ეწევა.

გასინჯვით, ბიჭს აღენიშნება ტაქიპნოე-სუნთქვის სიხშირე 60 წუთში. გამოხატულია ნეკნთაშუა კუნთების ჩადრეკა და გულის მოყრუების პერკუტორული საზღვრების გაქრობა. ღვიძლის კიდე იოლად პალპირებადია და ნეკნთა რკალს ხუთი სმ-ით სცილდება. გულმკერდის აუსკულტაციით ვლინდება მაღალი ტემბრის ექპირატორული ხიხინი და გაფანტული კრეპიტაცია ფილტვის მთელ ზედაპირზე. ბავშვი 5 კილოგრამს იწონის. გულმკერდის რენტგენოლოგიური გამოკვლევით გამოვლინდა ჰიპერვენტილაციის სურათი კოლაფსისა და კონსოლიდაციის უბნებით უპირატესად მარჯვენა ზედა ზონაში და მარცხნივ ფუძის არეში. ნაზოფარინგეალური ლორწოვანის იმუნოფლოუორესცენციით გამოვლინდა უჯრედებში რინო-სინციტიალური ვირუსი. საჭიროა მომდევნო ორი დღის მანძილზე გაგრძელდეს ოქსიგენოთერაპია, რადგან ჟანგბადით გაჯერებით მაჩვენებელი 90%-ზე მეტი იყოს. ბავშვის კვება დაიწყეს ნაზოგასტრალური ზონდით. მესამე დღეს ბავშვმა შეძლო დაეწყო დამოუკიდებლად კვება, სუნთქვის სიხშირეც ნორმას დაუბრუნდა (30 წუთში) . მეხუთე დღეს ბავშვი გამოეწერა ბინაზე, სრული გამოჯანმრთელებით, თუმცა კვლავ აღენიშნებოდა ხიხინი. მშობლებს სურთ იცოდნენ, ხომ არ განუვითარდება ბიჭს ასთმა მისი დის მსგავსად?

ჩვილ ბავშვთა დაახლოებით 50%-ს ხიხინის ეპიზოდები მომდევნო 6-12 თვის მანძილზე კვლავ აღენიშნება. ეს უპირატესად ახალი ვირუსული ინფექციებითაა განპირობებული. ზოგიერთ შემთხვევაში ეს ასთმის პირველ გამოვლინებად შეიძლება ჩაითვალოს, მით უმეტეს თუ სახეზეა ატოპიური დაავადების ოჯახური ანამნეზი და მშობლები მწვეველები არიან. ბრონქიოლიტი შესაძლოა გახდეს მომავალში ხიხინით მიმდინარე დაავადების განვითარების მიზეზი ან თავად იყოს განპირობებული სასუნთქი გზების ობსტრუქციისადმი ტენდენციითა და ატოპიით. მიუხედავად ამისა, მშობლებს შეგიძლიათ ოპტიმისტური პროგნოზს იმედი მისცეთ, ვინაიდან ჩვილებსა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში ხიხინით მიმდინარე დაავადება ზრდასთან ერთად სპონტანურად გაივლის.

კლინიკური შემთხვევა-პნევმონია

10 წლის ბიჭი სკოლიდან ადრე დაბრუნდა ტემპერატურის მომატებისა და ზოგადი სისუსტის შეგრძნებით. საღამოს ამას დერთო მსრალი ხველა და ტკივილი გულმკერდის ქვედა ნაწილში, მარცხნივ, რომელიც ჩასუნთქვისას ძლიერდებოდა. ბავშვის დედამ ბინაზე გამოიძახა ოჯახის ექიმი, რომელმაც გასინჯა რა პაციენტი გამოავლინა სხეულის მომატებული ტემპერატურა 39°C-მდე, ხოლო აუსკულტაციით სუნთქვითი ხმიანობის შესუსტება და ერთეული კრეპიტაცია მარცხენა ქვედა წილში. ციანოზი, ტაქიპნოე და რესპირატორული დისტრესის სხვა ნიშნები გამოხატული არ ყოფილა. ბავშვს დაუნიშნეს ორალური ერთრომიცინი და პარაცეტამოლი 6 საათიანი ინტერვალებით. დედას სთხოვეს, ბავშვის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში დაკავშირებოდა პრაქტიკას.

აღწერილია პლევრო-პნევმონიის ტიპური სურათი. ამ ასაკის ბავშვებში ყველაზე მეტად სავარაუდოა, რომ იგი გამოწვეული იყოს *Streptococcus Pneumonie* -ით. ამ ასაკში ასევე ხშირია მიკოპლაზმური პნევმონია, მაგრამ იგი უგრო მეტად გრიპის მსგავსი სიმპტომებით მიმდინარეობს და იშვიათად ახლავს თან კონსოლიდაციის ნიშნები. ერთრომიცინი კარგი არჩევანია, თუ დიფერენციული დაიგნოსტიკისას მიკოპლაზმური პნევმონიისაკენ გადაიხრებით, თუმცა მასთან დაკავშირებული გასტრო-ინტესტინური გვერდითი მოვლენები, რამდენადმე აფერხებს მის გამოყენებას.

მეორე დღისათვის ბავშვის მდგომარეობა არ გაუმჯობესებულა, პირიქით გამოიხატა სუნთქვის გაძნელება და ტკივილიც გაუარესდა. ბიჭუნა გასინჯა ოჯახის ექიმმა, რომელმაც გამოავლინა სუნთქვაში დამატებითი სასუნთქი კუნთების მონაწილეობა, პერკუსიით მარცხენა ქვედა წილში კარგად გამოხატული მოყრუება, ხმოვანი რეზონანსის გაძლიერება და ბრონქული ელფერის სუნთქვითი ხმიანობა. დაისვა წილოვანი პნევმონიის დიაგნოზი. დიაგნოზის დასადასტურებლად ბავშვი გააგზავნეს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევაზე. შედეგად დიაგნოზი დადასტურდა. აღებულ იქნა სისხლი ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევისა და საერთო ანალიზისათვის. ბავშვს დაუნიშნეს პენიცილინი ვენაში. უანგზადით გაჯერების მაჩვენებელი ოტახის ჰაერის სუნთქვისას იყო ნორმალური 95%. მომდევნო სამ დღეში ტემპერატურა მოწესრიგდა და სუნთქვითი ხმიანობაც ნორმას დაუბრუნდა, თუმცა მეოთხე დღეს მაინც აღინიშნებოდა მარცხენა ქვედა წილში პერკუსორული მოყრუება. პაციენტს დაენიშნა ორალური პენიცილინის 10 დღიანი კურსი, ოჯახის ექიმის მეთვალყურეობით.

ამ შემთხვევაში ნაკლებად სავარაუდოა, რომ ბიჭს პნევმონიის რეციდივი განუვითარდეს. ნებისმიერი დროს, თუ ბავშვს აღენიშნება ისეთი სიმპტომების რეციდიულობა, როგორცაა ხველა და ნახველის პროდუქცია, უნდა გამოირიცხოს მუკოვისციდოზი. ბრონქოექტაზიის სურათი, ქრონიკული რადიოლოგიური ცვლილებებით, განსაკუთრებით ფილტვის შუა და ზედა ნაწილებში ასევე მუკოვისციდოზზე მიუთითებს, რომელიც კავკასიური რასის მოსახლეობაში ყველაზე ხშირი რეცესიული ტიპის მემკვიდრული დაავადებაა, ავადობის მაჩვენებელი 1:2000 ცოცხალ ახალშობილზე. მუკოვისციდოზისათვის პათოგნომურია ნახველის ინფიცირება *Pseudomonas aeruginosa*-ით.

მორეციდივე პნევმონია ხშირია ცილიარული დისკინეზიისა და იმუნოდეფიციტის დროს. ეს უკანასკნელს ხშირად თან ახლავს ზრდაში ჩამორჩება და გასტროინტესტინური სიმპტომები.

ტუბერკულოზი და ოპორტუნისტული მიკროორგანიზმებით (*Pneumocystis* ცარიინი და ციტომეგალოვირუსი) გამოწვეული ინტერსტიციული პნევმონია, ხშირია პაციენტებში იმუნოსუპრესიული მდგომარეობით (მაგ. მკურნალობა სიმსივნის გამო, ორგანოთა ტრანსპლანტაციის შემდგომი პერიოდი ან შეძენილი იმუნოდეფიციტის

სინდრომი). თემის პირობებში განვითარებული პნევმონია (როგორც ეს ჩვენს შემთხვევაშია აღწერილი), ჩვეულებრივ კარგად ექვემდებარება პირველი რიგის ანტიბიოტიკოთერაპია და გამოჯანმრთელებაც გართულებების გარეშე ხდება.

**პნევმონია
მნიშვნელოვანი მომენტები:**

- ახასიათებს: ცხელება, ხველა, ტკივილი გულმკერდში, ტაქიპნოე
- ხშირი გამომწვევები: პნევმოკოკი და მიკოპლაზმა
- პსევდომონას იდენტიფიცირებისას საეჭვოა მუკოვისციდოზი
- მორეციდივე პნევმონია ხშირია იმუნოდეფიციტის, მუკოვისციდოზის, ფილტვის ტანდაყოლილი ანომალიის (მაგ. კისტა), ცილიარული დისკინეზიისას.
- პაციენტებში იმუნოსუპრესიით პნევმონია გამოწვეულია ოპორტუნისტული მიკრობებით: ციტომეგალოვირუსით ან *Pნეუმოცისტის ცარინი*-ით

საკითხი დისკუსიისათვის:

თუ შევეხებით ახლშობილებში, ჩვილებს, მცირე ასაკისა და შედარებით მოზრდილ ბავშვებში ბაქტერიული, ვირუსული და მიკოპლაზმური პნევმონიის მიმდინარეობას:

- a) როგორ შეიძლება დავაჯგუფოთ ამ ასაკობრივ ჯგუფებში პნევმონიის უხშირესი გამომწვევები;
- b) ამ ასაკობრივ ჯგუფებში ყველაზე ხშირად რომელი ბაქტერია იწვევს პნევმონიის განვითარებას;
- გ) რა მკურნალობაა რეკომენდირებული თითოეული ტიპის (ბაქტერიული, ვირუსული, მიკოპლაზმური) პნევმონიის სამკურნალოდ;

პასუხი:

I ასაკობრივი ჯგუფი-დაბადებიდან 5 თვემდე

უხშირესი ეტიოლოგიური აგენტი: *B ჯგუფის სტრეპტოკოკი*

უხშირესი ბაქტერიული აგენტი, რომელიც ამ ასაკობრივ ჯგუფში პნევმონიის განვითარებას განაპირობებს: *B ჯგუფის სტრეპტოკოკი*

მკურნალობა: *პენიცილინი G ან ამპიცილინი*

II ასაკობრივი ჯგუფი-5 თვიდან 5 წლამდე

უხშირესი ეტიოლოგიური აგენტი: ვირუსული პნევმონია. უხშირესი მიზეზი: რესპირაციულ-სინციტიალური ვირუსი. სხვა ვირუსული აგენტები: პარაგრძის ვირუსი, ადენოვირუსი, გრიპის ვირუსი (B ტიპი).

უხშირესი ბაქტერიული გამომწვევი: *სტრეპტოკოცუს პნეუმონიაე*.

რეკომენდირებული მკურნალობა: დაავადების მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის მიმდინარეობისას სიმპტომური მკურნალობა. მძიმე რესპირატორულ-სინციტიალური ვირუსით გამოწვეული ინფექციისას *რიბავირინი*.

ბაქტერიული ინფექციის შემთხვევაში: *პენიცილინი G*

III ასაკობრივი ჯგუფი: 5 წლის და ზემოთ

უხშირესი ეტიოლოგიური აგენტი: მიკოპლაზმა

უხშირესი ბაქტერიული გამომწვევი: *Streptococcus Pneumonie*

რეკომენდირებული მკურნალობა მიკოპლაზმური პნევმონიის შემთხვევაში-*ერითრომიცინი*.

ბაქტერიული ინფექციის შემთხვევაში: *პენიცილინი G*