

ნ. მანჯავიძე
გ. მეგრელიშვილი

პედიატრია

ბავშვის განვითარება
და მოვლა



თბილისი 2000

უნაზინი (სულბაქტამ/ამპიცილინი)

ჩვენება: სულბაქტამი, როგორც ბეტა-ლაქტამაზების ინჰიბიტორი აფართოებს ამპიცილინის მოქმედების სპექტრს პენიცილინებისადმი რეზისტენტული მიკროორგანიზმების მიმართ. ეს კომბინაცია მეტად ეფექტურია ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების, შუა ყურის, კანისა და რბილი ქსოვილების, გინეკოლოგიური და ძვალ-სახსროვანი სისტემის ინფექციათა სამკურნალოდ. უნაზინისადმი განსაკუთრებით მგრძნობიარეა შემდეგი შტამები: ოქროსფერი და ებიდერმული სტაფილოკოკები, ნაწლავის ჩხირი, ენტეროკოკი, პნევმოკოკი, ნეისერიები. უნაზინი ჩვეულებრივ კარგად გადააქვთ. სხვადასხვა სამკურნალო ფორმები ზიოლებს წამლის კონცენტრაციის მართვას ორგანიზმში.

დოზირება:

		ბავშვები	უფროსები
პერორალურად	ყოველ 12სთ-ში	30 კგ-მდე - 25მგ/კგ	375- 750მ გ
პარენტერალურად	დღე-ღამეში	150მგ/კგ (3-4ინექციით)	1.5-12გ(2-3ინექციით)

უნაზინი გამოდის 375 მგ-იანი აბების და 250მგ/მლ ფსენილის სახით სუსპენზიის მოსამზადებლად; 0,75გ, 1,5გ და 3გ-იანი ფლაკონებით საინექციოდ.



ცეფოზიმი (ცეფოპერაზონი)

მესამე თაობის ცეფალოსპორინი, მოქმედებს როგორც გრამ-დადებით ისე გრამ-უარყოფით მიკროორგანიზმებზე. მისი ბაქტერიოციდულობა განპირობებულია ბაქტერიის უჯრედის კედლის სინთეზის ინჰიბირებით. ცეფოზიმი რეზისტენტულია მრავალი ბეტა-ლაქტამაზის მიმართ.

ჩვენება: ზედა და ქვედა სასუნთქი გზების, საშარდე სისტემის, მუცლის ღრუს ორგანოების (პერიტონიტი, ქოლესისტიტი, ქოლანგიტი და სხვ.) ინფექციები, სეპტიცემია, მენინგიტები, კანისა და რბილი ქსოვილების, ძვალ-სახსროვანი სისტემის, მენჯის ღრუს ორგანოების ანთებითი დაავადებანი, ენდოპროთეზი, გონორეა და სასქესო გზების სხვა ინფექციები. ცეფოზიმი გამოიყენება აბდომინალური, გინეკოლოგიური, გულ-სისხლძარღვთა და ორთოპედიული ოპერაციების შემდეგ პოსტ-ოპერაციული ინფექციური გართულებების პროფილაქტიკისათვის. ცეფოზიმი წარმოადგენს გამოიყენება ახალშობილებში.

დოზირება: საშუალოდ 2-4 გრამი დღე-ღამეში. ახალშობილებსა და ბავშვებში ინიშნება 50-დან 200მგ-მდე სხეულის მასის 1 კგ-ზე. დოზა იყოფა თანაბრად და ინექცია კეთდება მხოლოდ 12 საათში ერთხელ (ბავშვებში შესაძლებელია უფრო ხშირადაც, თუ ეს აუცილებელია). მცირეწლოვანი ბავშვები გართულებების გარეშე იტანენ დღიურ დოზას - 300მგ-ს/კგ-ზე მძიმე ინფექციების, მაგალითად ბაქტერიული მენინგიტის დროსაც კი. რაც შეეხება ინტრავენურ ინექციას, ბავშვებისათვის მაქსიმალური ერთჯერადი დოზა 50 მგ/კგ-ზე. პრეპარატი მზნება შესაბამის გამხსნელში, ისე რომ საბოლოო კონცენტრაცია იყოს 100 მგ/მლ-ზე და შეჰყავთ 3-5 წთ-ის განმავლობაში. თირკმლის უკმარისობის ან ღვიძლის ფუნქციის ზომიერი დაზიანებისას არ საჭიროებს დამატებით მონიტორინგს, რაც დაკავშირებულია მისი გამოყოფის უნიკალურ ორმაგ კომპენსატორულ მექანიზმთან. ღვიძლის დაავადებების დროს იზრდება მისი ექსკრეცია შარდში, ხოლო თირკმლის უკმარისობის დროს მატულობს მისი კონცენტრაცია ნაღველში.

უკუჩვენება: პიპერმგრძნობელობა ცეფალოსპორინების მიმართ. მოსალოდნელაა ჯვარედინი ალერგიული რეაქციები პენიცილინებისადმი პიპერმგრძნობელობის შემთხვევაში. ტოქსიკურობით შეესაბამება მესამე თაობის სხვა ცეფალოსპორინებს.

ცეფოზიმი გამოდის 1 და 2გრამიან ფლაკონებში.

წინასიტყვაობა

უმაღლესი სამედიცინო სკოლის მიზანია სწავლების ოპტიმიზაცია და სტუდენტთა აღზრდის ახალი გზების ძიება. ამ მხრივ, თსსუ-ის მიერ შემოღებული სწავლების ეტაპობრივი დაყოფა მნიშვნელოვანი წინგადადგმული ნაბიჯია და სტუდენტთა პროფორიენტაციის, მომავალში კარგა, გულისხმიერი და განათლებული ექიმის ჩამოყალიბების საუკეთესო წინაპირობაა.

სამედიცინო სასწავლო პროგრამაში შეტანილია „პედიატრიის“ სწავლების კურსი. წინამდებარე სახელმძღვანელო წარმოადგენს პირველ მცდელობას, მისცეს სტუდენტს საშუალება, პრაქტიკული მეცადინეობების მსვლელობაში გაეცნოს ბავშვის ასაკობრივი განვითარების თავისებურებებს, მის სულიერ სამყაროს, შინაგან ბუნებას, ეთიკისა და პედაგოგიური დეონტოლოგიის საკითხებს, შეისწავლოს სამედიცინო პერსონალის საქმიანობა ბავშვთა სამკურნალო და პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში, რათა ათვისოს პრაქტიკული ჩვევები. შეისწავლოს ბავშვის ორგანიზმის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, ძირითად დაავადებათა სიმპტომები, მკურნალობისა და მოვლის პრინციპები. ყოველივე ეს იქნება საწინდარი, შეიყვაროს ბავშვი და მომავალში აირჩიოს ისეთი ჰუმანური დისციპლინა, რთვინიცაბა პედიატრია.

სახელმძღვანელოში აისახა თსსუ პედიატრიის კათედრაზე საგნის სწავლების სამწლიანი გამოცდილება. იგი აგებულია თანმიმდევრულად, პროგრამის გათვალისწინებით. ყოველ თავში მოცემულია თეორიული მასალის მოკლე შინაარსი, შეიცავს ტესტებს და სიტუაციურ ამოცანებს, რომლებიც სტუდენტთა მიერ ათვისებული მასალის შემოწმების საუკეთესო საშუალებაა.

სახელმძღვანელო სტუდენტს, უპირატესად, თეორიულ ცოდნას მისცემს, ზეღს შეუწყობს გაიცოს აგადმოყვების მოვლის, როგორც სამკურნალო ღონისძიებათა ერთ-ერთი შემადგენელი და აუცილებელი ნაწილის მნიშვნელობა, დაეხმარება პრაქტიკული ჩვევების სწორად ათვისების საქმეში. ყოველდღიურ პროფესიულ საქმიანობას გაუადვილებს პრაქტიკოს ექიმებს, უფროს მედიკოსებს და სასრუებლო რჩევებსა და ინფორმაციას მიაწვდის ახალგაზრდა დედებს.

კრიტიკულ შენიშვნებსა და საქმიან წინადადებებს გავითვალისწინებთ სახელმძღვანელოს შემდგომი გამოცემის დროს.

პროფესორი ნინო მანჯავიძე

თავი I	
პედიატრიის განვითარების ისტორიული და ეთიკური ასპექტები	11
ნ. მანჯავიძე	
1.1. სამედიცინო ეთიკა და დეონტოლოგია	11
1.2. პედიატრიული დეონტოლოგია	12
1.3. სამედიცინო პერსონალის ქცევის ნორმები	13
1.3.1. სამედიცინო პერსონალის ჩაცმულობა	14
1.3.2. სამედიცინო პერსონალის შორის ურთიერთდაპირისკიდებულება	14
1.3.3. ავტოგენული დაყადა	14
1.3.4. სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობა ბავშვთან	15
1.3.5. საექიმო საიდუმლოება	16
1.3.6. სამედიცინო შეცდომა	16
კითხვები	16
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	17
თავი II	
ჯანმრთელი და ავადმყოფი ბავშვის მოვლა	18
გ. მეგრელიშვილი, ვ. სიჭინავა.	
2.1. ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები	18
2.1.1. საბავშვო საავადმყოფო	19
2.1.1.1. მედიცინის დის მოვალეობა ბავშვთა საავადმყოფოში	19
2.1.1.2. უფროსი მედიკოსის მოვალეობა	20
2.1.1.3. უმცროსი სამედიცინო დის მოვალეობა	20
2.1.1.4. მორტიუობის გადაბარება	20
2.1.1.5. სამედიცინო საგუშაგო	20
2.1.1.6. სამკურნალო საშუალებები, მათი სახეები, შენახვის და გაცემის წესი	21
2.1.1.7. ბავშვთა საავადმყოფოს სტრუქტურა	23
2.1.2. ბავშვთა პოლიკლინიკა	27
2.1.3. ბავშვთა სახლი	28
2.1.4. ბავშვთა ბაგა და ბაღი	28
კითხვები	29
ტესტები და სიტუაციური ამოცანები	29
თავი III	
სამედიცინო მანიაპულიაციები	31
ლ. შხეიძე	
3.1. ანთროპომეტრია	31
3.2. თერმომეტრია	33
3.3. პიკნომეტრიული და სამკურნალო აბაზანა	35
3.4. კომპრესი	36
3.5. სათბური	37
3.6. მდოგვის საფენები და აბაზანა	38
3.7. კოტიშების გამოყენების ტექნიკა	39
კითხვები	40
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	40
თავი IV	
სამკურნალო საშუალებების გამოყენების ტექნიკა	41
ი. მანჯავიძე	
4.1. წამლის შეყვანის ორალური გზა	41
4.2. წამლის შეყვანა რექტალურად	42
4.3. ინჰალაცია	42
4.4. ელექტროფორეზი	43
4.5. სამკურნალო წამლი საშუალებების გამოყენება კანზე და ლორწოვანზე	43

4.5.1. კანზე მკვდარი პასტებისა და შეთქმული სუსპენზიების წაცხება	43
4.5.2. ნაწვეულება ყურში	44
4.5.3. ნაწვეულება ცხვირში	44
4.5.4. ნაწვეულება თვალებში	45
4.6. სპეცირალი საშუალების პარენტერალური შეყვანა	46
თ. აგალიშვილი	
4.6.1. კანში ინექცია	48
4.6.2. კანქვეშა ინექცია	49
4.6.3. კუნთში ინექცია	49
4.6.4. ინექციები ვენაში და წვეთოვანი გადასხმა	50
4.6.5. ინექციის შემდგომი გართულებები	53
კითხვები	53
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	54

მისი V

ბავშვის განვითარების პერიოდები	55
თ. აგალიშვილი	
5.1. ანტენატალური, ანუ საშვილოსნოსშიდა განვითარების პერიოდი	56
5.2. პოსტნატალური განვითარების პერიოდი	56
5.2.1. ახალშობილობის პერიოდი	56
5.2.2. ძუძუთმწოფობის პერიოდი	57
5.2.3. წინასკოლამდელი პერიოდი	58
5.2.4. სკოლამდელი პერიოდი (3-6 წელი)	58
5.2.5. ქრონიკის პერიოდი, ანუ უმცროსი სასკოლო ასაკი	59
5.2.6. პუბერტატული, ანუ სქესობრივი მომწიფების პერიოდი	59
კითხვები	60
კლინიკური ამოცანები	60

მისი VI

ბავშვის ფიზიკური განვითარება	61
გ. შვერელიშვილი	
6.1. ნაყოფის ზრდა და განვითარება	61
6.2. ბავშვის ფიზიკური განვითარება საშვილოსნოს გარე პერიოდში	61
6.3. ბავშვის სხეულის პროპორციები	62
6.4. ბავშვის ფიზიკური განვითარების შეფასება	64
6.5. ბავშვის ფიზიკური აღზრდა	65
6.5.1. დღის რეჟიმი	65
6.5.2. მასაჟი	66
6.5.3. ვარჯიში	66
6.5.4. გაკაყება	67
6.6. წინის დარღვევა ბავშვთა ასაკში	70
6.6.1. პიკიტრიაზი	70
6.6.2. პარატროფია	72
კითხვები	72
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	73

მისი VII

ბავშვის ფსიქიკური განვითარება	74
ნ. მანჯავიძე, გ. შვერელიშვილი	
7.1. ბავშვის ნერვული სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურება	74
7.2. ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება	74
7.3. ბავშვის აღზრდა	77
7.4. ბავშვის მოგლა ნერვულ-ფსიქიკური დარღვევების დროს	80
კითხვები	82
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	82

ბაგშვის კვება	83
მ. გოგბერაშვილი	83
8.1 ბუნებრივი კვება	86
8.2 ხელოვნური კვება	87
8.2.1 სარძეო საშარეულო	88
8.2.2 ნარევი და მათი სახეები	89
8.2.2.1 ზოგიერთი ნარევის მომზადების წესი	90
კითხვები	90
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	90

მანკი IX

დროული ახალშობილის მოვლა	91
გ. მეგრელიშვილი	91

9.1 ახალშობილის დასასიათება	91
9.2. დროული ახალშობილის მოვლა სამშობიარო დარბაზში	93
9.2.1 ზეპო სასუნთქი გზებიდან ღორწოთა და სანაყოფე წყლების ასპირაცია	93
9.2.2. გონიკოკური თვითღმობის პროფილაქტიკა	94
9.2.3. ჭიბლარის გადამკანა და დამუშავება	94
9.2.4. კანისა და ღორწოვანი გარსების მოვლა	95
9.2.5. ანთროპომეტრია	95
9.2.6. დოკუმენტაცია	96
9.3. ახალშობილის პალატა	96
9.4. დროული ახალშობილის ყოველდღიური მოვლა	97
9.4.1. კანისა და ღორწოვანის გარსების ტუალეტი	97
9.4.2. ჭიბლარის დამუშავება	99
9.4.3. ჰიგიენური აბაზანა	99
9.4.4. სხეულის ტემპერატურის განსაზღვრა	100
9.4.5. ახალშობილის შესვლა ახალშობილის საწოლი	101
9.4.6. ტუბერკულოზის პროფილაქტიკა	104
9.4.7. ახალშობილთა პეპსინოგენული დაავადების პროფილაქტიკა	105
9.5. დროული ახალშობილის კვება	105
9.6. სამშობიარო სახლიდან ბაგშვის გაწერის წესი	110
9.7. გარდამავალი მდგომარეობები ახალშობილებში	111
კითხვები	115
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	115

მანკი X

დღენაკლული ახალშობილის მოვლა	117
ლ. მხეიძე	117

10.1. დღენაკლული ახალშობილის დასასიათება	117
10.2. დღენაკლულობის ხარისხები	119
10.3. დღენაკლული ახალშობილის მოვლა სამშობიარო ბლოკში (დარბაზში)	119
10.3.1. დღენაკლული ბაგშვის პალატა	120
10.3.2. კუევი	120
10.4. თერმორეგულაციის თავისებურება დღენაკლულებში	121
10.5. დღენაკლული ბაგშვის კვება	122
10.6. დღენაკლული ბაგშვის მოვლა სპეციალიზირებულ განყოფილებაში (II ეტაბი)	125
კითხვები	128
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	128

მანკი XI

ახალშობილთა დაავადებები	129
ლ. მხეიძე, გ. მეგრელიშვილი	129
11.1. ახალშობილთა ასფიქსია	131
11.2. ჭიბლარისა და ჭიბის დაავადებები	136

11.2.1. ქიბღარის პერიარტყერითი	136
11.2.2. ქიბღარის ვენის ანთება	136
11.2.3. ქიბღარის ნარინის განგრენა	136
11.2.4. თმფალიტი	137
11.2.5. ქიბის განგრენა	137
11.2.6. ქიბიდან სისხლდენა	137
11.2.7. ქიბის გრანულემა	138
11.3. კანის დაავადებები ახალშობილებში	138
11.3.1. ახალშობილითა პეპსიგუნი	138
11.3.2. რიტერის ექსფოლიაციური დერმატიტი	138
11.3.3. ტოქსიკური ერითემა	139
11.3.4. სკლერედემა	139
11.3.5. სკლერემა	139
11.3.6. დაიდვილობა	139
11.4. შუკლადციფის პერიოდის ინფექციები	140
11.4.1. ციტიშეგალია	140
11.4.2. ტოქსიპლაზმოზი	140
11.4.3. ლისტერიოზი	141
11.4.4. სიფილიზი	141
11.5. ქალასშიგა ხაშშობიარო ტრავმა	142
11.6. ახალშობილითა სეპსისი	143
11.7. ახალშობილითა პემპრიაციული დაავადება	145
11.8. ახალშობილითა პემპიდოზური დაავადება	146
კითხვები	149
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	149

მედი XII ➔

ბავშვის შოვლა კანის, ხილუღი ღორწოვანი გარსებისა და ღიმეურის სისტემის დაზიანების დროს	151
--	-----

ა. მანჯავიძე, ნ. მანჯავიძე

12.1. კანის, ხილუღი ღორწოვანი გარსებისა და ღიმეურის სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი	151
12.2. ბავშვის კანის, ღორწოვანი გარსებისა და ღიმეური ჯირკვლების დათვადიერება, შოვლის ტექნიკა	152
12.2.1. პირის დაბანა, ცხვირის, ყურებისა და თვალების ტუალეტი, პირის დრუხ შოვლა	152
12.2.2. ნაბანა, ფეხების დაბანა და ხასქესი თრგანოების ტუალეტი	154
12.2.3. თმების და ფრჩხილების შოვლა	155
12.2.4. პიგიურერი აბაზანა და ბავშვის ღოვანი	155
12.2.5. ბავშვის ტანსაცმელი და ფეხსაცმელი	156
12.3. შოვლა ბავშვის კანის, ღორწოვანი გარსებისა და ღიმეური სისტემის დაავადებების დროს	157
12.3.1. ნაწილები	157
12.3.2. ბავშვითა ექსემა	158
12.3.3. ნაოფლარი	159
12.3.4. კანის ჩირქოვანი დაავადებები	159
12.3.5. დაიდვილობა	160
12.3.6. შოვლა ღიმეური სისტემის დაზიანების დროს	161
12.4. კვლევის მეთოდები	161
კითხვები	162
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	162

მედი XIII ➔

ბავშვითა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაავადებითა პრიოვილაქტიკა და შოვლა	163
--	-----

თ. გოგბერაშვილი, გ. შვერელიშვილი

13.1. სეპლიოვანი და კუნიოვანი სისტემების
--

ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი ბავშვებში	163
მ2. ძვალო-სასხროვანი და კუნთოვანი	
სისტემების გამოკვლევა. მდგომარეობის შეფასება	165
მ2.1. ბრტყელტერეფიანობა და ტერეფმრუდობა	166
მ2.2. კისერმრუდობა	167
მ2.3. წინნის დეცარიმაციის პროფილაქტიკა	167
მ2.4. რაქიტი	168
კითხვები	170
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	170
 მას30 XIV	
ბავშვის მოვლა სასუნთქი სისტემის დაავადებების დროს	171
ნ. მანჯავიძე, ი. მანჯავიძე	
მ4.1 სასუნთქი სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი	171
მ4.2. მოვლა სასუნთქი სისტემის დაავადებების დროს	172
მ4.2.1 შვავე რინიტი	172
მ4.2.2. შვავე ლარინგიტი	173
მ4.2.3. შვავე მასტენოზირებული ლარინგიტი (კრუბი)	173
მ4.2.4. უცხო სხეული სასუნთქ გზებში	174
მ4.2.5. მოვლა ქოშინისა და ხველის დროს	175
მ4.2.6. შუა ყურის ანთება	176
მ4.2.7. შვავე ბრონქიტი	177
მ4.2.8. შვავე ბრონქოლოიტი	178
მ4.2.9. შვავე პნევმონია	178
~~მ4.2.10. ბრონქული ასთმა~~	~~181~~
მ4.3. გადაუდებელი დახმარება სასუნთქი სისტემის დაავადების დროს	186
მ4.3.1 ფილტვის ხელითური ვენტილაცია	186
მ4.4. კვლევის ზოგიერთი მეთოდი	187
მ4.4.1 ნახელების შეგროვება და გამოკვლევა	187
კითხვები	188
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	188
 მას30 XV	
მოვლა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს	190
ღ. მხეიძე, ნ. მანჯავიძე	
მ5.1 გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ანატომიურ-	
ფიზიოლოგიური თავისებურება ბავშვებში	190
მ5.2. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიით	
ბავშვთა კვლევის ზოგიერთი მეთოდი	190
მ5.2.1 პულისის განსაზღვრა	190
მ5.2.2. სისხლის არტერიული წნევა	191
მ5.3. მოვლა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს	192
მ5.3.1. მოვლა გადაუდებელი მდგომარეობის დროს	193
მ5.3.1.1 გულის წასვლა	193
მ5.3.1.2 კოლაფსი	194
მ5.3.1.3. გულის გაჩერება	194
მ5.3.1.4. გულის არაპირდაპირი მასაჟი	195
მ5.3.2. რეესპირაციის	196
მ5.3.3. გულის თანდაყოლილი მანკები	198
მ5.3.3.1 ფადოს ტეტრადი	199
მ5.3.3.2. ღია არტერიული (ბოტალის) სადინარი	199
მ5.3.3.3. წინაგულით შუა ძვლის დეფექტი	200
მ5.3.3.4. პარკუჭთა შუა ძვლის დეფექტი	201
კითხვები	201
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	202

მანძი XVI

ბავშვის მოვლა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს	203
ქ. გოგბერაშვილი, გ. მეგრელიშვილი	
№1. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი	203
№2. საჭმლის მომწელებელი სისტემის დაზიანების ძირითადი სიმპტომები	205
№2.1. ამოქაფება, გულზიდვა და ღებინება	205
№2.2. მეტეორიზმი, გაბზობა, ფაღარათი და მუცლის ტკივილი	206
№3. მოვლა საჭმლის მომწელებელი სისტემის დაავადებების დროს	209
№3.1. შვავავე სტომატიტი	209
№3.2. პილოროსპაზმი და პილოროსტენოზი	210
№3.3. შვავავე გასტრიტი	211
№3.4. ქრონიკული გასტრიტი	212
№3.5. წყლულოვანი დაავადება	213
№3.6. ნაღველგამომყოფი სისტემის დაავადებები	215
№3.7. საჭმლის მომწელებელი სისტემის პედომინოზები	218
№4. მანიფესტაციების ჩატარების ტექნიკა	
კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს	221
№4.1. კუჭის ამორეცხვა	221
№4.2. ოცნის ხმარება, ოცნის სახეები	222
№4.3. კუჭისა და დუოდენალური ზონდირება	225
№4.4. განავლის ანალიზის აღების ტექნიკა	228
კითხვები	229
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	229

მანძი XVII

ბავშვის მოვლა თირკმელებისა და საშარდე გზების დაავადებების დროს	232
თ. ავალიშვილი, გ. მეგრელიშვილი	
№1. თირკმლისა და საშარდე გზების	
ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებები	232
№2. მოვლა საშარდე სისტემის დაავადებების დროს	233
№2.1. ენურეზი	233
№2.2. შარდის შეკავება	234
№2.3. თირკმლის კოლიკა	235
№2.4. შვავავე გლომერულონეფრიტი	235
№2.5. ქრონიკული გლომერულონეფრიტი	236
№2.6. კლინიკური ნეფროზული სინდრომი	237
№2.7. პიელონეფრიტი	238
№3. მკდრის მუშაობა ურონეფროლოგიურ განყოფილებაში	239
№4. კვლევის მეთოდები საშარდე სისტემის დაავადებების დროს	240
№4.1. შარდის საერთო ანალიზი	240
№4.2. შარდის კვლევა ადისის მეთოდით	240
№4.3. შარდის კვლევა ნეჩაპირენკოს მეთოდით	240
№4.4. ზიზნიცის სინჯი	240
№4.5. შარდის შეგროვება ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის	241
№5. რენტგენოლოგიური კვლევა	242
კითხვები	242
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	242

მანძი XVIII

მოვლა სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების დაავადებების დროს	244
გ. მეგრელიშვილი, ე. სიქინავა	
№1. სისხლისა და სისხლმზადი ორგანოების	
ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურება ბავშვებში	244
№2. ბავშვის მოვლა სისხლის სისტემის პათოლოგიების დროს	245
№2.1. რეზანდუფიციტური ანემია	245
№2.2. შვავავე ლეიკოზი	246
№2.3. მოვლა სისხლდენებისა და სისხლჩაქცევების დროს	249

მ.2.4. პესიფიკაცია	231
მ.2.5. ევროპოეის დაავადება	253
მ.2.6. პეპორაგაული ვასკულატი	254
კითხვები	255
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	255
თავი XIX	
ბავშვის მოვლა შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლების დაავადებების დროს	257
ა. მანჯავიძე, ნ. მანჯავიძე	
მ.1 ბავშვის ენდოკრინული სისტემის	
ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თ. ასებურებანი	257
მ.2. მოვლა ენდოკრინული სისტემის დაავადებების დროს	258
მ.2.1 შაქრიანი დიაბეტი	258
მ.2.2 ჰიპოთირეოიზი	263
მ.3. კვლევის მეთოდები ენდოკრინული სისტემის დაავადებების დროს	264
მ.3.1 შაქრის განსაზღვრა სისხლში	264
მ.3.2 ნახშირწყლიანი ცვლის კვლევა	265
მ.3.3 შაქრის განსაზღვრა შარდში	265
მ.3.4. კვლევის მეთოდები ჰიპოთირეოიზის დროს	266
კითხვები	267
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	267
თავი XX	
გადადებული მდგომარეობები ბავშვებში	268
ღ. მხეიძე, გ. მეგრელიშვილი, ე. სიქინაძე	
20.1 შვავე მოწამვლა	268
20.2. ჰიპერთერმია	269
20.3. კომატოზური სინდრომი	272
20.4. კრუნჩხვითი სინდრომი	272
20.5. ფილტვის შვავე შეშუპება	274
20.6. ანაფილაქსიური შოკი	275
20.7. უცვარი სიკვდილის სინდრომი	275
კითხვები	277
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები	277
თავი XXI	
ზანაზანი	
ზოგიერთი ინფექციური დაავადება ბავშვებში	279
გ. მეგრელიშვილი	
211 შვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექციები	279
211.1 გრიპი	279
211.2 ადენოვირუსული ინფექცია	280
211.3. პარაგრიპი	280
211.4. რესპირაციულ-სინციტიური ინფექცია	281
212. წითელა	282
213. წითურა	283
214. ჩუტყვავილა	284
215. დიფტერია	284
216. ქუნთრუშა	285
217. ყივანასეკლა	286
218. ბარიტოტული ინფექცია	288
219. სორმალური კლინიკურ-ლაბორატორიული მაჩვენებლები	290
2110. სამკურნალო საშუალებები რეანიმაციისათვის	294
2111. კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებები	294
2112. სხეულის ფართობის განსაზღვრული ნომოგრამა	295
2113. გესტაციური ასაკის სწრაფი შეფასება	296
2114. გესტაციური ასაკის შეფასების შრუდი	296
ბასუნები ტესტურ და სიტუაციურ ამოცანებში	297

თავი I

პედიატრიის განვითარების ისტორიული და ეთიკური ასპექტები

1.1 სამედიცინო ეთიკა და დეონტოლოგია

მედიცინა (ლათინ. medicina—გვურნავ) არის მეცნიერება ადამიანის დაავადებათა გამოცნობის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკის, მისი ჯანმრთელობისა და შრომისუნარიანობის შენარჩუნებისა და გაუმჯობესების, სიცოცხლის გახანგრძლივების შესახებ. მედიცინა თეორიულ და პრაქტიკულ დისციპლინებს მოიცავს. თეორიული მედიცინა აერთიანებს სამედიცინო ბიოლოგიურ დისციპლინებს; პრაქტიკული მედიცინა კი — კლინიკურ სამედიცინო-სოციალურ და პიგიურ დისციპლინათა ჯგუფებს, რომლებიც ადამიანთა დაავადებების დიაგნოსტიკას, მკურნალობასა და პროფილაქტიკას შეისწავლის. კლინიკური მედიცინის მეტად რთული და აქტუალური სფეროა სამედიცინო პერსონალის ავადმყოფ-პაციენტთან, სამედიცინო პერსონალს შორის, ავადმყოფის ახლობლებსა და მედმუშაკებს შორის ურთიერთობა, რომელიც იმგვარად უნდა წარიმართოს, რომ მკაცრად იყოს დაცული და არ დაირღვეს ეთიკური და დეონტოლოგიური პრინციპები.

ეთიკა (ბერძნ. ethos — ზნე) ფილოსოფიური მეცნიერებაა ზნეობის, მორალის შესახებ. პირველ ფილოსოფოსად და ეთიკური მეცნიერების ფუძემდებლად სოკრატეს მიიჩნევენ. იგი მნიშვნელოვან ყურადღებას ზნეობის პრობლემების დასმასა და გადაწყვეტას აქცევდა. ტერმინი „ეთიკა“ შემოიღო არისტოტელემ, რომელმაც ზნეობის საკითხებს მოუძღვნა ნაშრომი — „ნიკომაქეს ეთიკა“. დღეისათვის შექმნილია ეთიკური ცოდნის მთელი სისტემა (ზნეობის ისტორია, ზნეობის ფსიქოლოგია და ა. შ.) და დარგები.

დეონტოლოგია (ბერძნ. deontos — საჭირო, ჯერარსი, logos — მოძღვრება) ეთიკური მოძღვრებაა; უფრო ფართო გაგებით — საკუთრივ ეთიკაა, რომელიც განიხილავს მოვალეობისა და ჯერარსის პრობლემებს. დეონტოლოგიის ფუძემდებელია ინგლისელი ფილოსოფოსი, უტილიტარისტი იერემია ბენტამი (1748-1832). მასვე ეკუთვნის ტერმინი „დეონტოლოგია“, რითაც იგი აღნიშნავდა ეთიკას, როგორც მეცნიერებას მორალის შესახებ.

დეონტოლოგია, როგორც მეცნიერება, პროფესიული (მოვალეობის) ეთიკის შესახებ, განსაკუთრებულ მნიშვნელობას იძენს იმ პროფესიის ადამიანთა საქმიანობაში, რომელთათვის სპეციფიკურია პიროვნებათშორის ურთიერთდამოკიდებულება და პასუხისმგებლობითი ურთიერთობა. ამ დარგებს შორის წამყვანია მედიცინა, სადაც მნიშვნელოვანი როლი სამედიცინო პერსონალის ავადმყოფებზე ფსიქოლოგიური ზემოქმედების სხვადასხვა ფორმასა და დიდაქტიკას ენიჭება. მედიკოსი თავისი პროფესიული საქმიანობით სათუთად არის დაკავშირებული ადამიანებთან. იგი მჭიდრო კონტაქტში შედის ავადმყოფებთან, ხდება მათი მესაიდუმლე, აღიქვამს მათ განცდებს. მედიკოსსა და ავადმყოფს ერთი საერთო მიზანი აქვთ — დაავადებული ორგანიზმის განკურნება, რათა ავადმყოფი მაღალ დაუბრუნდეს ჩვეულ ცხოვრებას. ასეთი კავშირურთიერთობის საფუძველზე აღმოცენდება მედმუშაკისადმი ნდობა, რაც სამკურნალო ღონისძიებების ეფექტურობის საწინდარია.

სამედიცინო დეონტოლოგია ზოგადი დეონტოლოგიის ნაწილი და მედიცინის მუშაკის პროფესიული ეთიკაა. იგი სამედიცინო პერსონალის ქცევის პრინციპებია, რომელიც მიმართულია მკურნალობის მაქსიმალური სარგებლიანობისაკენ. სამედიცინო დეონტოლოგია ისეთი პრინციპების დაცვას ეძღვნება, როგორებიცაა:

- საექიმო საიდუმლოების შენახვის პრობლემა;
- ავადმყოფის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობაზე პასუხისმგებლობა;
- იატროგენული დაავადების თავიდან აცილება;
- სამედიცინო პერსონალის ურთიერთდამოკიდებულება;
- სამედიცინო შეცდომების თავიდან აცილება;
- საექიმო საიდუმლოების დაცვა;

— არ მიიღოს მონაწილეობა ისეთ ქმედებაში, რომელიც ფიზიკურ და ფსიქიკურ ზიანს მიაყენებს ადამიანის ჯანმრთელობას.

სამედიცინო დეონტოლოგიის საფუძვლები გაშუქებულია პიზოკრატეს ექიმის ფიგურით, სადაც იგი აღნიშნავს: „... ჩემი ძალღონისა და მისგედრილობის შესაბამისად მხოლოდ და მხოლოდ სასარგებლო განწყობა დაგუდებით ავადმყოფს და ავარიდო ყოველგვარი ვნების მიყენებას და უსამართლობას ... სპეტაკად და უმწიკვლოდ მოვიხმარო ჩემი ცხოვრება და ჩემი ხელოვნება. რომელ სახელშიც შევიდო, მხოლოდ ავადმყოფის სასიკეთოდ შევადო ამ სახლის კარი და არ იყოს გულისა ჩემსა წინაგანზრახვა, უმართებულობა და ავი სურვილი. ... ოდეს მკურნალობის ყაპს — აწ თუ სხვა დროს — ყური მოვკრა, ანდა ვინილო რაიმე კაცთა ცხოვრებიდან, რაიც არ უნდა იქნეს გამჟღავნებული, საიდუმლოდ მივიჩნიო და არავის გაგუქნილო იგი“.

სამედიცინო ეთიკის უსაზღვრო შესაძლებლობების (სისპეტაკე, პროფესიის სიყვარული, მოვალეობის გრძნობა, თავდადება) ასახვა XVII საუკუნეში ვან ტულ-პის მიერ მოწოდებული მედიცინის ემბლემა — „ანთებული სანთელი“ წარწერით: „გუნათებ რა სხვას, თვით ვიწვი“.

1962 წელს რიო-დე-ჟანეიროს მახლობლად თვითმფრინავს ცეცხლი წაეკიდა და ოკეანეში ჩავარდა. ცნობილმა ქართველმა ექიმმა, პროფესორმა იოსებ ჟორდანიამ თავისი მაშველი რგოლი ერთ უბილეთო ამერიკელ გოგონას დაუთმო, ექიმის მოვალეობა შეასრულა, თვითონ კი ცურვა არ იცოდა და დაიღუპა. ეს შემთხვევა ავადმყოფისადმი, საერთოდ, ადამიანისადმი ზრუნვის გამოხატვის, ქართული ხასიათის ასახვის საუკეთესო მაგალითია.

უკანასკნელ წლებში ბიოლოგიის, გენეტიკის, სამედიცინო ტექნიკის განვითარების პარალელურად აღმოცენდა ახალი ცნება — „ბიოეთიკა“, რომელიც აერთიანებს თანამედროვე გენურ ტექნოლოგიასა და ადამიანურ ფასეულობებს.

ბიოეთიკა, ერთი მხრივ, გამოირიცხავს ექიმის პრიორიტეტულობას და ავადმყოფისა და მედმუშაკის ურთიერთობისას იცავს ორივე მხარის თანაბარ უფლებებს (მორალურს, სამართლებრივს, სოციალურს, ეკონომიურს და სხვ.), მეორეს მხრივ, იგი განიხილავს ახალი სამედიცინო ტექნოლოგიის (მოლეკულური დიაგნოსტიკა, მასიური სკრინინგ-პროგრამები და ა.შ.) დანერგვის, ორგანოთა ტრანსპლანტაციის, სიცოცხლის ჩასახვის ახალ (ექსტრაკორპორალური განაყოფიერება, ემბრიონის იმპლანტაცია) მონაცემებს და მედიცინის სხვა პრობლემურ საკითხებს, მათი პრაქტიკაში დანერგვის მიზანშეწონილობას.

1.2. პედიატრიული დეონტოლოგია

სამედიცინო მეცნიერების ყველა დარგს თავისი დამახასიათებელი დეონტოლოგიური პრინციპები აქვს. ამ მხრივ პედიატრიის დარგში მომუშავე მედიკოსთა ეთიკის საკითხები საგრძნობლად განსხვავდება სხვა სამედიცინო დისციპლინაში მომუშავე სპეციალისტების ეთიკური პრინციპებისაგან.

პედიატრია (ბერძ. pais, paidos - ბავშვი და iatria - მკურნალობა) კლინიკური მედიცინის ურთულესი ნაწილია. იგი შეისწავლის ბავშვის ჯანმრთელობას, ფიზიოლოგიასა და პათოლოგიას მისი განვითარების მთელ პროცესში, იმ დაავადებათა პროფილაქტიკისა და მკურნალობის მეთოდებს, რომლებიც ემუქრება ბავშვის ჰარმონიულ განვითარებას ან სიცოცხლისათვის საშიშია.

პედიატრია, მიუხედავად მისი პრაგმალური საუკუნოვანი ისტორიისა, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერება, მხოლოდ უკანასკნელი 100 წელია ჩამოყალიბდა. ეს პერიოდი პრიორიტეტთა გადასინჯვისა და მონაცვლეობით ხასიათდებოდა. დროის შესაბამისად, საყურადღებო იყო ბავშვის სიკვდილობისა და დაავადებათა განვითარების მიზეზებს შორის მნიშვნელოვანი ცვლილებები.

XIX საუკუნის ბოლოს 1000 ბავშვიდან 300 იღუპებოდა დიზენტერიით, ჰნევმონით და სხვა ინფექციური დაავადებებით. XX საუკუნის დასაწყისში ინფექციების წინააღმდეგ ბრძოლის პარალელურად დღის წესრიგში ბავშვთა კვების საკითხების მოწესრიგება, დიარეული სინდრომის გასწირვის გამო ჰიდროიონური წონასწორობის დარღვევის კორექცია იდგა.

საუკუნის შუა წლებში ანტიბიოტიკოთერაპიის ფართოდ დანერგვასთან დაკავშირებით შესაძლებელი გახდა ინფექციურ დაავადებათა პროფილაქტიკა და მკურნალობა. ამავ დროს, პედიატრთა ყურადღება ავაძმყოფ ბავშვთა შედარებით მცირე ჯგუფებზე, მათ შორის ახალშობილთა დაავადებებზე, პემბლასტოზებზე, მეკოვისციდოზზე, ფიზიკური და გონებრივი არასრულფასოვნების მიზეზებზე იქნა გადატანილი.

დღევანდელი პედიატრიის მნიშვნელოვანი პრიორიტეტული მიმართულებაა სოციალური და ეკოლოგიური პედიატრია, პრევენცია. პრევენცია ღონისძიებათა ის სისტემაა, რომელთა მიზანია დაავადებათა და ინვალიდიზაციის თავიდან აცილება. პედიატრიული პრევენციული ღონისძიებანი სამ ეტაპს მოიცავს:

— I ეტაპი, ანუ პირველადი პრევენცია, დაავადებათა თავიდან აცილება პროფილაქტიკური აცრების, ასეუტიკისა და სხვა მეთოდების გამოყენებით, ასევე არაინფექციური მდგომარეობებისა და დაავადებების (რაქიტი, რკინადეფიციტური ანემია) პროფილაქტიკა;

— II პროფილაქტიკა დაავადებათა ადრეული მაუწყებლის გამოვლენა ლაბორატორიული და სხვა სკრინინგ-მეთოდების საშუალებით შემდგომში მძიმე შედეგების თავიდან აცილების მიზნით;

— III პროფილაქტიკა ღონისძიებათა სისტემაა გამოვლენილი ან უკვე განვითარებული დაავადებების პროგრესირების თავიდან აცილებისათვის.

ბავშვის ზრდა და განვითარება ბავშვობის მთელი პერიოდის მანძილზე არათანაბარშობიერი და არაერთგვაროვანია, ამიტომაც ბავშვის ასაკის გაუთვალისწინებლად ძნელია მსჯელობა მისი ზრდისა და განვითარების, რომელიმე ორგანოსა და ორგანოთა სისტემის ანატომიის, ფუნქციურ მახასიათებელთა მდგომარეობაზე, მოვლის თავისებურებაზე.

პედიატრიული პროფილის სამედიცინო პერსონალის მოღვაწეობა რთულია და თავისებური, რაც შემდეგში ვლინდება: სამედიცინო პერსონალი კონტაქტს ამყარებს არამართო სხვადასხვა ასაკის ბავშვთან, არამედ მის მშობლებთან და ახლობლებთან; ადრეულ ასაკში და შემდეგაც ბავშვის ზრდისა და განვითარების შესახებ ინფორმაციას უპირატესად მშობლებისაგან იღებ: ინფორმაციის შეკრების დროს ითვალისწინებს მშობლების ქარაქტოლოგიურსა და აღქმის თავისებურებებს. იგი სრულყოფილად უნდა ფლობდეს ბავშვის ასაკობრივი ფიზიოლოგიისა და პათოლოგიის საკითხებს, რაც ხელს შეუწყობს დაავადების კლინიკური ნიშნების ადრეულ გამოვლინებას. ასე მაგ., 1-დან 3 წლის ასაკის ბავშვებში საყურადღებოა ფიზიოლოგიური ეგოცენტრიზმი (ლათ. ego – მე და centrum – ცენტრი), რაც ოჯახში დედის, ბავშვი კი აღმზრდელის მიმართ მონოპოლიზმში ვლინდება. ცნობილი გერმანელი ბავშვთა ფსიქოლოგის ტ. პელბრიუგეს აზრით, ასაკობრივი ეგოცენტრიზმი შეიძლება პათოლოგიურ მდგომარეობაში გადაიზარდოს, რასაც იგი სოციოზის უწოდებს. ეს ტერმინი ანალოგიურია ნევროზის, ფსიქოზის და დაკავშირებულია სოციალურ მიზეზებთან.

პედიატრიული მეცნიერებისა და ბავშვთა სამედიცინო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებში სამედიცინო პერსონალის ბავშვთან ურთიერთობის სირთულემ და თავისებურებამ განაპირობა სამედიცინო ეთიკიდან პედიატრიული დეონტოლოგიის გამოყოფა. ბავშვთან დაკავშირებული დეონტოლოგიური პრინციპების გატარების საუკეთესო მაჩვენებელია გაერთიანებული ერების საერთაშორისო ორგანიზაციის ბავშვთა უფლებათა დეკლარაცია (1979) და ბავშვთა გადარჩენის, დაცვისა და განვითარების კონვენცია (1990). ამ უკანასკნელში ნათქვამია: „ყველა ბავშვი უნდა იყოს უზრუნველყოფილი განსაზღვრის თავისი პიროვნება, რათა უსაფრთხო და კეთილსაიმედო პირობებში მოახდინოს თავისი შესაძლებლობების სრული რეალიზაცია“.

1.3. სამედიცინო პერსონალის ქცევის ნორმები

პიროვნება, რომელიც ადამიანის ჯანმრთელობას ემსახურება, პირადი ღირსებების (შრომისმოყვარეობა, მოვალეობის გრძნობა, მორალური სიწმინდე) გარდა, მედიცინის მუშაკისათვის ოდითგანვე დადგენილი ქცევის ნორმებს უნდა იცავდეს. ჰიპოკრატეს ფიცში

მოცემული წმიდათაწმინდა გალდებულებანი ყველა მედიკოსის სამოქმედო პროგრამაა და განსაზღვრავს მათი მოქმედების მიზანშეწონილობას.

1.3.1. სამედიცინო პერსონალის ჩაცმულობა

სამედიცინო დეონტოლოგიის პრინციპები განსაზღვრავს სამედიცინო პერსონალის ჩაცმულობასთან დაკავშირებულ მოთხოვნებს: სამუშაოზე აუცილებელია ფეხსაცმლის შეცვლა, სამუშაო თეთრი ხალათი უნდა იყოს უზადოდ სუფთა და დაუთოებელი, თმა – დაფარული ქუდით (ჩაჩით) ან თავსაფრით, ფრჩხილები – შეკრეპილი ძირში, სასურველია, ზომიერად იქნეს გამოყენებული კოსმეტიკისა და პარფიუმერიის საშუალებები. მედიცინის მუშაკი სასაიმოვნო და კარგი გარეგნობისა უნდა იყოს. ცნობილი რუსი მწერალი ა. ჩეხოვი, რომელიც საუკეთესო ექიმიც იყო, წერდა: „ექიმი უნდა იყოს ნათელი გონების, წინკობრივად სუფთა და ფიზიკურად სასაიმოვნო“.

1.3.2. სამედიცინო პერსონალის შორის ურთიერთდამოკიდებულება

სამედიცინო პერსონალს შორის სწორი ურთიერთდამოკიდებულება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მკურნალობის ეფექტურობაზე. სამსახურეობრივი მოვალეობის შესრულების პროცესში დაცული უნდა იყოს სუბორდინაცია, ე. ი. უმცროსი თანამდებობით უნდა ემორჩილებოდეს უფროსს: უმცროსი სამედიცინო და – პალატის (პოსტის) მედლა – საპროცედუროს მედლა – უფროსი მედლა – ექიმი – განყოფილების გამგე და ა.შ.

სამედიცინო დაწესებულებებში მუშაობის ერთიანი სტილია. ასე მაგ., პალატის ექთანი ვალდებულია, დაიცვას დღის რეჟიმი და ექიმის დანიშნულება, უმცროსმა მედიცინის დამ – პალატის და ბავშვების სისუფთავე; მედიცინის და მეთვალყურეობას უწევს ბავშვების ქცევას და რეაქციას, ინდივიდუალურ თავისებურებებს, ურთიერთგანწყობას. იგი ეხმარება ექიმს შექმნას სამკურნალო დაწესებულებებში ჯანსაღი ფსიქოლოგიური გარემო. დაუშვებელია სამედიცინო პერსონალს შორის ურთიერთობის გარკვევა ავადმყოფის ან მისი მშობლების თანდასწრებით; შენიშვნა თანამდებობით დაბლა მდგომის მიმართ უნდა იყოს ტაქტიანი, მედიცინის დას ღირსეულად უნდა ექიროს თავი ავადმყოფებსა და კოლეგებს შორის, შესძლოს თანამდევრულად წარმართოს საუბარი.

ბავშვთან ურთიერთობის დროს მედმუშაკი სწორად და სწრაფად უნდა გაერკვეს პრობლემებში და მის მიერ გამოთქმავებული მოქმედების ტაქტიკა ახალ გარემოსთან პატარა პაციენტის შეგუების, მისი სწრაფი და სრული გამოჯანმრთელების საწინდარი უნდა იყოს. იგი უნდა იყოს დინჯი, მშვიდი და დისციპლინირებული, სარგებლობდეს მაღალი ავტორიტეტით, რასაც, პირველ რიგში, მედიცინის ღრმა ცოდნა განსაზღვრავს.

1.3.3. იატროგენული დაავადება

დეონტოლოგიური პრინციპების დაუცველობამ (გაუფრთხილებელი მსჯელობა პროფესიულ თემაზე ავადმყოფისა ან მშობლის თანდასწრებით) შეიძლება განაპირობოს ე. წ. იატროგენული მდგომარეობის ან დაავადების განვითარება (ბერძ. iatros – ექიმი, gennao – ვებადებს). იატროგენული მდგომარეობის (იატროპათიის) განვითარება განსაკუთრებით საშიშია ისეთ ავადმყოფებში, რომლებიც ზედმეტად ექვიანები არიან თავიანთი დაავადების მიმართ და ყოველი უფლებელი სამედიცინო ტერმინი ან სიმპტომი სერიოზულ დაავადებაზე მიუთითებს. იატროპათია შეიძლება სამედიცინო სასწავლებლის სტუდენტებსაც განუვითარდეთ, როდესაც ისინი ეცნობიან სამედიცინო ლიტერატურას და თავის თავში აღმოაჩენენ დაავადების აღწერილობის ამა თუ იმ ნიშანს.

ბავშვები განსაკუთრებით შთამბეჭდავები არიან. პატარა პაციენტს გამოჯანმრთელების იმედი ყოველთვის უნდა ჰქონდეს. მისი რეაქცია დაავადებაზე დამოკიდებულია მშობლების

განცდებსა და მედპერსონალის ქცევაზე. მათში ადგილია შიშის გრძნობის გამოწვევა. არ შეიძლება ბავშვების დაშინება დაავადების გამოწვევით თუ გამწვავებით, მით უფრო სიკვდილით. ბერნარდ შოუ წერდა: „იყო შიშის მონა, მონობის ყველაზე ცუდი სახეა“.

არჩევენ ტრავმულ, ინტოქსიკაციურ, ინფექციურ და ორგანიზაციულ იატროპათიებს.

ტრავმული ხასიათის იატროპათიებს მიეკუთვნება ბავშვის ტრავმირება მშობარობის დროს, არასწორად ჩატარებული ოპერაცია, თავზურგტვინის პუნქცია, ანესთეზია და სხვა მანიპულაცია.

ინტოქსიკაციური წარმოშობისაა იატროპათია, როდესაც შეცდომითაა გამოყენებული მედიკამენტი ან მისი დოზაა შეუსაბამო;

ვაქცინებისა და შრატების გამოყენების დროს ეპიდემიოლოგიური რეჟიმის დარღვევას ინფექციური იატროპათია ეწოდება;

დარღვევებს აყადმყოფის კვლევის, მკურნალობისა და მოვლის პროცესში ორგანიზაციული იატროპათია ეწოდება.

იატროგენიის თავიდან აცილების მიზნით აუცილებელია მაქსიმალურად ფრთხილი, განმარტებითი (ფსიქოთერაპიული) საუბარი.

1.3.4. სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობა ბავშვთან

ბავშვის მოვლა მოითხოვს პროფესიულ მომზადებას, ბავშვის ფსიქიკისა და ფიზიკური თავისებურებების ღრმა ცოდნას. ბავშვთან ურთიერთობისას სამედიცინო პერსონალი ითვალისწინებს ბავშვის ფსიქოლოგიურ თავისებურებებს, განცდებს, მგრძნობელობას, მშობლების სოციალურ მდგომარეობას, პროფესიას. თუ ბავშვი ჭირვეულია და ზედმეტად მომთხოვნი, იგი ვალდებულია, შეინარჩუნოს სიმშვიდე, არ მოექცეს წუთიერი განწყობის ქვეშ და დათრგუნოს თავისი ემოციები. არ შეიძლება ბავშვების დაყოფა კატეგორიებად: „ცუდი“, „ქარგი“, „საყვარელი“ და ა. შ. ყოველი ბავშვი უნდა გრძნობდეს თანაბარ სითბოსა და სიყვარულს. მათთან საუბარი უნდა იყოს ზომიერი, ალერსიანი, შესაბამისი რეაქციით მისი ნაამბობის მიმართ. აყადმყოფ ბავშვთან საუბრის ზომიერი და ყურადღებიანი წარმართვა ხელს უწყობს დიაგნოზის დაზუსტებასა და დამატებითი ინფორმაციის მოპოვების საშუალებას. ზერელე გამოკითხვა და უყურადღებობა კი იწვევს ბავშვის უნდობლობას, შეშფოთებასა და დაძაბულობას მედიცინის მუშაკების მიმართ.

მედიცინის და ვალდებულია, აყადმყოფს გაუადვილოს და მოუხსნას შიში სამედიცინო მანიპულაციებისა (ინექციები, პროცედურები) და მასთან დაკავშირებული ტკივილის მიმართ. შიშის გამო ბავშვს შეიძლება განუვითარდეს ნერვული რეაქციები (უნებლიე შარდვა, ბორძიკით ლაპარაკი და სხვა). სასურველია ბავშვი საავადმყოფოში დედასთან ერთად იყოს (განსაკუთრებით ხუთ წლამდე). თუ ეს არ ხერხდება, მედიცინის მუშაკებმა ხელი უნდა შეუწყონ ბავშვის შეგუებას ახალ გარემოსთან, შეუქმნან მას ისეთი დადებითი ფსიქოლოგიური განწყობა, როგორც თავის სახლში: სვადასხვა თამაშები, სუფთა ჰაერზე გასეირნება, სატელევიზიო გადაცემების ნახვა და სხვ.

ბავშვის მშობლებთან მედიცინის მუშაკების სწორი კონტაქტი პიროვნებათაშორისი ურთიერთობის სათანადო ფსიქოლოგიური წონასწორობის დამყარების საფუძველია: მედიცინის მუშაკი – აყადმყოფი ბავშვი – ბავშვის მშობლები.

მშობლები, განსაკუთრებით დედა, მძიმედ განიცდიან ბავშვის აყადმყოფობას. დედა ტრავმირებულია, მისი რეაქციები არაადექვატური, ამიტომ ბავშვის მოვლისა და მკურნალობის სწორად წარმართვაში მედიცინის მუშაკის მშობლებთან ურთიერთობის ფორმას დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. მათი ვალდებულებაა, დაამშვიდონ დედა და დაარწმუნონ, რომ ბავშვის მკურნალობა და მოვლის ხასიათი სწორია, დანიშნული ყველა ინექცია და მანიპულაცია უნდა ჩატარდეს; გამოიწვიონ დედასთან საუბრის დრო და მათ შეკითხვებს გასცენ მშვიდი და აუჩქარებელი პასუხი; თუ მშობელი შეეცდება ბავშვის დიაგნოზი შეიტყოს მედიცინის დისაგან, ეს უკანასკნელი ვალდებულია, მოკრძალებით განმარტოს, რომ ამისთვის უნდა მიმართოს მკურნალ ექიმს ან განყოფილების გამგეს; არ შეიძლება, მხედველობაში იქნეს მიღებული

მშობლის დაუსაბუთებელი მოთხოვნა, შეიცვალოს დანიშნულება; მშობლებთან ურთიერთობის დროს საჭიროა ისეთი მიმართვის ფორმის გამოყენება, როგორიცაა „ქალბატონო“, „ბატონო“.

მშობლების უმრავლესობა ენდობა მედიცინის ბუშაკს, ავლენს მის მიმართ სიბოძის და გაგებით ეკიდება მის მძიმე შრომას. იშვიათია ისეთი მშობელი, რომელიც ცდილობს უმადურობითა და უხეში გამოვლინებებით მიიპყროს ყურადღება. მას მიაჩნია, რომ ასეთი საქციელით ეხმარება ბავშვს. მხოლოდ მედიცინის ბუშაკის შინაგანი თავშეკავება და სიმშვიდე მოახდენს დადებით გავლენას ცუდად აღზრდილ მშობელზე.

1.3.5. საექიმო საიდუმლოება

ბავშვის მოვლის მრავალრიცხოვან დეონტოლოგიურ ასპექტებს შორის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანია საექიმო საიდუმლოების პაქტის შენახვა, იგი ჰიპოკრატეს ფიცის მნიშვნელოვანი ელემენტია. მედიცინის ბუშაკს ავადმყოფისა თუ მშობლის პირადი საიდუმლოებისა და მისი ინტიმური ხასიათის გაცემისა თუ გახმაურების უფლება არა აქვს. სამედიცინო საიდუმლოების დარღვევის აღბათობა განსაკუთრებით მაღალია, როდესაც უშვილო წყვილი ბავშვს აიყვანს. ამ ფაქტის საიდუმლოდ შენახვასთან ერთად მედბუშაკები ვალდებული არიან, წინასწარ დაწვრილებით გამოიკვლიონ შერჩეული ბავშვის ჯანმრთელობა; გამოავლინონ ფარული გენეტიკური დეფექტები, ნერვ-ფსიქიკური დარღვევის სიმპტომები და სხვა პათოლოგიური მდგომარეობები და აცნობონ მათ. საიდუმლოების შენახვის მოთხოვნებში არ შედის ის საიდუმლოება (ინფექციური და ვენერიული დაავადებები, შიდსი, მოწამვლა და ა. შ.), რომლის შენახვა სხვა ადამიანის ჯანმრთელობისათვის საშიშია. ასეთ შემთხვევებში მედიცინის ბუშაკი ვალდებულია სასწრაფოდ შეატყობინოს შესაბამის ორგანოებს. არ არის მიზანშეწონილი დაავადების პროგნოზის, მიმდინარეობის, გამოყენებული მკურნალობისა და ა. შ. შესახებ მონაცემების, ავადმყოფობის ისტორიისა და სხვა სამედიცინო დოკუმენტების გამოაშკარავება. ამავე დროს, არ არის სასურველი დაავადებით მშობლისა და ბავშვისაგან სერიოზული, ფატალური დაავადების (ავთვისებიანი სიმსივნე, ლეიკემია) არსებობა, რომლის შესახებ სწორი ინფორმაცია მხოლოდ ექიმმა უნდა მიაწოდოს, ამავე დროს, გამოსატოს თანადგომა და ჩაუნერგოს მომავლის იმედი. არ შეიძლება ავადმყოფი ბავშვის მოტყუება, იგი კარგავს ექიმის მიმართ ნდობას.

1.3.6. სამედიცინო შეცდომა

ავადმყოფის მოვლის გარდა, მედიცინის ბუშაკმა უნდა დაიცვას სამართლებრივი უფლება-მოვალეობანი. მათი თანამდებობრივი მოვალეობა, ეთიკური ნორმები და ქცევის წესები მკაცრად უნდა იყოს რეგლამენტირებული. მედიცინის ბუშაკმა უნებლიე შეცდომა შეიძლება დაუშვას გამოუცდელობის ან დაავადების ატიმური მიმდინარეობის შემთხვევაში. დანაშაულია, როდესაც იგი თავის მოვალეობას ზერელედ და უდიერად შეასრულებს, შეცდომით ისეთ მედიკამენტს გამოიყენებს, რომელმაც შეიძლება ტრაგიკული შედეგი განაპირობოს; დაარღვევს ძლიერმოქმედი, ტოქსიკური, ნარკოტიკული საშუალებების შენახვის წესს; არ შეასრულებს იმ დანიშნულებას და მანიპულაციას, რომელიც მას ევალება; აიღებს ქრთამს.

ჩვეულებრივ, სამედიცინო შეცდომების სამ კატეგორიას გამოიყოფენ:

- დიაგნოსტიკური შეცდომა, როდესაც დიაგნოზი ვერ დაისვა ან არ დადასტურდა;
- ტაქტიკური შეცდომა, როდესაც ოპერაციული ჩარევა ან ჩატარებული მკურნალობა მცდარია;

– ტექნიკური შეცდომა, როდესაც სამედიცინო საშუალებების და ტექნიკის გამოყენება დასაბუთებული არ არის.

კითხვები:

1. რა არის ეთიკა?
2. რომელ ეთიკურ მოძღვრებას იცნობთ?
3. რა არის სამედიცინო დეონტოლოგია?
4. სამედიცინო დეონტოლოგიის რომელი პრინციპებია თქვენთვის ცნობილი?

5. რა არის ბიოეთიკა?
6. რა თავისებურებებით ხასიათდება პედაგოგიური დეონტოლოგია?
7. როგორია მედიცინის მუშაკთა ჩაცმულობასთან დაკავშირებული დეონტოლოგიური პრინციპები?
8. როგორი ურთიერთობაა მედიცინის მუშაკებს შორის საავადმყოფოებში?
9. რა არის იატროგენული დაავადება?
10. ჩამოთვალეთ იატროპათიის ტიპები.
11. როგორი უნდა იყოს სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობა ბავშვთან?
12. როგორი უნდა იყოს სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობა ავადმყოფი ბავშვის მშობლებთან და ახლობლებთან?
13. რა არის სამედიცინო საიდუმლოება?
14. რა არის სამედიცინო "შეცდომა"?
15. სამედიცინო "შეცდომის" რომელ სახეებს იცნობთ?

ტექსტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. რა განსხვავებაა ცნებებს შორის „ეთიკა“ და „დეონტოლოგია“?
 - ა. ორივე ცნება იდენტურია
 - ბ. ეთიკა და დეონტოლოგია განსხვავებული ცნებებია
 - გ. დეონტოლოგია ეთიკის შემადგენელი ნაწილია და გულისხმობს სპეციფიკური მოვალეობის შესრულების პროცესში შესაბამისი ეთიკური ნორმების, მორალური მოთხოვნების, სპეციფიკური კრიტერიუმების დაცვას
2. რას შეისწავლის სამედიცინო დეონტოლოგია?
 - ა. ურთიერთობას ექიმსა და ავადმყოფს შორის
 - ბ. იატროგენურ დაავადებებს
 - გ. მედიცინის მუშაკების პროფესიულ ეთიკას, მოვალეობისა და მორალის ზოგად საკითხებს
3. რას შეისწავლის პედაგოგიური დეონტოლოგია?
 - ა. ურთიერთობას ავადმყოფ ბავშვთან
 - ბ. ბავშვის ორგანიზმის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ, ემოციურ თავისებურებებს ასაკობრივ ასპექტში, პედაგოგიკის საკითხებს
 - გ. ითვალისწინებს მშობლების ქარაქტეროლოგიურ თავისებურებებს, მათთან ურთიერთობის ფორმას
 - დ. სამედიცინო პერსონალის შორის ურთიერთობას
 - ე. ასაკობრივ პათოლოგიას
 - ვ. სამედიცინო პერსონალის ურთიერთობას ავადმყოფ ბავშვთან, ბავშვთან ურთიერთობის აუცილებელ ჩვევებს
4. როგორი უნდა იყოს სამედიცინო პერსონალის დამოკიდებულება ბავშვთან?
 - ა. ტაქტიანი, გულისხმიერი
 - ბ. ზერელე, გულგრილი
 - გ. უცუროდდებო
 - დ. მოსიყვარულე
5. 10 წლის გოგონას მოუკვდა მამა კუჭის სიმსივნით. ბავშვმა მამის სიკვდილი მძიმედ განიცადა. უფროსებისაგან შეიტყო, რომ დაავადება მემკვიდრეობითი ხასიათისაა. გოგონას დაეწყო უსიამოვნო შეგრძნება კუჭის არეში, ტკივილი, სიმძიმის შეგრძნება, შიში. გამოკვლევებისათვის მიმართეს ექიმს რომელ დაავადებაზე შეიძლება მივიტანოთ ეჭვი?
 - ა. იატროგენული დაავადება
 - ბ. იატროგენული დაავადება ნეკროზის ელემენტებით (კანცეროზობი), ავადმყოფი საჭიროებს გამოკვლევას
 - გ. კუჭის მძიმე დაავადება
 - დ. ავადმყოფი ვაჟი, 12 წლის, მაღალი ტემპერატურის ფონზე განუვითარდა მუცლის ტკივილი, ექსუდაციური-ჰემორაგიული ხასიათის წერტილოვანი გამონაყარი კიდურებზე და ღუნდულებზე, შეუშუბდა ჯერ მუხლის, შემდეგ მარჯვენა კოჭ-წვივის სახსარი. ექიმმა მდგომარეობა შეაფასა როგორც მწვავე მუცელი და ბავშვი გადაგზავნა ბავშვთა ქირურგიულ განყოფილებაში, სადაც გულდასმითი გამოკვლევის საფუძველზე ქირურგიული პათოლოგია გამოირიცხა. დაისვა პემორაგიული ვასკულიტის დიაგნოზი. როგორ შეაფასებთ მედიცინის მუშაკის (ექიმის) პირველ მოქმედებას?
 - ა. სწორი
 - ბ. როგორც სამედიცინო "შეცდომა": არ გაითვალისწინეს დაავადების ისეთი კლინიკური ნიშნები, როგორებიცაა ექსუდაციურ-ჰემორაგიული გამონაყარი, სახსრების დაზიანება (პოლიარორითი)
 - გ. ზერელე, გულგრილი
7. ექთანს ერთმანეთში აერია წამლის მსგავსი ფლაკონები და პეპარინის ნაცვლად ავადმყოფს ინსულინის დიდი დოზა შეუყვანა. ინსულინის მოქმედების გამო სისხლში შეყუთრად შემცირდა შაქრის დონე, ავადმყოფის მდგომარეობა დამძიმდა — განუვითარდა ჰიპოგლიკემიური კომა. როგორ შეაფასებთ ექთნის მოქმედებას?
 - ა. სამედიცინო უუღლებ-მოვალეობის დარღვევა (დაუდევრობა, გულგრილობა)
 - ბ. სამედიცინო შეცდომა
 - გ. შემთხვევითი წინდაუხედაობა

თავი II ჯანმრთელი და ავადმყოფი ბავშვის მოვლა

„ბავშვს თავისი განვითარების რიტმი გააჩნია, რომელიც არ ემთხვევა დროის რიტმს და ყოველწლიურად იცვლება. ... ბავშვი არ არის უბრალოდ პატარა მოზრდილი, რომელმაც ცოტა იცის და ცოტა შეუძლია. ის არის არსება, რომელსაც თავისი საკუთარი და განსხვავებული განვითარება და ფსიქიკა გააჩნია“

ლ. ვერნადსკი.

ბავშვის სიცოცხლე, ნორმალური ზრდა და განვითარება, ჯანმრთელობა, სწორი აღზრდა, დაავადებათა პროფილაქტიკა, თუ უკვე განვითარებული პათოლოგიის დროული განკურნება მოვლის სწორ ორგანიზაციაზე დაშვარებულია. ჯანმრთელი ბავშვის მოვლის პრინციპები მნიშვნელოვნად განსხვავებულია მოვლის იმ მეთოდებისაგან, რომლებიც დაავადების დროს გამოიყენება.

ჯანმრთელი ბავშვის მოვლა პიგიენისა და დღის რეჟიმის დაცვას, რაციონალურ კვებასა და სწორ ფიზიკურ და ფსიქიკურ აღზრდას გულისხმობს.

მოვლა მუცლადყოფნის პერიოდიდან იწყება (ამ პერიოდში ბავშვზე ზრუნვა მეანგინეკოლოგების მოვალეობაა). როდესაც, სპეციფიკური და ეტაპობრივია ახალშობილის მოვლა: მოვლა დაბადების მომენტში, სამშობიარო განყოფილებაში (დარბაზში), ახალშობილთა პალატაში. ახალშობილის მოვლის ხარისხი განსაზღვრავს ბავშვთა ავადობისა და სიკვდილიანობის სიხშირეს სიცოცხლის შემდგომ პერიოდში. თავისებურია და როდესაც ჩვილი ბავშვის მოვლაც.

ავადმყოფი ბავშვის მოვლა მკურნალობის საერთო პროცესის აუცილებელი შემადგენელი ნაწილია და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მკურნალობის ეფექტურობაზე. იგი ღონისძიებათა სისტემაა და გულისხმობს:

- ანტისეპტიკისა და ასეპტიკის დაცვას;
- დანიშნულებების, სხვადასხვა სამკურნალო ღონისძიებების და მანიპულაციების ჩატარებას;

- ავადმყოფთა მომზადებას კვლევისათვის (რენტგენოლოგიური, ენდოსკოპური და სხვ.);
- პირველად ექიმამდელ დახმარებას;
- სამედიცინო დოკუმენტაციის შევსებას.

ავადმყოფ ბავშვს უვლის ყველა მედიცინის მუშაკი, მშობლები და მისი ახლობლები. მოვლის ძირითად საკითხებს წყვეტს ექიმი. იგი ადგენს ავადმყოფის საავადმყოფოში მოთავსების აუცილებლობას, რომელ და რამდენ საწოლიან პალატაშია უკეთესი ავადმყოფის მოთავსება, განსაზღვრავს ტრანსპორტირების სახეს, სანიტარული დამუშავების თავისებურებასა და რეჟიმს (წოლითი, ნახევრად წოლითი, თავისუფალი), ადგენს დიეტას და ა.შ. ექიმი ამოწმებს სწორად და დროულად სრულდება თუ არა სამკურნალო და დიაგნოსტიკური დანიშნულებანი.

ავადმყოფის სწორ მოვლას უზრუნველყოფს საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალი. მათ ფუნქციებზე გავლენას ახდენს სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულების ტიპი (სტაციონარი, პოლიკლინიკა, დისპანსერი, ბაგა, ბაღი), განყოფილების პროფილი (მისაღები, ახალშობილთა, ჩვილ ბავშვთა, მოზრდილ ბავშვთა, ოფთალმოლოგიის, ქირურგიისა და სხვ.), თანამდებობა (პალატის, სამანიპულაციო, მისაღები განყოფილების მედიცინის და, უფროსი მედიკოსი).

2.1. ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები

ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებებს მიეკუთვნება ბავშვთა საავადმყოფო (სტაციონარი), ბავშვთა პოლიკლინიკა, სამშობიარო სახლის ბავშვთა განყოფილება, ბავშვთა სანატორიუმი. ბავშვთა პროფილაქტიკური დახმარება ევალება ასევე

ისეთ სასწავლო-აღმზრდელობით დაწესებულებებს, როგორიცაა ბავშვთა სახლი, საბავშვო ბაგა და ბაღი.

ამ დაწესებულებათა დანიშნულებისა და მუშაობის სპეციფიკის ცოდნა ყველა სამედიცინო მუშაკის მოვალეობაა.

2.1.1. ბავშვთა საავადმყოფო

ბავშვთა საავადმყოფოს (სტაციონარის) როლი სამკურნალო-პროფილაქტიკურ დაწესებულებათა სისტემაში განსაკუთრებულია: იგი აღჭურვილია თანამედროვე სადიაგნოსტიკო აპარატურით, დადგენილია მკურნალობისა და პროფილაქტიკის თანამედროვე მეთოდები და დაკომპლექტებულია მაღალკვალიფიციური სამედიცინო პერსონალით.

სტაციონარის ძირითადი დანიშნულებაა:

- დაავადებათა დიაგნოსტიკება;
- გადაუდებელი თერაპია;
- მკურნალობა;
- რეაბილიტაცია.

დანიშნულების მიხედვით ბავშვთა საავადმყოფოები შეიძლება იყოს მრავალპროფილური ან სპეციალიზირებული ანუ მონოპროფილური, რომელიც მხოლოდ ერთი დაავადებით შეპყრობილ (ტუბერკულოზური, ონკოლოგიური, კარდიოლოგიური) ავადმყოფებს ემსახურება. საავადმყოფოში არის შემდეგი თანამდებობები: კლინიკის დირექტორი (საუნივერსიტეტო კლინიკაში), მთავარი ექიმი ან მენეჯერი, განყოფილების გამგეები, ექიმები (ორდინატორები), უფროსი მედდა, განყოფილების მედდები და უმცროსი სამედიცინო პერსონალი. გათვალისწინებულია პედაგოგის, ფსიქოლოგის, სოციოლოგის, იურისტისა და სხვათა თანამდებობები.

2.1.1.1. მედიცინის დის მოვალეობა ბავშვთა საავადმყოფოში

ბავშვთა საავადმყოფოში მედიკოსის მოვალეობა მრავალფეროვანია:

— ასრულებს ექიმის დანიშნულებას (ინექციები, კოტოშების, მდოგვის საფენების დადება, ოყნის გაკეთება, მედიკამენტების დარიგება);

— აგროვებს კვლევითი მასალას (განავალი, შარდი, ნახველი) და აგზავნის ლაბორატორიაში;

— ატარებს პირველად ექიმამდელ დახმარებას (ხელოვნური სუნთქვა, გულის არაპირდაპირი მასაჟი და ა. შ.);

— უვლის ბავშვის კანსა და ლორწოვანს, ახვევს ბავშვს, უცვლის თეთრეულსა და საცვლებს;

— ევალებს ავადმყოფის მიღება, განყოფილებაში მითავსება და გაწერის ორგანიზაცია;

— იცავს განყოფილებასა და პალატებში სანიტარულ მდგომარეობას, შინაგანაწესს, ავადმყოფის პირად ჰიგიენასა და სანიტარული დამუშავების ხარისხს, სისუფთავის სრულფასოვნებას;

— მეთვალყურეობას უწევს ავადმყოფი ბავშვის კვებისა და წოლითი რეჟიმის დაცვას, საკვები პროდუქტების შენახვის წესს, სახეობასა და ხარისხს;

— აწარმოებს დოკუმენტაციას (ტემპერატურის, დანიშნულების და კვების ფურცლებს, მორიგეობის მიღებისა და გადაცემის ჟურნალს, მედიკამენტებზე მითხრობას);

— აწარმოებს მონიტორულ მეთვალყურეობას, გადახრების აღნუსხვას დისპლეიზე;

— ესწრება ექიმის შემოვლას, მოახსენებს ავადმყოფის მდგომარეობის შესახებ მონაცემებს, ასრულებს ექიმის მითითებებს.

2.1.1.2. უფროსი მედდის მოვალეობა

განსაკუთრებული პასუხისმგებლობა ეკისრება უფროს მედდას. იგი განყოფილების გამგის თანაშემწის როლს ასრულებს. ხელმძღვანელობს განყოფილებისა და სამანიპულაციო ექთნების მუშაობას. უფროსი მედდა აწარმოებს ახალი ავადმყოფის მიღებისა და გასაწერი ავადმყოფების რეგისტრაციას სპეციალურ ჟურნალში. იგი წერს მოთხოვნას მედიკამენტებსა და მკურნალობისათვის აუცილებელ საშუალებებზე აფთიაქში, პასუხისმგებელია მათ შენახვასა და რაციონალურ გამოყენებაზე. მძლავრი მოქმედების მედიკამენტები უნდა გამოიწეროს ცალკე აფთიაქში წარსადგენ მოთხოვნას ამოწმებს და ხელს აწერს განყოფილების გამგე და მთავარი ექიმი.

უფროსი მედდა აკონტროლებს ბავშვთა კვების ვარგისიანობასა და დროულ გაცემას. პასუხისმგებელია სამედიცინო აპარატურაზე, ამიტომაც კარგად უნდა ერკვეოდეს მათი ხმარების წესებში. აუცილებელია, ყოველდღიურად შეამოწმოს განყოფილების სამედიცინო ინსტრუმენტები და ავადმყოფის მოვლა-მკურნალობისათვის საჭირო საგნები და დროულად შეაგოს დანაკლისი. განყოფილების უფროსი ექთანი ადგენს ექიმის თანაშემწეების და მომვლელების მორიგეობის გრაფიკს და რომელიმე მათგანის სამსახურში გამოუცხადებლობის შემთხვევაში ვალდებულია, შეცვალოს სხვა თანამშრომლით.

უფროსი ექთანი ასწავლის განყოფილების ყველა მედდას მედიკამენტების დარიგების წესებს. მორიგე ექთანი და უფროსი მედდა ვალდებულია კვირაში 1-2-ჯერ მონაცვლეობით ავადმყოფის დედებთან ჩაატარონ საუბარი ბავშვის მოვლის, წვეთოვანი თუ ნაწლავური ინფექციებისაგან დაცვის შესახებ, ძუძუთი კვების აუცილებლობისა და წესის შესახებ. თუ აუცილებელია ბავშვის შერეულ ან ხელოვნურ კვებაზე გადაყვანა, ექთანმა უნდა ასწავლოს დედას ნარეგების გაშჩადება სპეციალურ ჭურჭელში, მათი წინასწარი დამუშავება.

2.1.1.3. უმცროსი სამედიცინო დის მოვალეობა

უმცროსი სამედიცინო პერსონალია უმცროსი სამედიცინო და („სანიტარი“), სანიტარი-მებუფეტე, სანიტარი-დამლაგებელი. უმცროსი სამედიცინო დის მოვალეობაა:

— პალატების, დერეფნების, ფოიეს და შენობის სხვა ტერიტორიის დასუფთავება-დამლაგება სველი წესით;

- ავადმყოფის თეთრეულის, საცვლების გამოცვლა; ღამის ქოთნის დასუფთავება;
- პალატის სანიტარული დამუშავება;
- ავადმყოფის წაყვანა სადიანოსტიკო კაბინეტში;
- საკვლევი მასალის ჩაბარება ლაბორატორიაში.

2.1.1.4. მორიგეობის გადაბარება

სამუშაო საათების დამთავრების შემდეგ მედდას არა აქვს უფლება დატოვოს ექთნის პოსტი, სანამ მორიგეობას არ გადააბარებს თავის კოლეგას. ისინი ერთად ყურადღებით არჩევენ მძიმე პაციენტის ირგვლივ არსებულ პრობლემურ საკითხებს, ამოწმებენ პალატების სანიტარულ მდგომარეობას, ავადმყოფთა პირად პიგიენას, ხდება თერმომეტრების, შპრიცების, მედიკამენტების, ინვენტარის გადაცემა. მორიგეობის გადაბარების სპეციალურ დაფთარში მორიგე მედდა აღწერს ჩატარებული მუშაობის ანგარიშს და დანიშნულების შესრულების მოცულობას, შეაქვს მონაცემები მედიკამენტების, მათ შორის, ძლიერ მომქმედი პრეპარატების გაცემის შესახებ.

2.1.1.5. სამედიცინო საგუშაგო („პოსტი“)

სამედიცინო საგუშაგო მედიცინის დის სამუშაო ადგილია. ავადმყოფებზე მუდმივი ზედამხედველობის მიზნით საგუშაგო ისეა განლაგებული, რომ მედდას შესაძლებლობა აქვს

ყურადღება მიაქციოს პალატაში მყოფ ყველა ავადმყოფ ბავშვს. „პოსტი“ ავადმყოფებისაგან მინის კელითაა გამოყოფილი. მისი აღჭურვილობაა: მაგიდა სამედიცინო დოკუმენტებისათვის, კარადა მედიკამენტებისათვის, მაცივარი, მაგიდის ელნათურა, ტელეფონი. მაგიდა და კარადა იკეტება, გასაღები შედგას აბარია, რომელსაც მხოლოდ თავის შემცველ კოლეგას გადასცემს.

სამედიცინო დოკუმენტებია:

- ბავშვის ავადმყოფობის ისტორია (იურიდიული დოკუმენტი და მასში შესწორების შეტანა დაუშვებელია);

- დანიშნულების ფურცელი მედიკოსის (შეტანილია ექიმის დანიშნულება, აღნიშნულია რეჟიმისა და დიეტის ხასიათი);

- ტემპერატურის ფურცელი, სადაც შედგა ყოველდღიურად აღნიშნავს სხეულის ტემპერატურას, მაჯისცემას, სუნთქვას, კუჭის მოქმედებისა და დიურეზის სისწირეს, დღე-ღამეში მიღებული სითხის რაოდენობას;

- მორიგეობის გადაბარების დავთარი, სადაც შეტანილია ავადმყოფთა საერთო რაოდენობა, მიღებულ, გაწერილ, შიში და საყურადღებო ავადმყოფთა სია კლინიკური დიაგნოზების მითითებით;

- ავადმყოფთა გადაადგილების დავთარი;

- სასწრაფო შეტყობინების ბარათი. იგი უნდა შეიცოს საშიში ინფექციების, კვებით მოწამულების დროს და გადაიგზავნოს სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიურ სადგურში.

2.1.1.6. სამკურნალო საშუალებები, მათი სახეები, შენახვის და გაცემის წესი

ნივთიერებას, რომელიც გამოიყენება მკურნალობის, პროფილაქტიკისა და დაავადებათა დიაგნოსტიკის მიზნით სამკურნალო ნივთიერება ეწოდება. ერთი ან რომელიმე სამკურნალო ნივთიერების შემცველ და განსაზღვრული სამკურნალო ფორმით გამოცემულ სამკურნალო საშუალებას სამკურნალო პრეპარატი ეწოდება. სამკურნალო პრეპარატის ფორმას, რომელიც მის გამოყენებას გაადვილებს, წამლის ფორმა ეწოდება. არსევენ წამლის შემდეგ ფორმებს: მკვრივი (ტაბლეტი, დრაჟე და სხვ.), თხიერი (ხსნარი, ნაყენი, მიქსტურა და სხვ.) და რბილი (მალაშო, სუპოზიტორიები).

მკვრივი წამლის ფორმებიდან ფართოდაა გავრცელებული ტაბლეტი და დრაჟე. წამლის ეს ფორმები ხელსაყრელია ტრანსპორტირებისა და შენახვისათვის. ტაბლეტი (tablettae) მკვრივი, დოზირებული წამლის ფორმაა, რომელიც ქარხნული წესით შხადდება და გამიზნულია ორალური გზით გამოყენებისათვის. იგი მრგვალი ან ოვალური ფორმისაა, ბრტყელი ან ორმხრივ ამოზნექილი ზედაპირი აქვს. ტაბლეტის შემადგენელი კომპონენტებია სამკურნალო საშუალება და დამატებითი ნივთიერება (შაქარი, სახამებელი, ნატრიუმის ჰიდროკარბონატი, კაკაო). ტაბლეტი შეიძლება იყოს გარსიანიც. გარსის სახით იხმარება პურის ფქვილი, სახამებელი, შაქარი, კაკაო, კვებითი საღებავი.

დრაჟე (Dragee) მკვრივი დოზირებული წამლის ფორმაა შინაგანი გამოყენებისათვის. დრაჟირება შაქრის გრანულებთან სამკურნალო საშუალებისა და დამატებითი ნივთიერებების მრავალჯერადი ფენების შექმნით ხდება.

ფხვნილი (Pulvis) მკვრივი სამკურნალო წამლი ფორმაა გარეგანი და შინაგანი გამოყენებისათვის, რომელსაც ფხვიერი ფორმა აქვს. იმ შემთხვევაში, თუ ფხვნილს აქვს უსიამოვნო სუნი, გემო, გამაღიზიანებელი თვისებები, მას ათავსებენ სახამებლის კაფსულაში. კაფსულა სამი სახისაა: რბილი ანუ ელასტიკური, მკვრივი და სახურავიანი.

თხიერი სამკურნალო საშუალებაა ხსნარი (Solutio), რომელიც მიიღება მკვრივი სამკურნალო საშუალების გამხსნელში გახსნით. იგი ორი ინგრედიენტისაგან შედგება: გამხსნელისა და გასაჰსნელისაგან. გამხსნელია გამოხდილი წყალი, კიოლის 70, 90 ან 95%-ანი სპირტი, ატმის, ვაზელინის ზეთი.

ხსნარი უნდა იყოს გამჭვირვალე არ უნდა შეიცავდეს ფიფქებს, ნალექს. თხიერი სამკურნალო საშუალებებია ასევე ნაყენი, ექსტრაქტი, ნახარში, ეშკოსია, მიქსტურა, სუპენზია.

თხიერ საშუალებებს ღებულობენ გრადუირებული ჭიქით, სუფრის, დესერტის ან ჩაის კოვზით, წვეთებით.

ექთანი სამკურნალო საშუალებებს ინახავს სპეციალურ კარადაში, რომელიც კარგად იკეტება. მედიკამენტები უნდა დახარისხდეს და დალაგდეს ჯგუფებად, გაუკეთდეს შესაბამისი წარწერა: სტერილური, შინაგანი, გარეგანი, საინექციო, თვალის წვეთები. კარადის უკანა კედელთან თავსდება ის წამლები, რომლებიც ძალიან ჭურჭელშია მოთავსებული, რაც ეტიკეტის წაკითხვასა და მედიკამენტის სწრაფად შერჩევას აადვილებს.

მომწამვლეელი და ძლიერ მოქმედი სამკურნალო საშუალებები ინახება მცირე ჭიქის სეიფში ან მეტალის კარადაში. სეიფს, რომელშიც მოთავსებულია მომწამვლეელი და ნარკოტიკული საშუალებები აქვს წარწერა „ა“, ხოლო სეიფს, რომელშიც ძლიერმოქმედი მედიკამენტებია - „ბ“. სეიფებში ინახება ასევე ძლიერმოქმედი და ტოქსიკური ნივთიერებების ჩამონათვალი, მითითებულია მათი ერთჯერადი და სადღეღამისო მაქსიმალური დოზები (ბავშვის ასაკის გათვალისწინებით), აქვეა შესაბამისი შხამსაწინააღმდეგო პრეპარატების (ანტიდოტი) ნუსხა.

სეიფის გასაღები ოფიციალურ პირს აბარია, რომელიც სისხლის სამართლის პასუხისმგებლობაში მიეცემა თუ დაარღვევს პრეპარატის შენახვის წესს ან მოხდება მისი დატაცება.

ფაბრიკული წესით დამზადებული სამკურნალო საშუალებები მარკირებულია არანაკლებ ხუთი ციფრით. მარჯვნივ, ორი უკანასკნელი ციფრი გამოცემის წელია, შემდეგი ორი — თვე, დანარჩენები — კი ფაბრიკის სერიის ამსახველია. ამ პრეპარატების ვარგისიანობა საშუალოდ 2-5 წელია.

აფთიაქებში დამზადებული სამკურნალო საშუალებათა შენახვის ვადა მოკლეა: 2 დღე ინახება საინექციო ხსნარები, თვალისა და ყურის წვეთები, ნაყენი, ნახარში; 3 დღე — ემულსია; 10 დღე — სხვა სამკურნალო საშუალებები. სამკურნალო საშუალებების ვარგისიანობის მაჩვენებელია მათი გარეგანი სახის შეცვლა, ფიფქების, ნალექის გაჩენა, ფერის და სუნის შეცვლა.

თხიერი სამკურნალო საშუალებები ინახება მაცივარში (2°C -დან 10°C -მდე), ზოგიერთი სამკურნალო საშუალება (ბრომი, იოდი) სწრაფად იშლება სინათლეზე, ამიტომ ათავსებენ შავი მინის ჭურჭელში ან ბნელ კარადაში.

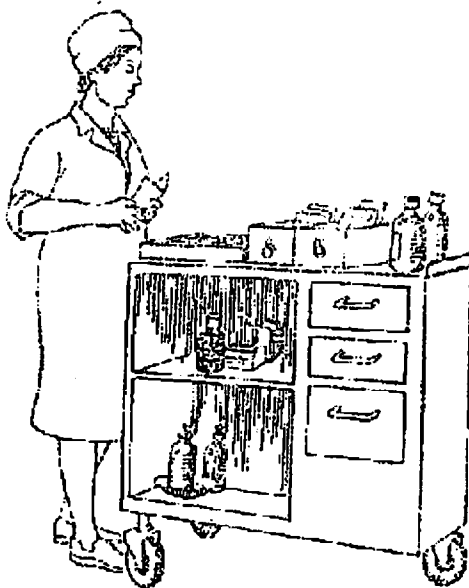
აკრძალულია სადღეწინფექციო და ტექნიკური მიზნებისათვის გამოსაყენებელი ხსნარების სამკურნალო საშუალებებთან ერთად შენახვა. მედიცინის დას არა აქვს უფლება, სამკურნალო საშუალება გადაასხას ერთი ჭურჭლიდან მეორეში, შეუცვალოს ეტიკეტი, ერთმანეთში შეურიოს მაგ. ფხვნილი და ტაბლეტი და ა. შ.

სამკურნალო საშუალებების გაცემის წინ მედიცინის და ამოწმებს წამლის ეტიკეტს და ადარებს მას დანიშნულებასთან, ახარისხებს და აღაგებს სპეციალურ ბუდეებიან სინზე (სურათი I). ყოველ ბუდეს ავადმყოფის გვარი აწერია. საგორავ მაგიდაზე სინის გარდა მოთავსებულია წყლის ჭურჭელი, გრადუირებული ჭიქები, კოვზები, პიპეტები. წამლის დარიგების წინ მედიცინის და იბანს ხელებს საპნით. იგი საგორავი მაგიდის საშუალებით ადვილად უდგება ავადმყოფის საწოლს, რომელსაც წოლითი რეჟიმი აქვს. მოსიარულე ბავშვები კი დამოუკიდებლად მიდიან მაგიდასთან და მედიის მეთვალყურეობით იღებენ სამკურნალო საშუალებას.

მცირე ასაკის ბავშვებში, უმეტესად, თხიერი სამკურნალო საშუალებები გამოიყენება. საჭიროა ტაბლეტი მიღების წინ კარგად დაიფხვნას და გაისხნას ვაჟინში ან საკვებში. თუ ბავშვი უარს ამბობს წამლის მიღებაზე, საჭიროა ორი თითით ლოყებზე ფრთხილად ზეწოლა და ცხვირზე ხელის მოჭერა. ამ მომენტში ბავშვი პირს აღებს და ყლაპავს სამკურნალო საშუალებას.

მედიცინის და ქაღალდს, რომელშიც შეყვთულია ფხვნილი, ხსნის და აძლევს ღარის ფორმას, შიგთავსს აყრის ბავშვს ენაზე და დააყოლებინებს წყალს. ტაბლეტის მიღების შემდეგ ბავშვმა უნდა იცოდეს, რომ წყალი მცირე, მაგრამ ხშირი ყლოუბებით დააყოლოს, რადგან წყლის ჭარბი ულუფა ტაბლეტს გვერდს აუყლის და მისი გადანაცვლება გაძნელებდა.

მიქსტურა, ნახარში და სხვა თხიერი სამკურნალო საშუალებები გრადუირებული ჭიქით (5, 10, 15, 20 მლ) ან კოვჩით ეძლევათ. ჩაის კოვჩი წყლის ხსნარის 5 მლ-ს იტყვს, დესერტის — 10 მლ-ს, სუფრის — 15 მლ-ს; 1 მლ წყალი შეიცავს 20 წვეთს. ერთჯერადი მიღებები გამოიყენება თხიერი ექსტრაქტების მდიდრისათვის.



სურათი 1. მოძრავი შავიდა მედიკამენტებისათვის

წოგიერთი პრეპარატი ენის ქვეშ ან რექტალურად გამოიყენება (სანთლის სახით). ხშირად სამკურნალო საშუალებები პარენტერალურად შეჰყავთ. ინექციისათვის იხმარება ფაბრიკული წესით დამზადებული ამპულები ან ფლაკონები. მათზე აღნიშნულია პრეპარატის სახელწოდება, მისი კონცენტრაცია და მოცულობა, ვარგისიანობის ვადა.

2.1.1.7. ბავშვთა საავადმყოფოს სტრუქტურა

ბავშვთა შრავალპროფილური საავადმყოფო შედგება მისაღები, ახალშობილთა, ჩვილ და მოზრდილ ბავშვთა, რეანიმაციული, ქირურგიული და სხვა სპეციალიზირებული განყოფილებებისაგან.

მისაღები განყოფილების მიზანია ავადმყოფი ბავშვის მიღებისა და პოსიმტალიზაციის ორგანიზაცია.

მისაღები განყოფილება შედგება მოსაცდელის, მისაღების, ავადმყოფის გასასინჯი ოთახის, ბოქსების, სანატორიის, ექიმის კაბინეტის, სამოცდელ ოთახისა და ლაბორატორიისაგან. აქვეა სამედიცინო პერსონალის ოთახი, ტუალეტი და სხვა.

მისაღები განყოფილების დანიშნულებაა:

— ავადმყოფთა მოძრაობის (მიღებული, გაწერილი, გადაყვანილი, გარდაცვლილი) რეგისტრაცია;

- ავადმყოფთა საექიმო შემოწმება;
- გადაუღებელი დახმარება;
- სანატორიული დამუშავება;
- შესაბამისი განყოფილებაში გადაყვანა;
- ინფექციით ავადმყოფთა იზოლაცია.

მისაღები განყოფილების ექთანმა უნდა შესძლოს სასწრაფოდ შეაფასოს ავადმყოფის სიმძიმე და ჩააყენოს საქმის კურსში მორიგე ექიმი.

მნიშვნელოვანია აღინიშნოს, რომ ექიმისა და მედიკოსის ტაქტიკური დამოკიდებულება ავადმყოფი ბავშვის მშობლებთან, სამედიცინო მანიპულაციების (კანქვეშა, ინტრამუსკულარული,

ინტრავენური ინექციები, ოყნები, აბაზანები და სხვა) მარჯვედ გაკეთება განაპირობებს ნდობის ფაქტორის საავადმყოფოს მიმართ.

მისაღები განყოფილების ექთანი აწარმოებს ავადმყოფის რეგისტრაციას ჰოსპიტალიზაციის დავთარში (№ 001-უ ფორმა), ავსებს ავადმყოფის ისტორიის (№ 003-უ ფორმა) სატიტულო გვერდს, ანტროპომეტრული და სხეულის ტემპერატურის მონაცემები შეაქვს ისტორიაში. ექიმის მითითებით ატარებს პედიკულოზზე შემოწმებას, სანდაშუშავებას, ჰიგიენურ აბაზანას, ფრჩხილების შეკრეჭას.

ავადმყოფებს, რომელსაც ჩაუტარდა პირველი დახმარება და მისი მდგომარეობა სტაციონარში მკურნალობის გაგრძელებას არ საჭიროებს, უშვებენ ბინაზე მონაცემები კი შეაქვთ ამბულატორულ-სარეგისტრაციო დავთარში (№ 047-უ ფორმა).

ავადმყოფის გადაადგილება

სანიტარული დაშუშავების შემდეგ ბავშვი გადაჰყავთ განყოფილებაში (სურათი 2).

მძიმე ავადმყოფების გადასადგილებლად გამოყოფილია მოძრავი საკაცე (რომელზეც გადაფარებულია სუფთა ზეწარი) ან სავარძელი. უმძიმეს ავადმყოფებს დაუყოვნებლივ ათავსებენ რეანიმაციის განყოფილებაში.

საკაციდან საწოლზე ავადმყოფის გადაყვანა (სურათი 3) შემდეგნაირად ხდება: მედდა ერთ ხელს ამოუდებს ბავშვს ბეჭების, ხოლო მეორეს — მენჯის არეში, ბავშვი კი ხელებს შემოახვევს კისერზე, თუ ორი მედპერსონალია, მაშინ ერთი დაიჭერს ბეჭებისა და წელის, მეორე კი — ღუნდულობისა და წვივების არეში და ფრთხილად დააწვენენ ბავშვს საწოლში. თუ ბავშვი დიდია, ერთი ადამიანი იკავებს თავისა და ბეჭების არეს, მეორე — მენჯსა და ბარძაყებს, მესამე — მუხლებზე არეებსა და წვივებს.

ავადმყოფის საკაციდან საწოლზე გადაყვანის დროს (სურათი 4) საკაცეს საწოლის მიმართ სწორი კუთხით ათავსებენ ისე, რომ მისი ფეხის ნაწილი საწოლის თავის ნაწილთან იყოს ახლოს (პირველი ვარიანტი), აკეთებენ ნახევარ ბრუნს (90°) და აწვენენ ბავშვს საწოლში. თუ ტექნიკურად საკაცის ამდაგვარი მოთავსება შეუძლებელია, მაშინ მას საწოლის პარალელურად ათავსებენ (მე-2 ვარიანტი) ან სხვა ხელსაყრელ მდგომარეობას შეარჩევენ (მე-3 და მე-4 ვარიანტები). ავადმყოფის საწოლზე გადაყვანამდე ამოწმებენ საწოლის შზადყოფნას.

ჩვილ ბავშვთა განყოფილება. ჩვილ ბავშვთა განყოფილებას უნდა ჰქონდეს ბოქსირებული და არაბოქსირებული პალატები და დამხმარე სათავსოები.

ბოქსების დანიშნულებაა ინფექციური დაავადებით ან ინფექციაზე საეჭვო ავადმყოფთა იზოლაცია. გამოყოფილია ღია (ნახევრად ბოქსირებული) და დახურული ბოქსები. ღია ბოქსში ავადმყოფთა საწოლებს შორის ტიხარია, იზოლაცია არასრულია და ინფექციის გადაცემისაგან სრული დაცვა არ ხდება. დახურული ბოქსი ჭერამდეა ტიხარით გამოყოფილი, აქვს თავისი კარები და პალატის ნაწილს წარმოადგენს.

მედდას უნდა ჰქონდეს დღის რეჟიმი. დღის რეჟიმი მოიცავს შემდეგ ელემენტებს: გაღვიძება, სხეულის ტემპერატურის განსაზღვრა, ექიმის დანიშნულების შესრულება, ექიმის შემოვლა, სამკურნალო — დიაგნოსტიკური პროცედურები, საკვების მიღება, პალატის დალაგება და განთავება, ძილი. მნიშვნელოვანია სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური ღონისძიებების ჩატარება. ექიმის დანიშნულებას, რომელსაც მედდა ექიმის შემოვლაზე დასწრებისას იღებს, უსუსტად ასრულებს, მან იცის რომელ პალატაში რა დაავადების მქონე ავადმყოფი წევს და მასზე მინდობილი პაციენტი განუწყვეტლივ მისი მეთვალყურეობის ქვეშაა. ექთანი ფლობს ხელოვნური სუნთქვის, გულის არაპირდაპირი მასაჟის ტექნიკას. მას შეუძლია ბავშვის ზონდით კვება, ავადმყოფი ბავშვის პირის ღრუს მოვლა, გასტრალური და დუოდენალური ზონდაჟი, ნაღვლის ბუშტის ყრუ გამორეცხვა, ნახველის ამოქაჩვა ელექტროამოსაქაჩით. იცის განყოფილებაში არსებული სამედიცინო აპარატურის (ჟანგბადის კარავი, ხანგრძლივი ინფუზორი თერაპიისათვის საჭირო ხელსაწყოები, ცივი და ცხელი ინჰალატორები) გამოყენება, შარდის, განავლისა და ნახველის შეგროვება როგორც კლინიკური, ისე ბაქტერიოლოგიური ანალიზისათვის. იგი ტემპერატურას ავადმყოფებს უზომავს 2-ჯერ: დილით 7-8 სთ-ზე და საღამოს — 18-19 სთ-ზე. თუ

ექიმი მიიჩნევს საჭიროდ შეიძლება ტემპერატურის გაზომვა ორ საათში ერთხელაც. ექთანს მიღებულ მონაცემებს გრაფიკულად აღნიშნავს ტემპერატურის ფურცელზე, სადაც შეაქვს ასევე მოშარდვის, ნაწლავთა მოქმედების, ღებინების, მიღებული მედიკამენტების სიხშირე, გაკეთებული სამედიცინო მანიპულაციის ხასიათი და სიხშირე. აქვე აღნიშნავს მიღებული საკვების ხასიათსა და რაოდენობას, რაც შეესება ცვლილებებს, დღის განმავლობაში ავადმყოფზე შემჩნეულს (უმაღლობა, ჭირვეულობა, უძილობა, კრუნჩხვა), ამას ექთანი ზეპირად ახსენებს ექიმს საკუთარ რეგულში გაკეთებული ჩანაწერიდან.

განყოფილებაში სანიტარულ-ეპიდემიოლოგიური რეჟიმის დაცვა გულისხმობს, პირველ რიგში, პალატებისა და პალატაში არსებულ საგანთა (საწოლი, მაგიდა, სკამი, ჭურჭლისა და საკვების შესანახი კარადა, ტუშპო და სხვ.) დასუფთავებას. პალატების დალაგება ხდება დღეში 2-ჯერ სველი წესით, რისთვისაც გამოიყენება სადეზინფექციო ხსნარები.

სადეზინფექციო საშუალებებია საპნისა და სოდის ნარევი, ქლორამინი, ქლორიანი კირის ხსნარი და იმპორტული სადეზინფექციო ხსნარები („ლიზეტოლი“, „საგროსეპტი“, „მიკროციდი“).

ქლორამინი გამოყენების წინ მზადდება 2-5%-იანი ხსნარის სახით. ქლორამინის ფხვნილი იხსნება მცირე რაოდენობის ცხელ ($50-60^{\circ}\text{C}$) წყალში და ემატება წყლის საჭირო რაოდენობა. ასე მაგ., 2%-იანი ხსნარის დასამზადებლად საჭიროა 20 მგ ქლორამინი და 980 მლ წყალი.

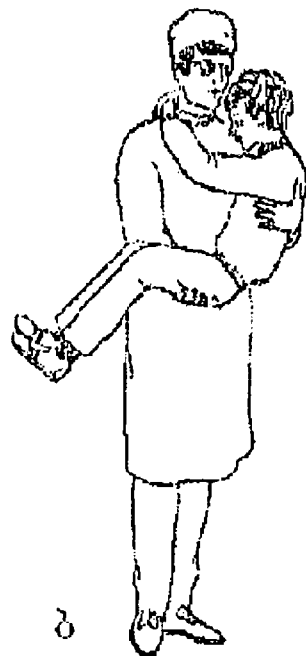
ქლორიანი კირის ხსნარი მზადდება შემდეგნაირად: ქლორიანი კირის ფხვნილს ემატება წყლის თანაბარი რაოდენობა, მიიღება ფაფისებური მასა, რომელსაც აზავებენ მანამ, სანამ 10%-იან ან 20%-იან ხსნარს არ მიიღებენ. ნარევი ინახება 24 სთ, რის შემდეგაც გამჭვირვალე სითხე გადააქვთ მუქი შუშის საცობიან რეზერვუარში. სამუშაო ხსნარები (0,1-5%-იანი) მზადდება ძირითადისაგან. მაგ., 0,1%-იანი ხსნარის მოსამზადებლად 100 მლ ძირითად ხსნარს ემატება 2,9 ლ წყალი. საპნის და სოდის თანაბარი რაოდენობის ნარევისაგან კი მზადდება 4 ან 5%-იანი ხსნარი.

სადეზინფექციო ხსნარები გამოიყენება მიმდინარე, საბოლოო და პროფილაქტიკური დეზინფექციისათვის.

მიმდინარე დეზინფექცია გულისხმობს ავადმყოფის მიერ გამოყენებული ჭურჭლის, მოვლის საგნების, თეთრეულისა და სხვათა დამუშავებას სადეზინფექციო ხსნარებით. საბოლოო დეზინფექციას ატარებენ დეზბაზის თანამშრომლები ავადმყოფის გაწერის შემდეგ; პროფილაქტიკურში კი შედის სახმარი წყლის ადუღება ან ქლორირება, სააბაზანოების, საპირფარეშოების და პალატების დასუფთავება სადეზინფექციო ხსნარით.

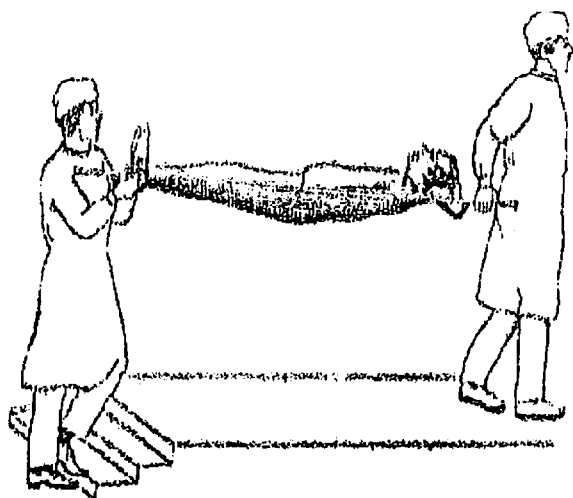
ექთანი ყურადღებას აქცევს, მნახველებმა არ შეიტანონ პალატაში ისეთი საკვები და ნივთები, რომელნიც სახიფათო აღმოჩნდებიან ავადმყოფისათვის. მაგალითად: კონსერვები, ძეხვეული, საქმელი, რომელიც შეიძლება ადვილად ამჟავდეს. მოტანილი საქმელი არ შეიძლება, ინახებოდეს პოლიეთილენის ჭურჭელში, იგი ინახება მაცივარში ან მომინანქრებულ ჭურჭელში და აუცილებლად თავდაზურულია. ექთანმა უნდა აუკრძალოს მარცვლისმგავარი ნაწილაკებისაგან შემდგარი ან წვეტიანი, ბასრი კიდეების მქონე სათამაშოებით თამაში, რადგან ასეთი სათამაშოთი ბავშვი შეიძლება დაშავდეს. სათამაშოები უნდა იყოს რბილი, გაკეთებული ადვილად გასარეცხი და დასამდურრი მასალისაგან.

როდესაც ბავშვი თავმდგურის გარეშეა, მაშინ მისი მოვლა მთლიანად ეკისრება მედდას. მან უნდა გადააყენოს, ჩაბანოს და ჩააცვას ბავშვს, კვების დანიშნულებისამებრ. თუ ბავშვი ჭირვეულობს და ტირის ექთანმა უნდა გამოიჩინოს მოთმინება, დაუყვავოს ბავშვს და თუ საჭიროა, ხელშიც აიყვანოს ან დააგალოს პალატის მომვლელს ხელით ატაროს გარკვეული დროის განმავლობაში.

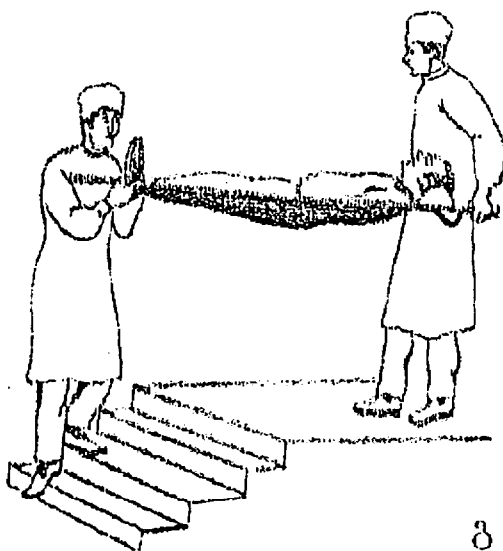


ა

ბ



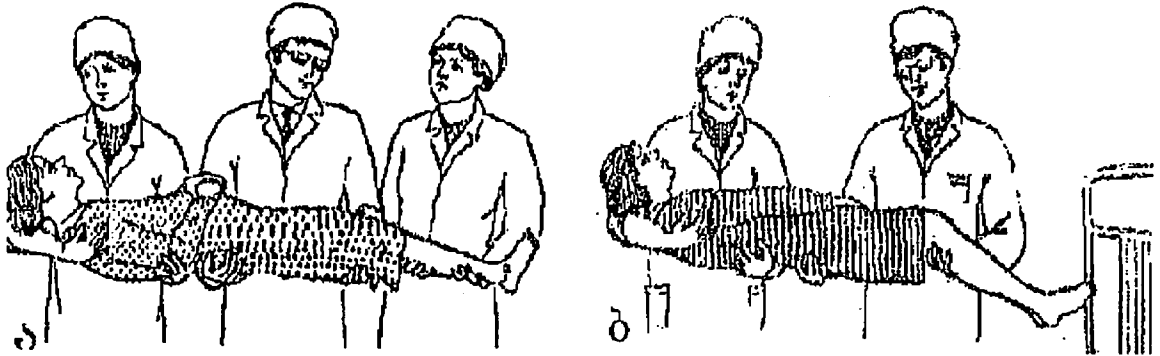
სურათი 2. ავადმყოფის ტრანსპორტირების წესი:
 ა - ჩვილი ბავშვის გადაადგილება;
 ბ - ბავშვის ხელით გადაყვანა;
 გ - კბიწზე ასვლის და ჩამოსვლის წესი.



გ

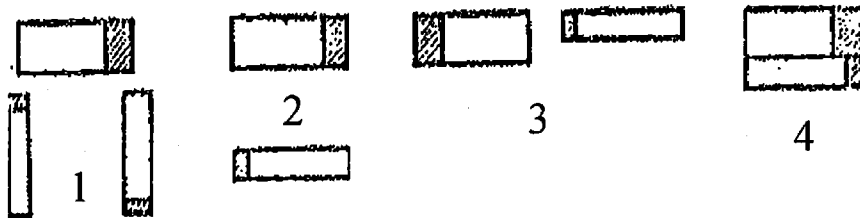
ექიმის თანაშემწის მოვალეობაში შედის, მოსთხოვოს პალატის მომვლელს ღამის ქოთნების, პალატების, სააბაზანოებისა და საპირფარეშოების სისუფთავე, ნაწლავური ინფექციის საშიშროების შემთხვევაში (თუ განყოფილებაში შემთხვევით მოხვდა ავადმყოფი ნაწლავთა მოქმედების აშლილობით), საპირფარეშოები, კარების სახელოურები და ღამის ქოთნები უნდა დამუშავდეს 10% ქლორამინით.

ინტენსიური თერაპიის განყოფილება. ინტენსიური თერაპიის ექიმის თანაშემწეს, გარდა ზემოაღნიშნულისა, მოეთხოვება ზოგიერთი აპარატის გამოყენების ცოდნა. ასე მაგალითად: პორტატული ეკგ-ის, რენტგენის, მონიტორების ხმარება; ინტუბაციისათვის, ვენასექციისა და კათეტერიზაციისათვის ხელსაწყოების მომზადება და სტერილიზაცია; გადაუდებელი დახმარებისათვის საჭირო მედიკამენტებისა და ხელსაწყოების ყოველდღიური შემოწმება, შევსება.



სურათი 3. ავადმყოფის საწოლში გადაყვანის წესი:

- ა - ავადმყოფი გადაჰყავს ორ ადამიანს;
- ბ - ავადმყოფი გადაჰყავს სამ ადამიანს.



სურათი 4. საკაცის მდებარეობა საწოლთან მიმართებაში

თითქმის ყოველთვის, ინტენსიური თერაპიის დროს, საჭირო ხდება ოქსიგენოთერაპია. ოქსიგენოთერაპიის რამდენიმე მეთოდი არსებობს: ჟანგბადის ინჰალაცია ცხვირტუჩის არეში სპეციალური სველი დოლბანდგადაკრული სატუჩეთი, ძაბრით ან საწოვართი, ცხვირის კათეტერით, სპეციალური ნილბით და ჟანგბადის კარვით. ეს უკანასკნელი ყველაზე უფრო ეფექტურია. ამ შემთხვევაში შესაძლებელია ჟანგბადის დოზირება, მისი კონცენტრაციის გაზრდა ან შემცირება, ამავე დროს არ იზღუდება ბავშვის მოძრაობა. დანარჩენი მეთოდები ნაკლებად რაციონალურია, რადგან გარდა იმისა, რომ იკარგება ჟანგბადის გარკვეული რაოდენობა, დიდი ნაკადი იწვევს სასუნთქი გზების გამოშრობასა და გაღიზიანებას. ოქსიგენოთერაპიის აუცილებელი პირობაა ტენიანი ჟანგბადის მიწოდება, რისთვისაც შეიძლება გამოყენებული იქნას ბობროვის აპარატი.

2.1.2. ბავშვთა პოლიკლინიკა

ბავშვთა პოლიკლინიკა უზრუნველყოფს ჯანმრთელი და ავადმყოფი ბავშვის რაიონულ სამკურნალო-პროფილაქტიკურ სამსახურს.

ბავშვთა პოლიკლინიკას გააჩნია პედიატრიული განყოფილება, სპეციალიზირებული კაბინეტები (ნევროპათოლოგი, ოტორინოლარინგოლოგი, ტრამატოლოგი, ქირურგი და სხვა), დიაგნოსტიკური განყოფილება, ფიზიოთერაპიის და სამკურნალო ფიზკულტურის კაბინეტი, საპროცედურო. ბავშვთა პოლიკლინიკაში ივსება „ბავშვის განვითარების ისტორია“.

ბავშვთა შორის პროფილაქტიკურ მუშაობას ძირითადად ბავშვთა პოლიკლინიკები ახორციელებენ უბნის ექიმისა და ექთანის მეშვეობით. ამ უკანასკნელს ევალება როგორც პროფილაქტიკური სამუშაოს ჩატარება, ისე მასზე გაპროგნოზებულ უბნის მოსახლეობაში სანგანმანათლებლო ღონისძიებათა ორგანიზაცია. უბნის ექთანი ეხმარება უბნის ექიმს საექიმო საქმიანობაში. კერძოდ, ექთანი ექიმს ეხმარება ავადმყოფთა პოლიკლინიკაში მიღების დროს, წინასწარ ამზადებს შპადელებს, რეცეპტის ბლანკებს, განვითარების ისტორიებს, ბლანკებს ცნობებისა და მიმართვებისათვის. ამას გარდა, ექთანი წონის და ზომავს მიღებაზე მოსულ ბავშვს, აძლევს მშობლებს ბავშვის სწორი მოვლისა და აღზრდის საკითხებთან დაკავშირებით რჩევას. საჭიროების შემთხვევაში, აკეთებს ამონაწერს განვითარების ისტორიიდან და მიმართვებს ლაბორატორიებსა და სხვადასხვა კაბინეტებში, რასაც ხელს აწერს ექიმი.

პოლიკლინიკაში მომუშავე უბნის ექთანი, როგორც წესი, ეწევა პატრონაჟულ მუშაობას, ე.ი. აკეთებს აქტიურ ვიზიტაციას ორჯერადად ფენშიძე ქალთან, კვირაში ერთხელ ახალშობილთან, თვეში 2-ჯერ 1-დან 5 თვემდე ასაკის ბავშვთან, თვეში ერთხელ 1 წლამდე ასაკის ბავშვთან და 3 თვეში ერთხელ 1-დან 2 წლამდე ასაკის ბავშვებთან.

პატრონაჟის დროს ექთანი აფასებს ბავშვის ზოგად მდგომარეობას: ძილს, ნაწლავთა მოქმედების სიხშირეს, ტროფიკას, მადასა და სხვ. განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა კვებას. ექთანი ეხმარება დედას ბავშვის სწორი კვებისა და აღზრდის ორგანიზაციაში. პატრონაჟის პრინციპები ასაკის შესატყვისად დიფერენცირებულია.

განსაკუთრებული როლი ენიჭება უბნის ექთანს პროფილაქტიკური აცრების ორგანიზაციაში. იგი ვალდებულია, განვითარების ისტორიაში ზუსტად აღნიშნოს აცრის თარიღი, ვაქცინის სახე და ნომერი. ამის შემდეგ თვალყური ადევნოს რევაქცინაციის ვადების დაცვას. მკაცრად უნდა იცოდეს და დაიცვას ვაქცინაციის უკუჩვენებები.

უბნის ექთანი ვალდებულია, უზრუნველყოს თავისი უბნის ყველა ბავშვის სრული გამოკვლევა ვიწრო სპეციალისტების მიერ (ნევროპათოლოგი, ოფთალმოლოგი, ორთოპედი და სხვ.) სისხლის, შარდისა და განაგლის გამოკვლევის პარალელურად. ამით იწყება ბავშვის მომზადება ბავსა და ბაღში წასასვლელად. ერთი თვით ადრე ექთანი დედას აფრთხილებს, რომ ბავშვი მიაჩვიონ ბავს—ბაღში არსებულ რეჟიმს კვებისა თუ დღის ძილის თვალსაზრისით.

2.1.3. ბავშვთა სახლი

ბავშვთა სახლი განკუთვნილია ობოლი, მიგდებული, ფიზიკური ან ფსიქიკური დეფექტის მქონე ბავშვთა რჩენისა და აღზრდისათვის. ბავშვებს, სპეციალური მომვლელი პერსონალის მეთვალყურეობის პარალელურად, მუდმივი სამკურნალო-პროფილაქტიკური ღონისძიებანი უტარდებათ, რაშიც წამყვანი როლი ექიმთან ერთად შედის ენიჭება.

2.1.4. ბავშვთა ბაგა და ბაღი

ბავშვთა ბაგა და ბაღი სკოლამდელი დაწესებულებებია. ბაგა 3 წლამდე, ხოლო ბაღი 3-დან 6-7 წლამდე ასაკის ბავშვთა აღზრდისათვისაა განკუთვნილი.

ბავშვთა ბაგებსა და ბაღებში ბავშვთა ჯანმრთელობაზე, დღის რეჟიმის, სანიტარული მდგომარეობისა და სწორი კვების კონტროლს აწარმოებს ექიმი და ექთანი. ექიმის თანაშემწე, ბავშვთა რაოდენობიდან გამომდინარე, შეიძლება იყოს ორი: უფროსი მედდა და მედდა — აღმზრდელი. უფროსი მედდის მოვალეობას შეადგენს ბავშვთა ჯანმრთელობაზე ყოველდღიური ზრუნვა, დილით შემოვლა და ავადმყოფი თუ შეუძლოდ მყოფის გამოვლენა და იზოლირება. თუ რომელიმე ბავშვი არ გამოცხადდა, ექთანმა უნდა დაადგინოს მიზეზი, რათა არ გამოეპაროს

ინფექციური დაავადება, რომელიც შეიძლება გახდეს მიზეზი ბავშვთა მთელს კოლექტივში დაავადების გავრცელებისა.

უფროსი ექთანი ამოწმებს ჯგუფში სანიტარულ მდგომარეობას, ოთახის ტემპერატურულ რეჟიმს და დროულ განთავსებას. ანსორციელებს ეპიდემიის საწინააღმდეგო ღონისძიებას პოლიკლინიკასა და სანებიდსადგურთან შეთანხმებით. უფროსი ექთანი და აღმზრდელი ექთანი ყოველ დღით უზრუნველყოფენ ე.წ. ფილტრის სწორ მუშაობას, ე.ი. საექვო შემთხვევაში უზომავენ ბავშვს ტემპერატურას, ათვადიერებენ ხახის ლორწოვან გარსსა და კანს, რათა რაიმე ცვლილებების შემთხვევაში გააბრუნონ სახლში, ხოლო პოლიკლინიკაში კი გააგზავნონ შეტყობინება.

ყველა ახლად მიღებული აღსაზრდელი ისინჯება ექიმის მიერ ექთნის თანდასწრებით, რათა ექთანმა შეაგოს სათანადო ფორმა №26 და შეამოწმოს პოლიკლინიკიდან მოტანილი ცნობების (ჯანმრთელობისა და ვაქცინაციის შესახებ) სრულყოფილება.

ექთანი აქტიურად ერევა ბავშვთა კვების საკითხებში, ამოწმებს ყოველდღიურ მენიუს და დამზადებული საკვების ხარისხიანობას.

გარდა ამისა, უფროსი მედიკოსი მოვალეობაში შედის აღსაზრდელების სისტემატური ანთროპომეტრია, რაც გულისხმობს მასის, სიგრძის, თავისა და გულმკერდის გაზომვა-შეფასებას, ფიზიოლოგიურ ნორმებთან შედარებას.

კითხვები:

1. რა განსხვავებაა ჯანმრთელი და ავადმყოფი ბავშვის მოვლის პრინციპებს შორის?
2. ვის ევალება ჯანმრთელი ბავშვის მოვლა?
3. რა განსხვავებაა უმცროსი და უფროსი მედიკოსის დის მოვალეობას შორის?
4. მოვლის დროს მნიშვნელობა აქვს თუ არა ბავშვის ასაკს?
5. ვინ არის პასუხისმგებელი ძლიერმოქმედი და ნარკოტიკული საშუალებების შენახვაზე და რატომ?
6. რა განსხვავებაა სამკურნალო საშუალებათა შორის?
7. რა მიზანი აქვს ექთნის საგუშაგოს ანუ პოსტს და როგორია მისი აღჭურვილობა?
8. რა მანიპულაციებს უნდა ფლობდეს ექთანი?
9. რაში გამოიხატება მორიგეობის მიღება და გადაბარება?
10. რა მონაცემები შეაქვთ ტემპერატურის ფურცელში?
11. რა მოვალეობა აკისრია უფროს ექთანს?
12. ჩამოთვალეთ ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებები.
13. როგორია ავადმყოფი ბავშვის საავადმყოფოში მოთავსების წესი?
14. რა შეიძლება საავადმყოფოში მოიტანონ ავადმყოფის მზახველებმა და როგორია მოტანილის შენახვის წესი?
15. რა მოთხოვნილება წაყენება ბავშვის სათამაშოებს?
16. რაში გამოიხატება მორიგე ექთნის მოვალეობანი?
17. როგორია წამლის დარიგების წესი ბავშვთა საავადმყოფოში?
18. როგორია გადაუდებელი დახმარების ძირითადი პრინციპები ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში (ოქსიგენოთერაპიის წესები)?
19. რაში გამოიხატება ექიმის თანაშემწის სანგანმანათლებლო მუშაობა?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები

1. რა განსხვავებაა ცნებებს შორის „მოვლა“ და „მკურნალობა“?
- ა. მოვლა მკურნალობის შემადგენელი ნაწილია
- ბ. მოვლა და მკურნალობა იდენტური ცნებებია, მათი მიზანია ბავშვის განკურნება

გ. მოვლა და მკურნალობა განსხვავებული ცნებებია. მკურნალობს ექიმი, უვლის – საშუალო და უმცროსი სამედიცინო პერსონალი.

2. რას გულისხმობს ცნება – „სპეციალური მოვლა“?

ა. მოვლა, რომელიც განსაკუთრებულ სიბუჯითეს მოითხოვს

ბ. მოვლა, რომელიც დაავადების სპეციფიკიდან გამომდინარე ითვალისწინებს დამატებით ღონისძიებებს

გ. მოვლა, რომელიც ტარდება სპეციალურ პირობებში

დ. მოვლა, რომელიც ითვალისწინებს დამატებით ღონისძიებებს ბავშვის ასაკიდან გამომდინარე

ე. მოვლა, რომელიც ითვალისწინებს სპეციალისტის მონაწილეობას

3. ჯანმრთელი ბავშვის მოვლა გულისხმობს:

ა. ჰიგიენისა და დღის რეჟიმის დაცვას

ბ. ჰიგიენის, დღის რეჟიმის დაცვას, რაციონალურ კვებასა და სწორ ფიზიკურ აღზრდას

გ. რაციონალურ კვებას და სწორ ფიზიკურ აღზრდას

დ. სწორ კვებას, ჰიგიენის დაცვას

4. ავადმყოფ ბავშვს უვლის:

ა. მშობლები და ახლობლები

ბ. ყველა სამედიცინო მუშაკი (ექიმი, ექთანი, უმცროსი სამედიცინო და)

გ. მედიცინის და და ექიმი

დ. ყველა მედიცინის მუშაკი, ბავშვის მშობლები, ყოველ მათგანს აკისრია მისთვის განსაზღვრული ფუნქცია

5. მედიცინის მუშაკის ფუნქციაზე გავლენას ახდენს:

ა. სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ტიპი

ბ. განყოფილების პროფილი

გ. სამკურნალო-პროფილაქტიკური დაწესებულებების ტიპი, განყოფილების პროფილი, სამედიცინო მუშაკის თანამდებობა

6. ექთნის მოვალეობაა:

ა. ასრულებს ექიმის დანიშნულებას

ბ. ასუფთავებს პალატას სველი წესით

გ. მიაქვს გამოსაკვლევი მასალა ლაბორატორიაში

დ. ატარებს ექიმამდე დახმარებას

ე. უვლის ბავშვის კანს და ლორწოვანს, აცხვეს ბავშვს

ვ. აქცევს ყურადღებას პალატის სანიტარულ-ჰიგიენურ მდგომარეობას, ავადმყოფის პირად ჰიგიენას,

სანდაბუშაგების ხარისხს, აწარმოებს დოკუმენტაციას

7. ძლიერ მოქმედი პრეპარატები ინახება:

ა. „ა“ სეიფში

ბ. კარადაში

გ. „ბ“ სეიფში

8. ტოქსიკური, ნარკოტიკული და ძლიერმოქმედი პრეპარატების შენახვას კონტროლს უწევს:

ა. მედიცინის და

ბ. ექიმი

გ. ბრძანებით დანიშნული პირი

9. ბავშვი არის ხუთი წლის, ავადაა 3 დღეა, დაავადება დაუწყო მაღალი ტემპერატურით (39.5°C), აქვს ცხვირიდან გამოზადენი, მშრალი ხველა. ექიმმა დაუნიშნა პარაცეტამოლი ტაბლეტებში, მაგრამ ბავშვი ტირის და უარს ამბობს წამლის მიღებაზე. როგორ მოიქცევით?

ა. შევწყვიტავთ წამლის მიცემას

ბ. ტაბლეტს დავეფხვნით და ფხვნილის სახით მივცემთ

გ. ფხვნილს გავსხნით ვაფინში ან საკვებში

10. ბავშვი არის ერთი წლის. დანიშნული აქვს კალციუმის გლუკონატის 10%-იანი ხსნარის 15 მლ 3-ჯერ დღეში. როგორ მისცემთ პრეპარატს?

ა. ჩაის კოფზით

ბ. დესერტის კოფზით

გ. სუფერის კოფზით

თავი III სამედიცინო მანძიულაცია

ბავშვის ჭოგლის პროცესში ყოველდღიურად ტარდება აუცილებელი (პარტივი) სამედიცინო მანიპულაციები (ანთროპომეტრია, თერმომეტრია) და სხვადასხვა სახის პროცედურა (პიგიურა და სამკურნალო აბაზანა, კოტოშები, მღოვავის საფენები და სხვ.). პარტივი მანიპულაციები, როგორცაა, თერმომეტრია, ავადმყოფის გადამდევება და სხვ. შეიძლება უმცროსი შედგას დაევალოს. შედარებით რთულ და ავადმყოფ ბავშვზე ფსიქოგენური ეფექტის მქონე (კოტოშები, ინექცია და სხვ.) მანიპულაციები კი მაღალკვალიფიციურმა მედიკოსმა უნდა შეასრულოს, რომელიც სრულად ფლობს მათი შესრულების ტექნიკას, ასრულებს სწრაფად და უმტკივნეულოდ.

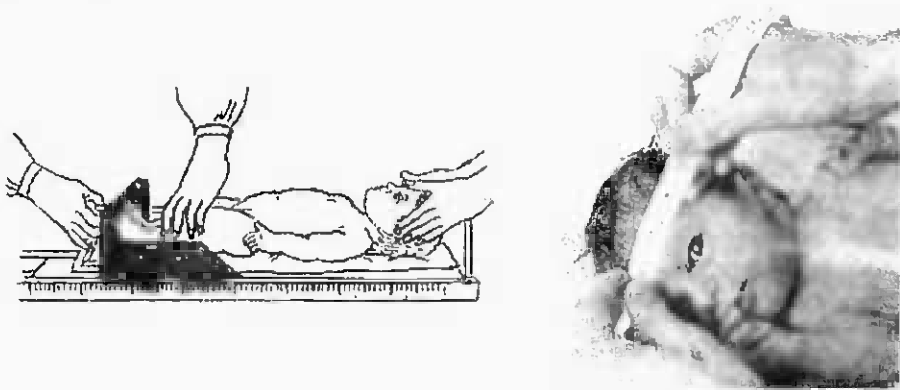
3.1. ანთროპომეტრია

კვლევის ანთროპომეტრული მეთოდი (ბერძ. anthropos—ადამიანი, metreo — გაზომვა) ითვალისწინებს სხეულის გაზომვას სტანდარტული საზომი ინსტრუმენტებით.

სხეულის სიმაღლე

2 წლამდე ასაკის ბავშვებში სიმაღლე იზომება სპეციალური სიგრძის შზომით (სურათი 5), რომლის სიგრძეა 30 სმ, სიგანე კი — 40 სმ. გვერდითი მხარე წარმოადგენს სანტიმეტრის შკალას, რომლის გასწვრივ სრიალებს მოძრავი თამბახა. იგი გაზომვის წინ იწმინდება 1%-იანი ქლორამინის ან ქლორპექსიდინის ხსნარით. სტერილურ საფენზე აწევენ ბავშვს, ისე, რომ მისი თავი მჭიდროდ ეხებოდეს ხელისაწყოთ უძრავ ნაწილს, ფეხები კი მჭიდროდ ებჯინებოდეს განივად მდებარე მოძრავ ფიცარს (ბავშვის ფეხები შეხლებში სწორდება მხებუქი ზედალით). მანძილი მოძრავ და უძრავ თამბახას შორის წარმოადგენს ბავშვის სიმაღლეს.

მოზრდილი ბავშვების სიმაღლე იზომება ვერტიკალური სიმაღლის გასაზომი ხელსაწყოთი, რომელსაც აქვს გადასაკეცი ტაბურეტი. შიშველ ბავშვს აცხებენ ფიცარნაგზე, ისე, რომ მასზე ვერტიკალურად მიმაგრებულ და მეტრულად დაყოფილ კდეებს ეხებოდეს ქეხლები, გავის არე და ბეჭები (მეხლები გასწორებული, ხელები დაშვებული). მოძრავ ფიცარს დაუშვებენ თავთან და მის გასწვრივ სანტიმეტრულ დანაყოფზე აღნუსხავენ. იზომება სხეულის მთლიანი და ჯდომითი სიგრძე.



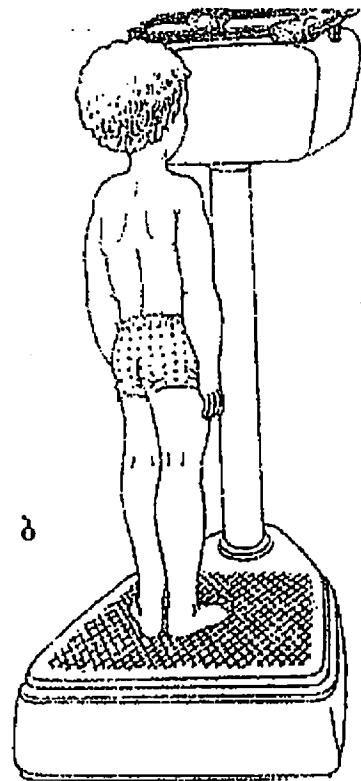
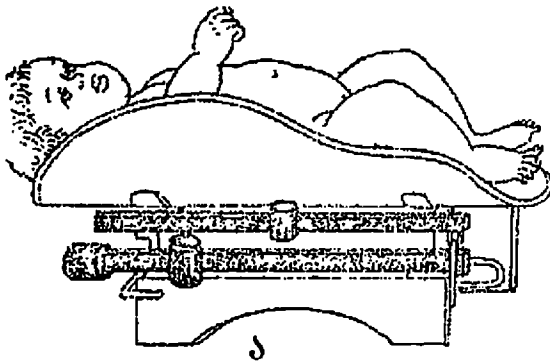
სურათი 5. სიმაღლის საზომი ხელსაწყო;
თავის გარშემოწერილობის განსაზღვრის ტექნიკა

შამაკაცის საშუალო სიმაღლეა 155-170 სმ, ქალის — 155-160 სმ. ახალშობილი დღესრული ბავშვის სიგრძეა 50 სმ, ერთი წლის შემდეგ 75 სმ, 4 წლის ბავშვის სიგრძე 100 სმ-ს უდრის.

სხეულის მასა

ადრეული ასაკის ბავშვებში სხეულის მასა ისაზღვრება ნაწილობრივი სამედიცინო სასწორით (სურათი ნ-ა), რომელიც მოთავსებულია უძრავ სადგამზე. სასწორის თასი უნდა დამუშავდეს 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგის ან 1%-იანი ქლორამინის ხსნარით. სასწორის თასზე აფენენ თანაბრად დაკეცილ სტერილურ საფენს. ბავშვის სასწორზე მოთავსების ან აყვანის მომენტში საკეტი უნდა ჩაიკეტოს. ახალშობილისა და ჩვილი ბავშვის მასა განისაზღვრება ყოველდღე დღის ერთი და იგივე მონაკვეთში, უძაბესა და დილით, პირველი კვების წინ.

მოზრდილ ბავშვს წონიან სპეციალურ სამედიცინო სასწორზე (სურათი ნ-ბ) უზმოზე, მოშარდვისა და დეფეკაციის შემდეგ, აგადმყოფი მხოლოდ ქვედა საცვლებში უნდა იყოს. სხეულის მასის ნორმად ბროკას მიხედვით მიჩნეულია სიმაღლის გამომხატველი რიცხვიდან ასის გამოკლებით მიღებული სხვაობა (± 10).



სურათი ნ. სხეულის მასის განსაზღვრა:
ა — ჩვილებში; ბ — მოზრდილებში.

თავის გარშემოწერილობა: ქალაქის დანაყოფიანი (ერთჯერადი) ან მუშაბის ზონარი, რომელიც წინასწარ გარეცხილია თბილი წყლითა და საპნით და გაწმენდილია ქლორამინის 0,5%-იანი ხსნარით, უნდა გატარდეს წარბებზე და კეფის ბორცვებზე გამავალ ხაზებზე. თავის გარშემოწერილობა დროულ ახალშობილებში 34-36 სმ-ს უდრის, ერთი წლის შემდეგ ბავშვებში 43 სმ-ს, 5 წლის — 50 სმ-ს.

გულმკერდის გარშემოწერილობა: ზონარი უნდა გატარდეს IV ნიკების დონეზე ძუძუს დფრილებზე, ბეჭის კუთხეებზე და იდლიის ფოსოებში. დროულ ახალშობილებში გულმკერდის გარშემოწერილობა 32-34 სმ-ს უდრის, 6 თვის ბავშვებში 45 სმ-ია.

მუცლის გარშემოწერილობა: იზომება ჭიბის დონეზე, ხოლო მისი მნიშვნელოვანი გადიდების დროს — მაქსიმალური გამოზნექვის ადგილზე.

ანთროპომეტრიულ მონაცემებზე მოქმედებს: მემკვიდრეობა, სოციალური პირობები, ჰავა, კვება, პროფესია და სხვ.

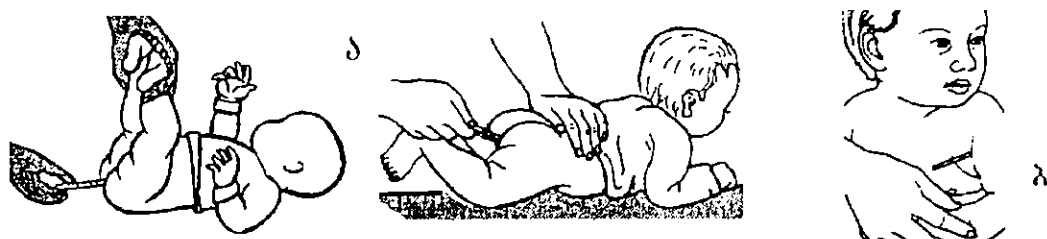
3.2. თერმომეტრია

თერმომეტრია (ბერძ. thermo—სითბო, metro—გაზომვა) სხეულის ტემპერატურის განსაზღვრაა. სამედიცინო თერმომეტრი მინის რეზერვუარია სკალით და კაპილარით. კაპილარის ბოლო გაფართოებულია და ვერცხლის წყლით არის შევსებული. გათბობისას ვერცხლის წყალი იწყებს კაპილარში მოძრაობას გარკვეულ დონემდე, რომელსაც ანარჩუნებს ტემპერატურის დაქვეითების შემთხვევაშიც. სინდიკი საწყის დონეს მხოლოდ დაბერტყვის შემდეგ უბრუნდება. სამედიცინო თერმომეტრის სკალა მოიცავს ტემპერატურის 34-დან 42°C-მდე დიაპაზონს.

უკანასკნელ წლებში მრავალი ტემპერატურის ექსპრეს დიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება ელექტრონული თერმომეტრი, რომელიც 1 წთ-ში იძლევა სხეულის ტემპერატურის ზუსტ მონაცემს, ასევე სპეციალური ქაღალდის ზიანარი, რომელიც თერმოლაბილური ნივთიერებების შემცველია და შუბლის კანზე მთავსებისას იცვლის ფერს. ეს უკანასკნელი არ იძლევა ზუსტ მონაცემებს. იგი აფიქსირებს მხოლოდ ტემპერატურის (37°C და მეტად) მომატების ფაქტს და ნაკლებად სარწმუნოა. ნორმალურ მეთოდად უნდა ჩაითვალოს სამედიცინო თერმომეტრის გამოყენებით ტემპერატურის გამოკვლევა იდლიის ფოსოში, საზარდულის არეში, პირის ღრუში და სწორ ნაწლავში. საშოში და სწორ ნაწლავში იგი 0,2-0,5°C-ით მეტად, ვიდრე იდლიის ფოსოში. თუ ტემპერატურას იდლიის ფოსოში ვიკვლევათ, თელისაგან იგი კარგად უნდა გაიწმინდოს, ღრმად აქნეს შევანილი და დატოვებული 15-15 წუთის. თუ თერმომეტრი ზერელედ დევს ან იდლიის ფოსოს უკან არის მთავსებული, ტემპერატურის მანევრებული არაზუსტი აქნება. სხეულის ტემპერატურა (ნორმალური) 36°-37°C-ს შორის მერყეობს. ყველაზე დაბალი ტემპერატურაა ნაშუადღევს — 2-5 საათზე, უმაღლესი — საღამოს 17-19 საათზე. ტემპერატურა უნდა იზომებოდეს სულ ცოტა დღეში 2-ჯერ ერთი და იმავე საათებში: დილის 7-8 საათზე, საღამოს 17-19 საათზე, ზოგჯერ კი ყოველ 2 საათში ერთხელ.

დროული და განსაკუთრებით დღენაკლული ახალშობილები სიცოცხლის პირველი თვის განმავლობაში ტემპერატურის ცვალებადობას ცუდად იტანენ. ახალშობილთა განყოფილებაში ბავშვებს ტემპერატურას უზომავენ დილის 8 და საღამოს 18 საათზე. დღესრულ ახალშობილებში პუდმივი ტემპერატურა 36,0-36,9°C შორის ცვალებადობს.

ახალშობილებში სხეულის ტემპერატურას, უმარატესად, სწორ ნაწლავში საზღვრავენ (სურათი 7). სიცხის გაზომვის წინ თერმომეტრის მოლიანობას ამოწმებენ, თერმომეტრის ბორის შეაგას ხსნარით, არყით ან ოდეკოლონით წმენდენ, შემდეგ უნდა დაბერტყოს, რათა სინდიკი ძირის ჩაჯიდეს. თავზე წაუსვამენ ვაზელის ან რაიმე სუფთა ცხიმს. ბავშვს აწვევენ მარცხენა გვერდზე, მუხლებში მოკეცილი ფეხებით და თერმომეტრს შეაცურებენ ფროთილად (2-3 სმ-ის სიღრმეზე) სწორ ნაწლავში, სადაც აჩერებენ 1-2 წუთი. მიღებულ მონაცემებს აკლებენ 5-ს. გამოყენების შემდეგ თერმომეტრი უნდა გაირეცხოს და მოთავსდეს სადეზინფექციო ხსნარის შემცველ ქილაში. სადეზინფექციო ხსნარად გამოიყენება 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი ან 0,5%-იანი ქლორპექსიდინის წყალ-ხმარტიანი ხსნარი.



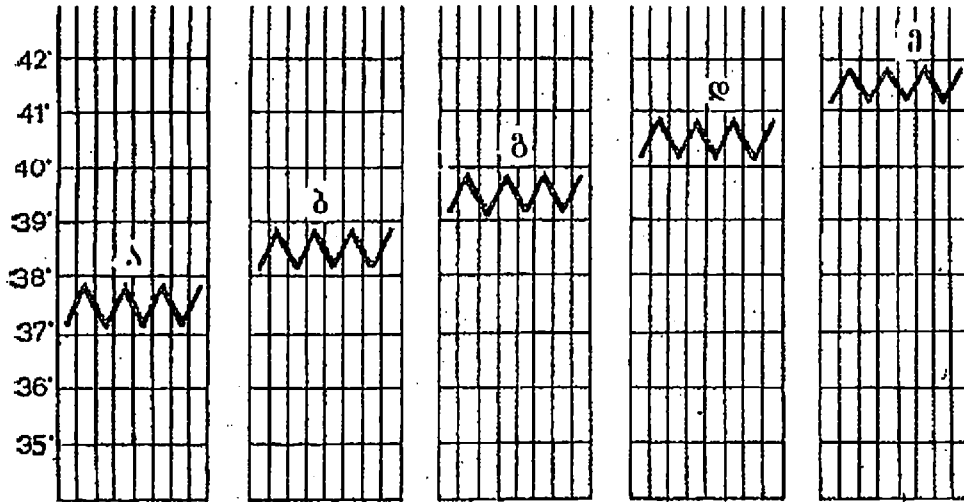
სურათი 7. სხეულის ტემპერატურის განსაზღვრის ტექნიკა:

ა — სწორ ნაწლავში; ბ — იდლიის ფოსოში.

საშობიარო სახლსა და საავადმყოფოში ტემპერატურის მონაცემები შეაქვთ სიცხის ფურცელში და გრაფიკულად აღვანენ ტემპერატურის მრუდს: დილისა და საღამოს ტემპერატურა აღინიშნება შავი წერტილებით, რომლებიც შავი ფანქრით გასმული ხაზით

უკავშირდებიან ერთმანეთს. თუ ტემპერატურამ მოიმატა დღის განმავლობაში და ამის ფიქსირებაა საჭირო, ასევე შავი ფანქრით ისმევს წერტილი სათანადო გრაფაში და დილა-საღამოს ტემპერატურის მაჩვენებელს უკავშირდება წყვეტილი ხაზით.

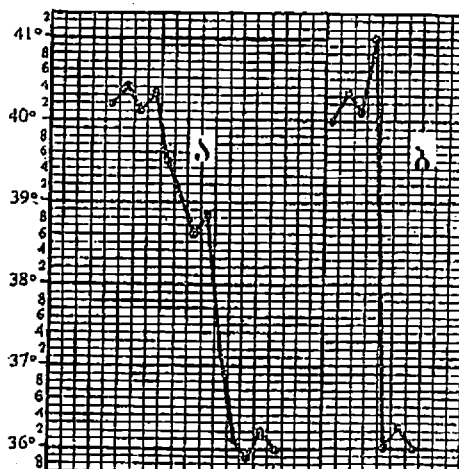
ნორმალურად, სხეულის ტემპერატურა 36°C -დან $36,9^{\circ}\text{C}$ -მდე მერყეობს. ამას ნორმოთერმია ჰქვია. როცა ტემპერატურა 35°C -ია ან მასზე დაბალი, ლაბარატორიულ პირობებშია ან სუბნორმალურ ტემპერატურაზე. როცა ტემპერატურა 37°C -ზე მეტია და მერყეობს 37°C - $37,9^{\circ}\text{C}$ -ს შორის, ამას სუბფერილური ტემპერატურა ეწოდება. ფებრილურია ტემპერატურა, როცა იგი 38°C - $40,9^{\circ}\text{C}$ -ს შორისაა. არჩევენ მსუბუქ (38°C - $38,9^{\circ}\text{C}$), ზომიერ (39°C - $39,9^{\circ}\text{C}$) და მაღალ (40°C - $40,9^{\circ}\text{C}$) ფებრილიტეტს. პიპერბირეტიკულია ტემპერატურა, როცა იგი 41°C -ზე მაღალია (სურათი 8).



სურათი 8. ტემპერატურის სახეები: ა — სუბფებრილური; ბ — ზომიერი; გ, დ — მაღალი; ე — პიპერბირეტიკული.

არსებობს ცნება — პიპერთერმული სინდრომი, როცა ტემპერატურა 39°C -ზე მაღალია და თან ახლავს სისხლის მიმოქცევის და ცნს-ის მკვეთრი მოშლილობანი (ტაქიკარდია, მიკროცირკულაციის დარღვევა, სისხლის არტერიული წნევის დაქვეითება, ცნობიერების დაბინდვა, აგზნება, პალუცინაციები და სხვ.).

მიმდინარეობისა და ხანგრძლივობის მიხედვით არჩევენ ცხვლების სამ ტიპს: ეფემერულ ტიპს, როცა მაღალი ტემპერატურა რამოდენიმე საათი ან 1-2 დღეა; ტალღისებურს, რომელიც ხასიათდება ტემპერატურის მატების და დაკლების პერიოდების მონაცვლეობით და შებრუნებით ტიპს — ტემპერატურული პერიოდის შემდეგ რამდენიმე დღის ნორმოთერმიას კვლავ მოსდევს ტემპერატურის მატება.



სურათი 9. ტემპერატურის დაცემა: ა — ლიზისი; ბ — კრიზისი

ტემპერატურის მატება შეიძლება იყოს სწრაფი, თანდათანობითი ანუ კიბისებური. ტემპერატურის კლებაც შეიძლება იყოს სწრაფი (კრიზისით) ან თანდათანობითი (ლიზისით) (სურათი 1).

3.3. ჰიგიენური და სამკურნალო აბაზანა

ჰიგიენური აბაზანა

ბავშვის, განსაკუთრებით კი ახალშობილის კანი და ლორწოვანა მეტად ნაზია და ფაქიზი. ყოველი უხეში გაღიზიანება (უხეში თეთრეული) და ხანგრძლივი სისველე (შარდი, განავალი) იწვევს კანის დაზიანებას — გამოყველვას, ხოლო ინფექციის შეჭრისას — ანთებით ცვლილებებს. კანი და ლორწოვანა იცავს ბავშვს გარეშე გაღიზიანებისაგან და ამყარებს წონასწორობას გარემოსთან. ამდენად, ბავშვის კანისა და ლორწოვანას სისუფთავეს განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება, რისთვისაც საჭიროა ახალშობილის ყოველდღიური ბანაობა. პირველ ჰიგიენურ აბაზანას ახალშობილის უტარებენ ჭიპლარის მოგარდნისა და ჭიპის ჭრილის შეხორცების შემდეგ. პირველი თვის განმავლობაში ბავშვს აბანავენ ანადუღარ წყალში, რომლის ტემპერატურა $37^{\circ}-37.5^{\circ}\text{C}$ უდრის. წყლის ტემპერატურა ბავშვის სიცოცხლის პირველი 6 თვის განმავლობაში $36.5^{\circ}-37^{\circ}\text{C}$, ხოლო მეორე ნახევარში და ერთ წელს გადაცილებულ ბავშვებში $36^{\circ}-36.5^{\circ}\text{C}$ -ს შორის მერყეობს. აბაზანაში წყლის ტემპერატურა თერმომეტრით იზომება. ბავშვი ქაშანურის ან მომინანქრებულ აბაზანაში უნდა დაიბანოს. გამოიყენება ლანოლინის, კვერცხის (თუ კვერცხის მიმართ ალერგიულ რეაქციას არ ავლენს) ან საბავშვო საპნით. დაბანვის დროს ყურადღება ექცევა სხეულის ნაკეცებს, სადაც მეტი თფლი და ჭუჭყი გროვდება (კისერი, იღლია, თითები, სასქესო ორგანოები, უკანა ტანი). ბანაობის შემდეგ ბავშვს სუფთა წყალს ავლებენ, რომლის ტემპერატურა ერთი გრადუსით ნაკლებია, ვიდრე აბაზანაში წყლის ტემპერატურა. ზეწრით კარგად შეამშრალენ და ნაკეცებში გადადუღებულ ზეთს ან ვაზელინს უსვამენ, აცმევენ სუფთა საცვლებს და ათავსებენ საწოლში. აბაზანა საკვების მიღებამდე 40-45 წუთით ადრე ან საკვების მიღებიდან ერთი საათის შემდეგ და დაძინებამდე 1-1 1/2 საათით ადრე უნდა მიიღოს ბავშვმა. ყოველდღიური ბანაობა საჭიროა პირველ 5-6 თვეს, შემდეგში დღეგამოშვებით, მეორე წელს — კვირაში 3-ჯერ, 3 წლიდან კი — კვირაში ორჯერ. ჰიგიენური აბაზანა უნდა ჩატარდეს გარკვეულ საათებში, რომლის ხანგრძლივობა სიცოცხლის პირველ წელს 5-7 წუთს, ხოლო მეორე წელს 10-15 წუთს უნდა უტოლდებოდეს.

სამკურნალო აბაზანა

სამკურნალო აბაზანა შეიძლება იყოს ზოგადი და ადგილობრივი, ტემპერატურის მიხედვით: თბილი (38°C -მდე), ცხელი (39°C და მეტი), გრილი (30°C -მდე) და ცივი (20°C). სამკურნალო აბაზანის ხანგრძლივობა მერყეობს 10-20 წუთამდე. შემაღეწლობის მიხედვით შეიძლება იყოს: მტკნარი, არომატული, სამკურნალო საშუალების შემცველი, მინერალური, გაზიანი და სხვ. სამკურნალო აბაზანა ასდენს ორგანიზმზე ტემპერატურულ, მექანიკურ და ქიმიურ ზემოქმედებას. აქვს ზოგადი მასტიმულირებელი თვისება, აწესრიგებს ნერვული და გულ-სისხლძარღვთა სისტემების ფუნქციას, ნივთიერებათა ცვლას, ძილს.

თუ ავადმყოფს დაენიშნა ცივი აბაზანა, ბავშვი უნდა ჩავსვას 35°C -იან აბაზანაში და თანდათანობით დავეშაბოთ ცივი წყალი, სანამ აბაზანაში წყლის ტემპერატურა არ მიაღწევს $25^{\circ}-28^{\circ}\text{C}$ -ს. ცხელი აბაზანის მისაღებად კი ბავშვი თბილ აბაზანაში უნდა ჩაისვას ($36^{\circ}-37^{\circ}\text{C}$), აბაზანას გვერდებიდან თანდათანობით ცხელი წყალი ემატება, ვიდრე წყლის ტემპერატურა $39^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$ არ მიაღწევს. ამ უკანასკნელის დროს აბაზანის ხანგრძლივობა 2-5 წუთს უდრის. მკურნალობის კურსი 2-4 პროცედურით შემოიფარგლება. აბაზანის შემდეგ ბავშვს კარგად ამშრალენ, საბანოში ახვევენ და აძლევენ თბილ სასმელს — ჩაის სახით.

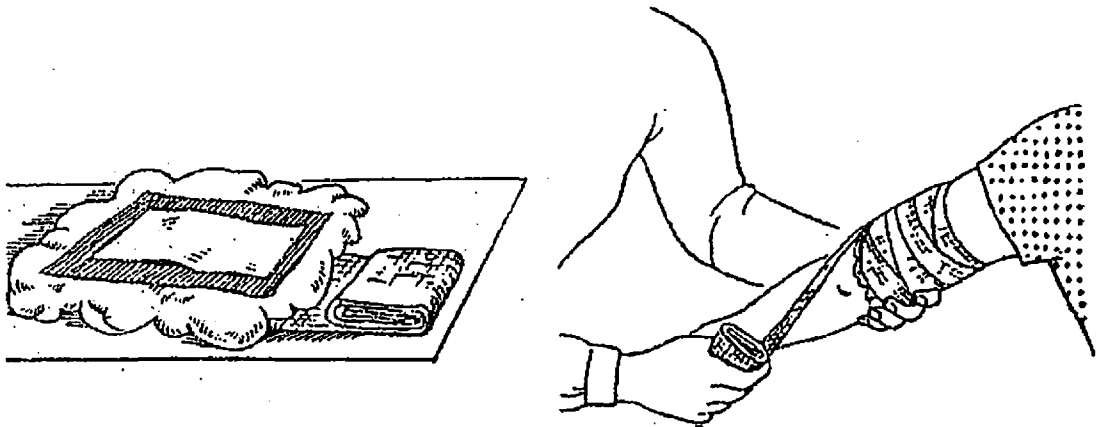
ცივი პროცედურა აღიიერებს სიმპატიკურ ნერვულ სისტემას, თბილი იწვევს პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის აგზნებადობას. სიცხე კანის სისხლის ძარღვებს ავიწროებს, სითბო — აფართოებს. ზოგადი ცივი პროცედურების დროს სისხლის წნევა მატულობს და გულის ტონები აღიიერდება, სითბოს ზეგავლენით კი სისხლძარღვთა ტონუსი და წნევა ქვეითდება.

3.4. კომპრესი

კომპრესი ეკუთვნის განმარადებელი თერაპიის სახეობას და შეიძლება იყოს თბილი, ცხელი და ცივი.

სათბური კომპრესი

სათბური კომპრესიის გასაკეთებლად საჭიროა ტილო, გასანთლული ქაღალდი ან მუშაშბა, ფანელი, ბინდი (სურათი 10). სათბური კომპრესი აფართოებს სისხლძარღვებს და კარგად მოქმედებს ანთებით პროცესზე. იგი შეძლეწარიად კეთდება: მტკივან ადგილზე ნელითბილ წყალში ან სპირტ-წყალში, ან ძმრიან წყალში (1:2) დასველებულ და მაგრად გაწურულ ტილოს ზემოდაწ აფარებენ (ყოველმხრივ) მუშაშბას ან გასანთლულ ქაღალდს, შემდეგ ბამბის ან ფანელის ფენას, რასაც ჩვეულებრივ ბინდით ამაგრებენ ტანზე. კომპრესიის შეცვლა შეიძლება 3-4 საათში. ღამით გაკეთებული კომპრესი შეიძლება დილაძდე დაეტოვოთ. კომპრესიის ხანგრძლივად ხმარებაშ შეიძლება კანის გაღიწიანება გამოიწვიოს, ამიტომ კომპრესიის მოხსნისთანავე დაწიანებულ უბანს არყით ან სპირტით დაწევენ და ხელსახოცით კარგად ამშრალევენ. 1-3 საათის შემდეგ კომპრესი ხელმეორედ კეთდება.



სურათი 10. სათბური კომპრესი

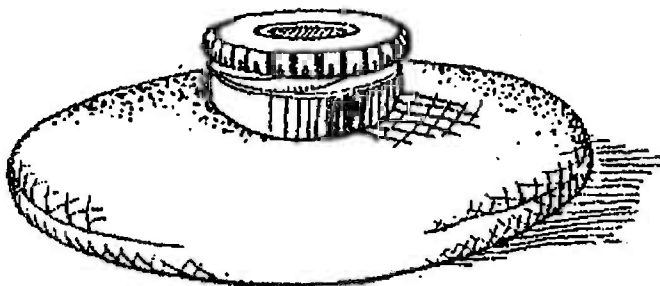
ცხელი კომპრესი

მკვრივ ქსოვილს ასველებენ ცხელ წყალში ($40^{\circ}-50^{\circ}\text{C}$), წურავენ და ადებენ სხეულს. ზემოდაწ აფარებენ შალის ქსოვილს, მუშაშბას ან სათბურს. ეს პროცედურა ხელს უწყობს ანთებითი კერების სწრაფ გაწოვას და აქვს ტკივილგამაყუწებელი ეფექტი. ცხელ კომპრესის ყოველ 10-15 წუთში ცვლიან.

ცივი კომპრესი და ყინულის ბუშტი

ცივი კომპრესის იყენებენ ტრამვის, დაჟეჟილობის, სისხლისდენის დროს. იწვევს ადგილობრივ ქსოვილების გაცივებას და სისხლძარღვების შევიწროებას, ამცირებს ტკივილს და სისხლსავსეობას. ცივი კომპრესისათვის იღებენ რამდენიმე ფენად დაკეცილ ტილოს ნაჭერს, ასველებენ ცივი წყალში, წურავენ და ადებენ საჭირო ადგილზე 3-4 წუთით, სანამ კომპრესი არ გათბება. შემდეგ მას ახალი ცივი საფენით ცვლიან.

ხანგრძლივი ადგილობრივი ზემოქმედებისათვის გამოიყენება ყინულის ბუშტი, რომელიც რეზინის ბრტყელი ტომარაა განიერი ხვრელით და საცობით (სურათი 11). ბუშტის მოცულობის ნახევარს ავსებენ ყინულის მცირე ზომის (1-2 სმ) ნატენებით, ჰაერს გამოუშვებენ და მოარგებენ საცობს. ყინულის ბუშტი, გადაციების თავიდან აცილების მიზნით, უნდა ჩამოიკიდოს ბავშვის თავთან ან პუცკლთან და ყოველ ნახევარ საათში გაკეთდეს 10 წუთიანი შესვენება. შესვენების დროს ბუშტიდან გამოიდევნება წყალი და შეივსება ყინულით.



სურათი 11. ყინულის ბუშტი

3.5. სათბური

სათბური სისხლძარღვების რეფლექტორულ გაფართოებასა და გლუვი კუნთების მოდუნებას იწვევს. სათბურს ტკივილგამაყუჩებელი ეფექტი აქვს, გამოიყენება ფეხების, ხელების ან მთელი სხეულის გასათბობად, ინექციის ადგილზე შეყვანილი წამლის ადვილად და სწრაფად შეწოვის მიზნით.

პრაქტიკაში ხმარებაშია სხვადასხვა ტევადობის (0,5-დან 3ლ-მდე) რეზინის სათბური, ელექტროსათბური (მოზრდილ ბავშვებში), ცხელი წყლით სავსე ბოთლი და სხვა.

რეზინის სათბურის მოცულობის 2/3-ს ავსებენ ცხელი წყლით (სურათი 12), რომლის ტემპერატურა 50°-70°C-ია, ხელის ფრთხილი დაჭერით ჰაერს გამოუშვებენ და საცობს მჭიდროდ ახურავენ, ამშრალავენ, პერმეტიზაციის შემოწმების მიზნით დაკიდებენ თავით ქვემოთ, ახვევენ მშრალ და სუფთა ხელსახოცში და ათავსებენ საჭირო ადგილზე. სათბურის ხშირი გამოყენების დროს, დამწვრობისა და ჰიპერემიეტაციის თავიდან აცილების მიზნით, სხეულის ამ უბანს წინასწარ გაზელანს წააცხებენ.



სურათი 12. სათბურის გამოყენების ტექნიკა

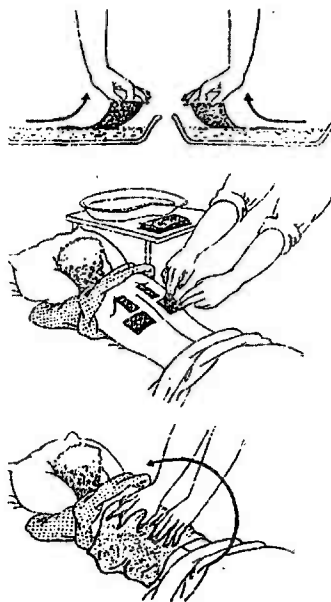
სათბური უმეტესად ფეხების გასათბობად გამოიყენება. ამისათვის ბავშვს წინასწარ წინდებს აცმევენ. მთელი სხეულის გასათბობად რამოდენიმე სათბური გამოიყენება, რომლებიც მორიგეობით უნდა შეიცვალოს.

სათბურის გამოყენება არ შეიძლება მუცლის მწვავე, გაურკვეველი მიზეზის ტკივილისას (მწვავე აპენდიციტი, მწვავე პანკრეატიტი და სხვ.), ავთვისებიანი სიმსივნის, სისხლდენებისა და სისხლჩაქცევების დროს (პირველ დღეებში) და სხვ. იგი განსაკუთრებული სიფრთხილით იხმარება ახალშობილებსა და მძიმე აყადმყოფებში.

3.6. მდოგვის საფენები და აბაზანა

მდოგვის საფენი ქაღალდის ან ტილოს ნაჭერია (სურათი 13), რომელზეც მდოგვის ფაფაა წასმული. მდოგვსა და პურის ფქვილს თანაბარი რაოდენობით აურევენ ერთმანეთში და ხსნიან თბილ წყალში ფაფის კონსისტენციამდე. ამ ფაფას მსხვილ ფენად უსვამენ ტილოს ნაჭერზე. მეორე ტილოს ნაჭერს დააფარებენ ფაფას და ადებენ 1-5 წუთით. შეიძლება გამოვიყენოთ გამზადებული სახის მდოგვის სპეციალური ქაღალდი. მტკივან ადგილზე ათავსებენ თბილ წყალში წინასწარ დასველებულ ქაღალდს, სახვევით დაამაგრებენ, გააჩერებენ 5-15 წუთს, სანამ კანი არ გაწითლდება. მოხსნის შემდეგ კანი თბილ წყალში დასველებული ტილოთი, შემდეგ კი ვაზელინის ბამბით უნდა გაიწმინდოს.

მდოგვის აბაზანისათვის ერთ ჯედრო წყალზე საკმარისია 50,0 მდოგვი. ეს უკანასკნელი უნდა გაიხსნას თბილ წყალში და ხმარების წინ დაიღებინოს საშუალებით გაიწუროს. აბაზანაში ბავშვი უნდა იმყოფებოდეს კანის გაწითლებამდე (5-7 წუთი). აბაზანის შემდეგ ბავშვს თბილი წყალი უნდა გადაეკლოს, გამშრალდეს და მოთავსდეს ლოგინში. მდოგვის აბაზანა შეიძლება იყოს ზოგადი და ადგილობრივი. ზოგადი მდოგვის აბაზანა კეთდება ღამით, იგი წარმოადგენს განმარიდებელ სამკურნალო საშუალებას. გამოიყენება ზემო სასუნთქი გზების ანთების, ბრონქიტების, პნევმონიის, კუნთებისა და ნერვული დაავადების დროს. უკუჩვენებაა კანის დაავადება.

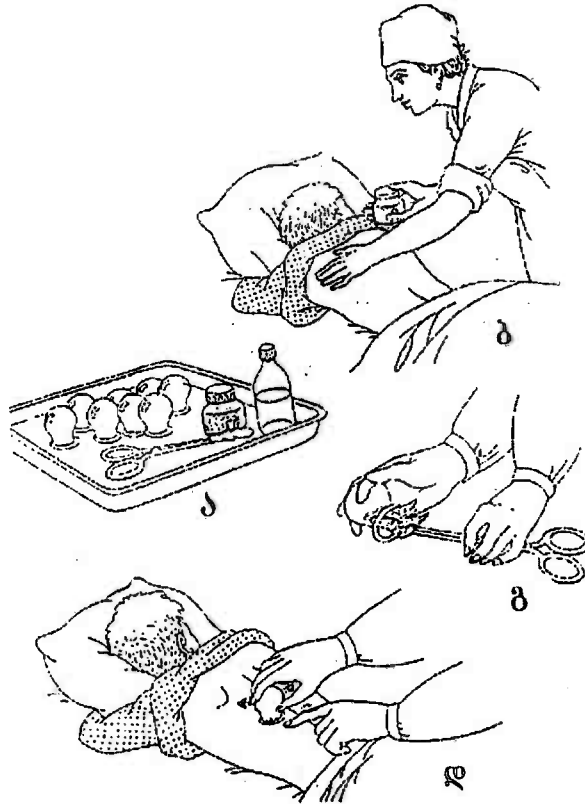


სურათი 13. მდოგვის საფენები; მდოგვის შეხვევა

3.7. კოტოშების გამოყენების ტექნიკა

კოტოში კოლბისებური 30-70 მლ მოცულობის ჭიქაა, რომლის კიდე მომრგვალებული, შესქელებული და გაშლილია, ძირი ფართო და მრგვალი ფორმისაა. კოტოშები ფიზიკურ მოქმედებას ახდენს კანის ნერვულ დაბოლოებებზე და მოქმედებს კანის ქვეშეობარე ქსოვილებზე—აჩქარებს ანთების გაწოვას და ამცირებს ტკივილს. კოტოშებს ადებენ გულმკერდის, ზურგის და წელის მიდამოებში, სადაც კარგად არის განვითარებული კუნთოვანი და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი (ლაფიწქვეშა, ბეჭქვეშა, ბეჭთაშუა არეები და სხვ). მისი ხმარება არ შეიძლება ხერხემლის, გულის და სარძევე ჯირკვლების მიდამოში (ქალებში).

კოტოშები გამოიყენება ბრონქიტის, პნევმონიის, მცირე წრეში შეგუბების, ნეკნთაშუა ნეკროზის, რადიკულიტის დროს. უკუჩვენებია: ფილტვის ტუბერკულოზი, სიმსივნეები, კანის დაზარალებანი.



სურათი 21 კოტოშების გამოყენების ტექნიკა:

- ა — კოტოშები, სპირტი, ვაზელინი, კორნცანგი ტაშპონით; ბ — კანზე ვაზელინის წაცხება;
გ — ანთებული ბაშბის შეტანა; დ — კოტოშის მოხსნა.

მეთოდიკა: თითო ჯერზე 10-20 კოტოშია საჭირო. გამოყენების წინ კოტოშები ირეცხება თბილი წყლით, რის შემდეგ იგი კარგად უნდა გამშრალდეს, შემოწმდეს მისი მთლიანობა. ავადმყოფი იმყოფება მწოლიარე მდგომარეობაში (სურათი 14). წინასწარ კანს აცხებენ ვაზელინს, რომ არ განვითარდეს დამწვრობა და კოტოშიც კარგად მოეკიდოს კანს. კანზე მოთავსებამდე კოტოშების შეგნითა სივრცეს აცხელებენ სპირტქურის ალზე ან ლითონის მოგრძო ჩხირზე (12-15 სმ სიგრძის) ან კორნცანგზე წაშოგებული და სპირტში ან ეთერში ოდნავ დასველებული ანთებული ბაშბით, რის შემდეგაც სწრაფი და ენერგიული მოძრაობით მთელი სიბრტყით ადებენ კანზე კოტოშს.

კოტოშში იქმნება უარყოფითი წნევა და კანი შეიწოვება მასში, ამოიბურცება, ვითარდება პიპერქმია. ავადმყოფს აფარებენ თბილ საბანს. პროცედურა 15-20 წუთის გრძელდება. კოტოშების მოხსნა სიფრთხილით მიმდინარეობს: ერთი ხელით კოტოშს ოდნავ გადასწევენ გვერდზე, ხოლო კოტოშის ნაპირის საწინააღმდეგო მხარეს კანს მეორე ხელის თითებს აჭერენ. კოტოშის მოხსნის

შემდეგ კანს წააცხებენ ვაზელინს, აჟადმოფის აცემენ თბილად და აწვენენ საწოლში 30 წუთის განმავლობაში.

კითხვები:

1. რას ითვალისწინებს კვლევის ანთროპომეტრული მეთოდი?
2. რა ახდენს გაკლენას ანთროპომეტრულ მონაცემებზე?
3. როგორ ისაზღვრება სხეულის სიმაღლე ბავშვებში?
4. როგორ ისაზღვრება სხეულის მასა ბავშვებში?
5. სად უნდა გატარდეს თავის გარშემოწერილობის გასაზომად საზომი ზონარი?
6. სად უნდა გატარდეს გულმკერდის გარშემოწერილობის გასაზომად საზომი ზონარი?
7. სად ატარებენ საზომ ზონარს მუცლის გარშემოწერილობის განსაზღვრის დროს?
8. სად იზომება სხეულის ტემპერატურა?
9. როდის არის ყველაზე მაღალი ტემპერატურა?
10. როდის არის ყველაზე დაბალი ტემპერატურა?
11. როგორ შეიძლება ჩათვალოს ცხელება?
12. რა სახის აბაზანები გამოიყენება?
13. როდის ღებულობს ბავშვი (ახალშობილი) პირველ პიკეტურ აბაზანას?
14. ყოველდღიური ბანაობა რამდენხანს გრძელდება, შემდეგში რა სისქიარით უნდა ვაბანაოთ ბავშვი?
15. რა სახის სამკურნალო აბაზანები იცით?
16. რა სახის კომპრესი შეიძლება გამოვიყენოთ?
17. როგორია კოტოშების გამოყენების ჩვენება და უკუჩვენება?

ტექსტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. თავის გარშემოწერილობის გასაზომად საზომი ზონარი უნდა გატარდეს:
 - ა. წარბებზე
 - ბ. კეფის ბორცვებზე
 - გ. შუბლის ძვალზე
 - დ. თხემის ძვალზე
2. გულმკერდის გარშემოწერილობის გასაზომად საზომი ზონარი უნდა გატარდეს:
 - ა. წინ - IV ნეკების დონეზე
 - ბ. იდლიის ფოსოებში
 - გ. უკან - ბუჩის კოხხეებზე
 - დ. გულმკერდის ქვემო გადავლის დონეზე
3. ტემპერატურა (სხეულის) იზომება:
 - ა. იდლიის ფოსოში
 - ბ. სწორ ნაწლავში
 - გ. საზარდულის არეში
 - დ. მიკუშული ხელის მტევანში
4. ახალშობილი უნდა დაიბანოს:
 - ა. ჭიბლარის მოვარდნის და ჭიბის ჭრილის შესორცვების შემდეგ
 - ბ. ნაღვლ წყალში
 - გ. ყოველდღე
 - დ. კეირაში ორჯერ
5. კოტოშების გამოყენება ნაჩვენებია:
 - ა. სასუნთქი სისტემის ანთებითი დაავადების დროს
 - ბ. მცირე წრეში შეგუბების შემთხვევაში
 - გ. ტუბერკულოზის დროს
 - დ. კანის დაზიანების დროს
6. კოტოშების კანზე დადება არ შეიძლება სხეულის შემდეგ მადამოში:
 - ა. ხერხემლის
 - ბ. გულის
 - გ. სარძევე ჯირკვლების
 - დ. გულმკერდის

თაზი IV სამკურნალო საშუალებების გამოყენების ტექნიკა

სამკურნალოწამლო საშუალებები ბუნებრივი წარმოშობის ან ხელოვნურად მიღებული სინთეზური ქიმიური შენაერთებია და გამოიყენება დაავადებათა დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და პროფილაქტიკისათვის.

სამკურნალოწამლო საშუალებების ორგანიზმში შეყვანის გზებია:

— გარეგანი, როდესაც სამკურნალო პრეპარატი კანზე და ლორწოვანაზე უშუალო ზემოქმედებას ახდენს;

— შინაგანი, როდესაც სამკურნალო საშუალება ენტერალური (ორალური-per os და რექტალური — per rectum) გზით სვდება ორგანიზმში;

— პარენტერალური, როდესაც წამალი, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის გვერდის ავლით, შეჰყავთ კანქვეშ, კუნთებში (ინტრამუსკულარულად) და ვენაში (ინტრავენურად).

არსებობს მედიკამენტის შეყვანის სხვა გზებიც (ენდოლუმბალური, ინტრაკოსტალური, ინჰალაციური და სხვ.).

4.1. წამლის შეყვანის ორალური გზა

ყველაზე მოსახერხებელი და გავრცელებული ფორმაა ორალურად (per os) წამლების მიღება ფხვნილების, ტაბლეტების, კაფსულების, ხსნარების, მიქსტურების და ემულსიების სახით.

გასათვალისწინებელია სამკურნალოწამლო საშუალებების ორგანიზმში შეყვანის ამ ფორმის ზოგიერთი უარყოფითი მომენტი:

— სამკურნალო საშუალებების დაშლა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტში (ფერმენტების ზემოქმედებით);

— სამკურნალო საშუალება ნელა გადადის სისხლში;

— შესაძლებელია, განვითარდეს წამლის მიღებასთან დაკავშირებული დისპეფსიური მოვლენები: გულისრევა, რეფლექტორული დებინება, ფაღარათი, შეკრულობა;

— გაძნელებულია შეწოვილი პრეპარატის კონცენტრაციის განსაზღვრა სისხლში.

გარდა ზემოაღნიშნულისა, დასაღვეი წამლები ცუდი გემოსა და სუნის გამო ხშირად არ მოსწონთ ბავშვებს, ძნელად ყლაპავენ ტაბლეტსა და კაფსულებს. შედარებით ადვილია ხსნარებს ან დაფხვნილი მშრალი ნივთიერებების (რძით ან სიროფით) მიღება. სამკურნალო საშუალებათა უმრავლესობა მზადდება სიროფზე, ხოლო ტაბლეტები — შაქრისა და გლუკოზის დამატებით.

სურნელოვანი ფხვნილების სახით გამოშვებული პრეპარატები იხსნება გაგრილებულ, გადადუღებულ წყალში, მიიღება მეტად სასიამოვნო სუსპენზია. იგი ინახება ცივ და ბნელ ადგილას 7-10 დღის განმავლობაში და წარმოადგენს ეფექტურ სამკურნალო საშუალებას (ამპიცილინი, ერითრომიცინი და სხვ.).

ხსნარებს, სიროფებს, მიქსტურებსა და სუსპენზიებს დებულობენ სპეციალური დოზირებული კოფით, რომელიც ხშირ შემთხვევაში თან ახლავს წამალს, ან ჩაის, დესერტის და სუფრის კოფხით. ადრეული ასაკის ბავშვებისათვის გამოიყენება სპეციალური დანაყოფებიანი პლასტმასის პიპეტიც.

უფრო ხშირად წამალს დებულობენ ჭაპამდე, ხოლო კუჭის ლორწოვანი გარსის გამღიზიანებელ პრეპარატებს (რკინის შემცველი, ასპირინი, პრედნიზოლონი) — ჭამის შემდეგ, ძილის მომგვრელ საშუალებებს — დამძინებამდე ნახევარი საათით ადრე, მაღის აღმძვრელ საშუალებებს — უშუალოდ ჭამის წინ.

ხშირად ავადმყოფ ბავშვს ენიშნება 3-4 პრეპარატი ერთდროულად. ასეთ შემთხვევაში აუცილებელია მედიკამენტები მიეცეს გარკვეული შუალედით (10-15 წთ).

4.2. წამლის შეყვანა რექტალურად

წამლის რექტალური შეყვანა ეფექტური თერაპიული მეთოდია, ვინაიდან პრეპარატზე გაგლეხას არ ახდენს საჭმლის მომნელებელი ფერმენტები და იგი ადვილად იწოვება მთლიანი დოზით.

აღსანიშნავია, რომ ცილოვანი პრეპარატები, პოლისაქარიდული ნარეგები და ცხიმები სწორ ნაწლავში არ შეიწოვება და მხოლოდ ადგილობრივად მოქმედებს.

სანთლის (სუპოზიტორია) შეყვანის ტექნიკა: სანთელი შეჰყავთ კუჭის მოქმედების ან გამწმენდი ოცნის შემდეგ.

ბავშვი უნდა დაგაწვინოთ მარცხენა გვერდზე ქვემო კიდურები მოხრილი უნდა იყოს მენჯ-ბარძაყისა და მუხლის სახსრებში. ასეთ მდგომარეობაში ბავშვი უნდა დაგაფიქსიროთ. შემდეგ მარცხენა ხელით გადაუწვევთ ღუნდულებს და მარჯვენა ხელით შეჰყავთ სანთლის კონუსური თავი სწორ ნაწლავში ბოლომდე და თან აცლიან გარედან არსებულ გარსს. ღუნდულებს მოეუჭერთ 1-2 წთ-ის განმავლობაში, რათა რეფლექტორულად არ მოხდეს სანთლის უკან გამოძევება. სასურველია ბავშვი დარჩეს მწოლიარე მდგომარეობაში 15-20 წთ-ის განმავლობაში.

სანთლების სახით შეჰყავთ სიცხის დამწვევი, ღებინებისა და ფაღარათის საწინააღმდეგო საშუალებანი.

4.3. ინჰალაცია

ზედა სასუნთქი გზების ინფექციის, ბრონქიტებისა და გასანგრძლივებული პნევმონიის დროს ფართოდ გამოიყენება ორთქლის, თბილტენიანი და ზეთოვანი ინჰალაცია, ასევე სამკურნალო საშუალებანი აეროზოლის სახით. ინჰალაცია ადგილობრივ ზემოქმედებას ახდენს სასუნთქი სისტემის ლორწოვანზე, ათხელებს ნასველს, აუძვობესებს მის გამოყოფასა და სასუნთქი გზების გამავლობას.

ორთქლისა და თბილტენიანი ინჰალაციები არ გამოიყენება ტუბერკულოზის აქტიური ფორმების, ექსუდაციური პლევრიტის, პნევმონიის მწვავე ფაზაში, სისხლდენებისადმი მიდრეკილების შემთხვევაში.

ორთქლის ინჰალაცია ტარდება „აი-1“ აეროზოლ-ინჰალატორით ან პორტატიული „იბ-2“ აპარატით. სამკურნალო წამლო საშუალების დანაწევრება ხდება ულტრაბგერითი რეგულატორებით. აეროზოლის ტემპერატურა 33-38°C-მდეა. სამედიცინო ჩვენების მიხედვით ხდება წამლის შერჩევა. ორთქლის ინჰალაციისათვის გამოიყენება ევკალიპტი, მენტოლი, საჭმლის სოდა და სხვ. ორთქლის ინჰალაციის დროს სამკურნალო ხსნარი შეისუნთქება ორთქლთან ერთად და გაიფრქვევა.

ინჰალაციის ჩატარების ტექნიკა: პატარა ბავშვს შემოახვევენ თბილ საბანს და ჩაისვამენ კალთაში ისე რომ ბავშვის პირი და ცხვირი ინჰალატორის გამფრქვევ მოწყობილობასთან ახლოს იყოს. ბავშვის ტირილი არ წარმოადგენს პროცედურის შეწყვეტის მიზეზს. პირიქით, ტირილის დროს ბავშვი უფრო ღრმად შეისუნთქავს აეროზოლს. მოზრდილი ასაკის ბავშვი მოხერხებულად უნდა დაჯდეს ინჰალატორთან. სატუჩეს მჭიდროდ უნდა შემოაჭდოს ტუჩები და ჩაისუნთქოს სამკურნალო ნარევი. ინჰალაციის ხანგრძლივობა 5-10 წუთია. ამის შემდეგ სატუჩეს რეცხვენ და უკეთებენ სტერილიზაციას.

აეროზოლის შეყვანა შესაძლებელია ასევე პორტატიული (ჯიბის) ინჰალატორით, რომელშიც არის ბრონქოდილატატორები („ატროვენტი“, „ბეროდუალი“, „ბეროტეკი“ და სხვ).

თბილტენიანი ინჰალაციების დროს სამკურნალო ხსნარებს ამზადებენ 1-2%-იანი სოდის ხსნარზე და უმატებენ ეტაზოლს, სულფანილამიდურ პრეპარატებს, ანტიალერგიულ საშუალებებს, მცენარეულ ნაყენებს (ევკალიპტის, გვირილის და სხვ.).

ზეთოვანი ინჰალაცია ენიშნებათ ორთქლისა და თბილტენიანი ინჰალაციის ჩატარებიდან 1 სთ-ის შემდეგ. ზეთოვანი ინჰალაციის ძირითადი ამოცანაა ზეთის ნაწი ფენით დაფაროს სასუნთქი გზების ლორწოვანი გარსი.

ზეთოვანი ინჰალაციისათვის გამოიყენება სპეციალური აპარატი, რომლის რეზერვუარში ასხამენ $36^{\circ}\text{--}38^{\circ}\text{C}$ -მდე შეშობარ ზეთს და კომპრესორის ჰაერთან ერთად გაფრქვევა. ინჰალაციებისათვის გამოიყენება ეგვალიბტის, ქაფურის, ატმისა და პიტნის ზეთები. ინჰალაციის ხანგრძლივობა 7-8 წთ-ია. მკურნალობის კურსი 10 პროცედურაა.

4.4. ელექტროფორეზი

ელექტროფორეზის ჩატარებისას ორგანიზმზე ერთდროულად ხდება ელექტრული და ფარმაკოლოგიური ზემოქმედება. გაღვანიზაციისათვის განკუთვნილი აპარატებია — „აგნ“-ი და „პოტოკ“-ი.

ექიმში განსაზღვრავს სამკურნალო ელექტროფორეზის მეთოდს (ელექტროდების ლოკალიზაციას), აირჩევს სამკურნალო წამალს და მის კონცენტრაციას. მედდა ატარებს პროცედურას: ასველებს სპეციალური პიდროფილური ქსოვილისაგან დამზადებულ საფენებს წამალში, ადებს ელექტროდებს, მუდმივ მეთვალყურეობას აწარმოებს ელექტროდების პოლარიზაციასა და დენის ძალაზე.

მედდა ასევე ყურადღებას აქცევს ბავშვის მდგომარეობას პროცედურის დროს. პროცედურის ხანგრძლივობა (10-20 წთ) დამოკიდებულია ბავშვის ასაკზე. პროცედურის დამთავრების შემდეგ ელექტროდების ალებისას კანი ოდნავ შეწითლებული უნდა იყოს. პროცედურის შემდეგ ბავშვისათვის აუცილებელია დასვენება 30-წთ-ით.

4.5. სამკურნალო წამლო საშუალებების გამოყენება კანზე და ლორწოვანზე

კანისა და ლორწოვანის გზით სამკურნალო წამლო საშუალებების შეყვანის მეთოდებია: შეხვლა, წაცხება, მაღამოიანი და სველი-დამაშრობელი ნახვევების დადება, ასევე ცხვირში, ყურში, კონიუქტივის პარკში წამლის ჩაწვეთება.

შეხვლა: კანზე შესაწავლად გამოიყენება სხვადასხვა სახის სამკურნალო სითხეები და მაღამოები. სამკურნალო საშუალებების შეხვლა არის ზოგადი და ადგილობრივი. შეხვლის წინ კანის თმის ნაწილები სასურველია, გაიპაროს. სამკურნალო პრეპარატის მცირე რაოდენობას ათავსებენ კანზე და თითების თანაბარზომიერი მოძრაობით ანაწილებენ კანის ზედაპირზე. შემდგომ კი, თითების წრიული და გასწვრივი მოძრაობებით, სამკურნალო ნივთიერება შეიზილება, ვიდრე ხელით არ შეიგრძნობა კანის მშრალი ზედაპირი.

4.5.1. კანზე მაღამოების, პასტებისა და შეთქვეფილი სუსპენზიების წაცხება

ცხიმოვან სამკურნალო ნივთიერებებს ბამბის (ან მარლის) ტამპონით ან შპადელით ათავსებენ დაზიანებულ კანზე და მსუბუქი მოძრაობით თანაბრად ანაწილებენ. კანის თმის ნაწილი წინასწარ უნდა გაიპაროს.

შეთქვეფილი სუსპენზია გამოიყენება კანის დიდი ზედაპირის დაზიანების შემთხვევაში (როგორცაა ალერგიული ეგზემა). ხმარების წინ აუცილებელია მისი შენჯღღრევა და ბამბის ან მარლის ტამპონით დაზიანებულ კანზე ნაზად წაცხება. მშრალ კანზე ან კანის ზედაპირის სისველის შემთხვევაში ათქვეფილი სუსპენზიის გამოყენება არ არის ნაჩვენები.

მაღამოს ნახვევი კანზე სამკურნალო საშუალებათა ხანგრძლივი ზემოქმედების მიზნით გამოიყენება. ნახვევი იცავს დაზიანებულ კანის ნაწილებს დაბინძურებისაგან. მაღამოს საჭირო რაოდენობას ათავსებენ მარლის საფენზე (ორმაგი მარლის საფენის ზომა უნდა აღემატებოდეს კანის დაზიანებული უბანის ფართს) და ადებენ დაზიანებულ უბანზე, აფიქსირებენ ბინტით. თუ კანის დაზიანებულ ზედაპირზე არის უხეში, დიდი ზომის ფუყები, მიზანშეწონილია, მაღამოიან მარლის საფენს ზემოდან დავაფართო კომპრესის ქაღალდი (შემდეგი ბამბის ფენის გარეშე) და

შეიდროდ დაიფიქსირდეს ბინტის ნახევრით. ასეთი ნახევრის ქვეშ ფეხები ადვილად რბილდება და ძვრება. ნახევრი იცვლება ყოველდღიურად.

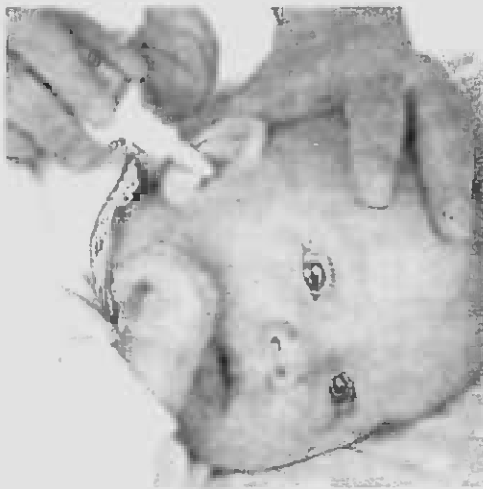
სველი (დამაშრობელი) საფენი: დამაშრობელი საფენები გამოიყენება სველი ალერგიული (ექსუდაციური) ეგზემის შემთხვევაში. ექსუდაციური ნეონიდერმიტიზა და სხვა მწვავე ანთებითი დაავადების დროს. სტერილურ მარლის საფენს (10-12 ფენა) ასველებენ სამკურნალო ხსნარში, წერავენ და აფარებენ კანის ანთებად უბანზე. კანის შეღებვის დაშრობის დასქარების მიზნით საფენს აფარებენ კომპრესის ქადავდს და აფიქსირებენ ბინტით. საფენს ცვლიან 4-5 საათის შემდეგ.

4.5.2. ჩაწვეობა ყურში

სამკურნალოწამლი საშუალებები ყურში შეჰყავთ შუა ყურის ანთებითი პროცესების დროს.

გარეთა სასმენ მილში სამკურნალო საშუალების შეყვანამდე ეს ნივთიერება უნდა შეთბეს სხეულის ტემპერატურამდე. ვინაიდან ცივი სითხის შეყვანამ შესაძლებელია გამოიწვიოს თავბრუსხვევა. სამკურნალოწამლი საშუალებების შეყვანამდე ყური უნდა გამოიწმინდოს. ბავშვს აწვევენ ზურგზე, თავს უბრუნებენ გვერდზე ისე, რომ მტკივნეული ყური ზემოთ იყოს მოქცეული. რათა შეძლებისდაგვარად ვაგასწოროთ გარეთა სასმენი მილი, ადრეული ასაკის ბავშვებს (1 წლამდე) ჩაწვეობისას მარცხენა ხელით ყურის ნიჟარას ქვეშით ვწვეთ, ხოლო მოზრდილ ბავშვებში ზემოთ და უკან. პიპეტი უნდა გვექმნოს ვერტიკალურად მარჯვენა ხელით (სურათი 15-ა). ჩაწვეობით 5-6 წვეთს, შემდეგ ვაჩერებთ 15-20 წთ დაწოლილ მდგომარეობაში. პროცედურის შემდეგ გარეთა სასმენ მილს ვასუფთავებთ ბამბის ტამპონით. სასურველია, ინფექციის ეაგრაციების პროფილაქტიკის მიზნით სამკურნალოწამლი საშუალებანი შეყვანილი იქნას მკორე ყურშიც.

ყურში ასევე შეჰყავთ ფხვნილი, ემულსია და სხვადასხვა ხსნარები. ფხვნილი შეიფრქვევა სპეციალური რეზინის ბალიშით. ემულსიით და ხსნარებით ვასველებთ სტერილურ მარლის ფიდილს და შეგვევავს ფრთხილად თვალის პინცეტით და ვტოვებთ გარეთა სასმენ მილში ერთი დღე-ღამის განმავლობაში.



სურათი 15. წამლის ჩაწვეობა: ა — ყურში, ბ — ცხვირში

4.5.3. ჩაწვეობა ცხვირში

ცხვირში სამკურნალო საშუალებები შეჰყავთ წვეთობრივად პიპეტის საშუალებით (სურათი 15-ბ). ჩაწვეობამდე აუცილებელია ბავშვის ცხვირი გათავისუფლდეს ლორწოსა და ქერქებისაგან, რასაც ადრეული ასაკის ბავშვებში ვახდენთ ბამბის სტერილური „ფიდილით“ ან ბამბის „გრეხილით“, მოზრდილ ბავშვებში ცხვირსახიოცი (ჯერ ერთი, შემდეგ მეორე ნესტოს).

წამლის ამოღებამდე აუცილებელია, მიზეტი გაირეცხოს, გამჭირვალე ნაწილი გასტერილდეს. ჩველი ბავშვი ცხვირში ჩაწვეთებისას დედამ უნდა დაიჭიროს ჩახვერადმჯდომარე მდგომარეობაში, ხოლო დამხმარე მროვნებამ კი უნდა დაიჭიროს ხელები და ფეხები. შედარებით მოზრდილ ბავშვებს მჯდომარე მდგომარეობაში თავს უკან გადაუწვევენ და ისე აწვეთებენ.

მიზეტში სამკურნალწამლო საშუალება ისე უნდა ამოვიღოთ, რომ ავსებდეს მიზეტის მინის ნაწილის ქვედა ერთ მესამედს და დავიჭიროთ მარჯვენა ხელში ვერტიკალურად, მარცხენა ხელით კი მაღლა სწვევენ ბავშვის ცხვირს. ისე უნდა ჩავაწვეთოთ, რომ მიზეტი არ შეეხოს ცხვირის ღრუს კედელს. შეგვყავს 2-3 წვეთი ჯერ ერთ ნესტოში და მაშინვე ბავშვის თავს ვაბრუნებთ იმავე მხარეს (რათა სამკურნალწამლო საშუალება ცხვირის ღრუს ლორწოვანზე თანაბრად განაწილდეს). 1-2 წთ-ის შემდეგ კი — მეორეში (იგივე წესის დაცვით). თუ ბავშვს ცხვირიდან სუნთქვა გასწელებული აქვს, ჯერ აწვეთებენ ადრენალინს და კუედრინს, შემდეგ ძირითად სამკურნალწამლო საშუალებას.

ცხვირში ფხვნილის სახით სამკურნალწამლო საშუალება შეიძლება შევიყვანოთ სპეციალური ფხვნილის შემფრქვევით ან ინსუფლიატორით. შეფრქვევის დროს აუცილებელია, ბავშვმა შეაჩეროს სუნთქვა. ეს მეთოდი გამოიყენება მოზრდილი ბავშვებისათვის. ცხვირში სამკურნალწამლო საშუალებები შეჰყავთ მაღაშოს (ოქსილინის, გიოქსიზონის და პლაფერონის) სახით.

4.5.4. ჩაწვეთება თვალში

კონიუქტივალურ გარსში სამკურნალწამლო საშუალებების შეყვანის დროს აუცილებელია დაცული იქნეს ასეპტიკის წესები. მიზეტი უნდა იყოს გარეცხილი და გასტერილებული. არ შეიძლება სამკურნალწამლო საშუალება მოხვდეს მიზეტის კლასტიკურ ბალონში, ამიტომ ბალონი აუცილებლად უნდა გექცნოთ ვერტიკალურ მდგომარეობაში. ბავშვი უნდა დაგაწვინოთ ზურგზე, დამხმარემ უნდა დააფიქსიროს ბავშვის თავი, ხელები და ფეხები. მარჯვენა ხელში არის მიზეტი, ხოლო მარცხენა ხელით უნდა ჩამოვწიოთ ქვედა ქუთუთო და ჩავაწვეთოთ პრეპარატის 1-2 წვეთი (სურათი №).

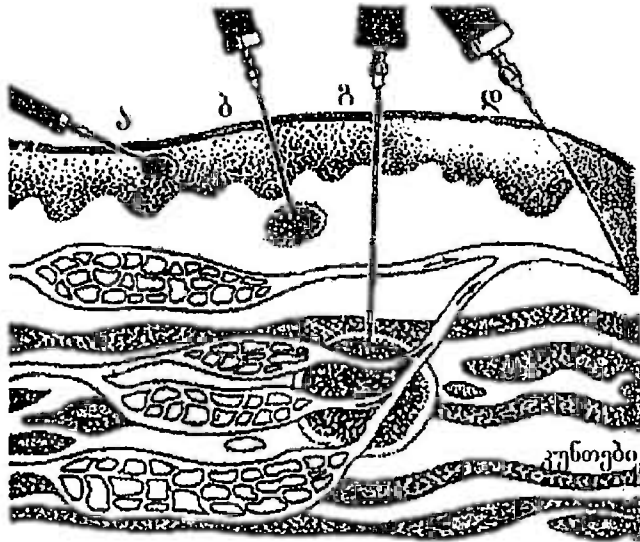


სურათი №. თვალში ჩაწვეთების ტექნიკა

კონიუქტივალურ პარკში მაღაშოს შეყვანა კი სპეციალური მინის წკირით ხდება, რომელსაც ერთი ბოლო გაფართოებული აქვს. იგი წინასწარ გასტერილებულია. მაღაშო თავსდება მინის წკირის ბრტყელ ბოლოზე და ფრთხილად შეჰყავთ კონიუქტივალური პარკის გარეთა კუთხეში და დახუჭული თვალის ქუთუთოების ნაწი დახუჯვით ნაწილდება თანაბრად.

4.6. სამკურნალო საშუალებების პარენტალური შეყვანა

სამკურნალო საშუალებების პარენტალური შეყვანა ხორციელდება ინექციების საშუალებით. ინექციით სამკურნალო საშუალება შეჰყავთ კანში, კანქვეშ, კუნთებში და ვენაში (სურათი 17), რისთვისაც გამოიყენება შპრიცები. არსებობს სხვადასხვა მოცულობის შპრიცი, მაგალითად, ინსულინის შპრიცი, რომელიც გამოიყენება მედიკამენტის მცირე და ჟანეს-შპრიცი — დიდი დოზის შესაყვანად.



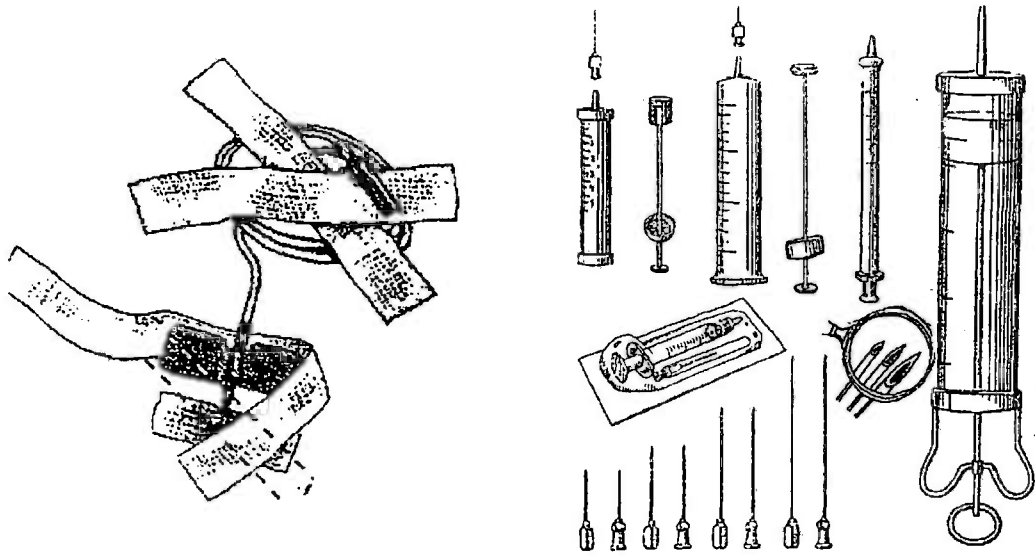
სურათი 17. მედიკამენტის შეყვანის გზები (სქემა): ა — კანშიდა ინექცია; ბ — ინტრავენური ინექცია; გ — კუნთშიდა ინექცია; დ — კანქვეშა ინექცია

უკანასკნელ წლებში სამედიცინო პრაქტიკაში გამოიყენება ერთჯერადი ხმარების შპრიცები, თითოეულ ასეთ შპრიცს მოყვება 1-2 ნემსი. ისინი არიან სპეციალურად შეფუთული, სტერილური და გამოყენებისათვის მზად.

ნემსები დიამეტრის შესაბამისად 10 ყალიბისაა. სხვადასხვა დიამეტრის ნემსის გამოყენება დამოკიდებულია ინექციის სახეობაზე. კანშიდა ინექცია კეთდება მცირე დიამეტრის ნემსებით, ინტრავენური ინექცია, ბავშვის ასაკის შესაბამისად, მცირე ან დიდი დიამეტრის ნემსებით, უკანასკნელ წლებში გამოიყენება ე. წ. „ბუბლები“. შუალედური დიამეტრის მქონე ნემსებით კეთდება კანქვეშა და კუნთშიდა ინექციები (სურათი 18). გარდა ამისა, ნემსის ყალიბის შერჩევა დამოკიდებულია შესაყვანი მედიკამენტის კონსისტენციაზე: ზეთოვანი ხსნარების შესაყვანად გამოიყენება შედარებით დიდი დიამეტრის ნემსი, ვიდრე საინექციო სითხით განზავებული მედიკამენტისა.

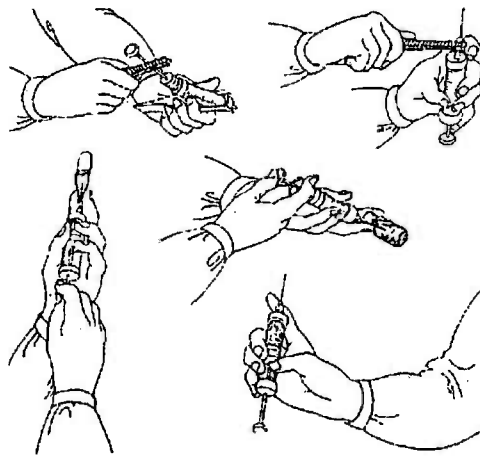
ინექციის ადგილი ამოირჩევა ისე, რომ არ დაზიანდეს სისხლძარღვი, ნერვი, ძვალსაზრდელო. ინექციის წინ ხდება კანის დეზინფექცია სპირტით ან 5%-იანი იოდის ნაყენით (იოდის უფრო მაღალი კონცენტრაციის გამოყენებით შესაძლოა განვითარდეს კანის დამწვრობა).

ხელების დამუშავება: სტერილურ ინსტრუმენტებთან მუშაობის დაწყების წინ მედღამ უნდა დაიბუშავოს ხელები საპნით, ხოლო ნაკაწრების არსებობისას — სპირტით. დაუშვებელია ხელზე სამკაულების ხმარება. ხალათის სახელოები უნდა იყოს აკეცილი წინაპირის შუა ნახევრამდე. ამჟამად იხმარება ერთჯერადი ხმარების ხელთათმანები სტერილობის უზრუნველსაყოფად და მედბერსონალის ინფიცირების ასაცილებლად.



სურათი 18. საინექციო შპრიცების და ნემსების სახეები

შპრიცზე ნემსის წამოცმის შემდეგ ხდება მედიკამენტის ამოღება. ნემსი, რომელიც გამოიყენება ამჟღადან შპრიცში წაშლის ამოსაღებად და ფლაკონის რეზინის საცობში იჭნა ჩარჭობილი, ინექციისათვის აღარ გამოიყენება. ინექცია კეთდება ახალი ნემსით. შპრიცში წაშლის ამოღებამდე ყოველთვის უნდა შემოწმდეს წაშლის ეტიკეტი, რომ არ მოხდეს რაიმე შეცდომა. ინექციის წინ აუცილებელია შპრიციდან ჰაერის გამოდევნა, ამისათვის შპრიცი უნდა შეტრიალდეს ნემსით ზევით, ვინაიდან ჰაერი გროვდება სითხის ზემოთ შპრიცის ცილინდრის გამოსასვლელ ნაწილში, საიდანაც ჰაერი ადვილად გამოიდევნება ტუშბოს მცირე მიწოლით. ჩვეულებრივ, ჰაერთან ერთად გამოიდევნება წაშლის მცირე ნაწილიც, რის გამოც რეკომინდირებულია შპრიცში წაშლის შედარებით მეტი რაოდენობით აღება, ვიდრე ინექციისათვისაა საჭირო (სურათი 19).



სურათი 19. შპრიცის მომზადება ინექციისათვის: შპრიცის აწყობა;
ნემსის შპრიცზე წამოცმა; შპრიცის შევსება ამჟღადან;
შპრიცის შევსება ფლაკონიდან; შპრიცის ნორმალური მდებარეობა.

შპრიცებისა და ნემსების გარეცხვისათვის იყენებენ 1:1 შეფარდებით წყალბადის ზეჟანგისა და სარეცხი საშუალებების („ნოვოსტი“, „პროგრესი“ და სხვ.) ნარევს.

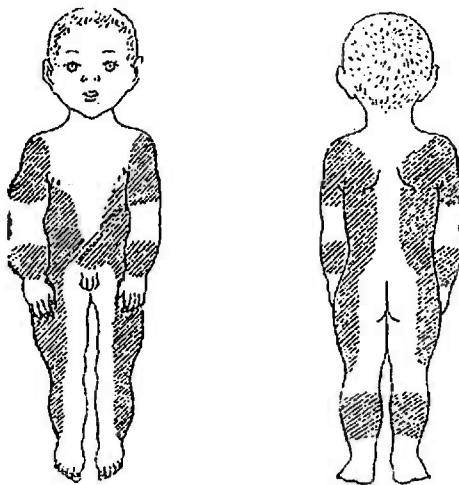
სარეცხი ხსნარის მომზადებისათვის იყენებენ 20 მლ 30-33%-იან წყალბადის ზეჟანგის ხსნარს, 975 მლ წყალს და 5 გ სარეცხ საშუალებას (ან 40 მლ 1%-იან წყალბადის ზეჟანგს, 950 მლ წყალს, 10 გ სარეცხის საშუალებას).

შპრიცები და ნემსები ნაწილებად დაშლის შემდეგ ირეცხება გამდინარე წყალში, შემდეგ 15 წთ განმავლობაში ათავსებენ ცხელ ($50^{\circ}-60^{\circ}\text{C}$) სარეცხ სითხეში ისე, რომ შპრიცი და ნემსები მთლიანად იყოს დაფარული. ამის შემდეგ რეცხავენ სათითაოდ დოლბანდის ტამპონების დახმარებით. ხსნარი გასარეცხად მხოლოდ ერთხელ გამოიყენება. გარეცხილ შპრიცებსა და ნემსებს ავლებენ ჯერ გამდინარე, შემდეგ დისტილირებულ ხსნარში. საბოლოოდ შპრიცებსა და ნემსებს დაშლილ მდგომარეობაში ასტერილებენ მშრალი სითბოთი — ავტოკლავიდან მისი ამოღებისთანავე.

საავადმყოფოთა უმრავლესობაში ფუნქციონირებს ცენტრალიზებული სტერილიზატორები ინსტრუმენტებისათვის. ამჟამად პირითადად ხმარებაშია ერთჯერადი შპრიცები.

4.6.1. კანშიდა ინექცია

კანშიდა ინექციის დროს წამალი შეჰყავთ თვით კანის სისქეში, წინა მხრის მომხრელ ზედაპირზე ან მხრის გარეთა ზედაპირზე (სურათი 20). უფრო ხშირად კანშიდა ინექციებს იყენებენ იმუნოდეფიციენციის მიზნით. ქსოვილების პიდროფილიურობის შესასწავლად კეთდება მაკ-კლურ ოლდრიჯის სინჯი. ამისათვის კანში შეჰყავთ 0,1 მლ NaCl-ის იზოტონური ხსნარი და თვალს ადევნებენ პაპულის გაწოვის დროს. ნორმალურად, ბავშვებში ბუშტუკი გაიწოვება 1 წლამდე ასაკში — 15-20 წთ-ში, უფრო მოზრდილებში — 40 წთში. შეწოვის ხანგრძლივობის შემცირება ფარულ შემუშებაზე მიუთითებს.



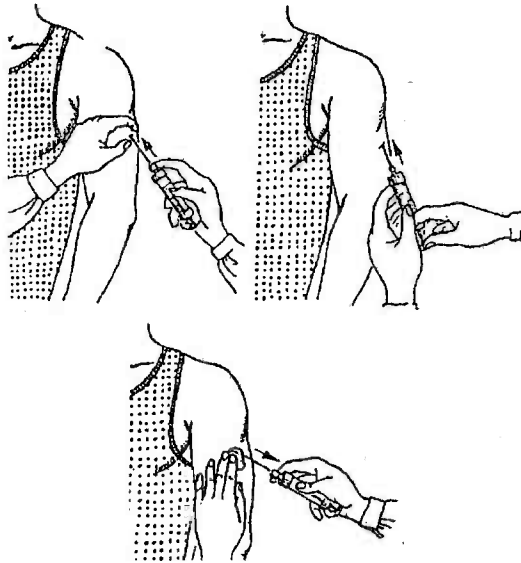
სურათი 20. კანშიდა ინექციის ადგილები

კანშიდა ინექციებისათვის გამოიყენება ყველაზე წვრილი ნემსები, რომელთა სიგრძეა 1,6 მმ და დიამეტრი — 0,4 მმ. შპრიცების მოცულობაა 1 სმ³. საინექციო ადგილს ამუშავებენ სპირტით, ბავშვებში — 70%-იანი სპირტით. ინექციის დროს ნემსი შეჰყავთ მახვილი კუთხით ისე, რომ ნემსის ზერელი დაიმალოს რქოვანა შრეში. სწორედ ჩატარებული ინექციის შემთხვევაში შეყვანილი ნივთიერება კანში წარმოქმნის მოთეთრო ამოზურცვას ე. წ. ლიმონის ზორკოს. ხსნარის შეყვანის დამთავრების შემდეგ ნემსს ამოაღებენ, ნაჩვენებ ადგილს სპირტით ამუშავებენ.

4.6.2. კანქვეშა ინექცია

კანქვეშა ინექციებისათვის გამოიყენება შპრიცები მოცულობით 1-დან 10 მლ-მდე და 25 მმ სიგრძის და 0,6 მმ დიამეტრის ნემსები. კანქვეშა ინექციები უმთავრესად, კეთდება მხრის გარეთა უკანა ზედაპირზე, ბეჭქვეშა არეში, მუცლისა და თეძოს კანქვეშა ქსოვილში.

კანს წინასწარ ამუშავებენ სპირტით ან იოდის 5%-იანი ხსნარით. შპრიცს იჭერენ ხელის დიდი და შუა თითებით, მარცხენა ხელის საჩვენებელი და დიდი თითით იჭერენ კანსა და კანქვეშა ცხიმოვან ქსოვილთან ერთად მოზიდვენ ზემოთ, ნემსის შემხვედრი მიმართულებით. შემდეგ მოკლე, სწრაფი მოძრაობით უჩვენებენ ნემსს და შეჰყავთ იგი კანქვეშა სიღრმით 1-2 სმ. შემდეგ იჭერენ რა შპრიცს მარცხენა ხელით, მარჯვენათი ოდნავ ამოსწევენ ტუმბოს შესამოწმებლად, ხომ არ გაჩნდა სისხლი. თუ ნემსი მოხვდა სისხლძარღვში, ინექცია არ ტარდება. წამლის კანქვეშა (სურათი 21) შეყვანის შემდეგ ინექციის ადგილს განმეორებით ამუშავებენ სპირტით. ინექციის დამთავრების შემდეგ, ინექციის ადგილზე კანს განმეორებით ამუშავებენ სპირტით.

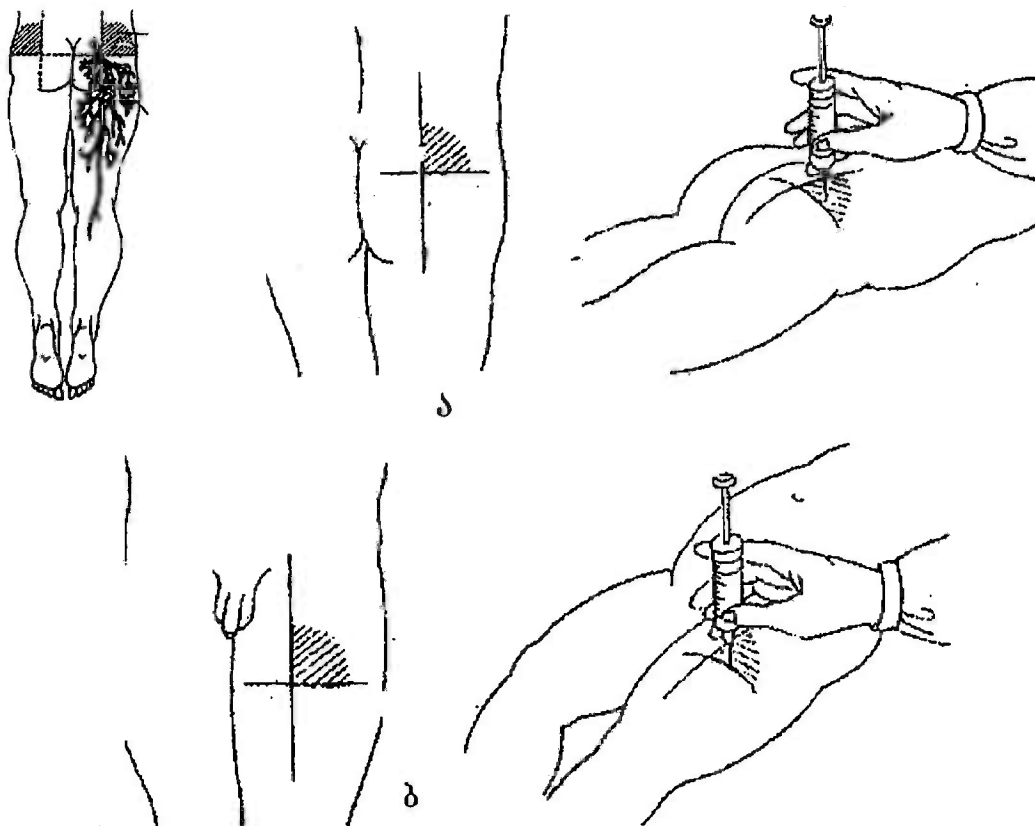


სურათი 21. კანქვეშა ინექციის ტექნიკა

4.6.3. კუნთშია ინექცია

კუნთშია ინექციების დროს წამალი შეიწოვება უფრო სწრაფად, ვიდრე კანქვეშა ინექციების დროს. ამ დროს უმთავრესად გამოიყენება 40 მმ სიგრძისა და 0,6-1 მმ დიამეტრის ნემსები. ტარდება კანის წინასწარი დეზინფექცია სპირტით. ჩვეულებრივ, ინექციისათვის ირჩევენ დუნდულოს ზედა გარეთა კვადრატს ან თეძოს წინა გარეთა არეს. ნემსი შეჰყავთ სწრაფად, კანის ზედაპირის პერპენდიკულარულად 2-3 სმ სიღრმით. ჩხვლეტის შემდეგ შპრიცის ტუმბოს ოდნავ ამოსწევენ ზემოთ, მოწმდება, ხომ არ მოხვდა ნემსი სისხლძარღვში. თუ სისხლი არ აღმოჩნდება, შეჰყავთ წამალი (სურათი 22). ინექციის დამთავრების შემდეგ, ამოიღებენ რა სწრაფად ნემსს, წამლის უკეთ შეწოვის მიზნით ინექციის ადგილას აკეთებენ მსუბუქ მასაჟს ან ადებენ სათბურს. განმეორებით ინექციას აკეთებენ სხვა ადგილას.

კუნთშია ინექციების ხშირი გართულებაა ინფილტრატის წარმოქმნა, რაც დაკავშირებულია ასეპტიკის წესების დარღვევასთან. აქედან გამომდინარე, აუცილებელია პერიოდულად ინექციის ადგილის პალპაცია, ხოლო ინფილტრატის აღმოჩენის შემთხვევაში, გამწოვი პროცედურების გამოყენება. მარტივი ღონისძიებაა იოდის ბადის გაკეთება, ნახევრად სპირტიანი კომპრესიის დადება ინფილტრატის არეზე ან ფიზიოთერაპიული ღონისძიებანი, ყველა ზემოთ აღნიშნული მიმართულია აბსცესის განვითარების თავიდან ასაცილებლად.



სურათი 22. კუნთშიდა ინექცია: ა — ღუნდულოს გარეთა ზედა კვადრანტი;
ბ — ბარძაყის წინა გარეთა უბანი.

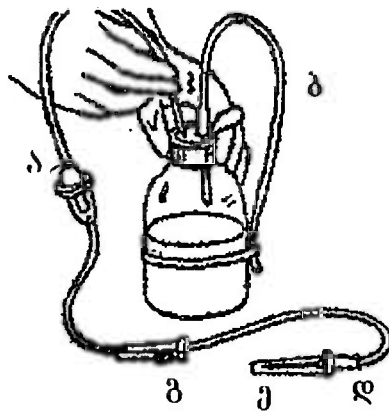
4.6.4. ინექცია ვენაში და წვეთოვანი გადასხმა

ვენაში შეყვანისას წამლის ხსნარი მაშინვე ხვდება სისხლის მიმოქცევაში და ახდენს სწრაფ ზემოქმედებას ორგანიზმზე.

ინტრავენური ინფუზიისათვის გამოიყენება დიდი მოცულობის შპრიცები (10, 20 მლ), ნემსები ან „პებლები“ შედარებით დიდი (0,8 მმ) დიამეტრის და 40 მმ სიგრძის (ბავშვის ასაკის გათვალისწინებით). ჩვილ ასაკში იხმარება მცირე დიამეტრის ნემსები. გადასხმას აკეთებენ პერიფერიულ ვენაში. წლამდე ასაკის ბავშვებს ინტრავენურ ინექციებს უკეთებენ თავის კანქვეშა ვენებში, ხოლო უფრო მოზრდილ ბავშვებს იდაყვის, მტევნის, ტერფის ვენებში. კისრისა და ლავიწქვეშა ვენებში ინექციებს აკეთებენ იშვიათად, რადგან კისრის ვენებში წნევა ატმოსფერულზე ნაკლებია და ჰაერის მოხვედრის საშიშროება დიდია (ჰაეროვანი ემბოლია).

ვენაში წამლის შეყვანის წინ ხელებს გულმოდგინედ იბანენ და იცვამენ ერთჯერადი ხმარების ხელთათმანებს. ბავშვი მწოლიარე უნდა იყოს. კანს ამუშავებენ სპირტით. ვენის უკეთ ავსების მიზნით, რეკომენდებულია მისი გადაჭერა საინექციო ადგილის ზემოთ. ეს შეიძლება გაკეთდეს ხელით ან ლასტის დადებით კიდურზე.

ვენას ჩხვლეტენ უშპრიცოდ ან შპრიციანი ნემსით, ან „პებლით“. ჩხვლეტა კეთდება კანის მიმართ მახვილი კუთხით. კანს ჩხვლეტენ სწრაფად მცირე სიღრმეზე, შემდეგ ნემსის ფრთხილი მოძრაობით ჩხვლეტენ ვენას ისე, რომ ნემსმა არ დააზიანოს ვენის მოპირდაპირე კედელი. ნემსს ამოძრავებენ ვენის მიმართულებით (სურათი 23). ვენაში მოხვედრის შემთხვევაში, ნემსის გარეთა ზედაპირზე (შპრიცში) გამოჩნდება მუქი ვერური სისხლი. სისხლის არ არსებობა მიუთითებს, რომ ნემსი ვენაში არ მოხვდა.



სურათი 24. ვაკუუმი სისტემა: ა — ვაკუუმი რეზერვუარი; ბ — პერგამენტარი; გ — მომჭერი; დ — საინექციო კვანძი; ე — ნემსი.

- მოწმდება სისტემის გარეგანიობა და ჰერმეტიულობა;
- გადასასხმელი ხსნარის ფლაკონს პინცეტით აცლიან შეტალის სახურავს და რეზინის საცობის თავს სპირტში დასველებული ბუროთულით ამუშავებენ;
- სისტემის მომჭერი დაკეტილია, პერგამენტარის ნემსი კი შეჰყავთ ფლაკონში, თავისუფალ ბოლოს ამაგრებენ ფლაკონზე;
- სისტემის მოკლე ნაწილს ხსნიან სახურავს და ნემსი ბოლომდე შეჰყავთ ფლაკონის საცობში;
- შეაბრუნებენ ფლაკონს და ჰკიდებენ შტატივზე;
- ხსნიან მომჭერს და ავსებენ ვაკუუმი რეზერვუარს ნახევრამდე;
- მომჭერს კვლავ კეტავენ და აბრუნებენ სისტემას საწყის მდგომარეობაში;
- აღებენ სისტემის მომჭერს, სისტემას მთლიანად ავსებენ მანამ, სანამ ჰაერი მთლიანად არ იქნება გამოძევებული და სისტემიდან არ მიიღებენ ვაკუუმს;
- ნემსი შეჰყავთ ვენაში და უერთებენ ვაკუუმი სისტემას, ხსნიან მომჭერს, არეგულირებენ ვაკუუმის რაოდენობას და აფიქსირებენ ნემსს.
- ვაკუუმი გადასხმის რეგულაცია ხდება ინფუზიამატით ან მედლის სისტემატური მეთვალყურეობით.



სურათი 25. ვაკუუმი სისტემის მომზადება.

მედიაკომენტების ვენაში წვეთოვნად შეყვანისათვის საჭიროა დროის გარკვეული ხანგრძლივობა, რისთვისაც აუცილებელია „პეპელას“ ფიქსაცია, რაც ზორციელდება ლეოკობლასტირითა და კიდურის იმობილიზაციით.

4.6.5. ინექციის შემდგომი გართულებები

ვენაბუქციის ანუ ინტრავენური ინექციის შემთხვევაში შესაძლო გართულებანი:

- ჰემატომა, რომელიც ჩნდება ვენის კედლის დაზიანებისას. ის მტკივნეულია და სწრაფად გაიწოვება დამწოლი ნახვევის დადების საშუალებით;

- სისხლდენა ნაჩხვლეტი ადგილიდან აღინიშნება სისხლის შედედების დარღვევის დროს. სისხლდენა შეჩერდება დამწოლი ნახვევის დადებით. იშვიათად საჭირო ხდება სისხლის დენის შეჩერება სპეციალური მეთოდებით;

- ქსოვილების „გაღიზიანება“ და ინექციის ადგილას ინფილტრატის წარმოქმნა აღინიშნება მაშინ, როცა წამალი ვენის მაგივრად ირგვლივ მდებარე ქსოვილებში მოხვდება. ინფილტრაციის სწრაფი გაწოვა ხდება ჰიპერტონული ან თბილი კომპრესიის დადებით;

- ჰაეროვანი ემბოლი;

- ბიროგენული ან ალერგიული რეაქცია;

- ფლემბია.

გართულების პროფილაქტიკის მიზნით მკაცრად უნდა იქნეს დაცული შპრიცების, ნემსების, ინსტრუმენტის სტერილობა, მედერისონალის ხელების და წამლის შესაყვანი ზედაპირის დამუშავება. მანიპულაციები ტარდება ერთჯერადი სტერილური ხელთათმანებით.

ჰაეროვანი ემბოლია შესაძლოა განვითარდეს ვენაში წვეთოვანი ან ნაკადური გზით წამლის შეყვანის დროს. ინტრავენური ინფუზიებისათვის ე. წ. „პეპლების“ გამოიყენება ამცირებს ჰაეროვანი ემბოლიით გართულებებს.

თუ ინტრავენური მანიპულაციის დროს განვითარდა ბიროგენული ან ალერგიული რეაქცია, რაც გამოიხატება შემცირებით, ტემპერატურის მომატებით, კანზე გამონაყარით, გულის რეგა-ლებინებით, აუცილებელია შეწყდეს წვეთოვანი გადასხმა და ჩატარდეს სპეციალური ღონისძიებები ექიმის მითითებით.

ფლემბიის განვითარების თავიდან ასაცილებლად აუცილებელია შესრულდეს შემდეგი:

- ვენაში შესაყვანი სითხის ტემპერატურა უნდა შეესაბამებოდეს ავადმყოფის სხეულის ტემპერატურას;

- წვეთოვანი სისტემები ყოველ ხმარებაზე შეიცვალოს ახალით;

- დაცული იყოს სტერილობა.

აღსანიშნავია, რომ თუ სითხის ინტრავენური შეყვანის დროს წვეთების რიცხვი 1 წთ-ში 7-მ-ზე ნაკლებია ვენა შესაძლოა დათრომბოს, რაც საჭიროებს კორექციას.

კითხვები:

1. როგორია სამკურნალო წამლო საშუალებების მიღების წესი?
2. როგორია წამლების ორალურად მიღების დადებითი და უარყოფითი მხარეები?
3. როგორ უნდა მიიღოს ბავშვმა ხსნარები და სუსპენზიები?
4. როგორია ორალურად პრეპარატების დანიშნის წესი?
5. რაში მდგომარეობს წამლების რექტალურად გამოყენების უპირატესობა?
6. როგორია სანოლის შეყვანის ტექნიკა?
7. ინჰალაციის ძირითადი სახეები.
8. სამკურნალო ელექტროფორეზის ჩატარების ტექნიკა.
9. როგორია ყურში წამლის ჩაწვეთების ტექნიკა?
10. როგორია ცხვირში წამლის ჩაწვეთების ტექნიკა?
11. როგორია თვალში წამლის ჩაწვეთების ტექნიკა?
12. როგორია სამკურნალო წამლო საშუალებების გარეგანი გამოყენების ძირითადი გზები?
13. კანზე მალაქსიუმის, პასტებისა და შეთქმული სუსპენზიების გამოყენების წესები და უკუჩვენებანი.

14. როგორია კანში მაღაძოების შეზღუდის ტექნიკა?
15. როგორია კანზე მაღაძოს წაცხების ტექნიკა?
16. როგორია მაღაძოების ნახვევის დადების ტექნიკა?
17. როგორია სველი (დაბაშრობელი) საფეხების გამოყენების ტექნიკა?
18. ჩამოთვალეთ საინექციო შპრიცების და ნემსების სახეები.
19. როგორია ხელების მოვლის წესი ინექციის წინ?
20. როგორია წამლის ამოღების წესი?
21. როგორია შპრიცების გარეცხვის და შენახვის წესი?
22. როგორია კანშიდა და კანქვეშა ინექციების ტექნიკა?
23. როგორია კუნთშიდა ინექციის ტექნიკა?
24. როგორია ინტრავენური ინექციის ტექნიკა?
25. რა გართულება შეიძლება მოყვას ინექციას?
26. როგორია ინტრავენური ინექციების შემდგომი გართულებების თავიდან აცილების გზები?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. 2 წლის გოგონას მარჯვენა ხელის წინა ზედაბარი ცხელი წყლით დაეწვა, კანი გაუღიზიანდა და დაუჩირქდა. განვითარდა დიდი ზომის ფუფუნები. მკურნალობის რომელ მეთოდს გამოიყენებთ?
 - ა. კანზე მაღაძოს წაცხება
 - ბ. კანზე შეთქვეფადი ემულისიის შეზღუდა
 - გ. მაღაძოს (კომპრესირებული) ნახვევის დადება
 - დ. სველი საფეხი
2. როგორ ჩააწვეთებთ თვალში 1 წლის ბავშვს 20%-იან ალბუციდის ხსნარს?
 - ა. ჩამოსწევთ ქვემო ქუთუთისა და პრეპარატის 1-2 წვეთს ჩააწვეთებთ თვალის გარეთა კუთხეში
 - ბ. ჩამოსწევთ ქვემო ქუთუთისა და პრეპარატის 1-2 წვეთს ჩააწვეთებთ თვალის შიგნითა კუთხეში
 - გ. აუწვეთ ზედა ქუთუთისა და ჩააწვეთებთ ღია თვალის ნაპრაალში
3. 4 წლის ბავშვს გამწვანებული აქვს ცხვირით სუნთქვა და აღენიშნება უხვი გამონადენი. დანიშნული აქვს გიოქსიზონის მაღაძო და ყუყღარინის 2%-იანი ხსნარი. როგორი თანმიმდევრობით შეასრულებთ ექიმის დანიშნულებას?
 - ა. თავდაპირველად ჩააწვეთებთ ყუყღარინის 2%-იან ხსნარს
 - ბ. თავდაპირველად შეაზღუდოთ გიოქსიზონის მაღაძოს
 - გ. ერთდროულად გამოიყენებთ როგორც ყუყღარინს, ასევე გიოქსიზონის მაღაძოს
4. 3 წლის ბავშვს დაენიშნა ყურის წვეთები. როგორ მდებარეობას მისცემთ ბავშვს ყურში ჩაწვეთების დროს?
 - ა. ბავშვს აწვენთ ზურგზე და თავი გვერდზე აქვს მობრუნებული
 - ბ. ბავშვს აწვენთ გვერდზე
 - გ. ბავშვს აწვენთ მუცელზე და თავი გვერდზე აქვს მობრუნებული
5. 10 წლის ბავშვს დანიშნული აქვს ეკალიმპტის ზეთოვანი ინჰალაცია. როდის ჩაატარებთ ინჰალაციას?
 - ა. კვების წინ
 - ბ. ორთქლის ინჰალაციის წინ
 - გ. ჭამის შემდეგ
6. 5 წლის ბავშვს პედიატრმა დაუნიშნა ერთორომიცინი. დედამ შეისინა პრეპარატი ფხვნილის სახით და დოზირებული კოფზით. როგორ მისცემთ ბავშვს პრეპარატს?
 - ა. მისცემთ ფხვნილს დოზირებული კოფზით
 - ბ. შშრალი ფხვნილს გახსნით გადადუღებული წყლით და მისცემთ ჩაის კოფზით
 - გ. შშრალ ფხვნილს გახსნით გადადუღებული წყლის იმ რაოდენობით, რომელსაც მითითებულია ინსტრუქციაში და ბავშვის სხეულის მასის გათვალისწინებით გამოთვლილ საჭირო დოზას და მისცემთ დოზირებული კოფზით
7. კანშიდა ინექცია ტარდება შპრიცით, რომლის მოცულობაა:
 - ა. 5 მლ
 - ბ. 1 მლ
 - გ. 10 მლ
8. ინტრამუსკულარულ ინექციას ატარებენ:
 - ა. ნემსით, რომლითაც ფლაკონიდან ამოიღეს თხიერი პრეპარატი
 - ბ. ახალი ნემსით, რომელიც წამლის ამოღების შემდეგ გაუკეთეს იმავე შპრიცს
 - გ. ამოღებული წამალი გადაგაქვთ ახალ შპრიცში
 - დ. ვენაში ინექციებისათვის სასურველად გამოიყენებით
9. მცირე დიაბეტრის ნემსი
 - ბ. „პეპელა“
 - გ. დიდი დიაბეტრის ნემსი

მ. 3 წლის გოგონას დაეწყო ხველა, გაუჩნდდა სუნთქვა, სხეულის ტემპერატურამ 38.5°C -ს მიაღწია. ექიმმა დაინშა ანტიბიოტიკი კუნთებში გასაკეთებლად. მედამ ინექცია გააკეთა იმავე ნეკსით, რომლითაც ამოიღო პრეპარატი. მეორე დღეს ინექციის ადგილი შეშუბდა და გახდა პიპერემიული. რა არის მიზეზი ინექციის შემდგომი გართულების?

მ. 5 წლის ბავშვის აღენიშნა გულისრევა, ღებინება, ნაწლავთა მოქმედება გახშირდა, განავალი უხვად შეიცავდა სითხეს, ბავშვი მოდუნდა და აღინაშნა გახდა. მიყვანილ იქნა სავადმყოფოში, სადაც ჩატარდა ინტრავენური ინფუზია, რომლის დროსაც ავადმყოფს შეაძცინა, ტემპერატურამ აუწია 39°C -მდე, კანზე გაჩნდა მოვარდისფერი-მოწითალო ლაქები.

გააგრძელებთ თუ არა ინტრავენურ ინფუზიას?

თავი V ბავშვის განვითარების პერიოდები

ბავშვის ორგანიზმში მოზრდილისაგან იმით განსხვავდება, რომ იგი განუწყვეტლივ იზრდება და ვითარდება და სიცოცხლის ყოველ ასაკობრივ ეტაპზე წარმოგვიდგება განსაკუთრებული მორფოლოგიური, ფიზიოლოგიური და ფსიქოლოგიური თავისებურებებით. აქედან გამომდინარე, ასაკის გაუთვალისწინებლად ძნელია მსჯელობა ბავშვის რომელიმე ორგანოს ან სისტემის ფუნქციურ მახასიათებლებზე. ცალკეული პერიოდისათვის დამახასიათებელ ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი გაგვჩვენებს ახდენენ ნაყოფისა და ბავშვის ორგანიზმის იმუნორეაქტიულობაზე და გარემოს მიმართ წინააღმდეგ-უნარიანობაზე, რაც ხელს უწყობს ამა თუ იმ პერიოდისათვის დამახასიათებელ დაავადებათა განვითარებას და მათ თავისებურ მიმდინარეობას.

სხვადასხვა ასაკის ბავშვებისადმი დიფერენცირებული მიდგომის, კვების, მოვლისა და აღზრდის ადეკვატური რეჟიმის დაგეგმვისა და ამ თუ იმ დაავადების პროფილაქტიკურ ღონისძიებათა შემუშავებაში ბავშვობის ასაკის პერიოდებად დაყოფას, როგორც მეცნიერული ისე პრაქტიკული თვალსაზრისით დიდი მნიშვნელობა ენიჭება. თითქმის ყველა მაღალი კულტურის ხალხს ჰქონდა ბავშვთა ასაკობრივ ჯგუფებად დაყოფის ცდები. საქართველოში, როგორც სულხან-საბა ორბელიანის განმარტებიდან ჩანს (ინ. „სიტყვის კონა“), არჩევდნენ შემდეგ პერიოდებს:

ჩვილი — 5 წლამდე

უსუარი — 5-დან 10 წლამდე

ნინეგლი — 10-დან 15 წლამდე

ყრმა — 15 წლის შემდეგ

პედიატრიაში ადამიანის ონტოგენეზური განვითარების მრავალრიცხოვან კლასიფიკაციებს შორის მეტად სრულყოფილია ნ. გუნდობინის სქემა პროფ. მ. მასლოვისა და აკად. ა. ტურის მოდიფიკაციით, რომლის მიხედვით ბავშვობის ასაკი იყოფა შემდეგ პერიოდებად:

I საშვილოსნოსშიდა (ანტენატალური) განვითარების პერიოდი:

1. ემბრიონალური განვითარების ფაზა (11-12 კვირა)

2. პლაცენტური განვითარების ფაზა (12 კვირიდან დაბადებამდე)

II საშვილოსნოს გარეთა (პოსტნატალური) განვითარების პერიოდი:

1. ნეონატალური ანუ ახალშობილის პერიოდი — დაბადებიდან 4 კვირა (28 დღე)

2. ძუძუმწოვრობის პერიოდი — 4 კვირიდან 1 წლამდე

3. წინასკოლამდელი პერიოდი — 1-3 წელი

4. სკოლამდელი პერიოდი — 3-6 წელი

5. უმცროსი სასკოლო ასაკი — 6-11 წელი (სქესობრივი მომწიფების წინა ანუ პრეპუბერტალური პერიოდი)

6. უფროსი სასკოლო (სქესობრივი მომწიფების ანუ პუბერტალური) პერიოდი — 12-დან 16-17 წლამდე

ამერიკელი პედიატრები ბავშვობის შემდეგ ასაკობრივ პერიოდებს გამოყოფენ:

1. ახალშობილობის (დაბადებიდან პირველი 14 დღე)
2. ადრეული ბავშვობის I ნახევარი (2 კვირიდან 6 თვემდე)
3. ადრეული ბავშვობის II ნახევარი (6 თვიდან 2 წლამდე)
4. სკოლამდელი ასაკი (2-5 წელი)
5. სკოლის ასაკი (6-12 წელი)
6. მოზარდი ასაკი:
 - ა. ადრეული (12-14 წელი)
 - ბ. საშუალო (15-16 წელი)
 - გ. გვიანი (17 წლიდან 19-20 წლამდე)

5. 1. ანტენატალური ანუ საშვილოსნოს შიდა განვითარების პერიოდი

ანტენატალური პერიოდი მოიცავს განაყოფიერებიდან დაბადებამდე ვადას და გრძელდება 280 დღე — 40 კვირა (10 სამთვარეო თვე).

ნაყოფი ძლიერ მგრძნობიარეა ტერატოგენული (მაგნე) ფაქტორებისადმი, რომელთა ზემოქმედება შეიძლება გამოვლინდეს ჩანასახის ან ნაყოფის დაღუპვით, სიცოცხლისთანაშეუთავსებელი მსმე მანკითა და სიმანსხით, განვითარების მსუბუქი ანომალიითა და ფუნქციური მოშლილობით, რომლებიც დაბადებისთანავე ან შედარებით უფრო მოგვიანებით მკვლავნდებიან. ორსულობის პერიოდში არსევენ ე. წ. „კრიტიკულ პერიოდებს“, როცა ტერატოგენული ანუ მაგნე ფაქტორთა ზემოქმედება მაქსიმალურად ელინდება.

პირველი „კრიტიკული პერიოდი“ პრემბლანტაციისა და იმბლანტაციის ფაზა, რასაც ჩანასახის დაღუპვა მოჰყვება. მეორე „კრიტიკული პერიოდი“ ორსულობის 3-დან 8 კვირამდე პერიოდი — ორგანოგენეზის პერიოდი, დამანაინებელი ფაქტორების ზემოქმედების სშარად ტვინის, გულ-სისხლძარღვთა სისტემის და სხვა ორგანოების განვითარების მანკის ფორმირება მოსდევს.

ორსულობის მომდევნო პერიოდში (8 კვირიდან) მაგნე ფაქტორთა მოქმედება ნაყოფზე უნეში ანატომიური მანკის ჩამოყალიბებას აღარ იწვევს, მაგრამ შესაძლოა გამოვლინდეს ამა თუ იმ ორგანოს ზრდის შეჩერება (ჰიპოპლაზია), ხოლო ორსულობის მე-2 ნახევარში გვიან ფეტალურ პერიოდში — უმწიფარი და მცირე მასის ნაყოფის დაბადებით, სშირია ისეთი დაავადებები, როგორიცაა გულის, სისხლძარღვთა, ღვიძლისა და სხვათა ანთებითი დაზიანებები.

ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში ხდება ნაყოფის ორგანიზმში სხვადასხვა ნივთიერებების — Ca, Fe, Cu, B ვიტამინების დეპონირება და სხვ. მეტაბოლიზმის ბოლო 10-12 კვირის განმავლობაში ნაყოფის სიცოცხლისათვის მნიშვნელოვანი ორგანოები ფუნქციურად მომწიფდება, რაც იცავს ნაყოფს უანგზადის ნაკლებობისა და ტრავმატიზმისაგან მშობიარობის პროცესში. უკანასკნელი კვირებში სურფანტალატის მომწიფება ხელს უწყობს ფილტვის სრულფასოვან ფუნქციონირებას. პლაცენტით გადაცემული იმუნოგლობულინების დაგროვება იწვევს მყარ პასიურ იმუნიტეტს, რომელიც აუცილებელია სიცოცხლის პირველ თვეებში. აღინშნულის გამო უმნიშვნელო ხარისხის დღენაკლეულობის შემთხვევებშიც კი, ბავშვის გარემოსთან შეგუების შესაძლებლობანი მნიშვნელოვნად მცირეა.

მშობიარობის პერიოდში ნაყოფის თავის ზომების სამშობიარო გზების ზომებთან შეუსაბამობა და ნაყოფის არასწორი მდებარეობა (განივი, ირბი ჯდომითი წინამდებარეობა), სწრაფი ან გაზანგრძლივებული მშობიარობა შესაძლოა განდეს სამშობიარო ტრავმის ან ასფიქსიის მიზეზი.

5.2. პოსტნატალური განვითარების პერიოდი

5.2.1. ახალშობილობის პერიოდი

ჭბლარის გადაკვანშიდან იწვება ახალშობილობის ანუ ნეონატალური პერიოდი, რომლის პირველი (ადრეული ნეონატალური) ფაზა ყველაზე კრიტიკულია. იგი გარემოსთან

შეგუების ანუ ადაპტაციის მნიშვნელოვანი პერიოდია. იწყება ფილტვით სუნთქვა, სისხლის მიმოქცევის ახალი გზის — მცირე წრის ჩამოყალიბება, პლაცენტური სისხლის მიმოქცევის გზების დახურვა (ოვალური ხვრელის დახურვა, არტერიული სადინარის, არანცის სადინარისა და ჭიმბის არტერიების ობლიტერაცია), ენტერალური კვება, თერმორეგულაციის სისტემის ჩამოყალიბება და სხვა. ვინაიდან ორგანიზმის თითქმის ყველა ფუნქცია არამყარია (საბოლოოდ არაა ჩამოყალიბებული) საკმაოდ ხშირია ადაპტაციის დარღვევა, რაც ე. წ. პათოლოგიასთან მომიჯნავე მდგომარეობით, ანუ ზრდის ადაპტაციური სინდრომით ვლინდება.

გვიან ნეონატალურ პერიოდშიც (მე-2 კვირიდან პირველ თვემდე ასაკში) გარემოსთან ადაპტაცია ჯერ კიდევ არ არის სრულყოფილი, ამიტომ არახელსაყრელ პირობებში ადვილად ყოფილება სხვადასხვა პათოლოგიური გადახრა, მასის მატების შეჩერება, დაავადებები და სხვა.

ნეონატალური პერიოდის ფიზიოლოგიური თავისებურებებიდან აღსანიშნავია მხედველობისა და სმენის ანალიზატორების სწრაფი განვითარება, დედასთან ტაქტილური, მხედველობითი და ემოციური კონტაქტის დამყარება, პირველი პირობითი რეფლექსების ჩამოყალიბება. ხოლო ამ პერიოდის ბოლოსათვის პირველი დიმილი, რაც ბავშვის ფსიქიკური ცხოვრების მაუწყებელია.

ახალშობილობის პერიოდისათვის დამახასიათებელი დაავადებები მრავალფეროვანია, რაც სხვა ასაკობრივ პერიოდში თითქმის არ გვხვდება და ძირითადად სამ ჯგუფადაა წარმოდგენილი:

- ინტენსივური ანუ საშვილოსნოსშიდა პერიოდის დაავადებანი (განვითარების მანკი, მემკვიდრეობითი დაავადებები, საშვილოსნოსშიდა ინფექცია, ახალშობილთა პემოლიზური დაავადება, დღენაკლელობა, უმწიფრობა, ჰიპოტროფია და სხვა);

- ინტრანატალური ანუ მშობიარობის პერიოდის დარღვევით გამოწვეული მდგომარეობანი (ასფიქსია, სამშობიარო ტრავმა, ნაყოფის დაინფიცირება, მოტენილობანი და სხვა);

- პოსტნატალური ანუ დაბადების შემდგომ შექნილი დაავადებები (ჩირქოვან-სეფსისური, სასუნთქი გზებისა და ნაწლავების ბაქტერიული ან ვირუსული დაავადებანი), რაც განპირობებულია ბავშვის იმუნოლოგიური არასრულყოფილებით (სეკრეციული A იმუნოგლობულინის და G იმუნოგლობულინის დაბალი ტიტრი, გაძლიერებული მიდრეკილებით სტრეპტოსტაფილოკოკური ინფექციისადმი).

ახალშობილის განსაკუთრებით ესაჩიროება ჰიგიენურ პირობებისა და კვების რეჟიმის ოპტიმალური დაცვა. ახალშობილობის პერიოდში მეტად მნიშვნელოვანია ექიმისა და მედლის სისტემატური მეთვალყურეობა დედის ლაქტაციაზე და ბავშვის ძუძუს წოვის აქტივობაზე, მასის ნამატის კონტროლზე დედისა და ოჯახის წევრებს საჭიროა აცხესნათ და ვასწავლოთ ბავშვის მოვლისა და კვების ელემენტები.

5.2.2. ძუძუმწოვრობის პერიოდი

პოსტნატალური ცხოვრების მეორე პერიოდია ძუძუმწოვრობის პერიოდი, რომელიც იწყება 29 დღიდან და გრძელდება 12-18 თვემდე. გარემოსთან ადაპტაციის ძირითადი პროცესები თითქმის სრულყოფილია. ამ პერიოდის ფიზიოლოგიურ თავისებურებიდან აღსანიშნავია ინტენსიური ზრდა. ინტენსიურია არა მარტო ფიზიკური, არამედ მოტორული, ნერვულ-ფსიქიკური და ინტელექტუალური განვითარება, რაც განპირობებულია ნივთიერებათა ცვლის ინტენსივობით და ანაბოლური პროცესების სიჭარბით.

ძუძუმწოვრობის პერიოდის დამახასიათებელი დაავადებებიდან აღსანიშნავია:

- სასუნთქი სისტემის დაავადებანი (ბრონქიტი, პნევმონია) დედისაგან გადაცემული პასიური იმუნიტეტის შემცირებისა და საკუთარი იმუნიტეტის შედარებით ნელი განვითარების გამო;

- კუჭ-ნაწლავის დაავადებანი — საკვებ ინგრედიენტებზე გაზრდილი მოთხოვნილებისა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ფუნქციური არასრულყოფილების გამო;

– მიდრეკილება კრუნჩხვებისადმი, შენსგოუნცეფალოიდური რეაქციისადმი – ტვინის ქსოვილის სწრაფი ზრდის, მორფოლოგიური უმწიფობის ფუნქციური არასრულყოფილებისა და პემატონცეფალური ბარიერის მაღალი გაღწევადობის გამო;

– ორგანიზმის სენსიბილიზაცია კვებითი ალერგენებით (კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, ღორწოვანის გაღწევადობის მატების გამო), რაც ალერგოდერმატოზის, ანუ ალერგიული დიათეზის ხანით ჯლინდება;

– ნივთიერებათა ცვლის ინტენსივობის გამო ხშირია მისი დარღვევა, რაც ამ პერიოდში რაქიტის, სპაზმოფილიის ან რკინადეფიციტური ანემიის განვითარებით მთავრდება.

ბუნებრივი კვება, სუფთა ჰაერი, თავისუფალი საწოლი, დედის ალერსი და სათანადო სპეციფიკური პროფილაქტიკური ღონისძიებანი უმეტეს შემთხვევაში უზრუნველყოფს ამ პერიოდის ბავშვთა ნორმალურ ზრდა-განვითარებას.

5.2.3. წინასკოლამდელი პერიოდი

წინასკოლამდელი პერიოდისათვის დამახასიათებელია ზრდის ტემპის რამდენადმე შენელება, სამაგიეროდ მატულობს კუნთოვანი ქსოვილის მასა, მთავრდება სარძევე კბილების ამოსვლა, აღინიშნება ლიმფური ქსოვილის ინტენსიური ზრდა. ყალიბდება „პატარა ბავშვის“ მორფოლოგიური ტიპი: მრგვალი ცილინდრული ტანი, მრგვალი, არაღრმა რელიეფის სახე, ტანის თავისებური პროპორციები; ენდოკრინული სისტემის მხრივ აღინიშნება ჰიპოფიზისა და მკერდუკანა ჯირკვლების ფუნქციის კიდევ უფრო გაძლიერება. ფარისებრი ჯირკვლის ზეგავლენა კიდევ უფრო სუსტდება, ყველა ფიზიოლოგიური სისტემა სწრაფად მწიფდება, მეტყველება ც სწრაფად ვითარდება. 2 წლის ბოლოს ბავშვთა უმრავლესობა გრძელი, გრამატიკულად გამართული ფრაზებით საუბრობს. მე-3 წლიდან იქმნება წარმოდგენა საკუთარ „მე“-ზე ემოციური სფერო საკმაოდ განვითარებულია. შედგენდება სიმორცხვე, ანჩხლობა, უარყოფითი ემოციები ხშირად ისტერიულ ხასიათს იღებს, არცთუ იშვიათია აფექტური გულყრა, რის გამოც ამ პერიოდს „პირველადი სიჯიუტის“ პერიოდსაც უწოდებენ. გარე სამყაროს აღქმაში მონაწილეობს თითქმის ყველა ანალიზატორი, მაგრამ ჯერ კიდევ დიდია პირის ღრუს რეცეპტორული აპარატის როლი, რის გამოც ბავშვები ყველაფერს პირში იღებენ, რაც არცთუ იშვიათად უცხო სხეულის ასპირაციისა და მოწამვლის მიზეზი ხდება. მოტორული აქტივობის მაქსიმალურობის, მოძრაობასა და ქცევაზე კონტროლის არაადექვატურობის გამო ხშირია ტრაუმის შემთხვევები. ამ პერიოდის დამახასიათებელი დაავადებებიდან პირველ ადგილზეა მწვავე რესპირაციული ინფექცია, რაც კონტაქტის გახშირებითა და გაფართოებით უნდა აიხსნას. ლიმფური ქსოვილის ჰიპერპლაზიის გამო ხშირია ალერგიულობისა და ტონზილების გადიდებაც. ამ პერიოდში ჯლინდება ლიმფური და პეშორაგული დიათეზი, ალერგიული დაავადებები, მათ შორის ბრონქული ასთმა. ტუბერკულოზი ნაადრევ ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციით ან პირველადი კომპლექსის ტიპით მიმდინარეობს. ხოლო არახელსაყრელი პირობების არსებობისას აღვივდება მისი ლოკალურ ფორმებში გადასვლა.

5.2.4. სკოლამდელი პერიოდი (3-6 წელი)

ამ პერიოდისათვის დამახასიათებელია ტანის მასის მატების ერთგვარი შენელება. სამაგიეროდ სწრაფად მატულობს სიმაღლე, კიდურების სიგრძე (პირველადი „აქიმფის“ პერიოდი), უფრო გამოიკვეთება სახის რელიეფი. ამ პერიოდის ბოლოს იწყება სარძევე კბილების მუდმივი კბილებით შეცვლა. მორფოლოგიურად აღინიშნება შინაგანი ორგანოების აგებულების დიფერენციაცია, განსაკუთრებით ტვინის ქერქული უჯრედებისა და გამტარი გზების დიფერენცირება, იმუნიტეტი უკვე საკმაოდ მომწიფებულია. ინტელექტი ინტენსიურად ვითარდება, მეხსიერება მნიშვნელოვნად უმჯობესდება, თამაში აბსტრაქტულ ხასიათს იღებს. ემოციური გამოვლინებები უფრო შეკავებულია, შეიმჩნევა განსხვავება გოგონებისა და ვაჟების ქცევაში. ფორმირდება ინდივიდუალური ინტერესები, თავმოყვარეობა და სხვა. ენდოკრინული

ჯირკვლების მხრივ მკერდუკანა ჯირკვლის ფუნქცია მცირდება, ჰიპოფიზის გავლენა უცვლელა რჩება, თირკმელზედა ჯირკვლების მიერ პორძონების პროდუქცია.

ამ პერიოდის დაავადებებიდან პირველ ადგილს მწვავე ინფექცია და სასუნთქი სისტემის დაავადებები იკავებს. პატულოზს ტუბერკულოზით ინფიცირება. ტრავმატიზმი ჯერ კიდევ ხშირია.

5.2.5. ყრმობის პერიოდი ანუ უმცროსი სასკოლო ასაკი

პრეპუბერტატული ანუ სქესობრივი მომწიფების წინა პერიოდის (6 - 11 წელი) ახასიათებს ფიზიკური განვითარების სქესობრივი დიმორფიზმი, შეღავნდება სქესობრივი განსხვავება ვაჟებსა და გოგონებს შორის, როგორც ზრდისა და მომწიფების, ისე ტანის სპეციფიკური აგებულების მხრივ. სარძევე კბილები მთლიანად იცვლება მუდმივი კბილებით. სწრაფად ვითარდება უწვრილესი კუნთების კოორდინირებული მოძრაობა, რის გამოც წერისა და ხატვის ხარისხი მნიშვნელოვნად უმაღლესდება. მესხიერება კიდევ უფრო ძლიერია, ვითარდება ინტელექტი, გლინდება თვითშემოქმედებითი უნარი, ნებელობა, ხასიათი. ბავშვს უვითარდება კოლექტიური ცხოვრების ინტერესი და სხვ. ენდოკრინული სისტემის მხრივ თიშუსის გავლენა კიდევ უფრო სუსტდება. ჰიპოფიზის ფუნქცია პირველ ადგილზე რჩება, ძლიერდება ფარისებრი ჯირკვლისა და სასქესო ჯირკვლების ფუნქციები.

ამ პერიოდის დაავადებებიდან კვლავ ხშირია მწვავე ინფექცია და ტრავმატიზმი, გლინდება გულ-სისხლძარღვთა და კუჭ-ნაწლავის დაავადებანი, სიმსუქნე, მსუქელობის ცვლილებები, კარიესი, ტანის მოყვანილობის დარღვევა ე. წ. „სასკოლო დაავადებანი“, ხშირია ენდოკრინული დისფუნქცია. ტუბერკულოზი უფრო ხშირად ქრონიკული ინტოქსიკაციის სახით მიმდინარეობს. ამ პერიოდში თითქმის ყველა დაავადება კეთილსამიჯლოდ მიმდინარეობს.

5.2.6. პუბერტატული ანუ სქესობრივი მომწიფების პერიოდი

უფროსი სასკოლო ასაკის (12-დან 16-17 წელი) ახასიათებს ზრდის ე. წ. პრეპუბერტატული ნახტომი, დისპარმონიულობა, გარეგანი სასქესო ნიშნების სწრაფი განვითარება, ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციის მკვეთრი ცვლილებები. თიშუსი უკუვითარდება, სუსტდება პრეჰიპოფიზისა და ფარისებრი ჯირკვლის როლი, ძლიერდება თირკმელზედა ჯირკვლის, ჰიპოფიზის შუა და უკანა ნაწილების, განსაკუთრებით კი სასქესო ჯირკვლების როლი.

ეს პერიოდი ბავშვობის ყველაზე კრიტიკული პერიოდია ფსიქოლოგიური თვალსაზრისით. ნებისყოფა, შეგნება, ზნეობა და მოქალაქეობრივი გრძნობები ყალიბდება, მშობლების, თანატოლების, საზოგადოების მიმართ დამოკიდებულება იქმნება. დიდა თვითდაჯერება, საკუთარი „მე“-ის გადაჭარბებული შეფასება, მიდრეკილება კონფლიქტებისადმი, რის გამოც ხშირია უკიდურესი გამოვლინებები, ეს ე. წ. „შეორადი სიჯიუტის პერიოდი“.

ამ პერიოდის დამახასიათებელი ბათოლოგიიდან აღსანიშნავია კუჭ-ნაწლავის დაავადებები: გასტრიტი, დუოდენიტი, წყლულოვანი დაავადება, სიმსუქნე, ვუპერტატური ნერვული სისტემის ლაბილობა, თერმორეგულაციის დარღვევა, განსაკუთრებით გოგონებში, სქესობრივი განვითარების მოშლილობა, არცთუ იშვიათია ქრონიკულად მიმდინარე დაავადებათა გამწვავება (ტუბერკულოზი, რევმატიზმი, ნეფროპათია). ამ პერიოდში ხშირად გლინდება ეპილეფსია, შიზოფრენია და ზოგიერთი მემკვიდრეობით-დევანერაციული დაავადება.

ცხადია, ყველა ბავშვს განვითარების ინდივიდუალური ტემპი ახასიათებს, რის გამოც მისი ბიოლოგიური ასაკი შეიძლება განსხვავდებოდეს მისივე თანატოლების კალენდარული ასაკისაგან. ორგანიზმის ფუნქციური შესაძლებლობანი უფრო ხშირად ბიოლოგიურ ასაკთან კორეგირდება, ამიტომ მის განსაზღვრას ბავშვის მომწიფების დასადგენად პედატრიაში დიდი მნიშვნელობა ენიჭება.

ბიოლოგიური ასაკის დასადგენად ბავშვის განვითარების ისეთი ნიშნებით სარგებლობენ, რომლებიც ამ ასაკობრივი პერიოდის დამახასიათებელ ბიოლოგიური მომწიფების ხარისხს ასახავს. ამ მიზნით სიცოცხლის პირველ თვეებში თანდაყოლილი უპრობო რეფლექსების

გაქრობისა და პირველი პირობითი რეფლექსების წარმოქმნის ვადით ხელმძღვანელობენ. ნაადრევ ასაკში გადაამწყვეტი მნიშვნელობა მოტორული ჩვევების ვადას და სარძევე კბილების ამოჭრის ვადას ენიჭება. ხოლო უმცროს და უფროს სასკოლო ასაკში — მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას.

რა თქმა უნდა, ასაკობრივი პერიოდიზაცია სრულიადაც არ ნიშნავს, რომ ბავშვი ამ პერიოდში დაამახასიათებელი პათოლოგიით უნდა დაავადდეს. პირაქით, რადგან ცნობილია ამა თუ იმ პერიოდის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი და მოსალოდნელი დაავადებები, გაცდლებით ადვილია მათი თავიდან აცილება სათანადო პროფილაქტიკურ ღონისძიებითა გატარებით.

კითხვები:

1. რა მნიშვნელობა აქვს ბავშვის ასაკის პერიოდულად დაყოფას?
2. დაახასიათეთ ანტენატალური ანუ საშვილოსნოსშიდა განვითარების პერიოდი.
3. დაახასიათეთ ნეონატალური პერიოდი.
4. დაახასიათეთ ძუძუსწოვრობის პერიოდი.
5. დაახასიათეთ წინასკოლამდელი ასაკის ბავშვთა თავისებურებანი.
6. დაახასიათეთ სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა თავისებურებანი.
7. რა თავისებურებებით გამოირჩევა ბავშვი უმცროს სასკოლო ასაკში?
8. რომელ ორგანოთა მხრივ ვლინდება ცვლილებები სქესობრივი მომწიფების პერიოდში?
9. ბიოლოგიური ასაკის დასადგენად განვითარების რომელი ნიშნებია საყურადღებო?

კლინიკური ამოცანები:

1. ბავშვს აღენიშნება დიდი თავი, კეფის გაბრტყელება, შუბლის ბორცვები, ფეხები დეფორმირებული — „O“-ს მაგვარად, დიდი შუცკლი, კბილების ამოჭრა დაგვიანებულია, მხოლოდ 2 სარძეო კბილი აქვს. გამოხატულია რაქიტის კლინიკური სურათი. რომელ ასაკობრივ პერიოდს შეიძლება მივაკუთვნოთ ბავშვი?

2. ბავშვს აღენიშნება მეორადი სასქესო ნიშნები, გამოხატულია სიჯიუტე ადვილად აგზნებადია, სწავლის დროს ყურადღება გაფანტული აქვს, მიდრეკილება აქვს კონფლიქტებისადმი. გამოვლინდება ქ. წ. „მეორადი სიჯიუტის პერიოდი“. რომელ ასაკობრივ პერიოდს მიაკუთვნებდით ბავშვს?

თაზი VI ბავშვის ფიზიკური განვითარება

ფიზიკური განვითარება ბავშვის ზრდისა და ბიოლოგიური სიმწიფის პროცესების ერთობლიობაა. ზრდის ტემპი, მისი დინამიურობა და სხვადასხვა ორგანოთა და სისტემათა ფუნქციური სრულყოფა მემკვიდრულ მექანიზმებზე, კვების, მოვლის და აღზრდის სწორ ორგანიზაციასა და დამოკიდებული

ბავშვის ფიზიკური განვითარება სხეულის მასის, სიგრძის, გულმკერდის, თავის გარშემოწერილობის და სხეულის პროპორციების მონაცემებით განისაზღვრება.

6.1. ნაყოფის ზრდა და განვითარება

ბავშვის ზრდა და განვითარება ჩასახვის მომენტიდან იწყება და მით უფრო ინტენსიურია, რაც უფრო მცირე ასაკისაა ბავშვი. საშვილოსნოსშიგა პერიოდის პირველ ნახევარში სწრაფი ტემპით მატულობს ნაყოფის სხეულის სიგრძე, მეორე ნახევარში — მასა. 8 კვირის ნაყოფის მასა 1 გ-ია, სიგრძე — 2,5 სმ. 12 კვირის ნაყოფის მასა უკვე 14 გ-ია, სიგრძე — 7,5 სმ. 28 კვირის ნაყოფის წონა კი 1000 გ, სიგრძე — 35 სმ. შემდგომ პერიოდში ინტენსიურია კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის და კუნთთა მასის ზრდა.

ითვლება, რომ 6 თვემდე ნაყოფის საორიენტაციო სიგრძეა თვეების რიცხვი აყვანილი კვადრატში, 6 თვის შემდეგ — თვეების რიცხვი გამრავლებული 5-ზე. 25-დან 42 კვირის ნაყოფის მასის გამოანგარიშება შემდეგნაირად ხდება: 30 კვირის ნაყოფის მასა 1300 გ-ია. რამდენი კვირითაც ნაკლებია ან მეტი ბავშვის ასაკი 30 კვირაზე, შესაბამისად ყოველ კვირაზე აკლდება ან ემატება 200 გ.

6.2. ბავშვის ფიზიკური განვითარება საშვილოსნოგარე პერიოდში

დროული ახალშობილის მასაა 3200-3500 გ, სიგრძე — 50-52 სმ, თავის გარშემოწერილობა — 34-35 სმ, გულმკერდის — 33-35 სმ.

ბავშვის ფიზიკური განვითარების შეფასება სხეულის მასის გათვალისწინებით ძალზე ადვილია. მასაზე გაჯლენას ახდენს კვებისა და მოვლის ხასიათი, გადატანილი დაავადებები და სხვ.

ახალშობილი ვაჟების საშუალო მასაა 3500 გ, გოგონებისა — 3300 გ. 4000-4200 გ-ზე მეტი მასის ახალშობილს გიგანტს უწოდებენ. 2500 გ-ზე ნაკლები მასის დროული ახალშობილი სუსტშობილია. დროული ახალშობილის სიგრძე საშუალოდ 50 სმ-ია, გოგონების სიგრძე ვაჟებისას რამდენადმე ჩამორჩება.

დაბადებიდან მე-2-3 დღეს ახალშობილი პირვანდელი მასის 6-9%-ს, საშუალოდ 200-300 გ იკლებს (ე. წ. წონის ფიზიოლოგიური დაკლება). მე-6-10 დღეს ახალშობილი აღიდგენს რა დაბადების მასას, იწყებს ინტენსიურ მატებას და თვის ბოლოს მასის ნამატი 600-800 გ-ს უტოლდება. 5 თვის ასაკში დაბადების წონა ორმაგდება, 1 წლის ასაკში კი სამმაგდება.

პირველი 6 თვის განმავლობაში ბავშვის სხეულის მასის გამოსაანგარიშებლად მოწოდებულია ფორმულა: $3400 + (800 \cdot n)$, სადაც n თვეების რიცხვია, 800 — საშუალო თვიური ნამატი გრამებში.

6 თვიდან 1 წლამდე მასის გამოსაანგარიშებელი ფორმულაა:

$$3400 + (800 \cdot 6) + 400(n - 6)$$

ფორმულაში n თვეების რიცხვია, 400 საშუალო თვიური ნამატი (6 თვის შემდეგ).

1 წლის ასაკში ბავშვის წონა საშუალოდ 10 კგ-ია. 1 წლის შემდეგ მასის მატების ინტენსივობა ქვეითდება და წლიური ნამატი 2 კგ-ს უტოლდება. 1 წლიდან 10 წლის ასაკამდე სხეულის მასის გამოსაანგარიშებლად გამოიყენება ფორმულა:

$$10 + 2n,$$

სადაც n — წლების რიცხვია, 10 — ერთი წლის ბავშვის წონა კგ-ში.

1 წლის ასაკის წონა ორმაგდება 6-7 და ოთხმაგდება 11-12 წლის ასაკში. პუბერტატულ პერიოდში წონის ნამატი 5-მ კგ-ს აღწევს.

აქტიურია ბავშვის სივრცეში მატების ტემპიც. წლის ბოლოსათვის ნამატი 25 სმ-ია (ე. ი. 1 1/2-ჯერ მატულობს) და ბავშვის სივრცე 75 სმ უტოლდება. წლის განმავლობაში სივრცის ყოველთვიური ნამატი შემდეგნაირია: I კვარტალში (1-3 თვე) — 3 სმ (9 სმ), II კვარტალში (3-6 თვე) — 2,5 სმ (7,5 სმ), III კვარტალში (6-9 თვე) — 1,5 სმ (4,5 სმ) და IV კვარტალში (9-12 თვე) — 1,5 სმ (3,5 სმ). მე-2 წლის ბოლოს სივრცის ნამატი 10-12 სმ, მესამე წელს — 8 სმ, მეოთხე წელს — 6 სმ და მეხუთე წელს — 5 სმ. ამის შემდეგ ზრდის ტემპი ნელდება. 4 წლის ასაკში დაბადების სივრცე ორმაგდება და ბავშვის სიმაღლე 100 სმ-ია, 12 წლის ასაკში კი სამმაგდება (50 სმ).

სიმაღლის მაჩვენებელი უფრო მეტადაა დამოკიდებული მეტაკიდრეობით თავისებურებებზე, საყოფაცხოვრებო პირობებზე, ბავშვის ფსიქიკურ და ფიზიკურ დატვირთვაზე, ვიდრე სხეულის მასა.

ითვლებოდა, რომ 0-დან 12 თვის ასაკი სწრაფი ზრდის პერიოდია. 1-დან 3 წლამდე ზრდა ნელდება. 3 წლიდან, სქესობრივი მომწიფების პერიოდის დაწყებამდე, ზრდა თანაბარზომიერია. სქესობრივი მომწიფების პერიოდში ზრდა კვლავ სწრაფი ტემპით გამოირჩევა. ზრდის ტემპი უფრო აქტიურია გაზაფხულისა და შემოდგომის თვეებში.

4 წლის ზემოთ ბავშვის სიმაღლის გამოსათვლელად გამოიყენება შემდეგი ფორმულა:

$100 + 5(n-4)$, სადაც n — წლების რიცხვია, 100 — 4 წლის ბავშვის სივრცეა სმ-ში.

ბავშვის სხეულის მასისა და სიმაღლეში მატების დინამიკის საუკეთესო ამსახველია წონის დიაგრამა, რომელზეც მოცემულია ეტალონი: ჯანმრთელი ბავშვის მასისა და სივრცეში მატების მრუდი — სომატოგრამა (იხ. I და II სომატოგრამა). მედლა ვალდებულია, დაეუფლოს სომატოგრამის გამოყენებისა და შედგენის ტექნიკას.

6.3. ბავშვის სხეულის პროპორციები.

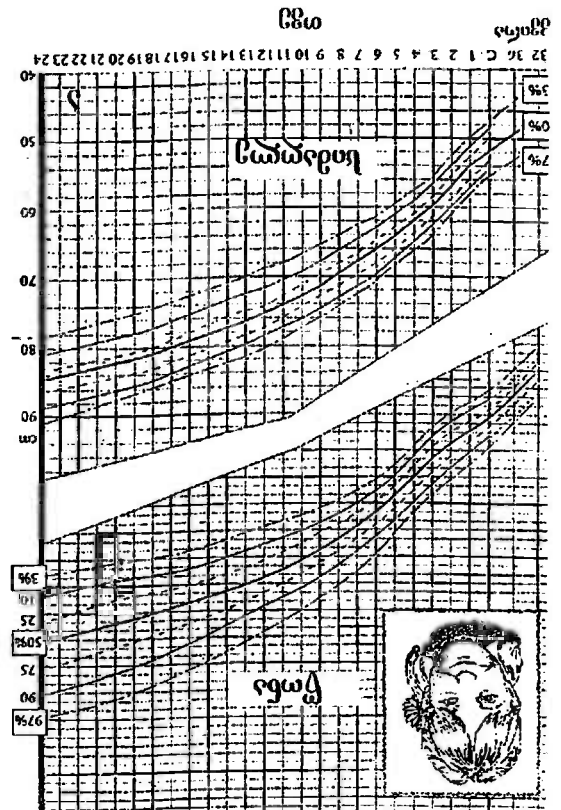
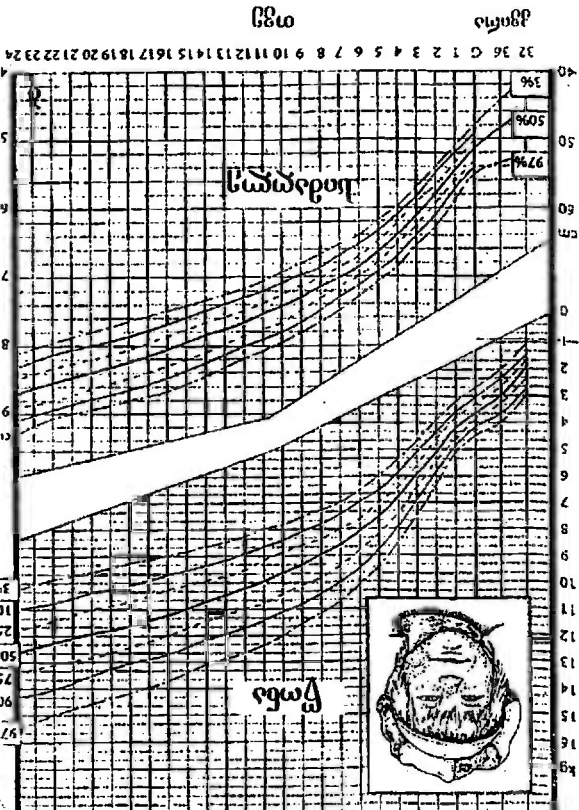
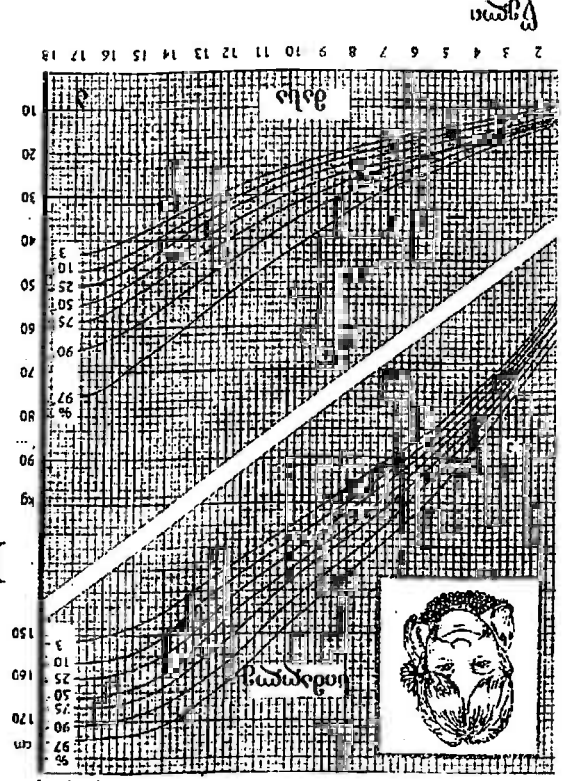
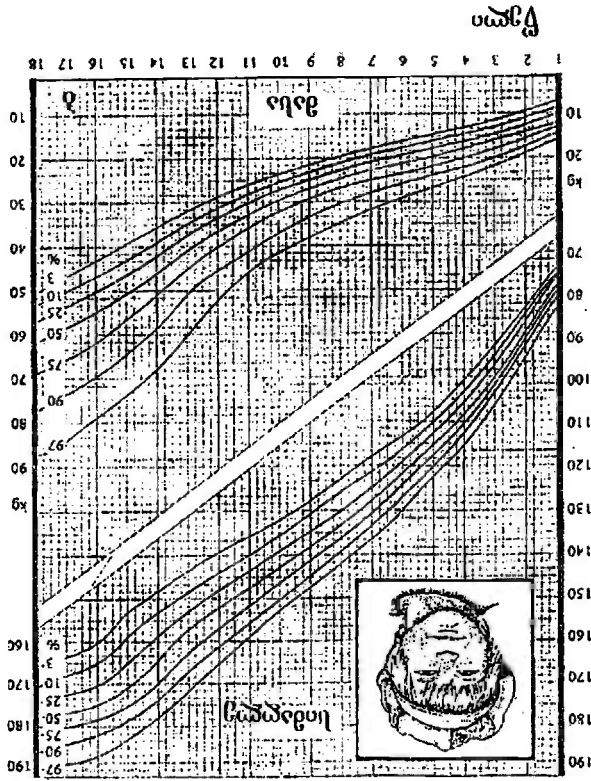
ბავშვის სხეულის სხვადასხვა ნაწილს ახასიათებს არათანაბარზომიერი ზრდა. ქვედა კიდურები იზრდება 5-ჯერ, ზედა კიდურები 4-ჯერ, ტანი 3-ჯერ, ხოლო თავი 2-ჯერ. ზრდის პარალელურად სხეულის შუა წერტილი, რომელიც ემბრიონში ნიკაბის დონეზეა, გადაინაცვლებს ქვემოთ. ეს წერტილი დღესრულ ახალშობილს ჭიბის დონეზე აქვს. 6 წლისათვის ჭიბსა და სიმფიზს შორის მდებარეობს, მოზრდილებში კი სიმფიზის დონეზეა.

ახალშობილის თავის სიმაღლე ტანის ერთი მეოთხედია, 2 წლის ასაკში ერთი მეხუთედი, 6 წლისას — ერთი მეექვსედი, 12 წლის ასაკში — ერთი მესამედი.

ახალშობილის თავის ზომა 34-35 სმ-ია. ყოველთვიურად 1 სმ-ს მატულობს და წლის ბოლოს 46 სმ-ია. მე-2 წლის განმავლობაში თავის გარშემოწერილობა 50,5-51 სმ-ია, შემდეგ სულ 5-ს სმ-ით იზრდება. ვალებთან შედარებით, გოგონების თავის გარშემოწერილობა ოდნავ ნაკლებია.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვის გულმკერდის გარშემოწერილობის გამომანგარიშება შემდეგნაირად შეიძლება: 6 თვის ბავშვის გულმკერდის გარშემოწერილობაა 45 სმ. რამდენი თვითაც ნაკლებია ბავშვის ასაკი 6 თვეზე, იმდენი 2 სმ აკლდება და რამდენი თვითაც მეტია ყოველ თვეზე 0,5 სმ ემატება. 10 წლის ბავშვის გულმკერდის გარშემოწერილობა 63 სმ-ია. გოგონებში გულმკერდის გარშემოწერილობა ყველა ასაკში, გარდა პუბერტატულისა, ჩამორჩება ვალების გულმკერდის გარშემოწერილობას.

II სპონდილარული (II) სპონდილარული (II) სპონდილარული (II) სპონდილარული (II)
I სპონდილარული (I) სპონდილარული (I) სპონდილარული (I) სპონდილარული (I)



6.4. ბავშვის ფიზიკური განვითარების შეფასება -

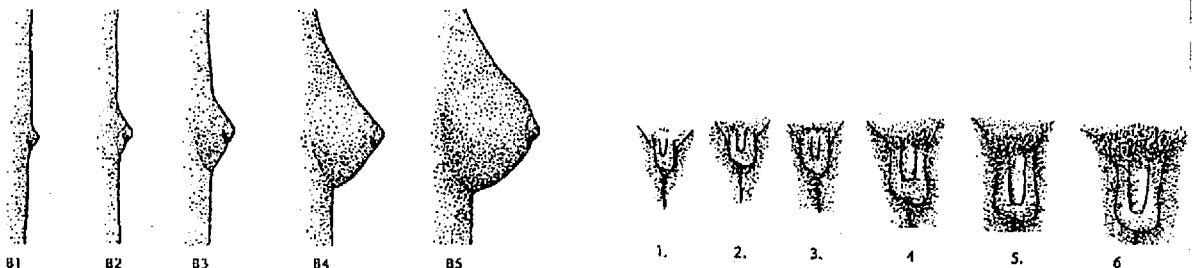
ფიზიკური განვითარების შეფასებისათვის ანთროპომეტრული ინდექსები გამოიყენება. არსებობს მარტივი და რთული ანთროპომეტრული ინდექსები. მარტივია, როდესაც ფიზიკური განვითარების ერთ მაჩვენებელს უფარდებენ შესაბამის სტანდარტულ მაჩვენებელს. მარტივია ჰაინესისა და სპერანსკის ინდექსები. ჰაინესის ინდექსის თანახმად, არსებულ სხეულის მასას სტანდარტულ მასაზე ყოფენ. თუ ეს მაჩვენებელი 1 ან 0,9-ის ტოლია, ე. ი. ბავშვი ნორმალური ტროფიკისაა, თუ 0,8-0,7-ია, ლაპარაკობენ I ხარისხის ჰიპოტროფიაზე, მაჩვენებელი 0,6 – II ხარისხის ჰიპოტროფიაზე მეტყველებს. 0,5 და ნაკლები – III ხარისხის ჰიპოტროფია ანუ ატროფიაა.

სპერანსკის ინდექსის თანახმად, სტანდარტულ სიმაღლეს (L) აკლებენ ფაქტიურ სიმაღლეს (L₁), ამრავლებენ 100-ზე და ყოფენ სტანდარტულ სიმაღლეზე:

$$(L-L_1) \times 100/L$$

0-დან 5%-მდე ჩამორჩენა ნორმად ითვლება, 6%-მდე I ხარისხია, 10-14%-მდე II ხარისხია, 15-20% – III ხარისხის ჰიპოსტატურაა. ქონდრისკაცია, თუ სიმაღლეში ჩამორჩენა 20%-ს აღემატება.

ბავშვის ფიზიკური განვითარების შეფასებისას ყურადღება ექცევა სქესობრივი მომწიფების დონეს (სურათი 26), მეორადი სასქესო ნიშნებისა და გენიტალური ორგანოების განვითარების ხარისხს; ბოქვენისა და იღლიის თმისა, სახეზე გამონაყარს, ვაჟებში წვერულვაში ზრდას, ხმის ტემბრის შეცვლას, გოგონებში სარძევე ჯირკვლების განვითარებას და მენსტრუაციის დაწყების ვადას. სქესობრივი მომწიფება საშუალოდ გოგონებისათვის იწყება 11-13 წლის, ვაჟებისათვის 12-14 წლის ასაკში და 4-5 წელი გრძელდება. ზრდის ტემპის გაძლიერებას აქსელერაციას უწოდებენ, მნიშვნელოვან შეფერხებას – რეტარდაციას.



სურათი 26. სქესობრივი განვითარების დინამიკა: მკერდის განვითარება გოგონებში; ბოქვენის განვითარება ვაჟებში

აჩქარებული ასაკობრივი განვითარება შეიძლება იყოს პარმონიული და დისპარმონიული. პარმონიულის დროს ანთროპომეტრული მონაცემები და ბიოლოგიური სიმწიფე ასაკისა და სქესის შესაბამის მაჩვენებელზე მაღალია. დისპარმონიული განვითარების შემთხვევაში სხეულის სიგრძე არ შეესაბამება სქესობრივ სიმწიფეს.

ამ პერიოდში შეიძლება განვითარდეს გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემების ფუნქციური აშლილობა, კვების დარღვევა, სექსუალური გადახრები, პუბერტატული ჰიპერთირეოზი და სხვ. მედიცინის მუშაკი ვალდებულია აღინიშნულ მდგომარეობათა თავიდან ასაცილებლად, დაიცვას მოზარდის ჯანმრთელობა და დაეხმაროს მას გაძლიერებული რისკის შემთხვევებში (სექსუალური აქტივობა, დეპრესია, თვითმკვლელობა, ნარკომანია და სხვ.) და ჩაატაროს საგანმანათლებლო მუშაობა, როგორც მოზარდთან, ასევე მათ მშობლებთან.

6.5. ბავშვის ფიზიკური აღზრდა .

ბავშვის ფიზიკური აღზრდა დღის რეჟიმის სწორ ორგანიზაციას, გამაჯანსაღებელ და აღმზრდელობით ღონისძიებათა დროულ და სწორ გამოყენებას გულისხმობს. ფიზიკური აღზრდის ელემენტებია: მასაჟი, ტანჯარჯიში, მოძრაობითი თამაშები, ჰაერით, წყლით და მზის სხივებით გაკაყება.

სიტყმატიურად და სწორად წარმართული ფიზიკური ვარჯიში, მასაჟი, გაკაყების სხვადასხვა მეთოდი ამაგრებს ძვლოვან სისტემას, აძლიერებს კუნთთა ძალას, აუქმობებს ზრდის პროცესს, ხელს უწყობს სხვადასხვა ორგანოთა და სისტემათა ფუნქციურ სრულყოფას. ფიზიკურად ძლიერი და გაკაყებული ბავშვი დისციპლინირებული, ფიზიკურად და სულიერად ძლიერი და საზრიანია.

ფიზიკური აღზრდის მეცადინეობათა ჩატარება შემდეგი პირობების დაცვით ხდება:

— მეცადინეობა ტარდება კარგად განათვლილ ოთახში ან სუფთა ჰაერზე. ბავშვს აცვია მსუბუქად;

— მეცადინეობა ტარდება ყოველდღე;

— ვარჯიშის კომპლექსი პერიოდულად იცვლება და თანდათან რთულდება;

— ფიზიკური ვარჯიში არ შეიძლება კვების შემდეგ და ძილის წინ;

— მეცადინეობა ტარდება ბავშვის დადებითი ემოციური განწყობის ფონზე;

— ფიზიკური მეცადინეობის მოცულობას ადგენს ექიმი, ითვალისწინებს რა ბავშვის ასაკს, ჯანმრთელობის მდგომარეობას და მისი ფიზიკური განვითარების შესაძლებლობებს;

— მეცადინეობის მიმდინარეობას წარმართავს და ხელმძღვანელობს მუდღა.

ფიზიკური აღზრდა დღის რეჟიმის ერთ-ერთი შემადგენელი ნაწილია.

6.5.1. დღის რეჟიმი .

ბავშვის დღის რეჟიმის ძირითადი კომპონენტებია: სიფხიზლე, ძილი, სუფთა ჰაერით სარგებლობა და კვება, რომლის სწორი ორგანიზაცია ბავშვის პარმონიული განვითარების, მშვიდი და ენერგიული ყოფის აუცილებელი პირობაა.

მუდღა დღის რეჟიმის შედგენისას მხედველობაში იღებს ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობას, ასაკსა და ინდივიდუალურ თავისებურებებს.

სიცოცხლის პირველ წელს დღის განმავლობაში ბავშვი 5 თვის ასაკამდე 4-ჯერ იძინებს, 5-დან 10 თვემდე 3-ჯერ, 10 თვიდან 15 წლამდე — 2-ჯერ, 2-3 წლამდე — ერთხელ, 11-12 წლის შემდეგ ძილის აუცილებლობა სამედიცინო ჩვენებაზეა დამოკიდებული.

მოწოდებულია დღე-ღამეში ძილის საათების გამოსაანგარიშებელი ფორმულა (ი. უსოვი, 1992):

1. $22 - 1/2 m$, სადაც m თვეების რიცხვია (გამოიყენება 1 წლამდე);

2. $11 - 1/2 n$, სადაც n წლების რიცხვია (გამოიყენება 1 წლის შემდეგ).

ახალშობილი დღე-ღამის უმეტეს ნაწილს ძილში ატარებს, ზრდის პარალელურად სიფხიზლის ხანგრძლივობა მატულობს: 3 თვის ასაკში 15 სთ-ს, 1 წლის ბოლოს 3 სთ-ს და 3 წლისათვის 5.5-ს სთ-ს უტოლდება.

დღის რეჟიმის ორგანიზაცია გულისხმობს მისი კომპონენტების თანამიმდევრობის დაცვას. ჩვილებში (9 თვემდე) ეს თანამიმდევრობა შემდეგნაირია: ძილი → კვება → სიფხიზლე → ძილი. აღნიშნული თანამიმდევრობის დაცვა გამოირიცხავს ძილისა და კვების დარღვევებთან დაკავშირებულ ბავშვის ქირაუელობასა და ტირილს.

9 თვის ასაკიდან კვების შემდეგ უკეთესია ბავშვმა ჯერ დაიძინოს, შემდეგ კი იყოს ფხიზლად.

ჯანსაღი და დაავადებული ბავშვებისათვის პედატრებისა და პედაგოგების მიერ შემუშავებულია სტანდარტული დღის რეჟიმის განსხვავებული ვარიანტები. მათში გათვალისწინებულია ბავშვთა სამკურნალო-პროფილაქტიკური (საავადმყოფო, პოლიკლინიკა და

სხვ.) და აღმზრდელობითი (ბაგა, ბაღი) დაწესებულებების ხასიათი, ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობა. პათოლოგიის თავისებურება და ბავშვის ასაკი.

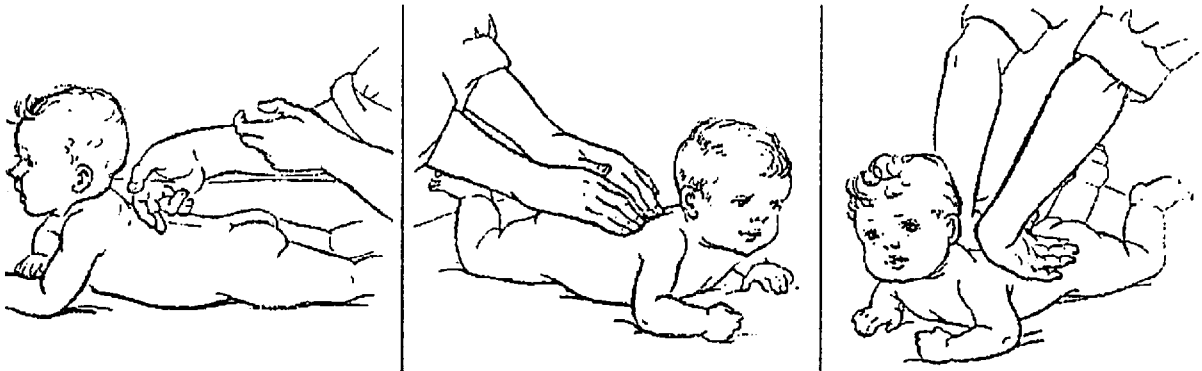
ბავშვსა და ბაღში, ბავშვის ასაკისა და ორგანიზმის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებების გათვალისწინებით, გამოიყოფილია ასაკობრივი ჯგუფები. რაც უფრო მცირე ასაკისაა ბავშვი და მისი ზრდა ინტენსიური რეჟიმის ვარიანტთა ცვალებადობა უფრო ხშირია. ასე მაგალითად, ჩვილების დღის რეჟიმი წლის განმავლობაში 4-ჯერ იცვლება. განსხვავებულია დაავადებული და ფიზიკურად სუსტი ბავშვების დღის რეჟიმიც. მათთვის დღის განმავლობაში დასვენებისა და ძილის პერიოდი უფრო ხანგრძლივია, ვიდრე ანალოგიური ასაკის ჯანსაღი ბავშვებისთვისაა გათვალისწინებული.

ჯანმრთელ და ავადმყოფ ბავშვთა დღის რეჟიმის დაცვის მეთვალყურეობა შედგას ევალუბა. სტანდარტული რეჟიმის ინდივიდუალური კლექტებით შეცვლა მხოლოდ ექიმის დანიშნულებით უნდა მოხდეს.

6.5.2. მასაჟი .

მასაჟი ფიზიკური აღზრდის აუცილებელი კომპონენტია. ჯანმრთელ ბავშვებს მასაჟი 15 თვის ასაკიდან 1-1.5 წლამდე ყოველდღე უნდა ჩატარდეს, პროცედურის ხანგრძლივობა 6-12 წთ-ია; ქამრის შემდეგ და ძილის წინ მისი ჩატარება არ შეიძლება, ოპტიმალურ ვადად მიჩნეულია საკვების მიღებიდან 55-60 წუთის შემდეგი პერიოდი.

მასაჟი ტარდება განთავსებულ ოთახში, სადაც ჰაერის ტემპერატურა $+20^{\circ}\text{C}$ -ზე ნაკლები არ არის. მასაჟისტი — მედლა პროცედურის ჩატარების წინ იხსნის სამკაულებს, ხელები აქვს სუფთა, თბილი და ხავერდოვანი, ფრჩხილები შეკრეჭილი. კუნთების მოღუნების მიზნით ბავშვს აწვენენ მაგიდაზე (სურათი 27), რომელზეც დაგებულია საბანი, მუშამბა და ზეწარი. მედლა საწინააღმდეგო მხარეს დგება, პროცედურის ჩატარების დროს იგი ესაუბრება ბავშვს და ცდილობს მხიარული განწყობა შეუნარჩუნოს. მასაჟი უნდა შეწყდეს მაშინვე როგორც კი ბავშვი დაიწყებს ჭირვეულობას, ტირილს.



სურათი 27. მასაჟის ჩატარების ტექნიკა

მასაჟი იწყება და მთავრდება ხელის გადასმით, გამოიყენება შემდეგი ილეთები: დაზელვა, მოთვლვა, ვიბრაცია (ტაშის შემოკვრა). მასაჟი აუმჯობესებს სისხლის მიმოქცევას, ქსოვილების კვებას, ნივთიერებათა ცვლას, მატულობს კუნთების ძალა, საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ელასტიურობა და მოძრაობითი აქტივობა.

6.5.3. ვარჯიში .

ფიზიკური ვარჯიში ხელს უწყობს კოორდინაციის, წონასწორობის, სუნთქვის სიღრმის განვითარებას, აძლიერებს სისხლის მიმოქცევას და ნივთიერებათა ცვლას, აუმჯობესებს ბავშვის ემოციურ ტონუსს. ხელს უწყობს თანდაყოლილი რეფლექსების განმტკიცებას.

ფიზიკური ვარჯიშის სახეებია: რეფლექტორული, პასიური და აქტიური. ცალკეული კუნთების უპირატესი მონაწილეობის მიხედვით, გამოყოფენ ხელისა და მხრის სარტყელის, ფეხებისა და ტერფების, ზურგის, სერხმლისა და მუცლის პრესის ვარჯიშთა კომპლექსს.

სიცოცხლის პირველი სამი თვის განმავლობაში რეფლექტორულ მოძრაობებზე დაფუძნებული ვარჯიშთა კომპლექსი გამოიყენება (ვარჯიში ტერფებისთვის, სერხმლის გამართვა, რეფლექტორული ფორთხვა, გვერდზე წოლა და სხვ.).

თუ მოძრაობითი რეფლექტორული ვარჯიში დროულად არ ჩატარდა, ბავშვი გვიან იწყებს ჯდომას, დგომასა და სიარულს, ფერხდება ზოგადი ფსიქომოტორული განვითარება. დროულ, ჯანმრთელ ახალშობილს მოძრაობითი ვარჯიში 2-3 კვირის ასაკიდან უნდა ჩაუტარდეს.

3 თვის ასაკში კუნთთა ფიზიოლოგიური ჰიპერტონია მცირდება, მომხრე და გამშლელ კუნთთა ტონუსი თანაბრდება, ბავშვს უწინდება ახალი მოძრაობები. ამ ასაკში უკვე მიზანშეწონილია პასიური მოძრაობების ვარჯიშთა კომპლექსის გამოყენება: ფეხებისა და ხელების მოხრა და გაშლა, ხელების განზე გაშლა და გულმკერდზე გადაჯვარედინება, ფეხების გაშლა და ტრიალი მენჯ-ბარძაყის სახსარში, ზურგიდან მუცელზე გადაბრუნება. 4-5, უპირატესად 7-8 თვის ასაკიდან ბავშვს, მოზრდილის თხოვნით, უკვე შეუძლია შეასრულოს ზოგიერთი აქტიური მოძრაობა. აქტიური მოძრაობებია: გადაბრუნება, ჯდომა, საგნის აღება და ა.შ.

ვარჯიში, ილეეთის სირთულის გათვალისწინებით, შეიძლება იყოს პასიურ-აქტიური.

ადრეულ ასაკში ტანვარჯიშის ყოველი ელემენტი ბავშვმა უნდა აღიქვას, როგორც თამაში, რომლის აქტიური მონაწილე თვითონაა. ამისთვის შეცადინების დროს სასურველია ისეთი საგნების გამოყენება, როგორიცაა ბურთი, სკამი, კიბე და ა.შ.

ვარჯიშის ჩატარების დროს საჭიროა დაცული იყოს შემდეგი ძირითადი პრინციპები: ყველა კუნთის მონაწილეობა, ვარჯიშისა და დასვენების, საწყისი მდგომარეობის მონაცვლეობა.

მოზრდილ ბავშვებში (4 წლის შემდეგ) ვარჯიში სპორტულ ხასიათს იღებს (ბურთით თამაში, ესტაფეტა და ა.შ.).

საბავშვო დაწესებულებებში ფიზიკულტურის შეცადინება ტარდება შემდეგი სქემის მიხედვით: საწყისი ნაწილი (სიარული, სირბილი, სიარული), ზოგადი ვარჯიში ძირითადი კუნთებისათვის (4-5 ილეეთი), მოძრავი თამაშები და ბილოს — სიარული და სუნთქვითი ვარჯიში.

მედდამ უნდა იცოდეს, რომ ფიზიკური ვარჯიშის ხასიათი უნდა ითვალისწინებდეს ბავშვის ორგანიზმის ანატომიურ-ფიზიოლოგიურ თავისებურებას, ფაქტურ შესაძლებლობებს, მოძრაობით ჩვევებს და არ უნდა იყოს ძალდატანებითი. სისტემატური ფიზიკური ვარჯიშის დროს განსაკუთრებული ყურადღებით უნდა ამოწმებდეს ბავშვის მდგომარეობას, რომ ზედმეტი და არასწორი დატვირთვის შემთხვევაში, არ განვითარდეს ბრტყელტერფიანობა, ძვლების და სერხმლის დეფორმაცია, სასახსრე პარკის და მყესების დაჭიმულობა.

6.5.4. გაკაუება .

გაკაუება ღონისძიებათა სისტემაა, რომელიც მიმართულია ბავშვის ორგანიზმის ბრძოლის უნარის გაძლიერებისაგან გარემოს ისეთ არასასურველ ზემოქმედებათა მიმართ, როგორიცაა: ტემპერატურული ცვლილება, დარღვეული ებიდემიოლოგიური პირობები, სტრესული სიტუაციები და სხვ.

გაკაუებისათვის უპირატესად ბუნებრივი ფაქტორები — ჰაერი, წყალი, მზის სხივები გამოიყენება. გაკაუებისათვის საჭიროა შემდეგი წესების დაცვა:

— გაკაუების მეთოდის შერჩევა ბავშვის ასაკის, ჯანმრთელობის მდგომარეობის, ინდივიდუალური თავისებურებების გათვალისწინებით;

— გაკაუება უნდა ჩატარდეს თანამიმდევრულად გამაკაუებელი ფაქტორის ხანდაზმულობისა და ინტენსივობის თანდათანობითი მატების პრინციპით;

— გაკაუებას სიტემატური ხასიათი უნდა ჰქონდეს;

— პროცედურის შეწყვეტის შემთხვევაში (2 კვირა და მეტი) გამაკაუებელი ფაქტორის გამოყენება თავიდან იწყება;

— გაკალება უნდა იწვევდეს დადებით ემოციებს და უნდა ჩატარდეს ბავშვის მშვიდი და მხიარული გუნება-განწყობის ფონზე.

ჰაერით გაკალება

ჰაერით გაკალება ტარდება მოსვენებულ მდგომარეობაში ან მოძრაობის დროს.

მოსვენებით მდგომარეობაში ჰაერით გაკალება ადრეული ასაკის ბავშვებში გამოიყენება. ჰაერით გაკალების ძირითადი კომპონენტია იმ ოთახის მოვლა-დასუფთავება და ჰაერის ტემპერატურული რეჟიმის რეგულირება, სადაც ბავშვი ატარებს უმეტეს დროს. ამისათვის დღეში 4–ჯერ 10–15 წუთის განმავლობაში ხდება ოთახის განიაგება და სველი წესით დალაგება.

მნიშვნელობა აქვს ბავშვის ჩაცმულობასაც. იგი უნდა იყოს ბუნებრივი ქსოვილის, რომ შეანელოს მეტეოროლოგიური ზეგავლენა, იყოს ჰაერგამტარი და თავისუფალი. ჰაერის აბაზანა 2–3 კვირის ასაკიდან ტარდება. ამისათვის, ოთახში, სადაც ჰაერის ტემპერატურა $+23-22^{\circ}\text{C}$ -ია, ბავშვი 1–2 წუთის განმავლობაში ტანსაცმლის გარეშეა. პროცედურა დღეში 2–3-ჯერ ტარდება. ასაკის მატების პარალელურად ჰაერის აბაზანის ხანგრძლივობა იზრდება და საშუალოდ დღეში 15–20 წთ-ს უტოლდება; ოთახის ტემპერატურა კი თანდათან მცირდება — $+17-16^{\circ}\text{C}$ -მდე.

ზაფხულის დღეებში, სამშობიაროდან გაწერის შემდეგ, ბავშვის სუფთა ჰაერზე გაყვანა უკვე შეიძლება. შემოდგომისა და ზამთრის თვეებში კი მხოლოდ 2–3 კვირის ასაკიდან. ზამთარში სეირნობის ხანგრძლივობა თავდაპირველად 15–20 წთ, შემდეგ — 1–1.5 სთ-ია (დღეში 2–3-ჯერ). ზაფხულის დღეებში ბავშვს სუფთა ჰაერზე უნდა ეძინოს.

წყლით გაკალება

გამოყოფენ წყლის ადგილობრივ და ზოგად პროცედურებს. ადგილობრივი პროცედურებია პირის დაბანა, სხეულის ცალკეული უბნის დაზელვა, ფეხებზე გადავლება (სურათი 28). ზოგადია: ტანის დაზელვა, გადავლება, ცურვა ღია წყალსატევში, შხაპი. წყლის პროცედურებს მატონიზირებელი მოქმედება გააჩნია, ამიტომ მათი ჩატარება მიზანშეწონილია ძილის შემდეგ ან კვების წინ.

ორგანიზმზე ცივი წყლის მოქმედების 3 ფაზას არჩევენ:

I ფაზაა, როდესაც ადგილი აქვს კანის სისხლძარღვების მნიშვნელოვან სპაზმს, სისხლი გადაინაცვლებს შინაგან ორგანოებში, კანი ფერმკრთალია და ცივი;

II ფაზაში კანის სისხლძარღვები ფართოვდება, სისხლი გადაინაცვლებს პერიფერიისაკენ, ჩნდება სითბოს შეგრძნება;

III ფაზა, ცივი წყლის ხანგრძლივი მოქმედების გამო, კაპილარების პარეზული მდგომარეობით, სისხლის უძრაობით ხასიათდება, კანი მკრთალია.

გამაჯანსაღებელი თვისება მხოლოდ ცივი წყლის პროცედურის I და II ფაზებს გააჩნია. ცივი წყლის ეფექტურობა იზრდება იმ შემთხვევაში, თუ თანდათან მოხდება წყლის ტემპერატურის შემცირება, დასამუშავებელი კანის ფართის გაზრდა და ადგილობრივი პროცედურების ზოგადით შეცვლა.



სურათი 28. წყლის პროცედურის სახეები: დაბანა; •
დაზელება; ფეხზე გადავლება; შხაპი

წყლის ყოველი პროცედურის შემდეგ კანი კარგად უნდა გამშრალდეს და ჩატარდეს მსუბუქი მასაჟი ან პირსახოცით დაზელება (გაწითლებამდე). სველი დაზელება ნ თვის ასაკიდანაა მიზანშეწონილი. პროცედურა უნდა ჩატარდეს ჯერ მშრალი ხელჯაგით, შემდეგ სველით. სველი და ოდნავ გაწურული ხელჯაგით დაზელება დასაწყისში (პირველი 3 დღე) ხელის თითებიდან მხრებამდე უნდა მოხდეს, შემდეგ მკერდის, ზურგის, მუცლის, ფეხებისა და, ბოლოს, მთელი სხეულის. წყლის სასტარტო ტემპერატურაა $+33-32^{\circ}\text{C}$, დაზელების ხანდაზმულობა ნ-ს წუთია. შემდგომში, წყლის ტემპერატურა თანდათან მცირდება: 1 წლის ასაკში $+28^{\circ}\text{C}$, 3 წლამდე $+25^{\circ}\text{C}$, სასკოლო და სკოლის ასაკში მიზანშეწონილია წყლის ტემპერატურა $+20-18^{\circ}\text{C}$ იყოს.

გადავლება 1.5-2 წლის ასაკიდან შეიძლება, პროცედურის ხანგრძლივობა 20-40 წმ-ია. შხაპის მიღება 2-2.5 წლიდანაა მიზანშეწონილი, წყლის ტემპერატურა $33-35^{\circ}\text{C}$ -დან თანდათან მცირდება $27-28^{\circ}\text{C}$ -მდე, სკოლამდელ ასაკში — $22-25^{\circ}\text{C}$ -მდე.

ბინის პირობებში ცურვას (აბაზანაში) 14-15 დღის ასაკიდან შეასწავლიან ბავშვს. ღია წყალსატევებში ბანაობა 3-4 წლის ასაკიდანაა დასაშვები. წყლის ტემპერატურა $+20^{\circ}\text{C}$ -ზე, ჰაერის კი — $+24-26^{\circ}\text{C}$ -ზე ნაკლები არ უნდა იყოს. ცურვის ხანდაზმულობა 1-2 წთ-დან 5 წუთამდე ხანგრძლივდება. წყალში ბავშვი მოძრაობს და ცურავს.

მზის სხივებით გაკაფება

გაკაფების მიზნით მზის სხივების გამოყენება 1-2 წლის ასაკიდან დასაშვებია. მზის აბაზანის მიღება მიზანშეწონილია 9-დან 11 სთ-მდე, სანდაზმულობა 1 წუთიდან 10-20 წუთამდე იზრდება თითო წუთის მატებით ყოველ 2-3 დღეში. ბავშვს თავზე აუცილებლად უნდა ეხსუროს თეთრი ქუდი (პანამა). მზის აბაზანის შემდეგ აუცილებელია შხაბი ან გადავლება. წყლის ტემპერატურა $+35^{\circ}\text{C}$ -დან მცირდება $+28^{\circ}\text{C}$ -მდე.

მზის სხივებით გაკაფება ფრთხილად და ყველა წესის დაცვით უნდა ჩატარდეს, რათა აცილებული იქნეს გადახურება და მზის დაკვრა.

6.6. წონის დარღვევა ბავშვთა ასაკში

კვების და მოვლის არახელსაყრელი პირობები მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის ფიზიკურ განვითარებაზე და ნაკვებობაზე (ტროფიკაზე). კვების დარღვევას დისტროფია ეწოდება. არჩევენ მინუს დისტროფიას ანუ ჰიპოტროფიას (malnutrition), როდესაც ბავშვის სხეულის მასა დასაშვებთან შედარებით დაქვეითებულია და პლიუს დისტროფიას ანუ ჰერატროფიას, როდესაც სხეულის მასა ასაკობრივ ნორმასთან შედარებით მომატებულია. გამოჰყოფენ მდგომარეობას, რომელსაც ჰიპოსტატურას უწოდებენ: ბავშვის სხეულის მასა და სიმაღლე პროპორციულად შემცირებულია.

6.6.1. ჰიპოტროფია

ჰიპოტროფია კვების ქრონიკული აშლილობაა. ამ დროს ბავშვის სხეულის მასა ასაკისათვის შესაბამის მაჩვენებელთან შედარებით $1/3$ -ით და მეტით ნაკლებია. ჰიპოტროფიის მიზეზებია არასაკმარისი ან არასწორი კვება, ქრონიკული ლებინება ან ფაღარათი, განვითარების შექცეული ან თანდაყოლილი მანკი, ქრონიკული ინფექცია. მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს კონსტიტუციური თავისებურებანი, მოვლის დეფექტები და სხვ.

გამოყოფენ ჰიპოტროფიის სამ ხარისხს: I ხარისხის დროს წონის დანაკლისი 11-20%-ია, II ხარისხის დროს — 20-30%, III ხარისხისას — 30% და მეტი. II და III ხარისხის ჰიპოტროფიების დროს სიგრძეში ზრდის ჩამორჩენაც იპყრობს ყურადღებას.

კლინიკური სურათი ჰიპოტროფიის ხარისხზე დამოკიდებული (სურათი 29). განსაკუთრებული ყურადღება ექცევა კანისა და კანქვეშა ქსოვილის მდგომარეობას, მის ტურგორს, სხეულის მასას და სიგრძეს, შინაგანი ორგანოების მდგომარეობას, ჰიპოვიტამინოზის გამოვლინებას.



სურათი 29. ატროფია: შვიდი თვის ჩვილი; მიაქცევთ ყურადღება წონას: ცხიმოვანი ბალიშები განლუწულია.

I ხარისხის ჰიპოტროფიის დროს, როდესაც ნორმასთან შედარებით წონის დანაკლისი 11-20%-ია, ბავშვის საერთო მდგომარეობა დაბლაკმაყოფილებულია. აღინიშნება ემოციური ლაბილობა. კანის საფარველი მკრთალია. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი განლეულია მუცელზე, სახესა და კიდურებზე კი შენარჩუნებულია. სიგრძე შეესაბამება ასაკს.

II ხარისხის ჰიპოტროფიის დროს წონის დანაკლისი 21-30%-ია. სიმძლევში ზრდა ნორმალურ მაჩვენებელს 2-4 სმ-ით ჩამორჩება. კანის საფარველი მკრთალია და მშრალი. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი მუცელზე, ტანსა და კიდურებზე განლეულია. იგი მხოლოდ სახეზეა შენარჩუნებული (ბიშას ცხიმოვანი ბალიშები). ემოციური ტონუსი დაქვეითებულია. ცუდად სძინავს, გამოხატულია უმადობა.

III ხარისხის ჰიპოტროფია ანუ ატროფია (მარაჩმე) ვითარდება, როდესაც სხეულის მასის დეფიციტი 30%-ზე მეტია, სიგრძეში ზრდა ასაკობრივ მაჩვენებელს 5-6 სმ-ით და მეტით ჩამორჩება. საერთო მდგომარეობა მძიმეა: ბავშვი გარეშოს მიმართ გულგრილია, ტირის და გაღიზიანებულია. კანი მშრალია და ნაოჭიანი. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი განლეულია სახეზე, ტანსა და კიდურებზე; გამოხატულია კუნთოვანი ატროფია. ძლიერი განლევის გამო ვითარდება მოხუცის სახე („ვოლტერის სახე“), გარეგნულად ბავშვი ჰგავს კანგადაკრულ ჩონჩხს. გამოხატულია პოლიჰიპოვიტამინოზის, გაუწყლოვნების (ექსიკოზის) ნიშნები (დიდი ყიფლიბანდი ჩავარდნილია, ღორწოვანი გარსები მშრალია, განავალი და შარდი მცირე რაოდენობითაა). ანთებითი დაავადებები დუნედ, ტემპერატურული რეაქციის გარეშე მიმდინარეობს.

I და II ხარისხის ჰიპოტროფიის დროს დარღვეულია კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის სეკრეტორული და მოტორული ფუნქცია, რის გამოც საკვების მიმართ ამტანობა (ტოლერანტობა) შეცვლილია.

ჰიპოტროფიის მკურნალობა შემდეგ ეტაპებს მოიცავს:

- გამოძწვევი ფაქტორის გამოვლენა და თავიდან აცილება;
- ბავშვის ცხოვრების პირობების ოპტიმიზაცია;
- დიეტოთერაპია;
- მედიკამენტური მკურნალობა.

I ხარისხის ჰიპოტროფიის დროს ბავშვის მოვლა და მკურნალობა ბინის პირობებში მიმდინარეობს. II და III ხარისხის ჰიპოტროფიის შემთხვევაში აუცილებელია ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია.

სტაციონარში, ექიმის მითითებით, შედგა პაციენტის უქმნის ისეთ პირობებს, რომ იგი ზედმეტი გამღიზიანებლებისა (შუქი, ხმაური, მანიპულაციები) და ჯვარედინი ინფექციისაგან დაცული იყოს (სასურველია, ბავშვის ბოქსში მოთავსება). პალატაში, სადაც ავადმყოფია, ჰაერის ტემპერატურა $+24-27^{\circ}\text{C}$ და ტენიანობა 60-70%-ია, რეგულარულად ნიაფდება და ხდება სველი წესით დასუფთავება. ბავშვის გასეირნებას სუფთა ჰაერზე სისტემატური ხასიათი აქვს. ფრონილად და დოზირებულად ტარდება მასაჟი და გარჯიში, ეფექტურია ყოველდღიური თბილი, ჰიგიენური აბაზანა (წყლის ტემპერატურაა 38°C).

მკურნალობის აუცილებელი მომენტია დიეტოთერაპია, რომელიც ორ ეტაპიანია. I ეტაპზე ხდება საკვების მიმართ ტოლერანტობის დადგენა, II ეტაპზე — გაძლიერებული კვება.

I ხარისხის ჰიპოტროფიის დროს საკვების გაანგარიშება ნორმალური მასის გათვალისწინებით ხდება. II ხარისხის დროს ცილები და ცხიმები 1 კგ მასაზე ინიშნება ნორმალური (სტანდარტული) მასის მიხედვით, ცხიმები - ფაქტური მასის გათვალისწინებით (ცხიმების მიმართ ამტანლობა დაქვეითებულია). III ხარისხის დროს ცილები და ცხიმები ეძლევა შემდეგი ანგარიშით: ფაქტური მასას $+20\%$ ფაქტური მასისა, ცხიმები — ფაქტური მასის მიხედვით.

საკვების მოცულობისა და შემადგენლობის გაზრდა იმ შემთხვევაში ხდება, როდესაც I ეტაპის ფონზე ბავშვის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და წონის ნამატი მნიშვნელოვანია, მადა დაბლაკმაყოფილებულია და დისპეფსიური მოვლენები (ღებინება, ამოქაფება, ღიარვა) არ არის გამოხატული.

ცილების ნაკლებობის შევსება ხაჭოს, კვერცხის გულის, ხორცის ფარშის საშუალებით ხდება.

ბავშვისათვის იდეალური საკვებია დედის რძე, მისი არ არსებობისას — ადაპტირებული და მუავე ნარეგები.

ნახშირწყლოების შემატების მიზნით გამოიყენება შაქრის სიროფი და ხილის წვენი; ცხიმების სახით ეძლევა მცენარეული და ცხოველური ზეთი.

6.6.2. პარატროფია

პარატროფია, პლიუს დისტროფია ანუ სიმსუქნე, კვების ქრონიკული მოშლაა. რომელიც სხეულის მასის სიჭარბით ხასიათდება. პარატროფიის მიზეზებია: ჰიპოდინამია, ჭარბი კვება ან ცალმხრივი ნახშირწყლოვანი კვება. მნიშვნელობა აქვს გენეტიკურ ფაქტორებს, ენდოკრინულ დარღვევებს.

არჩევენ სიმსუქნის ოთხ ხარისხს:

I ხარისხია, როდესაც სხეულის მასა ნორმალურ მაჩვენებელს 10-29%-ით აღემატება;

II ხარისხის სიმსუქნის დროს სხეულის მასა ნორმას 30-49%-ით აღემატება;

III ხარისხის დროს სხეულის მასა ნორმას 50-99%-ით სჭარბობს;

IV ხარისხის სიმსუქნის დროს სხეულის მასა ნორმას 100%-ით აღემატება.

პარატროფიით შეპყრობილი ბავშვი აღინაშნური და მოდუნებულია. ადვილად იღლება, ატენიანება ქოშინი და ტაქიკარდია ფიზიკური დატვირთვის დროს, ემოციური ლაბილობა, ფსიქომოტორულ განვითარებაში ჩამორჩენა. კანი და ლორწოვანი გარსები მკრთალია, საყურადღებოა პასტოზურობა, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის არათანაბარი გადანაწილება და სხეულის დეფორმაცია.

მკურნალობა უპირველესად დიეტის მოწესრიგებას გულისხმობს, აუცილებელია რაციონი ბოსტნეულით, ვიტამინებით და ცილით გამდიდრდეს. გამოიყენება მუავე ნარეგები, ნახშირწყლოებიდან — ხილი, ცხიმების სახით — მცენარეული ზეთი. ჰიპოდინამიის თავიდან აცილების მიზნით ტარდება მასაჟი, ვარჯიში და გაკაყების სხვა პროცედურები. საუკეთესოა ხანგრძლივი სეირნობა სუფთა ჰაერზე.

კითხვები:

1. რა მონაცემების საშუალებით შეიძლება ბავშვის ფიზიკური განვითარების შეფასება?
2. როგორია ნაყოფის სიგრძეში ზრდის ინტენსივობა მუცლადყოფნის პერიოდში?
3. როგორია ნაყოფის წონაში მატების თავისებურება?
4. დაასახელეთ დროული ასაღწიობის ფიზიკური განვითარების მაჩვენებლები.
5. როგორია წონაში მატების თავისებურება სიცოცხლის პირველი წლის განმავლობაში?
6. 1 წლის შემდეგ როგორ ხდება ბავშვის საორიენტაციო მასის გამოანგარიშება?
7. როგორია სიგრძეში მატების თავისებურება დაბადების შემდეგ?
8. დაასახელეთ სწრაფი ზრდის პერიოდები.
9. როგორია თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობის მატების დინამიკა ბავშვობის სხვადასხვა პერიოდში?
10. როგორ ხდება ბავშვის ფიზიკური განვითარების შეფასება?
11. რა განსხვავებაა ჰინესის და სპერანსკის ინდექსებს შორის?
12. რას ნიშნავს პარამორფიული და დისპარამორფიული აქცერებული ასაკობრივი განვითარება?
13. რას გულისხმობს ბავშვის ფიზიკური აღზრდა?
14. ჩამოთვალეთ დღის რეჟიმის კომპონენტები.
15. როგორია 1 წლამდე და შემდეგ ბავშვის ძილის ხანგრძლივობა?
16. როგორია დღის რეჟიმის კომპონენტების თანამიმდევრობა 9 თვის ასაკამდე და შემდეგ?
17. რა პირობების დაცვაა საჭირო ფიზიკური აღზრდის შეცდომების ჩატარებისათვის?
18. როგორია მასაჟის გავლენა ბავშვის ორგანიზმზე?
19. ჩამოთვალეთ და დაახასიათეთ ფიზიკური ვარჯიშის სახეები.
20. რა გავლენას ახდენს ბავშვის ორგანიზმზე ფიზიკური ვარჯიში?
21. რა პირობები უნდა დაიცვას მეტად ვარჯიშის ჩატარების დროს?

22. რაში მდგომარეობს ფიზიკური მკვადინეობის სქემა ბავშვთა დაწესებულებებში?
23. რა არის გაკაფება?
24. როგორ ტარდება პაერითა და წყლით გაკაფება?
25. რა გავლენას ახდენს წყალი ორგანიზმზე?
26. როგორ ტარდება შხის სხივებით გაკაფება?
27. რა არის დისტროფია?
28. ჩამოთვალეთ პიპოტროფიის მიზეზები.
29. დაახასიათეთ პიპოტროფიის ხარისხები.
30. როგორია პიპოტროფიის მკურნალობის პრინციპები?
31. რა არის პარატროფია?
32. დაახასიათეთ სიმსუქნის სახეები.
33. როგორია პარატროფიის მკურნალობა?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. 5 თვის ნაყოფის საორიენტაციო სიგრძეა:
 - ა. 36 სმ
 - ბ. 25 სმ
 - გ. 9 სმ
2. 28 კვირის ნაყოფის საორიენტაციო მასაა:
 - ა. 1300 გ
 - ბ. 1100 გ
 - გ. 1000 გ
3. ნაყოფი არის 36 კვირის, გამოიანგარიშეთ სხეულის სიგრძე და მასა.
4. გამოიანგარიშეთ 6 თვის ასაკის ბავშვის სხეულის მასა და სიგრძე
5. გამოიანგარიშეთ 6 თვისა და 5 წლის ასაკის ბავშვის თავის გარშემოწერილობა.
6. გამოიანგარიშეთ 5 წლის ბავშვის სხეულის მასა და სიგრძე.
7. 5 თვის ბავშვის სხეულის მასაა 6000 გ, სიგრძე – 64 სმ. დაიბადა წონით 3400გ, სიგრძე 50 სმ-ს უტოლდებოდა. პინესის ინდექსის საშუალებით დაადგინეთ პიპოტროფიის ხარისხი.
8. მასაჟი ტარდება ოთახში, სადაც პაერის ტემპერატურაა:
 - ა. $+18^{\circ}\text{C}$
 - ბ. $+16^{\circ}\text{C}$
 - გ. $+22^{\circ}\text{C}$
9. რამდენი საათი უნდა ეძინოს 6 თვისა და 8 წლის ბავშვს დღე-ღამეში?

თავი VII ბავშვის ფსიქიკური განვითარება

7.1. ნერვული სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურება ბავშვთა ასაკში

ახალშობილის თავის ტვინის წონა მონრდილი ადამიანის ტვინის წონის 1/4 ნაწილია, იგი სხეულის მასის 1/8-1/9 შეადგენს. 1 წლის ასაკში ტვინის წონა 900გ-მდე მატულობს, 10 წლის ასაკში 1350გ აღწევს. ახალშობილის ტვინი მთლიანად აგებს ქლას ღრუს, ტვინის ძირითადი ხვეულები და ღარები კარგად არის გამოხატული. ჰემისფეროების ქერქული შრე შედარებით სქელია, მაგრამ ფუნქციურად და მორფოლოგიურად არ არის სრულყოფილი. განაკვეთზე ძნელი ხდება რუხი ნივთიერების თეთრისაგან გარჩევა. მიელების დამცველი გარსით ნერვული ბოჭკოები თანდათან იფარება. ყველაზე სწრაფად ყალიბდება დიდი ნახევარსფეროების ქერქის ის უბანი, რომელიც მხედველობის ველს უკავია.

ახალშობილების თავის ტვინის ფიზიოლოგიური თავისებურებებიდან საყურადღებოა ნერვული პროცესების გენერალიზებული ხასიათი და ქერქის გადატვირთვა, კარგად არის განვითარებული უპირობო თანდაყოლილი რეფლექსები და უკვე სრულიად შესაძლებელია პირობითი რეფლექსების ჩამოყალიბება (დღენაგლო ახალშობილშიც კი).

ახალშობილის ზურგის ტვინის წონა 2-ნგ-ია, სიგრძე – 14-15სმ. იგი შედარებით გრძელია, ვიდრე მონრდილის. მისი მიელებისა და მუცლადყოფნის პერიოდში იწყება. პერიფერიული ნერვებისათვის დამახასიათებელია დაგვიანებული მიელებისა.

7.2. ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება

დაბადება უდიდესი ძვრია ბავშვის ორგანიზმისათვის. ახალშობილი შედარებით ერთგვაროვანი გარემოდან (დედის ორგანიზმი) გადადის ახალ პირობებში, სადაც უამრავი გამბიზიანებულია. ამ გარემოში იგი უნდა ჩამოყალიბდეს გონიერ არსებად.

ახალშობილის მოძრაობა არაკოორდინირებული, უწყსრიგო და ქაოსურია. გარე გამბიზიანებულთა დიდ ნაწილს იგი ხელებისა და ფეხების მოუწყსრიგებელი მოძრაობით პასუხობს. მის ახალ გარემოსთან შეგუებას უზრუნველყოფს თანდაყოლილი უპირობო რეფლექსები (სურათი 30), რომელთა უმრავლესობა დაცვითი ხასიათისაა. მაგალითად, კანის ძლიერი გაღიზიანება (ნემსით ჩხვლეტა) იწვევს განრიდების დაცვით რეაქციას, სახის წინ სინათლის ციმციმი – გუგის შევიწროებას; თუ ბავშვს მუცელზე დაგვიწვნი, იგი „ოთხზე დადგება“ (მოიხრება მუხლებსა და იდაყვებში) და თავს მაღლა წამოსწევს. ეს პოზა მას იცავს მონრძობისაგან. ახალშობილის საორიენტაციო რეფლექსებიც გააჩნია. მას შეუძლია თვალი გაადგნოს სინათლეს; ტუჩის კუთხესთან, ლოყაზე შეხებაზე, იგი თავს აბრუნებს გამბიზიანებლის მხარეს და აღებს პირს. ეს არის საორიენტაციო-კვებითი რეფლექსი.

თანდაყოლილ რეფლექსებს მიეკუთვნება წოვის რეფლექსი – ბავშვი მაშინვე იწყებს პირში ჩადებული საგნის წოვას; ჩაჭიდების რეფლექსი – ხელისგულთან შეხება იწვევს ტაცებით რეაქციას; ხოხვის ანუ განმზიდი რეფლექსი – მუცელზე წოლის დროს ფეხის გულზე შეხებისას, ფეხის კვრა და გადაადგილება; სიარულის რეფლექსი – თუ ბავშვს დავიჭერთ ვერტიკალურად ისე, რომ მისი ტერფები მკვრივ ზედაპირს შეხება, ის გაასწორებს ტანს, თავს ასწევს, „დადგება ფეხზე“ და გადადგამს ნაბიჯს. ახალშობილის წოვის რეფლექსთან ერთად კარგად აქვს განვითარებული ყლაპვის, მოქნარებისა და სველის რეფლექსები.

თანდაყოლილი რეფლექსები უზრუნველყოფენ ბავშვის სიცოცხლეს, აკმაყოფილებენ ორგანულ (ყანგბადი, კვება, სითბო) მოთხოვნებს, მაგრამ არ უზრუნველყოფენ ქცევის ადამიანური ფორმების ჩამოყალიბებას. მათ ატავისტურ (მემკვიდრეობა, რომელიც ბავშვმა ცხოველის წინაპრისაგან მიიღო) რეფლექსებს უწოდებენ. ჭეშმარიტი ტაცება და ხოხვა ჩამოყალიბდება ბავშვის უფროსთან ურთიერთმოქმედების დროს, რომელიც იძულებით იწვევს და ავარჯიშებს ამ მოქმედებებს.



ძიების რეფლექსი



ჩაჭიდების რეფლექსი



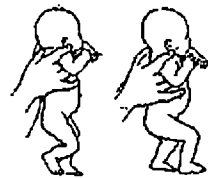
განზიდვის რეფლექსი (ბაბინსკის ფენომენი)



ხერხემლის სვეტის რეფლექსი (გალანტის)



შემოხვევის რეფლექსი (მოროს)



სიარულის რეფლექსი

სურათი 30. ახალშობილის ფიზიოლოგიური რეფლექსები

თავის ტვინის მომწიფების, გრძნობათა ორგანოების (ანალიზატორების) გაგარჯიშების საფუძველზე იწყება პირობითი რეფლექსების ჩამოყალიბება, ახალი მოძრაობების, ფსიქიკური თვისებებისა და პროცესების დაუფლება. აღნიშნულის საფუძველი კი მოზრდილთან ურთიერთობა და ის მოქმედებებია, რომელსაც ბავშვი ეუფლება მოზრდილის ხელმძღვანელობით. თუ ბავშვს იზოლაციის პირობებში მოვათავსებთ, მისი განვითარება მნიშვნელოვნად შეფერხდება („მაუგლის“ ფენომენი).

ამგვარად, ბავშვის ფსიქიკური და მოტორული განვითარება დამოკიდებულია გარე პირობების, აღზრდისა და სწავლების გადამწყვეტ ზეგავლენაზე.

ბავშვობის სხვადასხვა პერიოდში ფსიქომოტორული განვითარება განსხვავებული, ნახტომისებური და არათანაბარზომიერია, მიუხედავად ამისა, კრიტიკულ პერიოდებად მიჩნეულია 1-დან 2 წლის ასაკს შორის ზღვარი, 3 წლის ასაკი, 6-7 წლის და ჰუბერტატული ასაკი. მედიცინის მუშაკის მოვალეობაა კარგად შეისწავლოს ყოველ ასაკობრივ ეტაპზე განვითარების წამყვანი მაჩვენებელი და ეცადოს ფსიქიკურ პროცესებზე მოახდინოს შესაბამისი ზემოქმედება, რომელთა ფორმირება, ზემოქმედების დაგვიანების შემთხვევაში გაძნელებულია.

მედდა ვალდებულია შესძლოს კარგად შეაფასოს სხვადასხვა ასაკობრივ ეტაპზე ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარების დონე, შეაფასოს უხეში და დახვეწილი მოძრაობები, ურთიერთობითი ჩვევები და შეაგროვოს ბავშვის მიერ თავის თავის მოვლის შესახებ მონაცემები, გამოიყენოს გამოკითხვის მეთოდი და რთული ტესტები (დენვერის, ვექსლერის და სხვ.). დენვერის ცხრილში მოცემულია ჩვევათა გამარტივებული ნუსხა (მათი ფორმირების საშუალო ასაკის გათვალისწინებით), რომელთა ცოდნა აუცილებელია.

ძირითადი ჩვენებების ჩამოყალიბების საშუალო ასაკი

1 თვის	უხეში მოძრაობები	მუცელზე წოლისას თავს მაღლა წამოსწევს
	მეტყველება	იღიმება (სი კვირიდან)
2 თვის	უხეში მოძრაობები	მუცელზე წოლის დროს შეუძლია ხელებს დაეყრდნოს და წამოიწიოს თვალების წინ მოძრაე
	დახვეწილი მოძრაობები	საგანს თვალს აყოლებს
	მეტყველება	ღუღუნებს
3 თვის	უხეში მოძრაობები	მუცელზე წოლის დროს იდაყვებზე დაყრდნობილს შეუძლია წამოიწიოს, 180° დიაპაზონის ფარგლებში
	დახვეწილი მოძრაობები	თვალს აყოლებს საგანს მხედველობითი გამიჯნობის საპასუხოდ ახამხამებს თვალებს
4 თვის	უხეში მოძრაობები	მუცელზე წოლისას წამოიწევს, ეყრდნობა რა ხელის გულებს, შეუძლია მუცლიდან გადაბრუნდეს ზურგზე
	მეტყველება	ხმის მიმართულებით შეუძლია შეტრიალდეს. ხმა მაღლა იცინის (4, 5 თვის)
5 თვის	უხეში მოძრაობები	ზურგიდან ბრუნდება მუცელზე ცდილობს ცოცვას
	დახვეწილი მოძრაობები	ეპოტინება ჩხარუნას
	მეტყველება	ხმის მიმართულებით ტრიალდება
6 თვის	უხეში მოძრაობები	ზის დახმარების გარეშე
	დახვეწილი მოძრაობები	საგანს იღებს ცალი ხელით
	მეტყველება	ცდილობს ლაპარაკის იმიტაციას
7 თვის	უხეში მოძრაობები	ზის (7, 5 თვის)
	დახვეწილი მოძრაობები	ცდილობს აიღოს ხელში მცირე ზომის საგნები
8 თვის	უხეში მოძრაობები	ცოცავს, ხელს ჰკიდებს საყრდენს და დგას
	დახვეწილი მოძრაობები	იღებს მცირე ზომის საგნებს. აინტერესებს ჩხარუნა.
	მეტყველება	ესმის „არა“-ს მნიშვნელობა. გაუცნობიერებლად წარმოთქვამს სიტყვებს „დედა“, „მამა“
9 თვის	დახვეწილი მოძრაობები	სათამაშო კუბებს არახუნებს
	მეტყველება	ჟესტიკულაცია

10 თვის	მეტყველება	მშობლებს უწოდებს „დედა“, „მამა“
11 თვის	დახვეწილი მოძრაობები	მცირე ზომის საგნებს იღებს დიდი და საჩვენებელი თითებით
	მეტყველება	წარმოსთქვამს პირველ სიტყვას „მამასა“ და „დედას“ გარდა
12 თვის	უხეში მოძრაობები	დამოუკიდებლად დადის
	დახვეწილი მოძრაობები	ბოთლში აწყობს მცირე ზომის საგნებს. შეგნებულად ისვრის საგნებს. ფანქრით ხაზავს
	მეტყველება	გამოსთქვამს სიტყვებს შეგნებულად, მაგრამ მეტყველება გაუგებარია.
	ურთიერთობითი ჩვევები და თავის მოვლა	ეთამაშება თოჯინას, ფინჯანიდან სვამს, ეხმარება მოზრდილს თავის ჩაცმაში
15 თვის	უხეში მოძრაობები	დარბის
	დახვეწილი მოძრაობები	ბოთლიდან გადმოყრის მცირე საგნებს
	მეტყველება	როდესაც მიუთითებენ, 4-ს საგანს ასახელებს
18 თვის	დახვეწილი მოძრაობები	ჯღაბნის, საგნებს ინსტრუმენტად იყენებს. აგებს კოშკებს, კუბებისაგან
	მეტყველება	ასახელებს სხეულის ნაწილებს (საში დასახელება), სურათების მიხედვით ასახელებს საგნებს, ცნობს ოჯახის წევრებს, იყენებს 7-20 სიტყვას, გასაგებად მეტყველებს (16 თვიდან)
	ურთიერთობითი ჩვევები და თავის მოვლა	ხმარობს კოვზს
21 თვის	მეტყველება	შეუძლია ორი სიტყვის შერწყმა. იყენებს 30 სიტყვას
	დახვეწილი მოძრაობა	პოულობს საჭირო სურათს კუბების საშუალებით აგებს სამ რიგს
24 თვის	მეტყველება	ორი სიტყვისაგან ქმნის წინადადებას

7.3. ბავშვის აღზრდა

ბავშვის ფსიქიკური განვითარება მთლიანად მოზრდილზეა დამოკიდებული. იგი აკმაყოფილებს ბავშვის ორგანულ მოთხოვნებს (კვება, ბანაობა და სხვ.), უზრუნველყოფს მის მზარდ მოთხოვნებს აქტიური მოქმედებისადმი: გადაადგილდეს სივრცეში, დაინახოს უფრო მეტი საგანი, მიწვდეს მას და ხელი სტაცოს, მიიღოს ახალი შთაბეჭდილებანი, მოისმინოს მშვიდი და აღერსიანი საუბარი. მხოლოდ აქტიური მოქმედების პროცესში ხდება ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება.

ბავშვისათვის მოზრდილის ქცევა ფსიქიკური აღზრდის ძირითადი ფაქტორია. ახალშობილებისათვის აქტიური მოქმედების საწყისი ელემენტებია კვების, შეხვევის, ბანაობის, რწყვის, ხელით ტარების პროცესი. შემდეგში, ბავშვის მიერ შეძენილი ჩვევები და მოძრაობები მოთხოვნებში გადაიზრდება (ითხოვს საწოფარას, სათამაშოს და ა.შ.). ბავშვის ქცევაში ხუთ მდგომარეობას გამოჰყოფენ:

- ღრმა ძილი, როდესაც ბავშვი უძრავად არის, თვალები დახუჭული აქვს, სუნთქავს თანაბრად, არ რეაგირებს შექსა და ხმაურზე;

- ძილის ფაზა: თვალები დახუჭულია, მაგრამ მოძრაობები გამოხატულია („აქტიური ძილი“), ბავშვი იჭიმება, ფეხებს ამოძრავებს, სახეს მანჭავს. იქმნება შთაბეჭდილება, რომ არ სძინავს, მაგრამ სინამდვილეში სძინავს, თუმცა მისი შეწყვეტა ადვილია;

- აქტიური სიფხიზლის ფაზა: ბავშვის თვალები ღია აქვს და მზად არის ურთიერთობისათვის. ყურადღებით უსმენს მოსაუბრეს, აკვირდება გარემოს ფართოდ გახედილი თვალებით. 2-3 კვირის ასაკში შეუძლია შეაჩეროს ყურადღება რამეზე ან ვინმეზე;

- პასიური სიფხიზლის პერიოდი: ახალშობილის ყურადღება კონცენტრირებულია რაღაცის მიმართ, თითქოს ცდილობს ჩაწვდეს ღრმად სიტუაციას, მაგრამ სხეული მოსვენებული, თითქმის უმოძრაოა, ამასთან იგი გულგრილია და ადილად აგზნებადი, ტირის;

- ტირილი: ყველაზე მნიშვნელოვანი და ძირითადი სიგნალია, რომელსაც ბავშვი გამოსცემს. საშუალოდ, ჩვილი ბავშვი დღეში 3-4 სთ ტირის. ტირილი სხვადასხვა ხასიათისაა, მისი მიზეზიც განსხვავებულია: შიმშილი, მარტოობის შეგრძნება, დისკომფორტი (არასასურველი მდებარეობა საწოლში, სიცხე ან სიცივე, სველი საფენები, კაშკაშა სინათლე). დედა და მედდა კარგად იგებს ბავშვის ტირილის მიზეზს. გაურკვეველი ტირილი მოითხოვს დროულ შეფასებას.

ქცევის ჩამოთვლილი მდგომარეობებიდან მნიშვნელოვანია აქტიური სიფხიზლის ფაზა. ეს პერიოდი მაქსიმალურად უნდა იქნეს შეფასებული ბავშვთან ურთიერთობისა და აღზრდისათვის.

მედამ, იცის რა ბავშვის ნერვ-ფსიქიკური განვითარების მაჩვენებლები, აფასებს ბავშვის განვითარებას და ატარებს ბავშვთან მეცადინეობას ან შეასწავლის დედას მიზანშეწონილ მოქმედებებს. ბავშვის ქცევაზე დაკვირვება გულისხმობს მოძრაობით ჩვევებზე (ჯდომა, დგომა, სიარული, ხტომა და ა. შ.) და მეტყველების განვითარებაზე (გამოთქვამს ბგერებს, სიტყვებს, წინადადებებს, იცის ლექსები) მეთვალყურეობას. ამასთან, მედდა ვალდებულია აუხსნას დედას, რომ ბავშვის ტირილის იგნორირება არ არის მიზანშეწონილი. თუ ბავშვს შესაბამის ყურადღებას მოვაკლებთ, იგი შეიძლება გახდეს თავის თავში ჩაკეტილი და გულჩათხრობილი. გამოკვლევებით დადგენილია, რომ ბავშვები, რომელთა ტირილს არაა აგდებდნენ, 3-5 წლის ასაკში მტირალა და ჭირვეულები ხდებიან. ბავშვის ხელში აყვანა, რწყვა, ნაზად მიკვრა მკერდზე და აღერსიანი საუბარი სიკეთის და სიყვარულის პირველი გაკვეთილებია.

მ-დან 3 თვის ასაკში, ბავშვის აქტიური სიფხიზლის ფაზაში, აღზრდის მნიშვნელოვანი ელემენტებია: აღერსიანი საუბარი, სიმღერა, საწოლის ირგვლივ შემოვლა. საწოლის ირგვლივ მოზრდილის მოძრაობა აუმაღლებს ბავშვის ყურადღებას. იგი თვალიყურს ადევნებს მას და ცდილობს აღმოაჩინოს წყარო, რომელიც გამოსცემს ბგერებს.

2-3 თვის ასაკში ჩვილს უტარდება გამოცოცხლების კომპლექსი: ხელში აყვანა და გადაადგილება, კვების წინ მუცელზე დაწვენა, სათამაშოების ჩამოკიდება (მკერდიდან 70სმ-ის დაშორებით), მათი ნელი მოძრაობა, ჩხარუნი. სათამაშო უნდა იყოს სადა, დიდი ზომის, კაშკაშა, მაგრამ არა მრავალფეროვანი (ფერთა სიმრავლე ბავშვს ღლის).

3-დან 6 თვის ასაკში აუცილებელია ბავშვთან საუბარი, მისი მხიარული განწყობის შენარჩუნება, ღიმილისა და სიცილის გამოწვევა. გამოცოცხლების კომპლექსი მოიცავს: მუცელზე ხანგრძლივ წოლას, ხოხვის სტიმულაციას, მუცლიდან ზურგზე და შემდეგ, ზურგიდან მუცელზე გადაბრუნებას. სათამაში ისე უნდა ჩამოიკიდოს საწოლზე, რომ ბავშვმა გაშალოს ხელი და შესწვდეს მას. სათამაში კაშკაშა და ეფექტური უნდა იყოს, სასურველია გამოსცემდეს ხმას (ჩხარუნა, წკარუნა). ამ ასაკში ბავშვს უყალიბდება ხმოვანი საგნებისადმი ინტერესი დადებითი რეაქციები. სათამაშოს ხშიანობა უნდა იყოს რბილი და არამკვეთრი, რომ ბავშვს არ შეეშინდეს. გარდა ამისა, სათამაშო ისე უნდა იყოს დამზადებული, რომ მას ნაწილები არ მოსცილდეს, ხოლო პირში ჩადების შემთხვევაში ნერწყვის შემოქმედებით არ დაიშალოს. ბავშვი

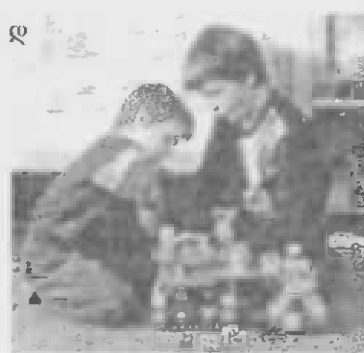
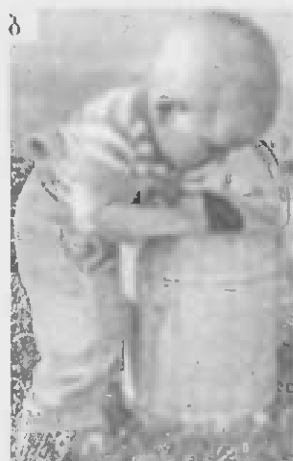
ცდილობს სათამაშო აიღოს ხელში და ჩაიდოს პირში (სურათი 31 ა). ამიტომ სათამაშო უმჯობესია დაშვადებული იყოს რეზინის, მკვრივი და რბილი პლასტმასისა და ხისაგან.

ნ-დან 12 თვის ასაკის ბავშვი გამოთქვამს სიტყვებს „მამა“, „დედა“, ასევე ცალკეულ ბგერებს. მეტყველების განვითარებისა და განმტკიცებისათვის აუცილებელია ბავშვთან საუბარი, საგნებისა და სხვადასხვა მოქმედებათა ჩვენება. 5-6 თვიდან ბავშვი იწყებს ხოხვას, იგი კარგად ზის. ანტერესებს მოძრაობის სათამაშოები და ხოხვით მოგზაურობს მათთან ერთად. უმჯობესია სათამაშო მოკლე მანძილზე მოძრაობდეს და იყოს სადა და დიდი ზომის, რომ ბავშვმა იგი ადვილად მოძებნოს. ძირითადი პრობლემა, რომელიც მას უკვე აწუხებს საგნთა სივრცობრივი შეფასება (სურათი 31 ბ). ასე მაგ., თუ ბავშვს მისცემთ ყუთს და მცირე ზომის რამდენიმე სათამაშოს, იგი გატაცებით იწყებს ყუთში სათამაშოების ჩალაგებას და ამოღებებს. ბავშვს მოსწონს კუბები, ცილინდრები, სამკუთხა პრიზმები. იგი სიამოვნებით თამაშობს საწოლში და ბანაობის დროს.

7-8 თვის ასაკში კარგად დგას ფეხზე, 7-9 თვისა დადის დახმარებით, 11-12 თვის ასაკში — დაუხმარებლად. მეტყველების განვითარების მიზნით ბავშვს სათამაშოებს, ცხოველებს, 10 თვის ასაკიდან სურათებს უჩვენებენ. სასურველია, სათამაშოების მონაცვლეობა. თუ ბავშვს 2-3 დღე არ მისცემენ რომელიმე სათამაშოს, შემდეგში იგი მას აღიქვამს როგორც ახალს. მოქმედების განვითარების მიზნით უნდა ააგოს პირამიდა და სხვ. ბავშვს უჩნდება სურვილი თამაშში უფროსმაც მიიღოს მონაწილეობა, რაც განვითარებისათვის მნიშვნელოვანი მომენტია. ამავე დროს, საგნებთან მიმართებაში იგი იყენებს „ცრუ სიტყვებს“, რაც ბავშვის ემოციურ მდგომარეობას ასახავს. ამ ასაკში უკვე შესაძლებელია ბავშვს წავუკითხოთ და გუჩვენოთ სურათებიანი წიგნი. ნახატები უნდა იყოს დიდი, სადა და კაშკაშა. 8-9 თვის ასაკში ბავშვი სათამაშოებს ფანტავს და მანძილზე ისვრის, ე. ი. იგი უკვე ძლიერია და კოორდინირებული მოძრაობებიც ჩამოუყალიბდა. თანაც, მას ანტერესებს ის ხმინაობა, რომელსაც სათამაშო დაგარდნისას გამოცემს. წლის ბოლოსათვის ბავშვს ესმის მოზრდილის 15-20 სიტყვის შინაარსი, შეუძლია დაგალება შეასრულოს და წარმოსთქვას ეს სიტყვები ან შეასრულოს რაიმე მოქმედება. ე. ი. ბავშვმა უკვე აღიქვა ის ფაქტი, რომ გარემო შედგება საგნებისაგან, საგნები კი სხვა საგნებისაგან, რომ ერთ საგანზე შეიძლება მეორე საგნით იმოქმედოს, რომ დედა და სხვა მოზრდილები მზად არიან მასთან ურთიერთობისათვის.

2 წლის ასაკში უნდა გაიზარდოს სიტყვათა მარაგი, ძირითადი მოქმედებები და მოძრაობები, საგნთა ხასიათი (ფერი, ფორმა, მოცულობა). ბავშვს სჭირდება დახმარება, რომ ააგოს წინადადება, გამოიყენოს განსაზღვრება და წინადადების სხვა წევრები, შესწორდეს არასწორი გამოთქმები, დაიხვეწოს სიარული, გაიზარდოს და შეივსოს სათამაშოების რიცხვი და ხასიათი (ბურთები, თოჯინები, თოჯინისათვის ავეჯი, სათამაშო ჭურჭელი, საშენი მასალა, მანქანები, მოსამართი სათამაშოები და სხვ.). ბავშვი ცდილობს მიბადოს მოზრდილის (სურათი 31 გ).

3 წლის ასაკში აუცილებელია ბავშვის შთაბეჭდილებათა კიდევ მეტად გამდიდრება ახალი მოქმედებებით, წიგნის კითხვით, ზღაპრებისა და ლექსების მოყოლით; ბავშვმა უნდა შეისწავლოს სიმღერა, ცეკვა, გელოსიძედით სეირნობა. ასაკის მატების პარალელურად ბავშვის მოქმედება რთული და დახვეწილი ხდება (სურათი 31 დ).



სურათი 31 ბავშვის ფსიქიკის განვითარება:

ა — ხელების, თვალების, პირის კვლევა (1 თვის ბავშვი); ბ — გარემოს დათვალიერება, გამოკვლევა (1 წლის ბავშვი); გ — სათამაშო უიო: მოზრდილთა საქმიანობის იმიტაცია (2 წლის ბავშვი); დ — თამაში კონსტრუქტორით (5 და 7 წლის ბიჭები)

7.4. ბავშვის მთავარი ნერვულ-ფსიქიკური დარღვევების დროს

ბავშვის განვითარება ჩასახვის მოქმედი იწყება. ორსულობის მიმდინარეობა, მშობიარობის ხასიათი გავლენას ახდენს და განსაზღვრავს ბავშვის ჯანმრთელობას და მის კეთილდღეობას. ბავშვებში ნერვული სისტემის დაზიანების ხშირი მიზეზი პიპოქსური (უანგბადის ნაკლებობა) მდგომარეობაა, რომლის საფუძველია ნაადრევი (38 კვირაზე ადრე) ან დაგვიანებული (40 კვირის შემდეგ) სწრაფი ან განსაზღვრული მშობიარობა, ასფიქსია და სხვა.

პერინატალურ პერიოდში (ორსულობის 28 კვირიდან დაბადების შემდეგ პირველი 7 დღე პერინატალური პერიოდი) პიპოქსიის გამო განვითარებული ნერვული სისტემის დაზიანებით მიმდინარე მდგომარეობებს „პერინატალურ ენცეფალოპათიებს“ უწოდებენ. რომელიცაა „პირის აღსანიშნავია პიპერაგზიების, ცენტრალური ნერვული სისტემის (ცნს) დაზიანებისა და კენოთა პიპერტონიის სინდრომები. მოზრდილისაგან განსხვავებით, ბავშვის განვითარებადი ნერვულ სისტემა დიდი პლასტიურობისა და კომპენსაციის უნარით ხასიათდება, ამიტომ ნერვული სისტემის დაზიანების დროული ამოცნობა და რეკუდარული მკურნალობა უზრუნველყოფს მომავალში ბავშვის ნორმალურ განვითარებასა და სრულყოფილებას.

ჰიპერაგზნების სინდრომი

ჰიპერაგზნების სინდრომი ახალშობილებში ვლინდება გადაჭარბებული აგზნების, მადის დაქვეითების, კვების დროს ხშირი ამოქაფების სახით და უარით ძუძუთი კვებაზე. ძილის ხანგრძლივობის შემცირებით და დაძინების პროცესის გაძნელებით. აქტიური სიფხიზლის პერიოდში უმნიშვნელო აღელვებაც კი იწვევს ქაოტიურ მოძრაობით აქტივობას, კიდეებისა და ნიკაპის ტრემორს (კანკალს), გამყინავ კივილს, სახის ჰიპერემიას, თავის უკან გადაადგებას.

ჰიპერაგზნების სინდრომით ახალშობილი იზრდება მოუსვენარი, მტირალა, მშფოთვარე, ძნელად იძინებს, აქვს კოშმარული სიზმრები და არცთუ იშვიათად, აღენიშნება უნებლიე შარდვა.

სინდრომის არასასურველი შედეგების თავიდან აცილება დროულად ჩატარებული მკურნალობა და პედიატრის, ნევროლოგის, ფსიქოლოგისა და დეფექტოლოგის სისტემატური მეთვალყურეობაა. ასეთ ბავშვებს მედდა სიცოცხლის პირველი დღეებიდანვე უტარებს სპეციალურ მასაჟს, სამკურნალო ფიზკულტურის და წყლის პროცედურებს.

მნს დათრგუნვის სინდრომი

მნს დათრგუნვის სინდრომი ასფიქსიისა და სამშობიარო ტრამვის შედეგია. ამ ბავშვებში კუნთთა ტონუსი და მოძრაობითი აქტივობა დაქვეითებულია, ბავშვი მოდუნებულია, ტირის სუსტად და დაბალი ხმით, კვების დროს ადვილად იღლება, მძიმე შემთხვევებში წოვის რეფლექსი და უპირობო რეფლექსები არ არის გამოხატული. ავადმყოფს საწოვარათი ან ზონდით კვებავენ.

ასეთი ბავშვების განვითარება შეფერხებულია, ისინი დაგვიანებით იწყებენ თავის დაჭერას, ჯდომას, დგომას, სიარულს და ლაპარაკს. ამ შედეგების თავიდან აცილება მხოლოდ ხანგრძლივი სტაციონალური მკურნალობითაა შესაძლებელი. მედიკამენტური თერაპიის პარალელურად გამოცდილი მედდა რეგულარულად ატარებს სამკურნალო მასაჟს, ფიზკულტურის, ცურვითი ვარჯიშების პროცედურებს. დროული და სწორი მკურნალობა ყოველთვის ეფექტურია.

კუნთთა ჰიპერტონუსის სინდრომი

კუნთთა ჰიპერტონუსის სინდრომი ხასიათდება მომხრელ კუნთთა ტონუსის გაძლიერებით: ბავშვს მუშტად შეკრული ხელები მჭიდროდ აქვს მიკრული მკერდზე, ფეხების გაშლა და მოხრა მენჯ-ბარძაყის სახსარში შეუძლებელია, მოძრაობითი აქტივობა დაქვეითებულია. უპირობო რეფლექსები მკვეთრადაა გამოხატული და ხანგრძლივი დროის განმავლობაშია შენარჩუნებული და ხელს უშლის ბავშვის ნორმალურ განვითარებას. ასეთ ბავშვებში ხშირია კისერმრუდობა და ბრტყელტერფიანობა.

არასასურველი შედეგების თავიდან აცილებისათვის საჭიროა დროული მედიკამენტური თერაპია და გამაჯანსაღებელი საშუალებების (კუნთთა მოსაღუნებელი მასაჟი, წყლის პროცედურები, ცურვა, ფიზიოთერაპია) გამოიყენება.

კითხვები:

1. როგორია თავის ტვინისა და ზურგის ტვინის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურება ბავშვთა ასაკში?
2. ჩამოთვალეთ და დაახასიათეთ უპირობო რეფლექსები.
3. როგორია ბავშვის მოძრაობითი აქტივობის დინამიკა სხვადასხვა ასაკში?
4. როგორია მედლის როლი ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარების შეფასებასა და განვითარებაში?
5. დაახასიათეთ 0-3-თვის ასაკის ბავშვი, მისი ფსიქომოტორული განვითარება.
6. როგორია 3-6-თვის ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება?
7. როდის იწყებს ბავშვი ჯდომასა და დგომას?
8. დაახასიათეთ 6-9-თვის ბავშვი.
9. როგორია 1 წლის ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება?
10. დაახასიათეთ 12-24 თვის ბავშვი.
11. როგორია მოზრდილის როლი ბავშვის ფსიქომოტორულ განვითარებაში?
12. დაახასიათეთ ბავშვის ქცევის ხუთი მდგომარეობა.
13. რას გულისხმობს გამოცოცხლების კომპლექსი?
14. ჩამოთვალეთ აღზრდის მეთოდები, რომელიც გამოიყენება ბავშვობის სხვადასხვა პერიოდში.
15. სათამაშოს როლი და მნიშვნელობა ბავშვის ფსიქომოტორულ განვითარებაში.
16. როგორია ბავშვის მეტყველების განვითარების თანამიმდევრობა?
17. რა არის პერინატალური ენცეფალოპათია?
18. რა გამოვლინებით ხასიათდება ჰიპერაგზიების სინდრომი? როგორია მოგვიანებითი შედეგები?
19. დაახასიათეთ ცნს დათრგუნვის სინდრომი და მოგვიანებითი შედეგები.
20. დაახასიათეთ კუნთთა ჰიპერტონუსის სინდრომი.

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. 3 თვის ბავშვს, რომელიც ნორმალურად ვითარდება, შეუძლია შეასრულოს ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი მქმედება, გარდა:
 - ა. ატრიალებს თავს 90°-ით ყოველ მხარეს და მოძრავ საგანს აყოლებს თვალს
 - ბ. მუცელზე წოლისას თავს მაღლა წევს (45°)
 - გ. იღიმება მოზრდილის ღმილის საბასუხოდ
 - დ. ზის დამოუკიდებლად
 - ე. ღუღუნებს
2. 3 წლის ბავშვს შეუძლია შეასრულოს ყველაფერი, გარდა:
 - ა. გაიხადოს
 - ბ. დახატოს კვადრატი
 - გ. ავიდეს კიბეზე, გადადგამს რა ნაბიჯებს
 - დ. დაასახელოს ერთი ფერი
 - ე. მოკლე ფრაზებით ილაპარაკოს

თაზი VIII ბავშვის კვება

მოვლის აუცილებელი და ძირითადი ელემენტი ბავშვის წესიერი კვებაა. განსაკუთრებით დიდია კვების როლი ადრეულ ასაკში, როდესაც ინტენსიურია ზრდის პროცესი, ქსოვილებისა და ორგანოთა სისტემების ფუნქციური და მორფოლოგიური სრულყოფა, ინტელექტის განვითარება.

ჩველი ბავშვის კვების ორ ძირითად წესს არსევენ — ბუნებრივსა და ხელოვნურს.

8.1. ბუნებრივი კვება

ბუნებრივი კვების დროს ბავშვი ღებულობს დედის რძეს ტუტეს წოვის მეშვეობით. კვების ეს სახე სასარგებლოა როგორც დედის, ისე ბავშვისათვის. იგი ფიზიოლოგიურია და საუკეთესოა ფსიქოლოგიური თვალსაზრისითაც. დედის რძე შვილისათვის მეტად ნატიფი ინდივიდუალური ბიოლოგიური თვისებებით ხასიათდება. იდენტური საკვები, რომელიც ისევე დააკმაყოფილებს ბავშვის მოთხოვნილებებს, როგორც დედის რძე, ბუნებაში არ არსებობს.

ფაქტიურად ბუნებრივი კვება ორი ეტაპისაგან შედგება: პირველი, დაბადებიდან 4-6 თვემდე, მარტივი კვების პერიოდისა, როდესაც ბავშვის რაოდენობრივი და თვისობრივი მოთხოვნილება საკვებზე კმაყოფილდება ძირითადად რძით და მეორე — დამატებითი ანუ მკვრივ საკვებზე გადასვლის პერიოდი (წლის მეორე ნახევარში), როდესაც ბავშვის შემდგომი განვითარება, ქალის რძის გარდა, შედარებით მრავალფეროვან საკვებს საჭიროებს.

წესიერი, სწორი კვება პირველ პერიოდში დედის რძის საკმარისი რაოდენობით მიწოდებას და ჰიგიენური წესების უზრუნველყოფას გულისხმობს.

ახალშობილის პირველი მიყვანა ტუტესთან საჭიროა დაბადებიდან არაუგვიანეს 2-6 საათისა, თუ, ცხადია, მშობიარობა ნორმალური იყო და ახალშობილი ჯანმრთელი დაიბადა. ტუტესთან მიყვანის დაწყება არასასურველ აა როგორც დედისათვის (ლაქტაციის შესუსტება), ისე ახალშობილისათვის (წონაში მნიშვნელოვანი დაკლება და წოვითი რეფლექსების შესუსტება).

ლოგინობის პერიოდში დედა იძულებულია ახალშობილი კვებოს წოლით მდგომარეობაში. ქალი წეება იმ გვერდზე, რომელი ტუტედანაც უნდა აჭამოს ბავშვს. ქალი ტუტეს თანამოსახელე ხელით იჭერს ბავშვს, ხოლო მეორე ხელით იჭერს ტუტეს ბაკის ოდნავ ზევით. ტუტე არ უნდა აწმობდეს ბავშვის ცხვირს, ხოლო დვრილი ბაკის ფართო პიგმენტური ნაწილით მთლიანად ბავშვის პირის ღრუში უნდა იყოს მოთავსებული.

ლოგინობის შემდგომ პერიოდში მიზანშეწონილია ბავშვის კვება ჯდომით მდგომარეობაში ღამის საათებშიც, ვინაიდან დაღლილ დედას ღამით შეიძლება ჩაეძინოს კვების დროს, რაც ბავშვისათვის შეიძლება საბედისწერო გახდეს.

კვების დროს დედა უნდა იჯდეს ზურგსაყრდენიან სკამზე (სურათი 32). იმ ტუტეს თანამოსახელე ფეხი კი, რომლიდანაც ბავშვმა რძე უნდა გამოწვავოს, შემოდგმული უნდა ჰქონდეს დაბალ სკამზე, რათა ბავშვი ნახევრად პოზიციონირებული იყოს. იმავე ტუტეს თანამოსახელე ხელით დედას უკავია ბავშვი, ხოლო მეორე ხელით მას აძლევს ტუტეს ისეთივე წესით, როგორც ლოგინობის პერიოდში.

ბავშვს ტუტე უნდა მისცენ რიგრიგობით. პირველ ხანებში, სანამ ლაქტაცია არასაკმარისია, მიზანშეწონილია ორივე ტუტეს ერთდროულად გამოწვავათუ წოვის დამთავრების შემდეგ ტუტეში რძე დარჩა, უნდა ჩამოიწველოს და ბავშვს მისცენ აუცილებლად კოვზით. ამ ნარჩენი რძის მიღება სასურველია როგორც ბავშვისათვის, ისე დედისათვის; დადგენილია, რომ რძის პირველი უღუფები შედარებით თხელია, ვიდრე მომდევნონი, რომლებშიც მეტია ცილებისა და განსაკუთრებით ცხიმების რაოდენობა. მეორე მხრივ, დედა უფრო მეტადაა უზრუნველყოფილი საკმარისი ლაქტაციით, რომლის ერთ-ერთი პირობაა სარძევე ჯირკვლის სრული დაცლა. ამიტომ ყოველი კვების შემდეგ, თუ ტუტეში რძე რჩება, საჭიროა მისი გამოწველა და სარძევე ჯირკვლის სრული დაცლა.



სურათი 32. ძუძუთი კვება დამჯდარ მღვობარეობაში

ყოველი კვების წინ დედამ ხელები უნდა დაიბანოს თბილი საპნოანი წყლით და ძუძუს მცეპამდე გამოიწველოს რძის რამდენიმე წვეთი, რაც გამოარეცხავს რძის სადინარებს. კვების ხათაგების შემდეგ აუცილებელია დერდლების გასუფთავება სილის 2%-3%-იანი ხსნარით და მშრალი სტერილური დოღბანდის დაფარება.

ძუძუს წოვის ხანგრძლივობა საშუალოდ 15-20 წუთია, თუმცა ამ დროს ცვალებადობის ფარგლები ინდივიდუალურია. ინტენსიური ლაქტაციისა და ენერგიული წოვის შემთხვევებში კვების ხანგრძლივობა შეიძლება 10 წუთამდე შემცირდეს და, პირიქით, სუსტი ლაქტაციისა და ნაკლებ ენერგიული წოვის დროს გახანგრძლივდეს 30 წუთამდე.

კვების ხისშირის შესახებ შესჯერლებანი დროთა განმავლობაში იცვლებოდა. ბოლო პერიოდამდე მიღებული იყო შემდეგი სქემა: ჯანმრთელ ბავშვს პირველი თვის განმავლობაში უნდა კვებავდნენ დღე-ღამეში 6-7-ჯერ, 1 თვის ასაკიდან 4-5 თვემდე — 6-ჯერ, და 5 თვიდან 1 წლამდე — 5-ჯერ, კვებოთა შორის ინტერვალების შეძლებისდაგვარად დაცვითა და ღამის წით-იანი ინტერვალით. ამჟამად მიღებულია კვების 4-5-თავისუფალი რეჟიმი, როდესაც ბავშვი თვითონ განსაზღვრავს როგორც საკვების რაოდენობას, ისე ჯერადობას დასაშვებით ღამით კვებაც ბავშვის მოთხოვნის მიხედვით.

მკერდის საკვების მიწოდება ანუ დამატებითი კვება ბუნებრივი კვების მეორე პერიოდია. როგორცდაც საკმარისი არ უნდა იყოს ლაქტაცია, რძის თვისებები კი იდეალური, ბავშვის შემდგომი განვითარებისათვის აუცილებელია სხვა, შედარებით რთული შედგენილობის საკვები. მკერდის საკვებზე გადასვლას ხეულებრივ ვიწყებთ 5-ს თვის ასაკიდან. დამატებითი კვების დროს უნდა დავიცვათ შემდეგი წესები: პირველ ხანებში დამატებითი საკვები მიეცეთ ძუძუსთან ერთდროულად. ამასთან, ჯერ მიეცეთ დამატებითი საკვები, შემდეგ კი ქალის რძეს. დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ მიზანშეწონილია საკვებისა და ქალის რძის მცეპა განცალკევებით კვების სხვადასხვა საათებში. ყოველი დამატებითი საკვები ბავშვს უნდა მიეცეთ დიდი სიფრთხილით — პირველ დღეებში მცირე ულუევებად. საკვები უნდა მოფაშადოთ კვების წინ. დაუშვებელია საკვების შენახვა, განსაკუთრებით ზაფხულში. დამატებითი საკვები უნდა იყოს ჰომოგენური, სხივლის ტემპერატურის დონემდე (37°C) შემთბარი. საკვების ტემპერატურა უნდა შემოწმდეს ყოველი კვების წინ (სურათი 33). თხელი საკვები შეიძლება მიეცეთ სპეციალური გრადუირებული ბოთლით, რძის რეზინის საწოვარას უნდა პქონდეს ვიწრო სვრელი, ისე რომ საკვები წვეთებად გამოდიოდეს. ბავშვის ზრდასთან ერთად მას თანდათანობით გადავიყვანოთ უფრო სქელ საკვებზე, რომელიც მიეცება კოვჩით.

პირველი დამატებითი საკვები უმჯობესია იყოს ბოსტნეულის პიურე. დაახლოებით 6-ს 1/2 თვიდან ბავშვს მიეცება მეორე დამატებითი საკვები — 5%-იანი ფაფა. დაახლოებით 2 კვირის შემდეგ ბავშვს ვაძლევთ 10%-იან ფაფას განუზავებელ რძესზე ფაფები შეიძლება მოფაშადოთ შვრის, წიწიბურას, ბრინჯისა და სიმინდისაგან, ცხადია, შენაცვლებით. ფაფის მიცემა დღის განმავლობაში მიზანშეწონილია ერთხელ ან ორჯერ.



სურათი 32. ტუტუთი კვება დამჯდარ მდგომარეობაში

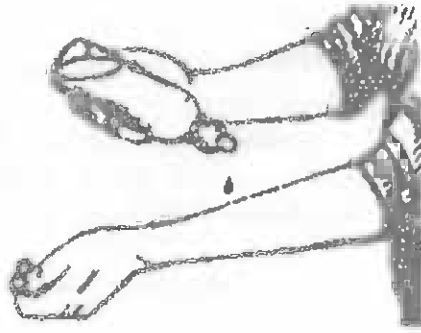
ყოველი კვების წინ დედამ ხელები უნდა დაიბასოს თბილი საპნის წყლით და ტუტეს მიცემაზე გამოიწველოს რძის რამდენიმე წვეთი, რაც გამოარეცხავს რძის სადინარებს. კვების ჩათაყვის შემდეგ აუცილებელია დერდლების გასუფთავება სილის 2%-3%-იანი ხსნარით და მშრალი სტერილური დოღბანდის დაფარება.

ტუტეს წოვის ხანგრძლივობა საშუალოდ 15-20 წუთია, თუმცა ამ დროის ცვალებადობის ფარგლები ინდივიდუალურია. ინტენსიური ლაქტაციისა და ენერგიული წოვის შემთხვევებში კვების ხანგრძლივობა შეიძლება 10 წუთამდე შემცირდეს და, პირიქით, სუსტი ლაქტაციისა და ნაკლებ ენერგიული წოვის დროს გახანგრძლივდეს 30 წუთამდე.

კვების სიხშირის შესახებ შესჯერლებანი დროთა განმავლობაში იცვლებოდა. ბოლო პერიოდამდე მიღებული იყო შემდეგი სქემა: ჯანმრთელ ბავშვს პირველი თვის განმავლობაში უნდა კვებადნენ დღე-ღამეში 6-7-ჯერ, 1 თვის ასაკიდან 4-5 თვემდე — 6-ჯერ, და 5 თვიდან 1 წლამდე — 5-ჯერ, კვებოთა შორის ინტერვალების შეძლებისდაგვარად დაცვითა და ღამის სისი-იანი ინტერვალით, ამჟამად მიღებულია კვების 8-10-ჯერ თანაბრად რეჟიმი, როდესაც ბავშვი თვითონ განსაზღვრავს როგორც საკვების რაოდენობას, ისე ჯერადობას. დასაშვებია ღამით კვებაც ბავშვის მოთხოვნის მიხედვით.

მკვრივი საკვების მიწოდება ანუ დამატებითი კვება ბუნებრივი კვების მეორე პერიოდია. როგორც კი საკმარისი არ უნდა იყოს ლაქტაცია, რძის თვისებები კი იდეალური, ბავშვის შემდგომი განვითარებისათვის აუცილებელია სხვა, შედარებით რთული შედგენილობის საკვები. მკვრივ საკვებზე გადასვლას ჩვეულებრივ ვიწყებთ 5-6 თვის ასაკიდან. დამატებითი კვების დროს უნდა დავიცვათ შემდეგი წესები: პირველ ხანებში დამატებითი საკვები მიეცეთ ტუტესთან ერთდროულად, ამასთან, ჯერ მიეცეთ დამატებითი საკვები, შემდეგ კი ქალის რძეს. დაახლოებით ერთი თვის შემდეგ მიზანშეწონილია საკვებისა და ქალის რძის მიცემა განცალკევებით კვების სხვადასხვა საათებში. ყოველი დამატებითი საკვები ბავშვს უნდა მიეცეთ დიდი სიფრთხილით — პირველ დღეებში მცირე ულუევებად. საკვები უნდა მოგაშალოთ კვების წინ, დაუშვებელია საკვების შენახვა, განსაკუთრებით ზაფხულში. დამატებითი საკვები უნდა იყოს ჰომოგენური, სხეულის ტემპერატურის დონემდე (37°C) შემთბარი. საკვების ტემპერატურა უნდა შემოწმდეს ყოველი კვების წინ (სურათი 33). თხელი საკვები შეიძლება მიეცეთ სპეციალური გრადუირებული ბოთლით, რომლის რეზინის საწოვარას უნდა პქონდეს ვაწრო ხვრელი, ისე რომ საკვები წვეთებად გამოდიოდეს. ბავშვის ზრდასთან ერთად მას თანდათანობით გადავიყვანოთ უფრო სქელ საკვებზე, რომელიც მიეცება კოვზით.

პირველი დამატებითი საკვები უმჯობესია იყოს ბოსტნეულის პურე, დაახლოებით 6-8 1/2 თვიდან ბავშვს მიეცება მეორე დამატებითი საკვები — 5%-იანი ფაფა. დაახლოებით 2 კვირის შემდეგ ბავშვს ვაძლევთ 10%-იან ფაფას განუზავებელ რძეზე. ფაფები შეიძლება მოგაშალოთ შერევის, წიწიბურას, ბრინჯისა და სიმინდისაგან, ცხადია, შენაცვლებით. ფაფის მიცემა დღის განმავლობაში მიზანშეწონილია ერთხელ ან ორჯერ.



სურათი 33. საკვების ტემპერატურის შემოწმება

7-7 1/2 თვიდან ბავშვს გაძლევენ სიორცის ბულიონზე დამზადებულ სუბს, მოხარშულ კვერცხის გულს, თეთრი პურისაგან დამზადებულ ორცხობილას.

9-10 თვიდან ეძლევა სიორცი, დასაწყისში ფარშის, სიღოლ შეძვედვ გუფთისა და ორთქლზე დამზადებული კატლეტის ხანით (მესამე დამატებითი საკვები). ამავე პერიოდიდან ბავშვმა უნდა მიიღოს მარცხი, ხაჭო, ახალი ამოყვანილი ძროხის ყველი, ნადული.

დამატებითი კვების ძირითადი პრინციპია ბავშვის ასაკის მატებასთან ერთად დედის რძის შემცირება ისეთი ვარაუდით, რომ ერთი წლის ბოლოსათვის ბავშვი ძუძუს მოვაცილოთ. ძუძუდან მოცილება არამიზანშეწონილია წაფხულის თევებში და ამ თუ იმ დაავადების, განსაკუთრებით, კუჭ-ნაწლავის აშლილობის დროს.

შერეული ეწოდება ისეთ კვებას, როდესაც ბავშვი დაბადებისთანავე ან პირველ თვეებში, ქალის რძის გარდა, სხვა საკვებსაც ღებულობს, რომელიც ბავშვის სადღეღამისო რაციონის 20%-ზე მეტს შეადგენს.

შერეული კვების ძირითადი ჩვენება დედის რძის არასაკმარისი რაოდენობაა (ჰიპოგალაქტია), რაზეც მიუთითებს ბავშვის წონის მატების შეწყობა ან დაკლება (ცხადია, თუ ბავშვს არა აქვს ესა თუ ის დაავადება), მოუხვენობა, ზერეულე ძილი, ყაბზობისადმი მიდრეკილება, სიოჯვრ პირიქით, ფაღარათი (შშიერი განავალი). ჰიპოგალაქტიის დადაგენისა და მისი ხარისხის შეფასებისათვის აუცილებელია ბავშვის რამდენჯერმე აწონა ძუძუს წოვის წინ და მის შემდეგ (საკონტროლო წონა), რაც, თავის მხრივ, დასაბამებული საკვების რაოდენობის განსაზღვრის საშუალებას მოგვცემს.

არსებობს საკვების სდღეღამისო რაოდენობის გაანგარიშების ორი ძირითადი წესი — მოცულობითი და კალორიული. მოცულობითი მეთოდით კვების გამოანგარიშების მრავალი სქემა არსებობს. ამჟამად ყველაზე ფართოდ გამოიყენება პიუბნერის მეთოდი — რძის სადღეღამისო მოთხოვნილება პირველ კვირაში შეადგენს ბავშვის წონის 1/5-ს, წლის პირველ მესამედში — 1/6-ს, მეორე მესამედში — 1/7-ს, მესამე მესამედში — 1/8-ს. სკარინის მხედვით, მ კვირის ბავშვმა უნდა მიიღოს დაახლოებით 800გ რძე, უმცროსი ასაკის ბავშვმა 800 გამოკლებული 50 გამოკლებული იმ რიცხვზე, რამდენი კვირითაც უმცროსია ბავშვი. თუ ბავშვი მ კვირაზე მეტი ხნისაა, მაშინ ფორმულა ღებულობს ასეთ სახეს: $800 + 50X$, სადაც X არის იმდენი თვე, რამდენადაც უფროსია ბავშვი 2 თვეზე.

სადღეღამისო, ყველაზე ზუსტადაა მიჩნეული კვების გამოანგარიშების კალორიული მეთოდი. თუ გიცით რამდენი კალორია ეკუთვნის ბავშვს კვ წონაზე და როდესაც დაავადებით ბავშვისათვის საჭირო საკვების რაოდენობას, ბავშვი აწონება ძუძუს წოვის შემდეგ და საწოვარას საშუალებით შევამატებთ დაკლებული საკვების რაოდენობას.

შერეული კვების დროს ქალის რძე და ნარევი ერთდროულად უნდა მიგცეთ, ამასთან, დასაწყისში საჭიროა ქალის რძე, შემდეგ კი ნარევი ისეთი რაოდენობით, რომ შეავსოს ქალის რძის დანაკლისი. ბავშვის ზრდასთან ერთად, შეიძლება ეს ორი საკვები გაეცალგევით.

ბუნებრივი და შერეული კვების დროს ბავშვისათვის საჭირო კალორიების სადღეღამისო რაოდენობა შემდეგია: წლის I მეოთხედში 120-125 კალ/კგ; II მეოთხედში—115 კალ/კგ; III მეოთხედში—105-110 კალ/კგ; IV მეოთხედში—90-100 კალ/კგ.

შერეული კვების დროს კვების სისწორე და მათ შორის ინტერვალთა ძირითადად ისეთივე რჩება, როგორც მიღებული იყო ბუნებრივი კვების დროს. მაინც სასურველია უცხო საკვების მიცემის შემდეგ მომდევნო კვებაზე ინტერვალთა რამდენიმე გაგზავნა გრძელვადიანად.

8.2. ხელოვნური კვება

ხელოვნურია ისეთი კვება, როდესაც იძულებული ვართ ბავშვს დაბადების პირველი დღეებიდან ან თვეებიდან ვამდიოთ არა ქალის, არამედ ძროხის რძეზე დამზადებული სსკადასნა ნარევი, ვინაიდან ქალის ან არა აქვს რძე. ან დედის ან ბავშვის მისწრაფი შეუძლებელია ბუნებრივი კვება.

ამჟამად, ძროხის რძეზე ამზადებენ მრავალფეროვან ნარევებს. არჩევენ ფიზიოლოგიურ და სამკურნალო ნარევებს. ფიზიოლოგიურ ნარევებს მიეკუთვნება კეფირისა და მაწონისაგან დამზადებული ნარევები, სსკადასნა შხა ნარევები ფუნქციების სახით, რომლებიც მრავალად შეშლის სსკა ქვეყნებიდან. ამ ნარევების შედგენილობა მაქსიმალურად მიახლოებულია ქალის რძის შემადგენლობასთან, ვიტამინიზებულია და ადვილი მოსამზადებელია (ადაპტირებული ნარევები).

ბავშვს სამკურნალო ნარევებს უნიშნავენ ხანმოკლე დროით, ჩვეულებრივ, ამა თუ იმ პათოლოგიური მდგომარეობის შემთხვევაში. სამკურნალო ნარევებში ესა თუ ის ინგრედიენტი მომატებულია ან დაკლებულია. სამკურნალო ნარევებს ეკუთვნის ცილოვანი რძე, ფქვილო-ციმბოვანი ნარევები, ნახშირწყლოვანი ნარევი, მჟავა ნარევები და სსკ.

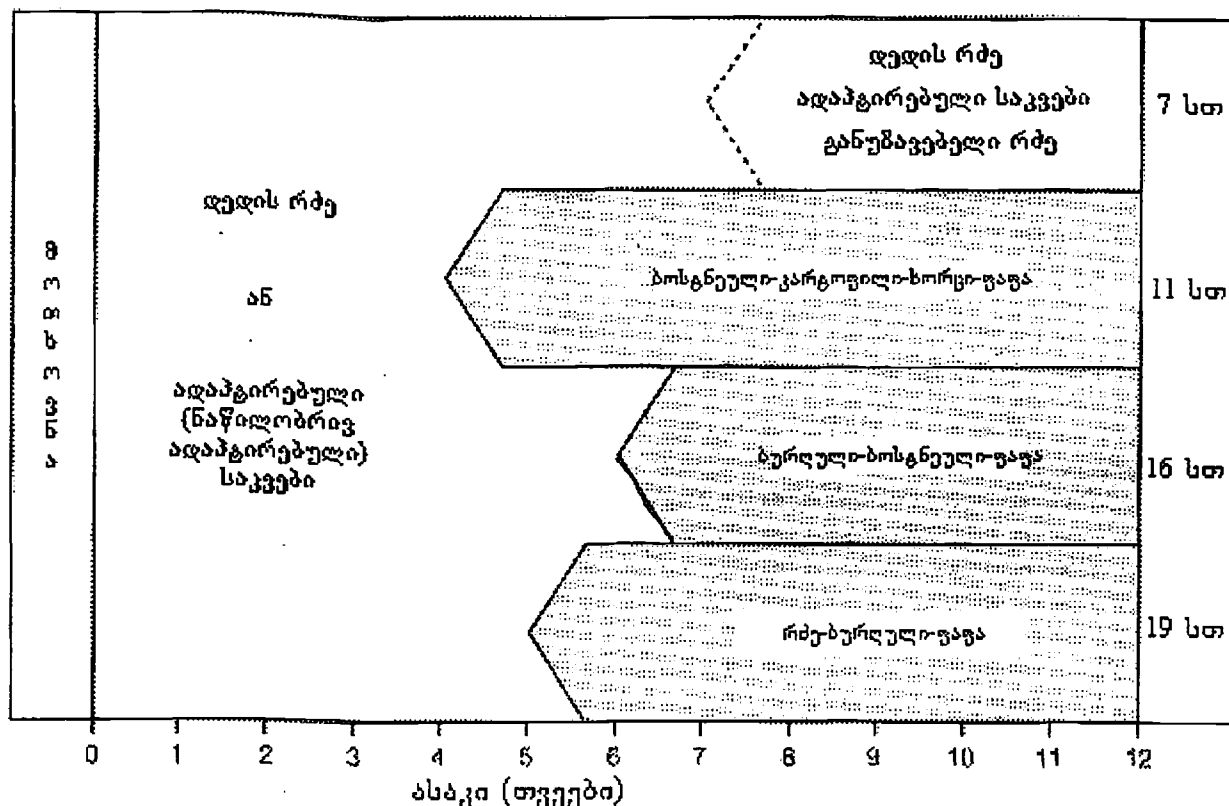
ხელოვნური კვების დროს ბავშვს ესაქიროება დახლოებით 10%-ით მეტი კალორია, ვიდრე ბუნებრივი კვების დროს: წლის პირველ მეოთხედში ბავშვმა კგ წონაზე უნდა მიიღოს 135-125 კალორია, მეორე მეოთხედში — 125-115, მესამე მეოთხედში — 115-110, მეოთხე მეოთხედში — 110-105 კალორია, თუმცა ადაპტირებული ნარევების გამოყენების შემთხვევაში ეს განსხვავება ბუნებრივ და ხელოვნურ კვებას შორის იხსნება.

ბავშვს საკვები უნდა მიეცეთ სპეციალური, გრადუირებული ბოთლით, რომელზეც დამატებულია წვრილნასვრეტებიანი რუხინის საწოვარა. მისანშეწონილია ბავშვს კვებადღეს დედა დაახლოებით ისეთ მდგომარეობაში, როგორც ბუნებრივი კვების დროს. ბოთლი უნდა გვექნოს ისე, რომ ბოთლის ყელი სავსე იყოს ნარევით, რათა ბავშვის კუჭში საკვებთან ერთად ჰაერი არ მოხვდეს (სურათი 34). ნარევი უნდა იყოს სტერილური. 37°C-მდე შეშობარი. უნდა მომზადდეს უშუალოდ კვების წინ. გამოწვლისა შაქრის 100%-იანი ხიროვი, რომელიც უნდა ინახებოდეს მაცივარში დასურული ბოთლით.

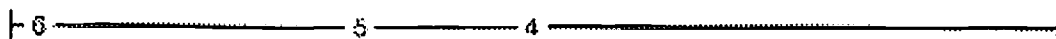


სურათი 34. ბოთლის სწორი მდებარეობა ხელოვნური კვების დროს

ჩვილი ბაგშვის კვების გამარტივებული სქემა



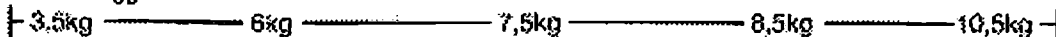
საკვების მიღების ჯერაღობა



საკვების მოცულობა



სხეულის მასის მატება



გერმანული პედიატრების მიერ მოწოდებულ წლამდე ასაკის ბაგშვის კვების გამარტივებულ სქემაზე მითითებულია კვების ჯერაღობა, საკვების მოცულობა და ხასიათი, სხეულის მასის მატების დინამიკა.

8.2.1. სარძეო სამზარეულო

სარძეო სამზარეულო ეს არის კვებითი დაწესებულება, სადაც ხდება საბავშვო საკვების მომზადება, შენახვა და გაცემა ჰიგიენური პირობების მკაცრი დაცვით. სარძეო სამზარეულოებთან არსებობს დამრიგებელი პუნქტები ქალაქისა და რაიონის სხვადასხვა უბნებში, ბავშვთა პოლიკლინიკებთან.

სარძეო სამზარეულო შეიძლება არსებობდეს საცხოვრებელი სახლის პირველ სართულზე ან მისთვის გამოიყოს ცალკე შენობა. მას უნდა ჰქონდეს 2 შესასვლელი: ერთი პროდუქტის მისაღებად და მეორე — მზა პროდუქტის გასაცემად.

სარძეთ სამზარეულოს უნდა ჰქონდეს ოთახი რძის მისაღებად და მისი ვარგისიანობის შესამოწმებლად, რძისა და რძის პროდუქტების დასამუშავებლად, მზა პროდუქტის გასაცემებლად; სამრეცხაო ოთახი ჭურჭლის გასარეცხად და სტერილიზაციისათვის; საკუჭნაო — პროდუქტის შესანახად; ტანსაცმლის გასახდელი, სააბაზანო, ტუალეტი.

სარძეთ სამზარეულოს მთელი შენობა უნდა ექვემდებარებოდეს სანიტარულ პირობებს და იყოს ყოველთვის სუფთად. სამუშაო დღის განმავლობაში ყოველ 2-3 საათში ერთხელ იატაკი უნდა გაიწმინდოს ქლორამინში დასველებული ჩვრით. კედლები უნდა იყოს სუფთად გალესილი და შეთეთრებული; სააბაზანო, ტუალეტი და ჭურჭლის გასარეცხი ოთახი — კაფელის პლიტებით ამოშენებული.

სარძეთ სამზარეულოში მუშაობენ — ექიმები, ექთნები, რომელთაც გავლილი აქვთ სანიტარული შემოწმება ქრონიკული ინფექციური დაავადებისაგან ბაქტერიამტარებლობის გამორიცხვის მიზნით.

სარძეთ სამზარეულოში საკვები გაიცემა მხოლოდ ექიმის რეცეპტის საფუძველზე, სპეციალური ბოთლებით, რომელზეც უნდა იყოს ეტიკეტი, ნარევის სახეობის, რაოდენობის დაშადების თარიღის აღნიშვნით.

ძირითადი პროდუქტი სარძეთ სამზარეულოში არის ძროხის რძე, რძის მიღება ხდება ფერმებიდან სპეციალური ბიდონებით ან მზადდება იქვე მშრალი რძისაგან (რძის ფხვნილი). გასხნის წინ რძის ბიდონები უნდა გაიწმინდოს ქლორამინის 2%-იანი ხსნარით. შემდეგ განისაზღვრება რძის მჟავიანობა ტერნერის მიხედვით (მიიღება მხოლოდ ის რძე, რომლის მჟავიანობა არ აღემატება 20°T). რძის ცხიმოვანობა უნდა იყოს 3-4%. რძე გაიფილტრება ორმაგ მარლაში და ჩაისხმება რძის ბოთლებში. შემდეგ ხდება ამ რძის პასტერიზაცია ორთქლით ან ადულებული წყლის აბაზანაში. ის ბოთლები, რომლებიც ამ ჯერზე არ გამოიყენება, ინახება მაცივარში $2-4^{\circ}\text{C}$ -ზე. მშრალი რძე ინახება მშრალ, გრილ და ბნელ ადგილას. სმარების წინ მზადდება იმდენი რძე, რამდენიც საჭიროა.

ძროხის რძისაგან სამზარეულოში მზადდება მაწონი, სხვადასხვა სამკურნალო ნარევები: ფაფები, ხაჭო, ნადული.

სარძეთ სამზარეულო მარაგდება ასევე ბავშვებისათვის განკუთვნილი პროდუქტებით, ხილფაფებით. შეიძლება დამზადდეს ახალი ბოსტნეულის პიურე, ხორცის სუში, თუ სამზარეულოს აქვს სპეციალური სათავსო ხორცისა და ბოსტნეულის შესანახად.

ჭურჭლის გარეცხვა ხდება სპეციალურ ოთახში, სადაც არის 3 აბაზანა ცივი და ცხელი წყლით. პირველ აბაზანაში ირეცხება ჭურჭელი ჯაგრისით საკვების ნარჩენებისა და რძის მოშორების მიზნით, მეორე აბაზანაში ჭურჭელს ავლებენ სოდიან და მდოგვიან წყალში, ხოლო მესამე აბაზანაში ჭურჭელს ავლებენ ცხელ გამდინარე წყალში. შემდეგ ბოთლებს სპეციალური ჩასადგმელების საშუალებით ათავსებენ ავტოკლაავში და ასტერილებენ ორთქლის წნევის ქვეშ.

8.2.2. ნარევები და მათი სახეები

არსებობს ე. წ. ფიზიოლოგიური და სამკურნალო ნარევები. ფიზიოლოგიურ ნარევს, როგორც სახელწოდება გვიჩვენებს, აძლევენ ჯანმრთელ ბავშვს შედარებით ხანგრძლივი დროის განმავლობაში. ფიზიოლოგიურ ნარევებში განარჩევენ ადაპტირებულ და არაადაპტირებულ ნარევებს. არაადაპტირებულ ნარევებს მიეკუთვნება მაწონი, კეფირი და მათი ნარევები. ამ ნარევების შედგენილობა უახლოვდება ცილის, ცხიმისა და შაქრების ისეთ შეფარდებას ($1 : 1,5 : 4$), რომელიც მეტ-ნაკლებად უზრუნველყოფს მათ ოპტიმალურ შეწოვას.

ადაპტირებული ნარევები, რომელთაც მიეკუთვნება მზა საბავშვო საკვები ფხვნილები, თავის შემადგენლობით მაქსიმალურად უახლოვდება ქალის რძის შემადგენლობას. ფხვნილებში ინგრედიენტების თანაფარდობა უზრუნველყოფს მათ მაქსიმალურ შეწოვასა და მეტაბოლიზმის მიმდინარეობას.

ბავშვს სამკურნალო ნარევს უნიშნავენ ხანმოკლე დროის განმავლობაში, ჩვეულებრივ, ამა თუ იმ პათოლოგიური მდგომარეობის შემთხვევაში, ხშირად კუჭ-ნაწლავის მწვავე და ქრონიკული აშლილობების, დისტროფიების დროს. სამკურნალო ნარევში ესა თუ ის

ინგრედიენტი დაკლებულია ან მომატებული. სამკურნალო ნარევეს მიეკუთვნება ცილოვანი რძე, აციდოფილური რძე, ნახშირწყლოვანი ნარევეები, ფქვილ-ცხიმოვანი ნარევი და სხვ.

8.2.2.1. ზოგიერთი ნარევის მომზადების წესი

შაქრის სიროფი: 1 ლ წყალში უნდა გავსხნათ 1კგ შაქარი და წამოვადულოთ, გავფილტროთ სტერილურ დოღბანდში, სიროფი შევავსოთ გადადუღებული წყლით 1ლ-მდე და ერთხელ კიდევ წამოვადულოთ. ამრიგად დამზადებული 1 მლ სიროფი შეიცავს 1 გ შაქარს.

ბურღულის ნახარში: უმეტესად მზადდება ბრინჯისა ან წიწიბურასაგან. გარჩეულ და გარეცხილ ერთ კოვზ ბრინჯს უნდა დავამატოთ 2 ჩაის ჭიქა წყალი და მცირეოდენი მარილი, ვადულოთ ნახევარ მოცულობამდე, გავწუროთ სტერილურ დოღბანდში. მივიღებთ 1 ჩაის ჭიქა ლორწოსებურ სითხეს. თუ სითხე 1 ჭიქაზე ნაკლებია, უნდა შევავსოთ გადადუღებული წყლით.

მაწონი და მისი ნარევეები: ადუღებულ $40^{\circ}-50^{\circ}\text{C}$ -მდე გაცივებულ რძეში ჩავასხამთ კვეთს, რომელსაც წინასწარ გავსხნით 20°C -მდე გამთბარ მცირეოდენ რძეში, ავურევთ, ჭურჭელს დავაფარებთ დოღბანდს, თბილად შევფუთავთ და თბილ ადგილას მოვათავსებთ მსთ-ის განმავლობაში, შემდეგ კი გრილ ადგილას ($12^{\circ}-15^{\circ}\text{C}$) 6-მ სთ-ის განმავლობაში. მომზადებული მაწონი გრილ ადგილას უნდა შევინახოთ. თბილად შენახული მაწონი სწრაფად მჟავდება, ხოლო ძველ მაწონში შეიძლება თავი იჩინოს ტორულას ტიპის სოკოებმა, რომლებიც დუღილსა და სპირტის წარმოქმნას იწვევს.

1/2-3 თვის ბავშვს გაძლევენ მაწონის ნარევეს (ბ- და გ-მაწონი). ბ-მაწონი შედგება 1 წილი მაწონის, 1 წილი ბრინჯის ან სხვა ნახარშისა და 5%-იანი შაქრისაგან. გ-მაწონი შეიცავს 2 წილ მაწონს, 1 წილ ნახარშსა და 5%-იან შაქარს.

ბურღულის ფაფის დამზადება: ჩვეულებრივ ამზადებენ 5%-იან და 10%-იან ფაფას განზავებულს (1:1) ან სუფთა რძეზე.

1 ჩაის ჭიქა (200 მლ) ადუღებულ წყალს უნდა დავამატოთ 2 ჩაის კოვზი თაენაფქვი ბურღული, განუწყვეტლივ ვურიოთ და ვადულოთ 20-30 წთ-ის განმავლობაში, ვიდრე წყალი ნახევარამდე დაშრება, შემდეგ დავუმატოთ 1/2 ჩაის ჭიქა ადუღებული რძე ან ბოსტნეულის ნახარში, დანის წვერით მარილი, 5%-იანი შაქარი და ერთხელ კიდევ წამოვადულოთ.

10%-იანი სიმინდის ფაფა რძეზე: მის დასამზადებლად საჭიროა: 20,0 სიმინდის ფქვილი, 8,0 შაქარი, 0,5 მარილი, 100,0 წყალი, 6 გ კარაქი და 150,0 რძე. სიმინდის ფქვილს კარგად მოვსარშავთ წყალში. შემდეგ დავუმატებთ რძესა და კარაქს, მარილს, შაქარს და ერთხელ კიდევ წამოვადულებთ.

ხაჭო: ანადუღარ თბილ რძეში ჩავასხამთ მაწონის კვეთს და დავდგამთ ოთახის ტემპერატურაზე რამდენიმე საათი. როდესაც რძე შედგება, ქვაბს დავდგამთ ქურაზე და შევაცხელებთ $70^{\circ}-80^{\circ}\text{C}$ -მდე, თან კოვზით ვურევთ რძეს. რძე შენაჭოვდება. ამის შემდეგ ხაჭო გაიწურება საწურით, გაისრისება და შეიძლება მიეცეს ბავშვს.

ბოსტნეულის პიურე: კარგად გადარჩეული, გასუფთავებული, გარეცხილი და დაჭრილი 50 გ კომბოსტო, კარტოფილი, ჭარხალი ჩაყარეთ ქვაბში და დაასხით იმდენი წყალი, რომ დაიფაროს, დაამატეთ მარილი დანის წვერით და ადუღეთ, ვიდრე ბოსტნეული არ ჩაიშლება. შემდეგ გახეხეთ და მიღებულ მასას დაუმატეთ 10-15 გ კარაქი, რძე და წამოადუღეთ.

კითხვები:

1. კვების რა მეთოდებს გარჩევთ?
2. რას ეწოდებოდა ბუნებრივ, შერეულ და ხელოვნურ კვებას?
3. როგორ უნდა იკვებებოდეს ბავშვი ძუძუთი, როდის ვიწყებთ ძუძუთი კვებას, რა არის დამატებითი კვება?
4. როგორ უნდა გამოვიანგარიშოთ საჭირო საკვების რაოდენობა შერეული და ხელოვნური კვების დროს?
5. როგორი მეთოდით უძლევა საკვები ბავშვს შერეული კვების დროს?
6. რა და რა ნარეგები გამოიყენება შერეული და ხელოვნური კვების დროს? როგორია მათი მომზადების წესი?
7. ხელოვნური კვების წესი.
8. როგორ მუშაობს სარძეთ საშხარეულო?

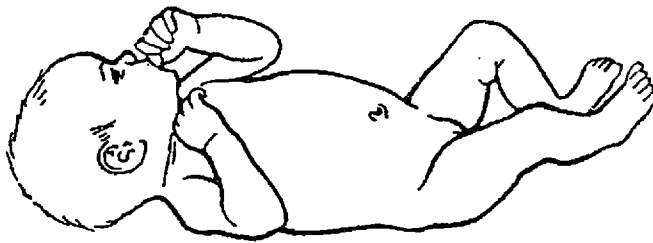
ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. ჩვილი ბავშვი ღებულობს განუზავებელ სუფთა ძროხის რძეს, რომელიც საჭიროზე მეტ რაოდენობას შეიცავს:
 - ა. ცილას
 - ბ. რკინას
 - გ. კალციუმს
 - დ. ვიტამინს
 - ე. წყალს
2. 1 თვის ბავშვი იწონის 4200 გ. დედას რძე არა აქვს საკმარისი რაოდენობით (დღე-ღამეში 200 მლ). დაუნიშნეთ დიეტა.
3. ბავშვი 5 თვისაა. დედას რძე აქვს საკმარისი რაოდენობით, დაუნიშნეთ პირველი დამატებითი საკვები. აღწერეთ ბილბების სქემა და ტექნიკა დღეების მიხედვით.
4. ბავშვი 4 თვისაა, ნორმოტროფული. დედას რძე აქვს საკმარისი რაოდენობით, დაუნიშნეთ დიეტა.
5. ბავშვი 3 თვისაა. დედას რძე არა აქვს. დაუნიშნეთ დიეტა.
6. ბავშვი 5 თვისაა. თითო ჯერზე იღებს მთლიან (განუზავებელ) ძროხის რძეს 100 მლ-ს 5 ჯერადად. სწორად იკვებება თუ არა ბავშვი?
7. ბავშვი არის 6 თვის. დედას რძე არა აქვს. შეადგინეთ დიეტა.
8. ბავშვი არის 10 თვის. იწონის 9000 გ, იღებს დედის ძუძუს 3-ჯერ და დამატებით საკვებს — ბოსტნეულის პიურეს 2-ჯერ. სწორად არის თუ არა შედგენილი ბავშვის დიეტა?

დროული ახალშობილის მოვლა

ორსულობა 280 დღე გრძელდება. ორსულობის შემდეგ დაბადებულ ნაყოფს ახალშობილი (neonatus) ეწოდება. ახალშობილი შეიძლება იყოს დროული, ვადაზე ადრე გაჩენილი ანუ დღენაკლული ან ვადაგადაცილებული.

დროულია ახალშობილი (სურათი 35), რომელიც ორსულობის 280-დან 294 დღეებს შორის დაიბადა, ე. ი. მისი გესტაციური ასაკია 37-42 კვირა. გესტაციური ასაკი დედის უკანასკნელი მენსტრუაციის პირველი დღიდან ბავშვის დაბადების მომენტამდე გავლილ კვირათა რაოდენობაა. გესტაციის 28 კვირიდან (196 დღიდან) დაბადების შემდეგ 7 დღის განმავლობაში პერიოდს პერინატალური ეწოდება.



სურათი 35. დროული ახალშობილი

ახალშობილობის პერიოდი ჭიბლარის გადაკვანძიდან იწყება. ნეონატალური პერიოდის ხანდაზმულობა ახალშობილის გარემოსთან შეგუების ანუ ადაპტაციის პროცესების სისწრაფეზეა დამოკიდებული და საშუალოდ 28 დღე გრძელდება. სიცოცხლის პირველი 7 დღე ადრეული ნეონატალური პერიოდია, 7-დან 28 დღემდე ვადას — გვიან ნეონატალურს უწოდებენ.

დროული და ჯანმრთელი ახალშობილი ადრეულ ნეონატალურ პერიოდს სამშობიარო სახლში ატარებს. ამ პერიოდში ბავშვის მოვლა მეტად რთულია და საპასუხისმგებლო, მისი სწორი წარმართვა მომავალში ბავშვის ჯანმრთელობის საწინდარია.

9.1. ახალშობილის დახასიათება

დროული ახალშობილი შემდეგი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით გამოირჩევა:

დროული ახალშობილის მასაა 2 500-4 000 გ, სიგრძე — 46-52 სმ, თავის გარშემოწერილობა — 34-36 სმ, გულმკერდის კი — 32-34 სმ-ია. ახალშობილის სხეულის ნაწილთა პროპორცია დაცულია, თუმცა მისი თავი შედარებით დიდია, კიდურები კი მოკლე. სხეულის შუა წერტილი მახვილისებურ მორჩსა და სიმფიზის შორისაა (ჭიბის დონეზე). კანი ვარდისფერია, ოდნავ ციანოზური (მოლურჯო), დაფარულია ხაჭოსებრი საცხით (vernix caseosa). საცხი ხელს უწყობს ნაყოფის საშვილოსნოდან გამოსრიალებას, სითბოს შენარჩუნებას, იცავს კანს დაზიანებისაგან. ახალშობილს კანზე უპირატესად მხრების არეში აქვს ღინღლი (lanugo), თავზე კარგადაა გამოხატული თმინობა. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილიც კარგადაა განვითარებული, ფრჩხილები ფარავს თითის ბოლოებს, ყურის ნიჟარები მკვერივია და დრეკადი; ვაჟებში სათესლე ჯირკვლები ჩამოსულია სათესლე პარკში, გოგონებში დიდი სასირცხო ბაგეები ფარავს მცირეს.

ჯანმრთელი ახალშობილის გამომეტყველება მშვიდია, მისი ტირილი ძლიერი და ემოციურია, ტირილის ხანგრძლივობა შეესაბამება გამღიზიანებლის (შიმშილი, ტკივილი, შეხება, სველი საფენები) ხასიათს, რომლის მოხსნის შემდეგ ბავშვი წყნარდება.

დროული ახალშობილის მოძრაობა უწყსრივო, არაკოორდინირებულია, ათეტიზისებურია (ქოტური, ჭიისმაგვარი), გამოხატულია მომხრელი კუნთების ტონუსის ფიზიოლოგიური გაძლიერება, რაც ბავშვს ემბრიონის პოზას უნარჩუნებს: თავი ოდნავ მკერდისკენაა დახრილი, კიდურები მოხრილია ყველა სახსარში, ხელის მტევნები მუშტად აქვს შეკრული. გვერდზე წოლისას ბავშვს თავი ოდნავ უკან აქვს გადაწეული, სიფხიზლის დროს ბავშვის სხეულის ყველა ნაწილი განუწყვეტელ მოძრაობაშია, რაც ნერვული სისტემის ფუნქციური უმწიფრობის შედეგია.

ახალშობილის სუნთქვის სიხშირე 40-60-ია, გულის ცემის — 140-160 წუთში. მას კარგად აქვს გამოხატული წოვის, ყლაპვის, ცეპინების, მოქნარების, ხამხამის, ცოცვის, ნაბიჯისა და სხვა რეფლექსები.

1948 წელს ამერიკელმა მეანმა ვირჯინია აბგარმა წარმოადგინა სკალა, რომელიც გამოიყენება ახალშობილის მდგომარეობის საორიენტაციო შეფასებისათვის (იხ. ცხრილი 2).

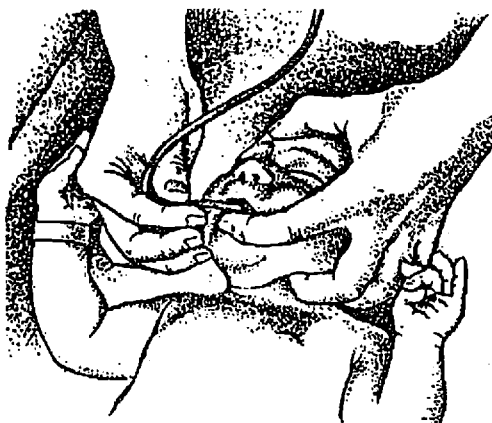
ცხრილი 2

ახალშობილის შეფასება აბგარის სკალით

	ქ უ ლ ე ბ ი		
	0	1	2
გულისცემის სიხშირე	ტონები არ ისმის	100-ზე ნაკლებია წუთში	100-ზე მეტია წუთში
სუნთქვა	არ არის	შენელებული, არარეგულარული	რეგულარულია, ყვირის სმამალა
კუნთთა ტონუსი	სუსტი	კიდურები სუსტად მოხრილია	აქტიური მოძრაობა
რეაქცია ცხვირში კათეტერის შეყვანაზე	არ ვლინდება	სახის გრიმასი	ხველა, ცეპინება
კანის ფერი	სიფერმკრთალე, ციანოზი	სხეული ვარდისფერი, კიდურები ღურჯი	ვარდისფერი

სკალის თანახმად, დროული ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება ხუთი კლინიკური ნიშნის გათვალისწინებით წარმოებს: გულისცემის სიხშირე, სუნთქვის სიღრმე, კუნთთა ტონუსის მდგომარეობა, ახალშობილის რეაქცია ცხვირში კათეტერის შეყვანაზე, კანის საფარფლის შეფერილობა. ყოველი მაჩვენებელი 0-დან 2 ქულამდე ფასდება: ჯანმრთელია ახალშობილი, თუ სკალის მიხედვით მისი მდგომარეობა 8-10 ქულით შეფასდა; 5-7 ქულით მდგომარეობის შეფასების შემთხვევაში ახალშობილს უნდა ჩაუტარდეს სუნთქვის სტიმულაცია და მიეწოდოს ჟანგბადი; 5 ქულაზე დაბალი შეფასებისას ტარდება სელოფენური სუნთქვა, გულის მასაჟი და სხვა გადაუდებელი ღონისძიებები. სკალის მიხედვით დროული ახალშობილი ორჯერ დაბადებიდან 1 და 5 წუთის შემდეგ უნდა შეფასდეს. მეხუთე წუთზე ქულების ჯამი ჩატარებული გადაუდებელი ღონისძიებების ეფექტურობისა და ახალშობილის მდგომარეობის ძირითადი მაჩვენებელია.

როგორც დროული, ასევე დღენაკლი ახალშობილის გესტაციური ასაკის განსაზღვრა შესაძლებელია სწრაფი (იხ. ცხრილი 13, გვ. 296) და ე. წ. ბალარდის სქემების მეშვეობით. ბალარდის სქემის საშუალებით გამოცდილი ნეონატოლოგი ახალშობილის ფიზიკურ (კანი, ღინღლი, ფეხისგულის ზედაპირი, სარძევე ჯირკვლები, თვალი და ყური, გარეთა სასქესო ორგანოები) და სპეციალურ ნევროლოგიურ მაჩვენებლებს ამოწმებს.



სურათი 36. კათეტერით სასუნთქი გზებიდან შიგთავსის ასპირაცია

9.2.2. გონოკოკური ოფთალმიის პროფილაქტიკა

სამშობიარო გზების გავლისას ახალშობილის თვალის ლორწოვანი შეიძლება დაბინძურდეს მიკრობებით, მათ შორის გონოკოკით და განვითარდეს გონოკოკური ოფთალმია. დაავადება ვლინდება დაბადებიდან მე-2-3 დღეს: ახალშობილს უშუპდება ქუთუთოები, უწითლდება (ჰიპერემია) თვალის ლორწოვანი გარსი (კონიუქტივა), აღენიშნება უხვი ჩირქოვანი გამონადენი. გონობლენორეის თავიდან აცილების მიზნით ახალშობილს დაბადებისთანავე და მშობიარობიდან 2 სთ-ის შემდეგ, ჭიბლარის გადაკვანძვამდე, ორივე თვალის კონიუქტივის პარკში სტერილური პიპეტით აწვეთებენ 30%-იან ნატრიუმის სულფაცილს (ალბუციდს). ალბუციდი მზადდება გამოყენების წინ (ex tempore) და ინახება მხოლოდ 48 სთ. კრეფის მიერ მოწოდებული იყო გონობლენორეის პროფილაქტიკა 2%-იანი ვერცხლის ნიტრატის ხსნარით, რაც დღეისათვის არ გამოიყენება: ეს პრეპარატი ქუთუთოების გაღიზიანებას იწვევს. შეიძლება ერითრომიცინის 0,5%-იანი (ერთჯერადი ხმარებისათვის) ხსნარის ან 1%-იანი ტეტრაციკლინის სტერილური მაღაშოს გამოყენებაც.

ახალშობილ გოგონებს სასქესო ნაპრალში 2%-იან ვერცხლის ნიტრატის ხსნარს აწვეთებენ.

9.2.3. ჭიბლარის გადაკვანძვა და დამუშავება

ბავშვის დედისგან სრული მოცილება მხოლოდ ჭიბლარის სრული გადაკვანძვისა და გადაჭრის შემდეგ ხდება.

მეანი (ან ბეზია ქალი) ხელებს თბილი წყლით, საპნით და ჯაგრისით იბანს, იმშრალავს სტერილური ხელსახოცით. თითის ბოლოებს იმუშავებს 96%-იანი სპირტით და 5%-იანი იოდის ხსნარით. სასურველია გამოიყენოს სტერილური ხელთათმანები.

ჭიბლარის გადაკვანძვა ორეტაპიანია. ბავშვის დაბადებიდან 15-2 წუთის შემდეგ, როცა ჭიბლარის პულსაცია შეწყდება, ჭიბის რგოლიდან 8 და 10 სმ-ის დაცილებით ადებენ კონკრეტულ ორ მომჭერს. მომჭერებს შორის ჭიბლარი 95%-იანი ეთილის სპირტით და იოდის 5%-იანი ხსნარით დამუშავდება და გადაიჭრება სტერილური მაკრატლით (სურათი 37). ამის შემდეგ სტერილურ საფენში გახვეული ახალშობილი გადააყავთ სწიფური გამათბობლით აღჭურვილ შესახვევ მაგიდაზე.

საფენზე ახალშობილს აწვენენ ისე, რომ მისი თავი მჭიდროდ ეხება ხელსაწყოს უძრავ ნაწილს, ფეხის გულები კი (ფეხები მუხლებზე მსუბუქი ზეწოლით უნდა გასწორდეს) მოძრავ ნაწილს ებჯინება.

თავისა და გულმკერდის გარშემოწერილობა განისაზღვრება ქაღალდის დანაყოფებიანი (ერთჯერადი) ზონარით. გამოიყენება მუშაშბის ზონარიც. იგი წინასწარ უნდა გაირეცხოს თბილი წყლითა და საპნით, გამშრალდეს და გაიშინდოს ქლორაშინის 0,5%-იანი ხსნარით. თავის გარშემოწერილობის განსაზღვრისათვის საზომი ზონარი უნდა გატარდეს წარბზედა რკალების და კეფის ბორცვებზე გამავალ ხაზებზე; გულმკერდის გარშემოწერილობის განსაზღვრის დროს კი ზონარი უნდა გატარდეს ტუბუს დგრილებზე, იღლიის ფოსოებსა და ბეჭის კუთხეებზე.

9.2.6. დოკუმენტაცია.

მშობიარობის დამთავრებისთანავე დედას აცნობებენ ახალშობილის სქესს. პირველადი ტუალეტის ჩატარებისა და ანთროპომეტრული მონაცემების დადგენის შემდეგ მუშაშბის ორ სამაჯურსა და მედალიონს აწერენ საპასპორტო მონაცემებს: დედის გვარი, სახელი, მამის სახელი, ბავშვის დაბადების თარიღი, საათი, სქესი, წონა, ზომა, დედის სამშობიარო ისტორიის ნომერი. მარლის ზონრების საშუალებით ერთ სამაჯურს უკეთებენ დედას, მეორეს მარჯვენა მაჯაზე — ახალშობილს, მედალიონს კი ტანსაცმლის ზემოდან ჩამოჰკიდებენ ან ამაგრებენ. აუცილებელია ახალშობილის ისტორია შეივსოს, შეფასდეს ახალშობილის მდგომარეობა, რის შემდეგაც იგი გადაჰყავთ ახალშობილთა განყოფილებაში.

9.3. ახალშობილის პალატა.

ახალშობილი სამშობიარო ბლოკიდან პალატაში ერთი საათის შემდეგ გადაჰყავთ. პალატაში მედდა ამოწმებს და აკეთებს სათანადო აღნიშვნებს ახალშობილის განვითარების ისტორიაში, შეაქვს საჭირო მონაცემები განყოფილების მისაღებ წიგნში (N 102 უ ფორმა). ბავშვს ათავსებს საწოლში, რომელზეც მაგრდება ახალშობილის ნომერი.

ახალშობილის პალატა ნათელი და მზიანია. დაყოფილია ბოქსებად. პალატის სიმაღლეა 3 მ. ყოველი ახალშობილისათვის განკუთვნილია არანაკლებ 2,5 მ². პალატაში მედდის საგუშაგო ისეა მოთავსებული, რომ მისი მეთვალყურეობის ქვეშ მოხვდეს ყველა ახალშობილი. მედდის საგუშაგო შესდგება საწერი მაგიდისაგან (სადაც ახალშობილის განვითარების ისტორია და სხვა დოკუმენტები ინახება), სამედიცინო კარადისა და მოძრავი სამანიპულაციო მაგიდისაგან.

ყოველ ბოქსში ახალშობილისათვის სპეციალური საწოლი დგას, რომლის სიმაღლეა 90-100 სმ, სიგრძე — 70 სმ, სიგანე — 50-60 სმ. საწოლს აქვს ჩამოსასხნელი გვერდები. ლეები გატენილია ზღვის ბალახით ან ბამბით, ბალიშის ნაცვლად გამოიყენება თხელ ფენად გაკეცილი საფენი. აქვეა შესასხვევი მაგიდა, სამედიცინო სასწორი, ნახმარი თეთრულისათვის დროებით შესანახი ყუთი, ახალშობილის კვებისა და მოვლისათვის საჭირო საგნები: ბიჭები სტერილური ბამბით, მარლის ტამპონები, ჩხირები, პინცეტები, ზონდები, შპრიცები, ბალონები ოქნისათვის, საზომი ზონარი, სილის საათი, მარკირებული ქაბი საწოფრების, ბოლოებისა და კოვზებისათვის და ა. შ.

ბავშვის გადასახვევი მაგიდა უმჯობესია მრგვალი და მოძრავი იყოს. მაგიდაზე დაფენილია ლეები, რომელაც ჩასმულია მუშაშბის სარჩულში, მუშაშბა კარგად იწმინდება და ირეცხება. ყოველი ბავშვის შესხვევის შემდეგ ლეები იწმინდება 0,5%-იანი ქლორაშინის ხსნარით, დღეში ორჯერ კი უნდა გაირეცხოს წყლითა და საპნით, რის შემდეგაც (1-2 სთ-ის განმავლობაში) სადეზინფექციო ხსნარში დასველებულ საფენს აფენენ.

ახალშობილის პალატის ტემპერატურა 22-24⁰-ია, ტენიანობა — 56-60%. პალატა ნიაფდება დილა-საღამოს, სველი წესით დასუფთავება დღეში 3-4-ჯერ ტარდება, ბაქტერიოციდული ნათურით დასნივება კი — ორჯერ. დასნივების მომენტში ახალშობილი პალატიდან გაყვანილია. ახალშობილის გაწერის შემდეგ პალატაში გენერალური დასუფთავება ტარდება.

*9.4. დროული ახალშობილის ყოველდღიური მოვლა **

ახალშობილის მოვლის აუცილებელი ელემენტია ბავშვის ყოველდღიური ტუალეტი. იგი მკეტად საბასუნისმგებლო და რთულია, მოითხოვს ექიმისა და მედიკოსგან მაქსიმალურ ყურადღებასა და სისწრაფეს. ახალშობილის ყოველდღიური ტუალეტი მოიცავს შემდეგ მომენტებს:

- კანისა და ლორწოვანის მოვლა (სახის, თვალების, ცხვირის, პირის ღრუს, ყურების ტუალეტი, ჩაბანა);
- ქიბლარის დაჟუშავება;
- ჰიგიენური აბაზანა;
- ტემპერატურის გაზომვა;
- შესვენვა.

*9.4.1. კანისა და ლორწოვანი გარსების ტუალეტი **

დილის ტუალეტის წინ ექთანს საშინთა და ჯაგრისით იბანს ხელებს და იმუშავებს 0,5%-იანი ქლორამინის ხსნარით ან სპირტით. უიშველ ახალშობილს აწვენს გადასახვევ მაგიდაზე დაფენილ ლეიბზე, რომელსაც სტერილური საფენი აფარია. დილის ტუალეტი ცალკეული ელემენტისაგან შედგება.

დილის ტუალეტის პირველი ეტაპია გამდინარე თბილი წყლით სახის დაბანა. ამისათვის შეიძლება კალიუმის პერმანგანატის ბაცი ვარდისფერი წყლის გამოყენებაც.

*თვალის ტუალეტი **

ყოველი თვალისათვის იღებენ ცალკე სტერილური ბამბის ბურთულას, ასველებენ კალიუმის პერმანგანატის ხსნარში (1 : 8 000) და ოდნავ გაწურული ბურთულით თვალები უნდა გაიწმინდოს თვალის გარეთა კუთხიდან შიგნითა კუთხის მიმართულებით. თვალის ტუალეტისათვის შეიძლება 2%-იანი ბორის მჟავის, გადაღულებული თბილი წყლის ან ფურაცლინის ხსნარის გამოყენებაც.

ახალშობილებში დროულად ჩატარებული პროფილაქტიკის გამო გონობლენორეა იათქმის აღარ გვხვდება. თუმცა, მოვლის წესების დაუცველობისას გაადვილებულია ინფექციის (ქლამდია, სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი და სხვ.) შეჭრა და კონიუქტივიტის განვითარება. კონიუქტივიტის დროს თვალი დღეში 6-ჯერ უნდა გამოირეცხოს კალიუმის პერმანგანატის ხსნარით, მკურნალობის მიზნით კი აწვეთებენ ლევომიცეტინის 0,25%-იან ხსნარს ან 20%-იან ალბუციდის (თითო წვეთი 6-ჯერ დღეში). აუცილებელია გამოხადების ბაქტერიოლოგიური შესწავლა.

ცხვირის ტუალეტი .

ახალშობილის ცხვირი ლორწოსა და ქერქებისაგან დღეში რამდენჯერმე უნდა გასუფთავდეს. ცხვირის ტუალეტისათვის გამოიყენება სპირალის სახით დაგრეხილი სტერილური ვაზელინის ზეთში დასველებული ბამბის ფითლი, რომლის ფართილი ბრუნვითი მოძრაობით (1-1, 5 სმ-ის მანძილზე) ხდება ლორწოსა და ქერქების მოცილება.

ცხვირის ტუალეტისათვის მკვრივი საგნების გამოყენება აკრძალულია!

*პირის ღრუს ტუალეტი **

ახალშობილის პირის ღრუს ლორწოვანი ძალზე ნაზია და მშრალი, ადვილად ზიანდება. მისი ზედმეტად გაღიზიანება არ არის სასურველი. პირის ღრუს ტუალეტი აუცილებელია, როდესაც ახალშობილის ენაზე ან ლაყების შიგნითა ზედაპირზე, პიპერემიულ (გაწითლებულ)

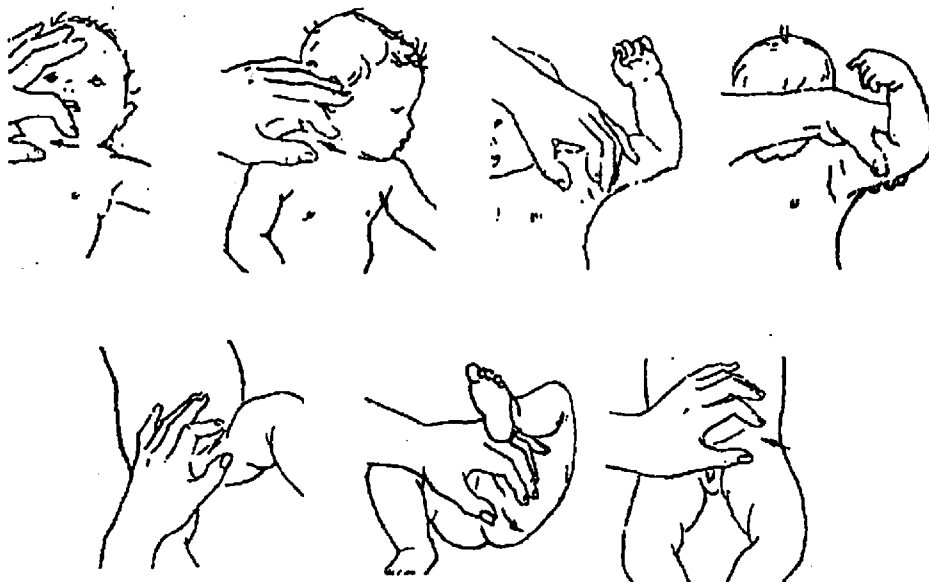
ლორწოვანზე თეთრი ფიფქები ე. წ. რძიანა განვითარდება. რძიანას იწვევს სოკო – *Candida albicans*. დაინფიცირება მშობიარობის დროს ან მეტუქური ქალის ტუპუს დვრილებისა და არეოლიდან ხდება. რძიანას თავიდან აცილების საუკეთესო საშუალებაა კვების წინ დედის სარძევე ჯირკვლების სწორი მოვლა. მკურნალობის მიზნით გამოიყენება ნისტატინის ფხვნილით ან ხსნარით პირის ღრუს დაბუშაგება, 2%-იანი სოდიანი ხსნარით პირის ღრუს მორწყვა. პირის ღრუს დაბუშაგებას შემდეგნაირადაც აწარმოებენ: საბნით დაბანილი ხელის საჩვენებელ თითზე დახვეულ სტერილურ ბამბას ასველებენ სოდიან ხსნარში და ფრთხილად, ისე, რომ არ დაზიანდეს ლორწოვანი გარსი, ასუფთავებენ პირის ღრუს.

ყურის ტუალეტი.

ყოველ დღით კალიუმის პერმანგანატის ხსნარში დასველებული ბამბის ფთილით ხდება ყურის ნიჟარების ჩაშობა. ყურის გარეთა სასმენი მილის გასუფთავებისათვის კი სპირალისებურად დაგრეხილი მშრალი ბამბის ფთილი გამოიყენება. ყურის გარეთა სასმენი მილის ხშირი გამოწმენდა არ არის მიზანშეწონილი.

სხეულის სხვა უბნების ტუალეტი.

დილის ტუალეტის პირველი ეტაპის შემადგენელი ნაწილია ხელების, სხეულის ნაოჭიანი ადგილების (კისერი, ყური, ყურსუკან, ილია, საზარდული) გასუფთავება-დაბანა. სხეულის ამ უბნებს იმავე კალიუმის პერმანგანატის ხსნარში დასველებული სტერილური ბამბის ბურთულებით აბუშაგებენ, შემდეგ ამშრალევენ სტერილური საფენით და თუ საჭიროა, გამოიყენებენ მისაფრქვევს ან ნაზად უსვამენ მცენარეულ ზეთს, ბავშვის სპეციალურ მაღაძოს (სურათი 38). მისაფრქვევისა და მაღაძოს ან სტერილური ზეთის ერთდროული გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.



სურათი 38. კანის ნაკეცების გასუფთავების ტექნიკა

ახალშობილის ჩაბანა

შარდი და განავლის ნარჩენები აღიზიანებს ახალშობილის კანს, ამიტომ მისი წყლსქვეშით ჩაბანა ანუ დაბანა უნდა მოხდეს ყოველი კუჭის მოქმედების და მოშარდვის შემდეგ. თუ ბავშვი ძლიერაა დაბინძურებული მისი ჩაბანა ნიჟარაში, თბილი წყლის ნაკადით ხდება. თუ ამის საშუალება არ არის ვიქცევით შემდეგნაირად: ახალშობილს ვაწვენთ ზურგზე, ფეხებს აგუწევთ და თბილ წყალში დასველებული ახალ-ახალი ბამბის ბურთულით ჩამოვბანთ რამდენიმეჯერ სასქესო ორგანოებს.

ჩვეულებრივ, ჩაბანის დროს გოგონებს გულაღმა, ზურგით იწვენენ ხელზე ისე, რომ წყალი სასქესო ორგანოებიდან დუნდულებისაკენ ჩაედინებოდეს (წინიდან უკან). ჩაბანის ამ წესის დარღვევის შემთხვევაში შესაძლებელია ინფექცია საშარდე და სასქესო ორგანოებში შეიჭრას. ვაჟების ჩაბანა უფრო მოსახერხებელია, თუ ბავშვს მუცლით დავიწვენთ ხელზე ისე, რომ წყალი დუნდულოებიდან წინ მიედინებოდეს. ახალშობილს ჩაბანის შემდეგ ვამშრალავთ რბილი და დაუთოებელი საფენით და გუსვამთ მცენარეულ ზეთს ან სპეციალურ საბავშვო მაღაშოს თხელ ფენას.

9.4.2. ჭიბლარის დამუშავება

ჭიბლარის ნარჩენისა და ჭიბის ჭრილობის მოვლა ექიმის მოვალეობაა. დაბადების შემდეგ, პირველი 24 საათის განმავლობაში, ჭიბლარი შრება და პირველადი ლიგატურა მოშვებულია, იგი თავის ფუნქციას ვეღარ ასრულებს. ექიმი პირველადი ლიგატურის ქვეშ ახალს ადებს ისე, რომ ჭიბის რგოლი არ დააზიანოს. ჭიბლარის მუმიფიკაციის დაჩქარებისათვის ყოველდღე ახალ ლიგატურას ადებენ, სანამ ჭიბლარი არ მოვარდება. ასევე იქცევიან თუ ლიგატურის ნაცვლად გამოყენებული იყო კაუჭი.

ჭიბის ჭრილობას ყოველდღე ამუშავებენ ჯერ 70%-იანი ეთილის სპირტით ან 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგით, შემდეგ კალიუმის პერმანგანატის 5%-იანი ხსნარით, 1–2%-იანი ბრილიანტის შწვანეთი. ჭიბლარის ნარჩენის მოვარდნის შემდეგ ჭიბის ჭრილობის ძირი უნდა განთავისუფლდეს ქერქებისაგან. შეიძლება ჭიბის ჭრილობის ფრთხილი გადაწვევა და 95%-იანი სპირტის ჩაწვეთება.

9.4.3. პიგიურის აბაზანა

ჭიბლარის მოვარდნისა და ჭიბის ჭრილობის შესორცების შემდეგ ახალშობილს ყოველდღე აბანავებენ. ბანაობის დროს ოთახის ტემპერატურა 22°C -ზე ნაკლები არ უნდა იყოს. ბანაობისათვის საჭიროა მომინანქრებული აბაზანა და ჭიქა, ჭურჭელი თბილი წყლით, წყლის ტემპერატურის საზომი თერმომეტრი, საბავშვო საბონი, სპეციალური ღრუბელი ან ჩგარი.

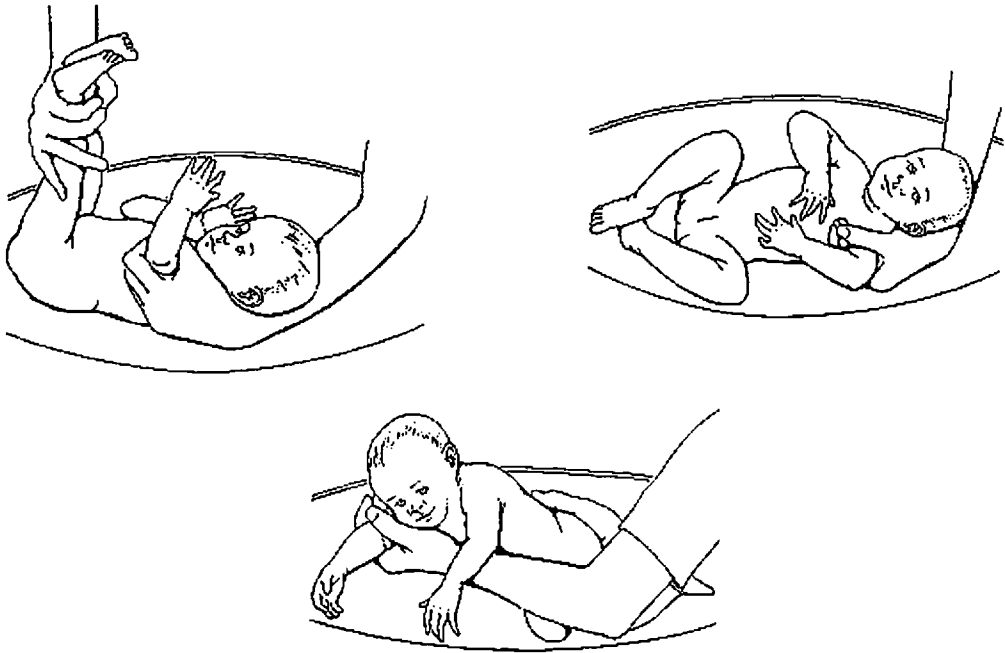
სამშობიარო სახლში მომინანქრებულ აბაზანას კარგად რეცხავენ ცხელი წყლით, საბნით და ჯაგრისით. ამუშავებენ 0,5%-იანი ქლორამინის ხსნარით, ავლებენ ცხელ წყალს, ასხამენ გადადუღებულ წყალს, რომლის ტემპერატურას საზღვრავენ წყლის თერმომეტრით. ჩვეულებრივ, მომინანქრებულ ან პლასტმასის აბაზანაში წყლის ტემპერატურა $36-37^{\circ}\text{C}$ უნდა იყოს. საბავშვო საბონი გამოიყენება პირველი ბანაობის დროს, შემდგომში კი კვირაში ორჯერ.

ბანაობის წინ ექთანს საბნით იბანს ხელებს, შიშველ ბავშვს ხელებზე გადაიწვენს ისე, რომ მარცხენა მკლავზე ბავშვის თავი (კეფა), კისერი და ბეჭები მოთავსდეს, ბავშვის მხარს აფიქსირებს მარცხენა ხელის ცერით, დანარჩენი თითებით კი იღლიის ფოსოს, მარჯვენა ხელით უკავია ბავშვის ფეხები (სურათი 39).

როდესაც ბავშვს წყალში ფრთხილად ჩაუშვებს მარჯვენა ხელს გაინთავისუფლებს და მისი საშუალებით ბავშვს უსვამს საბონს, სპეციალურ ჩვარს სხეულზე, ნაოჭიან ადგილებსა და თავზე. ცდილობს საბონი არ მოხდეს თვალებში. დაუშვებელია აბაზანის წყლით პირის დაბანა. ბანაობის ხანგრძლივობა 5-7 წუთია. აბაზანიდან ბავშვის ამოყვანის შემდეგ დამხმარე პირი გადაავლებს ახალშობილს წყალს, რომლის ტემპერატურა 1° -ით ნაკლებია $36-37^{\circ}\text{C}$ -ზე. წყალი

უნდა გადაავლონ ბავშვს ისე, რომ ის არ შეშინდეს. მას ასევე უნდა დიდ რბილ ზეწარში ან პირსახოცში და ფრთხილად ამშრალდონ, კანის ნაკეცებში კი უსვამენ სპეციალურ მაღამოს ან ზეთს. ყურებს და ცხვირს ასუფთავებენ ბამბის ფთილით.

დაიმახსოვრეთ, რომ ახალშობილის კანი და ლორწოვანი გარსები, ინფექციისაღმეტი ადვილი შეღწევადობის გამო, საგანგებო ყურადღებას საჭიროებს!



სურათი 39. ახალშობილის ჰიგიენური აბაზანა:
აბაზანაში ჩაშვება, ზურგზე და მუცელზე დაწვნა

9.4.4. სხეულის ტემპერატურის განსაზღვრა.

დროული ახალშობილი სიცოცხლის პირველი ორი კვირის განმავლობაში ტემპერატურის ცვალებადობას ცუდად იტანს. დაბადებისას ახალშობილის სხეულის ტემპერატურა (სწორ ნაწლავში მისი განსაზღვრისას) $37,7-38,2^{\circ}\text{C}$ -ია, შემდეგ იგი ეცემა და რამდენიმე საათში $37,0-37,7^{\circ}\text{C}$ -ს აღწევს. მომდევნო დღეებში სხეულის ტემპერატურა თანდათან მუდმივი ხდება და მერყეობს $36,5-37,5^{\circ}\text{C}$ -ს შორის. დღის განმავლობაში იგი ყველაზე დაბალია ღამის 2-დან 5 სთ-მდე და მაღალია საღამოს 17-19 საათებს შორის. ახალშობილის სხეულის ტემპერატურის დაქვეითება $36,0^{\circ}\text{C}$ -ის ქვევით ჰიპოთერმიად ითვლება. მისი განვითარების მიზეზებია:

- მშობიარობის არახელსაყრელი გარემო პირობები;
- დედისა და ახალშობილის დაცილება;
- ახალშობილის მცირე მასა და დაბალი გესტაციური ასაკი;
- თერმული რეჟიმის დარღვევა;
- ასფიქსია და სხვა პათოლოგიური მდგომარეობები

ახალშობილთა განყოფილებაში ბავშვებს ტემპერატურას უზომავენ დილის 8 სთ-სა და საღამოს 6 სთ-ზე. მონაცემები კი შეაქვთ სპეციალურ სიცხის ფურცელში და გრაფიკულად ადგენენ ტემპერატურის მრუდს. სიცხის ფურცლებში მოცემულია პულსისა და სუნთქვის სიხშირის გრაფიკული მრუდები, სისხლის არტერიული წნევის მაჩვენებლები, სხეულის მასა,

შარდვის სიზშირე და ზოგიერთი ლაბორატორიული მონაცემები. ცხელების დროს ტემპერატურის განსაზღვრა 2 სთ-ში ერთხელ ხდება.

სსეულის ტემპერატურის განსაზღვრის რამოდენიმე წესია. იგი შეიძლება განისაზღვროს ილღის ფოსოში, საზარდულის არეში და სწორ ნაწლავში. ახალშობილში სსეულის ტემპერატურას უპირატესად სწორ ნაწლავში საზღვრავენ. ამისათვის იქცევიან შემდეგნაირად: ხმარების წინ წინასწარ დეზინფიცირებული სამედიცინო თერმომეტრის მთლიანობას ამოწმებენ, ვერცხლის წყალს ჩამოფრტყავენ, თავზე წააცხებენ გაზელინს. ბავშვს აწვენენ გვერდზე და რაც შეიძლება ფრთხილად შეუცურებენ სწორ ნაწლავში თერმომეტრის თავს — 1-2 სმ-ის სიღრმეზე. თერმომეტრს აჩერებენ სწორ ნაწლავში 1-2 წთ, მიღებულ მონაცემს აკლებენ 5 დანაკითხს.

გამოყენების შემდეგ თერმომეტრი უნდა გაირეცხოს და მოთავსდეს სადეზინფექციო ხსნარის შემცველ სპეციალურ ქილაში, რომელსაც ზემოდან მოხვეული აქვს ნაჩერებიანი დოღბანდი, ქილის ძირი დაფარულია ბამბით. სადეზინფექციო ხსნარის სახით გამოიყენება 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგი ან 0,5%-იანი ქლორპექსიდის წყალსპირტოვანი ხსნარი.

მაღალი ტემპერატურის ექსპრესდიაგნოსტიკისათვის გამოიყენება ქაღალდის ზონარი, რომელიც თერმოლაბილური ნივთიერების შემცველია და შუბლის კანზე მოთავსებისას იცვლის ფერს. ეს მეთოდი არ იძლევა ზუსტ მონაცემებს და ნაკლებ სარწმუნოა. უკანასკნელ წლებში გამოიყენება ყურის წამიერი თერმომეტრი — Thermo Scan.

3.4.5. ახალშობილის შესვევა. ახალშობილის საწოლი

დილის ტუალეტის შემდეგ ახალშობილს აცმევენ. ტანსაცმელი ბავშვს იცავს სითბოს ქარბი დანაკარგისაგან. ახალშობილის შესვევის შემთხვევის რამდენიმე მეთოდია მოწოდებული. მათი შერჩევა დამოკიდებულია წლის დროსა და ახალშობილთა განყოფილების ტემპერატურულ რეჟიმზე, მნიშვნელობა აქვს ახალშობილის სიმწიფის მდგომარეობას.

ახალშობილის ტანსაცმელია:

1. გულფარა — ჩაჭრილი პერანგი, რომელიც წინიდან უკან იცმევა;
2. გავსაფენი — სამკუთხედად დაკეცილი მცირე საფენი, რომელიც საჭიროებს ხშირ გამოცვლას დასველებისა და დასვრის შემდეგ;

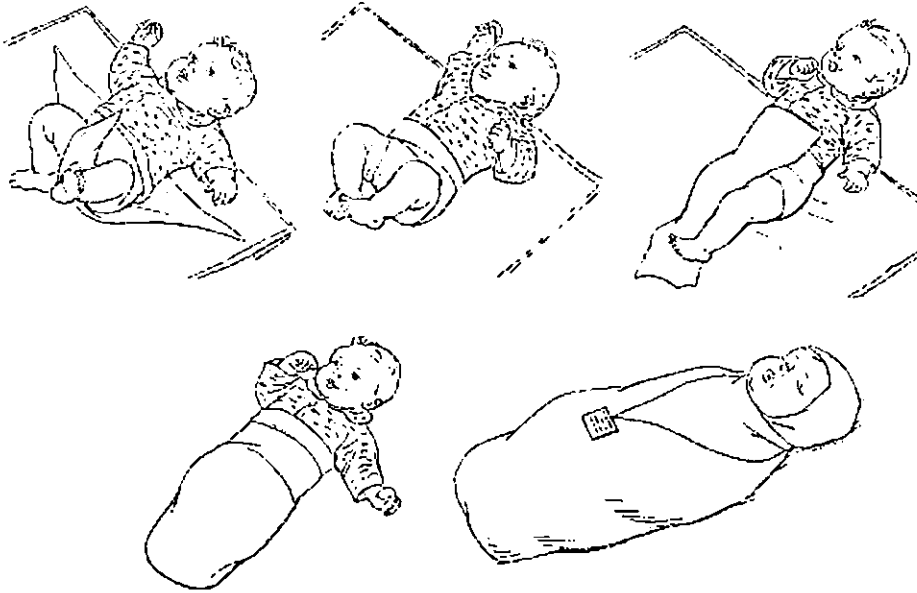
3. ქვესაფენი — დიდი და მცირე, გრილი და თბილი (ფლანელის ან ბამბაზის კაბაშური). დიდი გრილი ქვესაფენის სიგრძე-სიგანეა 60-60 სმ, კაბაშურისა — 80-80 სმ.

4. მათბურა ანუ ზურგფარა (თბილი ფლანელის ან სხვა თბილი ქსოვილის) — აცმევენ გულფარას შემდეგ უკანიდან წინ, სახელოები უკეთესია ჰქონდეს გრძელი და ყრუდ ამოკერილი, რომ ხელები თავისუფლად ამოძრავდეს.

ახალშობილის შესასვევად საჭიროა: ორი პერანგი (ზურგფარა და გულფარა), გავსაფენი, 2-3 გრილი და თბილი ქვესაფენი. სიცოცხლის პირველი ორი დღის განმავლობაში ახალშობილს მთლიანად დახურული ხელებითა და თავით ახვევენ. ამისათვის იქცევიან შემდეგნაირად: ახალშობილს აცმევენ ჯერ გულფარას წინიდან უკან, შემდეგ მათბურას უკანიდან წინ. გადასასვევ მაგიდაზე (სპეციალურ ლეიბზე) აფენენ თბილ ქვესაფენს, რომლის ზემოდან აფენენ იგივე ზომის გრილ ქვესაფენს. გრილი ქვესაფენის ზემო კიდეებთან თავსდება ორად გაკეცილი რბილი თავსაფარი, ორივე ქვესაფენს ზემოდან ადებენ სამკუთხედად მოკეცილ მცირე გრილ ქვესაფენს ანუ გავსაფენს (50-50 სმ).

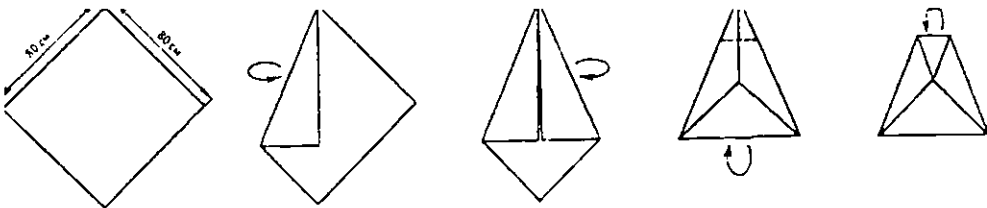
ახალშობილს, რომელსაც უკვე აცვია გულფარა და ზურგფარა, აწვენენ გავსაფენზე ისე, რომ სამკუთხედის ფართე ფუძე წელის არეშია, გავსაფენის ორივე წვერს ამოიტანენ ლაჯებს შორის, ერთი წვერი გადააქვთ მარჯვნივ, მეორე — მარცხნივ, შემდეგ მარჯვენა გარე წვერს შემოახვევენ და გადაიტანენ მარცხნივ, მარცხენა გარე წვერს — მარჯვნივ. ამგვარად, გავსაფენი მოკლე შარვლის როლს ასრულებს. ამოსაფენად გამოიყენება 2-3 გაკეცილი ქვესაფენი. მუშაობის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი. ამის შემდეგ ბავშვი თავსდება დიდ, გრილ და თბილ ქვესაფენზე ისე, რომ მისი ბოლოები ნიკაპს ქვეშოთ გატარდეს. და ბოლოს, ახალშობილს ახვევენ თბილ ქვესაფენში, რომელსაც ზემოდან უკეთონს ჩამოჰკიდებენ (სურათი 40).

შენჯერის ეს მეთოდი აფერხებს სენიქვას, სისხლის მიმოქცევას და ზღუდავს ბავშვის თავისუფლად მოძრაობას. ამიტომ დაბადებიდან მე-3/4 დღეს ახალშობილის იხე აწვევენ, რომ სელები თავისუფალი იყოს. სელების თავისუფლად მოძრაობისათვის მათბურას ანუ ზურგფარას უშვობსია სახელოები გრძელი და ამოკერილი პქსინდეს. ახალშობილის თხელ ქედს მსიალიოდ ბანაობის შემდეგ აწურავენ. წაფხულის თვეებში ახალშობილის უფრო მსუბუქად აცმევენ.

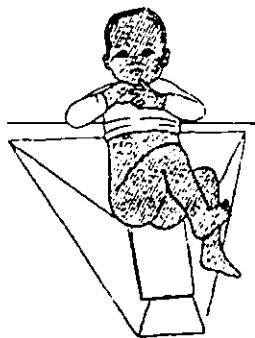


სურათი 40. ახალშობილის შეწვევა

თანამედროვე კლინიკებსა და სამშობიარო სახლებში თავისუფალი შეწვევის ე. წ. „დრაკონის მეთოდი“ გამოიყენება. ამ წესით შეწვეული ბავშვი თავისუფლად მოძრაობს და როგორც ავსტრიელი პედიატრი მარგიტ პონლიუტენერი თვლის, სელს უწყობს მენჯ-ბარძაყის სახსრის განვითარებას. მეთოდი შემდგომში მღვთმარუობს:



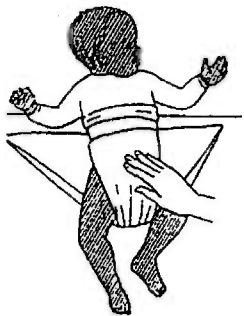
საფენი იხე მათათავსეთ, როგორც სურათზეა ნაჩვენები. მოკვეთ ზემო კიდე ქვემოთ, ქვემო — ზემოთ. გავსაფენი გაკვეთთ იხე, რომ მისი სიგანე 6-10 სმ იყოს.



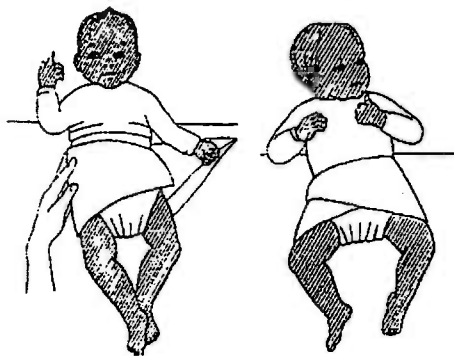
შენჯერის დროს ახალშობილი ფეხებით არ ასწიოთ. მთელი სხეული მსუბუქად ასწიეთ და საფენის და გავსაფენის შესაბამისად მათათავსეთ იხე, როგორც სურათზეა მოცემული.

ბავშვი არ უნდა იყოს მჭიდროდ შეკრული, საფენი მყარად ეკვრის ზურგს, მაგრამ მოძრაობას არ ზღუდავს.

საფენის კუთხე გავსაფენთან ერთად მოათავსეთ მარჯვენა ხელით ბავშვის მუცელზე.



მარცხენა ხელით საფენის მარცხენა კუთხე თავისუფლად მოათავსეთ მუცელზე.

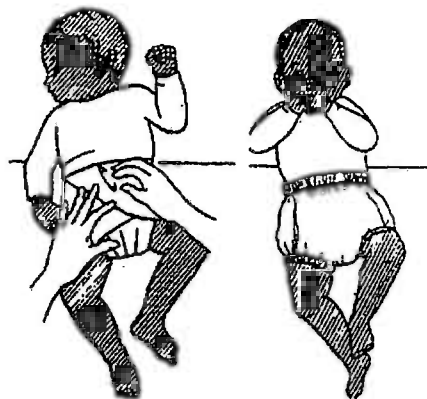


მარცხენა ხელით დაიკავეთ საფენის ქვემო და მარცხენა კუთხე, მარჯვენა ხელით აიღეთ საფენის მარჯვენა კიდე და ოდნავ მჭიდროდ შემოახვიეთ ორივე კუთხეს ზემოდან.

სურათზეა შეხვეული ბავშვი. ხედავთ როგორაა მისი ფეხები განზიდული. ამგვარი ეფექტის მიღწევისათვის გავსაფენის სიგანე 8-10 სმ უნდა იყოს.

მარცხენა ხელით დაიჭირეთ საფენის კუთხეები, მარჯვენათი კი დაამაგრეთ დიდი უშიშარი ქინძისთავით ისე, რომ თავი ზემოთ იყოს მიმართული. ასე ქინძისთავი არ გაიხსნება.

ამგვარად, შეხვეული ბავშვი თავისუფლად ამოძრავებს ხელებს და შეუძლია გადაგორდეს გვერდზე, რაც ხელს უწყობს ზურგის კუნთების განვითარებას. შეუზღუდავი მოძრაობა აუმჯობესებს ბავშვის გონებრივ შესაძლებლობებს.



თუ გამოიყენებთ ქვემო საცვალს, მიაქციეთ ყურადღება, რომ იგი არ იყოს ვიწრო და არ შეიზღუდოს ბავშვის მოძრაობა. საცვალი ჰაერგამტარი უნდა იყოს.



ზემოდან შეგიძლიათ ბავშვს ჩააცვათ ბამბის შარვალი ან კომბინიზონი.

შეხვეულ ახალშობილს სიცოცხლის პირველ დღეებში და ყოველი კვირის შემდეგ საწოლში ზურგზე ან გვერდზე აწვენენ. მისი ეს პოზა ხელს უშლის ლებინების ან ამოქაფების შემთხვევაში ამონადები მასის სასუნთქ გზებში მოხვედრას. თავქვეშ, ბალიშის ნაცვლად, ოთხად გაკეცილ საფენს უდებენ. აკვანი, რომელიც წარსულში ფართოდ გამოიყენებოდა, დღეს უკვე მიუღებელია. აკვანში მწოლიარე ბავშვი ნაკლებად სარგებლობს როგორც თავისუფლებით, ისე ჰაერით და მზის სხივებით: არტასებში გაკრული ბავშვი უმოძრაოდ წევს, ოფლიანობს და იქვე შრება. აკვანში გაზრდილი ბავშვები ხშირად მოაგადენი არიან (ალერგიული დიათეზი, რაქიტი, მიდრეკილება კრუნჩხვებისადმი).

უკანასკნელ ხანებში ფართოდ გამოიყენება ბავშვის სპეციალური ჩანთა „კენგურუ“. ჩანთაში ბავშვი ისე ზის, რომ იგი ზურგით მკერდს ეყრდნობა. „კენგურუს“ საშუალებით მყარდება მჭიდრო სიახლოვე ბავშვისა და მშობლის სხეულის შორის, ბავშვს ხელები თავისუფალი აქვს, მენჯ-ბარძაყის სახსრებში ფეხები განზიდულია და ზერხმელის სვეტი ნაკლებ დატვირთულია, რაც ხელს უწყობს ბავშვის საყრდენ-მამოძრავებელი აპარატის ნორმალურ განვითარებას.

მ.4.6. ტუბერკულოზის პროფილაქტიკა

ტუბერკულოზის თავიდან აცილების მიზნით ჯანმრთელ ახალშობილს სიცოცხლის 4-5 დღეს ვაქცინაციას უტარებენ (ცხ. 7, გვ. 283). ვაქცინაციას სპეციალურად განსწავლული ექთანი ატარებს. „ბცქ“-ს ვაქცინა შესუსტებული ცოცხალი ბაქტერიებია (*Mycobacterium tuberculosis*), რომლებიც გაყინულ მდგომარეობაში ვაკუუმის საშუალებითაა გამოშვრალი.

იმუნიზაციისათვის საჭირო ინსტრუმენტები (შპრიცები, ნემსები) ინახება ცალკე, ჩაკეტილ კარდაში, მათი სწვა მიზნით გამოყენება აკრძალულია. ვაქცინაცია 1 გ-იანი შპრიცით ხდება, რომელიც მკაფიოდაა გრადუირებული, ნემსი კი წვრილია და აქვს მოკლე ჭრილი. თითოეული ბავშვისათვის ერთჯერადი ხმარების შპრიცი და ნემსი გამოიყენება. ვაქცინაცია სპეციალურ ოთახში ტარდება.

ვაქცინაციის წინ მედდა თბილი წყლითა და საბნით იბანს ხელებს, იშვრალებს და იმუშავებს 95%-იანი სპირტით. ვაქცინისა და გამხსნელის ამპულის თავებს ამუშავებს სპირტში დასველებული ბამბით და ორ გრამიანი შპრიცით, რომელზეც კარგადაა მორგებული გრძელი ნემსი, იწყებს ვაქცინის განზავებას. როდესაც გამხსნელს გადაიტანს ვაქცინის შემცველ ამპულაში, ამპულას კარგად შეაჩერებს, რომ მიკრობები კარგად გადანაწილდეს შეწონილი მდგომარეობიდან. გახსნილი ამპულა გამოიყენება მხოლოდ 2-3 სთ-ის განმავლობაში. ხმარების შემდეგ ამპულის ნარჩენებს ჩაძირავენ ქლორამინის 5%-იან ან ქლორიანი წყლის 10%-იან ხსნარში 2 სთ-ის განმავლობაში და მხოლოდ ამის შემდეგ გადაადგებიან.

ვაქცინაცია ტარდება შემდეგნაირად:

მარცხენა მხარის ზედა და შუა მესამედის საზღვარზე კანს ამუშავებენ 70%-იანი სპირტით და შეჰყავთ კანში ვაქცინის 0,05 მგ. კანზე უნდა გაჩნდეს 4-5 მმ დიამეტრის მქონე ბუშტუკი, რომელიც 10-15 წუთში შეიწოვება.

ახალშობილის განვითარების ისტორიაში რეგისტრირდება ვაქცინაციის ჩატარების შესახებ მონაცემები; ცნობაში კი, რომელიც გაიცემა ახალშობილის გაწერის შემდეგ, იწერება ვაქცინაციის ჩატარების თარიღი, წესი, დოზა, ვაქცინის გამოშვების სერია და ნომერი.

ექთანი ვალდებულია დედას გააცნოს, რომ აცრის ადგილზე 4-6 კვირის შემდეგ 5-8 მმ სიდიდის ინფილტრატის გაჩენა აცრის შემდგომი ნორმალური რეაქციაა. ინფილტრატი 3-4 თვეში განიცდის უკუგანვითარებას და მის ადგილზე რჩება მცირე ზომის ნაწიბური. ნაწიბურის გაჩენის შემდეგ დედამ აუცილებლად უნდა მიმართოს უბნის პედიატრს. მან უნდა იცოდეს, რომ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო იმუნიტეტი გამომუშავდება მხოლოდ ვაქცინაციის ჩატარებიდან 1,5-2 თვის შემდეგ, ამიტომ სიცოცხლის ამ მონაკვეთში ბავშვი განსაკუთრებული სიფრთხილით უნდა დავიცვათ ტუბერკულოზისაგან.

ვაქცინაციის უკუჩვენებებია: სხეულის მაღალი ტემპერატურა ($37,5^{\circ}\text{C}$ და მეტი), კანის ჩირქოვანი და ალერგიული დაავადებები, დღენაკლულობა, სეფსისი, ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადებები, თანდაყოლილი ფერმენტოპათიები, იმუნოდეფიციტური მდგომარეობა და სხვ.

B პეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია

B პეპატიტის გამომწვევი ვირუსი ღვიძლის მძიმე დაზიანებას იწვევს. ჯანმრთელობის მსოფლიო საერთაშორისო ორგანიზაციის რეკომენდაციით აუცილებელია ამ ვირუსის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ჩატარდეს იმ ახალშობილებში, რომელთა დედები B პეპატიტის

ვირუსის მატარებლები არიან. ამ შემთხვევებში ახალშობილთა ვირუსით დასნებოვნების რისკი 100%-ია. დროული ვაქცინაცია კი დაავადების თავიდან აცილების სრულ გარანტიას იძლევა.

ვაქცინაცია უნდა ჩატარდეს შემდეგი თანამიმდევრობით:

I ვაქცინაცია: ახალშობილებში სიცოცხლის პირველ 24 სთ-ში („ბცუ“-ს ვაქცინაციის ჩატარებამდე);

II ვაქცინაცია: სიცოცხლის პირველ თვეს;

III ვაქცინაცია: 5-მ თვის ასაკში.

საქართველოში B ჰეპატიტის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია ჯერჯერობით არ ტარდება ვაქცინის ძვირადღირებულების გამო.

9.4.7. ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადების პროფილაქტიკა

K ვიტამინის ნორმალური შემცველობა ორგანიზმში უზრუნველყოფს სისხლის II, VII, IX და X შემდეგებული პლაზმური და ანტითრომბული (C და S ცილები) ფაქტორების წარმოქმნას. დაბადების შემდეგ ყველა ახალშობილს K-ვიტამინის დეფიციტის გამო და ჰემორაგიული სინდრომის თავიდან აცილების მიზნით, კუნთებში 0,5-1 მგ K_1 ვიტამინს (ფიტომენადიონი, მენადიონი) ან ვიკასოლს (2 მგ) უკეთებენ.

9.5. დროული ახალშობილის კვება ბუნებრივი კვება

ბავშვი დაბადებიდან 4,5-5 თვემდე დედის რძით უნდა იკვებებოდეს. ასეთი კვება აუცილებელია ბავშვის განვითარებისა და ჯანმრთელობისათვის, მას ბუნებრივი კვება ეწოდება. რაც უფრო ადრე მივიყვანთ ახალდაბადებულს ძუძუსთან, მით უფრო დაჩქარდება სარძევე ჯირკვალში რძის აქტიური გამომუშავება (ლაქტაცია). სიცოცხლის პირველი 2-3 კვირის განმავლობაში კვების სასიათი წყვეტს ბავშვის მომავალ ბედს — ექნება მას დედის რძე, გაიზრდება ჯანმრთელი და სრულფასოვანი მოქალაქე, თუ პირიქით, იქნება ფიზიკურად სუსტი და მოაგადე.

ჯანმრთელობის დაცვის საერთაშორისო ორგანიზაციის მიერ მოწოდებულია ძუძუთი კვების წარმატებული წარმართვის აუცილებელი პრინციპები, რომელთა დაცვა, ექიმის მეთვალყურეობისა და უშუალო მონაწილეობით, საშუალო სამედიცინო პერსონალის უპირატესი მოვლობაა. ეს პრინციპებია:

— ძუძუთი კვების დადგენილი წესების მკაცრი დაცვა, რომელთაც სამედიცინო პერსონალი და ფესმძიმე ქალი რეგულარულად გცნობიან;

— მედპერსონალი შეისწავლის ძუძუთი კვების წესებს და მასთან დაკავშირებულ აუცილებელ ჩვევებს;

— ყოველ ორსულ ქალს მიეწოდება ძუძუთი კვების უპირატესობისა და ტექნიკის შესახებ ინფორმაცია;

— დედას უნდა გაეწიოს დახმარება, რომ მისცეს ბავშვს ძუძუ მშობიარობიდან 30 წუთის შემდეგ;

— არ მიეცეს ახალშობილს სხვა არაფითარი საკვები და სითხე გარდა ქალის ძუძუს რძისა;

— დაინერგოს დედისა და ახალშობილის ერთ პალატაში მოთავსების პრაქტიკა;

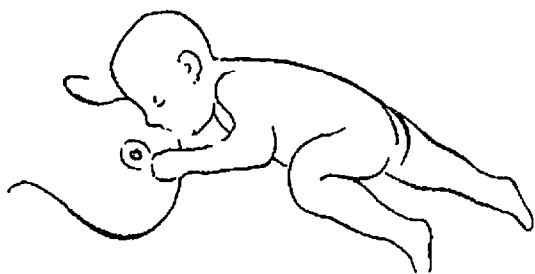
— ძუძუთი კვება წარმართოს ახალშობილის მოთხოვნის გათვალისწინებით და არა განრიგის მიხედვით;

— ძუძუთი კვებაზე მყოფ ახალშობილს არ მიეცეს არაფითარი დამამშვიდებელი საშუალება და დედის მკერდის იმიტაციის შემქმნელი საგნები (საწოფარა და სხვ.);

— გაეწიოს ორგანიზაცია ტუტუთი კვების მომხრეთა ჯგუფების შექმნას და ამ ჯგუფებში (სამშობიაროდან ან საავადმყოფოდან გაწერის შემდეგ) დედების გაერთიანებას.

ტუტუსთან მიყვანა

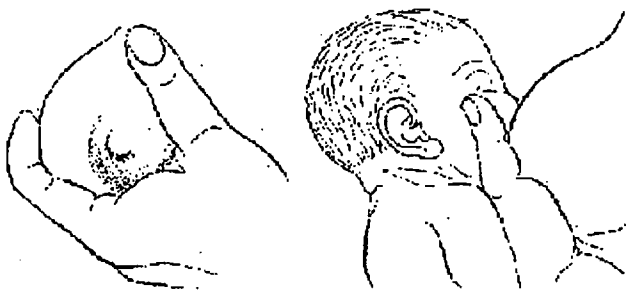
ჯანმრთელი ახალშობილი დედის ტუტუსთან მშობიარობიდან (ჭიპლარის ნარჩენის დამუშავების შემდეგ) 30 წუთის, არანაკლებ 60 წთ-ის შემდეგ მიჰყავთ. თუ ბავშვისა და დედის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, შიშველ ახალშობილს აწვენენ დედის მუცელზე („კანის კანთან“ კონტაქტი), ბავშვი დამოუკიდებლად, ცოცხით მოძებნის დედის მკერდს (ძიების რეფლექსი), გააღებს პირს და იწყებს წოვას (სურათი 41). პირველი კვების ხანგრძლივობა 20-30 წუთია. ახალშობილს ტუტუს მისი სურვილის გათვალისწინებით აძლევენ 8-12-ჯერ დღეში.



სურათი 41. პირველი კვება

წოვის ტექნიკა

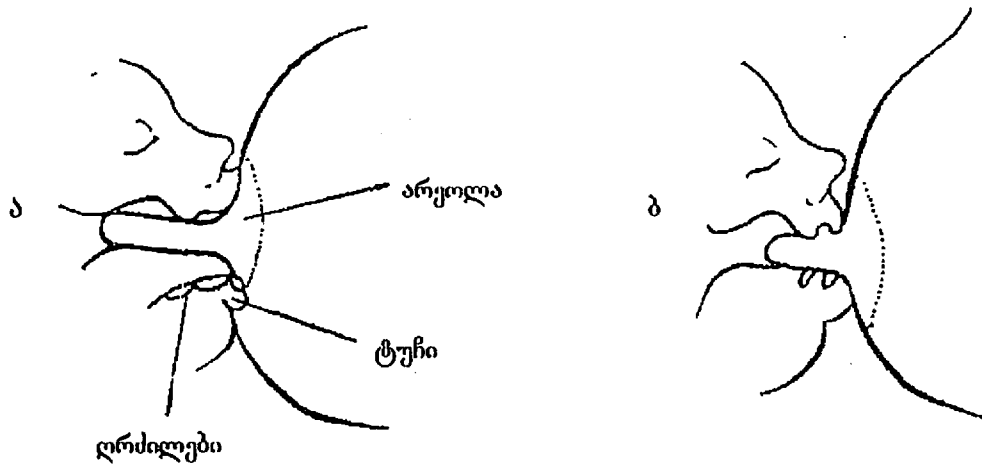
ბავშვის კვების დროს ექთანს პალატაშია, მეთვალყურეობას უწევს და ეხმარება დედასა და ბავშვს. მისი დახმარება განსაკუთრებით ახალგაზრდა და პირველ მშობიარე დედებს სჭირდებათ.



სურათი 42. ხელის მდებარეობა ტუტუს წოვის დროს

ყოველი კვების წინ დედა ვალდებულია დაიცვას სისუფთავე: იგი საბნით იბანს ხელებს, იხურავს თავსაფარს და გადადებული წყალით, ფურაცლინის ან კალიუმის პერმანგანატის (1:5000-8000) ხსნარში დასველებული ტამპონით მოიბანს ტუტუს დერილსა და არეოლს (დერილის დამუშავება არ შეიძლება ბორის მჟავას ხსნარით). თუ დედამ სისუფთავე არ დაიცვა, შეიძლება ტუტუს დერილებზე ნახეთქები გაუჩნდეს, ინფექცია შეიჭრას, ასტივდეს და დაუჩირქდეს (მასტიტი). ტუტუს დაავადება იწვევს რძის შემცირებას, ოპერაციული ჩარევა კი — ტუტუს მიცემის დროებით შეწყვეტას. რძის დინების გაუმჯობესების მიზნით სასურველია, კვების წინ დედამ მკერდზე რამდენიმე წუთით თბილი საფენი დაიდოს, კვების პროცესში კი გაიკეთოს მასაჟი. კვების დაწყებამდე დედა რძის პირველ წვეთებს გამოიწურავს, საჩვენებელი და შუა

თითის საშუალებით იკავებს მკერდს და არეგულირებს კვების პროცესს. მკერდი შეიძლება დაიჭიროს შემდეგნაირად: ცერა თითი ზეშოდან დაადოს მკერდს, ხოლო დანარჩენი თითები ქვეშოდან (სურათი 42). ბაგში პირში უნდა ჩაიდოს ძუძუს თავი მთლიანად და დვრილის ირგვლივ სივრცის 2,5 სმ (არეოლი). ნიკაპი და ცხვირი უნდა ეხებოდეს ძუძუს (სურათი 43).



სურათი 43. ძუძუს წოვა: ა — სწორი წოვა; ბ — არასწორი წოვა

ძუძუთი კვების ეროვნული კომიტეტის მიერ ძუძუთი კვების დროს ბავშვის სწორი პოზიციის ნიშნებია:

- ბავშვი შეტრიალებულია დედისაკენ და ეხება მის სსეულს;
- ბავშვის თავი ახლოა ძუძუსთან;
- ნიკაპი ეხება ძუძუს;
- პირი გაღებულია, ენა არ ჩანს და არის ძუძუს ქვეშ;
- ზედა ტუჩი გადმოტრიალებულია, ზედა ტუჩთან არეოლის უფრო მეტი ნაწილი ჩანს,

ვიდრე ქვედა ტუჩთან;

— 1-2 ნელი და ღრმა წოვითი მოძრაობის შემდეგ ბავშვი ყლაპავს გამოწვეული რძეს (ისმის ყლაპვის დამახასიათებელი ბეგრები);

- ლოყები გამოხერხილია;
- ბავშვი მოშვებულია და კმაყოფილი;
- დედა არ უნდა გრძნობდეს დვრილის ტკივილს.

არასწორი პოზიციის ნიშნებია:

- ბავშვი შეტრიალებულია დედისაკენ, მაგრამ არ ეხება მის სსეულს;
- ბავშვის თავი არ არის ძუძუსთან ახლოს;
- ნიკაპი არ ეხება ძუძუს;
- პირი არ არის ფართოდ გაღებული;
- ენა არ ჩანს;
- ტუჩები წინაა გამოწეული;
- ორივე ტუჩის გარეთ კარგად ჩანს არეოლა;
- ბავშვი აკეთებს მოკლე და სწრაფ წოვითი მოძრაობებს;
- პირს აწკლავუნებს;
- ლოყები შეწეულია შიგნით;
- ბავშვი გაღიზიანებულია, უარს ამბობს ძუძუზე, იმიტომ, რომ ის საკმაოდ გერ იღებს

რძეს;

- შესაძლებელია ძუძუს თავის ტკივილი.

მშობიარობის შემდეგ პირველი 24-სთ-ის განმავლობაში დედა საწოლში აძლევს ბავშვს საკვებს. დაბადებიდან მე-2-3 დღეს დედა კვების დროს მისთვის და ბავშვისათვის ხელსაყრელ პოზიციას ირჩევს. მას შეუძლია ბავშვი კვებოს წოლის, ჯდომის, ფეხზე დგომის დროს;

გამოიყენოს „ზურგზე წოლის“, „აკენის“, „გვერდზე წოლის“, „ფეხბურთელის ბურთის“ პოზიციები (სურათი 44).



სურათი 44. ბუძის წოვის პოზიციის (ზურგზე წოლის, „უკანა“, გვერდზე წოლის, კერტიკალური, ბურთის და აკენის) ვარიანტები

მჯდომარე მდგომარეობაში კვებისათვის დედა უნდა შეარჩიოს მოსახერხებელი სკამი ან საგარძელი, დაბალი სკამი – ფეხის შესადგმელად. ბავშვის თავი იდაყვებში მოხრილ მკლავზეა დაყრდნობილი, ტანი კი ამავე ხელის წინამხარზეა, დედა ხელის მტევნით იჭერს ბავშვის მენჯს.

კვების რეჟიმი

საშუალო სახლში, როდესაც დედა და ბავშვი ერთ პალატაშია, დედა კვების რეჟიმს არეგულირებს ბავშვის სურვილის გათვალისწინებით – 2-3 სთ-ში ერთხელ. ხშირი კვება ხელს უწყობს რძის გამოშვებას (ლაქტაციას) და უზრუნველყოფს დედასა და ბავშვს შორის ფსიქოლოგიური ურთიერთობის დამყარებას; რაც მეტ რძეს გამოიწვევს ბავშვი, მით მეტი რძე გამოშვდება. როგორც აღვნიშნეთ, პირველ დღეებში კვების ხანგრძლივობა 20-30 წუთია. შემდგომში თითო ბუბუდან წოვის ხანგრძლივობა 10-20 წუთს უნდა უდრიდეს. კვებათა შორის არ არის მიზანშეწონილი წყლის მიცემა. იგი მადის დაქვეითებას იწვევს და ბავშვი ნაკლებს შეჭამს. მაგრამ თუ ბავშვი კვებათა შორის ჭირჯერულია, წონის დანაკლისიც მნიშვნელოვანია, ამიტომ საჭიროა საკონტროლო აწონა, კვებათა სინძირის გაზრდა, სითხის მიცემა.

საკონტროლო აწონა

დღე-ღამეში მიღებული რძის რაოდენობის გამოანგარიშება საკონტროლო აწონით ხორციელდება. წინასწარ დარეგულირებულ სასწორზე წონიან ჩაცმულ ბავშვს კვების წინ და შემდეგ, წონათა შორის სხვაობა გამოწვეული რძის რაოდენობაა. მიღებულ მონაცემს ადარებენ ასაკობრივ ნორმას. საკონტროლო წონას ადგენენ 2-3-ჯერ დღეში. თუ ბავშვი რძის არასაკმარის რაოდენობას გამოიწვევს გამოწვევლილი ქაღალის რძის შემატება საჭირო.

გამოწვევლილი ქალის რძის შენახვის წესი

გამოწვევლილი ქალის რძე ინახება სუფთა და თაყდახურულ ჭურჭელში და თავსდება მაცივარში 3-6 სთ-ის განმავლობაში 4°C ტემპერატურაზე. გამოყენების წინ საჭიროა მისი შეთბობა $36-37^{\circ}\text{C}$ -ზე. თუ რძე 6-12 საათია მაცივარში, მაშინ მისი გამოყენება მხოლოდ პასტერიზაციის შემდეგ შეიძლება, 24 სთ-ის შემდეგ კი სტერილიზაცია ტარდება. პასტერიზაციისათვის რძის ბოთლს ათავსებენ ქვაბში, ასხამენ თბილ წყალს ოდნავ მაღლა, ვიდრე ბოთლში რძის დონეა, წყალს აცხელებენ $65-75^{\circ}\text{C}$ -მდე და ბოთლს აჩერებენ 30 წუთის განმავლობაში, სტერილიზაციის დროს კი ადუღებამდე მიყვანილ წყალს 3-5 წთ-ის განმავლობაში ადუღებენ. რძის ბოთლს აქვს ეტიკეტი წარწერით, რომელზედაც აღნიშნულია ბოთლის შიგთავსის დასახელება, გამოწველის დრო და დედის გვარი.

კვების გაანგარიშება

ახალშობილისათვის დღე-ღამური საჭირო რძის რაოდენობის გამოანგარიშება ფორმულების საშუალებით ხდება:

მოწოდებულია ფილკენშტეინის ფორმულა სახეშეცვლილი ა. ტურის მიერ:

რძის საჭირო რაოდენობა (მლ) = $n \times 70$ ან 80

ფორმულაში n (სიცოცხლის დღეები) 70-ზე მრავლდება, თუ ბავშვი დაიბადა 3 200 გ-ზე ნაკლები წონის; 80-ზე — 3 200 გ-ზე მეტი. ფილკენშტეინის ფორმულა გამოიყენება სიცოცხლის პირველი 7-მ დღე.

შემდეგი ფორმულა, რომელიც ითვალისწინებს ახალშობილის კუჭის ტევადობას, გამოიყენება სიცოცხლის პირველი 10 დღის განმავლობაში. ფორმულის თანახმად ერთ კვებაზე რძის რაოდენობა (მლ) = $3 \text{ მლ} \times \text{სიცოცხლის დღეებზე} \times \text{სხეულის მასაზე (კგ)}$.

მაგალითი: ბავშვი არის 5 დღის, დაიბადა 3 200 გ, ამჟამად მისი წონაა 3000 გ. დღე-ღამეში ჭირდება $5 \times 3 \times 3 = 450$ მლ ქალის რძე. თუ ბავშვი მ-ჯერ იღებს ქალის რძეს, თითოეულ კვებაზე უნდა გამოწოვოს 50 მლ.

გ. ზაიცკეის ფორმულის მიხედვით, ახალშობილისათვის საჭირო რძის რაოდენობა უდრის თავდაპირველი მასის 2% გამრავლებული ბავშვის სიცოცხლის დღეთა რაოდენობაზე.

მაგალითი: მე-4 დღეზე ახალშობილს, რომელიც დაიბადა 3 600 გ, ჭირდება დღე-ღამეში რძის შემდეგი რაოდენობა: $((3 600 \times 2) : 100) \times 4 = 72 \times 4 = 288$ მლ.

მეათე დღიდან რძის დღიური რაოდენობა სხეულის მასის $1/5$ უნდა უდრიდეს და არ უნდა აღემატებოდეს 700-750 მლ დღე-ღამეში.

მაგალითი: ბავშვი არის 13 დღის, იწონის 3 600 გ. დღე-ღამეში სჭირდება $(3 600 : 5) 720$ მლ რძე. თუ ბავშვი იკვება დღეში მ-ჯერ, თითოეულ კვებაზე მან უნდა გამოწოვოს $(720 : 8) 90$ მლ რძე.

უფრო ზუსტია კალორიული გამოანგარიშების მეთოდი: ახალშობილს ეკუთვნის 120-125 კკალ კგ მასაზე ცნობილია, რომ 1 ლიტრი ქალის რძე 650 კკალ იძლევა.

ბავშვისათვის მიღებული რძის საკმარისი რაოდენობის ძირითადი მაჩვენებელია წონაში მზარდი მატება და კარგი საერთო მდგომარეობა. მხედველობაშია მისაღები ის ფაქტი, რომ დაბადებიდან მე-3-4 დღეს ახალშობილებს წონის ფიზიოლოგიური კლება აღენიშნებათ.

ბუნებრივი კვების უპირატესობა. ქალის რძის განსხვავება ძროხის რძისაგან

ამგვარად, კვების ისეთ წესს, როდესაც ბავშვი დაბადებიდან პირველი 6 თვე მხოლოდ ქალის რძით იკვებება, ბუნებრივი კვება ეწოდება.

ქალის რძე ყველაზე საუკეთესო საკვებია ბავშვისათვის და მას ვერაფრითარი საკვები ვერ შეცვლის. დედის რძე შეიცავს ყველა იმ ნივთიერებას, რომელიც აუცილებელია ბავშვის პარმონოული განვითარებისათვის. მაგრამ იგი მარტო მასში შემავალი ნივთიერებათა რაოდენობრივი შემადგენლობით როდია ძვირფასი; იგი იმითაც არის კარგი, რომ უპირველეს ყოვლისა, ადამიანისა და შეიცავს ისეთი ბიოლოგიური თვისებების მქონე ნივთიერებებს, რომლებიც ბავშვისათვის ჰომოლოგიურია და მთლიანად გამოსაყენებელია, იცავს მთელი რიგი დაავადებებისაგან და ბავშვის ორგანიზმს აძლევს გამძლეობას.

100 მლ ქალის რძეში ცილა 1,3-ია, ცხიმი — 3,3, ნახშირწყალი — 6,6 და იძლევა 66 კკალ-ს; ცილას, ცხიმსა და ნახშირწყალს შორის შეფარდებაა 1:3:6, რაც საუკეთესოა მათი მონელებისათვის. ძროხის რძეში ცილა 2,2-ია, ცხიმი — 3,2 და ნახშირწყალი — 4,7 (იძლევა 59 კკალ-ს); შეფარდება ინგრედიენტებს შორისაა 1:1:1, რის გამოც ძროხის რძის მონელება გაძნელებულია.

ქალის რძე მდიდარია წვრილდისპერსიული ცილებით — ლაქტალბუმინით და ლაქტგლობულინით, ძროხის რძე კი მდიდარია კაზეინით. ქალის რძის ალბუმინი ადვილად იწოვება, ძროხის რძის კაზეინი კი ძნელად მოსანელებელია. ქალის რძე სტერილურია, აქვს ოპტიმალური ტემპერატურა, შეიცავს შაქარს (β — ლაქტოზა), რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ნაწლავებში ისეთი ბაქტერიების (ბიფიდუმფლორა) გამრავლებას, რომლებიც ხელს უშლიან დაავადების გამომწვევი მიკრობების (სტაფილოკოკი, ნაწლავის ჩხირი და სხვ.) გამრავლებას; ძროხის რძის შაქარი კი (α — ლაქტოზა) ნაწლავებში ნაწლავის ჩხირის გამრავლებას უწყობს ხელს. ქალის რძე მდიდარია ვიტამინებით, Ca და P შორის შეფარდებაა 2:1, რაც კალციუმის შეთვისებას უწყობს ხელს. ქალის რძე შეიცავს ანტიბაქტერიულ და ანტივირუსულ ფაქტორებს, რომლებიც იცავენ ახალშობილს დაავადებებისაგან.

საჭიროა ვიცოდეთ, რომ ტუბუთი კვება:

- ბავშვის სიცოცხლის გადამრჩენა;
- ახალშობილის პირველი იმუნოზაცია;
- იცავს ბავშვს ნაწლავთა აშლილობისაგან;
- სრულფასოვანი კვება; ზრდის ბავშვის ფიზიკურ და გონებრივ პოტენციალს; ტუბუთი კვება უსაფრთხო კვებაა;

- ხდია დედასა და ბავშვს შორის;
- დედის ჯანმრთელობა;
- ზოგავს ფულად სახსრებს, იგი გარემოს მეტობარია.

9.6. სამშობიარო სახლიდან ბავშვის გაწერის წესი

ახალშობილი სამშობიარო სახლიდან უნდა გაეწეროს დაბადებიდან მე-6-7 დღეს, როდესაც ჭიბლარი მოვარდება და ახალშობილის და დედის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

ბინაზე დამოუკიდებლად ბავშვის მოვლა რთული და პასუხსაგები მოვალეობაა. ამიტომ ბავშვის გაწერის წინ მედლა ვადებულება შეასწავლოს დედას ახალშობილის შესვენის წესი (ამისათვის მას შეუძლია გამოიყენოს თოჯინა), მოვლის აუცილებელი ელემენტები, ტუბუთი კვების საკითხები. იგი დედას აძლევს შემდეგ განმარტებებს:

- სად და როგორ მოაწყოს ბავშვის კუთხე;

— რა სახის მედიკამენტები და მოვლის საგნები უნდა მოიმარაგოს, როგორ მოუაროს მათ და სად შეინახოს;

– როგორ შეინახოს ბავშვის სუფთა და დაბინძურებული ტანსაცმელი, დააღბოს და გარეცხოს იგი;

– როგორ ჩაატაროს ბავშვის კანისა და ლორწოვანი გარსების ყოველდღიური ტუალეტი;

– ჰიგიენური აბაზანის ჩატარების წესი.

სამშობიაროდან გაწერის წინ მედლა ამოწმებს დედის და ბავშვის სამაჯურს და აცემს ბავშვს სახლისათვის განკუთვნილ ტანსაცმელს;

აკრძალულია ერთდროულად ორი და მეტი ახალშობილის სამშობიარო სახლიდან გაწერა!

9.7. გარდამავალი მდგომარეობები ახალშობილებში

ახალშობილობის პერიოდში, მშობიარობის პროცესსა და ახალ გარემოსთან ადაპტაციას, ვითარდება 3 წ. გარდამავალი (მომიჯნავე ტრანზიტორული, ფიზიოლოგიური) რეაქციები, რასაც პათოფიზიოლოგიურს ანუ დიზადაპტაციის სინდრომსაც უწოდებენ. ახალ გარემოსთან ახალშობილის შეგუების ჩათვლების მაჩვენებელია ადაპტაციური მდგომარეობების უკუგანვითარება, რაც 2 1/2 - 3 1/2 კვირას მოიცავს; ჯანმრთელობის საერთაშორისო ორგანიზაციის მონაცემებით ახალშობილობის პერიოდი საშუალოდ 28 დღე გრძელდება.

აღრეულ ნეონატალურ პერიოდში (დაბადებიდან პირველი 7 დღე) ადაპტაციური რეაქციების ინტენსივობის შემდეგი ფაზებია აღსანიშნავი:

– სიცოცხლის პირველი 30 წუთი, როდესაც ადგილი აქვს მწვავე რესპირაციულ-ჰემოდინამიკურ ადაპტაციას;

– სიცოცხლის პირველი 6 სთ, როდესაც ყალიბდება ძირითად სისტემათა ფუნქციათა სინქრონოზობა ანუ აუტოსტაბილიზაცია;

– სიცოცხლის მე-3-4 დღე, როდესაც ნივთიერებათა ცვლის ანაბოლური ხასიათის ჩამოყალიბების პარალელურად ძლიერდება მეტაბოლური ადაპტაცია.

ადაპტაციური მდგომარეობები მოკლევადიანია, არ მეორდება და არ საჭიროებს სპეციალურ ჩარევას.

„ეს-ეს არის დაბადებული ბავშვის“ სინდრომი

დაბადებისთანავე ვლინდება ახალშობილის პირველადი საორიენტაციო რეაქცია: რამოდენიმე წამის განმავლობაში იგი არ მოძრაობს, არ სუნთქავს და არ ყვირის. აღმოჩნდა, რომ ამ მოვლენის მიზეზი, სამშობიარო სტრესისაგან თავდაცვის მიზნით, ნაყოფის თავის ტვინში გამოშუშავებული ტკივილდამაყუჩებელი ნივთიერების (ენდოგენური ოპიატები) მოქმედებაა. რამოდენიმე წამის შემდეგ დროებით უძრაობას მოჰყვება ღრმა ჩასუნთქვა, ტირილი, კუნთთა ჰიპერტონია; ახალშობილის სხეული და კიდურები მოხრილია და მჭიდროდაა ტანთან მიკრული, ხელის მტევნები შეჭადაა შეკრული; 5-10 წამის შემდეგ ბავშვი უკვე აქტიური ხდება.

რესპირაციულ-ჰემოდინამიკური ადაპტაცია

დაბადებისას ნაყოფის სისხლის მიმოქცევისათვის დამახასიათებელია:

– პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევა;

– ფუნქციონირებადი ანატომიური უნტები: ოვალური სფერული წინაგულებს შორის, არტერიული (მოტალის) და ვენური (არანცის) სადინარები;

– სისხლის მინიმალური შემცველობა ფილტვებში.

სუნთქვის აქტის განვითარებისას ფილტვები იშლება, ღრმა ჩასუნთქვას გაძნელებული ამოსუნთქვა მოჰყვება, ზოგჯერ სუნთქვის შეჩერების (აპნოე) ეპიზოდებიც აღინიშნება. პირველი 2

დღის განმავლობაში, აციდოზის თავიდან აცილების მიზნით, ადგილი აქვს ფილტვების ფიზიოლოგიურ ჰიპერვენტილაციას.

პირველი ჩასუნთქვისა და პლაცენტარული სისხლის მიმოქცევის შეწყვეტის პარალელურად, იცვლება სისხლის დინების ხასიათი, იზერება ჩანასახოვანი სისხლის მიმოქცევის გზები (ბოტალის სადინარი, ოვალური სვრელი, ჭიბის სისხლძარღვთა ნარჩენი — არანცის სადინარი) და იწყებს ფუნქციონირებას სისხლის მიმოქცევის მცირე და დიდი წრე.

წონის ფიზიოლოგიური კლება

სიცოცხლის პირველ დღეებში ახალშობილთა 70-80%-ს თავდაპირველი წონის 7-10% (დაახლოებით 200-300 გ) აკლდება. წონის კლების ძირითადი მიზეზია სითხის დაკარგვა შარდის, პირველი განავლის (მეკონიუმი), ფილტვების, კანის, ჭიპლარის მუმიფიკაციის გზით და ამნიონური სითხის ამოღებინება. წონაში მნიშვნელოვანი დაკლების თავიდან აცილების საუკეთესო საშუალებაა ბავშვის დროული მიყვანა ძუძუსთან (დაბადებიდან 30-60 წუთის შემდეგ), კვება ბავშვის მოთხოვნის გათვალისწინებით, სითბოს რეჟიმის ოპტიმიზაცია.

წონაში მატება სიცოცხლის მე-4-მ დღიდან იწყება და ახალშობილი პირვანდელ წონას მე-7-10 დღეს აღიდგენს.

გარდამავალი ცხელება

სიცოცხლის მე-3-მ დღეს ახალშობილთა 0,5-17%-ს ტემპერატურის 38,5-39,5°C გრადუსამდე მატება აღენიშნება, რომელიც ხშირად წონის მაქსიმალური დაკლების ვადას ემთხვევა. ტემპერატურის მომატება მხოლოდ რამდენიმე საათი გრძელდება.

ტრანზიტორული ცხელების მიზეზი შეიძლება იყოს მიღებული სითხის არასაკმარისი რაოდენობა, ჰაერის მაღალი ტემპერატურა, ნივთიერებათა ცვლის თავისებურება, ხსენში ცილებისა და მარილების ჭარბი რაოდენობა.

გარდამავალი ცხელება მეურნეობას არ საჭიროებს. თუ ტემპერატურა ძალიან მაღალია (39°C და მეტი) საჭიროა დამატებით სითხის (5%-იანი გლუკოზა, რეპიდრონი) მიწოდება და ფიზიკური მეთოდების (გრილი ოქრა, საფენები) გამოყენება. სიცხის დაშლვის საშუალებები (ანტიპირეტიკები) იშვიათად გამოიყენება.

კანის საფარველის ტრანზიტორული ცვლილებები

უბრალო ერითემა ანუ კანის ფიზიოლოგიური კატარი — ახალშობილთა კანის ჰიპერემია (ციანოზური ელფერი). იგი გარემოს ახალი პირობების საპასუხოდ, კანის კაპილარული ქსელის გაფართოების შედეგია. 2-3 დღის შემდეგ სიწითლის ინტენსივობა მცირდება, რასაც კანის ნაზი ბურბუშელასმაგვარი აქერცვლა (დესქვამაცია) მოჰყვება. იგი განსაკუთრებით კარგად ხელისა და ფეხისგულების არეშია გამოხატული და 7 დღის ბოლოს უკვალოდ ქრება.

ტოქსიკური ერითემა — ახალშობილთა კანზე (კიდურების გამშლელ ზედაპირზე, სახსრების ირგვლივ, დუნდულებზე) განვითარებული ერითომატოზური, მოპკვრივო ლაქები, ბაბულები (მუხუდოს მარცვლის ან ოდნავ დიდი ზომის რბილი ან მკვრივი კვანძები) და გუნიკულებია (თხიერი, არაჩირქოვანი შიგთავსის მქონე ბუშტუკები). ეს წარმონაქმნები არ გვხვდება ტერფებზე, ხელის გულებსა და ღორწოვან გარსებზე; სახეზე გამოხატულია ე. წ. *acne neonatorum*.

ტოქსიკური ერითემა, რომელიც სიცოცხლის მე-2-5 დღეს ვითარდება, 2-3 დღეში უკვალოდ ქრება, ბავშვის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

ახალშობილთა კანის ფიზიოლოგიური სიყვითლე — კანისა და ღორწოვანი გარსების ყვითლად შეფერვა. იგი ვითარდება სიცოცხლის მე-2-3 დღეს და ინტენსივობას მე-7-10 დღეს კარგავს. დღენაკლულ ახალშობილებში სიყვითლე გახანგრძლივებულია (2-3 კვირა).



ახალშობილი კანის დესქვამაციით



ღინღლი (ღახუგო) ახალშობილის მხრის მიდამოში



ახალშობილთა მასტოპათია



acne neonatorum

სიყვითლის მიზეზია ფეტალური ერთროციტების დაშლა და სისხლსა და ქსოვილებში თავისუფალი ბილირუბინის სიჭარბე. ზოგჯერ ქალის რძე, ღვიძლის ფუნქციური უკმარისობა და ამის გამო, ბილირუბინის არატოქსიკურ ფორმად გარდაქმნისა და გამოყოფის შეფერხება. ახალშობილთა ფიზიოლოგიური სიყვითლის დროს განავალი და შარდი ჩვეულებრივი შეფერილობისაა, ბავშვის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია.

სქესობრივი კრიზი

მუცლადყოფნის პერიოდის ბოლო 8-12 კვირის განმავლობაში ნაყოფი და ძუძუთი კვების დროს ახალშობილი — ინტენსიურად მარაგდება დედის ჰორმონებით (ესტროგენებით). ამის გამო ახალშობილებში სიცოცხლის მე-3-4 დღეს, შეიძლება განვითარდეს:

- ფიზიოლოგიური მასტობათია (სარძევე ჯირკვლების შეჯირჯება);
- ახალშობილთა მეტრორაგია (საშოდან მწებავი სითხისა და 1-2 მლ-ის ოდენობის სისხლიანი გამონადენი);
- გარეთა სასქესო ორგანოების შეშუპება, სარძევე ჯირკვლების ირგვლივ და სათესლე ჯირკვლების კანის ჰიპერემიზაცია. ფიზიოლოგიური მასტობათიის დროს, ტრავმისა და ინფექციების თავიდან აცილების მიზნით, სარძევე ჯირკვლიდან სკრეპტის გამოდევნა დაუშვებელია. საკმარისია სტერილური ნახვევის დაგდება.

ახალშობილთა ფიზიოლოგიური ოლიგურია, ალბუმინურია და შარდმჟავა ინფარქტი

ახალშობილებში, სიცოცხლის პირველი სამი დღის განმავლობაში, შემცირებულია შარდის რაოდენობა და შარდის სიხშირე (დღე-ღამეში 4-5-ჯერ), რაც ფიზიოლოგიური ოლიგურიის სახელწოდებითაა ცნობილი. შემდეგ დღეებში შარდის რაოდენობა მატულობს და შარდის სიხშირეც 20-25-ია დღეში.

ახალშობილთა შარდი კონცენტრულია და ხშირად ცილასაც (ალბუმინურია) შეიცავს. ახალშობილთა ფიზიოლოგიური ალბუმინურია სწრაფად წარმატებულია. ზოგიერთი (2-3%) ახალშობილის შარდი მოწითალო-აგურისფერია და ასეთივე ფერის (სილის შემცველ) ლაქას ტოვებს საფეხზე. ამ მოვლენას შადმჟავა ინფარქტს უწოდებენ. შარდმჟავას ჭარბი დაგროვების მიზეზად მიიჩნევენ უჯრედების (ლეიკოციტები, ერთროციტები) გაძლიერებულ დაშლას და ცილის ცვლის თავისებურებას ახალშობილებში.

შარდმჟავა ინფარქტი, ისევე როგორც სხვა ცვლილებები ახალშობილის შარდში, ტრანზიტორულია და დამატებით ჩარევას არ საჭიროებს.

გარემო პირობების უმნიშვნელო შეცვლა, არასწორი მოვლა ახალშობილთა „არამყარი წონასწორობის“ დარღვევისა და დაავადების განვითარების საფუძველია, რომლის თავიდან აცილების საუკეთესო პირობაა მომვლელი სამედიცინო პერსონალისა და მშობლების გაძლიერებული ყურადღება, ჰიგიენური პირობების მკაცრი დაცვა და კვების სწორი ორგანიზაცია.

[illegible]

:ပဝဠိဒ္ဓါဝါယာနံ ပဗ္ဗင်္ဂမာဓိကဏ္ဍပရိ နသံ ပဗ္ဗင်္ဂမာဓိကဏ္ဍ

[illegible]

፡ሀይለማርያም

[illegible]

•ပုဂ္ဂလိကသမိုင်း

[illegible]

ရင်းနှီးမြှုပ်နှံမှုများကို အားလုံးကိုင်တွယ်ထိန်းချုပ်မှုများကို အကောင်အထည်ဖော်နိုင်ရန် အရေးကြီးသည်။ အထူးသဖြင့် အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း အခြေခံအဆောက်အအုံများကို အကောင်အထည်ဖော်နိုင်ရန် အရေးကြီးသည်။

•၅၆၇၆၁၁၁၆

[illegible]

10.1. **ရည်ရွယ်ချက်နှင့် ရည်ရွယ်ချက်များ**

[illegible][illegible][illegible]

၂၀၁၆ ခုနှစ် ဇူလိုင်လ ၁ ရက်နေ့မှ ၂၀၁၆ ခုနှစ် ဇူလိုင်လ ၃ ရက်နေ့ အထိ

[illegible]

გლეკოზის (ჰიპოგლიკემია), ცილისა (ჰიპოპროტეინემია) და პროთრომბინის შემცველობა, ბილირუბინის დონე კი მაღალია, ვიდრე დღესრულებში.

10.2. დღენაკლულობის ხარისხები .

პრაქტიკული მიზნისათვის, დღენაკლულ ბავშვთა დამახასიათებელ კლინიკური ნიშნების დიდი დიაპაზონის გამო, ყოფენ 4 ხარისხად. ხარისხი გამოხატავს ნაადრევად დაბადებულთა სიმწიფეს, გარემოსთან ადაპტაციის შესაძლებლობას, პათოლოგიის სიმძიმესა და თავისებურებას (შესაძლებელია, მათ გადაარჩენასაც).

I ხარისხის დღენაკლულობის დროს ახალშობილის სხეულის მასა 2 500-2 001 გ-ია, II ხარისხის დროს — 2 000-1 501 გ-ს იწონის, III და IV ხარისხების დროს ახალშობილის მასა შესაბამისად 1 500-1 000 გ და 1 000-500 გ-ია.

დღენაკლული ბავშვის აზვარის სკალით შეფასება

ასფიქსიის ხარისხის დასადგენად და რეანიმაციული ღონისძიებების ჩასატარებლად დღენაკლულ ახალშობილებში გამოიყენება აზვარის სკალა. ქულების დათვლა ხდება როგორც ბავშვის დაბადების პირველი წუთის ბოლოს და განსაზღვრავს რეანიმაციულ ღონისძიებების ხასიათს, ასევე 10-15 წუთის შემდეგ, რომელიც მეტყველებს რეანიმაციის ეფექტზე ან უეფექტობაზე. თუ ქულების რაოდენობა ისევ დაბალია, რეანიმაცია უნდა გაგრძელდეს. შესაძედ ბავშვის მდგომარეობა ფასდება დაბადებიდან 2 საათის შემდეგ. ქულების ჯამი პროგნოზის მაუწყებელია. დადებითი დინამიკის შემთხვევაში (7 ქულა და მეტი) ბავშვი შეიძლება გადაყვანილი იქნას განყოფილებაში. აზვარის სკალა ძირითადად გამოიყენება დღენაკლულებში, რომელთა წონა არის 1 800-2 000 გ და მეტი. ნაყოფი არ მოითხოვს აზვარის სკალით შეფასებას.

10.3. დღენაკლული ახალშობილის მოვლა სამშობიარო ბლოკში (დარბაზში)

დღენაკლული ბავშვის მოვლა ევალდება მედდას, რომელსაც მეთვალყურეობს და სისტემატურად ამოწმებს ექიმი-ნეონატოლოგი. ნაადრევად დაბადებულ ბავშვთა განყოფილებაში მომუშავე პერსონალი უნდა იყოს ჯანმრთელი, სისტემატურად უნდა გაიაროს სამედიცინო შემოწმება (კლინიკურ-ლაბორატორიული, რენტგენოლოგიური, ბაქტერიოლოგიური, გამოკვლევა შიდა-ზე და ათამანგზე). უნდა იყვნენ თანამედროვე ცოდნით აღჭურვილნი და განყოფილებაში მკაცრად იცავდნენ სისუფთავესა და სტერილობას.

დღენაკლულთა განყოფილებაში არ დაიშვება მომცლელი პერსონალი და პირველ რიგში მედდა, რომელიც ავად არის — აქვს სურდო, ხველა, ტემპერატურა, ნაწლავთა აშლილობა, ინფექციურ ავადმყოფთან კონტაქტი ან არის რომელიმე ინფექციის ბაცილმატარებელი.

მედდამ, სანამ მუშაობას შეუდგება, სასურველია მიიღოს შხაპი, შემდეგ იცვლის საგარეო ტანსაცმელსა და ფეხსაცმელს, იცვამს თეთრ სტერილურ ხალათს, ბახილებს, იხურავს ქედს ან უკეთესია თავსაფარს, იკეთებს ოთხფენა მარკირებულ ნიღაბს, რომელსაც 3-4 საათში ერთხელ იცვლის. ფრჩხილები ძირში აქვს შეჭრილი. განყოფილებაში აკძალულია სამკაულებისა და კოსმეტიკური საშუალებების გამოყენება.

მედდა და ექიმი, სანამ სამუშაოს შეუდგება, იბანს ხელებს საპნითა და ჯაგრისით (იდაყვამდე) და იმუშავებს 0,25%-იანი ქლორამინის ხსნარით. მეანი მუშაობს სტერილური ხელთათმანებით. ახალშობილს იგი ღებულობს სტერილურ თბილ მაგიდაზე.

დღენაკლული ახალშობილის პირველადი ტუალეტის პრინციპი ანალოგიურია დროზე დაბადებული ბავშვისა. გამოჩაკლისს წარმოადგენს აბაზანის ჩატარება. ბანაობა შეიძლება ჯანმრთელი დღენაკლული ბავშვისა, რომელიც დაიბადება წონით 2 კგ და მეტი. პირველადი ტუალეტის ჩატარების შემდეგ დღენაკლული ბავშვი სასწრაფოდ გადაყვანილი უნდა იყოს სამშობიარო სახლის დღენაკლულ ახალშობილთა პათოლოგიის განყოფილებაში. ბავშვის

გადაყვანის შესახებ პერსონალი წინასწარ უნდა იყოს ინფორმირებული, რათა მოამზადონ აუცილებელი ხელსაწყოები ბაგშვის მოვლისათვის. თუ ჯანმრთელია ახალშობილი, ხსნარების შეყვანა ჭიბის ყენაში არ არის მიზანშეწონილი. ჟანგბადის მიწოდება უნდა გადაწყდეს ინდივიდუალურად – უმეტესობას იგი არ ესაჭიროება. ყველა დღენაკლული დაბადებისას ღებულობს k ვიტამინს. ახალშობილთა პათოლოგიის განყოფილებაში ნაადრევად დაბადებული ბაგშვებისათვის გამოიყოფა სპეციალური პალატა და საექსპონო საგუშაგო.

10.3.1. დღენაკლული ბაგშვის პალატა •

დღენაკლული ბაგშვის პალატაში ან კუვეზის განყოფილებაში დაცული უნდა იყოს:

- მოვლის კომფორტული პირობები;
- ინფიცირების პროფილაქტიკა;
- დინამიური საექსპონო მოვლა;
- დარღვეული ჰომეოსტაზის კორექცია;
- ბუნებრივი კვება.

პალატის ტემპერატურა $24-25^{\circ}\text{C}$ უნდა უდრიდეს, ტენიანობა 55-60%-ს. მოვლის ინდივიდუალური პირობები ზორციელდება კუვეზის დასმარებით ან საწოლის დამატებითი გათბობით. ნაადრევად დაბადებულთა შეხვევა ხდება სტერილურ შემთბარ საფეხებში. აღნიშნული ღონისძიებანი ხელს უწყობს ენერგიის ხარჯვის მნიშვნელოვან შემცირებას. აუცილებელია პალატების ყოველდღიური განიავება. დღენაკლულები, რომელთაც აქვთ ფილტვის ქვედა ნაწილების არასაკმარისი ვენტილაცია და მიდრეკილება ფილტვის ანთების განვითარებისადმი, სხვა ბაგშვებთან შედარებით უფრო მეტად საჭიროებენ სუფთა ჰაერს. ოთახის განიავების დროს ჰაერის ტემპერატურა ძალიან არ უნდა დაქვეითდეს, რისთვისაც საჭიროა ცივ ამინდში გამათბობელი აპარატურის ჩართვა. ნაადრევად დაბადებული ბაგშვის ადაპტაციის თავისებურება უნდა იქნეს მხედველობაში მიღებული მისი დაბადების მომენტიდანვე პირველ რიგში, ეს ეხება თერმორეგულაციის უმწიფრობას, სუნთქვის ფუნქციის დადგენას, ღრმა მეტაბოლური ცვლილებებით გამოწვეულ საშუალო სტრესსა და სხვა. დღენაკლულთა პალატაში უნდა იყოს მაგიდები გამათბობელით, ელექტროამოწმოვი, აპარატი ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციისათვის, სპონტანური სუნთქვის სისტემები, ხელსაწყოები ფოტოთერაპიისათვის. პალატის მუშაობაში მნიშვნელოვანი როლი ექსპრესლაბორატორიას ენიჭება, რომელიც განსაზღვრავს მჟავა-ტუტოვან წონასწორობას, გლუკოზას, ბილირუბინს, საერთო ცილას, კალიუმს, ნატრიუმსა და სხვა მაჩვენებლებს სისხლში. პალატაში ჟანგბადის მიწოდება ცენტრალიზებულია.

10.3.2. კუვეზი

სიტყვა „კუვეზი“ ფრანგული წარმოშობისაა და ინკუბატორს ნიშნავს. არჩევენ დახურულ და ღია ინკუბატორს. კუვეზი განკუთვნილია ინდივიდუალური მოვლისა და მკურნალობისათვის. მასში იქმნება განსაკუთრებული მიკროპაეა, რომელიც ხელს უწყობს დღენაკლული ბაგშვის ადაპტაციის პერიოდის უკეთ წარმართვას და ამცირებს ინფექციის გავრცელებას. კუვეზის საშუალებით ტემპერატურა, ჰაერის ტენიანობა, ჟანგბადის კონცენტრაცია მოთხოვნილების ფარგლებში ეძლევა დღენაკლულს. დახურულ კუვეზში პირველ დღეებში ჰაერის ტენიანობა 90-95%-ის ფარგლებშია, 2-3 დღის შემდეგ ის უნდა შემცირდეს და მეორე კვირისათვის 60-55%-ს გაუტოლდეს. უფრო დაბალი ტენიანობის დროს, ძალიან მცირე წონის ბაგშვებში, იქმნება სითხის დაკარგვის საშიშროება. ამისათვის, გარემოს ტემპერატურა უფრო მაღალი უნდა იყოს, რათა შენარჩუნებული იქნეს სხეულის ტემპერატურა ($36^{\circ}-37^{\circ}\text{C}$ -ით). ჟანგბადის მიწოდება დამოკიდებულია ბაგშვის მდგომარეობაზე და ჰიპოქსიის ხარისხზე (ციანოზი, სუნთქვის გახშირება). ჟანგბადის უკმარისობის დროს მისი მიწოდების სიჩქარე უდრის 8-10 ლ/წთ-ში. მდგომარეობის გამოსწორებისას ის უნდა შემცირდეს 6-4 ლ/წთ-ში. ჟანგბადის ხანგრძლივი

გამოყენება და მაღალი კონცენტრაციით მოწოდება შეიძლება განდეს თვალის მძიმე დაზიანების მიზეზი (ბადურის ჩამოფეხება, სიბრძნე და სხვა). კუვეზის ტემპერატურა 3-4 ჯერადი გახიზვით უნდა იყოს $32,0^{\circ}-35,0^{\circ}\text{C}$. ტემპერატურის დონე დამოკიდებულია ბავშვის სხეულის მასაზე და მის ასაკზე (დღეებში).

ინკუბატორში ბავშვი მოთავსებულია განდილი. ყველა მანიპულაცია კუვეზში კეთდება (სურათი 46). მასში ყოფნის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია ბავშვის ზოგად მდგომარეობაზე და სხეულის მასაზე. ღრმა დღენაკლულები ხანგრძლივად იმყოფებიან (2-3 კვირა და მეტი). მცირე ხანისის დღენაკლულები მხოლოდ — 2-4 დღე რაც უფრო ხანგრძლივად ინკუბატორში ბავშვი, მით უფრო მეტია ინფიცირების შესაძლებლობა. ამიტომ ნაპრებში მყოფი ინკუბატორი მოითხოვს სისტემურ დასუფთავება-დამუშავებას: კვარციით დასუფთავებას, განთავსებისა და დეზინფექციას 1%-იანი ქლორამინით ან 0,2%-იანი სუფოქსიმილინით (კუვეზის დამუშავების წესი მოწოდებულია ჯანმრთელობის სამინისტროს დეზინფექციისა და სტერილიზაციის სამეცნიერო კვლევითი ინსტიტუტის მიერ). როცა დღენაკლული ბავშვი შეძლებს სხეულის ტემპერატურის უკეთეს შენარჩუნებას და დამატებითი ოქსიგენაცია აღარ დასჭირდება, მას ათავსებენ კუვეზ-საწოლში ან საწოლში დამატებითი გამათბობლებით. დამატებითი გათბობა უნდა შეწყდეს ამ შემთხვევაში, როცა ახალშობილი შეძლებს სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნებას პადალში, სადაც პაუნის ტემპერატურა $24^{\circ}-25^{\circ}\text{C}$ -ია. თუ საჭიროა დამატებითი გათბობა, გამოიყენება სათბურები, რომელსაც ათავსებენ ბავშვის ფეხებთან 10-15 სმ-ის დაშორებით. სხეულის ქვედა ნაწილსა და ფეხებს აფარებენ საბანს.



სურათი 46. ბავშვი კუვეზში

კუვეზის გამოყენება დღენაკლული ბავშვის გაჯანმრთელებაში დიდი პროგრესია: გარდა მიკროპიკის შექმნისა და დღენაკლულზე ადვილად შესაძლებელი დაკვირვებისა, ინკუბატორში მყოფი ახალშობილი გარემოსაგან იზოლირებულია, რაც ინფექციის გავრცელების საწინააღმდეგო საშუალებაა. მაგრამ კუვეზს აქვს თავისი უარყოფითი მხარეებიც: მუხედვად ინკუბატორის კვარციით დასუფთავება, განთავსებისა და დეზინფექციისა, პათოგენური მიკრობების კუვეზში შეღწევადაც შესაძლებელია, ხანგრძლივად ბავშვის იზოლაცია სუფთა პაუნისაგან კი არ არის ფიზიოლოგიური (სასუნთქი სისტემის რეცეპტორები არ იღებენ აუცილებელი გადამზიდებას). ამიტომ დღენაკლული ბავშვის კუვეზში ხანგრძლივად ყოფნა არ არის გამართლებული.

III.4. თერმორეგულაციის თავისებურება დღენაკლულებში

ნაადრევად დაბადებულებში თერმორეგულაციის სისტემა არასრულყოფილია (ჰიპოთალამიკის მორფოგენეტიკური უკმარისობის გამო): ისინი სწრაფად ციფდებიან და სწრაფადვე გადახურდებიან. მათი სხეულის ტემპერატურა ზოლიანად დაკავშირებულია გარემოს ტემპერატურასთან და მხოლოდ ინდივიდუალური მიკროპიკის შექმნა განაპირობებს ტემპერატურის ნორმალურ დონეზე მორეგებას.

გაცივებისადმი განწყობა განპირობებულია კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის სუსტი განვითარებით და მასის მიმართ სხეულის ფართის მაღალი ხვედრითი წონით, რაც ხელს უწყობს სითბოს გაძლიერებულ გაცემას. ამავე დროს, აღინიშნება სითბოს დაქვეითებული პროდუქცია გამოწვეული ჟანგვითი პროცესების უკმარისობით, კუნთების მცირე აქტივობით და საკვების დაბალი კალორიულობით, რასაც ნაადრევად დაბადებულები ღებულობენ სიცოცხლის პირველ კვირას. გარკვეული როლი ენიჭება ცენტრალური ნერვული სისტემის უმწიფრობას. გადაცივება ვლინდება კანის საფარის სიფერმკრთალობით, ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით და ფიზიოლოგიური რეფლექსების დაქვეითებით.

დღენაკლულის ზედმეტი გათბობა განპირობებს გადახურებას, რაც შეიძლება აიხსნას თერმორეგულაციის ცენტრის არასრულყოფით, სიმპატიკური ნერვული სისტემის აქტივაციით და სითბურ გაღიზიანებაზე კანის სისხლძარღვების არასაკმარისი რეაქციით. დაბადებისას გადახურება აღენიშნება ყველა დღენაკლულს, განსაკუთრებით იმ ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება. ტემპერატურა მატულობს დაბალი სუბფერულიტეტიდან ($37,2^{\circ}-37,3^{\circ}\text{C}$) მაღალ ციფრებამდე ($39^{\circ}-40^{\circ}\text{C}$). დღენაკლულ ბავშვებში მნიშვნელოვანი გადახურება მიმდინარეობს ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით, ადგილი აქვს ქოშინს, უმადობას, ნაწლავთა აშლილობას და ზოგჯერ კრუნჩხვებს.

10.5. დღენაკლული ბავშვის კვება

დღენაკლული ბავშვის კვება წარმოადგენს პრობლემას, რომლის სწორი გადაწყვეტა დამოკიდებულია სამედიცინო პერსონალის გამოცდილებასა და მათ ხელოვნებაზე. დღენაკლული ბავშვის ობტინალური საკვები არის ქალის (დედის) რძე. ეს უკანასკნელი სასურველია იყოს ახალი. ქალის რძე, რომელიც რჩება რიგითი კვების შემდეგ, ინახება მაცივარში 3-3,5 საათი და გამოიყენება შემდეგ კვებაზე სტერილიზაციის გარეშე. სტერილიზაციას ექვემდებარება რძე, რომელიც ინახება მაცივარში 3,5 საათზე მეტი, ასევე რძე შეგროვილი და შერეული სხვადასხვა დედისაგან. ქალის რძის უქონლობის შემთხვევაში ან რძის ნაკლებობის დროს, დღენაკლულ ბავშვს ეძლევა დონორის რძე ან ადაპტირებული რძის ნარეგები: სემილაკი, დეტალაქტი, ბიტალაქტი და სხვ.

დღენაკლული ბავშვის კვება, განსაკუთრებით სიცოცხლის პირველი ორი კვირა, დაკავშირებულია დიდ სიმსივნეებთან, რაც აიხსნება საჭმლის მომწელებელი და ნერვული სისტემის უმწიფრობით, ასევე ნაადრევად დაბადებული ბავშვის მძიმე მდგომარეობით. მიუხედავად კვების პრობლემის მიმართ სხვადასხვაგვარი მიდგომისა, დღენაკლული ბავშვის კვება ინდივიდუალურია, რომლის დროსაც მსყდველობაშია მიღებული ბავშვის ასაკი, წონა და ზოგადი მდგომარეობა.

დღენაკლული ბავშვის კვების მეთოდები შემდეგია:

— ენტერალური კვება — დედის ბუკუდან, ბოთლით ან ზონდით კვება. ზონდით კვება შეიძლება იყოს წყვეტილი (ყოველ 3 საათში ერთხელ) და მუდმივი. ღრმა დღენაკლულებს საკვები ეძლევათ ცხვირის ნესტოებიდან, ბიპუტით ან კერნ-მაუერის კოვჩით (ეს გზა საშიშროა);

— პარენტერალური კვება — საკვები ნივთიერებების ვენაში შეყვანა.

სიმსივნეები, რომელიც ვითარდება დღენაკლული ბავშვის კვების დროს:

— წოვისა და ყლაპვის რეფლექსის არ არსებობა (განსაკუთრებით გესტაციის 34 კვირამდე);

— ამოქაფება — საყლაპავ-კუჭის სფინქტერის არასაკმარისი განვითარების გამო, მოტორიკის დარღვევა, ქარბი საკვების მიღება (შესაძლებელია ასპირაცია);

— ნაწლავთა პერისტალტიკის უმცირესობა, მუცლის შებერვა და ნაწლავების გაჭიმვა;

— კუჭის მცირე მოცულობა და შიგთავსის ევაკუაციის გაზანდობილობა;

— ლაქტაზის აქტივობის დაქვეითება;

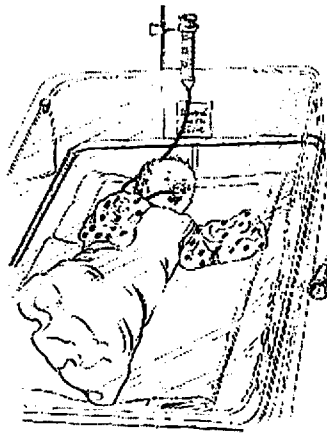
— ცხიმების შეწოვის დარღვევა;

— მუცლადყოფნის მარაგის (ცილის, მიკროელემენტების, რკინისა და სხვა) დაქვეითება;

კვების პრაქტიკული საკითხების გადასაწყვეტად აუცილებელია გაეცეს პასუხი შემდეგ ძირითად საკითხებს: როდის, რით, როგორი მოცულობითა და მეთოდით უნდა ჩატარდეს კვება. კვების ძირითადი პრინციპია სიფრთხილე და საკვების თანდათანობითი მიცემა.

პირველი კვება დამოკიდებულია გესტაციის ასაკზე, დაბადების წონასა და ბავშვის ჯანმრთელობის მდგომარეობაზე. საკვების ადრეული მიცემა ხელს უწყობს ინფექციის სისხშირის შემცირებას, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დროულ მოშწიფებას, პარენტერალური კვების ხანგრძლივობის და ქოლესტაზის სისხშირის შემცირებას, კალციუმის მეტაბოლიზმის გაუმჯობესებას. გესტაციის მაღალი ვადით ნაადრევად დაბადებულს, მძიმე სომატური პათოლოგიის არ არსებობისას, შეიძლება საკვები მიეცეს დაბადებიდან 2-3 საათის შემდეგ. ზოგიერთი ავტორი, ნაადრევად დაბადებულ ბავშვებს, კვების დაწყებას დღენაკლულობის ხარისხს უკავშირებს: I-II ხარისხის დღენაკლულებს საკვებს აძლევენ დაბადებიდან 6-12 საათის, III ხარისხისას — 24 საათის, IV — 72 საათის შემდეგ. თუ დღენაკლული ბავშვი დაბადებისას შეპყრობილია მძიმე პათოლოგიით (ასფიქსია, ფილტვის ანთება და სხვ.) ენტერალური კვება ეძლევა მოგვიანებით (მიუხედავად დღენაკლულობის ხარისხისა). დაუშვებელია ენტერალური კვება, სანამ არ იქნება სტაბილური სუნთქვა და რბილი მუცელი, კუჭში მოხვედრილმა საკვებმა არ უნდა შეაჩეროს სუნთქვა. ამრიგად, ძუძუსთან მიყვანის საკითხი წყდება ინდივიდუალურად. კვების ტექნიკა (ძუძუ, ბოთლი თუ ზონდი) დამოკიდებულია ნაადრევად დაბადებულის სიმწიფეზე, კერძოდ, წოვისა და ყლაპვის რეფლექსის არსებობაზე.

ძუძუს წოვის აქტი მოითხოვს ძალასა და ენერგიას, რაც დღენაკლულ ბავშვს ხშირად არ გააჩნია. მძიმე დატვირთვის თავიდან ასაცილებლად, რომელიც ხშირად სუნთქვის დარღვევას იწვევს (დისზნოე, აპნოე, ამოქაფება და სხვ.), ღრმა დღენაკლულებისათვის გამოიყენება ზონდი (სურათი 47). წარსულში ზონდი შეჰყავდათ ცხვირის ნესტოებიდან ან პირიდან კუჭში ყოველი კვების დროს, კვების დამთავრების შემდეგ უკან იღებდნენ და ახდენდნენ სტერილიზაციას. აღნიშნული მეთოდი ქმნიდა საყლაპავისა და კუჭის ლორწოვანი გარსის დაზიანების საშიშროებას. უკანასკნელ პერიოდში იხმარება რბილი პოლიეთილენის ზონდი სიგრძით 10-12 სმ, რომლის ჩატოვება კუჭში 3-5 დღე დასაშვებია და გართულებებიც ნაკლებად არის მოსალოდნელი. ზონდით კვებას უნიშნავენ ბავშვებს, რომელთა წონა 1500 გ-ზე ნაკლებია. კვებათა შუა პერიოდში ზონდი ფიქსირდება ლოყაზე, ბავშვის ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ იგი გადაჰყავთ ბოთლიდან კვებაზე, ხოლო შემდეგ თანდათან აჩვენებენ ძუძუს. მეორადი ასფიქსიის თავიდან ასაცილებლად კვების წინ და შემდეგ ეძლევათ ტენიანი ჟანგბადი (3-5 წუთი).



სურათი 47. დღენაკლი ახალშობილის ზონდით კვება

დღენაკლულების კვების მთელი პროცესი ადრე ნეონატალურ პერიოდში შემდეგ ეტაპებად იყოფა: მშვიერი პაუზა, კვების დასაწყისი, მინიმალური კვება, მოცულობის

თანდათანობითი მატება, ოპტიმალური კვება, კვება მოცულობისა და შემდეგ ინგრედიენტების შემცველობის გათვალისწინებით.

მშვიერი პაუზა (პერიოდი, როცა არ ხდება რძის მიცემა) არ უნდა იყოს ხანგრძლივი, ის განისაზღვრება არა იმდენად სხეულის მასით, რამდენადაც პერინატალურ პერიოდში გადატანილი დაავადებების ხასიათით. იმ პერიოდში, როცა ბავშვი შიმშილობს, დღენაკლულს ენიშნება 5 ან 10%-იანი გლუკოზა. ნაადრევად დაბადებულმა, ზოგადი დამაკმაყოფილებელი მდგომარეობის დროს, რომლის წონა 1800 გ-ზე მეტია და აქვს კარგი წოვისა და ყლაპვის რეფლექსი, უნდა გამოსწოვოს ძუძუ და იყოს ბუნებრივ კვებაზე. თუ წონა ნაკლებია, წოვისა და ყლაპვის რეფლექსი სუსტია, მისი ზოგადი მდგომარეობა არაა დამაკმაყოფილებელია ძუძუსთან მიყვანა არ არის მიზანშეწონილი, რადგან ძუძუთი კვება წარმოადგენს მძიმე ფიზიკურ დატვირთვას და შეიძლება განვითარდეს მეორადი ასფიქსია, ქალაშიგა სისხლჩაქცევა. ამ შემთხვევაში უნდა მიეცეს ჩამოწველილი ქალის რძე (ზონდით), წოვისა და ყლაპვის რეფლექსის განმტკიცების შემთხვევაში კი გარკვეული დროის შემდეგ, ბავშვი მიჰყავთ ძუძუსთან.

კვების გაანგარიშება კალორიული და მოცულობითი მეთოდით ხდება. მზარდი ორგანიზმის მოთხოვნილების გათვალისწინებით ერთ კგ მასაზე სიცოცხლის პირველი ორი დღე დღენაკლულს 35 კკალ სჭირდება, მე-3 დღეს — 35 კკალ, მე-4 დღეს — 40 კკალ, შემდეგ — ყოველდღიურად 10 კკალ-ით მეტი (მე-10 დღემდე), მე-14 დღეს — 140 კკალ. ზოგჯერ, ღრმა დღენაკლულები მე-2 თვიდან ითვისებენ 150-180 კკალ/კგ მასაზე, რაც ამ ასაკისათვის არ არის მიზანშეწონილი (დღენაკლული ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაბალი ტოლერანტობის გამო). 10 დღის შემდეგ საკვების რაოდენობის ანგარიში ხდება მოცულობითი მეთოდით, რომელიც დაკავშირებულია ბავშვის მასაზე და ასაკზე. 10-14 დღის დღენაკლულებს დღე-ღამის რძის რაოდენობა უდრის მასის 1/7-ს (დაახლოებით, 100 კკალ 1 კგ მასაზე), 2-3 კვირის ასაკში — 1/6-ს (120 კკალ 1 კგ წონაზე) და ერთ თვეზე — 1/5-ს (140 კკალ 1 კგ წონაზე). აღნიშნული კალორიაჟი ოპტიმალურია ნაადრევად დაბადებული ბავშვების უმეტესობის ნორმალური განვითარებისათვის. დღენაკლული საკვებს ღებულობს 2 ან 3 საათში ერთხელ.

ნაადრევად დაბადებულ ბავშვებში წონის ფიზიოლოგიური დაკლება შემდეგნაირად მიმდინარეობს: დღენაკლულებში, რომელთა სხეულის მასა 1 500 გ-ზე მეტია, წონის დაკლება 7-9%-ია, 1 500-1 000 გ წონის ბავშვებში — 10-12%-ია, მცირე წონის ექსტრემალურ დღენაკლულებში კი — 14-15%-ს უდრის. წონის ფიზიოლოგიური დაკლების შემდეგ ხდება მასის თანდათანობითი მატება. თუ „ჯანმრთელი“ დღენაკლული ბავშვი თავის თავდაპირველ წონას იორკვებს 2,5-3,5 თვის ასაკში, დაავადებული — 1-2 თვით გვიან. დღენაკლულებში ყოველდღიური წონის საშუალო ნამატია 15 გ-ის ტოლია.

პარენტერალური კვების ჩვენებად ითვლება ღრმა დღენაკლულობა. ამ მიზნისათვის მოწოდებულია სხვადასხვა შედგენილობების ხსნარები. ისინი შეიცავენ გლუკოზას, ელექტროლიტებს, ცილის სხვადასხვა ჰიდროლიზატებს, ვიტამინებს, ზოგიერთ ცხიმოვან ემულსიას. ხსნარების ენერგეტიული კოეფიციენტი ლიტრზე 720-800 კკალ-ია. იგი შეჰყავთ ვენაში 100-150 მლ კგ მასაზე, რაც ტოლია 80-120 კკალ-ის დღე-ღამეში ერთ კგ მასაზე.

ნაადრევად ნაშობიარები ქალის რძე შეიცავს მეტი რაოდენობით ცილას, ელექტროლიტებს, უჯერ ცხიმოვან მჟავებს და ნაკლებ ლაქტაზას. მიუხედავად ამისა, ღრმა დღენაკლულების დედის რძე უნდა იქნეს გამდიდრებული ცილით, კალციუმით, ფოსფორითა და რკინით. იმ დღენაკლულებმა, რომლებიც იმყოფებიან ქალის რძეზე, მაგრამ ცუდად ვითარდებიან, ერთი თვის შემდეგ ქალის რძესთან ერთად უნდა მიიღონ მაწონი ან კეფირი (5% შაქრით), პარენტერალურად — გლუკოზა და ალბუმინი.

დღენაკლულ ბავშვებს ხილის წვენი, ბოსტნეულის ბიურე, კვარცხის გული, ხაჭო და სხვა მკეროფი საკვები ვადაზე 1-1,5 თვით ადრე ეძლევა.

10.6. დღენაკლული ბავშვის მოვლა სპეციალიზირებულ განყოფილებაში (მოვლის II ეტაპი)

დღენაკლულ ბავშვთა მოვლა სამშობიარო სახლიდან (მოვლის I ეტაპი) ნაადრევად დაბადებულთა სპეციალიზირებულ განყოფილებაში (მოვლის II ეტაპი) გრძელდება. შემდეგში ბავშვს პოლიკლინიკა მეთვალყურეობს. სამშობიარო სახლიდან დღენაკლულთა მხოლოდ 8-10% ეწერება. ისიც ე. წ. „ჯანმრთელი“ დღენაკლულები, რომელთა წონა 2 კგ და მეტია და ზოგადი მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია. დანარჩენი ბავშვები სპეციალიზირებულ განყოფილებაში გადაჰყავთ. ამ უკანასკნელის ამოცანას წარმოადგენს: ავადმყოფი ბავშვის გამოზრდა, დაკარგული ფუნქციების (ან განუვითარებელის) კომპენსაცია, შინაგანი გარემოს ნორმალიზება, ბავშვის იმუნობოლოგიური რეაქტოგობის გაზრდა, ცერებრული დარღვევების მკურნალობის გაგრძელება, ინფექციური დაავადებების მკურნალობა (სეფსისი, ფილტვის ანთება), რაქიტისა და სისხლნაკლულობის (ანემიის) პროფილაქტიკა. ეტაპებს შორის კავშირი მყარდება გადაყვანის ეპიკრიზით. გადაყვანა კი ხდება მთავრ ექიმთან ან განყოფილების გამგესთან შეთანხმებით.

მოვლის II ეტაპზე სანიტარულ-ეპიდსაწინააღმდეგო რეჟიმი იგივეა, რაც სამშობიარო სახლში. დღენაკლული ბავშვი თავსდება კარგად დასუფთავებულ და განთავსებულ პალატაში, პალატების შევსება ხდება ციკლურად. პალატები უნდა იყოს ბოქსირებული — 2-4 დღენაკლული ბავშვისათვის. პალატის ფართობი ერთ ბავშვზე 6 მ², ჭერის სიმაღლე 3 მ, სიგრძე 4,5-5 მ, სიგანე 3-3,5 მ უნდა უდრიდეს. ექთანის საგუშაგო არ უნდა იყოს მოთავსებული პალატაში. საგუშაგო ისე უნდა იყოს განლაგებული, რომ ექთანს შესაძლებლობა ჰქონდეს ყურადღების ცენტრში ჰყავდეს ყველა ნაადრევად დაბადებული ბავშვი. განყოფილებას მუდმივად უნდა ჰქონდეს თავისუფალი და სუფთა პალატები ავადმყოფი ბავშვის იზოლაციისათვის.

დედების მიერ რძის ჩამოწველა ხდება ყოველდღე ჩამოწველილ რძეს აგროვებენ ბოთლებში, რომელსაც მიმაგრებული აქვს დედის გვარი და სახელი. პირველი 2-3 დღე დღენაკლული ახალ გარემოს ეგუება, რაც ზოგჯერ გამოიხატება საქციელის შეცვლაში, წონის მატების შეჩერებასა და შემცირებაში, აქვს ღებინება ან ვითარდება აპნოე. ამიტომ ამ განყოფილებაში გადმოსული ბავშვი მოითხოვს განსაკუთრებულ ყურადღებას, ქალის რძით კვებას, ზოგჯერ კვებათა რიცხვის გადიდებას, მოცულობის შემცირებას, კვების მეთოდის შეცვლას, კუევეზში მოთავსებას, ოქსიგენოთერაპიას. დღენაკლული ბავშვი წონით 1 700 გ და ნაკლები საჭიროებს დამატებით გათბობას, რის გამოც მას (2-3 კვირა) ათავსებენ კუევეზ-საწოლში. ექსტრემალური დღენაკლულები თავსდებიან ღია კუევეზებში — 1 1/2-2 თვის ასაკამდე. დახურული ტიპის კუევეზები გამოიყენება ავადმყოფი დღენაკლულებისათვის. პალატაში, სადაც თავსდება 2 000-2 500 გ და მეტი წონის ნაადრევად დაბადებული ახალშობილები, ჰაერის ტემპერატურა 23°-24°C უნდა იყოს. ყველა დღენაკლულს ანთროპომეტრია (თავის, გულმკერდის, ბეჭის, ბარძაყის, მუცლის გარშემოწერილობა, სიგრძე, წონა, ყიფლიბანდის ზომა) უტარდება შემოსვლის დღეს. შემდეგ სხეულის მასა ყოველდღიურად განისაზღვრება (სასურველია საჭმლის მიღების წინ და შემდეგ), სხვა ანთროპომეტრული მაჩვენებლები კი 10 დღეში ერთხელ. რაქიტის დროული დიაგნოსტიკისათვის ამოწმებენ ძვლების სიმაგრეს, კეფის გარბილებას.

დღენაკლულ ბავშვებს ჰიგიენური აბაზანა ჭიბლარის მოვარდნის შემდეგ უტარდებათ (ხშირად, სიცოცხლის მე-12-14 დღეზე), ხოლო ღრმა დღენაკლულებს — მე-15-18 დღეზე. აბაზანა დღეგამოშვებით კეთდება, კანის გაღიზიანების შემთხვევაში კი ყოველდღე წინააღმდეგჩვენებად ითვლება: ქალაშიგა სისხლჩაქცევის მწვავე პერიოდი, მძიმე ასფიქსია, არაინფექციური პნევმოპათიები და სხვ. აბაზანის წყლის ტემპერატურა 37,5°-38°C-ია, პროცედურის ხანგრძლივობა — 5 წუთი.

პალატის ტემპერატურული რეჟიმი ერთი თვის დღენაკლულებისათვის, რომელთა წონა 2 კგ-ზე ნაკლებია, მერყეობს 25°-26°C შორის, 2 კგ-ზე ზემოთ მასის ბავშვებისათვის 23°-24°C, ხოლო 3 კგ და მეტი წონის დღენაკლულებისათვის 22°C.

დღენაკლული ბავშვი სასეირნოდ შეიძლება გაყვანილი იქნეს 3 კვირის ან ერთი თვის შემდეგ, როცა ის 2 100-2 500 გ მიაღწევს გაზაფხულ-ზაფხულის პერიოდში და შემოდგომა-

ზამთარში, როცა მისი წონა 2 500-3 000 გ იქნება. პირველი სეირნობის ხანგრძლივობა ზაფხულში 20-30 წუთია, ზოლო ზამთარში — 10-15 წუთს არ უნდა აღემატებოდეს. არ შეიძლება სეირნობა ქარში და როცა ჰაერის ტემპერატურა 5°C -ზე დაბალია. სეირნობის ხანგრძლივობა ყოველდღიურად უნდა გავზარდოთ.

მოვლის II ეტაპზე სპეციალიზირებულ განყოფილებაში კვების გაანგარიშება ხდება მოცულობითი მეთოდით: დღენაკლულებს 10-14 დღის ასაკში საკვები ეძლევათ წონის $1/7$, 3 კვირის ასაკში — $1/6$, 1 თვისას მასის — $1/5$.

საკამათო რჩება დღენაკლული ბავშვის ადრეული სტიმულაცია, რომლის მიხედვით ნებისმიერი მანიპულაცია, მათ შორის თავზე უბრალო ხელის გადასმა, სინათლის, ხმაურის გავლენა და სხვა, ხშირად დადებით და ამავე დროს, უარყოფით ეფექტებსაც განაპირობებს. ცნობილია, რომ დღენაკლულ ბავშვში თავზე ხელის გადასმა აუშჯოხესებს ნაწლავთა პერისტალტიკას, სიგრძეში მატებას. ჩატარებულია ექსპერიმენტი, რომლის მიხედვით ტყუპებიდან ერთს მუდმივად არწევდნენ, მეორეს — არა. პირველი სწრაფად იმატებდა სიგრძეში, მეორე კი არა. ზოგ დღენაკლულებში ხელის თავზე გადასმა სწრაფადწარმაგალ ჟანგბადის უკმარისობას (ჰიპოქსიას) განაპირობებდა. ამრიგად, ადრეული სტიმულაცია სიფრთხილესა და დაკვირვებას მოითხოვს, ვინაიდან ზედმეტი (გადაჭარბებული) სტიმულაცია საფრთხეს უქმნის უმწიფარ ორგანიზმს. რაც შეეხება „კენგურუს მეთოდს“, იგი განსაკუთრებით ეფექტურია ღრმა და ექსტრემალურ დღენაკლულებში.

„კენგურუს მეთოდი“ მოწოდებულია კოლუმბიელი ექიმის ედგარ რეი სანაბრიას მიერ და უკვე 10 წელიწადია წარმატებით გამოიყენება მსოფლიოს განვითარებულ ქვეყნებში (საფრანგეთი, ინგლისი და სხვა). ახალშობილი კენგურუ ასანთის ყუთის ოდენაა და დაბადებისთანავე გადაცოცდება დედის ჩანთაში, სადაც იმყოფება მანამ, სანამ არ შესძლებს დამოუკიდებელ არსებობას. ადამიანს ჩანთა არ გააჩნია, ამიტომ დედას შეუძლია შარფით ან ზეწრით მიიკრას იგი მკერდზე და არ მოიცილოს არც დღისით და არც ღამით, ინკუბატორის გარეშე თვითონ გამოზარდოს ბავშვი (სურათი 48). სასურველია, დედა — „კენგურუ“ პერიოდულად შეცვალოს მამა — „კენგურუმ“.



სურათი 48. კენგურუს მეთოდი (სქემა)

„კენგურუს მეთოდის“ პოპულარობის მიზეზია ის, რომ დედის სითბო ხელს უწყობს ბავშვის კარგ და სწრაფ განვითარებას (სხეულის მასის ყოველდღიური ნამატია 20 გ); ამავე დროს, დედის გულის მუშაობა, სხეულის მოძრაობა, ხმა და სუნთქვა დადებით ფსიქოლოგიურ ზეგავლენას ახდენს როგორც ბავშვზე, ასევე დედაზე.

დღენაკლულთა ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში დაუშვებელია ხმაური და კაშკაშა განათება. ჭარბი განათება ხშირად იწვევს რეტინოპათიის განვითარებას.

დღენაკლულის სახლში გაწერა შეიძლება იმ შემთხვევაში, როცა ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა იქნება დამაკმაყოფილებელი და წონით იგი 2 000-2 500 გ-ს მიაღწევს. შშობელის ყძლევა ცნობა ბავშვის დაბადების შესახებ, ისტორიის ამონაწერი, ნევროპათოლოგიის, ოკულისტის, ოტოლარინგოლოგიის, ორთოპედის დასკვნა. გასერმანის რეაქციის მონაცემები, გამოკვლევა შიდს-ზე, ბაქტერიოლოგიური, ტიფო-პარაზიტული და ენტეროპათოგენურ მიკრობებზე. ბავშვის გაწერის შესახებ უნდა ეცნობოს ბავშვთა პოლიკლინიკას სასწრაფო პატრონაჟის ჩასატარებლად.

ბავშვის გაწერის წინ შედდა ვალდებულია შეასწავლოს დედას დღენაკლულის მოვლისა და კვების ძირითადი საკითხები, ამოწმებს დედისა და ბავშვის ბრასლეტებს და აცემვს ბავშვს სახლისათვის განკუთვნილ ტანსაცმელს.

დღენაკლულობის შორეული შედეგები: ნაადრევად დაბადებული ბავშვები ჩვეულებრივ იზრდებიან და ჭაბუკდებიან. უმრავლესობა ჯანმრთელია და საზოგადოების სრულყოფილებიანი წევრია. ცნობილია, რომ ნაადრევად დაიბადა ნიუტონი, ვოლტერი, რუსო, ნაპოლეონი, დარვინი. მაგრამ დღენაკლულობა შორის გონებრივად და ფიზიკურად არასრულფასოვნები უფრო მეტია, ვიდრე დღესრულებში. მათ აღენიშნებათ უხეში ფსიქონევროლოგიური დარღვევები, ბავშვთა ცერებრული დამბლა, ინტელექტის დაქვეითება, სმენისა და მხედველობის აშლილობა, ეპილეფსიური გულისრები და სხვა, რაც განსაკუთრებით ხშირია ღრმა და ექსტრემალურ დღენაკლულებში.

ბინის პირობებში დღენაკლული ბავშვის განვითარებას ხელს უწყობს ინდივიდუალური მოვლა, თამაში, მასაჟი, ვარჯიში და რაციონალური კვება.

კითხვები:

1. რა არის დღენაკლულობის მიზეზები?
2. როგორია ღრმა და ექსტრემალური დღენაკლულობის წონა?
3. რაზეა დამოკიდებული დღენაკლულ ბავშვებში სიკვდილობის მაჩვენებელი?
4. რაზეა დამოკიდებული ბავშვის გადარჩენა?
5. დღენაკლული ბავშვი უპირატესად ორსულობის რომელ პერიოდში და წლის რომელ დროს იბადება?
6. დაახასიათეთ დროული ახალშობილი;
7. დაასახელეთ დღენაკლული ბავშვის სიმწიფის ამსახველი ნიშნები;
8. როგორია დღენაკლულთა უმწიფრობის კლინიკური გამოვლინებები?
9. რა ნიშნებით ხასიათდება ღრმა დღენაკლული ბავშვი?
10. როგორ ხდება დღენაკლული ახალშობილის გასინჯვა?
11. როგორია დღენაკლულის ტემპერატურული რეაქცია ინტენსივზე?
12. კუჭების მოქმედების დადებითი მხარე;
13. კუჭების გამოყენების უარყოფითი მხარე;
14. ადამტაციური მდგომარეობიდან რომელი არ გვხვდება დღენაკლულებში?
15. რომელ ასაკამდე ითვლება ბავშვი დღენაკლულად?
16. რა წონის დღენაკლული შეიძლება ჭუჭუსთან იქნეს მიყვანილი?
17. როგორ გვჩვენებთ ღრმა და ექსტრემალური დღენაკლული?
18. წონისა და ყლაპვის რეფლექსის არ არსებობისას როგორ გვჩვენებთ ბავშვი?
19. დაასახელეთ მსოფლიოში რომელი ცნობილი პიროვნება დაიბადა დღენაკლული;
20. დღენაკლულებში ტარდება თუ არა ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო ვაქცინაცია?
21. რაში მდგომარეობს დღენაკლული ბავშვის ფიზიკური განვითარების თავისებურება?
22. როგორია დღენაკლულის სამშობიაროდან და სპეციალიზირებული საავადმყოფოდან გაწერის წესი?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. დაიბადა ახალშობილი, რომლის გესტაციური ასაკია:
 - ა. 40 კვირა
 - ბ. 30 კვირა
 - გ. 31 კვირა
 - დ. 35 კვირა
- ეს ახალშობილი დღესრულია თუ დღენაკლული?
2. ბავშვი დაიბადა გესტაციის 30 კვირაზე, წონით:
 - ა. 2 200 გ
 - ბ. 3 400 გ
 - გ. 2 500 გ
 - დ. 3 200 გ
- დასვით დიაგნოზი. რა დაავადება შეიძლება პქონდეს დედას?
3. ბავშვი დაიბადა 2800 დღეზე (ან 10 სამთვარეო თვეზე), წონით:
 - ა. 2 200 გ
 - ბ. 3 400 გ
 - გ. 2 300 გ
 - დ. 3 700 გ
- დასვით დიაგნოზი.
4. ქვემოთ მოყვანილი ნიშნებიდან რომელი ახასიათებს ღრმა დღენაკლულ ბავშვს:
 - ა. ტირის ხმაილვად
 - ბ. გამოიწვევა ფიზიოლოგიური რეფლექსები (ბაბინსკი, რობინსონი, მორი და სხვა)
 - გ. წონისა და ყლაპვის რეფლექსი არ აქვს
 - დ. მოძრაობითი აქტივობა დაქვეითებულია
5. ბავშვი დაიბადა გესტაციის 35 კვირაზე, წონით 1 000 გ, წონისა და ყლაპვის რეფლექსი აქვს სუსტი, როგორ გვჩვენებთ:
 - ა. ძუძუთი
 - ბ. ზონდით
 - გ. პარენტერალურად
 - დ. ბოთლით

თავი XI

ახალშობილთა დაავადებები

ახალშობილთა დაავადებების თავიდან აცილება თანამედროვე პედიატრიის აქტუალური საკითხია. ამ პრობლემის გადაწყვეტა შესაძლებელია პრენატალური და ნეონატალური რისკის ფაქტორების დროული გამოვლენის შემთხვევაში (იხ. ცხრილი 3). რისკის ფაქტორებიდან თუნდაც ერთის არსებობა მეანის ნაყოფზე სისტემატიურ დაკვირვებასა და მდგომარეობის შეფასებას მოითხოვს.

ცხრილი 3

პრენატალური და ნეონატალური რისკის ფაქტორები

რისკის ფაქტორები	ახალშობილთა პათოლოგია
1	2
დედის მხრიდან	ქრომოსომული ანომალია, მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების შეფერხება
ასაკი 35 წლის ზემოთ	
16 წლამდე ასაკი	დედნაკლულობა
დაბალი სოციალურ-ეკონომიკური მდგომარეობა	დედნაკლულობა, ინფექციები, მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების შეფერხება
უნაყოფობა	დაბალი წონის ახალშობილი, განვითარების თანდაყოლილი მანკი, მკვდრადშობილობა
სიგარეტი	განვითარების შეფერხება მუცლადყოფნის პერიოდში, პრენატალური სიკვდილობის მატება
ალკოჰოლის და ნარკოტიკების გამოყენება	განვითარების შეფერხება მუცლადყოფნის პერიოდში, ფეტალური ალკოჰოლური სინდრომი, მოხსნის სინდრომი, უცარი სიკვდილის სინდრომი
შაქრიანი დიაბეტი	მკვდრადშობილობა, ჰიალინური მემბრანა, თანდაყოლილი განვითარების ანომალია
ფარისებური ჯირკვლის დაავადებები	ჩიყვი, ჰიპოთირეოზი, თირეოტოქსიკოზი
თირკმლის დაავადებები	განვითარების ჩამორჩენა მუცლადყოფნის პერიოდში, მკვდრადშობილობა
გულისა და ფილტვების დაავადებები	განვითარების შეფერხება მუცლადყოფნის პერიოდში, ასფიქსია
არტერიული ჰიპერტონია, პრეეკლამფსია	განვითარების შეფერხება მუცლადყოფნის პერიოდში, ასფიქსია
ანემია	მკვდრადშობილობა
იზოიმუნიზაცია (ერითროციტების ანტიგენებით შეუთავსებლობა)	მკვდრადშობილობა, ანემია, სიყვითლე
იზოიმუნიზაცია (თრომბოციტების ანტიგენებით შეუთავსებლობა)	მკვდრადშობილობა, სისხლდენა
თრომბოციტოპენია	მკვდრადშობილობა, სისხლდენა
უხეცვლიანობა	განვითარების მანკი (ანენცეფალია, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის, თირკმლის განვითარების ანომალია)
ესტრიოლების დაბალი დონე შარდში	ნაყოფის განვითარების შეფერხება, მკვდრადშობილობა
სისხლდენა ორსულობის ნაადრევ პერიოდში	დედნაკლულობა, მკვდრადშობილობა

სისხლდენა ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში	ანემია, მკვდრადშობილობა
სანაყოფე გარსის ნაადრევი დაზიანება, ცხელება	მუცლადყოფნის ინფექციები
ინფექციები (ტოქსოპლაზმოზი, წითურა, ციტომეგალია და სხვა)	
წინამორბედი მშობიარობები – ახალშობილი სიყვითლით, დაავადებული ჰიპოლინური მემბრანით, განვითარების მანკი	ამ დაავადებების მაღალი რისკი ახალშობილებში
მედიკამენტების (კორტიკოსტეროიდები, ანტითირეოიდული პრეპარატები, რეზერპინი, სალიცილატები და სხვ.) მიღება	
ნაყოფის მხრივ	
მრავალნაყოფიანი ორსულობა	დღენაკლულობა, ფეტო - ფეტალური ტრანსფუზია, ასფიქსია
მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების შეფერხება	ასფიქსია, მკვდრადშობილობა, განვითარების მანკები
ნაყოფის მდებარეობის ანომალიები	ტრავმა, სისხლჩაქცევა, განვითარების მანკი
გულის რიტმის დარღვევა	ასფიქსია, გულის უკმარისობა, გამტარებლობის დარღვევა
აციდოზი	ასფიქსია, დაავადება – ჰიპოლინური მემბრანა
მშობიარობისას	
ნაადრევი მშობიარობა	ასფიქსია, დაავადება – ჰიპოლინური მემბრანა
დაგვიანებული მშობიარობა (2 კვირით და მეტით)	მკვდრადშობილობა, ასფიქსია, მეკონიუმის ასპირაცია
ჭიშკარის მოგარდნა	ასფიქსია
დედის არტერიული ჰიპოტონია	მკვდრადშობილობა, ასფიქსია
განანგრძლივებული მშობიარობა	მკვდრადშობილობა, ასფიქსია
სანაყოფე წყლები მეკონიუმით არის შეღებილი	მკვდრადშობილობა, ასფიქსია, მეკონიუმის ასპირაცია
სწრაფი მშობიარობა	ტრავმა
ნარკოტიკული ანალგეტიკების გამოყენება ახალშობილის მხრიდან	სუნთქვის დათრგუნვა, არტერიული ჰიპოტონია
აბგარის სკალით დაბალი შეფასება	ქალასშიდა სისხლჩაქცევა, დაავადება ჰიპოლინური მემბრანა, ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია
ახალშობილისაგან, სანაყოფე წყლების ან გარსისაგან უსიამოვნო სუნი	მუცლადყოფნის ინფექცია
პლაცენტის ანომალიები	
პლაცენტის შეშუპება	მუცლადყოფნის პერიოდში განვითარების შეფერხება
პლაცენტის გადიდება	ნაყოფის წყალმანკი, გულის უკმარისობა
პლაცენტის ნაადრევი აშრელება	სისხლნაკლულობა
ჭიშკარის წინამდებარეობა	სისხლნაკლულობა

პათოლოგიის მაღალი რისკის შემთხვევაში მშობიარობას შეიძლება ერთად აუცილებლად გამოცდილ ექიმთა (ნეონატოლოგი, რეანიმატოლოგი) და სპეციალურად განსწავლულ მედდათა ბრიგადა ესწრება, მზადყოფნაშია ე. წ. „რეანიმაციული კუნძული“.

„რეანიმაციული კუნძული“ ექვსი ბლოკისაგან შედგება:

I ბლოკი ოპტიმალური ტემპერატურისა და გარემოს დაცვისთვისაა განკუთვნილი. ბლოკშია გამათბობელი მაგიდა, სხივური სითბოს წყარო, სტერილური და თბილი საფენები, დამცველი ეკრანი.

II ბლოკის დანიშნულებაა სასუნთქი გზების გამაგლობის აღდგენა. ბლოკის აღჭურვილობაა: ასპირაციისათვის რეზინის ბუშტი, კათეტერები, ელექტროასპირატორი, ენდოტრაქეალური მილი, ლარინგოსკოპი და სხვ.

III ბლოკი ოქსიგენოთერაპიისათვის არის განკუთვნილი. ბლოკის აღჭურვილობაა: დაწნეხილი ჟანგბადის რეზერვუარი, დოზიმეტრები, სხვადასხვა ზომის საბავშვო ნიღაბი, ჟანგბადის გასანოტივებელი და გასათბობი აპარატურა;

ფილტვების ხელოვნურ ვენტილაციას უზრუნველყოფს IV ბლოკი. იგი შეიცავს ამბუს ტიპის აპარატს, აირის სისტემას, ფილტვების ავტომატური ვენტილაციის აპარატს (ბებილოგი II და სხვ.).

V ბლოკი მედიკამენტებისათვისაა. აქ არის ერთჯერადი შპრიცები, ხელთათმანები, ინფუზატორები, ჭიშკარის კათეტერები, მედიკამენტებიდან — ადრენალინი, ნალორფინი, დოპამინი, ნატრიუმის ჰიდროკარბონატი, ფიზიოლოგიური ხსნარი, 5 %-იანი ალბუმინი.

VI ბლოკი ბავშვის სიცოცხლისუნარიანობის მაკონტროლებელია. ბლოკის შემადგენლობაშია კარდიომონიტორი, ოქსიმეტრობინისა და სისხლის არტერიული წნევის განმსაზღვრელი აპარატები, წამშობი, ფონენდოსკოპი და სხვ.

„რეანიმაციული კუნძული“ ემსახურება პათოლოგიის მაღალი რისკის მქონე ყველა ახალშობილს. მისი დანიშნულებაა აღდგეს ცნს-ის ჟანგბადით მომარაგება (რეოქსიგენაცია), რასაც მოჰყვება გულის ცემის გაზრდა, სპონტანური სუნთქვის აღდგენა, კანის ფერის ნორმალიზება.

დაავადებებიდან ახალშობილებში ხშირია ასფიქსია, ახალშობილთა პემოლიზური დაავადება, ჩირქოვანი დაავადებები და სხვ.

11.1. ახალშობილთა ასფიქსია

ახალშობილთა ასფიქსია რთული პათოლოგიური მდგომარეობაა, როდესაც შენარჩუნებული სასიცოცხლო ფუნქციების მიუხედავად სუნთქვის შეჩერების ან შეფერხების გამო ჟანგბადის უკმარისობა (ჰიპოქსია) ვითარდება, ირრევა სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოთა (ცნს, გულ-სისხლძარღვთა სისტემა, ღვიძლი, თირკმელი) ფუნქცია.

არჩევენ პირველად (თანდაყოლილ) და მეორად (შექნილ) ასფიქსიას. პირველადი ასფიქსია ახალშობილის დაბადების მომენტშივე ვლინდება. იგი შეიძლება განვითარდეს ანტენატალურ (მუცლადყოფნის) ან ინტრანატალურ (მშობიარობის პროცესში) პერიოდებში.

ანტენატალურ პერიოდში ნაყოფის და ახალშობილის ასფიქსიის მიზეზებია ორსულთა გახანგრძლივებული გესტოზი, ფესმძიმობის შეწყვეტის საშიშროება, სანაყოფე წყლების სიჭარბე ან სიმცირე, ვადაგადაცილებული ან მრავალნაყოფიანი ორსულობა, ორსულობის მე-2-3 ტრიმესტრში სისხლდენა და ინფექციური დაავადებები, მუცლადყოფნის პერიოდში ნაყოფის განვითარების შეფერხება, დედის მძიმე სომატური დაავადებები.

ინტრანატალურ პერიოდში ნაყოფის ანომალური მდგომარეობა, პლაცენტის ნაადრევი აშრევა, მშრალი და გახანგრძლივებული მშობიარობა, დედის მცირე მენჯის და ბავშვის თავის ზომების შეუთავსებლობა, ჭიშკარის კვანძი ან შემოხევა, სამეანო ღონისძიებები, ნაყოფის გულის, ფილტვისა და ტვინის დაავადებები ასფიქსიის მიზეზებია. ასფიქსიის განვითარებას

ხშირად დედის მიერ ორსულობის პერიოდში მედიკამენტური საშუალებების (რეზერპინი, მაგნიუმის სულფატი, ანტიდეპრესანტები, ადრენობლოკატორები) გამოყენებაც იწვევს.

მეორადი ასფიქსია ქიბლარის გადაკვანძის შემდეგ ვითარდება. მისი მიეზეზებია ასპირაცია, სამშობიარო ტრავმა, თანდაყოლილი დაავადებები, პირველადი ასფიქსიის არაეფექტური რეანიმაცია.

კლინიკა. ახალშობილს შეიძლება განუვითარდეს მძიმე, საშუალო სიმძიმის და მსუბუქი ასფიქსია. მძიმე ასფიქსიის დროს ძირითადად ცენტრალური ნერვული სისტემა ზიანდება. აღინიშნება სისხლძარღვების მოღიაობის დარღვევა, წერტილოვანი სისხლჩაქცევები, პემატომები, ტვინის შეშუპება, მისი ყველა ფუნქცია დათრგუნვილია, ირღვევა შინაგანი ორგანოების ნერვული რეგულაცია.

ბავშვი გასინჯვის მომენტში არ სუნთქავს ან სუნთქვა ძალზე გაძნელებულია. გულისცემა იშვიათია (100-ზე ნაკლები წუთში), კუნთთა ტონუსი მნიშვნელოვნად დაქვეითებულია, ახალშობილთა ფიზიოლოგიური რეფლექსები არ იწვევა; ზოგჯერ გამოვლინდება ნისტაგმი, კრუნჩხვები, აპგარის სკემის მიხედვით ბავშვი ფასდება 3-2 ქულით. პემოდინამიკის დარღვევასთან ერთად იცვლება სისხლის რეოლოგია, ვითარდება თრომბოპემორაგიული სინდრომი.

საშუალო სიმძიმის ასფიქსია ხასიათდება სუნთქვის რიტმის დარღვევით, გულისცემის გახშირებით ან გაიშვიათებით, კანის ციანოზური შეფერვით. ფიზიოლოგიურ რეფლექსები დაქვეითებულია, მოძრაობითი აქტივობა მომატებული, ხშირია ტრემორი (ნიკაპისა და კიდურების კანკალი), აპგარის სკემის მიხედვით შეფასება 4,5-5 ქულის ტოლია. მსუბუქი ასფიქსიის დროს აღვილი აქვს სუნთქვის ხანმოკლე შეფერხებას, კანისა და ლორწოვანი გარსების ზომიერ ციანოზს. აპგარის სკემით ასეთი ბავშვები შეფასებულია 6-7 ქულით.

მკურნალობა. მოწოდებულია ახალშობილის ასფიქსიიდან გამოყვანის ე. წ. ABC რეანიმაციული პრინციპები:

A — airway — სასუნთქი გზების გათავისუფლება და თავისუფალი გამავლობის შენარჩუნება;

B — breath — სუნთქვის, ფილტვების ვენტილაციის უზრუნველყოფა;

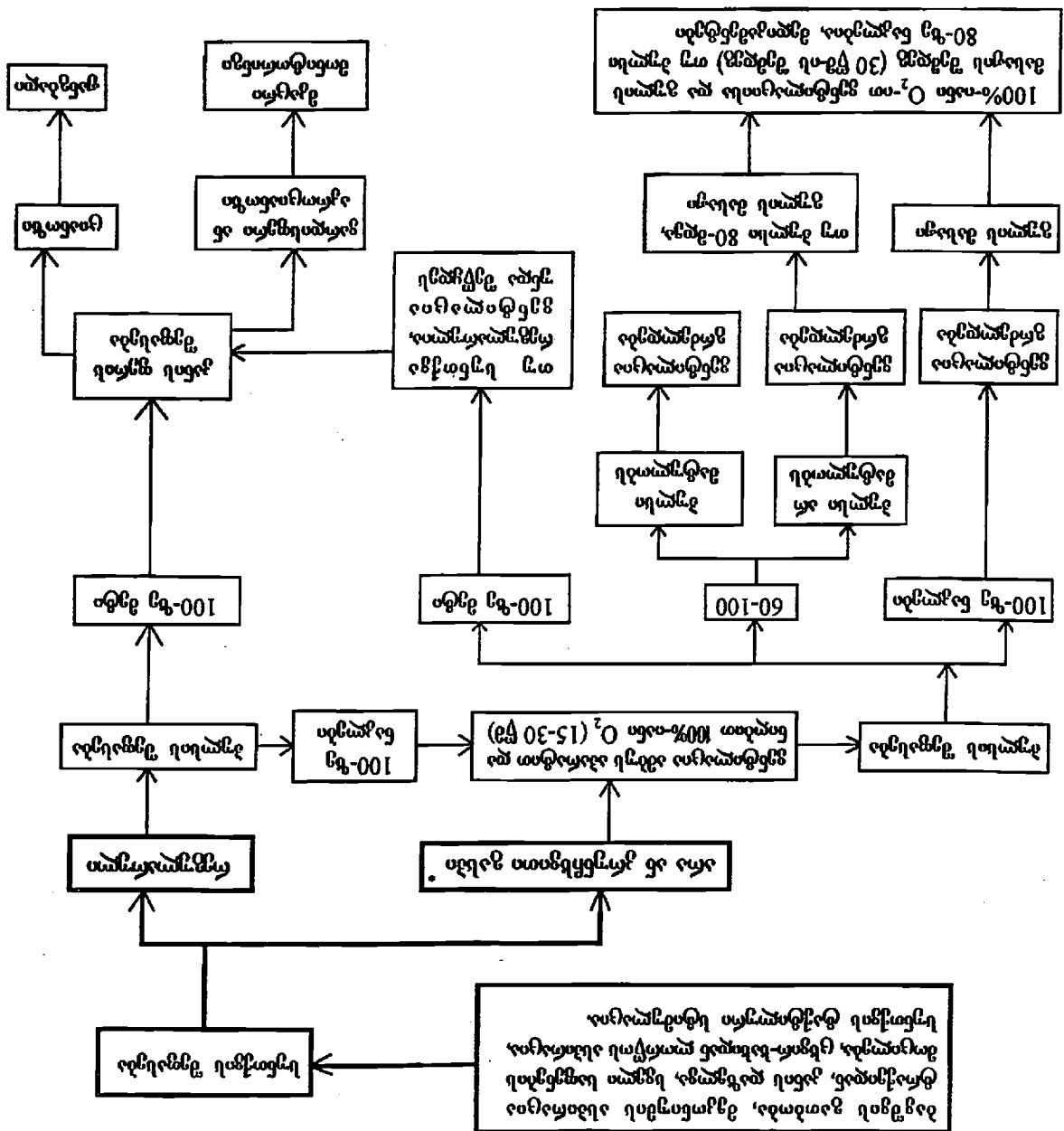
C — cordial, circulation — გულის მუშაობისა და პემოდინამიკის აღდგენა ან შენარჩუნება.

რეანიმაციის I ეტაპი 20-25 წმ გრძელდება. ამ პერიოდში (როგორც კი ბავშვის თავი გამოჩნდება და დაბადების შემდეგაც) უნდა მოხდეს ცხვირ-ხაზის შიგთავსის ასპირაცია, სუნთქვის ტაქტილური სტიმულაცია (ბავშვის ზურგის ენერგიული დაზელება, ფეხის გულებზე შემორტყმა), ბავშვის დედისაგან გამოცალკევება. ბავშვს ათავსებენ გამათბობელ მაგიდაზე (სურათი 49), რომლის თავის ნაწილი 15°-ით დაქანებულია, თბილი და სველი საფენით მკდდა სწრაფად ასუფთავებს დაბინძურებულ კანს. ცხვირ-ხაზში მეკონიალური მასების აღმოჩენის შემთხვევაში ტარდება ინტუბაცია (სურათი 50). თუ I ეტაპის ბოლოს ბავშვის სუნთქვა აღექვატურია, გულის ცემა წუთში 100-ზე მეტია, გამოხატულია მხოლოდ უმნიშვნელო აკროციანოზი რეანიმაციული ღონისძიებები უნდა შეწყდეს, თუმცა მონიტორინგი (მუდმივი დაკვირვება) უნდა გაგრძელდეს. სამშობიარო დარბაზშივე ყველა ახალშობილს პარენტერალურად ენიშნება „K“ ვიტამინი (ერთჯერადად), თუ შესაძლებელია ეძლევათ დედის რძე.



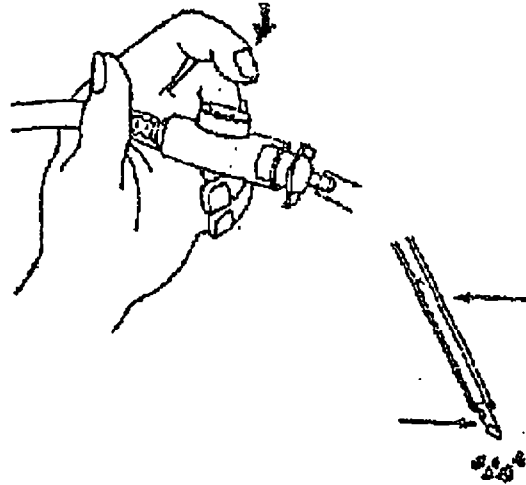
სურათი 49. ახალშობილის პოზა გამათბობელ მაგიდაზე

«...» - ...



«...»

რეანიმაციულ ღონისძიებათა მეორე ეტაპი ტარდება იმ შემთხვევაში, თუ სუნთქვის აქტი არაეფექტურია (იშვიათია, გამოხატულია გენერალიზებული ციანოზი ან სიფერმკრთალო) ან ბავშვს არ შესწევს უნარი დამოუკიდებლად ისუნთქოს (სუნთქვა უნდა იყოს 30-35 წუთში). რეანიმაციის ამ ეტაპზე ძირითადად ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია (ფხვ) ტარდება (სურათი 51).



სურათი 50. ტრაქეიდან შიგთავსის ამოსაქაჩი
ენდოტრაქეალური მილი კათეტერით

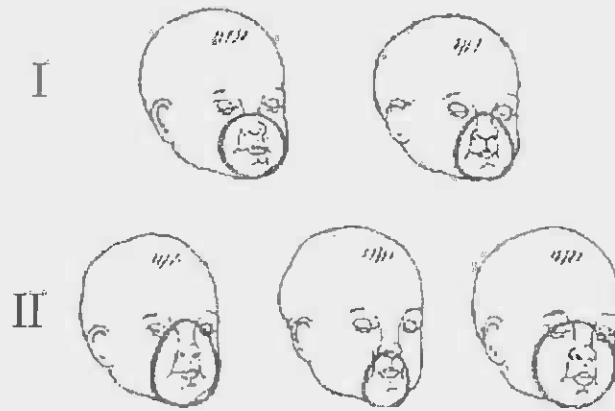
ფხვ-ის მიზნით გამოიყენება საბავშვო ნიღაბი. ჟანგბადის ბალიშის გამოყენებისას ნოტიო ჟანგბადის მიწოდების მიზნით ნიღაბს მარლის საფენს ასვევენ. ნიღაბი მჭიდროდ ფარავს ბავშვის ცხვირსა და პირს. არ შეიძლება თვალების დაფარვა ნიღბით (სურათი 52). ნიღაბი შედგას უჭირავს დიდი თითით და მარცხენა ხელის ორი თითით, დანარჩენი ორი თითით კი ქვემო ყბის ფიქსაციას ასდენს. სასუნთქი ტომრის — (ამბუ, პენლონი და სხვ.) მოცულობაა 500 მლ (სურათი 53). დროულ ახალშობილებში გამოიყენება 60%-იანი ჟანგბად-ჰაერის ნარევი, დღენაკლოულებში — 40%-იანი (დღენაკლოუტა რეკომენდატიის, ბადურა გარსის დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით), ნარევის ნაკადი წუთში 5-8 ლიტრის ტოლია. პარალელურად ვენაში შეჰყავთ ნალორფინი (0,01 მგ/კგ მასაზე) ან ეტიმიზოლი (1 მგ/კგ მასაზე). თუ ფხვ დაწყებიდან 20-30 წმ-ის შემდეგ გულის ცემა 80-100-ია, ფხვ უნდა გაგრძელდეს მანამ, სანამ გულის ცემის სიხშირე 100 არ გახდება (იხ. სქემა 1).



სურათი 51. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია

ენდოტრაქეალური ინტუბაციის ჩვენებაა: ამბუს აპარატით ან ნიღბით არაეფექტური ვენტილაცია, სასუნთქი გზების ობსტრუქცია (ენისა და ქვემო ყბის ჩაფარდნა, ცხვირის გასაფლავისა და ცხვირ-სახის ობსტრუქცია), მეკონიუმის ასპირაცია, ბრადიკარდია და სხვ.

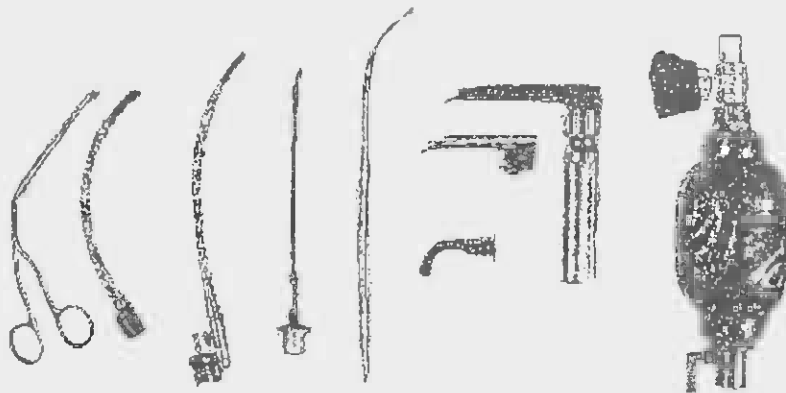
ღარინგოსკოპით ტრაქეის ინტუბაცია 20 წმ-ში უნდა მოხდეს. ინტუბაციური მილის დიამეტრი, თუ ბავშვის მასა 1 კგ-მდეა 2,5 მმ უნდა იყოს, 1,0 - 2,5 კგ მასის ასაღმობილისათვის — 3 მმ, 2,5 კგ და მეტი მასისას — 3,5 მმ; თუ ბავშვის მასა 4 კგ-ზე მეტია — 4 მმ. მილის სიგრძე „გბილებიდან“ (წინა ღრძილებიდან) ტრაქეის ბიფურკაციამდე 1, 2, 3 და 4 კგ მასის ბქონე ბავშვებში შესაბამისად 7, 8, 9 და 10 სმ-ის ტოლი უნდა იყოს.



სურათი 52. სუნთქვის ხელოვნური ვენტილაციისთვის ნიღბის ზომები:

I — სწორი პოზიცია; II — არასწორი პოზიცია

რეანიმაციის მესამე ეტაპი პემოდიანამიკური და მეტაბოლური აშლილობების მოწესრიგებას გულისხმობს. თუ გულის ცეპის სისწორე წუთში 80 დარტყმაზე ნაკლებია, ტარდება გულის გარეგანი მასაჟი და ფხვ ნიღბით (უანგბადის კონცენტრაცია 100 %-ია). უეფექტობის შემთხვევაში (20-30 წმ-ის შემდეგ) მასაჟის სისწორე იზრდება (100-140 წთ-ში), კეთდება ინტუბაცია და ფხვ აპარატით.



სურათი 53. ოროტრაქეალური და ნაზოტრაქეალური ინტუბაციისათვის საჭირო ინსტრუმენტები: ღარინგოსკოპები, ამბუეს ტომარა და სხვ.

აღსანიშნავია, რომ უანგბადის ხანგრძლივი და მაღალი კონცენტრაციით (80-100 %) გამოყენება აზიანებს ბიოლოგიურ მემბრანებს (უპირატესად ალვეოლებს).

ღონისძიებათა უშედეგობისას (60 წმ-ის შემდეგ) ენდოტრაქეალურად ან ქიბლარის ვენაში შეპყავთ ადრენალინის 0,1 %-იანი ხსნარი (0,1 მლ/კგ მასაზე). იგი უნდა განზავდეს ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარით (1 : 1). პრეპარატის განმეორებითი შეყვანა შეიძლება 5 წუთის შემდეგ (სულ 3-ჯერ). ფხვ და გულის არაპირდაპირი მასაჟი გრძელდება (ინ. სქემა 1) მდგომარეობის შეფასებისა და სვეტების გათვალისწინებით, ტარდება ინფუზორი

თერაპია (ალბუმინი, ნატური პლაზმა, ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარი, გლუკოზა, კოკარბოქსილაზა, ასკორბინის მჟავა, კალციუმის გლუკონატი, პრედნიზოლონი) (იხ. ცხრილი 12).

გემიური ინფუზური თერაპია მიზანშეწონილია ბავშვის დაბადებიდან 40-50 წუთის შემდეგ. გამოიყენება გლუკოზის 5-10%-იანი ხსნარი 60-65 მლ/კგ მასაზე, მეორე დღეს დაძაბვით შეჰყავთ ელექტროლიტები.

მძიმე ასფიქსიის დროს საშუალოდ დარბაზში („რეანიმაციული კუნძული“) ჩატარებული ღონისძიებების შემდეგ, ახალშობილის მკურნალობის შემდგომი ეტაპებია:

- საშუალოდ სახლის ახალშობილთა პათოლოგიის განყოფილება;
- ბავშვთა საავადმყოფოს ახალშობილთა პათოლოგიის განყოფილება;
- ცნს-ის დაზიანებით ახალშობილთა რეაბილიტაციის განყოფილება.

პროფილაქტიკა. ასფიქსიის პრევენცია პრენატალური და ნეონატალური რისკ-ფაქტორების დროულ გამოვლინებას გულისხმობს.

11.2. ჭიბლარისა და ჭიბის დაავადებები

ჭიბლარისა და ჭიბის დაავადებები უმეტესად სტაფილოკოკური და სტრეპტოკოკური ეტიოლოგიისაა. ჭიბლარის გადაკვანძის დეფექტები, ახალშობილთა მოვლისა და ჰიგიენის დაბალი დონე ხელს უწყობს აღნიშნული დაავადების განვითარებას.

11.2.1. ჭიბლარის პერიარტერიიტი

ჭიბლარის პერიარტერიიტის განვითარებას ხელს უწყობს ჭიბლარის გადაკვანძის დროს ჰიგიენის წესების დარღვევა. ანთებითი პროცესი ვითარდება პერივასკულარულად, რის შედეგად გამოხატულია ჰიპერემია, ანთებითი შეშუპება და ინფილტრაცია.

მკურნალობის მიზნით იხმარება ანტიბაქტერიული პრეპარატები, ჰემოთერაპია, ვიტამინები.

11.2.2. ჭიბლარის გენის ანთება

იშვიათი პათოლოგიაა. ახასიათებს მძიმე მიმდინარეობა. ანთებითი პროცესი იწყება გენის ორგელივ შემავრთებული ქსოვილის დაზიანებით და სწრაფად ვრცელდება სისხლძარღვებზე. იშვიათად პროცესი ღრმად ვრცელდება ქვეშეშებარე ქსოვილებზე. ჭიბლარის გენის ჩირქოვანი ანთება ხშირად სეფსისის მიზეზია.

დაავადების დროს გამოხატულია ადგილობრივი სიმპტომები: ჰიპერემია, შეშუპება, ინფილტრაცია, ჩირქის პროდუქცია.

დაავადების პროფილაქტიკა გულისხმობს ჭიბლარის დამუშავების დროს ანტისეპტიკის წესების მკაცრ დაცვას.

მკურნალობის მიზნით საჭიროა ანტიბიოტიკების მაღალი დოზების დანიშვნა, გამოიყენება ჰემოთერაპია, ვიტამინები და სხვა სიმპტომური საშუალებები.

11.2.3. ჭიბლარის ნარჩენის განგრენა

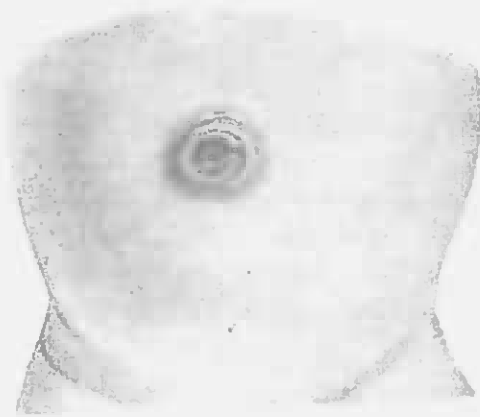
იშვიათი პათოლოგიაა. ჭიბლარის ნარჩენის ინფიცირება შეიძლება შუბიარობის დროს დაინფიცირებული საშუალოდ გზების გავლის დროს ან ჭიბლარის მოვარდნის შემდეგ, მომწველი პერსონალის მიერ ჰიგიენის წესების დარღვევის შედეგად. ინფიცირებული ჭიბლარის ბოლო (ტაკვი) მომწვანო-მოშავო ფერისაა, აქვს მკრალი სუნი, მისი მოვარდნის შემდეგ რჩება დაჩირქებული ქრილობა. ზოგადი სიმპტომებიდან ყურადღებას იმეორებს ტემპერატურის მომატება, ინტოქსიკაცია. ხშირად ვითარდება სეფსისი. პროფილაქტიკის მიზნით საჭიროა ქრილობის სათანადო დამუშავება. მკურნალობა გულისხმობს სადენიფექციო საშუალებების და ანტიბიოტიკების გამოყენებას.

11.2.4. ომფალიტი

ჭიმის დაავადებებიდან ხშირია ჭიმის სეროზულ, სეროზულ-ჩირქოვანი და ჩირქოვანი ანთება.

ჭიმის სეროზული ანთების ანუ კატარული ომფალიტის (სველი ჭიმი) დროს ნელდება ქიბლარის შესორცება, ვითარდება ადგილობრივი ანთების სეროზი, რომელსაც თან ახლავს სეროზული სითხის ექსუდაცია (სურათი 54).

სეროზულ-ჩირქოვან ომფალიტს ახასიათებს სეროზულ-ჩირქოვანი გამონადენი, ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება. ჭიმის ჩირქოვანი ანთების დროს მკვეთრად კლინდება ინფილტრაცია, შეშუპება და ჩირქის დენა, შესაძლებელია ჭიმის დაწყლულებაც. ანთება შეიძლება გავრცელდეს და გამოიწვიოს ფლეგმონა. ტემპერატურა იმატებს, ზოგადი მდგომარეობა მძიმდება, წნდება სეფსისის განვითარების საშიშროება.



სურათი 54. ომფალიტი

ომფალიტის დროს მკურნალობა მიზნად ისახავს სადეზინფექციო საშუალებების გამოყენებას. ჭიმის ყოველდღიური დაშუშავება ხდება 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგით, გაშრობა — 70%-იანი სპირტით. ადგილობრივად იხმარება ასევე 3-5%-იანი კალსუმის პერმანგანატის ხსნარი ან 1-2%-იანი ბრილიანტის მწვანე, ჩირქოვანი გამონადენის დროს გამოიყენება ჰიპერტონული ხსნარი. მნიშვნელოვანი ინფილტრაციის შემთხვევაში გამოიყენება ვიშნევსკის მაღამო. გართულებული პროცესის დროს ანტიბიოტიკები ინიშნება, რიგორც ადგილობრივად, ისე პერორალურად ან პარენტალურად, გამოიყენება ჰემატრანსფუზია, ვიტამინები, სიმპტომური საშუალებები.

11.2.5. ჭიმის განგრენა

იშვითი პათოლოგიაა. განგრენული არე ამ დროს მომწვანო-ჭუქყიანია და აქვს მერაღი სუნია. შესაძლებელია პერიტონიტის განვითარება. ჭიმის განგრენის სამკურნალოდ საჭიროა ინტენსიური ადგილობრივი და ზოგადი თერაპია.

11.2.6. ჭიმიდან სისხლდენა

ჭიმიდან სისხლდენის მიზეზია ქიბლარის არასწორი გადაკვანძვა, სისხლის მიმოქცევის დარღვევის გამო წნევის მომატება, თანდაყოლილი მანკები, ასფიქსია, ქიბლარის არასაკმარისი ობლიტერაცია და სსფ. დასაწყისში უმნიშვნელო სისხლდენა შესაძლებელია მნიშვნელოვანი გაზდეს და ავადმყოფი დაიღუპოს კიდევ.

მკურნალობა ეტიოპათოგენურია. როდესაც სისხლის დენა განპირობებულია სისხლძარღვების დაზიანებით, საჭიროა ადგილობრივი ჩარევა, ახალი ლიგატურის დადება, ზოგჯერ სისხლძარღვების გაკერვა. პარენქიმული სისხლდენის დროს, როდესაც სისხლი გამოდის გრანულაციური ქსოვილიდან საჭიროა დამწოლი ნახვევი, ადრენალინის ხსნარში დასველებული ტამპონის დადება, ლაპისით მოწვა, თერმოკაუტერიზაცია. ფართოდ იყენებენ სისხლისა და პლაზმის ინტრავენურ შეყვანას (5-მ მლ/კგ წონაზე), ინიშნება აგრეთვე ვიკასოლი, რუტინი, „C“ ვიტამინი და სხვ.

11.2.7. ჭიბის გრანულემა

ჭიბის გრანულემა ვითარდება გრანულაციური ქსოვილის ჭარბი ზრდის შედეგად. ხშირად იგი ჭიბის ბლენორეის შედეგია, ჰვავს სოკოსებრ წარმონაქმნს და გამოჰყოფს სეროზულ სითხეს. მკურნალობისათვის საჭიროა ლაპისით მოწვა, დერმატოლის მიფრქვევა, გრანულემის ფეხის განვითარების შემთხვევაში საჭიროა მისი მოკვეთა სტერილური მაკრატლით. რეკომენდებულია ანტიბიოტიკების გამოყენება.

11.3. კანის დაავადებები ახალშობილებში

ახალშობილთა კანის დაავადებები ეტიოლოგიური ფაქტორების მიხედვით იყოფა ინფექციურ და არაინფექციურ ფორმებად. ინფექციური ეტიოლოგიის დაავადებებია: ექსფოლიაციური დერმატიტი, ვეზიკულოპუსტულოზი, პემფიგუსი, აბსცესი, ფლეგმონა. არაინფექციური დაავადებებია: სკლერემა, კანქვეშა ქსოვილის ასუბტიკური ნეკროზი, გამოყვლევა, ტოქსინური კრითემა. კანის დაზიანების დროული აღმოჩენა და მკურნალობა ხელს უწყობს სეფსისური მდგომარეობის თავიდან აცილებას.

11.3.1. ახალშობილთა პემფიგუსი

ახალშობილთა პემფიგუსის ანუ პიოკოკური პემფიგოიდის გამოწვევია სტრეპტოკოკი, სტაფილოკოკი, დიფლოკოკი. დაინფიცირება შეიძლება მოხდეს როგორც ეგზოგენური, ისე ენდოგენური გზით და ვრცელდება პემატოგენურად. დაავადება კონტაქტურია, კლინიკურად დამახასიათებელია კანის შეუცვლელ ზედაპირზე ერთეული ლაქის გაჩენა, რომელიც შემდეგში ზდება ჩირქოვანი შიგთავსის მქონე ბუშტუკად. ბუშტუკი სკდება და წარმოიქმნება სველი ზედაპირი, რომელიც იფარება ფუფხით. დაავადებას ახასიათებს ტემპერატურული რეაქცია, ზოგადი ინტოქსიკაციის მოვლენები.

მკურნალობა. ბუშტუკები უნდა დამუშავდეს მანგანუმჟავა კალიუმის კონცენტრული ხსნარით, ლიაპსით, იოდის 5%-იანი ნაყენით ან ბრილიანტის მწვანეს ხსნარით, რის შემდეგ ადგილობრივად იხმარება ანტიბიოტიკის შემცველი მაღამო. მძიმე მდგომარეობისას ნაჩვენებია ანტიბიოტიკების გამოყენება.

11.3.2. რიტერის ექსფოლიაციური დერმატიტი

კანის მძიმე დაავადებაა და მიმდინარეობს ზოგადი სეფსისის კლინიკური სურათით. მის ეტიოლოგიაში წამყვანია სტაფილოკოკური ინფექცია, რომელიც გამოიწვევს ეგზოტოქსინს — ექსფოლიატინს.

ტოქსიკური ნივთიერებების სწრაფი შეწოვა განაპირობებს ადგილობრივი ნიშნებისა და ზოგადი ინტოქსიკაციის განვითარებას. მეტად დამახასიათებელია კანის მხრივ ცვლილებები, რომელიც იწყება ტუჩების ირგვლივ და სწრაფად ვრცელდება მთელ სხეულზე. კანი იჟღიანთება სეროზული სითხით, სკდება და ვითარდება ეპიდერმოლიზი — კანის ფირფიტისმაგვარი აქერცვლა. ახალშობილის კანი ემსგავსება დამწვარს. ირღვევა ზოგადი იმუნიტეტი, ადგილი

აქვს სხვადასხვა ორგანოსა და სისტემის ფუნქციურ აშლილობას. ბავშვის საერთო მდგომარეობა უმძიმესია.

მკურნალობა კომპლექსურია. აუცილებელია ადგილობრივად კანის მოვლა სადეზინფექციო ხსნარებით, ანტიბიოტიკებით, სტერილური ზეთით. ინიშნება ანტიბიოტიკები, ვიტამინები, კორტიკოსტეროიდები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები და სიმპტომური საშუალებები.

11.3.3. ტოქსიკური ერითემა

ტოქსიკური ერითემა ექსუდაციური დიათეზის ადრეულ გამოვლინებად ითვლება. დამახასიათებელია პოლიმორფული, უმეტესად ურტიკარიული გამონაყარი, მცირე ზომის ბუშტუკები, რომლის შიგთავსში ჭარბადაა ეოზინოფილები. მკურნალობას არ საჭიროებს, რადგან მიეკუთვნება ახალშობილთა ფიზიოლოგიურ მდგომარეობას. ზოგჯერ კი საჭირო ხდება ანტიჰისტამინური საშუალებების გამოყენება (პიპოლფენი, ტავეგლი, სუპრასტინი).

11.3.4. სკლერედემა

სკლერედემის განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს მიაწერენ მინერალური და წყლის ცვლის ტრანზიტორულ დარღვევას, ჰიპოქსიას კაპილართა გამავლობის მომატებით, ჰიპოპროტინემიას. სკლერედემა გვხვდება დღენაკლულ და სუსტ ახალშობილებში, ზოგჯერ დროულუბშიც. ხელშემწყობ ფაქტორად ითვლება ორგანიზმის გადაცივება, კანის უმწიფრობა, სეფსისური მდგომარეობა.

კლინიკურად აღინიშნება კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ცომისებური შეშუპება. 1-2 დღის შემდეგ კანი დაჭიმული და მკვრივი ხდება. კანი მკრთალია, ზოგჯერ ციანოზური, შეხებით ცივი, ზეწოლისას რჩება ჩაღრმავება. ეს მოვლენები გამოხატულია თქოებზე, სასქესო ორგანოებზე, ხელის მტევანზე, ტერფზე. მძიმე შემთხვევაში — მთელ ტანზე.

მკურნალობა. მნიშვნელოვანია ბავშვის გათბობა, ხშირად სპეციალურ აპარატში — კუვეზში, გამოიყენება საგულე და სიმპტომური საშუალებანი, მასაჟი, ჰემოტრანსფუზია, კორტიკოსტეროიდები, ვიტამინი „E“ (15 მგ/კგ მასაზე). ინფექციის დართვის შემთხვევაში ინიშნება ანტიბიოტიკები. ზოგჯერ ეფექტურია დაზიანებული კანის იოდის ხსნარით დამუშავება.

11.3.5. სკლერემა

სკლერემა ახალშობილთა მძიმე დაავადებაა. მას კოლაგენურ დაავადებათა ჯგუფს მიაკუთვნებენ. ხშირად ვითარდება დღენაკლულებში და სუსტ ახალშობილებში ჰიპოტროფიის ფონზე გამოვლინდება დაბადების პირველივე დღეებიდანვე.

კლინიკურად დამახასიათებელია კანქვეშა ქსოვილის დიფუზური გამკვრივება სახისა და ქვემო კიდურების არეში, რომელიც შემდეგში განიცდის გენერალიზაციას: სახე ნიღბისებურია, კანი ცივია, მკვრივი, მკრთალი, პრიალა ციანოზური ელფერი. თითების ზეწოლისას ჩაღრმავება რჩება.

მკურნალობა. ბავშვის გათბობა, კუვეზში მოთავსება, საგულე და სიმპტომური საშუალებანი, კორტიკოსტეროიდები, ჰემოტრანსფუზია, ვიტამინები. გამოსავალი დაავადებისა მძიმეა.

11.3.6. დაოდგილობა

დაოდგილობა განსაკუთრებით ხშირია ახალშობილ და ჩვილ ბავშვებში. მის განვითარებაში დიდ როლს ასრულებს მოვლის დეფექტები (კანის გაღიზიანება შარდით და განაგლით, უხეში საფენებით). ექსუდაციური დიათეზის დროს შეიძლება განვითარდეს დამაკმაყოფილებელი მოვლის პირობებშიც.

სასქესო ორგანოების, საზარდულის, იღლის მიდამოებში, ყურის ნიჟარების უკან ვითარდება ჰიპერემია, სისველე, ზოგჯერ ეროზიები.

მკურნალობა. ჰიგიენური პირობების და კვების რეჟიმის დაცვა. იხმარება კალიუმბერმანგანატის, გვირილის და მუხის ქერქის ნახარშის აბაზანები, რის შემდეგაც საჭიროა მცენარეული ზეთის წასმა.

11.4. მუცლადყოფნის პერიოდის ინფექციები

11.4.1. ციტომეგალია

ციტომეგალიას პერპეტუალური ვირუსი იწვევს. ვირუსი აზიანებს სანერწყვე ჯირკვლის უჯრედოვან ელემენტებს. დასნებოვნება ხდება პლაცენტიდან. ინფექციის შეჭრის ქიშკარს წარმოადგენს კუჭ-ნაწლავის ტრაქტი. ვირუსის გამოყოფა ხდება ნერწყვითა და შარდით.

სანერწყვე ჯირკვლების გარდა, ზიანდება პარენქიმული ორგანოებიც. პისტომორფოლოგიური გამოკვლევით ნახულობენ თავისებურ გიგანტურ უჯრედებს ვირუსების ინტრაცელულური ლოკალიზაციით. პირობითად გამოჰყოფენ ციტომეგალიის ლოკალიზებულ და გენერალიზებულ ფორმებს.

დაავადება მრავალფეროვანი მიმდინარეობით ხასიათდება, რის გამოც დიაგნოსტიკა გაძნელებულია. სიყვითლე აღინიშნება დაბადების მომენტში ან რამდენიმე საათის შემდეგ. გამოხატულია ჰეპატოსპლენომეგალია, ჰემორაგიული მოვლენები (სისხლიჩქცევები, სისხლიანი ლებინება), ანემია, ერთრობლასტოზი, მენინგოენცეფალიტი, პნევმონია და ნეფრიტი.

მკურნალობა. ნაჩვენებია გამაგლობულინის, კორტიკოსტეროიდების და სისხლის გადასხმა მცირე დოზებით, ადამიანის ლეიკოციტური ინტერფერონი, გამოიყენება ანტიბიოტიკებიც.

11.4.2. ტოქსოპლაზმოზი

ტოქსოპლაზმოზი პარაზიტული დაავადებაა. ტოქსოპლაზმა გონდი 2 მკმ სიგრძის პარაზიტია. იგი ბუნებაში ფართოდ არის გავრცელებული. ადამიანის ტოქსოპლაზმებით ინფიცირება კატებისაგან და თერმულად ცუდად დამუშავებული ხორცისაგან ხდება. დაავადება ორსულ ქალში მიმდინარეობს უსიმპტომოდ ან როგორც მწვავე ინფექცია. ნაყოფის ორგანიზმში პარაზიტი იწვევს ვასკულიტის მოვლენებს. სისხლძარღვების ირგვლივ ვითარდება ანთებითი გრანულომები, ზიანდება თვალის ბადურა, კუნთები, თირკმელზედა ჯირკვალი.

თანდაყოლილი ტოქსოპლაზმოზის დროს უმირატესად თავის ტვინი და თვალი ზიანდება. ნაყოფის ინფიცირებისას ორსულობის ბოლო პერიოდში ავადმყოფს აღენიშნება მწვავე მენინგოენცეფალიტი, ცხელება, ლაქოვან-პაპულოზური და ჰემორაგიული გამონაყარი, ღვიძლისა და ელენთის გადიდება, სიყვითლე, მწვავე პერიოდის ჩათავების, ზოგჯერ კი დაბადებისთანავე აღინიშნება ჰიდრო- ან მიკროცეფალია, კრუნჩხვითი სინდრომი, საერთო მოღუენება, მნიშვნელოვანი ცვლილებები მხედველობის ორგანოს მხრივ (ირღვევა ბადურას სტრუქტურა, ყურადღებას იმყრობს ქორიორეტინიტი, კატარაქტა, ნისტაგმი, სიელმე). თავის ქალას რენტგენოგრაფიაზე ვლინდება კალციფიკატები.

დიაგნოზი დასტურდება იმ შემთხვევაში, როდესაც პარაზიტი გამოიყოფა ზურგის ტვინის სითხიდან, სისხლიდან და შარდიდან. გამოიყენება სეროლოგიური სინჯები, კანშიგა ალერგიული რეაქცია ტოქსოპლაზმინითა და ჰემაგლუტინაციის რეაქცია.

მკურნალობა. სპეციფიურ სამკურნალო საშუალებად ითვლება ქლორიდინი (0,5-1 მგ/კგ მასაზე დღე-ღამეში 2-3-ჯერ) 2-3 დღე. ატარებენ მკურნალობის 2-3 კურსს. იხმარება ქლორიდინის კომბინაცია სულფადიმეზინთან (0,25 გ/კგ ყოველ 4-მ საათში).

პროფილაქტიკა. დაავადებულ ქალს უტარდება მკურნალობა სპირამიცინით (2,0 გ დღეში) ერთი თვე ან ქლორიდინითა და სულფანილამიდით, აუცილებელია დაავადებაზე საექსპო შინაური ცხოველების დროული გამოვლინება.
გამოსავალი არ არის საიმედო.

11.4.3. ლისტერიოზი

ლისტერია გარმდადებითი ჩხირია, გავრცელებულია შინაურ ცხოველებსა და ადამიანში, ნაყოფის ორგანიზმში პლაცენტიდან ხვდება. ორსულ ქალებში მიმდინარეობს უსიმტომოდ ან როგორც გრიპის მსგავსი დაავადება. ხასიათდება ტემპერატურის მომატებით, შეშუპებით, წელის ტკივილით, ნაწლავთა აშლილობით. სანაყოფე წყლები არის შემღვრეული, მომწვანო ელფერის. ყურადღებას იმყრობს დამძიმებული სამეანო ანამნეზი.

კლინიკა მრავალფეროვანია და არადაზიანებადი. მიმდინარეობს მძიმე სეფსისის ნიშნებით. გამოვლინდება დაბადებისთანავე. ყურადღებას იმყრობს სუნთქვისა და გულსისხლძარღვთა სისტემის უკმარისობა, კანზე აღინიშნება წვრილლაქოვანი ან ვეზიკულოზი გამონაყარი. ბუშტუკის შიგთავსი ჩირქოვანია, შეინიშნება პეტეკიკული გამონაყარი და სიყვითლე. ტემპერატურა მეტნაკლებად მომატებულია, ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია. ავადმყოფს აღენიშნება პიელონეფრიტის, მენინგოენცეფალიტის მოვლენები.

დიაგნოზი დასტურდება ორსულის საშოს გამონადენში, ახალშობილის სისხლსა და ზურგის ტვინში ლისტერიების აღმოჩენით.

მკურნალობა — სიმტომურია, ხშირად იყენებენ ამპიცლინს. ეფექტურია ამპიცლინისა და გენტამიცინის კომბინაცია. შეიძლება ერთთრომიცინისა და ლევომიცეტინის გამოყენებაც.

11.4.4. სიფილისი

სიფილისის გამომწვევია *Treponema pallidum* (მკრთალი ტრეპონემა). მუცლადყოფნის პერიოდში ინფექციის ნაყოფზე გადაცემა პეპატოგენურად (პლაცენტის გზით) ხდება (თანდაყოლილი სიფილისი). ნაყოფის დაინფიცირება შესაძლებელია მშობიარობის პროცესშიც, საშობიარო გზებში (შეძენილი სიფილისი).

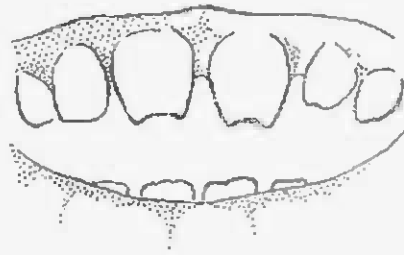
კლინიკა. თანდაყოლილი სიფილისის კლინიკური ნიშნები ვლინდება 1-2 კვირის ასაკში უმიზეზო კრთომებისა და ტირილის, კანის სიფერმკრთალისა და წონაში მატების შეფერხების სახით. ადრეულ ასაკში სიფილისისათვის კლინიკურ გამოვლინებათა ტრეადაა დამახასიათებელი: რინიტი, კანის დაზიანება, პეპატოსმღენომეგალია. ბავშვს ცხვირიდან აქვს სეროზული ან ჩირქოვანი სისხლის შემცველი გამონადენი. ფეხისა და ხელის გულებზე ჩნდება მოწითალო სპილენძის ელფერის მქონე 3-დან 10 მმ-ის სიდიდის ბუშტუკები, ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია.

სიფილისის მოგვიანებითი გამოვლინებებია ფეხისა და ხელის გულებზე სახეზე ზედაპირული ე. წ. პოპზინგერის ინფილტრატები, პაპულოზური გამონაყარი, სურდო, ანუსის ირგვლივ კონდილომები (მეჭვიჩისებური წანაზარდები), პირის ირგვლივ ე. წ. ფურიეს ნაწიბურები. სკოლაშდელ ასაკში გამოხატულია ჰუტჩინსონის ტრეადა: კერატიტი, სიყრუე, კბილების დისტროფია (სურათი 55). საყურადღებოა უნაგირა ცხვირი, მახვილისებრი მუხლები, ნეიროსიფილისის მოვლენები.

სიფილისის დიაგნოზი ანამნეზური, კლინიკური და ლაბორატორიული მონაცემების საფუძველზე დასტურდება; დედას და ახალშობილს დინამიკაში უტარდება სეროლოგიური კვლევა, ცხვირიდან აღებული ლორწო და ბუშტუკის შიგთავსი ბაქტერიოლოგიური მეთოდით მოწმდება მკრთალი სპიროქეტის შემცველობაზე.

მკურნალობა. სიფილისის დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ ორსულ ქალს, დაავადების ხანდაზმულობის გათვალისწინებით, უტარდება ბენზინბენიცილინით მკურნალობის კურსი. თუ ახალშობილს ცნს-ის დაზიანება არ აღენიშნება, მკურნალობის მიზნით ერთჯერადად კუნთებში

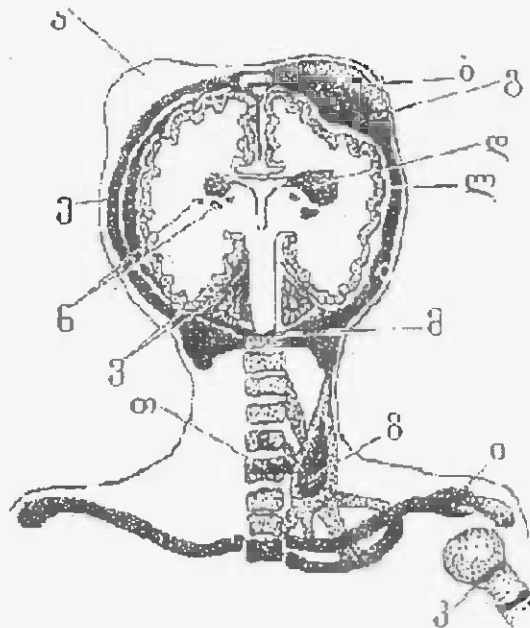
შეჰყავთ ბენზატინბენზილბენცილინი — 50 000 მე/კგ მასაზე, ცნს-ის დაზიანებისას პრეპარატი (25 000 მე/კგ მასაზე კუნთებში ან ვენაში) შეჰყავთ დღეში 2-ჯერ — 10 დღის განმავლობაში.



სურათი 55. სიფილისი: ტუჩების ირგვლივ წითელი არშია, მტკივნეული ნახეოქები; ჰუტჩინსონის კბილები

11.5. ქალასშიგა სამშობიარო ტრავმა

სამშობიარო ტრავმა მშობიარობის პროცესში განვითარებული ნაყოფის ქსოვილებისა და ორგანოების დაზიანებაა. სამშობიარო ტრავმის შედეგად შეიძლება დაზიანდეს ნერვული სისტემა, რბილი ქსოვილები, ძვლები და შინაგანი ორგანოები (სურათი 56). ახალშობილთა სამშობიარო ტრავმათა შორის ყველაზე მნიშვნელოვანია ქალასშიგა სამშობიარო ტრავმა.



სურათი 56. დაზიანებათა ლოკალიზაცია სამშობიარო ტრავმების დროს (ჰაესბახის მიხედვით):

ა — რბილი ქსოვილის სამშობიარო სიმსივნე; ბ — კეფალოჰემატომა; გ — ეპიდურალური ჰემატომა; დ — ტვინის ნივთიერებაში სისხლჩაქცევა; ე — ლეპტომენინგიალური სისხლჩაქცევა; ვ — ნათხეშში სისხლჩაქცევა; ზ — მკერდ-ლაფიწ-დუროილისებურ კუნთში სისხლჩაქცევა; თ — კისრის VI მალის მოტეხილობა; ი — ღიაფის მოტეხილობა; კ — ეპიფიზოლიზი; ლ — სუბდურალური სისხლჩაქცევა; მ — კისრის I მალის ამოფარდნილობა

ქალასშიგა სამშობიარო ტრავმა მშობიარობის დროს თავის ტვინში განვითარებული ღრმა პათოლოგიური ცვლილებებია სისხლჩაქცევისა და ქსოვილების დესტრუქციის სახით. ეს არის ახალშობილთა ყველაზე მძიმე დაავადება, რომელიც ახალშობილთა სიკვდილიანობის მაღალ მაჩვენებელს (12%) აღწევს და მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს ბავშვის შემდგომ განვითარებაზე.

ცენტრალურ ნერვულ სისტემაში განვითარებული სამშობიარო ტრავმის ძირითადი მიზეზია ნაყოფის მწვავე ან ზანგრძლივი ჰიპოქსია, რაც იწვევს ჰემოდინამიკისა და ნივთიერებათა ცვლის დარღვევას, ვითარდება სისხლჩაქცევები, ორგანოებისა და სისტემების დისფუნქცია; ხელშეწყობი ფაქტორებია ბავშვის დაბალი გესტაციური ასაკი, მუცლადყოფნის პერიოდის ინფექციები, ნაყოფის თავის და დედის მცირე მენჯის ზომების შეუთავსებლობა, სწრაფი (2 სთ-ზე ნაკლები) ან გაზანგრძლივებული (12 სთ და მეტი) მშობიარობა, მეანის არასწორი ჩარევა და სხვ.

ქალასშიდა სისხლჩაქცევის სისშირე დღენაკლებებსა და მცირე წონის ბავშვებში 2-4-ჯერ უფრო მეტია, ვიდრე დღესრულებში.

კლინიკა. ქალასშიდა სამშობიარო ტრავმის დროს ბავშვები უმეტესად ასფიქსიაში იბადებიან. დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ შემდეგ პერიოდებს: მწვავე (7-10 დღე), აღდგენითი ადრეული (2 დღიდან 4 თვემდე), აღდგენითი გვიანი (4 თვიდან 1-2 წლამდე), ნარჩენი მოვლენების პერიოდი (2 წლის შემდეგ). კლინიკური სურათი ხასიათდება როგორც საერთო ტვინოვანი, ისე კეროვანი სიმპტომებით. საერთო ტვინოვანი სიმპტომი აგზნებისა და მოღუნების სინდრომით მიმდინარეობს. აგზნების სინდრომის დროს აღინიშნება მოძრაობითი მოუსვენრობა, კრუნჩხვითი მზადყოფნა ან კრუნჩხვები, ტვინისშიერი მონოტონური ტირილი, კენკსა, კუნთთა ტონუსის მომატება. ფიზიოლოგიური რეფლექსები შეიძლება იყოს შენახული ან გაძლიერებული. დათრგუნვის სინდრომი ვლინდება ყველა სასიცოცხლო ფუნქციის დაქვეითებით, ახალშობილთა ფიზიოლოგიური რეფლექსები დათრგუნვილია.

ტვინის დაზიანების კეროვან გამოვლინებას მიეკუთვნება სპასტიური დამბლები, ჰორიზონტალური ნისტაგმი, გრეფეს ანუ მზის ჩასვლის სიმპტომი, ლოკალური კრუნჩხვები, პტოზი, სახის ნერვის პარეზი და სხვ.

კლინიკური ნიშნების გათვალისწინებით ტვინის დაზიანების ლოკალიზაციის დადაგენა გაძნელებულია. დიაგნოსტიკური მეთოდებია თავის ტვინის ულტრაბგერითი კვლევა, ლუმბალური პუნქცია, ოფთალმოსკოპია, კომპიუტერული ტომოგრაფია.

მკურნალობა. ახალშობილის მკურნალობა სამშობიარო დარბაზშივე იწყება და გრძელდება ინტენსიური თერაპიის პალატაში.

მწვავე პერიოდში პალატაში, სადაც ავადმყოფია, ტარდება მკაცრი დაცვითი რეჟიმი: სინათლის, ბგერითი გამღიზიანებლების ინტენსივობისა და ყველა სახის მანიპულაციების (გადახვევა, გასინჯვა, ინექციები) რიცხვის მინიმუმამდე შემცირება, ტემპერატურული რეჟიმის რეგულაცია, თავთან ყინულის ბუშტის ჩამოკიდება, კანისა და ლორწოვანის მოვლა, პარენტერალური კვება (თუ ბავშვის მდგომარეობა იძლევა შესაძლებლობას საკვებად ეძლევა ქალის რძე ზონდით ან საწოვართ).

მკურნალობის ხასიათს განსაზღვრავს პათოლოგიური პროცესის სიმძიმე და ლოკალიზაცია. აუცილებელია ბრძოლა ჰიპოქსიის, ტვინის შეშუპების, მეტაბოლური დარღვევების წინააღმდეგ.

11.6. ახალშობილთა სეფსისი

სეფსისი არის მთელი ორგანიზმის დაავადება, რომელიც ხასიათდება ინფექციური პროცესის გენერალიზაციითა და აციკლური მიმდინარეობით.

ეტიოლოგია. ახალშობილთა (ნეონატალურ) სეფსისს იწვევს პირობით პათოგენური პოსპიტალური შტამები; როგორც გრამპოარყოფითი (ნაწლავის ჩხირი, პროტეუსი, კლებსიელა და სხვ.), ისე გრამდადებითი (ოქროსფერი და ეპიდერმალური სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი,

მენინგოკოკი, პნევმოკოკი და სხვ.). სეფსისური სინდრომი შეიძლება განვითარდეს მიკრობების მიერ გამოყოფილი ტოქსინით, ასეთ შემთხვევაში სისხლიდან მიკრობები არ გამოითესება. მაპროვოცირებელ როლს ხშირად ვირუსი ასრულებს. სეფსისი შეიძლება განვითარდეს მუცლადყოფნის პერიოდში, მშობიარობისას და დაბადების შემდეგ.

სამშობიარო სახლსა და რეანიმაციის განყოფილებაში ნოზოკომპალური ინფექციის გადაცემის გზებია პერსონალის ხელები, მოვლის საგნები, სამედიცინო ინსტრუმენტები, ღონორის რძე და სხვ.

პათოგენური ინფექციური აგენტის შეჭრის გზა არის ჭიბის ქრილი, ტრავმირებული კანი და ლორწოვანი გარსი, ნაწლავები, იშვიათად ფილტვები, შუა ყური, სარდმდენი გზები, თვალები. როცა ინფექციის შეჭრის გზა ვერ დადგინდება, ლაპარაკობენ კრიპტოგენურ სეფსისზე. სეფსისის პათოგენში გამოჰყოფენ ძირითად რგოლებს: შეჭრის კარი, ადგილობრივი ანთებადი კერა, ბაქტერიემია, სენსიბილიზაცია (ორგანიზმის რეაქტივობის იმუნოლოგიური გარდაქმნა), სეპტიცემია, სეპტიკოპიემია.

სეფსისი დროს სისხლი არის არა მარტო ბაქტერიების გადამტანი, არამედ გამრავლების ადგილიც. ბაქტერიემია სეპტიცემიად ითვლება დაავადების განვითარებიდან მე-4 დღეს, როცა სისხლის 1 მლ-ში მიკრობული კოლონიები 10^5 აღემატება. როდესაც მიკრობების რაოდენობა სისხლში კრიტიკულ მასას აღწევს, ირღვევა იმუნოლოგიური დამცველობა, ზიანდება ქსოვილოვანი ბარიერი, მკვეთრად ქვეითდება ფაგოციტური აქტივობა.

კლასიფიკაცია. ადგილობრივი და ზოგადი მოვლენების სიჭარბის მიხედვით განასხვავებენ სეფსისის ორ ძირითად ფორმას: სეპტიცემიური ფორმა, მძიმე ზოგადი მოვლენებით მიმდინარე მეტასტაზების გარეშე და პიემიური ფორმა ჩირქოვანი მეტასტაზებით კანში, კანქვეშა ქსოვილში, კუნთებში, ძვალსა და შინაგან ორგანოებში. რეკომინდებულია მიუთითონ ინფიცირების დრო (ანტენატალური, ინტრანატალური, პოსტნატალური), ეტიოლოგია, ინფექციის შეჭრის გზა, ფორმა (სეპტიცემია, სეპტიკოპიემია), მიმდინარეობა — მწვავე (2-3 კვირა), ქვემწვავე (1-1.5 თვე), გახანგრძლივებული (1-1.5 თვეზე მეტი), დაავადების პერიოდი (დასაწყისი, კლინიკური ნიშნების გაშლის, გამოჯანმრთელების), გართულებები (ნაწლავთა გაუვალობა, თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა და სხვ.).

კლინიკა. ახალშობილთა სეფსისი ხასიათდება კლინიკური სურათის მრავალფეროვნებით, რაიმე დამახასიათებელი სპეციფიური სიმპტომების გარეშე.

სეფსისის დასაწყის პერიოდში ყურადღებას იმეორებს ტოქსიკოზი — მადის დაქვეითება, წონის მატების შეჩერება, საერთო სისუსტე, აგზნება ან მოდუნება, ჰიპორეფლექსია, არამყარი განავალი, მუცლის შებერვა, მეტნაკლებად გამოხატული სიფერმკრთალე, აჭრელებული მორეუხო ან ციანოზური ელფერის კანი. ტემპერატურული რეაქცია რაიმე კანონზომიერებას არ ამჟღავნებს: შესაძლებელია სეფსისი მიმდინარეობდეს ჰექტიური ხასიათის ტემპერატურით (პიემიური ფორმების დროს), შეიძლება ტემპერატურა იყოს მაღალი, სუბფებრილური ან ნორმალური (დღენაკლულებში). ახალშობილთა სეფსისის დროს განვითარებულ ზოგად მოვლენებს შორის საყურადღებოა ღვიძლისა და ელენთის გადიდება.

სეპტიკოპიემიური ფორმა ხასიათდება ჰექტიური ცხელებით, მკვეთრად გამოხატული ინტოქსიკაციით, მრავლობითი ჩირქროვების განვითარებით (ოსტეომიელიტი, ფილტვის დესტრუქცია, მენინგიტი, აბსცესი, პემორაგიული სინდრომი).

სეპტიცემია არის სეფსისის კლინიკური ფორმა, რომლის დროსაც აღინიშნება მკვეთრად გამოხატული ინფექციური ტოქსიკოზის (შოკი) კლინიკა მეტასტაზური ჩირქოვან-ანთებადი კერების გარეშე.

ქვემწვავე სეფსისური პროცესისათვის დამახასიათებელია: ტოქსიკოზის არამკვეთრი გამოვლინება, ანთებადი კერების წაშლილი სიმპტომატიკა, ხანმოკლე დროით ტემპერატურის მატება ან დაბალი სუბფებრილიტეტი, წონის დაქვეითება — დისტროფიის განვითარებით, ანემია.

დიაგნოზი. ავადმყოფი ბავშვის ორგანიზმში ინფექციური კერის არსებობა და ტოქსიკოზი ეჭვს ბადებს სეფსისზე. თუ ამას ემატება მკურნალობის უშედეგობა, ტოქსიკოზის მოვლენების გახანგრძლივება, დისტროფია და ანემია, სეფსისის დიაგნოზი თითქმის უტყუარია.

სეფსისის დიაგნოზის დასადგენად მიმართავენ: საერთო კლინიკურ გამოკვლევებს (პერიფერიული სისხლის, შარდის, განავლის ანალიზი, ეკგ, მუავა — ტუტოვანი წონასწორობა, კოაგულოგრამა, საერთო ცილა და ცილის ფრაქციები, რენტგენოგრამა და სხვ.), ბაქტერიოლოგიურ (სეფსისის დიაგნოზი დადასტურებულია, როცა ერთი და იგივე მიკრობები იზრდება სამი სხვადასხვა ადგილიდან აღებული მასალიდან) და იმუნოლოგიურ კვლევებს.

დასათესი მასალა (სისხლი, შარდი, განავალი, ლორწო, ჩირქი, ზურგის ტვინის სითხე და სხვ.) აღებული უნდა იქნეს მკურნალობის დაწყებამდე და განმეორებით (არანაკლებ 2-ჯერ).

ჰემოგრამაზე აღსანიშნავია ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით, მარცხნივ გადახრით, ტოქსიკური მარცვლოვნება, ზოგჯერ თრომბოციტოპენია, ედს-ი უმეტესად აჩქარებულია, ალინიშნება ტენდენცია ჰიპოქრომული ანემიისაკენ.

მკურნალობა. სეფსისის მკურნალობა კომპლექსურია და მიზნად ისახავს გამომწვევი აგენტის წინააღმდეგ ბრძოლას, პათოლოგიურ ცვლილებათა ლიკვიდაციას და ორგანიზმის იმუნოლოგიურ თვისებათა გაძლიერებას. პირველ რიგში საჭიროა მოვლის ოპტიმალური ორგანიზაცია, ბავშვის წესიერი კვება — უპირატესად ქალის რძით.

ანტიბიოტიკების შერჩევა ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში ხდება აგადმყოფიდან გამოყოფილი მიკრობის ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძნობელობის შესწავლით. გამოიყენება ორი ანტიბიოტიკის მაქსიმალური ასაკობრივი დოზა. მათი შეყვანა ხდება კუნთებში და ინტრავენურად. იყენებენ ამინოგლიკოზიდების (გენტამიცინი, სინომიცინი, ვიბრამიცინი — 3-6 მგ/კგ მასაზე) ან ამიკაცინი (15 მგ/კგ მასაზე დღე-ღამეში) და ცეფალოსპორინების (1-2 მგ/კგ) კომბინაციას. სტაფილოკოკური სეფსისის დროს ეფექტურია ვანკომიცინი (15 მმ/კგ მასაზე). დეზინტოქსიკაციური მკურნალობა ზორციელდება ინფუზური თერაპიით შარდმდენების ფონზე (გლუკოზა, ჰემოდეზი, ალბუმინი, მარილოვანი ხსნარები, ამინომჟავები — ალვეზინი, ამინონი — 10 მლ/კგ მასაზე).

იმუნომაკორექტირებული თერაპიის დანიშნისას გამოიყენება ანტისტაფილოკოკური პლაზმა (10-15 მლ/კგ) და იმუნოგლობულინი (20 AE/კგ)-7-10 დღე. გრამუარყოფითი ფლორის დროს შეჰყავთ გამა M კონცენტრატი, პლაზმა, იმუნოსტიმულატორი — ლევაამიზოლი (დეკარისი), T აქტივინი, თიმოზინი, პროდიგიოზანი, კატერგენი. საჭიროა ჩირქოვანი კერების ადგილობრივი მკურნალობა. პათოგენური და სიმპტომური საშუალებებიდან გამოიყენება პროტეოლიზური ფერმენტების ინჰიბიტორები (კონტრიკალი, ტრასილოლი), ვიტამინები, თრომბოჰემორაგიული სინდრომის დროს — ჰეპარინი (300 - 500 ერ/კგ), შოკის შემთხვევაში — კორტიკოსტეროიდები.

გამოსავალი დღენაკლ- და ჰიპოქსიაგადატანილ ბავშვებში არაკეთილსაიმედოა.

პროფილაქტიკა. საჭიროა ინფექციისაგან ორსული ქალის დაცვა, მშობიარობის ნორმალური მიმდინარეობის უზრუნველყოფა და ჭიბლარის სწორი დამუშავება. აუცილებელია ბავშვის ტუალეტი ჩატარდეს ჰიგიენურ პირობებში, დედის ძუძუს კერტების ჰიგიენის დაცვა, მომვლედი პერსონალის სისტემატიური გამოკვლევა, პალატის რეგულარული დასუფთავება ანტისეპტიკური საშუალებებით (კვარცის ნათურით დასხივება და სხვ.).

11.7. ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადება

ახალშობილთა ჰემორაგიული დაავადება ვლინდება ბავშვის სიცოცხლის პირველ თვეებში და განპირობებულია "K" ვიტამინის დეფიციტით. ამ ვიტამინის დეფიციტის გამო ღვიძლის ჰეპატოციტებში წარმოიქმნება არააქტიური ე. წ. "K" ვიტამინდამოკიდებული II, VII, IX და X პლაზმური ფაქტორები, რომელთაც დაქვეითებული აქვთ Ca^{++} -ის შებოჭვის უნარი, სისხლის შედედების პროცესები დარღვეულია. თვით "K" ვიტამინის ნორმალურ დონეს ორგანიზმში უზრუნველყოფს ნაწლავების ბაქტერიული ფლორა, რომელიც სიცოცხლის პირველ დღეებში ჯერ კიდევ არ არის ჩამოყალიბებული, ამავე დროს ადგილი აქვს სისხლში "K" ვიტამინის გადამტანი ცხიმის დეფიციტს. ვიტამინის დეფიციტი ახალშობილებში სიცოცხლის მე-2-4 დღეს ვლინდება; მის განვითარებას ხელს უწყობს მშობიარობის წინ მიღებული

სისხლში ანტიგენების წინააღმდეგ გამომუშავდება ანტისხეულები, რომლებიც კვლავ პლაცენტის მეშვეობით სვდება ნაყოფის სისხლში და იწვევენ ერთროციტების ჰემოლიზს.

პათოგენეზი. ნაყოფის ჰემოლიზური დაავადების პათოგენეზში დიდი მნიშვნელობა აქვს ბილირუბინის ცვლის დარღვევას და ანემიის განვითარებას. ერთროციტების მნიშვნელოვანი ჰემოლიზის (დაშლის) შედეგად დიდი რაოდენობით არაპირდაპირი ბილირუბინის წარმოშობა. ნაყოფის ღვიძლს დაქვეითებული აქვს ბილირუბინის კონიუგაციის უნარი. სისხლში არაპირდაპირი ბილირუბინის სწრაფი მატება კი, მისი ლიპიდებში ხსნადობის გამო, იწვევს თავის ტვინის მძიმე დაზიანებას (ბირთვული სიყვითლე). იგი ტოქსიკურად მოქმედებს ღვიძლის უჯრედებზე, თირკმელზედა ჯირკვლებზე, ვითარდება ჰიპოქსია, აციდოზი, სუნთქვის უკმარისობის სინდრომი.

უნდა აღინიშნოს, რომ სენსიბილიზაციის განვითარება პირველი ორსულობის დროს იშვიათია. ზოგჯერ ვითარდება მე-3-მ ორსულობის შემდეგ. პირველი ორსულობის დროს სენსიბილიზაცია შეიძლება გამოიწვიოს რეზუს-უარყოფითი დედის მიერ პირველ ორსულობამდე ჩატარებულმა ჰემოტრანსფუზიამ ან ჰემოთერაპიამ.

კლინიკა. ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება მიმდინარეობს 3 ძირითადი ფორმით: 1. შეშუპებითა და წყალმანკით; 2. სიყვითლით; 3. სიყვითლისა და შეშუპების გარეშე (ანემიური ფორმა).

დაავადება მიმდინარე შეშუპებითა და წყალმანკით ყველაზე მძიმე ფორმაა. ამ დროს აღინიშნება უნივერსალური შეშუპება. ყველა ღრუ შეიცავს სითხეს (ჰიდროთორაქსი, ასციტი, ჰიდროპერიკარდიტი), ღვიძლი და ელენთა მკვეთრად გადიდებული, ადგილი აქვს სიყვითლეს. სიყვითლი ვითარდება მუცლადყოფნის პერიოდში ან მშობიარობის პროცესში. ნაყოფში ადგილი აქვს ერთროციტების მასიურ ჰემოლიზს, რაც განაპირობებს ანემიას, ჰიპოქსიას და ჰიპოპროტენიემიას. ამ დროს ნაყოფის არაპირდაპირი ბილირუბინი გადადის დედის სისხლში და ღვიძლის საშუალებით სვდება მისი გაუვნებელყოფა. ამიტომაც არის, რომ მიუხედავად ერთროციტების გაძლიერებული ჰემოლიზისა, ამ ფორმის დროს სიყვითლე მკვეთრად არ არის გამოხატული. ახალშობილი მოდუნებულია, რეფლექსები დაქვეითებული აქვს, გამოხატულია გულ-ფილტვის უკმარისობა.

ჰემოლიზური დაავადება მიმდინარე სიყვითლით, ყველაზე ხშირი და მძიმე ფორმაა. ძირითადი სიმპტომებია სიყვითლე, რომელიც დაბადებისთანავე ვლინდება და რომლის ინტენსივობა ყოველდღიურად მატულობს. ყვითელია კანი, ლორწოვანი გარსი, სკლერა, სანაყოფე წყლები, შარდი მუქი ფერისაა, განავალი ჩვეულებრივია. ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია. ბილირუბინის მომატებასთან ერთად ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა უარესდება. აღინიშნება მოდუნება, ძილად მივარდება, სუსტი ყვირილი, ფიზიოლოგიური რეფლექსების შესუსტება ან გაქრობა, პირღებინება. არაპირდაპირი ბილირუბინი კრიტიკულ დონეს აღწევს, ვლინდება ბირთვული სიყვითლის ნიშნები (კისრის კუნთების რიგიდობა, კრუნჩხვები და სხვ.).

თანდაყოლილი ჰემოლიზური დაავადება სიყვითლისა და შეშუპების გარეშე (ანემიური ფორმა) შედარებით მსუბუქი ფორმაა. დაბადებისთანავე ან პირველი კვირის ბოლოს გამოვლინდება. დაავადება თანდათან პროგრესირებს და ანემია დიაგნოსტიკურდება მე-2-3 კვირას ან უფრო გვიან. ბილირუბინი შეიძლება ოდნავ იყოს მომატებული, ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია. საერთო მდგომარეობა ნაკლებად არის დარღვეული, სიფერძნობა თვალსაჩინოა.

დაავადება განვითარებული ჯგუფური შეუთავსებლობით მსუბუქად მიმდინარეობს, მაგრამ იშვიათ შემთხვევაში (განსაკუთრებით დიაგნოზის დაგვიანებისას) შეიძლება განვითარდეს ბილირუბინით გამოწვეული ენცელოპათია — ბირთვული სიყვითლე.

პერიფერიული სისხლი პირველ დღეებში ხასიათდება ერთროციტებისა და ჰემოგლობინის დაქვეითებით. სისხლში დიდი რაოდენობითაა ერთროციტების უმწიფარი ფორმები — რეტიკულოციტები. ყურადღებას იპყრობს ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი. აღინიშნება მკვეთრი ბილირუბინემია. კუმბსის პირდაპირი რეაქცია დადებითია, რაც მიუთითებს ფიქსირებული მაბლოკირებული ანტისხეულების არსებობაზე.

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ ახალშობილთა პათოლოგიის რისკის ფაქტორები დედის მხრიდან;
2. რომელია ახალშობილთა პათოლოგიის რისკ-ფაქტორები ნაყოფის მხრიდან?
3. ახალშობილთა რომელი რისკის ფაქტორები იცით?
4. რა დანიშნულება აქვს „რეანიმაციის კუნძულს“?
5. რამდენი ბლოკისაგან შედგება „რეანიმაციული კუნძული“?
6. რა არის ახალშობილთა ასფიქსია?
7. ჩამოთვალეთ პირველადი და მეორადი ასფიქსიის მიზეზები;
8. როგორ შეაფასებთ ასფიქსიის სიმძიმეს?
9. როგორია მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ასფიქსიის კლინიკური გამოვლინებანი?
10. ჩამოთვალეთ მძიმე ასფიქსიის კლინიკური ნიშნები;
11. რაში მდგომარეობს ახალშობილთა რეანიმაციის ABC პრინციპი?
12. დაახასიათეთ ახალშობილთა ასფიქსიის დროის რეანიმაციის I ეტაპი;
13. რა შემთხვევაში შეწყვეტთ ახალშობილთა ასფიქსიის დროის რეანიმაციას I ეტაპზე?
14. დაახასიათეთ ახალშობილთა ასფიქსიის დროის რეანიმაციის II ეტაპი;
15. ჩამოთვალეთ ახალშობილთა ასფიქსიის დროის რეანიმაციის III ეტაპის ჩვენებები;
16. დაახასიათეთ ასფიქსიაში დაბადებული ბავშვის დახმარების გამართლებული ალგორითმი;
17. რა შემთხვევაში გამოიყენება ენდოტრაქეალური ინტუბაცია?
18. რა შემთხვევაში ვითარდება ახალშობილთა ჰიპოლარისა და ჰიპის დაავადებები?
19. როგორია ჰიპოლარის პერიარტერიოციტის კლინიკური ნიშნები და მისი მკურნალობა?
20. როგორია ჰიპოლარის ვენის ანთების განვითარების მიზეზები, კლინიკური ნიშნები და მკურნალობის მეთოდები?
21. რა გართულებაა მოსალოდნელი?
22. ჩამოთვალეთ ჰიპის დაავადებები ახალშობილებში, დაახასიათეთ კლინიკური ნიშნები და მკურნალობის პრინციპები;
23. რა იწვევს ახალშობილთა პემფიგუსს?
24. როგორ განასხვავებთ სკლერემას სკლერედემისაგან?
25. როგორია ახალშობილთა კანის დაავადებათა მკურნალობის პრინციპები?
26. ჩამოთვალეთ მუცლადყოფნის პერიოდის ინფექციები;
27. რა იწვევს ციტომეგალიას? როგორია დაავადების კლინიკა და მკურნალობა?
28. როგორ ხდება ტოქსოპლაზმებით ადამიანის დაინფიცირება?
29. დაახასიათეთ ტოქსოპლაზმოზის კლინიკა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა;
30. როგორია ლისტერიოზის ეტიოლოგია, კლინიკა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა;
31. რა იწვევს ახალშობილთა სიფილისს? როდის ხდება ნაყოფის დაინფიცირება?
32. რა არის ქალასშიგა სამშობიარო ტრავმის მიზეზები? როგორია კლინიკური სურათი და მკურნალობა?
33. რა არის სეფსისი? დაახასიათეთ ახალშობილებში სეფსისის გამომწვევი მიზეზები;
34. როგორია ახალშობილთა სეფსისის პათოგენეზი, კლინიკა და მკურნალობის პრინციპები, პროფილაქტიკა?
35. რა იწვევს ახალშობილთა პემორაგიულ დაავადებას, როგორია მისი პროფილაქტიკა?
36. დაახასიათეთ ახალშობილთა პემორაგიული დაავადების კლინიკური სურათი, გაატარეთ დიფერენციალური ჭეშმარიტ და ცრუ მელენას შორის;
37. რა შემთხვევაში ვითარდება ახალშობილთა პემოლიზური დაავადება? დაახასიათეთ კლინიკური ფორმები და გართულებები;
38. როგორია ახალშობილთა პემოლიზური დაავადების მკურნალობა და პროფილაქტიკა?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები

1. 2 დღის ახალშობილს სახეზე და გულმკერდის არეში ჰიპერემიულ ფონზე განუვითარდა მცირე ზომის ბუშტუკები. ბუშტუკის შიგთავსში უჯრედოვანი ელემენტების შემცველობაზე შემოწმებისას, აღმოჩნდა კოზინოფილები. თქვენი დიაგნოზია:
 - ა. დაოდვილობა
 - ბ. ტოქსიკური ერიოთემა
 - გ. ბავშვთა პაპულოზური ერიოთემა
 - დ. ახალშობილთა პუსტულოზური მეღანომა
2. ახალშობილთა ასფიქსიის დროის რეანიმაციის მიზანია ყველა ქვემოთ ჩამოთვლილი, გარდა:
 - ა. სპონტანური სუნთქვის აღდგენა
 - ბ. გულის ცემის სისწორის გაზრდა
 - გ. ცნს-ის რეოქსიგენაცია
 - დ. კანის შეფერვლობის ნორმალიზება

- ე. შარდვის გახშირება
- 3. ასფექსიის ხარისხის დადგენისას აბგარის სკალით გათვალისწინებულია ყველა პაციენებული, გარდა:
 - ა. გულის ცემის სიხშირე
 - ბ. კუნთთა ტონუსი
 - გ. სისხლის არტერიული წნევა
 - დ. რეფლექსების აქტივობა
- ე. კანის ფერი
- 4. პერინატალური ასფექსიის განვითარებაზე გავლენას ახდენს ყველა ქვემოთჩამოთვლილი, გარდა:
 - ა. პლაცენტის აშრეგება
 - ბ. უმწიფრობა
 - გ. ორსულითა ნაადრევი ტოქსიკოზი
 - დ. პრეკლამპსია
- ე. სანაყოფე წყლების შეკონიალური მასებით დაბინძურება
- 5. მშობიარობა გართულდა პლაცენტის ნაადრევი აშრეგებით, დაიბადა დროული ახალშობილი, მაგრამ 12 საათის შემდეგ მკონიოში სისხლის შემცველი იყო, ამონაღები მასაც სისხლს შეიცავდა. რა ღონისძიებას ჩაატარებთ უბირველეს ყოვლისა?
 - ა. აბტის სინჯი
 - ბ. კუჭის ამორეცხვა ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარით
 - გ. სისხლის შემდეგებული სისტემის შემოწმება
 - დ. დოქნის გაკეთება
- ე. ყველა ქვემოთჩამოთვლილ აგენტს, შეუძლია მუცლადყოფნის პერიოდის ინფექციები გამოიწვიოს, გარდა:
 - ა. ტოქსოპლაზმა გონდი
 - ბ. წითურას ვირუსი
 - გ. ციტომეგალოვირუსი
 - დ. მარტივი პერპეის ვირუსი
- ე. როტავირუსი
- 7. სიყვითლის განვითარებას ყველაზე მეტად განაბირობებს:
 - ა. ახალშობილთა პემოლიზური დაავადება (Rh და ABO ჯგუფის შეუთავსებლობის შემთხვევაში)
 - ბ. ახალშობილთა ფიზიოლოგიური სიყვითლე
 - გ. სეფსისი
 - დ. თანდაყოლილი პემოლიზური ანემია
- ე. სიყვითლის მიზეზის დადგენის ყველაზე ნაკლებ ღირებული კვლევაა:
 - ა. დედისა და ბავშვის სისხლის კვლევა კუმბსის რეაქციით
 - ბ. სისხლის საერთო ანალიზი, რეტროკოლოციტების რაოდენობა
 - გ. საერთო და პირდაპირი ბილირუბინის შემცველობა
 - დ. სისხლის დათესვა
- ე. ღვიძლის ფუნქციები
- 8. სიცოცხლის პირველ თვეებში თანდაყოლილი სიფილისის დამახასიათებელი კლინიკური გამოვლინებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:
 - ა. მკუდრი - პაპულოზური გამონაყარი კანზე
 - ბ. მუდმივი რინტი
 - გ. ანემია
 - დ. ინტერსტაციული კერატიტი
- ე. პეპატოსპლინომეგალია
- 9. ახალშობილთა პემორაგული დაავადების პროფილაქტიკური ღონისძიებებია ყველა ჩამოთვლილი, გარდა:
 - ა. "K"-ვიტამინის შეყვანა კუნთებში ბავშვის გაჩენისთანავე
 - ბ. ორსულობის ბოლო ტრიმესტრში დედამ უნდა მიიღოს ფენობარბიტალი
 - გ. დედას უნდა გაუკეთდეს მშობიარობის წინ "K"-ვიტამინი
- 10. გახანგრძლივებული სიყვითლე მთელი თვის განმავლობაში იწვევს:
 - ა. მუცლადყოფნის პერიოდის ინფექციას
 - ბ. სეპტიცემიას
 - გ. კრუტინიზმს
 - დ. წამლისმიერ პემოლიზურ ანემიას

თავი XII
ბავშვის მოვლა კანის, ხილული
ლორწოვანი გარსებისა და ლიმფური
სისტემის დაზიანების დროს

12.1. კანის, ხილული ლორწოვანი გარსებისა და ლიმფური
სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი

ჯანმრთელი ბავშვის კანი მკრთალი გარდისფერია, სადა და ხავერდოვანი. ზოგ ბავშვს კანი ხორბლისფერი ან შედარებით მუქი აქვს.

კანი შედგება სამი შრისაგან: რქოვანა (ანუ შიდა) გარსი, ძირითადი მემბრანა და საკუთრივ დერმა (კანის ხილული ზედაპირი). რქოვანა გარსი ნაზია და თხელი, მდიდარია სისხლძარღვებით, რის გამოც ადვილად ზიანდება. ძირითადი მემბრანა ნაზია და ფაშარი, აკავშირებს ერთმანეთთან დერმასა და რქოვანა გარსს. კანის გარეთა შრე სისხლსავსეა, მასში კარგადაა განვითარებული კაპილარული ქსელი და ლიმფური ძარღვები. კანის უხვი სისხლძარღვოვანი ქსელი განაპირობებს კანის გზით სხვადასხვა ინფექციის გავრცელებას.

ახალშობილთა ცხიმოვანი ჯირკვლები ცხვირის წვერზე, ნესტოების და ლოყების მიდამოშია კარგად განვითარებული. ქონის ჯირკვლების სეკრეციის ჭარბი დაგროვება მოყვითალო-მოთეთრო ფერის წერტილების (milia) სახით ვლინდება. ახალშობილთა საოფლე ჯირკვლები მორფოლოგიურად თითქმის სრულყოფილია, მაგრამ პირველი 3-4 თვის ასაკამდე არ ფუნქციონირებს.

კანი იცავს ორგანიზმს მექანიკური, ფიზიკური და ქიმიური დაზიანებისაგან, იღებს მონაწილეობას წყლისა და აირთა ცვლაში; კანში წარმოიქმნება ფერმენტები, ვიტამინები, იმუნური სხეულები, პიგმენტები. იგი მდიდარია თერმო- და მექანორეცპტორებით; მონაწილეობს იღებს თერმორეგულაციაში.

ბავშვებში კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი უფრო სქელია, ვიდრე მოზრდილის. იგი კარგადაა განვითარებული ლოყების, ბარძაყების, წვივების და წინამხრის არეებში. კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განვითარების შეფასებისათვის იზომება კანისა და კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ნაოჭის სისქე.

ახალშობილებში, ცხიმოვანი ქსოვილის ნორმალური განვითარების შემთხვევაში, ცხიმოვანი ნაკეცი 1,0-1,5 სმ-ია, არასაკმარისი განვითარების დროს კი — 1 სმ-ზე ნაკლებია, ჭარბი განვითარებისას ნაოჭის სისქე 2-3 სმ და მეტია.

ახალშობილთა უმრავლესობას თმა აქვს, წარბები და წამწამები სუსტად განვითარებულია, ფრჩხილები ფარავს თითის ბოლოებს.

ბავშვის ლორწოვანი გარსები გარდისფერია და სველი.

ლიმფური სისტემა შედგება ლიმფური ქსოვილისა და თავად ლიმფური ჯირკვლებისაგან. პერიფერიული ლიმფური ჯირკვლების ფუნქციური უმწიფრობის გამო მათი დაცვითი ფუნქცია ახალშობილებს სუსტად აქვთ გამოხატული, ამიტომაც კანიდან ინფექციის შეჭრისას რევითნალური ლიმფური ჯირკვლების რეაქცია თითქმის არ შეინიშნება, რაც ხელს უწყობს ინფექციის გენერალიზაციას (გავრცელებას). ლიმფური ჯირკვლების ბარიერული ფუნქცია ერთი წლის შემდეგ მატულობს.

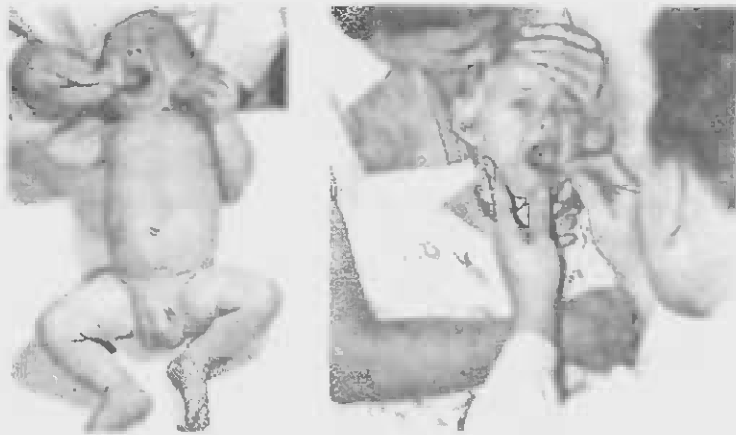
ჯანმრთელ ბავშვს პერიფერიული ლიმფური ჯირკვლები კისრის, იღლიის და საზარდულის მიდამოში ფეტვის ან მუხუდოს მარცვლის ზომისაა, მოძრავია და უმტკივნეულო.

ხანის ნუშურები ბავშვებს არც ისე დიდი ზომის აქვთ, ადრეულ ასაკში ხანის რკალებთანაა მიზორცებული. 5-10 წლის ასაკში ნუშურები დიდდება, რასაც ე. წ. ფიზიოლოგიურ პიპერტროფიას უწოდებენ, ხოლო 14-15 წლის ასაკში კი შეიმჩნევა მათი უკუგანვითარება.

12.2. ბავშვის კანის, ღორწოვანი გარსებისა და ლიმფური ჯირგვლების დათვალიერება, მოვლის ტექნიკა

ბავშვის კანის დათვალიერება უნდა მოხდეს თბილ და ნათელ ოთახში (სასურველია დღის შუაშუ). მედლაშ ხელები უნდა დაიბანოს და გაითბოს. კანის დათვალიერებისას უმჯობესია ბავშვს მილიანად გავხადოთ ტანსაცმელი. ყურადღება ექცევა კანის ფერს, ტენიანობას, ტურგორს, ელასტიურობასა და მისი ზედაპირის სისუფთავეს.

ღორწოვანი გარსების შეფასება უნდა მოხდეს ობიექტური გასინჯვის ბოლოს, ვინაიდან ბავშვის ხანის პირის ნახვა იწვევს მის ძლიერ გაღიზიანებას და ქინკვეულობას. სიღრული ღორწოვანი გარსების დათვალიერება ხდება შეუპარადლებელი თვალით და დღის სინათლეზე. ბავშვის თავი მარცხენა ხელით უკან უნდა გადავწოთ და ვთხოვოთ პირი გააღოს და თქვას „ა“. ენის ძირზე შბადელის დაჭერით საშუალება გვაქვს დავათვალიეროთ ხანის უკანა კედელი. 1 წლამდე და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებს დედა დაისვაში კალთაში ისე, რომ ორივე ხელით დაუეციქონოს ტანი და ზედა კიდურები. ექიმს ან მედლა ერთი ხელით აჭერს თავს, ხოლო მეორე ხელით შბადელით აწვება ენის ძირს და ნახელობს ხანის უკანა კედელს (სურათი 57).



სურათი 57. პირის ღრუს დათვალიერება ხელებსა და მოწრდილ ბავშვებში

ბავშვი სუფთა და მოვლილი უნდა იყოს. ასადამოძღვისა და ადრეული ასაკის ბავშვის ჰიგიენაზე მედლა ზრუნავს, ხოლო შედარებით მოწრდილ ბავშვებს უნდა ჩამოუყვადიბოთ პირადი ჰიგიენის ელემენტარული სვეები.

უდიდესი მნიშვნელობა ენიჭება ბავშვის პირის დაბანას, ნაბანას, თმისა და ფრჩხილების, თვალის, ცხვირისა და ყურის ტუბაჟებს, ჰიგიენურ აბაზანას. მუდმივად უნდა მიეცეს ყურადღება ტანსაცმლის სისუფთავესა და ფესსაცმლის სწორად შერჩევას, კანისა და ღორწოვანი გარსების მოვლა უნდა ნატარდეს ისე, რომ ჰიგიენური პროცედურის ყოველი ელემენტი ბავშვს სიამოვნებას ანიჭებდეს, იწვევდეს დადებით ემოციებს, რაც ხელს შეუწყობს ჰიგიენური ჩვევების ჩამოყალიბებას და ამით, სწორ ჰიგიენურ აღზრდას.

12.2.1. პირის დაბანა. ცხვირის, ყურებისა და თვალების ტუბაჟები. პირის ღრუს მოვლა

ბავშვს პირს ბანენ ჯერ თბილი, ხოლო შემდეგ ოთახის ტემპერატურის წყლით. 2 წლის ასაკიდან ბავშვი პირს დამოუკიდებლად იბანს. 3 წლის ასაკში აფი უკვე კარგად იბანს (სიძნით) და იშწრადებს ხელებს, პირსა და ფეხებს. ჩვეულებრივ ბავშვმა ჯერ უნდა გაიშწრადოს ხასი (ზემოდან ქვემოთ) და შემდეგ ხელები. ყოველი დაბანის შემდეგ ხელ-პირი კარგად უნდა შეიშწრადოს, ვინაიდან ტენიანი კანი ადვილად ღიზიანდება და იქერცლება.

ცხვირის ტუალეტისათვის ჩვილ ბავშვებში გამოიყენება ბამბის სტერილური გრებილა, რომელსაც წინასწარ ასველებენ სტერილურ მზესუმზირის ზეთში, ვაზელინში ან ბავშვებისათვის განკუთვნილ ზეთში. 15 წლიდან ბავშვს უნდა შევასწავლოთ ცხვირსახოცის გამოყენება, რომელსაც 2 წლიდან უკვე დამოუკიდებლად სმარობს (რეკომინდებულია ერთჯერადი ქაღალდის ცხვირსახოცების გამოყენება). ჩვილ ბავშვებს ცხვირის ტუალეტს უტარებენ ყოველდღიურად, სურდოს დროს — დღეში რამდენჯერმე. მოზრდილი ბავშვები დილით, პირის დაბანის დროს ისუფთავებენ ყურებსა და ცხვირს. ცხვირის ღრუს გათავისუფლება ლორწოსა და ქერქებისაგან ცხვირის ნესტოებზე ხელის თანამიმდევრობითი მიჭერით და ენერგიული ამოსუნთქვითი მოძრაობით ხდება.

ახალშობილებში ყურის ტუალეტი ტარდება 2-3 დღეში ერთხელ (იხ. ახალშობილის მოვლა). ყოველი დაბანის შემდეგ ყურის ნიჟარა და გარეთა სასმენი მილი კარგად უნდა გამომშრალდეს.

სასმენი მილი ძაბრისებური ფორმის ყურის ნიჟარის გაგრძელებაა, იგი დაფის აპკით მთავრდება. 6-9 წლის ასაკის ბავშვების სასმენი მილის სიგრძე საშუალოდ 2,5 სმ-ია. მისი კანი უხვადაა მომარაგებული ჯირკვლებით, რომლებიც გამოიმუშავენ გოგირდის შემცველ სეკრეტს. სეკრეტს დაცვითი ფუნქცია აქვს. სასმენი მილი რომ არ გადაიგოს სეკრეტით, ლაბარაკისა და ლეჭვითი მოძრაობის დროს, მისი გადანაცვლება მილის გარეთა ზედაპირისაკენ ხდება. მიუხედავად ამისა ყურის ტუალეტი აუცილებელია, რისთვისაც არ შეიძლება ასანთის ღერის, თმის სამაგრისა და სხვა მკვრივი საგნების გამოყენება. ამ საგნებზე დახვეული ბამბა, როგორც უცხო სხეული, შეიძლება დარჩეს სასმენ მილში. უმჯობესია გამოვიყენოთ პლასტმასის სპეციალური ჩხირები, რომლის ორივე ბოლოზე დაფიქსირებულია ბამბის ბურთულები. სასურველია ბურთულა დასველდეს მცენარეულ ზეთში და გასუფთავდეს ჯერ ყურის ნიჟარა, ახალი ჩხირით კი — თვით სასმენი მილი. სასმენი მილის გასუფთავებისათვის (სურათი 58) იქცევიან შემდეგნაირად: მარცხენა ხელით ოდნავ გამოსწევენ ყურის ნიჟარას უკან და ზემოთ და დაამუშავენ სასმენი მილის მხოლოდ შესასვლელს, რომ არ მოხდეს გოგირდის სიღრმეში გადანაცვლება, რაც ტკივილს იწვევს. ყურის გასუფთავება სასურველია კვირაში ერთხელ. პროცედურის ხშირი განმეორება ხელს უწყობს სეკრეტის ქარბ გამოიმუშავებასა და გოგირდოვანი საცობის განვითარებას. საცობის გაჩენის შემთხვევაში ყურში წინასწარ აწვეთებენ წყალბადის ზეჟანგის 3%-იან ხსნარს, საცობის გამოძევება ხდება ბამბის გრებილის ფრთხილი მოძრაობით. ამ პროცედურას მხოლოდ სპეციალისტი ატარებს.



სურათი 58. ყურის ტუალეტი

ჩვილებში თვალის ტუალეტი დღეში 2-ჯერ (დილადა და საღამოს) ტარდება.

თუ თვალიდან მოყვითალო გამონადენი ქუთუთოებზე ფუფხს ქმნის და წამწამები ერთიმეორეს ეწებება, თვალები ჯერ უნდა გაიწმინდოს (გარედან შიგნით) თბილ

გადადებული წყალში დასველებული სტერილური ბამბის ტამპონით და მხოლოდ ამის შემდეგ ჩაეაწყოთით ექიმის დანიშნული პრეპარატი ან წავესვათ მაღამო.

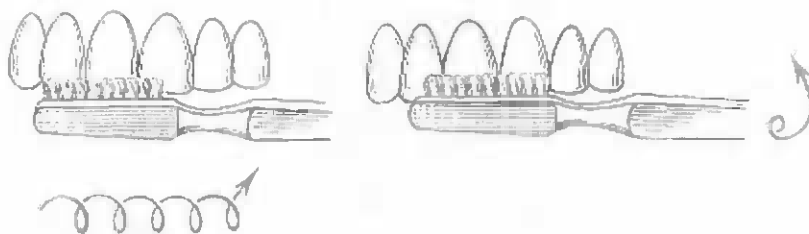
ქალის რძეს ბაქტერიოციდული თვისებები აქვს. ბუნებრივი კვების შეწყვეტის შემდეგ საკვების ნარჩენებში მიკრობები აქტიურად მრავლდება, ამიტომ ნარჩენების ჩამოსარეცხად ყოველი კვების შემდეგ ჩვილს სუფთა წყალი უნდა მიეცეთ. ერთი წლის ასაკიდან ბავშვს უნდა გამოუშუშავდეს ყოველი კვების შემდეგ წყლით პირის გამორეცხვის, ხოლო 1.5-2 წლის ასაკიდან, კბილის ჯაგრისის გამოყენების ჩვევა. ზოგიერთ ქვეყანაში (დანია) კბილის ჯაგრისი პირველი კბილების ამოჭრისთანავე გამოიყენება (სურათი 59). ამ ქვეყნებში კბილების დაავადება (კარიესი) სითქმის არ ვითარდება. ჩვილებისათვის განკუთვნილი ჯაგრისი თითქმის ჩამოსაცმელია, იგი რბილია და პატარა. მოზრდილი ბავშვებისათვის გამოიყენება სხვადასხვა ფორმის და სიმკვრივის ჯაგრისი, რომელზეც მითითებულია შესაბამისი ასაკი და შეიცავს ინდიკატორს (უმეტესად იგი ღია ცისფერია); ჯაგრისის ფერის შეცვლა ანლის შექენის აუცილებლობის მაჩვენებელია.



სურათი 59. კბილის ჯაგრისი ჩვილისათვის

მოზრდილი ბავშვები კბილებს ჯაგრისითა და საბავშვო პასტით დღეში ორჯერ (დილით — საუზმის შემდეგ, საღამოთი — ძილის წინ) იწმენდენ. კბილების ჯაგრისით გაწმენდა უნდა მოხდეს შიგნიდან გარეთ, კბილის ძირიდან წვერისაკენ (სურათი 60). სასურველია ყოველი კვების შემდეგ ბავშვმა პირში გამოიყლოს თბილი მარილიანი ($1/4$ ჩაის კოვზი მარილი 1 ჩაის ჭიქა წყალზე) ან სოდაანი (3-5 გ სოდა 1 ჩაის ჭიქა წყალზე) წყალი.

პირის ღრუს ჰიგიენა სხვადასხვა დაავადებების და კბილების დაზიანების თავიდან აცილების ეფექტური საშუალებაა.



სურათი 60. ჯაგრისის გამოყენების ტექნიკა

12.2.2. ჩაბანა, ფეხების დაბანა და სასქესო ორგანოების ტუალეტი

ახალშობილისა და ადრეული ასაკის ბავშვის ჩაბანა დედას ან მედდას ევალება. მოზრდილი ბავშვი ჩაიბანს ყოველ საღამოს — ძილის წინ, ხოლო მოზარდი გოგონები მენსტრუაციის პერიოდში უფრო ხშირად იბანენ.

ზაფხულში ბავშვმა ფეხები ყოველ საღამოს უნდა დაიბანოს, ზამთრის თვეებში — საკმარისია კვირაში 2-3-ჯერ. ფეხებს იმშრალებენ ინდივიდუალური პირსახოცით. დაუშვებელია საერთო ვარცლითა და პირსახოცით სარგებლობა. თუ ოჯახში რამდენიმე ბავშვია, ფეხების დაბანის წინ და შემდგომ, ბავშვებისათვის განკუთვნილ ვარცლს, რეკხავენ კალიუმის პერმანგანატის წყლით. გარეთა სასქესო ორგანოების შემშრალება უნდა ხდებოდეს ცალ-ცალკე საფენით ან პირსახოცით. ამ წესების დაცვა აუცილებელია მოხდეს ოჯახის წევრთა შორის, კანისა და ფრჩხილების სოკოვანი დაავადების გავრცელების საშიშროების გამო.

ყაუბში, სასქესო ასოს ჰიპერემიისა და შეშუპების დროს, მედდა ფრთხილად გადასწევს ასოს ჩუჩას და კალიუმის პერმანგანატის ღია ფერის თბილი წყლით უკეთებს მიკრობაზანას. პროცედურა მეორდება ყოველდღიურად, სანამ ცვლილებები არ გაქრება.

12.2.3. თმებისა და ფრჩხილების მოვლა

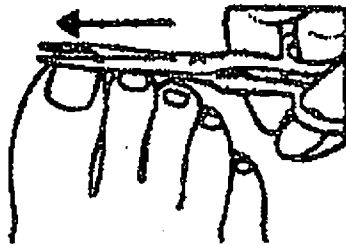
ადრეული ასაკის ბავშვის თმის დაფარცხნა ხდება სპეციალური ხშირკბილებიანი საგარცხელით. თუ ბავშვს თავზე გამოხატული აქვს გნეისი (ყვითელი ფერის ფუფხი), დაბანის წინ (2 სთ-ით ადრე) თავზე უსვამენ გადაღულებულ მცენარეულ ზეთს. ხოლო შემდეგ, საბნით დაბანის დროს, ნაზად ჩამოფარცხნიან სპეციალური საგარცხლით (ძაღდატანებით ფუფხის მოცილება დაუშვებელია). ეს პროცედურა შესაძლებელია განმეორდეს კვირაში ორჯერ.

მოზრდილი ბავშვებისათვის თმის მოვლა გულისხმობს თავის სიტემატიურ დაბანას — 7-10 დღეში ერთხელ, თმის დაფარცხნა ხდება ინდივიდუალური საგარცხლით. დაბანის წინ აუცილებელია თმა გულდასმით დაიფარცხნოს.

ყაუბისათვის თმის მოვლა შედარებით იოლია, ხოლო გოგონებს თუ აქვთ გრძელი თმები, უნდა დაიყოს ნაწილებად და ცალ-ცალკე დაიფარცხნოს. საჭიროების შემთხვევაში დაიწნას ან დამაგრდეს თმის სამაგრით. დაუშვებელია გოგონებისათვის თმის მაქსიმალურად დაჭიმვა და უკან მოქაჩვა (რასაც შეიძლება თავის მიდამოში ტკივილის შეგრძნება და თმის ცვენა მოჰყვეს).

ბავშვს თავი უნდა დაგებანოთ ბავშვის საბნით ან სპეციალური შამპუნით. ადრეული ასაკის ბავშვებისათვის განკუთვნილი შამპუნი შეიცავს ისეთ ნივთიერებებს, რომლებიც არ იწვევენ თვალების წვას, ცრემლდენასა და დაბანისადმი შიშს.

ფრჩხილებს ახალშობილებს პატარა მაკრატლით აჭრიან (უმჯობესია მრგვალობრიანი ან ზემოთ აწეული ბოლოთი). ხმარების წინ მაკრატელი იწმინდება სპირტში დასველებული ბამბით. მოჭრილი ფრჩხილი არ უნდა მოხდეს ბავშვს პირში, თვალში, ცხვირში ან საწოლში. ფრჩხილი უნდა მოიჭრას სწორად (სურათი ნ1), გვერდების ამოჭრა არ არის სასურველი. ჩვილ ბავშვებში მოჭრილ ფრჩხილებზე გადაესმევა განზავებული სპირტიანი ხსნარი. მოჭრილი ზედაპირი უნდა იყოს სადა, რათა ბავშვმა სახის კანი არ დაიზიანოს.



სურათი ნ1. ფრჩხილის მოჭრის წესი

12.2.4. ჰიგიენური აბაზანა და ბავშვის ლოგინი

ჰიგიენური აბაზანა აუცილებელია ჩატარდეს რეგულარულად, როგორც სისუფთავის დაცვის, ასევე ორგანიზმის გაკაუების მიზნით. ნ თვემდე ბავშვს ბანენ ყოველდღიურად, 6-12 თვემდე — დღევამთხვევით, 2 წლამდე — კვირაში ორჯერ, ხოლო შემდგომ — კვირაში ერთხელ.

ახალშობილის დაბანა სასურველია ოთახში, სადაც ჰაერის ტემპერატურა $20^{\circ}-25^{\circ}\text{C}$ -ია. მისთვის ცალკე გამოყოფილ ემალირებულ ან პლასტმასის აბაზანაში (დაუშვებელია, ამ აბაზანაში გაირეცხოს ბავშვის საცვლები და საფენები).

1 თვემდე დასაბანად სასურველია გადაღულებული წყლის (ღია ფერის პერმანგანატით) გამოყენება. ბავშვის დასაბანად საჭიროა ბავშვის საბინი, რბილი ღრუბელი, წყლის თერმომეტრი, წყლის ტოლჩა (წყლის გადასავლებად), საფენი, სპეციალური ფანელი ან პირსახოცი შესაშროლებლად, სუფთა ტანსაცმელი. 2-3 კვირის ასაკამდე ახალშობილებს (განსაკუთრებული ჩვენების გარდა) საბინო არ ბანენ, შემდგომში საბინი კვირაში 2-ჯერ გამოიყენება.

ბავშვთა დაწესებულებაში (ბავშვთა სახლში) ბანაობის წინ აბაზანას ცხელი წყლით, საბინითა და ჯაგრისით, შემდეგ კი 0,5%-იანი ქლორამინით კარგად დაამუშავებენ და კვლავ მდლარე წყალს გამოავლენ. აბაზანაში ასხამენ წყალს და თერმომეტრით ამოწმებენ წყლის ტემპერატურას. 6 თვის ასაკამდე წყლის ტემპერატურა $37^{\circ}-38^{\circ}\text{C}$ -ია, ხოლო შედარებით მოზრდილ ბავშვებში — 36°C . დაბანის ხანგრძლივობა 5-7 წუთს არ უნდა აღემატებოდეს, 6-12 თვის ასაკის ბავშვებისთვის — 8-10 წუთია, მოზრდილი ბავშვებისათვის საკმარისია 10-12 წუთი.

1 თვის ასაკის შემდეგ სპეციალურ, აბაზანაში ჩასადგმელ სკამ-საწოლზე, რომელზედაც გადაკრულია ფლანელის ნაზი ნაჭერი, აწვენენ ბავშვს და ორივე ხელით თავისუფლად ბანენ. ბანაობა უმჯობესია კვების წინ ან ღამით — ძილის წინ.

ბავშვის საწოლს ამზერებენ სისტემატურად (კვირაში 2-ჯერ მაინც), თეთრეული არის ჩითის, ყველა ბავშვისათვის ინდივიდუალურია, ირეცხება და ინახება ცალკე. შეცვლა ხდება — კვირაში ერთხელ.

12.2.5. ბავშვის ტანსაცმელი და ფეხსაცმელი

ბავშვის ტანსაცმელი ყოველთვის სუფთა და ღამაში უნდა იყოს და შეესაბამებოდეს ბავშვის ასაკსა და წელიწადის დროს (სურათი ნ2). სასურველია ტანსაცმელი ჰაერს კარგად ატარებდეს, ასეთია ბამბისა (ჩითი, ფლანელი, ტრიკოტაჟი) და შალის ქსოვილი. ბავშვის ტანსაცმელი უნდა იყოს თავისუფალი, არ ზღუდავდეს ბავშვის მოძრაობას. ახალშობილებს აცმევენ სპეციალურ ჩითის გულფარასა და ფლანელის ზურგფარას, ასევე საცოცარას. შედარებით მოზრდილ ბავშვებს საცვლები ბამბის ქსოვილისა უნდა ეცვათ, ხოლო კაბები, შარვლები, პერანგები, საღამური პიჟამები — ჩითის, ტრიკოტაჟისა და შალის ქსოვილისაგან დამზადებული. ტანსაცმელს უნდა ჰქონდეს ჯიბე ცხვირსახოცისათვის.

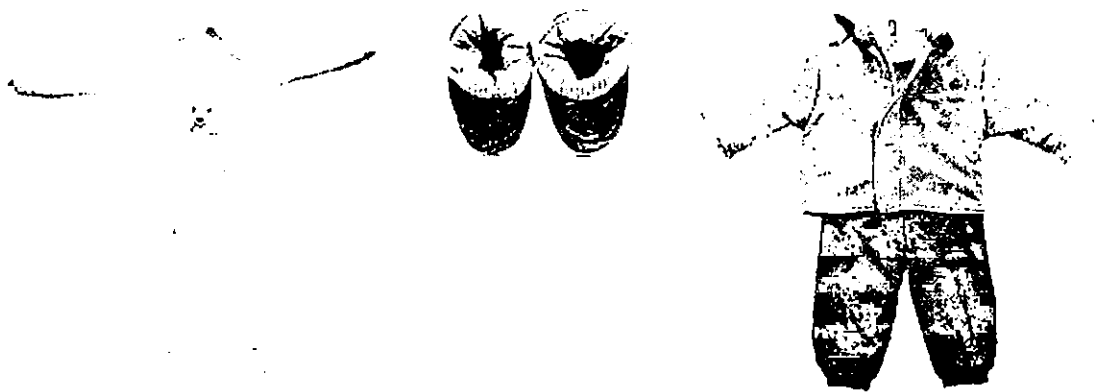
ადრეული ასაკის ბავშვს თავზე არ ახურია, ზაფხულში მზეზე აუცილებელია ჩითის ქუდი საჩრდილობელით, ზამთრის პერიოდში თბილი ქუდი კარგად უნდა ფარავდეს ყურებსა და შუბლს.

სასურველია ბავშვის ტანსაცმელი იყოს ღამაში, კაშკაშა, მკაფიო ფერის, ნაქარგებითა და აბლიკაციებით დამშვენებული. ერთის მხრივ, ეს ბავშვს უქმნის დადებით ემოციებს და მეორე მხრივ, ბავშვი ეზოში ან ქუჩის მიმდებარე ტერიტორიაზე თამაშისას თვალშისაცემია (ქუჩის ტრავმატიზმის თავიდან აცილების მიზნით).

ბავშვის ტანსაცმელი ირეცხება და ინახება ცალკე.

ბავშვის ტანსაცმელი შერჩეული უნდა იქნეს შესაბამისი ზომის. ბრტყელტერფიანობის პროფილაქტიკის მიზნით ადრეული ასაკიდანვე აცმევენ ფეხსაცმელს ე. წ. სუპინატორით, შედარებით მოზრდილი ასაკის ბავშვების ფეხსაცმელს მცირე ზომის ქუსლი აქვს. არ არის რეკომენდებული, რომ ბავშვები ხანგრძლივად ატარებდნენ უქუსლო ნაჭრის ფეხსაცმელს ან ჩექმებს (განსაკუთრებით სახლის პირობებში). ზამთრის ფეხსაცმელი უნდა იყოს დათბილული, რეზინის ძირით, რომ არ სრიალებდეს წვიმასა და თოვლში. ზაფხულში სასურველია ბავშვებს ეცვათ ღია ფეხსაცმელი მაგარი ლანჩით. დაუშვებელია ზაფხულის პერიოდში რეზინის ფეხსაცმლის ხანგრძლივი ხმარება.

ბავშვმა ფეხსაცმელი ადვილად უნდა ჩაიცვას და შეიკრას, იცოდეს მისი მოვლისა და შენახვის წესი.



სურათი №2. ბავშვის ტანსაცმელი

12.3. მოვლა ბავშვის კანის, ღორწოვანი გარეგნობის და ლიბეურის სისტემის დაავადებების (დაზიანებების) დროს

12.3.1. ნაწილები

განსაკუთრებული მოვლას საჭიროებს ავადმყოფი, რომელიც მკაცრ წოდებით რეჟიმს იცავს და ვერ ახერხებს პიგიურ აბაზანის მიღებას. ამ შემთხვევაში ბავშვის კანი უნდა გააწმინდოს რბილი პირსახოცით ან მარლის ნაჭრით, რომელიც წინასწარ დასველებულია რამდენიმე საღებავით ნოტიოებაში (განზავებული სპირტი, განზავებული სუფრის ძმარი, ქაფურის სპირტი და სხვ.).

პირსახოცის ერთ ბოლოს ასველებენ, ოდნავ გაწურავენ და წმენდენ ყურის უკანა მხარეს, კისერს, ზურგს, გულმკერდის წინა ზედაპირს, დუნდულობებს, ილიასქვეშა და საზარდულის მიდამოებს, კანის ნაკეცებს ხელებსა და ფეხებზე. შემდეგ პირსახოცის მშრალი ბოლოთი იგივე თანამდევრობით ამშრალენ კანს.

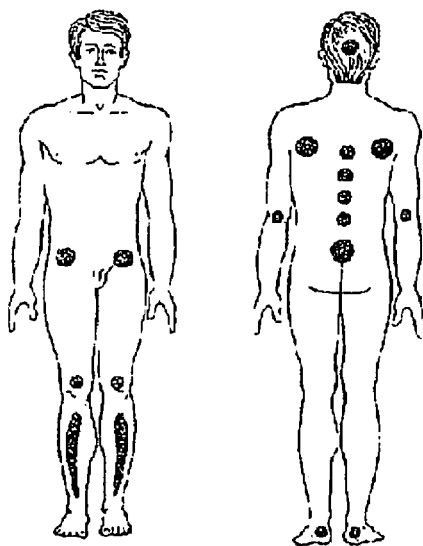
ნაწილები — ეს არის კანის, კანქვეშა რბილი ქსოვილის ნეკროზი. ნაწილები უკუთარდებათ დაუძლეველ ბავშვებს ბექების, გავის, იდაყვებისა და ქუსლების მიდამოში (სურათი №3). თავდაპირველად იწყება კანის შემოფარგლული გაუფერულებით, რაც იკვლება სისითლით, შესიებითა და ებიდერმისის ჩამოცეცხვით. ბუშტებისა და ნეკროზული უბნების გაჩენა მოუთხოვს მკვეთრად გამოხატულ ადგილობრივ ცვლილებებზე, ინფექციის სწრაფად შეჭრის შემთხვევაში კუთარდება სეფსისი.

ნაწილების პროფილაქტიკა გულისხმობს ავადმყოფის ხშირ გადარუნებას (თუ ამის საშუალებაა იძლევა ავადმყოფის მდგომარეობა), ზეწრის ყოველდღიურ, მრავალჯერ გაფრთხვას, საცვლებსა და თეთრეულზე ნაკეცების გასწორებას, კანის დაბეჭვებას საღებავით საშუალებით.

მომე ავადმყოფებს საწოლში უდებენ რეზინის (გასაბერ) რგოლის, (რომელსაც წინასწარ შემთხვევით რბილ ქსოვილს) ისე, რომ გავა მოხვდეს რგოლის შუაში. პიპრეტიის განვითარების შემთხვევაში კანზე უსვამენ მშრალ პირსახოცის ნაჭერს (სისხლის შიმოჭევის გაუმჯობესების მიზნით). ასევე გამოიყენება ულტრაიისფერი დასხივება. მკურნალებელ კანის ნაწილებს ჩამოხავენ ცივი წყლით და ბავშვის საპნით, უსვამენ სპირტს, ხოლო შემდეგ აფრინ პუდრს.

კანზე არსებული ბუშტუკებს ამუშავებენ ბრილიანტის მწვანით და შემდეგ ადებენ მშრალ ნახვევს. ექთან ან ექიმი დანიეროზებულ უბნებს აცილებს და ქრილობას ადებს 1%-იან კალიუმის პერმანგანატში დასველებულ სტერილურ საფენს. შემდეგ (დღეში 2-3-ჯერ), მკვდა ცვლის ნახვევს და ქრილობის მდგომარეობის შესახებ აცნობებს ექიმს. ქრილობის

ზედაპირის ხასიათის მიხედვით იყენებენ მაღაძოებს (ვიშნევსკის მაღაძოს, სინტომიცინის ემულსიას და სხვ.).



სურათი №3. ნაწოლების განვითარების უზშირესი ლოკალიზაცია

ნაწოლების განვითარება ბავშვის ცუდ მოვლაზე, მედპერსონალის დაბალ კულტურასა და მინდობილი საქმისადმი უბასუხისმგებლო დამოკიდებულებაზე მეტყველებს.

12.3.2. ბავშვთა ეგზეზა

ეგზეზა არის ბავშვთა ასაკში ფართოდ გავრცელებული ალერგიული გენეზის დაავადება, როდესაც მომატებულია კანისა და ლორწოვანი გარსების მგრძნობელობა სხვადასხვა ზემოქმედებისადმი და აღინიშნება მიდრეკილება ანთებითი პროცესებისადმი. აღნიშნული რეაქციული მდგომარეობა გადაეცემა მემკვიდრული გზით. იგი ვლინდება ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში, როცა კვება არასრულფასოვანია და ღებულობს ცილების ჭარბ რაოდენობას.

ალერგიული დიათეზით ბავშვი აღვილად მატულობს და ასევე აღვილად კლებულობს წონაში, ვინაიდან მუდმივად ხდება ორგანიზმში წყლის დიდი რაოდენობით შეწოვა. ასეთ ბავშვებს აქვთ ჭარბი წონა და პასტოზურნი (ცომისებურები) არიან.

ბავშვთა ეგზეზის დროს კანი გაწითლებულია და შეფუებული (განსაკუთრებით სახეზე), განვითარებულია დიდი რაოდენობით მიკროვეზიკულები (პატარა ბუშტუკები), თავდაპირველად სველი კიდეებით, შემდეგში ფუფუნის („რძის“ ფუფუნის) განვითარებითა და აქერცვლით. ხშირად აღნიშნული მოვლენები ვითარდება თავზე (გნეისი), ყურის ნიჟარებზე, კისერსა და ტანზე.

ალერგიული დიათეზის შემთხვევაში ბავშვის მოვლისას აუცილებელია ყურადღება მიექცეს ბავშვისა და დედის (თუ დედა მეძუძურია) კვების რეჟიმსა და რაციონს. კვების რაციონიდან ამოღებული უნდა იქნეს ისეთი პროდუქტები, რომლებიც იწვევენ დაავადების გამწვავებას (კვერცხი, შოკოლადი, კაკალი, ციტრუსები, მარწყვი, ყურძენი, ნესვი, თაფლი და სხვ.). ასეთ შემთხვევაში შედგება უნდა აუხსნას დედას როგორ აწარმოოს კვების დღიური, სადაც მითითებული იქნება ყოველი ახალი პროდუქტის მიღებისას განვითარებული კანის მხრივ ცვალებები თუ სხვა გამოვლინებანი. შერეულ ან ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებს ხშირად სენსიბილიზაციის (მომატებული მგრძნობელობა) ნიშნები შესაძლებელია განუვითარდეთ სიცოცხლის პირველი კვირეებსა და თვეებშივე.

ალერგიული დიათეზის დროს საკვებ პროდუქტებში ცხოველური ცხიმები უნდა შეიცვალოს მცანარეულით, რომელიც უფრო ადვილი მოსანელებელია და ადვილად შეიწოვება.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის რეკომინდებულია მკაფიო ნარეგები (მაწონი, კეფირი და სხვ.); დიეტაში უნდა შეიზღუდოს სითხეები და სუფრის მარილი, დაცული უნდა იყოს დღის

რეჟიმი; ბავშვი დიდი ხნის განმავლობაში უნდა იყოს სუფთა ჰაერზე, რათა გაუმჯობესდეს და გაუხანგრძლივდეს ძილი. გამაკალებელი პროცედურები (განსაკუთრებით წყლის) რაც შეიძლება ფრთხილად უნდა ჩატარდეს. კანის ძლიერი ქავილის შემთხვევაში ბავშვი თავისუფლად უნდა იყოს შესვრული, სახელოები კი ამოკერილი უნდა იყოს, რომ არ გაიკაწროს კანი.

ექიმის დანიშნულებით კომპლექსურ მკურნალობაში გამოიყენება ანტიჰისტამინური (ანტიალერგიული) პრეპარატები, კალციუმის პრეპარატები, ვიტამინი „C“ და ადგილობრივი მკურნალობა.

სველი ეგზემის შემთხვევაში გამოიყენება სველი საფენები, რომელიც 4-5 ფენისაგანაა შემდგარი. საფენს ასველებენ სამკურნალო საშუალებებში (ფურაცლინი) და ადებენ დაზიანებულ უბანზე 15-20 წუთის განმავლობაში. შემდეგ საფენებს ცვლიან. ასეთი პროცედურები ამცირებს ანთებით პროცესსა და სისველეს.

კარგ თერაპიულ ეფექტს იძლევა მალამოები (დიმედროლ-ცინკის), პასტები (ცინკის, ნაფტალანის, იქტიოლის) და ემულსიები (სტრეპტოციდის, სინტომიცინის და სხვა). კანის ძლიერი დაზიანების შემთხვევაში გამოიყენება გლუკოკორტიკოიდის შემცველი მალამო.

სველი ეგზემის დროს გამოიყენება ზოგადი ან ადგილობრივი მოქმედების სამკურნალო აბაზანები. ჰიგიენური აბაზანისაგან განსხვავებით წყალში ამატებენ სამკურნალო საშუალებებს (სახამებელი, ბალახის ნაყენი, სოდა და სხვა).

სახამებლის აბაზანა არბილებს და აწყნარებს კანს, ამცირებს ქავილს. ასეთი აბაზანის მოსამზადებლად 100 გ კარტოფილის ფქვილს ხსნიან 1 ლიტრ თბილ წყალში და ამატებენ აბაზანისათვის მომზადებულ წყალს.

სოდიანი აბაზანა მზადდება 1 სუფრის კოვზი საქმელის სოდის დამატებით 8-10 ლ წყალზე.

ორკბილისა და გვირილის ნაყენის აბაზანები ამცირებს კანზე ანთებად ცვლილებებს. ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის აბაზანას უმატებენ 1 ჩაის ჭიქა ორკბილის ან გვირილის ნაყენს (1 სუფრის კოვზ ბალახს ასხამენ 1 ჩაის ჭიქა მღუღარე წყალს, აჩერებენ 10-15 წუთს და წურავენ ორმაგ დოლბანდში).

რძისა და ზეთისხილის ზეთის აბაზანა იძლევა კარგ სამკურნალო ეფექტს; ნახევარ ჭიქა რძეს უმატებენ 1 ჩაის კოვზ ზეთისხილის ზეთს, თქვეფენ და ასხამენ გამზადებულ აბაზანაში.

მშრალი ეგზემის შემთხვევაში გამოიყენება აბაზანა მუხის ქერქის ნაყენით (200 გ 1 ლ წყალზე) ან კალიუმის პერმანგანატით (0,3 გ 10 ლ წყალზე).

სამკურნალო აბაზანა ინიშნება დღეგრძელობით ან კვირაში 2-ჯერ, აბაზანის ხანგრძლივობა 5-10 წუთია. აბაზანის შემდეგ აუცილებელია ბავშვს გადავალოთ წყალი და კანი ნაზად შევუშრალეთ.

ბავშვთა ეგზემის სამკურნალოდ გამოიყენება ფიზიოთერაპიული პროცედურები.

12.2.3. ნაოფლარი

ნაოფლარი — ადრეული ასაკის ბავშვებში მეტად გავრცელებული კანის დაზიანებაა, რომელსაც საფუძვლად უდევს საოფლე ჯირკვლების გამომტანი სადინარების გაღიზიანება. ანთებითი პროცესის განვითარებას განაპირობებს ბავშვის მოვლის ჰიგიენური რეჟიმის დარღვევა. ოთახში, სადაც ბავშვი იმყოფება, ჰაერის ტემპერატურა არ უნდა აღემატებოდეს 22°C-ს.

ნაოფლარის დროს სასარგებლოა ღია ფერის კალიუმის პერმანგანატის აბაზანა, რომელსაც ანასიათებს სადენინფექციო მოქმედება. ასეთი აბაზანები გამოიყენება არა მარტო ნაოფლარის, არამედ კანის სხვადასხვა ჩირქოვანი დაავადებებისა და გამოყვლევის დროს. აბაზანაში ასხამენ 5%-იან კალიუმის პერმანგანატის ხსნარს, ვიდრე წყალი ვარდისფერად არ შეიფერება. აბაზანის მიღების ხანგრძლივობა 5-7 წუთია.

ნაოფლარი შესაძლებელია გართულდეს კანის ჩირქოვანი დაავადებით, განსაკუთრებით ადრეული ასაკის ბავშვებში.

12.3.4. კანის ჩირქოვანი დაავადებები

კანის ჩირქოვანი დაავადებანი ადრეული ასაკის ბავშვთა ყველაზე მეტად გავრცელებულ დერმატოზებს (კანის ანთება) მიეკუთვნება. პიოდერმიის გამომწვევები სტრეპტოკოკები არიან — სტრეპტოკოკული პიოდერმია (სტრეპტოდერმია), მაგრამ ახალშობილების პერიოდში ძირითადად სტაფილოკოკური პიოდერმია (სტაფილოდერმია) გვხვდება.

ინფექციის შეჭრა ხდება ჭიბიდან ან კანიდან (მისი უმცირესი დაზიანების შემთხვევაშიც კი) სხვადასხვა ჰიგიენური პროცედურების დროს (ჩაბანა, დაბანა, შეხვევა და სხვ.) და კვების დროს. პიოდერმიის განვითარება მიუთითებს არარაციონალურ ჰიგიენურ მოვლა-პატრონობაზე.

სტრეპტოდერმიისათვის დამახასიათებელია ჩირქროვების ზედაპირული ლოკალიზაცია, რომელიც ვრცელდება პერიფერიისაკენ. ჩირქროვები განლაგებულია კანის თმის ნაწილში, საოფლე და ქონის ჯირკვლების მიდამოებში.

ჩირქროვების ადგილობრივი მკურნალობის ფორმები დამოკიდებულია დაზიანების ხასიათზე (სტრეპტოდერმია, სტაფილოდერმია), გავრცელებასა და დაზიანების სიღრმეზე.

ჩირქოვანი ელემენტებისა და ერთიების დამუშავება ხდება 1%-იანი ანილინის საღებავებით (ბრილიანტის მწვანე, იისფერი მეთილენი) ან მადეზინფიცირებული მალამოებით. დაზიანებული კანის გარშემო არსებული უბნები მუშავდება სალიცილ-ბორის ან ქაფურის სპირტით. ჩირქოვანი ფუფუნის ჩამოცილის შემდეგ დაზიანებულ უბანს ესმევა ერთირობიცილის, პოლიმიქსინის ან სხვა მალამოები.

სამედიცინო პრაქტიკაში ფართოდ გამოიყენება ვიშნევსკის მალამო, განსაკუთრებით ანთებადი ინფილტრატის შემთხვევაში. სტერილურ საფენს (5-6 ფენას) ხის ან მინის წკირით უსვამენ ვიშნევსკის მალამოს და ადებენ დაზიანებულ კანზე, ზემოდან ადებენ ბამბას. ბამბის ფენა 2-3 სმ-ით ფართო უნდა იყოს, ვიდრე მარლის. ბამბის ზემოთ ადებენ კომპრესის ქაღალდს და ნახვევს მთლიანად ბინტით ამაგრებენ.

აბსცესების შემთხვევაში აუცილებელია გამოვიყენოთ ჰიპერტონული ხსნარის ნახვევი. სტერილური მარლის საფენს ასველებენ ჰიპერტონულ ხსნარში (8-10%-იანი ნატრიუმის ქლორიდის) და ადებენ კანის დაზიანებულ უბანზე, ზემოდან ადებენ ჰიგროსკოპული ბამბის ფენას და აფიქსირებენ ბინტით.

პიოდერმიით დაავადებული ახალშობილები და ადრეული ასაკის ბავშვები იზოლირებული არიან, მათთვის გამოყოფილია ცალკე მომსახურე პერსონალი. პალატები, სადაც ახალშობილები იმყოფებიან, სისტემატურად მუშავდება კვარცის ნათურით და სადეზინფექციო ხსნარებით.

12.3.5. დაოდვილობა

ჩვილ ბავშვებს, განსაკუთრებით პირველ თვეებში, გამოყვლა ანუ დაოდვილობა კანის ნაოჭებში, ღუნდულობებზე, შორისის მიდამოში უვითარდებათ. გამოყვლა კანის არასწორი მოვლის შედეგია. ყურადსაღებია კანის ინდივიდუალური თავისებურება, ვინაიდან ალერგიული დიათეზისა და ჭარბი წონის ბავშვებში ასეთი მდგომარეობა ხშირია. დაოდვილობა უმეტესად იმ ადგილებში ვითარდება, სადაც შარდის გავლენით კანი ღიზიანდება; იგი წითლდება, ზოგჯერ წყლულებიც კი ჩნდება. გამოყვლის დროს აუცილებელია ბავშვი თავისუფლად იყოს გახვეული, სველი საფენები დროულად იქნეს გამოცვლილი. არასასურველია მუშამბისა და ხელოვნური მასალისაგან დამზადებული ერთჯერადი მოხმარების ტრუსებისა და საფენების გამოყენება.

თუ კანზე მხოლოდ სიწითლეა გამოხატული, ასეთ უბნებზე საკმარისია ტალკის გამოყენება ან გადადუღებული სტერილური ზეთით დამუშავება (მზესუმზირის, ატმის, ნუშის) ან სპეციალური ბავშვის მალამოს ხმარება.

თავდაპირველად, ბამბის ტამპონით ამუშავებენ ბავშვის სხეულსა და კიდურებს, ხოლო ბოლოს ღუნდულობისა და შორისის მიდამოს. ტალკი დიდი რაოდენობით არ გამოიყენება.

დაუშვებელია ერთდროულად ზეთისა (ან მალამოს) და ტალკის ხმარება, ვინაიდან ამ დროს წარმოიქმნება ნამცეცები, რომლებიც გროვდება კანის ნაოჭებში და იწვევს გაღიზიანებას.

გამოყენების დროს ეფექტურია ფიზიოთერაპიული პროცედურები (ულტრაიისფერი სხივები).

12.3.6. მოვლა ლიმფური სისტემის დაზიანების დროს

მწკავე ინფექციების (ებოლა, ქუნთრუშა, ინფექციური მონონუკლეოზი და სხვა), ანგინის, პირის ღრუს დაავადებების დროს ხშირია ლიმფური ჯირკვლების გადიდება (სურათი 64). გადიდებული და მტკივნეული ლიმფური ჯირკვალს ადებენ სათბურ კომპრესს ან შეაზელენ ქაფურს. ეს პროცედურა ასცირებს ტკივილს და ხელს უწყობს ანთებითი პროცესის უკუგანვითარებას.

ნუშერების და კისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდების და მტკივნეულობისას საკვები უნდა იყოს თხიერი, ოდნავ შეშობარი და ადვილად მისაღები.

სისხლის სიმსივნური დაავადებების (ლეიკოზი, ლიმფოგრანულომატოზი) შემთხვევებში გადიდებული ლიმფური ჯირკვლები განსაკუთრებულ მოვლას არ საჭიროებს.



სურათი 64. აბსცედირებული ლიმფადენიტი

12.4. კვლევის მეთოდები

ნაცხის აღება ხდება ჩახიდან და ცხვირიდან ხის ან ლითონის ღეროზე დახვეული სტერილური ბამბის ტამპონით, ხახის ან ცხვირის ღორწოვანიდან იღებენ ღორწოსა და ნადებს. ბამბის ტამპონი თავსდება სტერილურ სინჯარაში.

ტამპონები შნადდება სამედიცინო დავესებულებებში, სტერილიზაცია კი ხდება ავტოკლავში. მასაღას აბარებენ ბაქტერიოლოგიურ ლაბორატორიაში.

კითხვები:

1. როგორია ბავშვის კანისა და ხილული ლორწოვანი გარსების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი?
2. დაახასიათეთ ბავშვის კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი.
3. ჩამოთვალეთ კანის ფუნქციები.
4. სად და როგორ უნდა მოხდეს ბავშვის კანის დათვალიერება?
5. რა თავისებურებანი ახასიათებს თმასა და ფრჩხილებს?
6. როგორია პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის თავისებურებანი?
7. დაახასიათეთ თვალის, ცხვირისა და ყურის ლორწოვანი გარსები.
8. რა თავისებურებანი ახასიათებს გარეთა სასქესო ორგანოების ლორწოვანს?
9. რა თავისებურებით ხასიათდება ბავშვის ლიმფური სისტემა?
10. რა ცვლილებებია გამოხატული თვალის ლორწოვანის დაზიანების დროს?
11. რა კლინიკური გამოვლინებანი ახასიათებს პირის ღრუს ლორწოვანის დაზიანებას?
12. ჩამოთვალეთ ბავშვის ჰიგიენური მოვლის ძირითადი პრინციპები.
13. როგორ ტარდება ცხვირისა და ყურის ტუალეტი?
14. როგორია თვალებისა და პირის ღრუს მოვლის წესები?
15. როგორ ტარდება ჩაბანა და გარეთა სასქესო ორგანოების მოვლა?
16. რას უნდა მიექცეს ყურადღება ფეხების დაბანის დროს?
17. როგორ ხდება თმების მოვლა (აღრეულ ასაკში და მოზრდილებში)?
18. როგორ მზადდება და ტარდება ჰიგიენური აბაზანა?
19. რა მათხივნებს უნდა აკმაყოფილებდეს ბავშვის საწოლი, ლოგინი და თეთრეული?
20. რა ჰიგიენურ მათხივნებს უნდა აკმაყოფილებდეს ბავშვის ტანსაცმელი?
21. რა ჰიგიენურ მათხივნებს უნდა აკმაყოფილებდეს ბავშვის ფეხსაცმელი?
22. რაში მდგომარეობს ნაწოლების პროფილაქტიკა და მოვლა?
23. რას უნდა მიექცეს ყურადღება ეგზემის (აღერგოული დიათეზის) შემთხვევაში?
24. რა ცვლილებებია გამოხატული კანზე სველი ეგზემის დროს?
25. რა ძირითადი პრინციპებია გასათვალისწინებელი სველი ეგზემით დაავადებულის მოვლის დროს?
26. რაში მდგომარეობს აღერგოული დიათეზის კომპლექსური მკურნალობა?
27. რა სამკურნალო საშუალებანი გამოიყენება სველი ეგზემის სამკურნალოდ?
28. სამკურნალო აბაზანები, მათი სახეები და მოქმედების პრინციპები.
29. კანის მოვლის წესები ნაოფლარის დროს.
30. როგორ ხდება კანის მოვლა პოდერმიის დროს?
31. როგორ ხდება აბსცესების დამუშავება?
32. როგორ ხდება კანის მოვლა გამოყვლის დროს?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. 5 წლის ნინოს აქვს სურდო. ექიმმა დაუნიშნა ნაფტიზინის 0,5%-იანი ხსნარი ცხვირში ჩასაწვეთებლად. როგორ უნდა მოიქცეს დედა?
რომელი ქვემოთაღნიშნული პროცედურა უნდა ჩაატაროს?
ა. თავდაპირველად მოვწმინდოთ ცხვირი ორივე ნესტოებზე ერთდროულად ხელის მოჭერით და ბიძგისებური ენერგიული ამოსუნთქვით
ბ. თავდაპირველად ჩაგაწვეთოთ ნაფტიზინი
გ. გავესუფთაოთ ცხვირი, ჯერ ცალ ნესტოზე ხელის მიჭერით და ენერგიული ამოსუნთქვითი მოძრაობით, შემდეგ მეორე მხარეს
2. 3 თვის გიორგის აქვს კონიუქტივითი. ექიმის დანიშნულებით დედამ უნდა ჩაუწვეთოს 20%-იანი ალბუციდის ხსნარი. როგორ უნდა მოიქცეს დედა? რომელი ქვემოთაღნიშნული პროცედურა უნდა ჩაატაროს?
ა. თავდაპირველად თვალები უნდა გაუწმინდოს თბილ წყალში დასველებული ტამპონით გარედან — შიგნიდან
ბ. თავდაპირველად უნდა ჩააწვეთოს ალბუციდი
გ. თავდაპირველად თვალები უნდა გაუწმინდოს შიგნიდან — გარეთ
3. 5 წლის ახალშობილს პირის ღრუში აღენიშნება წერტილოვანი სხვადასხვა ზომის თეთრი ფერის ფოფქისებური ნაღებები. რა პქვია აღნიშნულ ცვლილებას?
ა. აღერგოული (ექსუდაციური) ეგზემა
ბ. პოდერმიოზი
გ. რძიანა
ჰ. პირის ღრუს დამუშავება რომელი წესითაა უმჯობესი?
ა. მუდამ თითზე უნდა დაიხვიოს მარლა და ამოეწმინდოს
ბ. ადგილობრივად ნისტატინის ფხვნილის შეფრქვევა
გ. მუდამ სიდიანი ბამბის ტამპონით გაუწმინდოს პირის ღრუ

4. დედამ უნდა ჩაბანოს 2 თვის ანი, როგორ უნდა მოიქცეს?
 - ა. დედამ უნდა ჩაბანოს წინიდან უკან
 - ბ. დედამ უნდა ჩაბანოს უკანიდან წინ
 - გ. ჩასვას წყლით სავსე ვარცლში და ისე დაბანოს
5. 2 თვის მარიამი ჩაუშვეს წყლით სავსე აბაზანაში, როგორი თანამიმდევრობით უნდა აბანაონ ბავშვი?
 - ა. ხელები
 - ბ. ფეხები
 - გ. კისერი
 - დ. პირი
 - ე. თავის თმაიანი ნაწილი
 - ვ. სახე
 - ზ. სხეული წინიდან და უკნიდან
 - თ. ნაკეცები
6. 6 თვის კახას ლოყები წითელი აქვს, აღენიშნება ფუფსი, კანი იქერცლება, თავზე გამოხატულია ვენისა. ბავშვი იმყოფება ხელოვნურ კვებაზე დასვით დიაგნოზი:
 - ა. ნაწოლები
 - ბ. პიოდერმია
 - გ. სოკოვანი დაავადება
 - დ. ალერგიული დიათეზი
7. ალერგიული დიათეზის დროს ქვემოჩამოთვლილიდან რეკომენდებულია:
 - ა. კვების რეჟიმის და რაციონის დაცვა
 - ბ. სისტემატური დაბანა
 - გ. საკვებ პრეპარატებში ცხოველური ცხიმების შეცვლა მცენარეულით
 - დ. დიდი რაოდენობით სითხეების მიცემა
 - ე. მარილიანი საკვები
 - ვ. დღის რეჟიმის დაცვა
 - ზ. ფაფების დიდი რაოდენობით გამოყენება

თაზი XIII

ბავშვთა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკა და მოვლა

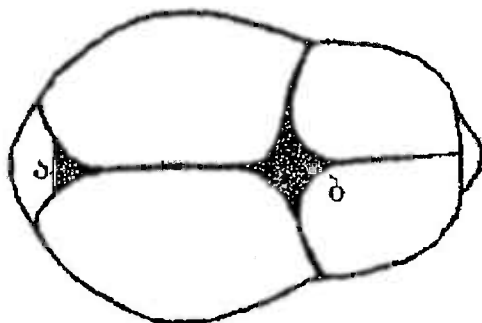
13.1. საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი ბავშვთა ასაკში

ძელოვანი სისტემის განვითარება მუცლადყოფნის პერიოდის ადრეულ სტადიაზე იწყება და ძალიან ნელი ტემპით მიმდინარეობს. დაბადების დროისათვის ჩონჩხის მრავალი ნაწილი ჯერ კიდევ სრტილებსაგან შედგება.

ცალკეული ძვლების ჩამოყალიბება შემდეგი თანამიმდევრობით მიმდინარეობს: პირველი თვეების განმავლობაში ბავშვებს არა აქვთ მაჯის ძვლები. მათი ფორმირება თანდათანობით ხდება და მთავრდება 13-14 წლის ასაკში. ქვედა კიდურებზე გაძვალეების ზოგიერთი უბანი უკვე მუცლადყოფნის პერიოდში აღინიშნება, ხოლო დაბადების შემდეგ გაძვალეების პროცესი საკმაოდ ინტენსიურია.

თავის ქალაზე დაბადების პერიოდისათვის არსებობს ორი შემაერთქსოვილოვანი მემბრანით დაფარული გაუძვალელები უბანი: ერთი კეფის მიდამოში — მცირე ყოფლიბანდი, რომელიც გაძვალდება ანუ იზურება 1 1/2-3 თვისათვის და თხემის მიდამოში — დიდი ყოფლიბანდი, რომლისებური ფოსო, რომელიც ნორმალურ პირობებში იზურება 14-დან 18 თვემდე

(სურათი 65). ყოფილობანდების ნაადრევი ან მოგვიანებითი დახურვა პათოლოგიურ მდგომარეობად ითვლება.

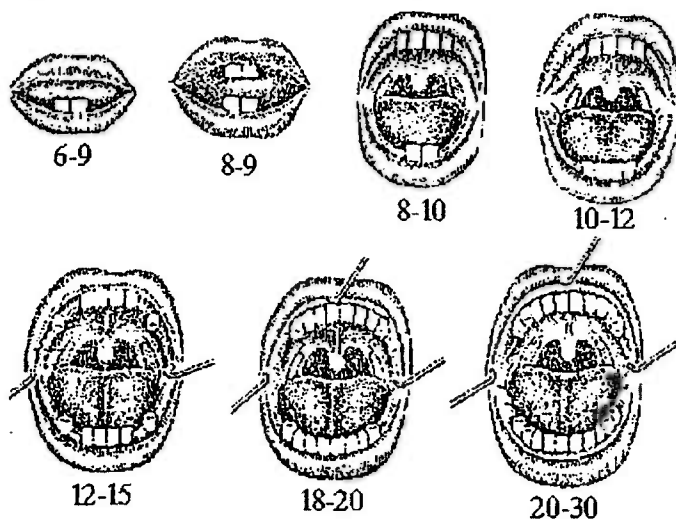


სურათი 65. ახალშობილის თავის ქალა:
ა — დიდი ყოფილობანდი; ბ — მცირე ყოფილობანდი

გოგონებში გაძვალეების პროცესი შედარებით ინტენსიურია. ძვლის ზრდის შენელება გოგონებში იწყება 8-11 წლის ასაკში, ვაჟებში კი — 9-12 წლისათვის.

გარკვეულ ასაკობრივ ცვლილებებს განიცდის ძვლის ქიმიური შემადგენლობა: რაც მცირეა ბავშვის ასაკი, მით უფრო მდიდარია ძვლები წყლითა და ღარიბია მინერალური ნივთიერებებით. წყლის დიდი რაოდენობა და მინერალურ ნივთიერებათა, კერძოდ კალციუმის მარილების სიმცირე განაპირობებს იმას, რომ ბავშვის ძვლები უფრო დრეკადია და ამის გამო ძნელად მტვრევადი. ვინაიდან ბავშვის ძვლის ზრდისა და აღდგენის უნარი და დრეკადობა მაღალია, მისი ძვლოვანი ქსოვილის გამსღეობა ტრავმებისადმი გაცილებით მეტია, შესწორების პროცესი კი — უფრო ხანმოკლე.

ჩვილ ბავშვს პირველი ექვსი თვე კბილები არა აქვს. სარძევე კბილების ჩანასახი 6-8 კვირის ნაყოფშია, მუდმივი საჭრელი კბილების, ეშვებისა და მცირე მოლარების — მუცლადყოფნის პერიოდის მე-5 თვიდან აღინიშნება. დიდი მოლარების და სიბრძნის კბილების ჩასახვა შესაბამისად 1 წლის და 4-5 წლის ასაკში ხდება, რაც ჩვილი ბავშვის ყბის მცირე ზომით აიხსნება (სურათი 66). 6 თვის ასაკში იწყება პირველი სარძევე კბილების ამოჭრა შემდეგი თანამიმდევრობით: ჯერ ამოდის ქვედა ორი, შემდეგ ზედა ორი შუა საჭრელი კბილები, მომდევნო თვეებში ამოდის გვერდითი საჭრელი კბილები. წლის ბოლოს ბავშვს უკვე რვა კბილი აქვს. 6-დან 24 თვის ასაკამდე სარძევე კბილების რაოდენობის განსაზღვრა შემდეგი ფორმულით ხდება: კბილების რაოდენობა = $n-4$, სადაც n თვეების რიცხვია.



სურათი 66. სარძევე კბილების ამოჭრის სქემა (30 თვის ასაკამდე)

სარძევე კბილების ამოჭრა მთავრდება სამი წლის ასაკში. მუდმივი კბილების ამოსვლა კი იწყება 6-7 წლიდან და მთავრდება 13-14 წლის ასაკში. სიბრძნის კბილების ამოჭრა 16-25 წლის ასაკში აღინიშნება.

კბილების ამოჭრა ფიზიოლოგიური მოვლენაა და არავითარ გართულებას არ იწვევს.

ბავშვის ჯანმრთელობისათვის პირის ღრუს ჰიგიენას, კბილების მოვლას, განსაკუთრებით, საღ კბილებს, დიდი მნიშვნელობა აქვს.

კუნთოვანი სისტემა ახალშობილების პერიოდისათვის ჯერ კიდევ მოუქმედებელია. ახალშობილობისა და ძუძუს წოვის პერიოდის პირველ თვეებში ყურადღებას იპყრობს სხვადასხვა კუნთის საკმარისად განსხვავებული ძალა და ტონუსი. ასე მაგალითად, თავის დამჭერი კუნთები სუსტია და მოდუნებული, ხოლო კიდურთა მომხრელი კუნთების ტონუსი მომატებული. კიდურთა მომხრელი და გამშლელი კუნთების ტონუსი დაახლოებით 1 წლის ასაკისათვის თანაბრდება.

კუნთების ძალა ასაკთან ერთად მატულობს; ვაჟის კუნთთა ძალა, ჩვეულებრივ, უფრო მეტია, ვიდრე გოგონებისა.

13.2. ძვალ-სახსროვანი და კუნთოვანი სისტემების გამოკვლევა.

მდგომარეობის შეფასება. დაავადებათა პროფილაქტიკა და მოვლა

ძვლოვანი სისტემის მდგომარეობას აფასებენ თავის ქალას ძვლების დახედვითა და პალპაციით, გულმკერდის ყაფაზის, სერხემლის, ზემო და ქვემო კიდურების, კბილების დათვალიერებით.

თავის დათვალიერებისას ყურადღება უნდა მიექცეს თავის ფორმასა და მის ზომებს (თავის გარშემოწერილობა). ჩვილ ბავშვებს თავის ზომები შედარებით დიდი აქვთ. თავი მრგვალი ფორმისაა. ქალას ძვლების პალპაციისას ყურადღება ექცევა ყიფლიბანდის ზომებს, დაჭიმულობას, ქალას ძვლების ნაკერებს, თვითონ ძვლების სიმკვრივეს. პალპაცია კეთდება ორივე ხელით ერთდროულად. ჩვეულებრივ, დიდი ყიფლიბანდის მიდამოში შეიგრძნობა რბილი ქსოვილების სუსტი პულსაცია.

გულმკერდის ყაფაზის დათვალიერებისას ყურადღება ექცევა მის ფორმას, სიმეტრიულობას, ნეკნების განლაგებას მკერდის ძვლისა და სერხემლის მიმართ. ცხოვრების პირველ თვეებში ბავშვის გულმკერდის ყაფაზი მოკლეა და წაგვეთილი კონუსის ფორმა აქვს—ზევით ვიწრო და ქვევით ფართო. შემდეგ თანდათანობით გულმკერდი ცილინდრული ფორმის ხდება.

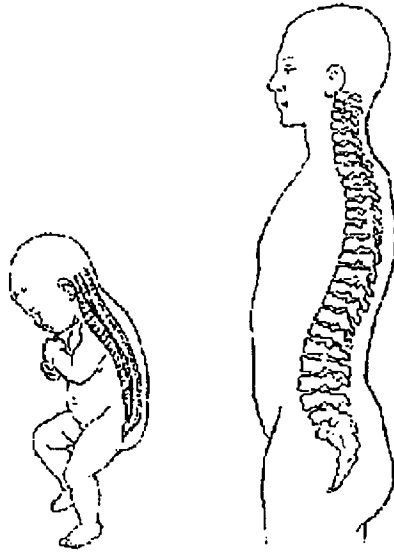
სერხემლის დათვალიერებისას ყურადღება ექცევა ფიზიოლოგიურ სიმრუდეებს (სურათი 67), ბავშვის დგომას, სერხემლის პათოლოგიურ გამრუდებას.

ახალშობილებში სერხემალი სწორია, შემდგომში (სტატიკური ფუნქციების ჩამოყალიბების პარალელურად) შეინიშნება ე. წ. ფიზიოლოგიური ნადრეკები, რომელთა განვითარება 2, 6 თვის და 1 წლის ასაკში შესაბამისად თავის დაჭერის, ჯდომისა და სიარულის დაწყებასთან არის დაკავშირებული: ვითარდება კისრის ლორდოზი (წინ გამოდრეკა), გულმკერდის კიფოზი (შედრეკა) და წელის ლორდოზი. სერხემლის პათოლოგიური გამრუდება შეიძლება იყოს, როგორც ლორდოზის, ასევე კიფოზისა და სკოლიოლიოზის (სერხემლის გამრუდება მარჯვნივ და მარცხნივ) სახით.

პათოლოგიური გამრუდება ყველაზე ხშირად გვხვდება წელისა და გულმკერდის მიდამოებში.

კიდურის ძვლების დათვალიერებისას ყურადღება ექცევა მათ სიგრძეს და ფორმას. რაქიტის დროს ზოგჯერ გვხვდება კიდურების „0“-ს ან „X“-მაგვარი გამრუდება.

სახსრების გამოკვლევის დროს აფასებენ მათ ფორმას, მოძრაობის სიფართოეს.



სურათი 67. სერხემლის სიმრუდეები ახალშობილსა და მოზრდილში

კუნთოვანის სიტემის შეფასება ხდება კუნთების ძალისა და ტონუსის შემოწმების საფუძველზე. დიდ ბავშვებში კუნთების ძალას დინამომეტრით ამოწმებენ. მცირე ასაკის ბავშვებში კუნთთა ტონუსისა და ძალის შეფასება შეიძლება კუნთების პალპაციით, ბავშვს ვთხოვთ ხელი მოგვიჭიროს, წინააღმდეგობა გავუწიოთ მის რაიმე მოძრაობას.

13.2.1. ბრტყელტერფიანობა და ტერფმრუდობა

საკმაოდ ხშირად ბავშვებში შეიძლება შეგვხვდეს ტერფმრუდობა და ბრტყელტერფიანობა.

ტერფმრუდობა ტერფის შიგნითა ზედაპირის ამწევი მყეს-კუნთოვანი სისტემის თანდაყოლილი სისუსტეა, რის გამოც ბავშვი სიარულის დროს ტერფის შიგნითა ზედაპირს ეყრდნობა და ზოგჯერ ქუსლიც შიგნით აქვს მიქცეული. ტერფმრუდობის გამოვლენა სასურველია 4 თვის ასაკამდე. ამისათვის შედგა უნდა მოიქცეს შემდეგნაირად: ბავშვს უნდა გავხადოთ ფეხსაცმელი და წინდა, დავაყენოთ სწორ და მაგარ ზედაპირზე. ბრტყელტერფიანობის დროს ტერფის თალი ესება ზედაპირს. შეიძლება ავიღოთ ტერფის ანაბეჭდი და გაგატაროთ ორი ხაზი: I — ქუსლის შუა წერტილი შევავართოთ მეორე თითებშუა არესთან; II — ქუსლის შუა წერტილი შევავართოთ პირველი თითის შუა ფალანგის შუა წერტილთან. ნორმალური თალის დროს ტერფის კონტური ანაბეჭდზე მოხვდება პირველი ხაზის შიგნით. მსუბუქი (I-II ხარისხის) ბრტყელტერფიანობის დროს ტერფის კონტური მოხვდება I და II ხაზებს შორის. III ხარისხის მძიმე ტერფმრუდობის დროს ტერფის კონტური არ აღწევს II ხაზს. ბრტყელტერფიანობისა და ტერფმრუდობის დიაგნოზს საბოლოოდ ორთოპედი ადასტურებს. იგი ნიშნავს სპეციალურ ვარჯიშს, რომელსაც შედგა ასრულებს ან შეასწავლის დედას (სურათი 68).

პირველი ვარჯიში: ტერფის გაშლა და მოხრა (4-6-ჯერ) კოჭ-წვივის სახსარში, ისე, რომ ტერფის გარეთა და შიგნითა ზედაპირები დაფიქსირებულია.

მეორე ვარჯიში: ორივე ფეხისგულების ერთმანეთთან შეერთება (4-6-ჯერ)

მესამე ვარჯიში: მონაცვლეობით, ორივე მიმართულებით, ტერფის ბრუნი კოჭ-წვივის სახსარში. ამ დროს წვივის ქვემო მესამედი ფიქსირებულია.

ბავშვს, რომელმაც სიარული იცის, აცმევენ სპეციალურ ფეხსაცმელს, ურჩევენ ქვიშაში იაროს შიშველი ფეხებით.



სურათი 69. ტერმორუდობის კორექციის ვარჯიშთა კომპლექსი

13.2.2. კისერმრუდობა

საკმაოდ ხშირია ბავშვებში კისერმრუდობა, რომელიც მკერდ-ღაფსუ-ღვრილისებური კუნთის განვითარების ანომალიაა. კუნთის დეფორმაციას ხელს უწყობს სამშობიარო ტრავმა (განსაკუთრებით ჯდომითი წინამდებარეობა). 2-3 კვირის ასაკის ანაღმობილებში ვლინდება მკერდ-ღაფსუ-ღვრილისებური კუნთის გამკვრივება, დამოკლება და შესაება. ბავშვს თავი შებრუნებული აქვს საწინააღმდეგო მხარეს, წიფჯურ გამოხატულია ხანის და ქალას ასიმეტრია, დაზიანებული მხარეს წინამხარი და ბეჭი აწეულია.

მოწოდებულია კისერმრუდობის კომპლექსური მკურნალობა. სპეციალურ მასაჟსა და ვარჯიშს ატარებს მედლა და შეახსავლის დედას.

კისერმრუდობით ავადმყოფს ათავსებენ ნახევრადმკრივ ლეიბზე ბალიშის გარეშე. თავი და სხეული ერთი ღერძის გასწვრივ თავსდება. თავქვეშ რეზინის ან ბამბის ქსოვილისაგან შეკერილ რგოლს ამოუდებენ (სურათი 60). მდებარეობითი მკურნალობის ეს მეთოდი ტარდება დღეში 2-3-ჯერ 2%-3% წუთის განმავლობაში.

13.2.3. ჩონჩხის დეფორმაციის პროფილაქტიკა

ჩონჩხის დეფორმაცია, განსაკუთრებით გულმკერდის ყაფასისა და ხერხემლის დეფორმაცია, არასასურველ გავლენას ახდენს ბავშვის განვითარებაზე, აწვევს სახუნოქი და სისხლის მიმოქცევის ორგანოების სონამალური ფუნქციონირების შეფერხებას.

ადრეული ასაკის ბავშვებში ჩონჩხის დეფორმაციას ეფელაზე ხშირი მიწეწია მქიადროდ შეხვევა, აკვანი, რბილი საწოლი, მაღალი ბალიში, ერთ მდებარეობაში სანგრძლივი წოლა და ა.შ.



სურათი 60. სამკურნალო ვარჯიშში კისერმრუდობის დროს

სკოლამდელ და სასკოლო ასაკში ჩონჩხის დეფორმაციას აწვევს მძიმე ჩონით გამოწვეული ცალმხრივი დატვირთვა, არასწორად შერჩეული აკვავი, სადაც ბავშვი შეკადისიბს, წერს.

ექთანმა უნდა გაამახვილოს ყურადღება და მიუთითოს შშობლებს ყველა იმ ფაქტორზე, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ჩონჩხის დეფორმაცია. დეფორმაციის პროფილაქტიკის მიზნით, ბავშვის ასაკის გათვალისწინებით, სწორად უნდა შეირჩეს ავეჯი, სასკოლო ჩანთა ბავშვს ხან ერთ, ხან მეორე ხელში უნდა ეჭიროს, სასურველია გამოიყენოს ზურგჩანთა. წლამდე ბავშვს არ ესაჭიროება ბალიში, ხოლო საწოლი უნდა იყოს სწორი და შედარებით მაგარი. დაუშვებელია ბავშვის ჩაკვრა აკვანში.

13.2.4. რაქიტი

რაქიტი (ბერძნ. rhachis-ხერხემალი) ძვლების მხრივ ცვლილებებით მიმდინარე დაავადებაა. იგი ადრეულ ასაკში ყოფილიყო. დაავადების მიზეზია D ვიტამინის ნაკლებობა, რასაც თან ახლავს კალციუმ-ფოსფორის ცვლის მოშლა, ძვლებში სინთეზური პროცესების დარღვევა, ყველა ძირითადი ორგანოსა და სისტემის ფუნქციის მოშლა. D-ვიტამინის დეფიციტი ძირითადად განპირობებულია მისი საკვებთან ერთად არასაკმარისი მიწოდებით (ალიმენტური დეფიციტი) და მზის სხივების ნაკლებობით (სხივური დეფიციტი). D₃- ვიტამინს ბავშვი ღებულობს ცხოველური წარმოშობის პროდუქტებისაგან (კვერცხის გული, ზიზილალა, კარაქი, რძე). მზის ულტრაიისფერი სხივების შემოქმედებით კანის ქსოვილში არსებული ქოლესტერონი გარდაიქმნება D₃-ვიტამინად. ორგანიზმში (ღვიძლში, თირკმელში) გარდაქმნის შედეგად წარმოიქმნება D₃-ვიტამინის აქტიური ფორმები, რომლებიც ხელს უწყობენ კალციუმისა და ფოსფორის მარილების დაგროვებას ძვლებში და მათ ნორმალურ ფორმირებას.

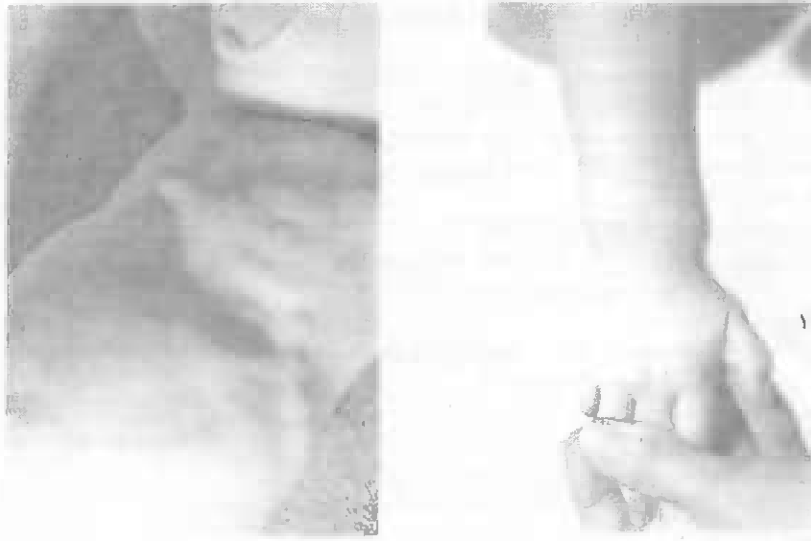
მედიის მოვალეობაა დროულად გამოავლინოს რაქიტის პირველი ნიშნები. რაქიტის დასაწყისი პერიოდი (სიცოცხლის პირველი თვის ბოლო) ვეგეტატური სერეული სისტემის ფუნქციის დარღვევით ვლინდება: ბავშვი მოუსვენარია, ჭირვეულობს, აქვს ზერელე და მოუსვენარი ძილი, სახის, თავის და კისრის არეში აღენიშნება ჭარბი ოფლიანობა. ოფლი წებოვანია და მჟაფე სუნი აქვს. თავი, განსაკუთრებით კეფის მიდამო, რომელიც საწოლზე უდევს, ოფლიანობის გამო უღიზიანდება, იწვევს ქავილს. ამის გამო ხშირად ამოძრავებს, რასაც თმის გაცვენა — გამელოტება მოჰყვება („რაქიტული სიქაჩლე“). დასაწყისი პერიოდის — ხანგრძლივობა 10-45 დღეა, რის შემდეგ იწყება რაქიტის აყვავების (ფლორიდული) პერიოდი, მეორე თვის ბოლოდან ან მესამე თვეში, როდესაც ზემოჩამოთვლილ ჩივილებს ემატება ცვლილებები ძვლების, კუნთებისა და შინაგანი ორგანოების მხრივ. პირველ რიგში ვლინდება ცვლილებები თავის ქალას ბრტყელ ძვლებში. კეფის მიდამო, რომელიც დაბადებისას გაძვალბებული და მაგარი იყო, თანდათან რბილდება და ხელის დაჭერით იზნექება („კრანოტაბესი“). შემდგომში ცვლილებები (სურათი 70) ყოფილიყო გულმკერდის ძვლებში („რაქიტული კრიალოსანი“, როდესაც შემსხვილებულია ნეკნები ხრტილოვანი და ძვლოვანი ნაწილის შეერთების ადგილას, „ქათმისებური“, „ნავისებური“ გულმკერდი და სხვ.), ხერხემალის გამრუდება, ზემო კიდურების („რაქიტული სამაჯურები“ — წინამხრის ბოლო კიდურების შემსხვილება, „მარგალიტის მძივები“ — ხელის მტევნის ფალანგების გასწვრივ შემსხვილება) და ქვემო კიდურების (0-სებური ფორმის და X-სებური ფორმის) დეფორმაცია. რაქიტის დროს დარღვეულია კბილების ამოჭრა და ამოჭრის თანამიმდევრობა.

გადაზე ადრე დაბადებული (30 კვირამდე) ან დაბალი წონის ახალშობილის ძვლებში მინერალური მარილების შემცველობა დაქვეითებულია. თანდაყოლილი რაქიტის ნიშნებია: დიდი ზომის (2,8 X 3 სმ და მეტი) დიდი ყიფლიბანდი, მცირე და გვერდითი ყიფლიბანდების ღიაობა, თავის ქალას ძვლებს შორის ნაკერების დაცელება, სისხლის შრატში Ca და P დაბალი დონე და სხვ.

რაქიტისათვის დამახასიათებელია კუნთების ტონუსის დაქვეითება. რაქიტით დაავადებული ბავშვები თავის დაჭერას, ჯდომას, ღვომასა და სიარულს გვიან იწყებენ. საყურადღებოა „ბაყაყისებური მუცელი“: შწოლიარე ბოჩაში მუცელი გაბრტყელებულია და გვერდითი კიდები გადმოშლილია.

რაქიტის პროფილაქტიკა მუცლადყოფნის პერიოდიდან იწყება. ორსული ქალის რაციონალური კვება და სწორი დღის რეჟიმი რაქიტის თავიდან აცილების საშუალებაა.

დაბადების შემდეგ 2-3 კვირის ასაკიდან, მიზანშეწონილია D-ვიტამინის პროფილაქტიკური დოზის გამოყენება (400 სე დღეში). აშშ-ის პედიატრიული აკადემიის მიერ რეკომენდებულია რაქიტის პრევენცია ჩაუტარდეს ახალშობილს სიცოცხლის მე-3, მე-4 დღეს.



სურათი 70. რაქიტული ცვლილებები

რაქიტის პროფილაქტიკის საუკეთესო საშუალებაა ვიტამინი D₃ BON-ის ერომოსენტიანი გამოყენება (6 თვეში 1-ჯერ, წელიწადში სულ 2-ჯერ). პროფილაქტიკური დოზის მიღებები მოიცავს ასევე ძუძუთი კვებას 1 წლის ასაკამდე (3-4 თვემდე მაინც), დამატებითი საკვების სახით ბურღულის ფაფების (განსაკუთრებით მანანის ბურღულის) ნაცვლად ბოსტნეულის პიურეს მიწოდებას, სუფთა ჰაერით სარგებლობას (დღეში 1,5-2 სთ), თავისუფალი შეხვევა, სივსიხლის დროს მოძრაობით აქტივობას, დოზირებულ მასაჟს, ფიზკულტურასა და ცურვით გარჯიშებს.

D-ვიტამინი გამოადის სამი სახით: სმირტზე, ზეთსა და წყალზე დამზადებული. პედიატრთა უმეტესობა უპირატესობას წყალზე დამზადებულს ანიჭებს — სწრაფად იწოვება და ხანგრძლივად ინარჩუნებს ეფექტურობას. D-ვიტამინი წვეთებით ინიშნება. მედამ უნდა იცოდეს პრეპარატის 1 წვეთი რამდენ ერთეულს შეიცავს. წყალსა და ზეთზე დამზადებულს პირდაპირ ენაზე აწვეთებენ, სმირტოვანის დაწვეთება არ შეიძლება — იგი ეძლევა კოვით წყალთან ან რძესთან ერთად. D-ვიტამინის ქარბი დოზით გამოყენება ბავშვის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობისათვის საშიშა.

ზეთზე დამზადებული D₂ ვიტამინი (ერგოკალციფეროლი) 0,0625%, 0,125% და 0,5%-იანი ხსნარების სახით გამოიყენება, რომელთა 1 მლ შესაბამისად 25 000, 50 000 და 200 000 საერთაშორისო ერთეულია, თითო წვეთი კი 500, 1000 და 4000 სე. D₃-ვიტამინის სმირტიანი ხსნარის 1 მლ 200 000 სე, 1 წვეთი — 5000 სე-ს შეიცავს.

მედდა სისტემატურად ამოწმებს როგორ იღებს ბავშვი D-ვიტამინს. იგი ადგენს მკურნალობის სქემას და შეასწავლის დედას როგორ აღრიცხოს ვიტამინის მიღება ყოველდღიურად. უნდა ახსოვდეს, რომ D ვიტამინის ქარბი დოზა ან ინდივიდუალური აუტანლობა მისი გართულებებსა და შეუქცევად ცვლილებებს იწვევს.

რაქიტით დაავადებული ბავშვის მოვლის ძირითადი მომენტებია ოთახის ხშირი განიავება, მისი სველი წესით დასუფთავება, ინფექციური დაავადების თავიდან აცილება, სუფთა ჰაერით სარგებლობა, მზის ულტრაიისფერი სხივების დოზირებული გამოყენება, საკვები რაციონის გამდიდრება ცილით, ცხიმით, ნახშირწყლით, მინერალური მარილებით და ვიტამინებით; ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებს მკვრივი საკვები 1-1 1/2 თვით ადრე ენიშნება, ვიდრე ბუნებრივი კვების დროს არის მიღებული.

კითხვები:

1. რა თავისებურებებით ხასიათდება წყნელი ბაგშვის თავის ქალა?
2. როგორია ძვლის ქმნის უმადგენლობა ასაკის მიხედვით?
3. როგორია კბილების ამოჭრის თანამდევრობა?
4. რა თავისებურებებით ხასიათდება ბაგშვის კუთხოვანი სისტემა?
რა მეთოდებით ამოწმებს წონის მდგომარეობის ექიანი?
5. ხერხეშლის რომელი ფიზიოლოგიური ნივთიერებები და პათოლოგიური გამრუდებები იცნობ?
6. რომელი პათოლოგიური მდგომარეობის დროს გვხვდება ყველაზე ხშირად წონის დეფორმაცია?
7. რა არის ბრტყელტყროვიანობა?
8. როგორ ამოწმებს ექიანი ბრტყელტყროვიანობას?
9. რა დეფორმაციები გვხვდება ძვლოვანი სისტემის მხრივ რაქტის დროს?
10. როგორ ფასდება კუთხოვანი სისტემის მდგომარეობა?
11. რა არის კასერმრუდობა?
12. რაში მდგომარეობს წონის დეფორმაციის პროფილაქტიკა?
13. რომელი ასაკის ბაგშვებში გვხვდება რაქტა?
14. რა არის რაქტის განვითარების წამყვანი მაჩვენებელი?
15. როგორია ძვლების მხრივ რაქტული ცვლილებები?
16. რა ცვლილებები ვითარდება კუთხის მხრივ რაქტის დროს?
17. როგორია რაქტით დაავადებული ბაგშვის ძვლის ძირითადი პრინციპები?
18. როგორია რაქტის პროფილაქტიკა?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. სარძევე კბილების ამოჭრის თან ახლავს
 - ა. სხეულის მატალი ტემპერატურა
 - ბ. ბაგშვის საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია
 - გ. ღებნიება
 - დ. დიარეა
2. 10 თვის ასაკის ბაგშვის სარძევე კბილების რაოდენობაა:
 - ა. 12 კბილი
 - ბ. 2 კბილი
 - გ. 6 კბილი
 - დ. 8 კბილი
3. რაქტის დასაწყისი პერიოდისათვის დამახასიათებელია ყველა ქვემოთმოთვლილი გარდა:
 - ა. შუბლის ბორცვები
 - ბ. აგწეება
 - გ. თეფლაინობა
 - დ. კეფის არეში თმის გაცვენა („რაქტული სიქანლე“)

თავი XIV
გავშვის მოვლა სასუნთქი სისტემის
დაავადებების დროს

14.1. სასუნთქი სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი

სასუნთქი სისტემა იწყება ცხვირიდან, სადაც შესუნთქული ჰაერი თბება და იწმინდება. ადრეული ასაკის ბავშვებში ცხვირი პატარა და ვიწროა. ცხვირის ლორწოვანი გარსი ნაზი და სისხლძარღვებით მდიდარია. აღნიშნული თავისებურების გამო, ახალშობილებსა და ჩვილებში ცხვირის ლორწოვანის მსუბუქი ანთებაც კი სუნთქვისა და წოვის აქტის დარღვევას იწვევს.

ცხვირ-ხახა ცხვირის ღრუს გაგრძელებას წარმოადგენს, ხახა ვიწროა. ნუშისმაგვარი ჯირკვლები 1 წლამდე თითქმის არ შეიმჩნევა. ხორხი ძაბრისებური ფორმისაა, ხრტილები ელასტიკურია. ცრუ ხმოვანი იოგები და ლორწოვანი ნაზია. ხმოვანი იოგების ვიბრაციის შედეგად წარმოიშობა ხმის ტონი ბავშვებში, ტრაქეა ძაბრისებური ფორმისაა, მისი სანათური ვიწროა, ხრტილები რბილი, ელასტიკური ქსოვილები სუსტადაა განვითარებული. ანთებითი პროცესის დროს სანათური ვიწროვდება და სუნთქვა ძნელდება. ადვილად ვითარდება სტენოზური მოვლენები. ტრაქეა იყოფა ბრონქებად, მარჯვენა ბრონქი ტრაქეის გაგრძელებას წარმოადგენს, მოკლეა და განიერი, მასში თავისუფლად ხვდება უცხო სხეული (მარცვალა, ღილი, თხილი და სხვ.). ლორწოვანი გარსი სისხლძარღვებით მდიდარია, რაც ხელს უწყობს ანთებითი პროცესის ადვილად განვითარებას. ბრონქები იყოფა ბრონქიოლებად და ალვეოლებად. ალვეოლებში ხდება გაზთა ცვლა, აღნიშნული წარმონაქმნები დაფარულია ფილტვის ქსოვილით და ქმნის ფილტვის წილს.

ახალშობილებში ფილტვების წონაა 50-60 გ. მისი წონა ორმაგდება 6 თვის და სამმაგდება — 1 წლის ასაკში, 10-ჯერ მატულობს წონაში 12-13 წლის ასაკში. პარალელურად მიმდინარეობს ფილტვის ქსოვილის დიფერენცირება. ახალშობილის ფილტვის ქსოვილი ნაკლებ პეროვანია, მდიდარია სისხლძარღვებითა და ფაშარი შემაერთებული ქსოვილით. ელასტიკური ქსოვილის სუსტი განვითარების გამო ადვილად ვითარდება ემფიზემა, შეგუბება, ატელექტაზი, იქმნება საუკეთესო პირობები ანთებითი პროცესის განვითარებისათვის.

მარჯვენა ფილტვი შედგება 3 წილისა და 10 სეგმენტისაგან. მარცხენა 2 წილისა და 9 სეგმენტისაგან. ყოველ სეგმენტს დამოუკიდებელი ლოკალიზაცია აქვს, რომლის ვენტილაციას ახორციელებს შესაბამისი ბრონქი. ბავშვებში ფილტვის ანთება უმეტესად ვითარდება იმ სეგმენტებში, სადაც აერაცია და ბრონქების დრენაჟული ფუნქცია დარღვეულია. განსაკუთრებით ხშირია იგი ზემო წილის ზედაუკანა და ქვემო წილის უკანა ბაზალურ სეგმენტებში.

ბავშვთა ასაკში პლევრა გაცილებით ნაზი და თხელია, ამიტომ პლევრის ღრუში სითხის დაგროვება იწვევს შუასაყარის ორგანოების (გული, სისხლძარღვები) გადაწაცვლებას.

სუნთქვის პროცესი ხორციელდება დიაფრაგმისა და ნეკნთაშუა კუნთების მოძრაობის შედეგად. ბავშვებში დიაფრაგმა მაღლა დგას და კუმშვადუნარიანობაც სუსტია, ამიტომ სხვადასხვა პათოლოგიური მდგომარეობის დროს (ღვიძლის გადიდება, მეტეორიზმი) ფილტვების ვენტილაცია შეფერხებულია. ახალშობილებსა და ჩვილებში სუნთქვა დიაფრაგმალური ან მუცლის ტიპისაა, 2 წლიდან — შერეული, 5-10 წლიდან კი ვაჟებში ყალიბდება უბირატესად მუცლის ტიპის სუნთქვა, გოგონებში კი გულმკერდის. ახალშობილებში, სასუნთქი სისტემის და გულმკერდის ყაფაზის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურების გამო, სუნთქვა ხშირია (45-55 წუთში) და რიტმიც დარღვეულია.

მედიამ უნდა განსაზღვროს სუნთქვის ხასიათი, მისი სიხშირე და რითმი, ფილტვის სასიცოცხლო ტევადობა. სუნთქვის სიხშირის განსაზღვრა ხდება მოსვენებულ მდგომარეობაში. გასათვალისწინებელია, რომ ხველებისა და ტირილის დროს სუნთქვა ძლიერდება. შესაძლებელია სუნთქვის დათვლა ძილის დროს. მედმა გამთბარ ხელს ადებს მუცელზე ან გულმკერდზე და ცდილობს ბავშვის ყურადღება გადაიტანოს სხვა საგნებზე (რათა ბავშვმა არ გააზშიროს ან შეაჩეროს სუნთქვა). წამშობით ითვლიან სუნთქვის რაოდენობას ერთ წუთში და აღარებენ ასაკობრივ ნორმას.

ბავშვებში სუნთქვის სისწორე (წთ-ში):

ახალშობილებში და 3 თვემდე ასაკის ბავშვებში — 40-45

4-6 თვის ასაკში — 35-40

7-12 თვემდე — 30-35

2-3 წლამდე — 25-30

5-6 წლამდე — 25-მდე

10-12 წლამდე — 20-22

14-15 წლამდე — 18-20

ზრდასრულ ადამიანში — 15-16.

14.2. მოვლა სასუნთქი სისტემის დაავადებების დროს

ანაბნეზის შეგროვებისას ყურადღება უნდა მიექცეს დაავადების დასაწყისსა და წინამორბედ დაავადებას. ბავშვის გასინჯვისას მნიშვნელობა აქვს სუნთქვის გაწმენდას (ტაქიპნოეს), ცხვირიდან სუნთქვის გაძნელებას, ცხვირის ნესტოების ბერვას. დისპნოეს (ქოშინი), რომელიც შეიძლება იყოს ინსპირაციული (ჩასუნთქვითი), ექსპირაციული (ამოსუნთქვითი) ან შერეული, ხმაურიან ჩასუნთქვას (სტრიდორი), ბავშვის ხმას ყვირილისა და ხველის დროს, ხველის ხასიათს (შშრალი ან სველი, ხველა მყუდრო ხასიათის), ნახველის რაოდენობასა და ფერს, კანისა და ლორწოვანების ფერს, სილურჯეს (ციანოზს) მთელ კანზე ან ცხვირ-ტუჩის მიდამოში და სხვა ნიშნებს.

ახალშობილებში სუნთქვის რიტმი არათანაბარია და ზოგჯერ პერიოდული ხასიათი აქვს. არჩევენ პერიოდული სუნთქვის ისეთ სახეს, როდესაც 5-10 წმ-ის განმავლობაში სუნთქვის შეჩერებას (შშვიდი ძილის დროს) თან არ ახლავს ციანოზი, გულის რიტმის ან არტერიული წნევის, კუნთთა ტონუსის დარღვევა. ასეთი სუნთქვა უპირატესად სიცოცხლის I კვირის ბოლოს და II კვირის დასაწყისში რეგისტრირდება. ახალშობილთა აბნეო სასწრაფო დახმარებას საჭიროებს მაშინ, როდესაც სუნთქვის შეჩერებას (16-20 წმ) თან ახლავს ციანოზი, სიფერპერტალე, ბრადიკარდია, არტერიული ჰიპოტონია. პათოლოგიური ტიპის სუნთქვის სახეები (ჩეინ-სტოქსის, ბიოტის, გროკოს და კუსმაულის) ვითარდება მძიმე ინტოქსიკაციებისა და თავის ტვინის დაზიანების შემთხვევებში.

14.2.1. მწვავე რინიტი

იზოლირებული რინიტი ადრეული ასაკის ბავშვებში იშვიათია. იგი ძირითადად რინოფარინგიტის სახით მიმდინარეობს. გამოწვევია ვირუსული (გრძიპის, პარაგრძიპის ვირუსი, რინოვირუსი, ადენოვირუსი) ან მიკრობული ინფექცია (სტაფილოკოკი, პნევმოკოკი და სხვ.). გადაეცემა აირვითგან გზით.

კლინიკა. დაავადება იწყება ცხვირიდან სეროზული, შემდგომში ჩირქოვანი გამონადენით, ცემინებით, ცხვირით სუნთქვის გაძნელებით. ბავშვები წოვას თავს ანებებენ, ჭირვეულობენ, ერღვევით ძილი. ცხვირის ირგვლივ კანი გაღიზიანებულია და პიპერებილი. ტემპერატურა ნორმალური ან სუბფებრილურია. დაავადება გრძელდება 5-7 დღე. ცხვირ-ხახაში აღენიშნება წანაზარდების არსებობისას რინიტის მოვლენები ხანგრძლივდება. ზოგჯერ რინიტი აღერგიული ხასიათისაა. ამ დროს საყურადღებოა ცხვირის ლორწოვანის შესიება, უხვი გამჭვრევალე გამონადენი (რინორეა). დაავადებას მორეკვიდოვებ მიმდინარეობა აქვს.

მოვლა. მაღალი ტემპერატურისას ნაწვენებია წოლითი რეჟიმი. ცხვირის გამავლობის აღდგენის მიზნით ჩასაწვეთებლად გამოიყენება ადრენალინის (1:1 000) თრ-ორი წვეთი ნესტოში (კვების წინ), პროტარგოლის ან კოლარგოლის 1%-იანი ხსნარის 3-4 წვეთი 2-ჯერ დღეში. ხანმოკლე დროით (4-5 დღე) შეიძლება 0,05%-იანი ან 0,1%-იანი გალაზოლინის ან სანორინის გამოყენება. ცხვირსა და ზემო ტუჩის კანზე სასურველია ვაზელინის წაცხება.

აუცილებელია დღეში რამდენჯერმე ჩატარდეს ცხვირის ტუალეტი (ყოველი კვების წინ ადრეული ასაკის ბავშვებში).

ცხვირის ღრუ იწმინდება ვაზელინში ან სხვა ზეთში დასველებული ბამბის გრესილათი. ზოგიერთ შემთხვევაში (ადრეული ასაკის ბავშვებში) სასუნთქ გზებსა და პირის ღრუში არსებული გამონადენი ან ლორწო შესაძლებელია მოვაშოროთ ელექტროასპირატორით.

მოზრდილ ბავშვს აუცილებელია ცხვირი მოვწმინდოთ (ცხვირსასოცით) შემდეგნაირად: ჯერ ერთ ნესტოზე უნდა მივაჭიროთ ხელი (დავახშოთ) და პაერის გამოშვებით აქტიური ბიძგისებური მოძრაობით გაუსუფთავდეს ერთი მხარე, ხოლო შემდეგ — მეორე. ცხვირის მოწმინდის შემდეგ ვაწვეთებთ მედიკამენტს.

14.2.2. მწვავე ლარინგიტი

მწვავე ლარინგიტი ხორხის ლორწოვანის მწვავე ანთებაა. იგი ადრეული (6 თვიდან 3 წლამდე) ასაკის ბავშვთა ხშირი დაავადებაა.

ეტიოლოგია. ეტიოლოგიურ სტრუქტურაში წამყვანი ადგილი რესპირაციულ ვირუსებს — პარაგრძის, A-გრძის, რინო- და ადენოვირუსებს, ზოგჯერ მიკრობულ ინფექციასაც ენიჭება. უმეტესად კი დაავადება ვირუსულ-ბაქტერიული ხასიათისაა. ლარინგიტისადმი უპირატესად აღერგული ბავშვებია განწყობილი.

მწვავე ლარინგიტის დროს ადგილი აქვს ხორხის ლორწოვანის შეშუპებას, ჰიპერემიას და ჰიპერსეკრეციას.

დაავადება იწყება ტემპერატურის მომატებით, საერთო სისუსტით, მშრალი და უხეში „მყეფავი“ ხველით, ხმის ჩახლეჩით (დისფონია). სუნთქვის გაძნელება არ აღინიშნება. ჩვეულებრივ, დაავადების განვითარებიდან მე-5-მ დღეს ლარინგიტის კლინიკური ნიშნები უკუგანვითარებას განიცდის.

დახმარება. მწვავე ლარინგიტის დროს ხმოვანი იოგების დატვირთვა (ხმაძალალი ლაბარაკი, ყვირილი, ცხარე მწარე და ცხელი საკვების მიღება და სხვა) უნდა შემცირდეს. უნდა მივაწოდოთ სუფთა და ცივი პაერი, მივცეთ დიდი რაოდენობით თბილი სითხე, ეფექტურია მღოფის აბაზანა ქვემო კიდურებზე და საფეხები გულმკერდზე. ასევე სასურველია თბილი სოდიანი ინჰალაცია.

14.2.3. მწვავე მასტენოზირებელი ლარინგიტი (კრუპი)

მწვავე მასტენოზირებელი ლარინგიტი (კრუპი) ვითარდება იმ შემთხვევაში, როდესაც ანთება ვრცელდება ხმოვან იოგებზე და ხმოვან იოგთა ქვეშა სივრცეში. ამ დროს ადგილი აქვს ლორწოვანის შეშუპებას, ჰიპერემიას, ჰიპერსეკრეციასა და ხორხის კუნთების რეფლექტორულ სპაზმს.

კრუპი (krup) შოტლანდიური სიტყვაა და „ჩხავილს“ ნიშნავს. კრუპი ნამდვილი ანუ ქეშმარიტია, როდესაც იგი ვითარდება დიფტერიის ჩხირის ზემოქმედების გამო. ამ დროს დაზიანებულ ლორწოვანზე აღინიშნება ფიბრინოზული ნადები. ცრუ კრუპი ვირუსული ინფექციების დროს ვითარდება.

ცრუ კრუპისათვის დამახასიათებელია კლინიკურ სიმპტომთა ტრიადა: სტენოზური სუნთქვა (ჩასუნთქვის გაძნელებით), დისფონია და მყეფავი ხველა. კლინიკური ნიშნები ვითარდება უეცრად, ღამის საათებში.

სტენოზის ხარისხის დადგენის მიზნით გამოყოფენ ოთხ სტადიას:

I ხარისხის (კომპენსირებული) ხორხის სტენოზის დროს ჩასუნთქვა მეტწილად გაძნელებულია, საუღლე ფოსოები მცირეა და ჩაფარდნილი, გამოხატულია უხეში მყეფავი ხველა, სუნთქვის უკმარისობა არ ვლინდება.

II ხარისხის (სუბკომპენსირებული) სტენოზის დროს ბავშვი აგზნებულია და მოუსვენარი, აქვს შეშინებული გამომეტყველება. გამოხატულია პერორალური ციანოზი, სუნთქვა ხმაურიანია და მანძილზე ისმის; საუღლე ფოსოები, ნეკნთაშუა არეები, ეპიგასტრალური მიდამო ჩაზნექილია.

III ხარისხის (დეკომპენსირებული) სტენოზის დროს ბავშვის მდგომარეობა უკიდურესად მძიმეა, გამოხატულია მკვეთრი აგზნება ან შეკავება, სიფერქრთაღე, ოფლიანობა, აკროციანოზი, პერიფერიული პემოინამიკის დარღვევა (კანი მარმარილოსებრი, კიდურები ცივი), ჩასუნთქვის გაძნელება, გულის ტონების მოწყრება, ტაქიკარდია, პიპოტონია, გულის მარცხენა საზღვრის გადიდება

IV ხარისხის ხორხის სტენოზის ანუ ასფიქსიის დროს ბავშვის მდგომარეობა უკიდურესად მძიმეა, ცნობიერება დაბინდულია, აღინიშნება უნებლიე შარდვა, სხეულის ტემპერატურის დაქვეითება, პულსი ძაფისებურია, გამოხატულია პიპოტონია, სუნთქვა ზედაპირულია და წყვეტილი.

მკურნალობა. I ხარისხის ხორხის სტენოზის დროს ტარდება ინჰალაციური თერაპია ნოტიო პაერით, ფეხის ცხელი აბაზანა, მღოგვის საყელო. ოთახში, სადაც ბავშვია, პაერი უნდა იყოს გრილი და ნოტიო, მიზანშეწონილია სითხის (ბორჯომი თბილი რძით, 2%-იანი სოდის ხსნარით) ჭარბად გამოყენება. მდგომარეობის გაუმჯობესების მიუხედავად, პაერის დატენიანება უნდა გაგრძელდეს ხველების ჩათავებაძდე (2-3 დღე).

II ხარისხის სტენოზის დროს ავადმყოფის პოსპიტალიზაცია აუცილებელია. ბავშვს ათავსებენ ცალკე პალატაში, სადაც უზრუნველყოფილი იქნება სრული ფსიქიკური და ფიზიკური სიმშვიდე, ძილი, გრილი ნოტიო პაერი და ინდივიდუალური მოვლა. საჭიროებისას ტარდება გადაუდებელი დახმარება სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენის მიზნით. ინჰალაციისათვის ეფექტურია ადრენალინის 2,25%-იანი ხსნარის 0,25-0,75 მლ გახსნილი 2 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნარში, ფერმენტები (აცეტილციკსტინი, ტრიფსინი, დეზოქსინუკლეაზა, ამბროქსოლი). საშუალო სიმძიმისა და მძიმე შემთხვევებში გამოიყენება კორტიკოსტეროიდები (დექსამეტაზონი - 0,5-0,6 მგ კგ მასაზე 4-ჯერ დღეში).

III და IV ხარისხის ხორხის სტენოზის დროს საჭიროა რეანიმაციული ღონისძიებები: ტრაქეის ინტუბაცია ან ტრაქეოსტომია.

ცრუ კრუპის სინდრომის დროს გამოიყენება ანტივირუსული პრეპარატები. ანტიბიოტიკების გამოყენების საჭიროება უნდა დასაბუთდეს.

დიფტერენციალური დიაგნოზი ტარდება ნამდვილ (დიფტერიულ) კრუპთან, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სტენოზის მოვლენების თანდათანობითი პროგრესირება, სუბფერიდლური ტემპერატურა, უსიამოვნო სუნი პირიდან, ნეშურებზე მორუხო (ჭუჭყიანი) ფერის ნადები, რომელიც ვრცელდება სასუნთქ გზებზე, კისრის ქსოვილი შეშუპებულია. თუ დიფტერიის დიაგნოზი დადასტურდა, სიმპტომური მკურნალობის პარალელურად სასწრაფოდ ინიშნება დიფტერიის ანტიტოქსინი.

14.2.4. უცხო სხეული სასუნთქ გზებში

ჩასუნთქვის დროს უცხო სხეულის სასუნთქ გზებში მოხვედრა ანუ ასპირაცია ხშირია ადრეული ასაკის ბავშვებში, უმეტესად ვაჟებში. ამ ასაკის ბავშვები სიამოვნებით იღებენ პირში ან ცხვირში სხვადასხვა საგანს, განსაკუთრებული სიტუაციების (შიში, სიხარული და სხვ.) დროს კი გაადვილებულია საგნის ასპირაცია ხორხში, ტრაქეაში ან ბრონქებში. უცხო სხეული იწვევს სასუნთქი გზების ნაწილობრივ ან მთლიან ობტურაციას (დახშობას).

უცხო სხეული უმეტესად ორგანული წარმოშობის (თხილი, ხილის, ბოსტნეულის, შოკოლადის ნაჭერი) ან რეზინისა და მეტალის სათამაშოა.

თუ ჯანსაღ ბავშვს უეცრად დაეწყო ხველა, ქოშინი, ხმის დაკარგვა (აფონია), განუვითარდა ციანოზი, აუცილებელია მიიტანოთ ეჭვი უცხო სხეულის ასპირაციაზე. ჩივილის ხასიათი დამოკიდებულია უცხო სხეულის ფორმაზე, სახეობასა და ლოკალიზაციაზე.

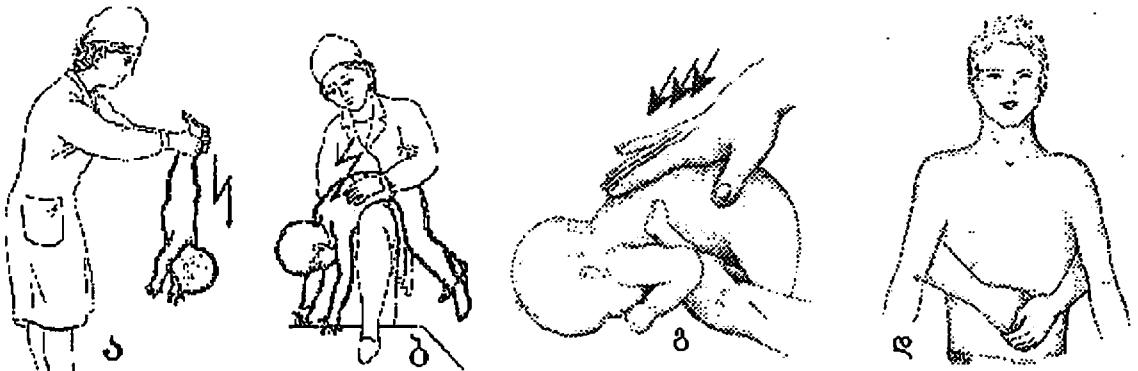
ცხვირის გასაფლვასა და ბრონქებში უცხო სხეულის მოხვედრის შემთხვევაში აუცილებელია ჩატარდეს სწრაფი და მაღალკვალიფიკაციური დახმარება. შესაძლებელია უმნიშვნელო დაგვიანებამაც კი გამოიწვიოს სასუნთქი გზების სრული დახშობა და მოხრჩობა.

თუ უცხო სხეული მოხვდა ცხვირში, მოზრდილ ბავშვს ცალ მხარეს (სადაც არ არის უცხო სხეული) ნესტოს დაუწმობენ და თხოვენ ენერგიული, სწრაფი ბიძგისებური მოძრაობით გამოუშვას ჰაერი. დაუშვებელია თავის უკან გადაწევა: შესაძლებელია უცხო სხეული დაიძრას და გადაადგილდეს ქვედა სასუნთქ გზებში. თუ ამ გზით არ მოხერხდა უცხო სხეულის გამოდევნა, აუცილებელია ექიმის დახმარება.

ახალშობილებსა და ჩვილებს, უცხო სხეულის მოხვედრის შემთხვევაში, დაკიდებენ თავით ქვევით და ატარებენ ენერგიულ, ბიძგისებურ მოძრაობებს ქვემოთა მიმართულებით. ეფექტურია აგრეთვე შემდეგი მეთოდიც: მედლა მუცლით დაიწვენს ბავშვს მოზრდილ მუხლებზე თავს დააწვინებს მაქსიმალურად ქვემოთ და მსუბუქად 4-6 ბიძგს აწარმოებს ბეჭის ძვლებს შორის, შემდეგ შემობრუნებს ბავშვს და იგივეს იმეორებს მკერდის ძვლის არეში (სურათი 71 ა, ბ, გ).

მოზრდილ ბავშვებში გამოიყენება ჰეიმლიხის ილეთი: ავადმყოფს უკანდან იჭერენ ხელებით ისე, რომ მუშტად შეკრული მარჯვენა ხელი მოთავსდეს ეპიგასტრიუმის მიდამოში, კეთდება 4-6 მკვეთრი ბიძგი დიაფრაგმის მიმართულებით (შიგნით და ზემოთ), რაც ხველის რეფლექსის განვითარებასა და უცხო სხეულის მოცილებას უწყობს ხელს (სურათი 71 დ).

ჩვილებში ჰეიმლიხის ილეთის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი (მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანების თავიდან აცილების მიზნით).



სურათი 71. სასუნთქ გზებში უცხო სხეულის მოხვედრის დროს დახმარების ტექნიკა:

ა — თავით ქვევით დაკიდება; ბ, გ — ბიძგისებური დარტყმითი მოძრაობები

ზურგზე — ბეჭთაშუა მიდამოში; დ — ჰეიმლიხის ილეთი

ბრმად, თითის საშუალებით უცხო სხეულის ამოღების მცდელობა არ შეიძლება! ჩატარებული დახმარების უშედეგობის შემთხვევაში ბავშვი გადაჰყავთ ბრონქოსკოპისტისათვის რეანიმაციის განყოფილებაში.

14.2.5. მოგლა ქოშინისა და ხველის დროს

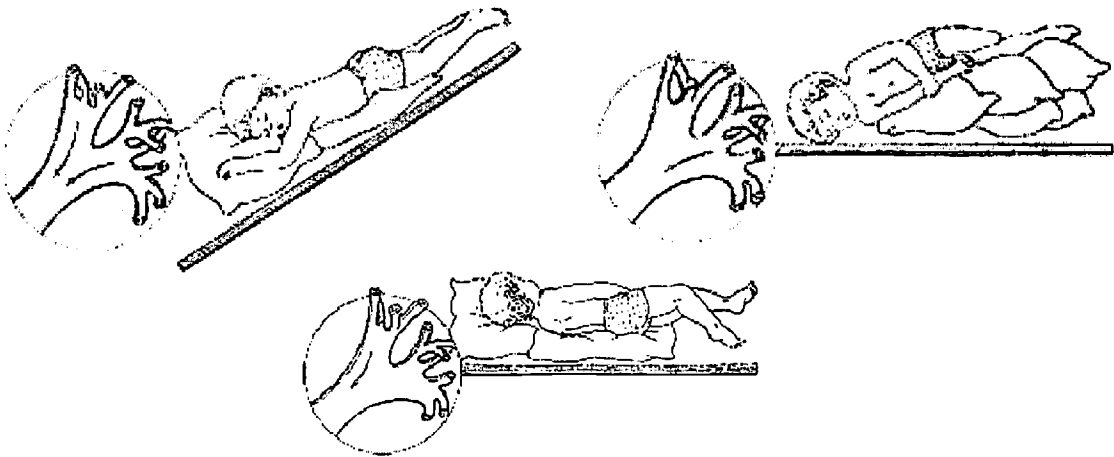
ქოშინი ვითარდება სუნთქვის გაძნელებისა და სუნთქვის რითმის გაზშირებისას. ქოშინის დროს აუცილებელია ბავშვს თავი ჰქონდეს შედარებით მაღლა, ბეჭებქვეშ უდებენ 2-3 ბალიშს, ხდიან მოჭერილ ტანსაცმელს, მწოლიარე ავადმყოფს აცლიან შიში და სქელ გადასაფარებელს. ავადმყოფი მუდმივად უნდა იყოს უზრუნველყოფილი სუფთა ჰაერით. ჩვენების შემთხვევაში აუცილებელია ჩაუტარდეს ინჰალაცია და ოქსიგენოთერაპია (ტენიანი უხვბადი).

როგორც მშრალი, ასევე სველი ხველის დროს აუცილებელია სასუნთქი გზების გათავისუფლება ნახველისაგან. მშრალი ხველის დროს ბავშვს აძლევენ თბილ სითხეს, სოლიან რძეს. ნაჩვენებია აგრეთვე ევკალიპტის ან კრაზანას ნაყენის ინჰალაცია (1 სუფრის კოვზ ბაღახს ასხავენ 1 ჩაის ჭიქა მდუღარე წყალს, 30 წუთის შემდეგ წურავენ) ხველის ინჰალატორით, ნაყენის ყელში გამოფლება.

სველი სველის შემთხვევაში ეფექტურია ვირისტერფას, თერმობის ნაყენი, თბილი რძე ბორჯომის წყალთან ერთად. ანთების საწინააღმდეგო მოქმედება გააჩნია მდოგვის საფენებსა და კოტონშებს.

როცა ავადმყოფი გამოყოფს ნახველს, მდგამ დიდი ყურადღება უნდა მიაქციოს მის რაოდენობას, კონსისტენციას, სუნსა და ფერს. თუ ნახველი შეიცავს ალისფერ სისხლს ან სისხლის კოაგულებს, საფიქრებელია ფილტვიდან სისხლდენა. აუცილებელია ყველა სახის ცვლილებების შესახებ სასწრაფოდ ეცნობოს ექიმს.

ნახველის უფრო უკეთ გამოყოფის მიზნით იყენებენ მარტივ ამოქაჩას ან პოსტურალურ დრენაჟს (სურათი 72). ავადმყოფს უქმნიან სხეულის იძულებით მდებარეობას. თუ პროცესი ცალმხრივია, მაგალითად ფილტვის ზედა წილში, ავადმყოფს აწვენენ ჯანმრთელ მხარეს, ხოლო ქვედა წილში პათოლოგიური პროცესის ლოკალიზაციისას, კი აწვენენ მუკელზე, მაქსიმალურად დახრილ ზედაპირზე, თავით ქვემოთ. პოსტურალურ დრენაჟს აკეთებენ 2-3-ჯერ დღეში 20-30 წუთის განმავლობაში.



სურათი 72. ნახველის გამოყოფის ტექნიკა: პოსტურალური დრენაჟი

14.2.6. შუა ყურის ანთება

შუა ყურის ანთება სასუნთქი სისტემის პათოლოგიათა შორის გართულებათა. ადრეული ასაკის ბავშვებში მის გავრცელებას სასმენი მილის ანატომიური თავისებურება განაპირობებს: ბავშვებში ეგსტაქის მილი მოკლეა და განიერი.

ზემო სასუნთქი გზების ვირუსული თუ კოკური ინფექციის დროს ანთებითი პროცესი ადვილად ვრცელდება შუა ყურზე. შუა ყურის ანთება (ოტიტი) ხშირია ასალმობილებშიც სამშობიარო გზებში გადაადგილების დროს დაინფიცირებული სანაყოფე წყლების ყურში მოხვედრის გამო.

ოტიტით დაავადებული ბავშვი მოესვენარი და ჭირვეულია, ძილი დარღვეული აქვს, ტირის, თავს ატრიალებს, დაავადებულ ყურს ბალიშზე ახახუნებს, ცდილობს ხელი ყურთან მიიტანოს, ძლიერი ტირილით ბუბუნს წოვას თავს ანებებს, რადგან წოვის დროს შუა ყურში წნევა მატულობს და ტკივილი ძლიერდება. იგი ძლიერდება ასევე ტრავმულზე ხელის დაჭრით. მძიმე შემთხვევებში მენინგიალური ნიშნებიც ვლინდება.

დახმარება. ოტიტის დროს საჭიროა გაკეთდეს ყურის მიდამოში მშრალი ან ნახევრად სპირტოვანი (ან ქაფურის ზეთოვანი) კომპრესი. აუცილებელია ვიქონიოთ მცირე ზომის რბილი ქსოვილის ნაჭერი, ბამბა, ბუშამბა, განიერი ბინტი. ქსოვილის პატარა ნაჭერს თავდაპირველად შუაში ჩაჭრიან ყურის ზომის შესაბამისად, შემდეგ ასველებენ, წურავენ და ადებენ უშუალოდ ყურზე და მის ირგვლივ კანზე. ზემოდას ადებენ ბამბასა და ბუშამბას ისე, რომ ყოველი შემდგომი ფენა გადაფარავს წინამორბედს 2-3 სმ-ით. განიერი ბინტით გარედან გადაახვევენ

ბავშვის თავს. კომპრესი რჩება 2-4 საათის განმავლობაში. არ არის მიზანშეწონილი ასეთი კომპრესიის ღამით გაკეთება.

ყურდიან ჩირქოვანი გამონადენის "შემთხვევა"ში აუცილებელია მშრალი ან ფურაცლინის ხსნარში დასველებული ბამბის გრესილათი გავწმინდოთ ყური და მოვაშოროთ ჩირქოვანი გამონადენი, ზოლო შემდგომ ჩავაწვეთოთ ყურში სხეულის ტემპერატურამდე შემთბარი საპკურნალწამლო საშუალებანი (სოფრადექსი, ოტინიუმი).

შუა ყურის ანთების დროს გამოიყენება ანტიბიოტიკობული პრეპარატები (ამოქსიცილინი, კრითრომიცინი, ტრიმეტოპრიმ-სულფამეტოქსიზოლი). მორეცხვით ოტიტის დროს ეფექტურია სულფიზოქსიზოლი ყოველდღე 3-4 თვის განმავლობაში.

14.2.7. მწვავე ბრონქიტი

მწვავე ბრონქიტი ბრონქიალური ხის მწვავე დიფუზური ანთებითი პროცესია. ანთების დონის გათვალისწინებით არსებობს ტრაქეობრონქიტსა და ბრონქიოლიტს ანუ უწყვრილესი კაპილარული ბრონქების ანთებას.

ეტოლოგია. ძირითადი გამომწვევია ვირუსული ინფექცია, ბრონქიტის განვითარებას ხელს უწყობს არასასურველი ფიზიკური ფაქტორების ზემოქმედება, ორგანიზმში ინფექციის კერების არსებობა, გადაციება, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება.

კლინიკა. წამყვანი კლინიკური ნიშანია ხველა, რომელიც დასაწყისში მშრალია, შემდგომში პროდუქციულ ხასიათს იღებს. გამოხატულია რინიტის, ფარინგიტის, ზოგჯერ ლარინგიტის მოვლენებიც. ბავშვის გუნებაგანწყობა შეცვლილია. აღინიშნება უმადობა, ჭირვეულობა, ძილის დარღვევა. ტემპერატურა მაღალია, 2-3 დღის შემდეგ შეინიშნება ტენდენცია ნორმალისკენ. მძიმე შემთხვევებში, როდესაც ანთებითი პროცესი წვრილ ბრონქებზე ვრცელდება, ვითარდება სუნთქვის უკმარისობის ნიშნები. ადრეული ასაკის ბავშვებში შეიძლება გართულდეს პნევმონიით, ოტიტით, სტომატიტით.

ბერკუსიით საყურადღებოა ფილტვის ნათელი სმიანობა, აუსკულტაციით მოისმინება მშრალი (მხერხავი, მსტვენავი) და სხვადასხვა კალიბრის (მსხვილი, საშუალო, წვრილი) სველი ხიხინი, რომელიც იცვლება ან ქრება ამოსვლებასთან დაკავშირებით. რენტგენოლოგიური ცვლილებები არ არის გამოხატული, ზოგჯერ გაძლიერებულია სისხლძარღვოვანი ქსელი ორივე მხარეს, სიმეტრიულად. ჰემოგრამაზე შეიძლება გამოხატული იყოს ზომიერი ლეიკოციტოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა, იშვიათად ელს-ის აქწარება.

კუთილსაიმედო მიმდინარეობისას მწვავე ბრონქიტის სიმპტომები თანდათან ცხრება და მე-5-7 დღისათვის ქრება. ბრონქიალური ობსტრუქციით მიმდინარე შემთხვევებში დაავადება ხანგრძლივდება. გახანგრძლივებული და მსტვენავი ამოსუნთქვა მანძილზე ისმის, სუნთქვის აქტში მონაწილეობას იღებს დამხმარე კუნთები. გახანგრძლივებული ხველა (3 კვირა და მეტი) დამახასიათებელია მიკობაქტერიული, ადენოვირუსული და რესპირაციულ-სინციტიალური ინფექციებისათვის.

მკურნალობა. აუცილებელია წოლითი რეჟიმი. გართულებული მწვავე ბრონქიტის დროს ინიშნება დიდი რაოდენობით თბილი სითხე და მინერალური წყალი. შეიძლება კოტოშებისა და მდოგვის საფეხების გამოყენება. ინჰალაცია ტარდება ნატრიუმის ბიკარბონატით ან მინერალური წყლით. დაავადების პირველი 2 დღის განმავლობაში ეფექტურია ლეიკოციტარული ინტერფერონი (0,25 მლ ინტრანაზალურად ყოველ 2 სთ-ში), ანტიგრძნობიური იმუნოგლობულინი (0,1-0,2 მლ/კგ წონაზე კუნთებში ერთჯერადად). მშრალი შემაწუხებელი ხველის დროს ინიშნება ლიბექსინი, ტუსუბრექსი, პროდუქციული ხველისას – ამოსახველებელი მუკალტინი, კალიუმის იოდდი, ბრომჰექსინი, ბრონქოსპაზმის კუპირებისათვის გამოიყენება ბრონქოლიტიკები (ეფედრინი, ეფედრინი), ბეტა-ადრენერგიული საშუალებები (სალბუტამოლი).

დაავადების გახანგრძლივებული მიმდინარეობისას ნაჩვენებია ანტიბიოტიკოთერაპია, ვიტამინები – ფიზიოლოგიურ მოთხოვნაზე 2-4-ჯერ მეტი. ანტიბიოსტამინური პრეპარატები „ლორწოვანის“ გამოშრობას იწვევენ, ინიშნება მხოლოდ ალერგიული გამოვლინებების შემთხვევაში.

14.2.8. მწვავე ბრონქიოლიტი

მწვავე ბრონქიოლიტი ადრეული ასაკის ბავშვების დაავადებაა. მისთვის დამახასიათებელია უწყრილესი ბრონქების (ბრონქიოლების) ობსტრუქციული ანთება. დაავადების მაქსიმალური სიხშირე 6 თვის ასაკში, ზამთრისა და ნაადრევი გაზაფხულის თვეებში რეგისტრირდება.

ეტოლოგია. 50%-ში დაავადების გამომწვევია რესპირაციულ-სინციტიალური ვირუსი, შედარებით იშვიათია — პარაგრძის მე-3 ტიპის ვირუსი, მიკოპლაზმა, ადენოვირუსი. ადენოვირუსული ბრონქიოლიტი გახანგრძლივებული მიმდინარეობით და გართულებებით (ობლიტერაციული ბრონქიოლიტი, ფილტვის ცალმხრივი ემფიზემა) ხასიათდება.

კლინიკა. დაავადება რინიტის მოვლენებით და ტემპერატურის მომატებით იწყება, რასაც თან ერთვის სუნთქვის უკმარისობის ნიშნების მზარდი ხასიათი, მსტგენავი ხველის პაროქსიზმები, ქოშინი (სუნთქვა წუთში 60-80-ს აღწევს) და მოუსვენრობა, მძიმე შემთხვევებში დეჰიდრატაციის მოვლენები. დაავადება ზოგჯერ ტემპერატურული რეაქციის გარეშეც მიმდინარეობს. აუსკულტაციით საყურადღებოა უხვი კრეპიტაციული ხიზინი, ამოსუნთქვის ფაზის გახანგრძლივების გამო — მსტგენავი სუნთქვა. პემოგრამაზე თვალსაჩინო ცვლილებები არ იმყრობს ყურადღებას. 48-72 საათის შემდეგ მდგომარეობა უმჯობესდება.

მკურნალობა. ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია აუცილებელია. ბავშვი უნდა მოთავსდეს პალატაში, სადაც მუდმივად მიეწოდება ნოტიო ჟანგბადი. ნაჩვენებია სითხით დატვირთვა (ორალურად ან ვენაში ინფუზია). მძიმე შემთხვევებში ტარდება ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია, ანტივირუსული თერაპია რიბავირინით (აეროზოლის სახით). ანტიბიოტიკი გამოიყენება მხოლოდ თანარსებული ოტიტის ან პნევმონიის შემთხვევაში. ზოგჯერ ეფექტურია ბრონქოდილატატორები (სალბუტამოლი). სედაციური და კორტიკოსტეროიდული პრეპარატების გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.

14.2.9. მწვავე პნევმონია

მწვავე პნევმონია ფილტვის ქსოვილის ინფექციური ბუნების ანთებითი პროცესია. იგი უპირატესად 3 წლამდე ასაკის ბავშვთა დაავადებაა. პნევმონიის სიხშირეს ბავშვთა ასაკში ხელს უწყობს სასუნთქი სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურება და ორგანიზმის თავისებური იმუნოლოგიური რეაქტიულობა.

ეტოლოგია. პნევმონიის ძირითადი გამომწვევია პნევმოკოკები, სტაფილო- და სტრეპტოკოკები. გარკვეული როლი ენიჭებათ მიკოპლაზმებს, ქლამიდეებს, პნევმოცისტებს, ზოგიერთი სახის სოკოებს. სიცოცხლის პირველ თვეებში პნევმონიას უმეტესად B ჯგუფის სტრეპტოკოკები, იშვიათად, სტაფილოკოკები და გრამუარყოფითი ფლორა იწვევს, ზოგჯერ გრიპის, რესპირაციულ-სინციტიალური და ადენოვირუსული ინფექციები. მძიმე პნევმონიის განვითარებას განაპირობებს შერეული ფლორა (ვირუსისა და მიკრობის, მიკრობის და მიკრობის, ვირუსისა და მიკოპლაზმის ასოციაცია და ა. შ.).

პნევმონიის განვითარებას ხელს უწყობს პერინატალური პათოლოგია, მძიმე რაქიტი და ანემია, ჰიპოტროფია, გულისა და ფილტვების თანდაყოლილი მანკები, მეტეიდროებითი დაავადებები, კონსტიტუციური ანომალიები.

პათოგენეზი. ინფექცია ფილტვებში აირწვეთოვანი გზით ხვდება, იშვიათად გრცელდება პემატოგენურად. ინფექციის აგენტი თავდაპირველად რესპირაციული ბრონქიოლის ამპულარულ ნაწილში ხვდება, სადაც არის მოციმციმე ცილინდრული ეპითელი და კუნთოვანი ქსოვილიც სუსტადაა განვითარებული. რესპირაციული ბრონქიოლიდან ინფექცია ადვილად გრცელდება პარენქიმაზე და ვითარდება პნევმონია. იმ შემთხვევაში, თუ ანთებითი პროცესი რესპირაციული ბრონქიოლის ირგვლივ ქსოვილით შემოიფარგლა, ვითარდება ლობულარული პნევმონია. ანთების ერთი სეგმენტის ტერიტორიაზე გაფრცვლებას ან სეგმენტური ბრონქის ინფიცირებული ლორწოთი დაცობის შემთხვევებში, ვითარდება სეგმენტური პნევმონია. წილოვანი (კრუპოზული) პნევმონიის დროს ანთება ფილტვის წილს მოიცავს.

არჩევენ კეროვან, სეგმენტურ, კრუბოზულ და ინტერსტიციულ პნევმონიებს. სიმძიმის მიხედვით გამოიყოფენ გაურთულებელ და გართულებულს, მიმდინარეობის მიხედვით — მწვავე და გახანგრძლივებულ პნევმონიებს.

კლინიკა. კეროვანი პნევმონია იწყება ფებრილური ტემპერატურით ($38-39^{\circ}\text{C}$), რომელიც საკმაოდ მყარია. პიპოტროფულ ბაგშვებში პნევმონია სუბფებრილური ან ნორმალური ტემპერატურის ფონზე მიმდინარეობს. ბაგშვს დარღვეული აქვს ემოციური ტონუსი, მადა დაქვეითებულია, კანი ფერმკრთალი. ჩვილ ბაგშვებს აღინიშნებათ ამოქაფება და ღებინება. პნევმონიის მნიშვნელოვანი სიმპტომია ხველა, რომელიც უმეტესად პროდუქციულია, პლევრიტის თანდართვის დროს ხველა მოკლეა და მტკივნეული. ქოშინის ინტენსივობა დამოკიდებულია ფილტვების დაზიანების ფართზე. პნევმონიის უტყუარ დიაგნოსტიკურ სიმპტომს ლოკალური ცვლილებები წარმოადგენს: ანთებითი ინფილტრატის არეში პერკუტორული ხმის შემოკლება, შესუსტებული სუნთქვა, კრეპიტაცია ან ბრონქული სუნთქვა. პემოგრამაზე საყურადღებოა ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით და ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ედს-ის აჩქარება. რენტგენოგრამაზე სისხლძარღვოვანი ქსელის გაძლიერების ფონზე ვლინდება ინფილტრირებული ფილტვის უბანი. დაავადება კეთილთვისებიანია და პნევმონური პროცესი სწრაფად განიცდის უკუდინამიკას.

სეგმენტური პნევმონიის დროს ანთება მოიცავს ფილტვის ერთ ან რამდენიმე სეგმენტის მთელ ქსოვილს. ამ ფორმის დროს ინტოქსიკაციის ნიშნები მაღალი ტემპერატურა და ხველა სუსტადაა გამოხატული. დაავადება სწრაფად წარმატებით ხასიათისაა. დიაგნოზს რენტგენოლოგიური მონაცემები ადასტურებს.

კრუბოზული პნევმონია იწყება მწვავედ, შემცირებითა და ტემპერატურის მომატებით $39-40^{\circ}\text{C}$ -მდე ჭვალით გვერდში, რომელიც ძლიერდება ღრმა ჩასუნთქვისა და ხველის დროს. ხველა დასაწყისში მშრალია, შემდგომში იღებს პროდუქციულ ხასიათს და სისხლის შემცველია. სუნთქვა გაზშირებული და ზერელება. კანის საფარი და სახე (ლოყები) წითელია. სუნთქვითი უკმარისობის დროს აღინიშნება ციანოზი. დაზიანებული მხარე სუნთქვაში ჩამორჩება.

მიკრობების ზემოქმედების შედეგად ვითარდება ფილტვში ანთებითი რეაქცია, რომლის ხასიათის შესაბამისად არჩევენ 4 სტადიას:

I სტადია მოისხმის ანუ სისხლსავსეობისაა და გრძელდება 12 საათიდან 3 დღემდე. ამ სტადიაში პერკუსიით აღინიშნება პერკუტორული ხმის შემოკლება ტიმპანური ელფერით, აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვის ფონზე ამოსუნთქვის ფაზაში მოისმინება კრეპიტაცია.

II სტადია წითელი გაღვიძლებისაა და გრძელდება 1-დან 3 დღემდე. გაღვიძლების სტადიაში ვლინდება პერკუტორული ხმის მოყრუება. აუსკულტაციით — ბრონქული სუნთქვა. ამ დროს ხშირია პლევრის დაზიანება (პლევროპნევმონია). მშრალი პლევრის დროს მოისმინება პლევრის ხახუნი, ხველის დროს კი აღინიშნება პერკუტორული ხმის მკვეთრი შემოკლება (ყრუ ხმა), სუნთქვა თითქმის არ ტარდება.

III სტადია რუხი გაღვიძლებისაა და გრძელდება 2-დან 6 დღემდე.

IV სტადია აღორძინებისაა. ამ სტადიაში თანდათან ქრება მოყრუება და კრეპიტაცია. თანამედროვე ანტიბიოტიკოთერაპიის საფუძველზე ეს კლასიკური სტადიურობა იშვიათია.

პემოგრამაზე აღინიშნება მაღალი ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზის ხარჯზე, ედს-ი მაღალია. რენტგენოლოგიურად აღინიშნება დაჩრდილვა შესაბამისად დაზიანებული წილისა, ფილტვის ფესვი გაფართოებულია. კლინიკური და რენტგენოლოგიური მონაცემების ნორმალიზაცია 2-4 კვირის შემდეგ ხდება, ზოგჯერ პროცესი უკუგანვითარებას 10-12 დღეში განიცდის. თუ პნევმონია 4 კვირაში არ ჩათავდა, მას გახანგრძლივებულს უწოდებენ.

ინტერსტიციული პნევმონია მწვავე პნევმონიის იშვიათი ფორმაა. იგი უპირატესად გირუსული ეტიოლოგიისაა. ვითარდება დღენაკლულებში, ბაგშვებში იმუნოდეფიციტური მდგომარეობით. ხასიათდება მძიმე მიმდინარეობით, მნიშვნელოვანი ქოშინითა და ციანოზით. რენტგენოლოგიურად ვლინდება ფიჭისებური ინტერსტიციულ-სისხლძარღვოვანი სურათი.

მწვავე პნევმონიის სიმპტომატიკა მქონდა დაკავშირებული ეტიოლოგიური ფაქტორის თავისებურებაზე. ამ მხრივ განსაკუთრებით საყურადღებოა პნევმონია გამოწვეული ვირუსებით, სტაფილოკოკით და გრამუარყოფითი ბაქტერიებით.

ვირუსულ პნევმონიას უმეტესად რესპირაციულ-სინციტიალური ვირუსი, იშვიათად პარაგრძნობის, ადენო- ან ენტეროვირუსები იწვევენ. დაავადების მიმდინარეობაში დომინირებს რინიტის მოვლენები და სველა, ტემპერატურის მომატება, ადრეული ასაკის ბავშვებში — ქოშინი, სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობა. აუსკულტაციით საყურადღებოა კრეპიტაცია. იშვიათად გვხვდება ჰემორაგიული სინდრომი. რენტგენოლოგიურად საყურადღებოა დიფუზური გამკვრივება, განსაკუთრებით ფესვის მიმდებარე ზონაში.

უმართივესი პნევმოციტა პირობით პათოგენური პარაზიტია. პნევმონიას იწვევს იმუნიტეტის დაქვეითების შემთხვევაში. იგი ხელს უწყობს ალვეოლის კედლის შესქელებს და ინფილტრაციას, რაც გაზთა ცვლის მნიშვნელოვანი დარღვევის საფუძველია. ზოგჯერ ინფექცია ჰემატოგენურად ვრცელდება. დაავადება მწვავედ იწყება ტემპერატურის მომატებით, შეტევითი ხასიათის სველით, ზოგჯერ ქაფიანი ნახველით. სუნთქვის უკმარისობით ღარიბი ფიზიკალური მონაცემების ფონზე. ჰემოგრამაზე აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ედს-ი არქარებულია, პნევმოციტური პნევმონიის დროს ლეტალობა 20-დან 50%-ს აღწევს.

სტაფილოკოკური პნევმონიით ავადდებიან 1 წლამდე ასაკის ბავშვები. ოქროსფერი სტაფილოკოკით გამოწვეული პნევმონია დესტრუქციული ცვლილებებით და მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება. მისი ვირულენტური თვისებები ფერმენტულ სტრუქტურაზეა (ჰემოლიზინი, ლეიკოციდინი, სტაფილოკინაზა, კოაგულაზა) დამოკიდებული. ფერმენტი კოაგულაზა პლაზმის ფაქტორთან ურთიერთობისას ფიბრინოგენის ფიბრინში გადასვლას უწყობს ხელს, ფილტვის ქსოვილში წარმოიქმნება სისხლის კოლტი, ჰემორაგიული ნეკროზული უბნები, არასწორი ფორმის ღრუები. პლევრის ზედაპირი იფარება ფიბრინულ-ჩირქოვანი ექსუდატით, იქმნება მრავლობითი აბსცესი, რომლებიც სტაფილოკოკის გროვებს, ლეიკოციტებს, კრიოროციტებსა და ნეკროზულ უჯრედებს შეიცავენ. პლევრის ქვეშა აბსცესის გახსნის შემთხვევაში ვითარდება პიოპნევმოთორაქსი, ბრონქოპლევრალური სერვლმილი და ა. შ.

ბავშვის მდგომარეობა მძიმეა. ტემპერატურა მაღალი, გვინდება სველა და სუნთქვის დარღვევის ნიშნები (ქოშინი, სუნთქვაში დამხმარე კუნთების მონაწილეობა, ციანოზი), ტოქსიკოზის სიმპტომები. ფიზიკალური მონაცემებიდან საყურადღებოა დაზიანებულ უბანში პერკუტორული ხმის შემოკლება, ბრონქული სუნთქვა, კრეპიტაცია, ემპიემის შემთხვევაში — პერკუსიით ყრუ ხმა, სუნთქვისა და ბგერითი ხმიანობის ძლიერი შესუსტება. ჰემოგრამაზე ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ტრაქეიდან და პლევრალური პუნქციის შედეგად მიღებულ მასალაში დასტურდება სტაფილოკოკების არსებობა.)

რენტგენოლოგიურად ინფილტრაციის არეში მომრგვალო ფორმის ნათელი უბნები (ზოგჯერ სითხის დონით) აღინიშნება. პათოლოგიური პროცესი უმირატესად მარჯვენა ფილტვში ლოკალიზდება. მძიმე დესტრუქციული პროცესის დროს ფილტვებში შეუქცევადი ცვლილებები ვითარდება.

მკურნალობა. აუცილებელია პნევმონიით დაავადებული ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია, სწორი მოვლის ორგანიზაცია. პაერით სარგებლობის რეჟიმის მოწესრიგება, ჟანგბადის გამოყენება (5-20 წუთი ყოველ 2-3 საათში), რაციონალური კვება (ბავშვი უნდა იკვებებოდეს გამოწვევლილი ქაღის რძით, რათა წოვის აქტით არ გაღრმავდეს სუნთქვის უკმარისობის მოვლენები), სითხის უხვად გამოყენება.

ჰოსპიტალიზაციის დროს აუცილებელია გათვალისწინებულ იქნეს, რომ პალატის შევსება მოხდეს ერთდროულად, რათა გამოჯანმრთელებული ავადმყოფი არ მოხდეს ახლადშემოსულთან. ამასთანავე, ახალშობილი უნდა მოთავსდეს ბოქსში ან ნახევრად ბოქსში.

პალატაში პაერის ტემპერატურა თითქმის მუდმივად 18-20°C უნდა იყოს, პალატა უნდა იყოს ნათელი და განივდეს ზამთარში დღეში 5-6-ჯერ. ზაფხულში ფანჯარა მუდმივად ღია უნდა იყოს. დაუშვებელია ორმხრივი ქარი. პალატებისა და ბოქსების დამუშავება უნდა ხდებოდეს ყოველდღიურად სველი წესით. აეროთერაპია და ოქსიგენოთერაპია უნდა ჩატარდეს მონაცვლეობით.

საწოლში ბავშვს სუნთქვის უკმარისობის შემთხვევაში სასთუმალი ამაღლებული უნდა ჰქონდეს ან იყოს ნახევრადმჯდომარე მდგომარეობაში. ხშირად უნდა შეიცვალოს მდებარეობა, რათა არ განვითარდეს შეგუბებითი მოვლენები. ახალშობილი ხშირად უნდა ავიყვანოთ სეკში, მაგრამ მჭიდროდ არ უნდა მივიკრათ, რათა არ შევადგინოთ გულმკერდისა და ბუცლის მოძრაობა. მოზრდილი ბავშვები პერიოდულად უნდა ჩამოსხდნენ საწოლზე და ფეხები იატაკზე დაუშვან (ფეხზე არ უნდა შესცივდეს).

მწოლიარე ავადმყოფებში ყურადღება ექცევა მეტეორიზმისა და შეკრულობის წინააღმდეგ მიმართულ ღონისძიებებს. საწოლი უნდა იყოს მოხერხებული, სუფთა და თბილი. ბავშვს არ უნდა ეცვას ტანზე მჭიდროდ მიკრული ტანსაცმელი, რომელიც შეაფერხებს სუნთქვას. აუცილებელია კანისა და ლორწოვანების, ცხვირის, ყურის და პირის ღრუს რეგულარული ტუალეტი.

საკვები უნდა იყოს ადვილად მოსანელებელი, სწორად და გემრიელად მომზადებული. მისაღები საკვების მოცულობა ასაკობრივ ნორმასთან შედარებით მცირე უნდა იყოს, ხოლო სითხე უნდა მიეცეს ჭარბად, ხილის წვენისა და კომპოტების (ოდნავ დამტკბარი) სახით.

ანტიბიოტიკოთერაპია ინიშნება გამომწვევების ხასიათის გათვალისწინებით და მის მიმართ მგრძნობელობის განსაზღვრით. პნევმოკოკური პნევმონიების დროს ინიშნება ბენზილპენიცილინი 100000 მგ/კგ მასაზე, უნაზინი (სულბაქტამ-ამპიცილინი) და სხვ. პენიცილინის მიმართ აუტანლობის შემთხვევაში ინიშნება ცეფალოსპორინები, ერითრომიცინი, ლინკომიცინი.

სტაფილოკოკური პნევმონიის დროს გამოიყენება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკი ტიენამი ვენაში და ენდობრონქიალურად. მეორე რიგის პრეპარატებად ითვლება მესამე გენერაციის ცეფალოსპორინები: კლავორანი, როცეფინი, ცეფოზიდი და სხვ.; ამინოგლიკოზიდები: გენტამიცინი, ლინკომიცინი. გამოიყენება ჰიპერბუნური პლაზმა და იმუნოგლობულინი (ანტისტაფილოკოკური). მიკოპლაზმური პნევმონიის დროს ეფექტურია ერითრომიცინი, ტრიმეტოპრიმი, ნიტროფურანის ჯგუფის პრეპარატები. სოკოვანი პნევმონიის დროს გამოიყენება ამფოტერიცინი.

ავადმყოფებს ენიშნებათ ბრონქოლიტიკები, ნახველის გამათხიერებელი და ამოსახველებელი საშუალებები. ინტოქსიკაციის წინააღმდეგ გამოიყენება რეოპოლიგლუკინი, პლაზმა, გულის უკმარისობის დროს — საგულე გლიკოზიდები, შარდმდენები, სისხლძარღვთა უკმარისობის დროს — სტროფანტინი, კორგლიკონი.

14.2.10. ბრონქული ასთმა

ბრონქული ასთმა სასუნთქი გზების ქრონიკული ანთებითი დაავადებაა, რომელიც კლინიკურად სულისხუთვის შეტევებით ვლინდება.

მიზეზები, რომლებიც ასთმიანი ავადმყოფის სასუნთქი გზების ანთებისადმი წინასწარგანწყობას განაპირობებს ჯერჯერობით არ არის დაზუსტებული. ძირითად მიზეზად მიჩნეულია ატოპია — მემკვიდრეობითი განწყობა ალერგიული რეაქციებისადმი, როდესაც ეგზოგენურ ალერგენთან ანუ ატოპენტთან (უცხო, უჩვეულო) კონტაქტის დროს ძლიერდება IgE-ს პროდუქცია და ადგილი აქვს სამიზნე უჯრედების (ჰოხიური უჯრედები, ბაზოფილები, ეოზინოფილები) მიერ პრეფორმირებული მედიატორების (ჰისტამინი, სეროტონინი და სხვ.) გამოთავისუფლებას.

ბრონქული ასთმის დროს ეგზოგენური ალერგენებია ოთახის მტვერის ტკიპები, „საწოლის“ ტკიპის ცხოველყოფილობის პროდუქტები, ცხოველების ბეწვი, კვებითი (ძროხის რძე, თევზი, ხენდრო, შოკოლადი, ციტრუსები და სხვ.), მედიკამენტური (მენიცილინი, აცეტილსალიცილის მჟავა, „C“ ვიტამინი და სხვ.) და მიკრობული ალერგენები.

ასთმის დროს ქრონიკული ანთების გამო სასუნთქი გზები ჰიპერრეაქტიულია, ამიტომ ასთმის შეტევის პროვოცირება შეიძლება მრავალმა ფაქტორმა გამოიწვიოს: ვირუსულმა ინფექციამ, ფიზიკურმა და ემოციურმა (სიცილი, ტირილი, ყვირილი და სხვ.) დატვირთვამ, ციფმა ჰაერმა და ჰაერის მინარევებმა (თაბაქოს და შეშის ბოლი, ოზონი, გოგირდის დიოქსიდი).

შეტყვის საფუძველია ბრონქოსპაზმი, ბრონქების კედლების შეშუპება და ლორწოს ჭარბი სეკრეცია.

უკანასკნელ წლებში ბრონქული ასთმის შემთხვევები პროგრესულად მატულობს: მსოფლიოში ასთმით შეპყრობილია 100 მილიონზე მეტი ადამიანი, ყოველ მეათე ბავშვს გამოხატული აქვს ასთმის ნიშნები, გაზშირდა დაავადების მძიმე ფორმები და სასიკვდილო შემთხვევები. აშშ გულის, ფილტვებისა და სისხლის ნაციონალური ინსტიტუტისა და ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დაარსებული იქნა პროგრამა „ასთმის გლობალური ინიციატივა“, რომელიც მნიშვნელოვან დახმარებას უწევს ექთნებსა და ექიმებს ასთმის მკურნალობასა და პროფილაქტიკაში.

კლინიკა. ბრონქული ასთმის გამოვლინება მაღალი ცვალებადობით ხასიათდება. ადრეული ასაკის ბავშვებში დაავადების წინამორბედი ნიშნებია ცემინებისა და ხველის შეტევა. ზოგჯერ ბავშვი მოუსვენარია, აღენიშნება უმადობა, აგზნება, გამოხატულია დისკომფორტი, რომელიც სუნთქვის აქტთან არის დაკავშირებული (ფხაჭნის შეგრძნება ყელის არეში, სიმძიმე სუნთქვის დროს, ხიზინი და სხვ.). ზოგჯერ ასთმის სიმპტომები მხოლოდ გირუსული დაავადებისა და ფიზიკური დატვირთვის დროს აღინიშნება ან ღამის ხველის სახით ვლინდება. ასეთ ბავშვებში გირუსული დაავადება გახანგრძლივებულია (10 დღეზე მეტი) და დაავადება ქვემო სასუნთქ გზებზე ვრცელდება. ხველა, ხიზინი ან გულმკერდში შებოჭვის შეგრძნება ხშირად აღურევნთან კონტაქტის შემდეგ ვითარდება.

ბრონქული ასთმა კლინიკურად შეიძლება გამოვლინდეს პერიოდულად (ინტერმისიული), ხშირად მას მუდმივი (პერსისტირებადი) ხასიათი აქვს. მიმდინარეობის მიხედვით შეიძლება იყოს მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე. მიმდინარეობის ხასიათი დაკავშირებულია ბავშვის ასაკსა და ინდივიდუალურ თავისებურებაზე. ამიტომ დაავადების სიმძიმის შეფასება და ჩატარებული მკურნალობის ეფექტურობის დადგენა ფილტვის ფუნქციური მდგომარეობის შეფასებით ხდება.

ასთმური შეტევის დროს ბრონქების გლუვი კუნთების შეკუმშვის, შეშუპების და ლორწოს სეკრეციის გამო, მცირე კალიბრის ბრონქების გამავლობა ირღვევა, ამიტომ ბავშვი სუნთქავს ჰაერის გაზრდილი მოცულობით.

ასთმური შეტევა ღამით ან საღამოთი იწყება. წამყვანი კლინიკური სურათია სულისსუნთვის შეტევა, რომელიც ვითარდება მწვავედ: მოკლე ჩასუნთქვით მოძრაობას მოჰყვება გაძნელებული და გახანგრძლივებული ამოსუნთქვა, რომელსაც თან ახლავს მანძილზე მოსასმენი მსტვენავი ხიზინი. შეტევის დროს აგადმოყფს აქვს შეშინებული სახე, საწოლში იძულებითი მდებარეობა — წამოწეული მხრის სარტყელით. ბავშვი მოუსვენარია, სუნთქვაში მონაწილეობას იღებს დამხმარე კუნთები. აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვის ფონზე აღინიშნება ე. წ. „მუსიკალური“ გაფანტული მსტვენავი და მოგუგუნე მშრალი ხიზინი, პერკუსიით — კოლოფისებური ხმიანობა. ზოგჯერ აუსკულტაციით „მუსიკალური“ მშრალი ხიზინის ნაცვლად სხვადასხვა ყალიბის სველი ხიზინი („სველი“ ასთმა) მოიხმინება. მძიმე ობსტრუქციის დროს ხიზინი ქრება.

სხეულის ტემპერატურა, როგორც წესი, ნორმალურია, თუმცა ადრეული ასაკის ბავშვებში ასთმის შეტევის დროს შეიძლება განვითარდეს წარმავალი ხასიათის ტემპერატურული რეაქცია. შეტევის დროს საყურადღებოა ტაქიკარდია, არტერიული წნევის მატება, კანისა და ლორწოვანის ციანოზური შეფერილობა, შეტევა მთავრდება თხიერი ქაფიანი სეკრეტის ამოხველებით. შეტევა შეიძლება გაგრძელდეს 30-40 წუთიდან რამდენიმე საათს, ზოგჯერ მთელი დღეც კი (ასთმური სტატუსი).

ასთმური სტატუსის ქვეშ იგულისხმება ბრონქული ასთმის გახანგრძლივებული შეტევა, რომლის კუბირება ბრონქოსპაზმოლიტიკების ერთჯერადი შეყვანით ვერ სერხდება. არჩევენ ასთმური სტატუსის 3 სტადიას:

I სტადია — შედარებითი კომპენსაციის, როდესაც დღე-ღამის განმავლობაში მრავალჯერ აღინიშნება ექსპირაციული სულისსუნთვის შეტევა. ამ დროს ბრონქოსპაზმოლიზური საშუალებები ხანმოკლე ეფექტს ავლენს. აუსკულტაციური მონაცემები ფილტვებში უხვია.

II სტადია — დეკომპენსაციის, როდესაც სულისსუნთვა მუდმივია, სპაზმოლიზური საშუალებები არ იძლევა ეფექტს. ფილტვებში კატარული მოვლენები მცირდება, მატულობს ემფიზემის ინტენსივობა.

III სტადია — ჰიპოქსიური კომა, როდესაც ფილტვისა და გულის შზარდი უკმარისობის ფონზე ვითარდება ტვინის ჰიპოქსია, ირღვევა ცნობიერება, იქმნება კრუნჩხვების განვითარების საშიშროება. ამ პერიოდში, როგორც წესი, ვლინდება დეკომპენსირებული მეტაბოლური აციდოზი.

ბრონქული ასთმის გართულებებია ასფიქსიური მდგომარეობა, გულის მწვავე უკმარისობა, ატელექტაზი, სპონტანური პნევმოთორაქსი, მედიასტინალური და კანქვეშა ემფიზემა, ნერვული და ენდოკრინული აშლილობანი.

ასთმის დიაგნოზის დაზუსტება ტიპურ შემთხვევებში არ არის ძნელი. სპიციფიკური ალერგენის გამოვლენის მიზნით, შეტევათა შორის პერიოდში, ტარდება რადიოალერგოსორბციული ტესტი, კანის პროვოკაციული სინჯები ალერგენებითა და ა. შ. სისხლში მომატებულია IgE-ს შემცველობა.

„ასთმის გლობალური ინიციატივის“ ჯგუფის მიერ მოწოდებულია სიმპტომთა ჯგუფი, რომელიც გათვალისწინებული უნდა იყოს ბრონქული ასთმის დიაგნოსტიკისას. ასთმის შესაძლებლობა მსუდველობაშია მისაღები, თუ პაციენტს აღენიშნება ჩამოთვლილ სიმპტომთაგან ერთ-ერთი მაინც:

- ხიზინი (მაღალი ტემპრის მსტვენავი ხშიანობა ამოსუნთქვის დროს);
- ხველა, რომელიც უარესდება ღამით;
- სუნთქვის პერიოდული გაძნელება;
- შეტოქვის პერიოდული შეგრძნება გულმკერდში;
- პაციენტს ღამით ეღვიძება სიმპტომების განვითარების ან გაუარესების გამო. სიმპტომების განვითარებას ხელს უწყობს ან აუარესებს:
- ფიზიკური დატვირთვა;
- გირუსული ინფექცია;
- ბეწვიან ცხოველთან კონტაქტი;
- ოთახის მტვერის ტკიპები (ღვიბებში, ბალიშში, რბილ ავეჯში, ხალიჩებში);
- ბოლი (თამბაქოს, შეშის);
- ყვავილის მტვერი;
- ტემპერატურის ცვლილებები;
- ძლიერი ემოციები (ტირილი, სიცილი);
- საყოფაცხოვრებო ქიმიური აეროზოლები.

ზოგიერთ შემთხვევაში ხველაზე ხიზინსა და სუნთქვის თავისებურებაზე დაკვირვება არასრული და არაზუსტია. დაავადების დიაგნოზისა და მონიტორირებისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სასუნთქ გზებში ჰაერის ნაკადის მოძრაობის შეზღუდვის, მისი მერყეობისა და შექცევადობის შეფასებას, რაც სპირომეტრით ან პიკ-ფლოუმეტრით უნდა შემოწმდეს.

სპირომეტრით იზომება ფილტვების სასიცოცხლო ტევადობა და ფილტვების ფუნქციის ამსახველი სხვა მაჩვენებლები, მაგრამ ეს აპარატი ძვირადღირებულია და ძირითადად საავადმყოფოებში გამოიყენება.

პიკ-ფლოუმეტრი მცირე ზომის პორტატული ხელსაწყოა (სურათი 73). იგი ზომავს ამოსუნთქული ჰაერის ნაკადის მაქსიმუმს (PEF-Peak expiratory flow). პიკ-ფლოუმეტრის გამოყენება შეიძლება სახლში, სამსახურში. იგი საუკეთესოა როგორც დაავადების დიაგნოსტიკისათვის, ასევე დაავადების სიმძიმის ან დაავადების გამწვავების ადრეული დიაგნოსტიკისათვის.

პიკ-ფლოუმეტრის გამოყენებისას საჭიროა გარკვეული წესების დაცვა. მედდა ასწავლის პაციენტს, რომ:

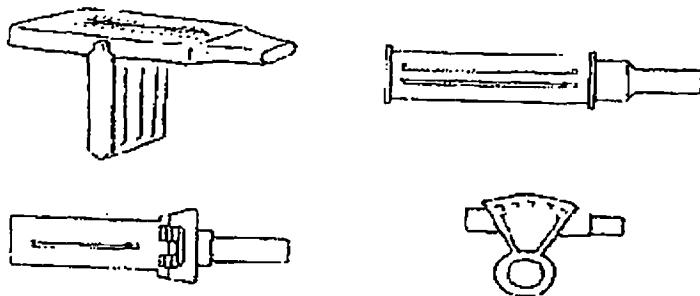
1. მოარგოს მოსახსნელი მუნდშტუკი პიკ-ფლოუმეტრს;

2. დადგეს, პიკ-ფლოუმეტრი დაიჭიროს პორიზონტალურად ისე, რომ არ შეუშალოს ხელი შკალაზე მაჩვენებლის მოძრაობას. მაჩვენებელი უნდა იყოს შკალის ყველაზე ქვედა ნაწილში;

3. ღრმად ჩაისუნთქოს, ტუჩები მოკუმოს მუნდშტუკის ირგვლივ და ამოისუნთქოს რაც შეიძლება სწრაფად (ბავშვს უთხარით ამოისუნთქოს ისე, როგორც ტორტზე სანთლების ჩაქრობის ან ბუშტის გაბერვის დროს);

4. ჩაიწეროს შედეგი;

5. კიდევ ორჯერ გაიმეოროს საფეხურები 2, 3 და 4. პიკ-ფლოუს მაჩვენებლად აიღოს უმაღლესი ამ სამი გაზომვის შედეგებიდან.



სურათი 73. პიკ-ფლოუმეტრი

პიკ-ფლოუს მოსალოდნელი სიდიდეების შესახებ მონაცემები თან ახლავს ყოველ პიკ-ფლოუმეტრს და ითვალისწინებს ადამიანის სიმაღლეს, სქესსა და ასაკს. პიკ-ფლოუს დაბალი მაჩვენებელი მიუთითებს ბრონქების შევიწროებასა და ჰაერის ნაკადის შეფერხებაზე.

პიკ-ფლოუს მაჩვენებლის პაციენტის ინდივიდუალური ნორმიდან გადახრა მდგომარეობის გაუარესებაზე მიუთითებს და შეტევის თავიდან აცილებისათვის საჭიროა შესაბამისი ზომების მიღება. აღსანიშნავია, რომ 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში პიკ-ფლოუმეტრის გამოყენება ვერ ხერხდება.

მკურნალობა: ბრონქული ასთმის მკურნალობა ეტაპებად ტარდება. I ეტაპი ასთმური შეტევის პროფილაქტიკაა. შეტევის პროფილაქტიკა პაციენტის გარემოდან მაპროვოცირებელი ფაქტორების (ალერგენებისა და გამლიზიანებელი აგენტების) მოცილებას გულისხმობს.

ოთახის მტვერის ტკიპების ალერგენებთან კონტაქტი ხელს უწყობს ასთმის განვითარებას. ტკიპები იკვებებიან ადამიანის აქერცლილი კანით. ისინი იბუდებენ ლეიბებში, საბნებში, ხალიჩებში, რბილ სათამაშოებსა და ავეჯში. მათი თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა ოთახის ხშირი განიავება. ბუმბულის საგნების მოცილება ან ბალიშებისა და ლეიბისათვის პაერგაუმტარი შალითის გამოყენება. თეთრეული კვირაში ერთხელ უნდა გაირეცხოს ცხელ წყალში (55°C) და გაშრეს ცხელ საშრობში ან მზეზე. ხშირად უნდა გაირეცხოს ფარდები და რბილი სათამაშოები, ოთახი სველი წესით უნდა დასუფთავდეს კვირაში 2-ჯერ, რათა არ მოხდეს მტვრის დაღეყვა. მტვრის შემცველობას კარგად ამცირებს კონდიციონერი. მიზანშეწონილია ბინის გათავისუფლება ნოხების, რბილი ავეჯის, ფარდაგებისა და რბილი სათამაშოებისაგან.

აუცილებელია შინაური ცხოველების იზოლაცია ან საერთოდ მათზე უარის თქმა. ცხოველის მიკროტკიპების მოსპობა და მათი ალერგენების ინაქტივაცია მიზანშეწონილია ტანინის ხსნარით ან ბენზილპენზოატის სუპერნატიტით. თუ ცხოველის მოცილება ვერ ხერხდება, სასარგებლოა კვირაში ერთხელ მისი დაბანა.

ბინები, სადაც ტარაქნებია, რეგულარულად უნდა დასუფთავდეს და ქიმიური საშუალებებით მოისპოს. საჭიროა ბავშვი დავიცვათ ისეთი გამლიზიანებლებისაგან, როგორებიცაა თამბაქოსა და ნახშირის კვამლი, საღებავი ნივთიერებები, თმის ლაქი, დეზადორანტები და სხვა ჰაერის დამბინძურებლები, გაცივებისა და სასუნთქი გზების ვირუსული ინფექციებისაგან.

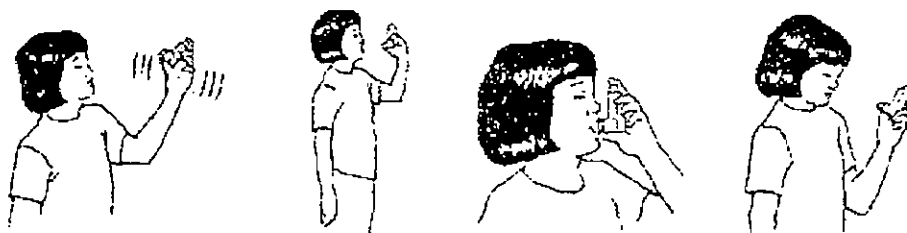
ასთმის მკურნალობის II ეტაპია სპეციფიკური იმუნოთერაპია, ე. ი. ისეთი ალერგენების მიმართ დესენსიბილიზაცია (მგრძნობელობის შემცირება ან სრული მოხსნა), რომელთა

გარემოებიდან ელიმინაცია შეუძლებელია (მაგ. ამბროზია). სპეციფიკურ იმუნოთერაპიას მხოლოდ სპეციალურად მომზადებული მედიცინის მეშვეობით ატარებს.

ბრონქული ასთმის მკურნალობის მესამე ეტაპია მედიკამენტური მკურნალობა. მედიკამენტებიდან გამოიყენება ორი ტიპის საშუალებები: სწრაფად მოქმედი მედიკამენტები, რომელთა საშუალებითაც შესაძლებელია ასთმის სიმპტომების თუ შეტევის სწრაფი მოხსნა; გრძელვადიანი მედიკამენტები, რომელთა ხანგრძლივი დროით მიღების საფუძველზე შესაძლებელია შეტევის თავიდან აცილება.

სწრაფად მოქმედი პრეპარატებია ხანმოკლე მოქმედების ბრონქოდილატატორები: β_2 -სტიმულატორები (ალბუტამოლი, ფენოტეროლი, სალბუტამოლი, ტერბუტალინი და სხვ.), ანტიქოლინერგიული საშუალებები (იპრატროპიუმ ბრომიდი, ოქსიტროპიუმ ბრომიდი) და ქსინტინის ჯგუფის პრეპარატები (თეოფილინი, ეფეილინი, ამინოფილინი).

სწრაფადმოქმედი ბრონქოდილატატორები სწრაფად ხსნიან ბრონქოსპაზმსა და დაავადების ისეთ სიმპტომებს, როგორიცაა ხველა, გულმკერდის არეში შებოჭვის შეგრძნება, ხიხინი. განსაკუთრებით ეფექტურია ინჰალაციის გზით მისაღები მედიკამენტები. მედდამ უნდა შეასწავლოს პაციენტს შალალწნევიანი დოზირებული ინჰალატორის ხმარების წესი (სურათი 74).



სურათი 74. შალალწნევიანი დოზირებული ინჰალატორების ხმარების წესი

ასთმის შეტევის თავიდან აცილების ანუ ასთმის მკონტროლებელი საშუალებები გამოიყენება ხანგრძლივი დროის განმავლობაში ყოველდღიურად. ამ ჯგუფში შედის ანთების საწინააღმდეგო საშუალებები: კორტიკოსტეროიდები, ნატრიუმის ქრომოგლიკატი (ინტალი), განანგრძლივებული მოქმედების β_2 -სტიმულატორები და ქსინტინის ჯგუფის პრეპარატები, ანტიადიურგიული კეტოტიფენი (ზადიტენი).

ასთმის მკურნალობა ალტერნატიული მეთოდებით (აკუპუნქტურა, პოძოკოათია, აიურვედას მედიცინა და სხვ.) დასაშვებია მხოლოდ ასთმის საწინააღმდეგო პრეპარატებით მკურნალობის ფონზე.

შეტევის მკურნალობა

ასთმური შეტევის დროს ბავშვს უნდა მივაწოდოთ ტენიანი ჟანგბადი ცხვირის კათეტერით ან ნიღბით და დაენიშნოს სალბუტამოლის ($0,1-0,15$ მგ/კგ მასაზე) ინჰალაცია 2 მლ ფიზიოლოგიურ ხსნართან ერთად ყოველ 20 წუთში 1 სთ-ის განმავლობაში, თუ ამოსუნთქვის სისწრაფე არ მოქცნობდა ან გამოვლინდა ცნობიერების მოშლის ნიშნები, შეჰყავთ სტეროიდები.

ასთმური სტატუსის დროს სასწრაფო დონისძიებაა ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია, პარალელურად ტარდება ოქსიგენოთერაპია (ტენიანი და თბილი ჟანგბადის მიწოდება), შეჰყავთ ადრენალინის ($1 : 1\ 000$) ხსნარის $0,01$ მლ/კგ მასაზე, ერთჯერადი მაქსიმალური დოზაა $0,3$ მლ. მკურნალობის ეფექტურობის შემოხვევაში ინექციის 2-ჯერ იმეორებენ 20 წუთიანი ინტერვალით, თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა პრეპარატის გამოყენება უნდა შეწყდეს (ვითარდება გულის რიტმის მძიმე დარღვევა) და მის ნაცვლად β -ადრენოსტიმულატორები (სალბუტამოლი ან ტერბუტალინი) გამოიყენება. მათი უეფექტობის შემთხვევაში ვენაში შეჰყავთ $1-2$ მგ/კგ მასაზე

მეთილპრედნიზოლონი ყოველ 6 სთ-ში ან ორალურად აძლევენ პრეპარატის ადექვატურ დოზას, თეოფილინი (ვენაში). შეტყევის დროს დეჰიდრატაციის თავიდან აცილების მიზნით ნაჩვენებია ინფუზური თერაპია. შეყვანილი სითხის რაოდენობა უნდა აღემატებოდეს ბავშვის სითხეზე მოთხოვნილებას. შეჰყავთ ფიზიოლოგიური ხსნარი, 5%-იანი გლუკოზა, კალიუმის ქლორიდი.

ყველა მანიპულაციას კვალიფიციური მგდდა ატარებს, რომელმაც კარგად იცის ბრონქოსპაზმის კლინიკური ნიშნები, მკურნალობის თანამიმდევრობა, იყენებს პულს-ოქსიმეტრს, იცავს ექიმის მითითებებს.

თუ ავადმყოფის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა (6-12 საათის შემდეგ) იგი გადაჰყავთ ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში.

პროგნოზი. ასთმისაგან სრული გამოჯანმრთელება შეუძლებელია, მაგრამ სწორად წარმართული მკურნალობით შესაძლებელია არ განვითარდეს შემაწუხებელი სიმპტომები, სერიოზული შეტევები და ფილტვების ფუნქციური მდგომარეობა შენარჩუნებული იყოს.

14.3. გადაუდებელი დახმარება სასუნთქი სისტემის

დაავადებების დროს

14.3.1. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია

ამ პროცედურის ჩატარებისათვის აუცილებელია ბავშვი იწვეს ზურგზე, თავი ჰქონდეს გადაწეული მაქსიმალურად უკან, რათა გაუმჯობესდეს სასუნთქი გზების გამავლობა, შევეუსნათ ტანსაცმელი, რომელიც ზღუდავს გულმკერდის მოძრაობას, პირ-ხახა გათავისუფლდეს ამონადები მასებისა და ლორწოსაგან (ელექტროასპირატორით, ხელით, საფენით ან სხვა საშუალებით), ენა წამოეწიოს მაქსიმალურად წინ.

ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის დაწყებისას (სურათი 75) მგდდა ერთ ხელს ამოუდებს კისრის ქვეშ, მეორეს — ადებს შუბლზე, ხელოვნური სუნთქვა ტარდება „პირით პირში“ ან „პირით ცხვირში“. „პირით პირში“ ხელოვნური სუნთქვის ჩატარებისას, მგდდა ახდენს ღრმა ჩასუნთქვას, შემდეგ კი მჭიდროდ დაადებს თავის პირს, ცხვირს მოუჭერს მარჯვენა ხელის I და II თითებით. ბავშვი ამოსუნთქვას ახდენს პასიურად გულმკერდის ელასტიურობის ხარჯზე.



სურათი 75. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია

ხელოვნური სუნთქვის ჩატარებისას „პირით ცხვირში“ ჰაერს უბერავენ სასუნთქ გზებში. ორივე შემთხვევაში აუცილებელია დოლბანდის ან ცხვირსახოცის დაფარება ბავშვის პირზე ან ცხვირზე.

ფილტვის ვენტილაციის სიხშირე (ჩვილებში — 20-24 წთ, მოზარდებში — 16-20 წთ, მოზრდილებში — 12-16 წთ) არ შეიძლება აღემატებოდეს სუნთქვის სიხშირის ასაკობრივ ნორმას. ფილტვის ხელოვნური ვენტილაციის ეფექტურობაზე მიუთითებს გულმკერდის მოძრაობა (ექსკურსია) ჩასუნთქვისას, „სუნთქვითი“ ხმაური ამოსუნთქვისას, კანის მარმარილოსებრი შესახედაობის, სიფურჯის ან სიფერმკრთალის გაქრობა, პულსის არსებობა საძილე არტერიაზე და გუგების შევიწროება.

ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია ტარდება სტაციონარის პირობებში ინტუბაციის შემდგომ ანესთეზიოლოგ-რეანიმატოლოგის მიერ. ასაღშობილებსა და ადრეული ასაკის ბავშვებში გამოიყენება აპარატი „ვიტა-1“.

14.4. კვლევის ზოგიერთი მეთოდი

14.4.1. ნახველის შეგროვება და გამოკვლევა

ნახველის შეგროვება ხდება ტუბერკულოზის ჩხირის აღმოჩენის, ასევე მიკრობული ფლორისა და ანტიბიოტიკების მიმართ მგრძნობელობის დადგენის მიზნით — გაზანგრილებული ბრონქიტებისა და ქრონიკული პნევმონიების შემთხვევაში. ტუბერკულოზის ჩხირის (BK) გამოვლინების მიზნით მოზრდილი ბავშვი ამოახველებს და ჩააფურთხებს ნახველს სტერილურ სინჯარაში ან ფლაკონში, რომელსაც მაშინვე დაეხურება სტერილური საცობი.

ფილტვების სხვა ქრონიკული პათოლოგიების დროს უმჯობესია ნახველის აღება მოხდეს ბრონქოსკოპიის დროს სპეციალური სარკის დახმარებით.

ადრეული ასაკის ბავშვებში შესაძლებელია ნახველი ავიდეთ უშუალოდ ხველის დროს. მედდამ უნდა დააფიქსიროს ისე, რომ ექიმმა მარცხენა ხელით დააჭიროს შპადელი ენის ძირს და მსუბუქად გააღიზიანოს ზორხის უკანა კედელი, ზოლო მარჯვენა ხელში სტერილურ ტამპონზე აიღოს ნახველი. ასევე შესაძლებელია ნახველი აღებული იქნეს უშუალოდ პეტრის ფინჯანზე (ნიადაგზე).

თუ ამ მეთოდებით ვერ ხერხდება ნახველის აღება, მაშინ ბავშვს კუჭს ამოურეცხავენ დილით უზმოზე. ამოღებულ მასებში არსებულ ნახველში იკვლევენ მიკრობულ ფლორას, რომელიც ბრონქებში არსებულის ანალოგიურია.

წებოვანი ნახველის შემთხვევაში სასურველია ავადმყოფმა წინასწარ მიიღოს თერმოდისის ნაყენი, გაუკეთდეს მდოგვის საფენი ან კოტონები, მიეცეს 1 ჭიქა თბილი რძე (საჭმლის სოდით).

კითხვები:

1. რა ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი ახასიათებს სასუნთქ სისტემას ბავშვთა ასაკში?
2. რა თავისებურებები ახასიათებს სუნთქვას ბავშვთა ასაკში?
3. როგორ ხდება სუნთქვის დათვლა?
4. როგორია სუნთქვის სიხშირის ასაკობრივი ნორმები?
5. სასუნთქი სისტემის დაავადებათა დროს რაზე უნდა გაამახვილოს მუდამ ყურადღება?
6. როგორ ტარდება ცხვირის ტუალეტი?
7. რაში მდგომარეობს ექიმადელი დახმარება კრუპის დროს?
8. რაში მდგომარეობს პირველი დახმარება უცხო სხეულის მოხვედრის დროს ცხვირის გასაგლეხსა და ბრონქებში?
9. როგორ უნდა დავეხმაროთ ბავშვს ქოშინისა და ხველის დროს?
10. როგორ ტარდება პოსტურალური დრენაჟი?
11. რა განაპირობებს ოტიტის სიხშირეს ადრეული ასაკის ბავშვებში?
12. რაში მდგომარეობს ბავშვის მოვლის თავისებურებანი შუა ყურის ანთების დროს?
13. რა კლინიკური ნიშნებით ხასიათდება მწვავე ბრონქოლიტი?
14. რაში მდგომარეობს ბავშვის მოვლის ძირითადი პრინციპები ფილტვების ანთების დროს?
15. რაში მდგომარეობს ბრონქული ასთმით დაავადებულის მოვლისა და მკურნალობის პრინციპები?
16. როგორ ტარდება ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია?
17. როგორ ხდება ნახველის შეგროვება მოზრდილ ბავშვებში, ადრეული ასაკის ბავშვებში?
18. როგორია პიკ-ფლოუმეტრის ხმარების წესი?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. 10 წლის ვაჟი ფილტვების ანთების დიაგნოზით მოათავსეს ბავშვთა საავადმყოფოში. ერთ წუთში სუნთქვის სიხშირე ტოლია:
 - ა. 40'
 - ბ. 12'
 - გ. 28'
 - დ. 16'
2. აღწერილ შემთხვევაში ფილტვის ანთების დიაგნოზს ადასტურებს ყველა ქვემოთმოთვლილი, გარდა:
 - ა. მაღალი ტემპერატურა
 - ბ. საერთო სისუსტე, უმადობა
 - გ. სიყვითლე
 - დ. ქოშინი
 - ე. ხველა
 - ვ. ცხვირის ნესტოების ბერვა
 - ზ. ნაწლავთა მოქმედების გახშირება
3. ფილტვის ანთების დროს ბავშვის მოვლისას დაიცავთ ყველა პირობას, გარდა:
 - ა. პალატის ხშირი განთავება
 - ბ. სასუნთქი ამაღლებელია
 - გ. სითხეები შეზღუდულად მიეწოდება
 - დ. საწოლში მდებარეობას ხშირად შეიცვლის, ზოგჯერ ფეხებს იატაკზე დაუშვებს
 - ე. აცვია მჭიდროდ შემოკრული ტანსაცმელი
 - ვ. საკვები მდიდარი სახამებლითა და გლეუკოზით.
4. ყველა ქვემოთმოთვლილი დამახასიათებელია ბრონქული ასთმისათვის, გარდა:
 - ა. დაავადების კლინიკური ნიშნები შეიძლება გამოვლინდეს როგორც მკურნალობის ფონზე, ასევე მის გარეშე
 - ბ. დაავადება დაკავშირებულია სასუნთქი გზების პიპირეაქტიულობასთან
 - გ. დაავადება ვლინდება ვირუსული ინფექციის, ფიზიკური და ემოციური დატვირთვის დროს
 - დ. დაავადებისათვის დამახასიათებელია მსტვენაჟი ხველა
 - ე. დაავადება ვლინდება ამბროზიის მტვერის შესუნთქვის შემთხვევაში
5. ბრონქული ასთმის შეტევისათვის დამახასიათებელია ყველა სიმპტომები, გარდა:
 - ა. ლორწოს პიპირსეკრეცია
 - ბ. სასუნთქი გზების ლორწოვანის ანთება
 - გ. ხორხის ქსოვილის ანთება მბგვრავი იოგების ქვემოთ
 - დ. სასუნთქი გზების ლორწოვანის შეშუპება
 - ე. ბრონქოსპაზმი
6. ბრონქული ასთმის პროფილაქტიკის მიზნით ატარებთ ყველა ღონისძიებას, გარდა:
 - ა. ოთახის ხშირი განთავება და სველი წესით დამუშავება

- ბ. არ აუკრძალავთ ნიხზე რბილი სათამაშოებით გართობას
- გ. შინაური ცხოველების იზოლაცია
- დ. მიკროტიკების მოსპობა ტანინის ხსნარით
- ე. ტროფიკალურგუნების (შოკოლადი, ციტრუსები, გვერცხი და სხვა) გამორიცხვა
7. 7 თვის გოგონას დაეწყო ხეგლა და ცხვირიდან სეროზული ხასიათის გამონადენი. ოჯახის სხვა წევრებსაც 2 დღის შემდეგ იგივე მოვლენები განუვითარდა. გოგონას ხეგლა გაუძლიერდა სუნთქვა გაუხშირდა და გაუძნელდა, სუნთქვაში მონაწილეობას იღებდა ცხვირის ნესტოები. ექიმმა მოისმინა კრეპიტული ხიხინი. როგორი იქნება თქვენი დიაგნოზი?
- ა. ფილტვის ანთება
- ბ. შწვაყე ლარინგიტი
- გ. მწვავე ბრონქიოლიტი
- დ. მწვავე რინიტი
- ე. მწვავე მასტენოზირებული ლარინგიტი (ცრუ კრუპი)
- ს. აღწერილ შემთხვევაში რას მიიჩნევთ დაავადების ეტიოლოგიურ ფაქტორად?
- ა. ოქროსფერი სტაფილოკოკი
- ბ. დიფტერიის ჩხირი
- გ. რესპირაციულ-სინციტიალური ვირუსი
- დ. სტრებტოკოკი
- ე. ნაწლავის ჩხირი
- მ. ბავშვის დასახმარებლად გაატარებთ ყველა ქვემოჩამოთვლილ ღონისძიებას, გარდა:
- ა. უანგბადის მიწოდება სველი წესით
- ბ. სითხით დატვირთვა
- გ. ანტიბიოტიკების დანიშვნა
- დ. ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება
- ე. ფილტვების ხელოვნური ვენტილაცია
- მ. 3 წლის გოგონას აღენიშნა ტემპერატურის მომატება 38°C -მდე, ცხვირიდან გამონადენი და სუნთქვის გაძნელება, იშვიათად ხეგლა. ღამის საათებში ბავშვს ხმა ჩაეხლიჩა, განუვითარდა მყუდრო ხეგლა, კოშმინი ჩასუნთქვის გაძნელებით. თქვენი დიაგნოზია:
- ა. ბრონქიოლიტი
- ბ. ვირუსული მასტენოზირებული მწვავე ლარინგიტი (ცრუ კრუპი)
- გ. დიფტერია (ჭეშმარიტი კრუპი);
- დ. ბრონქული ასთმა
- ე. ფილტვის ანთება
- მ. აღწერილ შემთხვევაში პირველი დახმარების სახით (ბინის პირობებში) ჩაატარებთ ყველა ქვემოჩამოთვლილ ღონისძიებას, გარდა:
- ა. შშვიდი გარემო
- ბ. გულმკერდზე სველი (ცივი) ტილოს საფენი
- გ. თბილი სოდიანი ხსნარის ინჰალაცია
- დ. მდოგვის აბაზანა ფეხებზე და მდოგვის საფენები გულმკერდზე
- ე. სითხეების ჭარბად გამოყენება
- მ. 2 წლის გოგონა თამაშის დროს უეცრად ატირდა, გაფერმკრთალდა და ცხვირით სუნთქვა შეუფერხდა. დედამ ივარაუდა, რომ უცხო სხეულია ცხვირით სუნთქვის შეფერხების მიზეზი. პირველი გადაუდებელი დახმარების მიზნით მოიქცევით შემდეგნაირად:
- ა. ბავშვს წამოაყენებთ და თავს უკან გადაუწევთ
- ბ. თავს წინ გადაუწევთ და ბიჭისებური მოძრაობით მოწმენდთ ცხვირს
- გ. თავს უკან გადაუწევთ და ჩაუტარებთ ხელოვნურ სუნთქვას „ბირით ცხვირში“
- დ. ბავშვს გადაიწვეწით მუხლებზე და ზურგზე, ბეჭის ძელებს შორის, 4-ს ბიჭისებურ დარტყმას შეასრულებთ
- ე. ბავშვს დააწვეწით ზურგზე ან გვერდზე ისე, რომ თავი მაქსიმალურად მაღლა ედოს

თაზი XV მოვლა გულ-სისხლპარღვთა სისტემის დაავადებების დროს

15.1 გულ-სისხლძარღვთა სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურება ბავშვებში

გულის მასა ბავშვებში შედარებით მეტია, ვიდრე მოზრდილებში, გულის თავდაპირველი წონა (17-24 გ) ორმაგდება 6-7 თვეზე, სამმაგდება 1-2 წლის ასაკში, 5 წლისათვის იზრდება 4-ჯერ, 10 წლისათვის — 6-ჯერ, ხოლო 16 წლისათვის — 2-ჯერ. გულის ზრდის ენერგია უფრო მეტია სიცოცხლის პირველ წელს, 7-14 წლის ასაკში ზრდა ნელდება, ხოლო სქესობრივი მომწიფების პერიოდში კვლავ ძლიერდება. მარჯვენა გულის ზრდა მნიშვნელოვნად ჩამორჩება მარცხენას.

გულის კუნთის ჰისტოლოგიური თავისებურებაა: ნაზი კუნთოვანი ბოჭკოების მჭიდრო განლაგება, მათ შორის შემავრთებული ქსოვილის სუსტი განვითარება, ნაზი ბოჭკოვანი აგებულება, არ შეიცავს ცხიმოვან უჯრედებს, უჯრედის ბირთვების საერთო რაოდენობა მეტია, ვიდრე მოზრდილებში. წინაგულებისა და პარაკუჭების სფეროვების ელასტიკური ქსოვილი სუსტადაა განვითარებული. გულის ვასკულარიზაცია მით უფრო უხვია, რაც უფრო პატარაა ბავშვი. ლიმფური სადინარები კარგადაა განვითარებული. ნერვული კვანძები არ არის სრულად ფორმირებული, მათი დიფერენციაცია მთავრდება 10-12 წლის ასაკისათვის. სისხლძარღვები, არტერიები, ვაცილებით განვითარებულია, ვიდრე მოზრდილის. ადრეულ ასაკში განსაკუთრებით ფართოა ვენები. მათი სანათური თითქმის არტერიების სანათურის ტოლია. მაშინ, როდესაც მოზრდილებში ვენების სანათური ორჯერ მეტია არტერიების სანათურზე.

არტერიული პულსი ბავშვებში სშორია. ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება. ახალშობილში გულის შეკუმშვათა რიცხვი წუთში 120-140-ია, 1 წლის ასაკში — 120, 3-5 წლისას — 100-105, 2 წლის — 90, 10-12 წლის ასაკში — 80-85.

ბავშვთა ასაკში პულსი ლაბილურია. მისთვის დამახასიათებელია სუნთქვითი არითმია: ჩასუნთქვისას იგი სშორდება, ამოსუნთქვისას იშვიათდება. ერთ სუნთქვით მოძრაობაზე მოდის 3,5-4 გულის შეკუმშვა. ახალშობილის მაქსიმალური წნევაა 66-76, მინიმალური 34-66 მმ ვერცხლის წყლის სვეტისა. 6-10 წლის ასაკში აღინიშნება წნევის ენერგიული მატება. სქესობრივი მომწიფების პერიოდამდე მცირდება და შემდეგ კვლავ მატულობს.

15.2. გულსისხლძარღვთა სისტემის პათოლოგიით ბავშვთა კვლევის ზოგიერთი მეთოდი 15.2.1 პულსის განსაზღვრა

მარცხენა პარაკუჭის ყოველი შეკუმშვის დროს სისხლი აორტის დრეკად კედლებს ძლიერ ეხეთქება. ამ დროს წარმოქმნილი რხევათა ტალღა სწრაფად ვრცელდება არტერიათა კედელზე. იქ, სადაც მსხვილი არტერიები სხეულის ზედაპირთან ახლოს არის განლაგებული, მოისინჯება ძარღვების კედლების რიტმული ბიძგი, რასაც პულსი ეწოდება. გულის ერთი შეკუმშვა პულსის ერთ ბიძგს შეესაბამება. მას, მოსვენებულ მდგომარეობაში ან ძილის დროს, სხივის არტერიაზე ცერის ფუძესთან იკვლევენ. მოზრდილ ბავშვებში პულსის გამოკვლევისას ბავშვის ხელის მტევანი თავისუფალი, ოდნავ მოზრილი უნდა იყოს და გულის დონეზე მდებარეობდეს. მცირე ასაკის ბავშვებში სარგებლობენ საფეთქლის არტერიის ან ყოფილიანდის პულსაციით (სურათი 76). ზოგჯერ პულსის შესწავლა საჭირო ხდება ქვემო კიდურებზე (დიდი წვივის ძვალზე, ბარძაყზე ან ტერფის არტერიაზე). თავდაპირველად უნდა შემოწმდეს პულსი ორივე ხელზე თანაბარია თუ არა. ჩვეულებრივ, პულსის სიხშირე მოწმდება ერთი წუთის განმავლობაში. თუ 1/2 წუთში დავითვლით, იგი უნდა გაგამრავლოთ 2-ზე. პულსი შეიძლება იყოს სინქრონული და არასინქრონული გულის ცემასთან. ამ უკანასკნელის დროს ლაპარაკობენ პულსის დეფიციტზე. ასეთ შემთხვევაში მარცხენა პარაკუჭის კუმშვადაც იმდენად სუსტია, რომ

პულისური ტალღა პერიფერიას არ აღწევს, რის გამოც ადგილი აქვს სხვაობას პერიფერიულ პულსსა და გულის კუმშვაობის სინშირეს შორის.



სურათი 76. პულისის განსაზღვრა სხივის, საფეთქლის და საძილე არტერიებზე

პულისის თვისებების შეფასებისას (სინშირე, რიტმულობა, დაჭიმულობა, სავსეობა, სიდიდე) ხელის შუა საში თითი თავსდება სხივის არტერიაზე, ხოლო ცერი აფექსირებს ხელის მტევანს ზურგის მხრიდან.

პულისის რიტმულობა გულისხმობს პულისური ტალღების სიმაღლისა და მათ შორის ინტერვალის თანაბრობას. ნორმალური პულსი არის საშუალო ავსების, რიტმული.

პულსი აჩქარებულია (ტაქიკარდია) სიმპატიკური ნერვული სისტემის მოქმედების გავლენის გაძლიერების ან პარასიმპატიკური ნერვული სისტემის გავლენის შესუსტების დროს, ფიზიკური დატვირთვის, ფსიქიკური აღგზნების, ტემპერატურის მომატების, სისხლნაკლებობის, თამბაქოს წვევის, ალკოჰოლის ბოროტად გამოყენების ან თვით გულის დაზიანების შემთხვევაში (ენდო-მიოკარდიტი, გულის მანკი და სხვ.). ერთი გრადუსით ტემპერატურის მომატებისას მაჯა 10-12 დარტყმით მატულობს.

პულსი შენელებულია (ბრადიკარდია), როდესაც ადგილი აქვს გულის მიერ იმპულსების გამომუშავების დარღვევას ან როდესაც ცთომილი ნერვის ტონუსია მომატებული. ბრადიკარდია შეიძლება იყოს სპორტსმენებში, ნერვული სისტემის დაავადების დროს (მენინგიტი, ქალასშივა სისხლჩაქცევა), ღვიძლის, მიოკარდიუმის დაზიანებისას და სხვა.

პულისის დაჭიმულობას აფასებენ იმ წინააღმდეგობის ძალით, რასაც არტერიის კედელი უწევს თითოს. არჩევენ ნორმალურ, მაგარ და სუსტ პულსს (კოლაფსისა და შოკის დროს). განსაკუთრებით ცუდ ნიშანს წარმოადგენს ძნელად გასასინჯი ე.წ. ძაფისებური პულსი. ამ უკანასკნელის არსებობისას ექთანს ვალდებულია სასწრაფოდ შეატყობინოს ექიმს ავადმყოფის მძიმე მდგომარეობის შესახებ.

პულისის განსაზღვრის ჩვევის გამომუშავება, მისი ყურადღებით შემოწმება იძლევა შესაძლებლობას დროულად დაისვას დიაგნოზი და ჩატარდეს მკურნალობა. მიუხედავად ამისა ეს მეთოდი სუბიექტურია, ამიტომ უკანასკნელ წლებში პულისის ხანგრძლივი და განუწყვეტელი კვლევისათვის გამოიყენება სპეციალური აპარატები — პულსოტაქიმეტრი და მონიტორი, რომლებიც ათვლიან და იწერენ პულსს.

15.2.2. სისხლის არტერიული წნევა

არტერიული წნევა ის ძალაა, რომელიც შეიქმნება არტერიის კედლის ტონუსისა და არტერიაში არსებული სისხლის მასის ურთიერთმოქმედების შედეგად. სისტოლის პერიოდში წნევა არტერიულ სისტემაში — მაქსიმალურია (სისტოლური წნევა); დიასტოლის დროს — პულისური ტალღის გადაცემის მომენტში იგი მინიმალურია (დიასტოლური წნევა); მათ შორის სხვაობას პულისური წნევა ეწოდება. არტერიული წნევა იზომება რიგა-როჩის აპარატით (სურათი 77). ბავშვებში არტერიული წნევის გაზომვის უტყუარი შედეგები შეიძლება იყოს მიღებული მაშინ, როცა იქნება გამოყენებული ბავშვის ასაკის შესატყვისი ზომის მანუეტი (მანუეტის სიგანე შეიძლება იყოს 3, 5, 7, 12 და 18 სმ). 2 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის მანუეტის სიგანე 2-4 სმ, 3-4 წლამდე 6-8 სმ, სკოლის ასაკის ბავშვებისათვის 10-12 სმ უნდა იყოს. არტერიული წნევა მით უფრო დაბალია, რაც უფრო მცირე ასაკისაა ბავშვი. რიგა-როჩის სფიგმომანომეტრი ვერცხლის

წყლის შემცველი დახურული ჭურჭელია, რომელშიც ძირაძვე ვერტიკალურად ჩადგმულია მინის მილი. ამ უკანასკნელს მილიმეტრიანი სკალა აქვს.



სურათი 77. სისხლის არტერიული წნევის განსაზღვრა:
 ა — ტონომეტრი; ბ — ვერცხლისწყლის სფერომანომეტრი (რივა-როჩის აპარატი);
 გ — სისხლის არტერიული წნევის განსაზღვრის ტექნიკა

ჭურჭელს უერთდება რეზინის მილი, რომლის მეორე ბოლო T-სებრი მილით უერთდება ერთი მხრივ რეზინის მანუეტს, მეორე მხრივ კი — ტუმბოს. ტუმბოს აქვს სანათურის ჩამკეტ-გამღები ხრახნი. რივა-როჩის აპარატს დგამენ ავადმყოფთან ახლოს (მწოლიარე ან მჯდომარე მდგომარეობაში). მანუეტს მჭიდროდ შემოასვევენ ავადმყოფის მხარზე და გაამაგრებენ. ამ დროს ხრახნი მოჭერილია. იწყებენ მანუეტში ჰაერის დატუმბვას, მანუეტი შეიბერება და საბოლოოდ გაბერილი ძალით არტერიას დაახშობს, რასაც პულისის გაქრობით შევიტყობთ. პულისის გაქრობის შემდეგ მანუეტში წნევა კვლავ უნდა გაგზარდოს და 1-2 წამი დაგაყოფიანოთ. შემდეგ ხრახნის ნელი მოშვებით გაბერილი მანუეტიდან ჰაერის თანდათანობით გამოშვებით და ამავე დროს იდაყვის ნაკეცში მოძებნილი (პალპაციით) მხრის არტერიის პროექციაზე მოთავსებული ფონენდოსკოპით შოვისმენთ ხშიანობას. პირველად მოსმენილი ხშიანობის — ტონის მომენტი მაქსიმალური წნევის შესაბამისია. შემდეგში ტონები სუსტდებიან და ქრებიან. ეს მომენტი მინიმალურ წნევას შეესაბამება.

ნორმალურად, მხარის არტერიის წნევა სხვადასხვა პირებში ცვალებადობს. ერთ წლაძვე ასაკის ბავშვებში ისაზღვრება ფორმულით $76+2n$, სადაც n არის თვეების რიცხვი. ერთი წლის ზედა ასაკის ბავშვებში გამოიყენება ფორმულა $80+2n$, სადაც n არის წელთა რიცხვი. მინიმალური წნევა მსგავსად მოზრდილებისა შეადგენს მაქსიმალური წნევის $1/3 - 1/2$ -ს. უფრო დიდი წონის ბავშვებისათვის იღებენ არა 80-ს, არამედ 90-ს. მოზრდილებში მაქსიმალური წნევა 100-140 მმ, მინიმალური 60-90 მმ, პულსური წნევა კი 40-50 მმ-ს შორის მერყეობს.

ბავშვებში არტერიული წნევა მომატებულია (ჰიპერტენზია) ფიზიკური დატვირთვის, აგზნების, ინფექციური დაავადებების (დიფტერია, ქუნთირუმა, ფილტვის ანთება და სხვ.), გლომერულონფრიტის, ფეოქრომოციტომის დროს. გარდამავალი ჰიპერტენზია აღინიშნება სქესობრივი მომწიფების პერიოდში. არტერიული წნევა დაქვეითებულია (ჰიპოტენზია) კვების მწვავე აშლილობის, შრატის დაავადების, დიფტერიის, გულის უკმარისობის, კოლაფსის შემთხვევაში. არტერიული წნევის პროგრესული შემცირება პროგნოზის მხრივ ცუდ მაჩვენებელს წარმოადგენს.

15.3. მოვლა გულსისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს

დაავადებული ბავშვის მოვლა საავადმყოფოში ეკისრება ექიმსა და ექთანს, ბინაზე კი — დედას. ექთანმა დედას უნდა შეასწავლოს ავადმყოფის მოვლა, წამლების მიცემის წესი, ზოგიერთი პროცედურის ჩატარება, სამკურნალო საკვების დამზადება, ანალიზისათვის მასალის შეგროვება და სხვ.

გულის უკმარისობით შეპყრობილი ბავშვი ლოგინში უნდა დაგაწვინოთ ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობაში და გამოვიძახოთ ექიმი. ბინაზე ავადმყოფს უნდა შევუქმნათ მშვიდი გარემო, ნათესავ-ნაცნობების მისვლა-მოსვლა დროებით შევწყვიტოთ. საწოლი მოთავსდეს კარგად განათებულ ადგილზე. ავადმყოფი არ უნდა იწვეს სახით სინათლისაკენ. საწოლის

გვერდზე სასურველია მოთავსდეს პატარა მაგიდა საჭმლის, წყლის, სათამაშოების, ხელსახოცის დასადებად. პირსახოცი შეიძლება დაიკიდოს საწოლთან კედელზე. ავადმყოფობის პერიოდში ყველა ზედმეტი ნივთი ოთახიდან უნდა იქნეს გატანილი. ოთახი დღეში რამდენიმეჯერ უნდა განიავდეს. საწოლი სწორად უნდა იყოს დაგებული, ნაოჭების გარეშე. თეთრეული ყოველდღე განიავდეს და ხშირად შეიცვალოს.

სხეულის ჰიგიენა. დილის ტუალეტის ჩატარების დროს, აუცილებელია კბილების გაწმენდა ჯაგრისით (ორჯერ დილა-საღამოს). ნაწლავთა მოქმედების შემდეგ სასურველია ჩაბანვა საპნით, შემდეგ თბილი წყლის გადავლება, გამწვანება და გაზელების ზეთის წასმა. თუ ბავშვს ხანგრძლივი წოლითი რეჟიმი აქვს დანიშნული, შეიძლება ჩატარდეს ჰიგიენური აბაზანა თბილი წყლით ($37-38^{\circ}\text{C}$). თუ ეს შეუძლებელია, მოხდეს ბავშვის სველი, გაწურული პირსახოცით დაზელება.

კვება. მუდმივ ყურადღებას მოითხოვს კვების საკითხი. დაზიანებული გულისათვის საჭმლის მონელების პროცესი დამატებით დატვირთვას განაპირობებს. ამიტომ საკვები უნდა იყოს ადვილად მოსაწელებელი, მიეწოდოს მცირე ულუფებითა და ხშირად (5-7-ჯერ დღეში). უკანასკნელი საკვები ინიშნება დაძინებამდე 3-4 საათით ადრე. შეკრულობის დროს ავადმყოფს ენიშნება ნაწლავთა მოქმედების გამაუმჯობესებელი პროდუქტები: შავი ქლიავი, ჭარხალი, სტაფილო, მაწონი და სხვ. უმადობის შემთხვევაში საკვები უნდა მიეცეს ძალდატანების გარეშე შემთბარი. განვითარებული მოუსვენრობა და ღებინება, განსაკუთრებით საკვების მიღების შემდეგ, საჭიროებს საჭმლის მიცემის შეწყვეტას. დიეტა უნდა იყოს სრულფასოვანი — ცილით მდიდარი. ცილის $1/4$ სასურველია იყოს რძე და მისი პროდუქტები.

გულის კუნთის ენერგიის წყაროს ნახშირწყლებთან ერთად ცხიმოვანი მჟავები წარმოადგენენ, რომელთაგან საუკეთესოა მცენარეული ცხიმები — ზეთუნის, სიმინდის, მზესუმზირისა და სხვა. მცენარეული ცხიმის რაოდენობა საერთო ცხიმის $1/3$ -ს უნდა უდრიდეს. ცხიმოვან საკვებში არსებული A და B ვიტამინი ხელს უწყობს გულის კუნთის კუმშვადუნარიანობას, აუმჯობესებს ლიპოსომური მემბრანების სტაბილიზაციას.

საკვებში ვიტამინების შემადგენლობას (A, B₁, B₆, C და სხვ.) დიდი ყურადღება უნდა მიექცეს. ამისათვის საჭიროა გამოყენებული იყოს ბოსტნეული, ხილი, კენკრა. კალიუმის დეფიციტის შესავსებად ავადმყოფს უნდა მიეცეს ახალი ბოსტნეული, ხილი, ქიშმიში, ჭერამი, გარგარი, ბანანი, ლეღვის ჩირი. გულის კუმშვადობაში გარკვეულ მონაწილეობას იღებს კალციუმი. ამიტომ საკვები უნდა გამდიდრდეს რძის პროდუქტებით. გულის უეპარისობის დროს უნდა შეიზღუდოს სუფრის მარილი და სითხე, პროდუქტები, რომლებიც მუცლის შებერვას იწვევენ (ბარდა, ლობიო, მჟავე კომბოსტო) და ავადმყოფს ალაგზნებენ (კაკაო, მაგარი ჩაი, ყავა, შოკოლადი).

15.3.1. მოვლა გადაუდებელი მდგომარეობების დროს

15.3.1.1. გულის წასვლა

გულის წასვლა ცნობიერების უცარი არახანგრძლივი დარღვევაა, რაც თავის ტვინში სისხლჩაქეულობითაა განპირობებული. გულის წასვლის დროს ბავშვს ფერი ეცვლება, კანი ფერმკრთალდება, უგითარდება თავბრუ, ყურებში შუილი, გულისრევა, ცივი ოფლი, მაჯა ძაფისებური ხდება, არტერიული წნევა ქვეითდება. შემდეგ, კი გონებას კარგავს და ეცემა. გულისწასვლის მიზეზებია: უცარი შიში, აღელვება, ძლიერი ტკივილი, დადლილობა, გაუნიაგებელი დაზიანებული ოთახი, დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა. იგი შეიძლება განვითარდეს საზოგადოების თავშეყრის ადგილზე (კინოში, თეატრში, ქუჩაში და სხვ.). გულისწასვლის დროს, საჭიროა ავადმყოფის დაწვენა მაგარ საგანზე ან საწოლზე ისე, რომ ფეხები აწეული ჰქონდეს ზევით, თავი კი — დაბლა, რათა სისხლმა ფეხებიდან თავისკენ გადაინაცვლოს და ნორმალური სისხლის მიმოქცევა აღდგეს. ტანისამოსი უნდა გავეუსნათ, ფანჯრები გავაღოთ და გაყოსოთ მძაფრი სუნის ნივთიერება — ნიშადურის სპირტი ან სუნამო. რამდენიმე წუთში სიფერმკრთალე მცირდება, მაჯისცემა და არტერიული წნევა ნორმას

უბრუნდება. ავადმყოფი თავს კარგად გრძნობს. თუ მდგომარეობა არ გამოსწორდა, იგი გადაჰყავთ საავადმყოფოში.

15.3.1.2. კოლაფსი

კოლაფსი არის არტერიული წნევის უკუკარი დაქვეითება და ბავშვის ზოგადი მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება. აღნიშნული მოითხოვს სასწრაფო გადაუდებელი დახმარების აღმოჩენას. არჩევენ მწვავედ განვითარებული არტერიული წნევის დაცემის სამ ფორმას: კარდიალურ ჰიპოტონიას, სისხლძარღვოვანსა და ჰემორაგიულ კოლაფსს.

კარდიალური ჰიპოტონია უშუალოდ დაკავშირებულია გულის დაავადებასთან და ხშირად ვითარდება მიოკარდიუმის ინფარქტის (კარდიოგენული შოკი), მწვავე მიოკარდიტის, ფილტვის სისხლის ძარღვების ემბოლიის დროს.

სისხლძარღვოვანი კოლაფსი ვითარდება პერიფერიული სისხლის ძარღვების გაფართოებით. ადგილი აქვს სხვადასხვა მწვავე ინფექციური დაავადებებისა და მძიმე ალერგიული რეაქციების შემთხვევებში. იგი შეიძლება განვითარდეს პნევმონიის, სეფსისის, ბუცლიის ტიფის, ნაწლავური ინფექციისა და წნევის დამწვევ საშუალებათა გამოყენების შემთხვევაში. კოლაფსის ეს ფორმა უპირატესად ბავშვებში გვხვდება.

ჰემორაგიული კოლაფსი განპირობებულია მოცირკულირე სისხლის მოცულობის შემცირებით, მასორი სისხლდაკარგვის დროს. კოლაფსის დროს არტერიული წნევის დაქვეითებასთან ერთად ავადმყოფს აღენიშნება: წაწვეტებული სახის ნაკვთები, მკვეთრი სიფერმკრთაღე ციანოზური ელფერით, ჩაცვნილი თვალები, ცივი თფლი, გახშირებული ზერელე სუნთქვა, ხშირი და სუსტი აგსების პულსი, ზოგჯერ არითმიული. მძიმე ცირკულატორული უკმარისობის დროს ადგილი აქვს მაჯისცემის გაქრობას, მხედველობის დარღვევას და კრუნჩხვით მოძრაობებს. საჭიროა ავადმყოფის ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში მოთავსება, ჟანგბადის მიწოდება. თერაპია უპირველეს ყოვლისა ითვალისწინებს ძირითადი დაავადების მკურნალობას, სისხლძარღვთა ტონუსისა და არტერიული წნევის ამწვევი პრეპარატების გამოყენებას (კორდიამინი, მეზატონი, პრედნიზოლონი, ვიტამინები – B₁, B₆ და სხვ.). ჰემორაგიული კოლაფსის დროს საჭიროა მოცირკულირე სისხლის რაოდენობის შევსება, სისხლის გადასხმა.

15.3.1.3. გულის გაჩერება

გულის მუშაობის გაჩერებას ადგილი აქვს გულზე უშუალო დარტყმის, დახრჩობის, მოხრჩობის, გაზით მოწამვლის, სიღამწვრის, ელექტროდენით დაზიანების, სისხლის დაკარგვის, სისხლის მიმოქცევის ცენტრის დათრგუნვის, გულის ზოგიერთი დაავადების, მნიშვნელოვანი ტაქიკარდიის, ტამპონადის და სხვათა დროს. გულის გაჩერებას თან სდევს სისხლის მიმოქცევის შეჩერება, რის შედეგადაც ვითარდება სიკვდილი.

სიკვდილის პროცესი გრძელდება რამდენიმე წუთი. გულის მუშაობისა და სუნთქვის შეჩერებიდან 3-5 წუთის შემდეგ ჯერ კიდევ შესაძლებელია მდგომარეობის უკუგანვითარება – გამოცოცხლება. ეს პერიოდი კლინიკურ სიკვდილად არის წოდებული. შემდეგ კი ვითარდება შეუქცევადი ცვლილებები. სასიცოცხლო მნიშვნელობის ორგანოებში (თავის ტვინი, გული, ფილტვები, ღვიძლი, თირკმელები და სხვ.) ვითარდება ბიოლოგიური სიკვდილი. კლინიკური სიკვდილის პერიოდში ორგანიზმის გამოცოცხლების ღონისძიებათა ჩატარების კომპლექსს რეანიმაცია ეწოდება.

რეანიმაცია უნდა განახორციელოს არა მარტო მედიცინის მუშაკმა, არამედ ნებისმიერმა ადამიანმა, რომელიც იცნობს რეანიმაციის პრინციპებს. კლინიკური სიკვდილი შეიძლება განვითარდეს ქუჩაში, ოჯახში, სკოლაში, ტყეში, წარმოებაში, მინდორში, საავადმყოფოში. თუ ირგვლივ მყოფნი ვერ შეასრულებენ რეანიმაციის ზოგად წესებს, დაკარგული წუთები ავადმყოფისათვის საბედისწერო იქნება.

თაზი XVI
ბავშვის მოვლა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის
დაავადებების დროს

16.1. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ანატომო-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი

საჭმლის მონელება ბავშვების, განსაკუთრებით ჩვილების ორგანიზმის გარემოსთან ადაპტაციის ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ფუნქციას წარმოადგენს, რომლის თუნდაც ხანმოკლე დარღვევა იწვევს სასიცოცხლო პროცესების შეფერხებას და არცთუ იშვიათად, საბედისწერო გამოსავალს.

ახალშობილს ანატომიური თვალსაზრისით ჩამოყალიბებული აქვს საჭმლის მომნელებელი სისტემის ყველა ნაწილი, მაგრამ როგორც ტოპოგრაფიულად, ისე სტრუქტურულად და განსაკუთრებით, ფუნქციურად სხვადასხვა თავისებურება აღენიშნება.

ახალშობილისა და ჩვილი ბავშვის პირის ღრუ როგორც აბსოლუტურად, ისე შედარებითაც — მცირეა, რაც აიხსნება კბილების არარსებობით, რბილი და მაგარი სასის თითქმის ჰორიზონტალური მდებარეობითა და შედარებით დიდი ენით, რომელიც პირველ თვეებში თითქმის ავსებს პირის ღრუს, ხოლო წლის მეორე ნახევრიდან მისი $1/3$ უკავია.

ზედა და ქვედა ტუჩების სიღრმეში საწოვი კუნთები კარგადაა განვითარებული, განსაკუთრებით ბუნებრივი კვების პირობებში. საღეჭი კუნთები შედარებით სუსტია ნ თვემდე წლის მეორე ნახევრიდან მათი ფუნქცია შესამჩნევად ძლიერდება.

პირის ღრუს ლორწოვანი გარსი ნაზია, მისი ეპითელი ადვილად ჩამოიფცქნება. უხვი კაპილარული ქსელის მაქსიმალური სისხლსაგსეობის გამო ლორწოვანი გარსი მუქი ვარდისფერია.

ჩვილი ბავშვის პირის ღრუს ფიზიოლოგიური თავისებურებებიდან უპირველეს ყოვლისა ყურადღებას იმართებს სუსტი სალივაცია, განსაკუთრებით პირველი თვეების განმავლობაში. 6-7 თვიდან ნერწყვის დენა იმდენად ძლიერდება, რომ ხშირად ბავშვი ვერ ასწრებს მის ჩაყლაპვას და პირიდან სდის. ფიზიოლოგიურ სალივაციას უკავშირებენ სანერწყვე ჯირკვლების მორფო-ფუნქციურ მომწიფებას, პირობით-რეფლექსური მექანიზმების ჩართვასა და კბილების ამოჭრასთან დაკავშირებით სამწვერა ნერვის სეკრეციული ბოჭკოების გაღიზიანებას. გარკვეული მნიშვნელობა აქვს აგრეთვე მკვრივ საკვებზე გადასვლის პერიოდს, როდესაც ბავშვი იწყებს შედარებით სქელი კონსისტენციისა და შემადგენლობით განსხვავებული საკვების მიღებას.

სარძევე კბილების ამოჭრა და მათი შეცვლა მუდმივი კბილებით პირის ღრუს ყველაზე რელიეფური და მნიშვნელოვანი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებაა. სარძევე კბილები — 20-ია, მუდმივი კი — 32.

სარძევე კბილების ამოჭრა, ჩვეულებრივ, იწყება 6-მ თვიდან და მთავრდება 2 - 2 $1/2$ წლისათვის. ამოჭრის ვადები მეტ-ნაკლებად ინდივიდუალურია. არცთუ იშვიათია კბილების ამოჭრის დაწყება შედარებით ნაადრევად: 4-5 თვეზე. ხშირია დაგვიანებული ამოჭრა. ეს ინდივიდუალობა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფიზიოლოგიურ თუ პათოლოგიურ პროცესზე.

მუდმივი კბილების ამოჭრა იწყება 6-7 წლიდან და ძირითადად 13-14 წლისათვის მთავრდება.

საჭმლის მონელების საწყისი ფაზის — ლეჭვის ნორმალური წარმართვა კბილებზეა დამოკიდებული. ლეჭვის პროცესი გაგლეხას ახდენს ნერწყვის სეკრეციაზე კუჭის ფუნქციასა და საერთოდ, ნივთიერებათა ცვლაზე. ამიტომაც, თუ კბილები დაავადებულია ან დაზიანებული, საჭმლის მონელებაც ირღვევა.

საყლაპავი მილი ახალშობილსა და მომდევნო ასაკშიც, შედარებით მაღლა მდებარეობს, სიგრძე შედარებით მეტია და სხეულის დაახლოებით $1/2$ უდრის, მოზრდილისა კი — $1/4$ -ს. საყლაპავი მილის ლორწოვანი ნაზია, მუქი ვარდისფერი, კუნთოვანი სისტემა და ელასტიური ბოჭკოების სისტემის განვითარება — დაუმთავრებელია.

ბავშვთა ასაკში, განსაკუთრებით 3 წლამდე კუჭი უფრო ღრმად მდებარეობს და თითქმის დაფარულია ღვიძლით. კუჭის დიდი ნაწილი, განსაკუთრებით თუ ის ცარიელია, მოთავსებულია

მარცხენა პიპოგასტრიუმში, ხოლო პილორუსი — დაახლოებით შუა ხაზზე. პირველი თვეების განმავლობაში კუჭის მდებარეობა უბირატესად პერიონოსტალურია, სიარულის დაწყების შემდეგ კი — უფრო ვერტიკალური.

კუჭის ფორმა საკმაოდ მრავალფეროვანია და დამოკიდებულია კუნთოვანი შრის ტონუსზე, კონსისტენციაზე, აგებაზე, მიღებული საკვების თვისებებზე, ჩაყლაპული პაერის რაოდენობაზე და ა. შ. ცარიელი კუჭი, ჩვეულებრივ, შეკუმშული და მომრგვალო ფორმისაა.

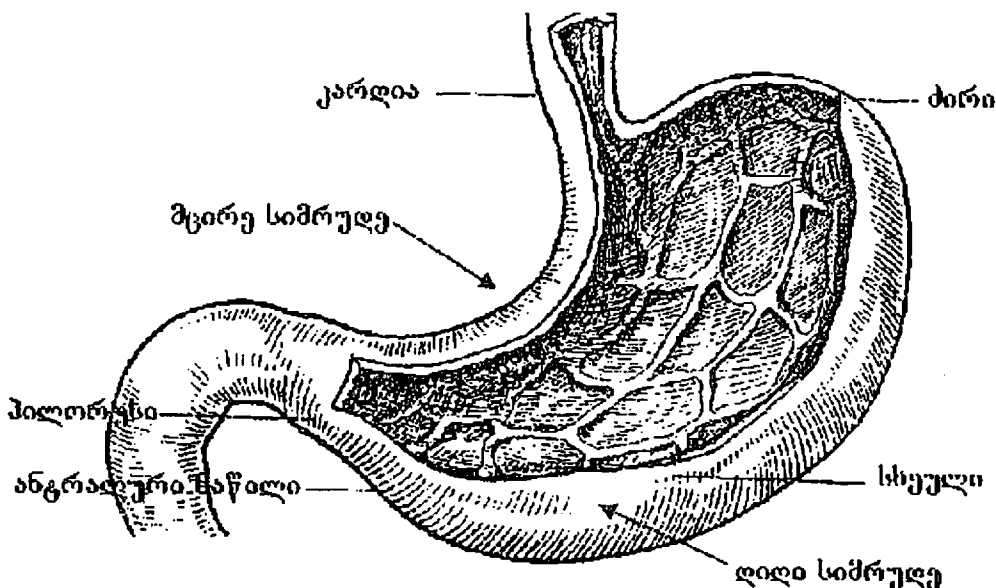
ახალშობილის კუჭის ტევადობა ძლიერ მცირეა, მაგრამ განსაკუთრებით პირველი წლის განმავლობაში, თითქმის 8-10-ჯერ მატულობს. ახალშობილის კუჭის ტევადობა საშუალოდ უდრის 40-50 სმ³, 2 თვისათვის 120-140 სმ³, 3 თვისათვის — 200 სმ³, ხოლო წლისათვის 300-400 სმ³. კუჭის ლორწოვანის ნაოჭები და ორმოები სუსტად გამოხატული და მცირერიცხოვანია. ასაკთან ერთად მათი რაოდენობა მატულობს.

კუჭის ლორწოვანი გარსი ნაზი და მეტად მუქი ვარდისფერია. ლორწოვანის მეფარავი და მთავარი ჯირკვლები შედარებით პატარაა და მცირერიცხოვანი.

კუჭის საკუთრივ კუნთოვანი შრე სუსტადაა განვითარებული, განსაკუთრებით სუსტია სფინქტერი კარდიას არეში (სურათი 79). სამაგიეროდ, პილორუსის კუნთოვანი შრე, მიუხედავად იმისა, რომ მასში არ არის სიგრძივი ბოჭკოები, უფრო კომპაქტურია. ამ თავისებურებების გათვალისწინებით გასაგებია, რატომბა ბავშვებში ხშირი კუჭიდან რძის გადმოღვრა, წამოქაფება (კარდიის სფინქტერის სისუსტის გამო), შადრევანისებური პირღებინება (პილორუსის კუნთთა პიპრერეაქტიულობა) და ატონია (ელასტიური ბოჭკოების სიმცირის გამო).

ჩვილი ბავშვის კუჭის წვენი გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება. დამახასიათებელია დაბალი საერთო მეფიანობა. პირველი თვეების განმავლობაში კვებიდან 1-1 1/2 სთ-ის შემდეგ საშუალოდ 5,84-ს, 3-დან 7 თვემდე — 4,9, მოზრდილ ბავშვებში კი 1,5-2,1-ს შეადგენს. ბავშვთა კუჭის წვენში, ისევე როგორც მოზრდილთა კუჭის წვენში, გამოიყოფა ცილებსა და ცხიმებზე მოქმედი ფერმენტები: ქიმოზინი, პეფსინი, კატეფსინი და ლიპაზა.

ქიმოზინი მოქმედებს რძის ნახევრად ხსნად ცილა კაზეინზე და ის გადაჰყავს უხსნად ფორმაში, რის გამოც რძე ფიფქების სახით ილექება (რძის შეღებება). ქიმოზინი იგივე პეფსინია მხოლოდ აქტიურდება და მოქმედებს შედარებით მაღალი PH-ის პირობებში. პეფსინის გააქტიურებისათვის საჭიროა მარილმჟავას ზეგავლენა, ამდენად ზოგიერთი ავტორი თვლის, რომ ძეძუს წოვის პირველ თვეებში პეპსინური მონელება არ ხდება.



სურათი 79. ახალშობილის კუჭი: კუჭის მასა — 6,5 გ, მოცულობა — 30-35 სმ³, სიგრძე — 5 სმ (მოზრდილების 27 სმ)

კატეგორიის ცილების დამშლელი ფერმენტი, რომლის აქტივობა იწყება სუსტი ჰეპათიტის პირობებში. ლიპაზა ცხიმების დამშლელი ფერმენტია. მისი მოქმედება იწყება ქიმიური ნივთიერების ერთად.

კუჭის მოტორიკაში არჩევენ პერისტალტიკას, პერისტოლასა და კუნთთა პერიოდულ ტონურ შეკუმშვებს. პერისტალტიკა კუჭის კედლების ტალღისებური რიტმული შეკუმშვაა. პერისტოლა გულისხმობს კუჭის ისეთ შეკუმშვას, რომელიც გამოწვეულია საკვების მიღების გამო მისი კედლების დაჭიმვით. კუჭის კუნთების პერიოდული ტონური შეკუმშვა იწყება საკვების მიღებიდან 1 - 1 1/2 საათის შემდეგ, მაქსიმუმ აღწევს 3 საათის შემდეგ და მორიგი კვების შემდეგ თანდათანობით მცირდება. ფიქრობენ, რომ მოტორიკის ამ სახეობასთან დაკავშირებულია შიმშილის გრძნობა.

ბავშვის ნაწლავი შედარებით გრძელია და მით მეტად, რაც მცირეა მისი ასაკი. ნაწლავთა სტრუქტურულ-ფუნქციონირება ადნაგობიდან ყურადღებას იმყრობს ლორწოვანას უკეთესი განვითარება სხვა შრეებთან შედარებით. ლორწოვანის ნაოჭები მკაფიოდ გამოხატული, მაგრამ შედარებით მოკლე და დაბალია. ბავშვებს ხაოების რიცხვი მეტი აქვთ მოზრდილებთან შედარებით.

ნაწლავის წველის რეაქცია სუსტი ტუტეა. იგი შეიცავს შემდეგ ფერმენტებს: ერეფსინს, ლიპაზას, ამილაზას, მალტაზას, სეპარაზას, ლაქტაზას. ბავშვებს დაბადებისთანავე აქვთ ჯირკვლების ეპითელიუმში შემაჯალი ენტეროკინაზა, რომელიც აქტიურებს პანკრეასის ფერმენტ — ტრიფსინოგენს და ჰორმონ — სეკრეტინს, რომელიც ნაწლავებიდან შეიწოვება სისხლში და პანკრეასის ფუნქციას ასტიმულირებს. დუოდენალურ წვენს პანკრეასის, ღვიძლის სადინარების სეკრეტი და ნაღველი ქმნის. ფერმენტთა აქტივობა ძლიერდება ბავშვის ასაკის მატების პარალელურად.

როგორც ცნობილია, ნაწლავებში მეტ-ნაკლები ინტენსივობით მიმდინარეობს ლობობითი და დუდილის პროცესები, რომლებიც ფერმენტებთან ერთად გარკვეულ როლს ასრულებენ საკვების მონელებაში. ძუძუთმწოვრობის პერიოდის პირველ თვეებში როგორც ბუნებრივ, ისე ხელოვნურ კვებაზე მყოფი ბავშვების ნაწლავებში მიმდინარეობს მხოლოდ დუდილის პროცესები. შემდგომ პერიოდში ხელოვნური და უბირატესად ცილოვანი საკვების მიღებისას სჭარბობს ლობობითი პროცესები, ნაწილობრივად საკვების მიღებისას — დუდილის პროცესები.

ბავშვის ნაწლავის მიკროფლორა გარკვეული თავისებურებებით ხასიათდება: ბუნებრივი კვების დროს სჭარბობს ბიფიდობაქტერია, ხელოვნური კვებისას — ნაწლავის ჩხერი. ეს განსხვავება იშლება 6-7 თვისათვის. ასაკის მატებასთან ერთად ნაწლავის ფლორა მდიდრდება, როგორც აერობული, ისე ანაერობული მიკრობებით, სოკოებით.

ახალშობილის პირველი განავალი (მეკონიუმი) მუქი მომწვანო ფერის უსუნო მასაა. ძუძუთი კვების დროს ნაწლავთა მოქმედება ხშირია (3-5-ჯერ დღე-ღამეში), განავალი თხიერი ან ფაფისებური კონსისტენციისა, აქვს მოყვითალო-ოქროსფერი და მომჟავო არომატული სუნი. დღე-ღამეში განავლის რაოდენობა 20-30 გ-ია. ხელოვნური კვებისას ნაწლავთა მოქმედება იშვიათია (1-2-ჯერ), განავალი მკვრივია და მოყვითალო. რაოდენობა 30-40-გ-ს აღემატება. მასში შეიმჩნევა ბოსტნეულისა და ხილის ნარჩენები, აქვს მყრალი სუნი.

16.2. საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაზიანების ძირითადი სიმპტომები

საჭმლის მომნელებელ ორგანოთა დაავადების დროს სუბიექტურ გამოვლინებათა შემკრებ ცნებას დისპეფსიას უწოდებენ. დისპეფსიის ანუ მონელების პროცესების მოშლის ამსახველი სიმპტომებია: ამოქაფება, ღებინება, ბოყინი, უმადობა, ტკივილი მუცლის არეში, ყაბზობა, ფაღარათი, აირთა დაგროვება ნაწლავებში (მეტეორიზმი) და სხვ.

16.2.1. ამოქაფება, გულზიდვა და ღებინება

ამოქაფება ჩვილ ბავშვებში გავრცელებული სიმპტომია. იგი ვითარდება კვების შემდეგ პირიდან ანაჟიებული რძის მრავალჯერადი ამოქაფების სახით. ამოქაფებას არ ახლავს

დაძაბულობა და მტკივნეულობა. ამოქაფების თავიდან აცილება შესაძლებელია შემდეგი პრინციპების დაცვით:

- ბავშვს საკვები უნდა მიეცეს მაშინ, როდესაც არ ჭირვებულობს;
- კვების წინ უნდა შეეწყვალოს საფეხები და 7-10 წთ იწვეს მუცელზე;
- კვების დროს ბავშვი უნდა გვეჭიროს 30-40⁰-იანი კუთხით;
- ტუბუ სწორად უნდა აიღოს;
- ხელოვნური კვების დროს საწოფარში ხერხელი უნდა იყოს საშუალო ზომის; ხერხელის ზომა ნორმალურია, თუ ხერხელიდან 1 წმ-ში საკვების 1 წვეთი გადმოდის;
- საწოფარი კვების დაწყების წინ რძით უნდა იყოს აგებული;
- კვებათა სიხშირე უნდა გაიზარდოს;
- კვების შემდეგ 15-20 წთ ბავშვი უნდა გვეჭიროს ვერტიკალურად, შემდეგ (7-10 წთ-ის განმავლობაში) დაგიწვინოთ მუცლით ხელის გულზე (45⁰-ის შესაბამისი დაქანებით).

თუ ამოქაფება ხშირია და შემაწუნებელი, პედიატრსა და ბავშვთა ქირურგთან შეთანხმებით ინიშნება მეტოკოპრამიდი (ცერუკალი), ნოვოკაინი. ამრობაციის ფაზაშია ადაპტირებული ნარეგები ანტირეფლუქსური ენფამილი, ნუტრილიონი და სხვ., რომელთა შემადგენელი შემკვრელი ინგრედიენტი (ამინოპეპტინი) საკვების ამოქაფებას ხელს უშლის.

გულზიდვა მეტად არასასიამოვნო გრძნობაა, რასაც ხშირად თან ახლავს გაფერმკრთალება და გაძლიერებული ნერწყვის დენა. იგი ხშირად წინ უსწრებს ღებინებას. ამ დროს ბავშვს ამშვიდებენ და აძლევენ ნახევარ ჩაის ჭიქა წყალს 2-3 წვეთი ნიშადურის სპირტით დასაღვავად.

ღებინება რთული რეფლექტორული აქტია, რასაც თან ახლავს ნაღებინები მასების გადმოსროლა პირიდან და ზოგჯერ ცხვირიდან. ასეთ შემთხვევაში მაქსიმალურად უნდა შეეუმსუბუქოთ ბავშვს მდგომარეობა და დაეხმაროთ მას, მოვეფეროთ, დაგამშვიდოთ. ბავშვს დაისვავენ, გულზე მიადარებენ პირსახოცს ან მუშამბას, პირთან მიუტანენ სუფთა ჯამს ან ფეხებთან დაუდგამენ თასს. დასუსტებულ ავადმყოფებს მწოლიარე მდგომარეობაში მიუბრუნებენ სასეს გვერდზე და ქვევით, პირთან მიუტანენ ჯამს.

ღებინების შემდეგ საჭიროა პირის ღრუში თბილი წყლის გამოვლება. ბავშვს კარგად უნდა გაეუწმინდოთ ტუჩები, პირის კუთხეები, კანიდან მოვაცილოთ ნაღებინები მასის ნამცეცები. დასუსტებულ ავადმყოფებს პირის ღრუს უსუფთავებენ სოდიან ხსნარში ან კალიუმის პერმანგანატის სუსტ ვარდისფერ ხსნარში დასველებული ბამბით. ღებინების შეწყვეტის მიზნით ბავშვს დასაღვავად აძლევენ ცივ წყალს, ყინულის ნატეხს და პიტნის ნაყენის რამდენიმე წვეთს. შეიძლება მიეცეთ 1%-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 2-3 მლ ჩაის კოვზით დასაღვავად.

ნაღებინებ მასას ინახავენ სუფთა ჭურჭელში და გზავნიან ლაბორატორიაში გამოსაკვლევადა. სისხლიანი ღებინების დროს (ამონაღები მასა ყავისფერია) ექიმის მოსვლამდე ავადმყოფს ეპიგასტრიუმის არეში ადებენ ყინულის ბუშტს. ექთან რჩება ბავშვთან და პერიოდულად ატყობინებს ექიმს ბავშვის მდგომარეობის შესახებ მონაცემებს.

ამოქაფება და ღებინება განსაკუთრებით ხშირია ისეთი დაავადებების დროს, როგორებიცაა პილოროსპაზმი და პილოროსტენოზი.

16.2.2. მეტეორიზმი, ყაბზობა, ფაღარათი და მუცლის ტკივილი

მეტეორიზმი ვითარდება ნაწლავებში აირების გაძლიერებული წარმოქმნისა და მათი შენელებული გადაადგილების შედეგად. ზოგჯერ იგი კვების დროს ჰაერის დიდი რაოდენობით ჩაყლაპვის (აეროფაგია) შედეგია ან საკვებად ისეთი ნივთიერებების გამოყენებისა, როგორებიცაა: შავი პური, რძე, კარტოფილი, ლობიო და სხვ. მეტეორიზმს ამცირებს ან სრულებით ხსნის გააქტივებული ნახშირის ნახევარი ან 1 აბი დღეში ორჯერ ან გვირილის ოყნა. ამ მიზნით ადრეული ასაკის ბავშვებს შეიძლება შეეწყვანოთ გაზგამყვანი მილი. გაზგამყვანი მილი წარმოადგენს რეზინის მილს, რომელიც რამდენიმე სანტიმეტრით შეჰყავთ უკანა ხერხელში და ნაწლავის ლორწოვანის მექანიკური გაღიზიანებით ხელს უწყობს პერისტალტიკის გაძლიერებასა და გაზების გამოდევნას.

ყაბზობა — ეს არის კუჭის მოქმედების შეჩერება ორი და მეტი დღით. არჩევენ ატონურ და სპასტიკურ ყაბზობას. ატონური ყაბზობა ვითარდება ნაწლავის მუსკულატურისა და პერისტალტიკის შესუსტების გამო. სპასტიკური ყაბზობა კი — მსხვილი ნაწლავის ზოგიერთ უბანში კუნთთა ტონუსის გაძლიერების შედეგია.

ქრონიკული ყაბზობის უხშირესი მიზეზია ნაწლავთა არარეგულარული დაცლის ჩვევა, რომელიც შეიძლება დაკავშირებული იყოს სხვადასხვა მიზეზით (თამაშის დროს, ანალური ხერვლის ნახეთქებისას ტკივილის შიში) დეფეკაციის სურვილის იგნორირებასთან, არასაკმარისი კვებით, ცხიმის ან ცილის ჭარბად შემცველი საკვების ჭარბი გამოყენებით ან რაციონში სითხისა და უჯრულის ნაკლებობით. ყაბზობის ხშირი მიზეზია მსხვილი ნაწლავის ქირურგიული პათოლოგიები (პირმპროუნგის დაავადება, პირველადი მეგაკოლონი და სხვ.) და ზურგის ტვინის დაზიანებანი. ახალშობილებში ანალური ხერვლის ატრეზიის დროს ნაწლავთა მოქმედება საერთოდ არ აღინიშნება.

ყაბზობის თავიდან აცილების აუცილებელი პირობაა ნაწლავების სისტემატური დაცლის ჩვევის გამოუმუშავება. ამისათვის ბავშვი რეგულარულად, ერთიდაიგივე დროს (უძიობესა კვების შემდეგ), უნდა დავსვათ ქოთანზე (მიუხედავად იმისა, აქვს თუ არა მას დეფეკაციის სურვილი).

ატონური ყაბზობის დროს ბავშვის საკვები რაციონიდან ამოღებულ უნდა იქნეს ადვილად მოსანელებელი პროდუქტები (არაჟანი, ფაფევი) და უნდა დაენიშნოს მცენარეული ღიებუ (კომპოსტო, ჭარხალი, შავი ქლიავი, შავი პური). ბავშვები ბევრს უნდა მოძრაობდნენ, დაკავებული იყვნენ ფიზკულტურითა და სპორტით. საჭიროების შემთხვევაში ენიშნებათ საფალარათო საშუალებები.

სპასტიკური ყაბზობის დროს რაციონიდან ამოღებულ უნდა იქნეს ძნელად მოსანელებელი საკვები. ბავშვი ჩაბმული უნდა იყოს სპორტში. ენიშნება დამამშვიდებელი თერაპია: ვალერიანი, ბრომიდები. საჭიროების შემთხვევაში კეთდება გამწმენდი ოყნა, ერთჯერადი ოყნა ნატრიუმის ფოსფატით, რექტალური სანთელი (გლიცერინით). დეფეკაციის გაადვილების მიზნით უკანა გასასვლელს აფართოებენ ვაზელინის ზეთში დასველებული რექტალური თერმომეტრით ან გაზგამყვანი მილით.

მუცლის ტკივილი — მუცლის ღრუს ორგანოების მწვავე ან ქრონიკული დაავადების გამწვავების ყველაზე ხშირი სიმპტომია ბავშვებში. მნიშვნელობა აქვს ტკივილის ლოკალიზაციას, გავრცელების ხასიათს, პერიოდულობასა და ინტენსივობას. ჩვილებში ტკივილის ექვივალენტია მოუსვენრობა, ტირილი, ძუძუზე უარი. მოზრდილ ბავშვებში ტკივილი უპირატესად ეპიგასტრიუმის ან მარჯვენა ფერდქვეშა არეში ლოკალიზდება და ხშირად საკვების მიღებასთან არის დაკავშირებული. კვების პროცესში ან საკვების მიღებიდან 15 - 30 წუთის შემდეგ განვითარებულ ტკივილს ადრეულის უწოდებენ (საყლაპავის და კუჭის დაავადების დროს), მოგვიანებითი ტკივილი ვითარდება კვებიდან 1-2 საათის შემდეგ და ღამით, არჩევენ ე. წ. შიერ ტკივილსაც (გასტროდუოდენიტის, წყლულოვანი დაავადებისას). არარეგულარული შეტევითი ხასიათის ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა არეში სარტყლისებურად აღინიშნება სანაღლე გზების და პანკრეასის დაავადებების დროს. სკოლის ასაკის ბავშვებში ხშირია ფსიქოგენური ხასიათის მუცლის ტკივილი დაკავშირებული ემოციურ დარღვევებთან (სწავლასთან დაკავშირებული სიმწელებები, ძილის დარღვევა, პრობლემები მშობლებთან, მეგობრებთან).

ტკივილის გამოვლინებისთანავე საჭიროა ექიმის კონსულტაცია, მანამ კი ბავშვი უნდა დაფარვინოთ საწოლში და დაეკვირდეთ მის ქცევას ტკივილის შეტევის დროს. სათბურისა და ტკივილგამაყუჩებელი პრეპარატების გამოყენება, გამწმენდი ოყნის გაკეთება ექიმის მოსვლამდე არ შეიძლება.

ფალარათი (დიარეა) — ბავშვთა სიკვდილობის ძირითადი მიზეზია (განსაკუთრებით განვითარებად ქვეყნებში). იგი ადრეული ასაკის ბავშვებში გავრცელებული პათოლოგიური სიმპტომია და მრავალი მიზეზითაა განპირობებული (ალემენტური, მიკრობული, ვირუსული, პარაზიტული).

სკოლებში, როდესაც საკვების შემადგენლობა ან რაოდენობა არ შეესაბამება საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფიზიოლოგიურ შესაძლებლობებს, ხშირად ვითარდება მონელების

მოშლა, რასაც მარტივ დისპეფსიას უწოდებენ. კუჭის დაბალი სეკრეტორული აქტივობის გამო მოუნელებელი საკვები ნაწლავებში განიცდის ნაწლავური მიკროფლორის ზემოქმედებას — ბაქტერიულ დეფიციტს. საკვების ბაქტერიული მონელების გამო გამოიშვება ტოქსიკური (გაზები, ინდოლი და სხვ.) და მჟავე პროდუქტების ჭარბი რაოდენობა, რომელთა განეიტრალება ტუტეებითა და ტუტეშიწა მარილებით (Ca, Mg, Na, K) ხდება. ისინი უერთდებიან ცხიმოვან მჟავებს და ქმნიან ცხიმმჟავა საპნებს. მოუნელებელი და ტოქსიკური პროდუქტები აღიზიანებენ კუჭისა და ნაწლავების ლორწოვანს, რასაც მოჰყვება დაცვითი რეაქციები: ნაწლავთა მოქმედების გახშირება (6 - 7-ჯერ დღე-ღამეში), ამოქაფება, ღებინება.

მარტივი დისპეფსიის დროს ბავშვის საერთო მდგომარეობა არ არის დარღვეული. განავალი წყლის ჭარბად შემცველია, აქვს მოყვითალო-მომწვანო ფერი, შეიცავს გამჭვირვალე ლორწოსა და თვით კოშტებს — ცხიმოვანი მჟავების საპნებს. ასეთ განავალს „ისპანახისებურს“ უწოდებენ. განავალი არ შეიცავს ლეიკოციტებს, სისხლს, პათოლოგიურ მიკრობებს, პარაზიტებს. კვების ხასიათისა და რეჟიმის მოწესრიგება, სითხეების მიწოდება საკმარისია იმისათვის, რომ, ბავშვის საერთო მდგომარეობა გამოსწორდეს.

მწვავე დიარეა, გარდა ალიმენტური ფაქტორისა, შეიძლება გამოიწვიოს ვირუსულმა (როტავირუსი) და მიკრობულმა (E.coli, კამპილობაქტერია, ქოლერის ვიბრიონი, სტაფილოკოკი) ინფექციებმა, პარაზიტულმა (ამებიაზი, ლამბლიოზი) და ნაწლავთა ანთებითმა დაავადებებმა. ამ შემთხვევაში ნაწლავთა მოქმედება უფრო ხშირია (8-10 და მეტი), განავალი ხშირად. პათოლოგიურ მინარევებსაც შეიცავს (ლორწო, მიკრობები). ნაწლავთა გახშირებული მოქმედებისა და ღებინების გამო ადგილი აქვს ორგანიზმის გაუწყლოვნებას (დეჰიდრატაციას). დეჰიდრატაციის ნიშნებია ძლიერი აგზნება ან ადინამია, წყურვილის გრძნობის გაძლიერება, კანისა და ლორწოვანის სიმშრალე, თვალების ჩაფარდნა და ცრემლების გაქრობა, კანის ელასტიურობის დაქვეითება (მტევანსა ან მუკლის წინა ზედაპირზე ორი თითით ალებული კანის ნაოჭი ხელის გაშვების შემდეგ მოგვიანებით გასწორდება). დეჰიდრატაციის ხარისხი განსაზღვრავს ბავშვის მდგომარეობის სიმძიმეს (იხ. ცხრილი 4).

ცხრილი 4

დეჰიდრატაციის სიმძიმის შეფასება ბავშვებში

ნიშნები	გაუწყლოვნების ხარისხი (სხეულის მასის დანაკარგი %-ში)		
	მსუბუქი (4-5%)	საშუალო სიმძიმის (6-9%)	ძიძე (10% და მეტი)
განავალი (დღე-ღამეში)	თხიერი, 4-6-ჯერ	თხიერი, 10-ჯერ	წყლიანი, 10-ჯერ და უფრო ხშირად
ღებინება	1-2-ჯერ	განმეორებითი	მრავალჯერადი
წყურვილის გრძნობა	ზომიერი	ძვეთი	სუსტად გამოხატული
ზოგადი მდგომარეობა	ბავშვი აგზნებულია, ჭირვეულობს	მოუსვენარი ან მოდუნებულია, დაძაბული და შემფოთებულია	ძლიანობა, აპათია, უცნო მდგომარეობა
თვალები	ნორმალური	ჩაფარდნილი	მკვეთრად ჩაფარდნილი
ცრემლები	აქვს	არა აქვს	არა აქვს
პირის ღრუს ლორწოვანი	სველი	მშრალი	ძალზე მშრალი
კანის ელასტიურობა	შენარჩუნებულია	კანის ნაოჭი ნელა სწორდება	კანის ნაოჭი ძალზე ნელა სწორდება

წყლისა და მარილების კარგის ხასიათის გათვალისწინებით არჩევენ დეჰიდრატაციის შემდეგ სახეებს: იზოტონურს (წყლისა და მარილების დანაკარგი თანაბარი), მარილდეფიციტურს და წყალდეფიციტურს.

დიარიის დროს, მიუხედავად ეტიოლოგიისა, ბავშვმა მანამ, სანამ დიარეა გრძელდება, სითხეები უნდა მიიღოს ჭარბი რაოდენობით. რეჰიდრატაციისათვის გამოიყენება ორალური მარილოვანი ხსნარები (ORS): რეჰიდრონი, გლუკოსოლანი, ციტროგლუკოსოლანი. მარილის ნარევი შეიცავს ნატრიუმის ქლორიდს, ნატრიუმის ციტრატს, კალიუმის ქლორიდს, გლუკოზას. ORS-ის პაკეტი იხსნება 0,5 ლ გადადუღებულ გრილ წყალში (ყოველ 12-24 სთ-ში ახალი ხსნარი უნდა დაშინდეს). ავადმყოფს, დეჰიდრატაციის ხარისხის გათვალისწინებით, 1 კგ მასაზე 50-დან 100 მლ-მდე მარილოვანი ხსნარი მცირე ულუფებით ეძლევა (2 წლამდე — თითო ჩაის კოვზი ყოველ 1 წუთში ერთხელ) 4-6 სთ-ის განმავლობაში. ღებინების შეწყვეტის და ბავშვის საერთო მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ 2 წლამდე ასაკის ბავშვებს ყოველი დეფეკაციის შემდეგ მიეწოდება 50-100 მლ გლუკოზა — მარილოვანი ხსნარი, ეძლევა თხელი ფაფა, ბრინჯის ნახარში, მაწონი, სასმელი წყალი. თუ ბავშვი ბუნებრივ კვებაზეა, ქალის რძე შეუზღუდავად მიეწოდება. მძიმე დეჰიდრატაციისას ტარდება ინფუზორი თერაპია ფიზიოლოგიური ან ლაქტატ-რინგერის ხსნარით.

სრული რეჰიდრატაციისას და მადის გაუმჯობესების შემდეგ ავადმყოფს აძლევენ ადვილად ასათვისებელ საკვებს (კარტოფილი, სტაფილო, კვერცხი, თევზი, ბრინჯი, ზორცის ფარში და სხვ.).

დიაგნოზის დაზუსტების მიზნით უნდა ჩატარდეს განავლის კვლევა. ნაწლავური ინფექციის დადასტურების შემთხვევაში ბავშვი გადაჰყავთ ინფექციურ განყოფილებაში, სადაც რეჰიდრატაციული თერაპიის პარალელურად ინიშნება ანტიმიკრობული ან ანტიპარაზიტული საშუალებები.

16.3. მოვლა საჭმლის მომნელებელი სისტემის დაავადებების დროს

16.3.1. მწვავე სტომატიტი. პირის ღრუს მწვავე კანდიდოზი

პირის ღრუს მწვავე კანდიდოზურ სტომატიტს ადრული ასაკის ბავშვებში რძიანას (soot) უწოდებენ. რძიანას გამომწვევი სოკოები (*C. albicans*, იშვიათად *C. tropicans*, *C. krusei*) პირის ღრუს ნორმალური საპროფიტებია. სოკოები პარაზიტულ მდგომარეობაში გადადიან და პათოგენურ თვისებებს იძენენ იმ შემთხვევაში, თუ ნერწყვის რეაქცია შეცვლილია (ქრონიკული დაავადებების დროს). ჩვეულებრივ, ადრული ასაკის ბავშვებში, პირის ღრუს ლორწოვანის უმწიფრობის გამო, სოკოს სპორების ლორწოვანზე ადჰეზია (მიმაგრება) გაადვილებულია.

კანდიდოზური სტომატიტის დროს ბავშვის საერთო მდგომარეობა არ არის მნიშვნელოვნად დარღვეული. პირის ღრუს ლორწოვანი შეწითლებულია და შეშუპებული: საყურადღებოა მრავლობითი მცირე ზომის თეთრი ნაქოსებური ნადები, რომელიც ლორწოვანს ადვილად სცილდება. მძიმე შემთხვევებში ნადები მთლიანად ფარავს პირის ღრუს ლორწოვანს, ტუჩების კუთხეებში კი ჩნდება ნახეთქები.

მკურნალობა. სტომატიტის მკურნალობას ნიშნავს ექიმმა, ხოლო პირის ღრუს ადგილობრივ დამუშავებას ასრულებს ექთანი.

პირის ღრუს დამუშავება შემდეგნაირად ხდება: დამხმარე ჩაისვამს ბავშვს კალთაში ან მიიწვენს გულზე, ცალი ხელით იჭერს ბავშვის ხელებს, მკორეთი — შუბლს. ექთანი შპადელით ფრთხილად გაულებს პირს ბავშვს და მკორე ხელით რეზინის ბალონის საშუალებით შეასწურებს პირის ღრუში 2 %-იან სოდის ხსნარს. სითხის მიმართულება უნდა იყოს მაგარი სასისაკენ, საიდანაც ხსნარი ჩამოედინება ლოყების ლორწოვანზე ყველა მიმართულებით. რძიანას დროს გამოიყენება ნისტატინის ფხვნილი, რომელსაც დაყრიან შპადელზე და ფრთხილად გამოუსვამენ პირში ბავშვს.

პირის ღრუს დამუშავება უნდა მოხდეს კვებათა შორის შუალედში ჭამამდე 1-1,5 სთ-ით ადრე.

მწვავე პერპესული სტომატიტი (აფთოზური სტომატიტი)

პერპესული სტომატიტი ვირუსული დაავადებაა. გავრცელებულია 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში. გადაეცემა პაერ-წყეთოვანი გზით.

დაავადებისათვის დამახასიათებელია მაღალი ტემპერატურა, საერთო სისუსტე, უმადობა, გულზიდვა და ღებინება, თავის კანისა და კუნთების ტკივილი, ლიმფური კვანძების (უბირატესად ყბისქვეშა) გადიდება.

პირის ღრუს ლორწოვანი ჰიპერემიული, მტკივნეული და შეშუპებულია, ზოგჯერ სისხლმდენია. ტუჩების, ლოყებისა და ენის ლორწოვანზე ჩნდება ბუშტუკები, მშრალი და დამსკდარი ტუჩები დაფარულია ქერქით. საყურადღებოა ნერწყვის გაძლიერებული დენა (ჰიპერსალივაცია) და უსიამოვნო სუნი პირიდან. დაავადება 7-10 დღე გრძელდება.

მკურნალობა. პერპესული სტომატიტის დროს ავადმყოფი იზოლირებულია, აქვს მხოლოდ მისთვის განკუთვნილი პირსახოცი, თეთრეული და ჭურჭელი. საკვები უნდა იყოს თხიერი და თბილი. კვების წინ ლორწოვანის დამუშავება ხდება სპეციალური ემულსიით (ნატრიუმის უსინატი ანესთეზინთან ერთად, კვერცხის ცილა და 0,5 %-იანი ნოვოკაინი), რომელიც გაუტკივარებას იწვევს. საკვების ნარჩენებისაგან განთავისუფლების მიზნით, პირის ღრუში ივლებენ მაგარ ჩაის ნაყენს ან ლიზოციმს. ტუჩებსა და პირის ღრუს ლორწოვანს ამუშავებენ (დღეში 3-4-ჯერ) ანტივირუსული მაღაშობით (ოქსალინი, იდოქსურიდინი, აციკლოვირი, ინტერფერონი) ან 1 %-იანი დეზოქსირიბონუკლეაზის ხსნარით.

16.3.2. პილოროსპაზმი და პილოროსტენოზი პილოროსპაზმი

კუჭის პილორული ნაწილის კუნთოვანი შრის სპაზმი ანუ პილოროსპაზმი ახალშობილთა ხშირი პათოლოგიაა და ცენტრალური ნერვული სისტემის ვეგეტატური ნაწილის მარეგულირებელი ფუნქციის მოშლის შედეგია. პილორუსის სპაზმის გამო შიგთავსისაგან კუჭის დაცლა გაძნელებულია, რასაც თან ახლავს ხშირი ამოქაფება და ღებინება.

კლინიკა. პილოროსპაზმის წამყვანი სიმპტომები — ღებინება და ამოქაფება ბავშვის დაბადების პირველი დღეებიდანვე იწყობს ყურადღებას. ღებინება კვების ჩათავებისთანავე ან 10-15 წუთის გავლის შემდეგ აღინიშნება. ამონაღები მასა შეიცავს შეხაჭოვებულ ან შეუცვლელ რძეს და ყოველთვის ნაკლებია მიღებული საკვების რაოდენობაზე. ბავშვი იშვიათად შარდავს. გამოხატულია ყაბზობა, ზოგჯერ ფაღარათი. საერთო მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, წონაში მატება დაქვეითებულია, ხშირად ტირის და მოუსვენარია. დაავადების სიმპტომები 2-3 თვე გრძელდება და თანდათან უკუგანვითარებას განიცდის.

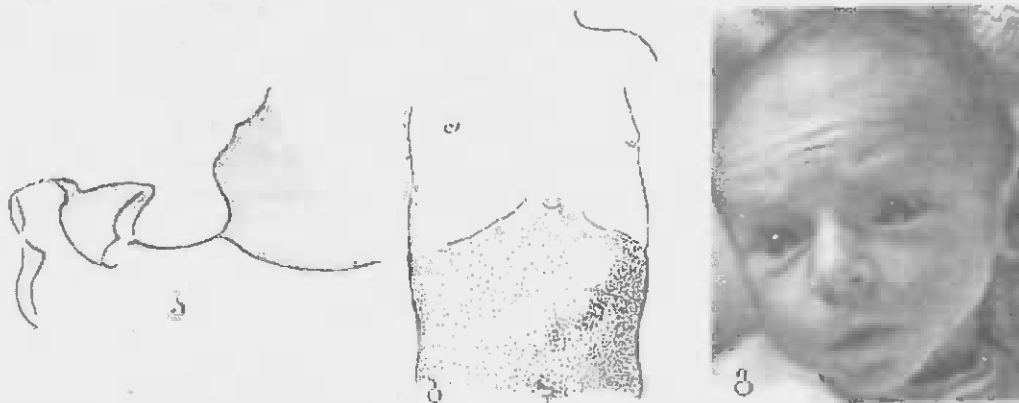
მკურნალობა. მკურნალობის მიზანია ნერვული პროცესების ნორმალიზება: ძილისა და სიფხიზლის, სუფთა პაერით სარგებლობის, კვების რეჟიმის მოწესრიგება. მედდამ უნდა იცოდეს, რომ სქელი ფაფისებური საკვები კუჭში კარგად ჩერდება (მისი ამოქაფება გაძნელებულია), ამიტომ ყოველი კვების წინ ბავშვს უნდა მისცეს 1-2 კოფი წყალზე დამზადებული ბურღულის ფაფა. კვების შემდეგ კი 5-10 წუთის განმავლობაში ბავშვი უნდა დაიჭიროს ვერტიკალურად ან დააწვინოს მუცელზე; დედას შეასწავლოს ისე კვებოს ბავშვი, რომ არ განვითარდეს აეროფაგია.

პილორუსის სპაზმის მოხსნის მიზნით, ექიმის დანიშნულებით, კვებამდე 15-20 წთ-ით ადრე აძლევენ ამინაზინს, ნო-შპას ან ცერეკალს. ინიშნება B ჯგუფის ვიტამინები (B₁, B₂), პიპოლფენი, ბრომიდები, ფენობარბიტალი.

პილოროსტენოზი

პილოროსტენოზი კუჭის პილორული ნაწილის თანდაყოლილი შევიწროებაა (სურათი მშა). ჩვეულებრივ, იგი ვაჟების დაავადებაა. პილორუსის კუნთოვანი შრის გასქელების გამო საკვების ევაკუაცია ნაწლავებში ძნელად ან საერთოდ არ ხდება. დაგროვილი საკვებისაგან კუჭი მხოლოდ ღებინების საშუალებით თავისუფლდება.

კლინიკა. დაავადების კლინიკური ნიშნები 2-4 კვირის ასაკში ვლინდება. ამონაღების მასა ანაქოტებული. მკაფიუ სუნისაა, არ შეიცავს ნაღველს. ყოველთვის სჭარბობს ერთჯერადად მიღებული საკვების რაოდენობას. საყურადღებოა წონაში კლება, შარდის რაოდენობის შემცირება. კვების დროს ეპიგასტრიუმის არეში გამოხატულია თვალთვით ხილული ანტიპერისტალტიკური ტალღა; კუჭის პილორული ნაწილის გამობერილობა სილის საათის კონფიგურაციისა (სურათი მშ).



სურათი მშ. პილოროსტენოზი: ა — პილორუსის პიპერტროფია; ბ — ანტიპერისტალტიკური ტალღა („სილის საათი“); გ — პილოროსტენოზით დაავადებული ბავშვი

შორისწასულ შემთხვევებში კანი რუხია, კანქვეშა ცხიმოვანი შრე განლეულია, კანი დახოჭვებულია და ბავშვი მოხუცს წაგავს (სურათი მშგ).

დიაგნოზი. რენტგენოლოგიური კვლევით კონტრასტული ნივთიერება კუჭში შეჩერებულია 30 წუთის, 3, 6, 12 და 24 სთ-ის შემდეგ. გასტროფობრისკოპული კვლევით დასტურდება პილორუსის მკვეთრი შევიწროება.

მკურნალობა. ეფექტურია ქირურგიული ოპერაცია — პილოროტომია, ოპერაციიდან 3-4 საათის შემდეგ ბავშვს აძლევენ ქაღალის რძეს (10 მლ ყოველ 2-3 სთ-ში), რომლის რაოდენობის მატება საერთო მდგომარეობის გათვალისწინებით ხდება. ოპერაციიდან 4-5 დღის შემდეგ კვების ხასიათი ასაკის შესაბამისია.

16.3.3. მწვავე გასტრიტი

კუჭის ღორწოვანი გარსის მწვავე ანთების ანუ მწვავე გასტრიტის განვითარებას იწვევს არასრულყოფილი საკვების გამოყენება, გადაჭარბებული კვება, ძალზე ცხელი ან ცივი საკვების მიღება, კვებითი ალერგიების განვითარებითი მიღება, ზოგიერთი მედიკამენტის (ასპირინი, პრედნიზოლონი, ციტოსტატიკური საშუალებები) გამოყენება. უკანასკნელ წლებში გახშირდა *Helicobacter pilori*-ით (HP) გამოწვეული და სტრესული მდგომარეობების (მძიმე სეკსისი, შოკი, თირკმლის და გულის უკმარისობა) დროს განვითარებული მწვავე გასტრიტის შემთხვევები.

არასრულყოფილი საკვები იწვევს კუჭის სეკრეციის გაძლიერებას, პილორუსის სპაზმსა და ღებინებას. კვებითი ალერგიების მონაწილეობას კუჭში ბიოლოგიურად აქტიური ნივთიერებების ქარბი გამოთავისუფლების გამო, ადგილი აქვს ღორწოვანის შეშუპებას, პიპერქსიასა და პიპერსეკრეციას. კვებით ალერგიას ხშირად თან ახლავს კანზე ალერგიული გამონაყარი, ასიმური ბრონქიტი და სხვა ალერგიული გამოვლიანბანი.

კლინიკა. კლინიკური ფაქტორის ზემოქმედებიდან რამდენიმე საათის შემდეგ (უძეესად ღამით), ბავშვს ეწყება სიმძიმის შეგრძნება ან ტკივილი მუცლის არეში და გულწიდის გრძნობა, რასაც მოჰყვება ღებინება. ამონაღები მასა ქარბად შეიცავს მოუხელეებელ საკვებს და აქვს მკაფიუ სუნი. ღებინების შემდეგ ბავშვის გუნებაგანწყობა უმჯობესდება, კანი არის მკრთალი, ყნა — თოქრად შეღწისილი, მუცელი შებერილია და პალპაციით მტკივნეული

(ეპიგასტრიუმის მიდამო). სწორად წარმართული მკურნალობის შემთხვევაში მდგომარეობა 2-3 დღეში უმჯობესდება.

მკურნალობა. მწვავე გასტრიტის განვითარებისთანავე აუცილებელია კუჭის ამორეცხვა. კუჭის ამორეცხვისათვის მედდამ უნდა გამოიყენოს ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონური ხსნარი ან ნატრიუმის ჰიდროკარბონატის 1 %-იანი ხსნარი, ბორჯოში ან გადადუღებული წყალი. კუჭის ამორეცხვის შემდეგ მიზანშეწონილია გამწმენდი ოყნის გაკეთება ან საფალარათო საშუალების გამოყენება. დასალოვეად ეძლევა რეჰიდრონი ან გრილი მინერალური წყალი. პირველი ორი დღის განმავლობაში ბავშვი იკვებება ადვილად ასათვისებელი საკვებით (ბურღულის თხელი ფაფა, მაწონი, კეფირი, კისელი), მე-3 დღიდან აძლევენ კარტოფილის პიურეს, ხაჭოს, წინადღის პურს, ზორცის ფარშს. კვებითი აღერგვის დროს აუცილებელია აღერგვის გამოვლენა და ელიმინაცია, ანტიალერგიული მედიკამენტების გამოყენება. HP-ით განპირობებული გასტრიტის დიაგნოსტიკისას ინიშნება ანტიბაქტერიული საშუალებები (მეტრონიდაზოლი, ამოქსიცილინი ან კლარიტრომიცინი) და ბისმუტის პრეპარატები.

16.3.4. ქრონიკული გასტრიტი

ქრონიკული გასტრიტი კუჭის ლორწოვანის ქრონიკული ანთებითი პროცესია.

ქრონიკული გასტრიტი ინფექციური ბუნებისაა ან აუტოიმუნური გენეზი აქვს. შედარებით იშვიათად, მისი განვითარების მიზეზებია კვებითი აღერგვა, რადიაცია, მედიკამენტების (ასპირინი, ინდომეტაცინი, პრედნიზოლონი) ხანგრძლივი გამოყენება, მოზარდებში თაშბაქოსა და ალკოჰოლის გამოყენება.

1983 წელს ბ. მარშალმა და დ. უორენმა კუჭის ანტრალური ნაწილიდან აღებულ ბიოპტატში პირველად აღმოაჩინეს სპირალური ფორმის გრამუარყოფითი ბაქტერია — *Helicobacter pylori* (HP). დღეისათვის უკვე დადგენილია, რომ ბავშვთა ქრონიკული გასტრიტის, გასტროდუდენიტისა და წყლულოვანი დაავადების ძირითადი გამომწვევი HP-ია. იგი ტროპიზმს იჩენს კუჭის ანტრალური ნაწილის ლორწოვანის მიმართ, აზიანებს უჯრედებს, ხელს უწყობს მარილმჟავას უკუდიფუზიასა და ანთებითი ცვლილებების განვითარებას.

ბავშვებში იშვიათია აუტოიმუნური ქრონიკული გასტრიტი. გასტრიტის ამ ვარიანტის დროს პარიეტული უჯრედებისა და შინაგანი ფაქტორის მიმართ გამოუმავდება აუტოანტისხეულები. ანთებითი ცვლილებები კუჭის სხეულისა და ფუძის მიდამოს მოიცავს. დაავადება ხშირად B₁₂- დეფიციტურ ანემიასთანაა შერწყმული.

ქრონიკული გასტრიტის დროს, ეტიოლოგიურ ფაქტორთა ხანგრძლივი ზემოქმედების გამო, ირღვევა კუჭის მოტორული და სეკრეტორული ფუნქცია, წონასწორობა დაცვით და აგრესიულ ფაქტორებს შორის, ვითარდება ლორწოვანის ინფილტრაცია, დისტროფიული ცვლილებები, მიკროცირკულატორული დარღვევები.

კლინიკა. ქრონიკული გასტრიტის დროს ავადმყოფის ძირითადი ჩივილია ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში. აუტოიმუნური გასტრიტის დროს, როდესაც კუჭის სიმჟავიანობა დაბალია (ჰიპოაციდური მდგომარეობა), ყრუ ტკივილი და სიმძიმის შეგრძნება საკვების მიღებიდან 10-15 წთ-ის შემდეგ ვითარდება, ავადმყოფი უჩივის უმადობას, გულზიდვის შეგრძნებას; აღენიშნება ბოყინი აირით, საკვებით ან „ლაყ“ კეერცხის სუნით.

HP-ით განპირობებული ქრონიკული გასტრიტის დროს, როდესაც კუჭის სიმჟავიანობა ნორმალური ან მაღალია, ტკივილი მოგვიანებითაა (საკვების მიღებიდან 1.5-2 სთ-ის შემდეგ) და აქვს შეტევითი ხასიათი. ხშირია ე. წ. მშიერი და ღამის ტკივილიც. ავადმყოფი უჩივის მჟავე ბოყინს, გულმმარვას, მიდრეკილია ყაბზობისაკენ, მადა კარგი აქვს.

დიაგნოზის დასუსტებისათვის აუცილებელია კუჭის ზონდირება, კუჭის ლორწოვანის ენდოსკოპია და ბიოფსია, HP-ის გამოვლინება.

მკურნალობა. ქრონიკული გასტრიტის გამწვავების შემთხვევაში ნაჩვენებია წოლითი რეჟიმი. იგი ხელს უწყობს სისხლისმიმოქცევის გაუმჯობესებასა და ლორწოვანის რეპარაციას.

თუ გამწვავება არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო საშუალების გამოყენებასთან არის დაკავშირებული, აუცილებელია პრეპარატის მიცემის შეწყვეტა.

დისპეფსიური გამოვლინებების შემთხვევაში (ტკივილი, გულმძარვა, მუყავე ბოცინი) ინიშნება ანტაციდები — პრეპარატები, რომლებსაც მარილმჟავის განეიტრალებისა და კუჭის ლორწოვანის დაცვის უნარი გააჩნიათ. დღეისათვის ცნობილია 50 -მდე ანტაციდური საშუალება, რომელთა აუცილებელი შემადგენელი კომპონენტია მაგნიუმის ჟანგი ან ალუმინის ჰიდროქსიდი. თხიერი ანტაციდები (ალმაგელი, ფოსფოლუგელი) სწრაფ ეფექტს ავლენს, ვიდრე ტაბლეტირებული (გასტალი, აკტალი, რენი) ფორმები, თუმცა ტაბლეტის გამოყენება უფრო მოსახერხებელია. მედამ უნდა იცოდეს, რომ ანტაციდი ინიშნება საკვების მიღებიდან 1-1.5 საათის შემდეგ და ძილის წინ; ტკივილის შემთხვევაში ეფექტურია „ა“ ალმაგელი, რომლის შემადგენლობაშია ტკივილდამაყუჩებელი (ანესთეზინი). გულზიდვისა და ღებინების შემთხვევაში გამოიყენება მეტოკლოპრამიდი (რეგლანი, ცერუკალი ან მოტილიუმი). ეს პრეპარატები არეგულირებენ კუჭ-ნაწლავის მოტორულ ფუნქციას.

HP-ით გამოწვეული ქრონიკული გასტრიტისა და გასტროდუოდენიტის დროს გამოიყენება რამოდენიმე ანტიბაქტერიული პრეპარატის კომბინაცია: ბისმუტისა (დე-ნოლი) და ტეტრაციკლინის ჯგუფის პრეპარატები მეტრონიდაზოლთან ან ტინიდაზოლთან ერთად. მკურნალობის მიზანია HP-ის მოსპობა (ერადიკაცია).

16.3.5. წყლულოვანი დაავადება

წყლულოვანი დაავადება (წდ) ქრონიკული მორეციდივე პათოლოგიაა. წდ დროს საჭმლის მომწელებელი სისტემის სხვადასხვა უბანში (უბირატესად კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში) ვითარდება ლორწოვანი გარსის დესტრუქციული უბნები (პეპტიდური წყლულები). ნ წლამდე ასაკის ბავშვებში იგი გოგონებსა და გაჟებში თანაბარი სიხშირით გვხვდება. ნ წლის შემდეგ კი, წყლულის უბირატესი ლოკალიზაციით თორმეტგოჯაში, უმეტესად ვაჟებშია გავრცელებული. წდ გამწვავება ხშირია გაზაფხულისა და შემოდგომის თვეებში.

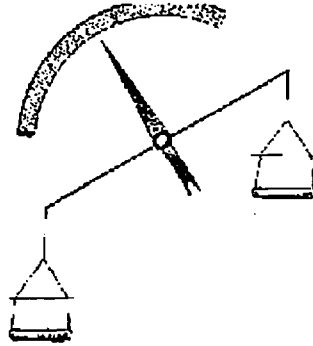
წდ ძირითადი გამომწვევია HP, რომელიც იწვევს ლორწოვანის ანთებას (ქრონიკული გასტრიტი, გასტროდუოდენიტი) და შემდგომში ეროზიებისა და წყლულების გაჩენას განაპირობებს. წდ განვითარებას ხელს უწყობს ასევე გენეტიკური განწყობა (ერთი ოჯახის წევრებში, ტყუბებში, 0 (I) ჯგუფის სიხლის მქონე პირებში), სოციალური ფაქტორები (მოზარდებში თამბაქო, ალკოჰოლი), მედიკამენტების (ასპირინი, პრედნიზოლონი, ციტოსტატიკები) ხანგრძლივი გამოყენება, თორმეტგოჯა ნაწლავის შიგთავსის უკუდინება (რეფლუქსი) კუჭში. ახალშობილებსა და წვილებში წდ დაკავშირებულია სტრესულ სიტუაციებთან და ხშირად მძიმე დაავადებების (სეფსისი, სუნთქვითი დარღვევების ანუ რესპირაციულ-დისტრეს სინდრომი) ფონზე ვითარდება.

წდ დროს კუჭის დაცვით და აგრესიულ ფაქტორთა შორის წონასწორობა, აგრესიული ფაქტორების გააქტივებით, დარღვეულია (სურათი 81).

კლინიკა. კლინიკური გამოვლინება ქრონიკული გასტრიტით ან გასტროდუოდენიტით დაავადებულთა ჩივილების მსგავსია. ავადმყოფის ძირითადი ჩივლია ტკივილის სინდრომი. ადრეული ტკივილი (საკვების მიღებიდან 15 - 30 წუთის შემდეგ) ახასიათებს კუჭის, მოგვიანებითი და მშვიერი ტკივილი — თორმეტგოჯას წყლულს. ტკივილის ლოკალიზაცია, რიტმი, ინტენსივობა და გავრცელება დამოკიდებულია წყლულოვანი დეფექტის მდებარეობაზე, სიდიდესა და სიღრმეზე, თანარსებული გასტრიტისა და დუოდენიტის სიმძიმეზე. ტკივილის სინდრომის გარდა, ავადმყოფი უჩივის წვასა და ბოცინს სიმუყავით, ღებინებას (წინამორბედი გულზიდვის შეგრძნების გარეშე), მადა ნორმალური ან გაძლიერებული აქვს. დუოდენალური ნაწლავის წყლულის დროს ტკივილი ყრუ და მზარდია, შეტევითი ხასიათი არა აქვს, ღებინების ან ანტაციდების მიღების შემდეგ ტკივილის ინტენსივობა იკლებს.

დაცვითი ფაქტორები:

- ლორწოვანი გარსის დაცვითი ფუნქცია
- ბიკარბონატების სეკრეცია
- შუაქის სეკრეციის დამორგულებელი მექანიზმი
- კუჭის ლორწოვანი გარსის ნორმალური რეგენერაცია და სისხლით მომარაგება
- პროსტაგლანდინების სეკრეცია



აგრესიული ფაქტორები:

- მარილმჟავას და პეპსინის ქარბი პროდუქცია
- კუჭისა და დუოდენუმის ტრაპეა
- გასტროდუოდენალური მიტორიკის მოშლა
- პილორუსის პელიკობაქტერი

სურათი 01. წყლულოვანი დაავადების დროს აგრესიული (ლორწოვანის დამზიანებელი) და დაცვითი ფაქტორები (შიაის სასწორი)

წდ ბავშვთა ასაკში ძნელად გამოსაცნობია. ახალშობილებში, მეორადი წდ დროს, ხშირია სისხლდენა და წყლულის პერფორაცია; ჩვილებში საყურადღებოა უმადობა, ღებინება და სისხლდენა. მოზრდილ ბავშვებში ტიპური ტკივილის სინდრომი და დისპეფსიური მოვლენები, გამწვავების სეზონურობა არ იპყრობს ყურადღებას, სიცოცხლისათვის საშიში გართულებებიც (სისხლდენა, პერფორაცია) იშვიათია.

წდ დიაგნოზის დაზუსტება გასტროფიბროსკოპიის, დაზიანებული უბნიდან ბიოპტატის მიკროსკოპიული და HP-ის გამოვლენის საფუძველზე ხდება.

მკურნალობა. წდ მკურნალობის ზოგადი პრინციპებია:

— თამბაქოსა და ალკოჰოლის გამოყენების შეწყვეტა (მოზარდებში);

— არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატების (ასპირინი, ბრუფენი, ინდომეტაცინი) და სტეროიდების გამოყენების შეწყვეტა. თუ მათ გამოყენებას სასიცოცხლო მნიშვნელობა აქვს, სასურველია დოზის შემცირება და ანტისეკრეტორულ პრეპარატებთან ერთად მიღება.

— წდ-ის თანამედროვე თერაპიის ფონზე დიეტის დაცვა არ არის აუცილებელი, თუმცა მიზანშეწონილია რაციონიდან კუჭის სეკრეციის ამგზნები ნივთიერებების (ყავა, ალკოჰოლი, ცხარე საკვები, შებოლილი პროდუქტები) გამოორიცხვა. ავადმყოფმა უნდა იცოდეს, რომ საკვების რეგულარული მიღება (ნ-5-ჯერ დღეში) ხელს უწყობს კლინიკური ნიშნების უკუგანვითარებას, კუჭის ლორწოვანის ქიმიური და მექანიკური ზემოქმედებისაგან დაცვა კი — აღდგენითი პროცესების დაჩქარებას.

წდ გამწვავების დროს მოწოდებულია № 1 მაგიდის სამი ვარიანტი (იხ. ცხრილი 5).

დიეტის შერჩევის დროს არ შეიძლება ავადმყოფის მიმართ მკაცრი დამოკიდებულება, მისი გემოვნებისა და ჩვევის, ინდივიდუალური ამტანობის გათვალისწინებლობა.

მედიკამენტური მკურნალობის მიმართულებებია:

— ისტრაგასტრალური სიმჟავიანობის შემცირება ანტისეკრეტორული საშუალებებისა (ომეპრაზოლი, პანტოპრაზოლი, ლანსოპრაზოლი) და ჰისტამინის H_2 რეცეპტორების ანტაგონისტების (რანიტიდინი ან ფამიტიდინი) გამოყენებით.

— HP- საგან კუჭის ლორწოვანის სანაცია (მეტრონიდაზოლი, ამოქსიცილინი, კლარიტრომიცინი, დენოლი).

— ქირურგიული მკურნალობის ჩვენებებია: მიუხედავად აქტიური მკურნალობისა, წდ-ის გახანგრძლივებული, მორეკონდივე მიმდინარეობა, მასიური სისხლდენა, პერფორაცია, პილორუსის სტენოზი (მოზრდილებში).

დიეტა ბავშვთა გასტროდუოდენალური სისტემის პათოლოგიის დროს

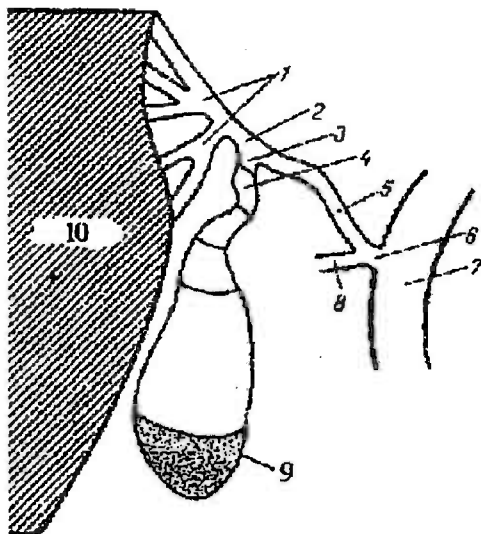
	1 ა — დიეტა	1 ბ — დიეტა	1 გ — დიეტა
ჩვენება	გამწვავების დროს: წყლულოვანი დაავადება—7 დღე; გასტროდუოდენიტი—3-5 დღე; დუოდენიტი—3-4 დღე; გასტრიტი—3 დღე	არასრული რემისიის დროს —1-2 კვირა	რემისიის დროს—3-12 თვე
დანიშნულება	კუჭის ლორწოვანის მექანიკური, ქიმიური და თერმული ზემოქმედებისაგან მკაცრი დაცვა, აღდგენითი პროცესების (რეპარაციის) სტიმულაცია, რეფლექსური აგზნების დაქვეითება	კუჭის ლორწოვანი გარსის დაცვა მექანიკური, ქიმიური და თერმული ზემოქმედებისაგან	მექანიკური და ქიმიური ზემოქმედებისაგან ზომიერი დაცვა
დიეტის დახასიათება	დიეტა არ არის ფიზიოლოგიური, შეზღუდულია ნაშთიწყლები. გამორიცხულია პური, ორცხობილა, მცენარეული უჯრედისი, შემჟავებული რძის პროდუქტები, ცხარე საკვები, სანელებლები	გამორიცხება პური, მცენარეული ზეთი, ცხარე საკვები, სანელებელი. შეზღუდულია უჯრედისი, შემჟავებული რძის პროდუქტები. დამატებით ეძლევა: ორცხობილა, კარტოფილი, ხაჭო	თეთრი პური, მცენარეული უჯრედისის, მცენარეული ზეთი, შემჟავებული რძის პროდუქტები (მაწონი, არაჟანი) შეზღუდულია
კულინარული დამუშავება	ლორწოვანი სუფები, თხელი ფაფა (მანანის ან დაფხვნილი ბრინჯის), ზორცი — გატარებული. ხილი წვენის, ფაფის ან კისელის სახით.	სუფები გახეხილი, ვეგეტარიანული, ზორცი და თევზი ორთქლზე დამზადებული. ბოსტნეულისა (გარდა კომბოსტოს) და ხილის პიურე	სუფები გახეხილი, ვეგეტარიანული, რძიანი. მოხარშული ზორცი, თევზი ან ორთქლზე დამზადებული კატლეტები. ხილისა და ბოსტნეულის პიურე, გახეხილი ფაფები
კვების რეჟიმი	დღეში 6-ჯერ — ორი საუზმე, სადილი, სამზარი, ვახშამი, ძილის წინ—1 ჩ/ჭიქა რძე (8-11-14-17-20 და 21 სთ-ზე)	6-ჯერ დღეში.	6-5-ჯერ დღეში

16.3.6. ნაღველგამომყოფი სისტემის დაავადებები

ღვიძლის გარეშე ნაღვლის სადინრებს ღვიძლში გამომუშავებული ნაღველი მოაქვს ნაწლავებისაკენ. გამომუშავებული ნაღველი იკრებება რეზერვუარში, რომელსაც ნაღვლის ბუშტი ეწოდება. ნაღვლის სადინართა სისტემას წარმოადგენს: ღვიძლის სადინარი, ნაღვლის

ბუშტი თავისი სადინარით, რომელიც უერთდება ღვიძლის სადინარს, ეს უკანასკნელი კი მიემართება თორმეტგოჯა ნაწლავისაკენ და პანკრეასის სადინართან ერთად იხსნება ნაწლავის სანათურში (სურათი 82).

ღვიძლის გარეშე ნაღვლის სადინართა და ნაღვლის ბუშტის პათოლოგიათა შემკრებ სახელოწოდებად მოწოდებულია ქოლეცისტოპათია. ამ სახელოწოდების ქვეშ იგულისხმება ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის სადინარის ყველა შესაძლო დაავადება. ნაღველგამომყოფი სისტემის დაავადებები იყოფა ფუნქციურ (დისკინეზია) და ორგანულ (ქოლეცისტიტი, ქოლანგიტი, ნაღველკენჭოვანი დაავადება, განვითარების მანკები, სიმსივნეები) დაავადებებად.



სურათი 82. ნაღვლის ბუშტი და სადინარები:

- 1-ღვიძლის სადინარის ტოტები;
- 2-ღვიძლის საერთო სადინარი და ძირის სფინქტერი;
- 3-ბუშტის სადინარი;
- 4-ბუშტის სადინარის სარქველოვანი ნაწილი (ლუტკენის სფინქტერი);
- 5-ნაღვლის საერთო სადინარი;
- 6-ოდის სფინქტერი;
- 7-თორმეტგოჯა ნაწლავი;
- 8- პანკრეასის სადინარი;
- 9-ნაღვლის ბუშტი;
- 10-ღვიძლი

დისკინეზია. ნაღვლის ბუშტისა და ნაღვლის სადინარების მოტორულ-ეგაგუაციური ფუნქციის დარღვევას დისკინეზია ეწოდება. იგი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი. პირველადი დაკავშირებულია კვების რიტმის დარღვევასთან, ინტოქსიკაციას, სტრესულ სიტუაციებს, ჰიპოკინეზიას, მემკვიდრეობით განწყობას, ალერგიულ ფაქტორებთან. მეორადი დისკინეზია ვითარდება საჭმლის მომნელებელი ორგანოების პათოლოგიების (ჰეპატიტი, გასტრიტი, დუოდენიტი, პანკრეატიტი, ჭიებით ინფეზია და სხვ.) დროს.

კლინიკა. გამოპყოფენ დისკინეზიის ორ ძირითად ფორმას: ჰიპოტონურსა და ჰიპერტონურს.

ჰიპოტონური დისკინეზია ხასიათდება ნაღვლის ბუშტის ტონუსის დაქვეითებით: იგი სუსტად იკუმშება და მოცულობაში მომატებულია (შევუბებული ნაღვლის ბუშტი). ამ ფორმას ზოგჯერ თან ახლავს ნაღველგამომყოფი სფინქტერების სპაზმი. ამ ტიპის დისკინეზიის დროს ავადმყოფი უჩივის ყრუ ხასიათის ტკივილს მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და ჭიბის ირგვლივ. პალპაციის დროს შეიგრძნობა დიდი ატონიური ნაღვლის ბუშტი. ქოლეცისტოგრაფიითა და ექოგრაფიით აღინიშნება გადიდებული, ზოგჯერ წაგრძელებული ნაღვლის ბუშტი.

დისკინეზიის ჰიპერტონული ფორმა კლინიკურად ხასიათდება ხანმოკლე შეტევითი ხასიათის ტკივილით მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში და ჭიბის ირგვლივ, ზოგჯერ დისპეფსიური მოვლენებიც (გულზიდვა, ღებინება და სხვა) აღინიშნება. ნაღვლის ბუშტი მოცულობაში შემცირებულია, მისი დაცლა — აჩქარებულია. დუოდენური ზონდირებით ნაღვლის ულუფებში მიკროსკოპულად ნახულობენ ეპითელიურ უჯრედებს ანუ ლეიკოციტოიდებს, რომლებიც გარეგნულად ძალიან ჰგავს ლეიკოციტს, მაგრამ მათგან განსხვავებით ლეიკოციტი მალე იჟღინთება ნაღვლით და იშლება (10-15 წუთში), ლეიკოციტოიდები ნაღვლის მიმართ მდგრადია.

ქრონიკული ქოლეცისტიტი

ნაღვლის ბუშტის ანთება ანუ ქოლეცისტიტი სანაღვლე გზებში მიკროორგანიზმების შეჭრის საფუძველზე ვითარდება. ანთების უშუალო მიზეზს წარმოადგენს პირობით პათოგენური ფლორა-ნაწლავის ჩხირი, ენტეროკოკი, პროტეუსი, სტაფილოკოკი.

სანაღვლე გზების ანთების განვითარებისათვის აუცილებელ პირობად ითვლება ნაღვლის გამოყოფის შეფერხება, მისი შეგუბება (დისკინეზია), ნაღვლის ქიმიზმის შეცვლა (დისქოლია), სეკრეტორული და შეშწოვი ფუნქციის (დისკრინია) დარღვევა.

ქრონიკული ქოლეცისტიტის ძირითადი კლინიკური ნიშანია ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშ, ქიბის ირგვლივ და ეპიგასტრიუმის მიდამოში, ზოგჯერ ირაღიაციით ბეჭისა და ლავიწის არეში. ამავე დროს აღინიშნება დისპეფსიური სინდრომი (გულის რეგა, შეკრულობა ან ფაღარათი). გასინჯვისას ყურადღებას იპყრობს შეღესილი ენა, შებერილი მუცელი, დადებითია ქოლეცისტოპათიისათვის დამახასიათებელი მტკივნეული წერტილები (კერის, მერფის, ორტნერის და სხვ.). ნაწლავებში ნაღვლის არასაკმარისი გამოყოფა (ჰიპოქოლია) ან მისი მიწოდების შეწყვეტა იწვევს მონელების პროცესების აშლილობას, პერისტალტიკის შენელებას; ადვილი აქვს ჰიპობოლივიტამინოზსა და დისბაქტერიოზს.

მკურნალობის ძირითადი მიზანია აღდგეს ნაღვლის ნორმალური გამოყოფა.

ნაღვლის გამოყოფის საუკეთესო სტიმულატორია სწორად ორგანიზებული კვების რეჟიმი. ავადმყოფს ენიშნება მაგიდა № 5. კვების სიხშირე უნდა იყოს 4-5, გამწვავებისას 5-6 დღეში, მცირე ულუფებით, ყოველთვის თბილი. სასურველია პროდუქტები იყოს ლიპოტროფული (ხაჭო, კვერცხის ცილა), ლეციტინის შემცველი (წიწიბურა, სტაფილო, საღათი, კვერცხის გული). ცხიმებიდან იზმარება მხოლოდ ნატურალური კარაქი და მცენარეული ზეთი. მენიუში აუცილებელია შეტანილი იქნეს ხილი, ბოსტნეული, კენკრა, რომელთაც აქვთ ნაღველმდენი თვისება და ხელს უშლიან შეკრულობას.

ქოლეცისტოკინეტიკური ნაღველმდენები (კვერცხის გული, ქსილიტი, სორბიტი, მაგნიუმის სულფატი), რომლებიც ხელს უწყობენ ნაღვლის ბუშტის დაცლას, ნაჩვენებია ჰიპოტონური ფორმის დისკინეზიის დროს. ნაღველმდენებიდან გამოიყენება ქოლაგონი, ალოქოლი, ფლაამინი, როფაქოლი, ენატინი, ვალერიანის პრეპარატები. ნაჩვენებია ქოლესპაზმოლიზური პრეპარატები (ნო-შპა, პაპავერინი და სხვ.), თერაპიული ტუბაჟი (ნაღვლის ბუშტის ყრუ გამორეცხვა).

ნაღვლის ბუშტის ყრუ ზონდირება ეფექტური სამკურნალო მეთოდია. ავადმყოფს დილით უზმოზე აძლევენ ნაღველმდენ საშუალებას. იგი შეიძლება იყოს მაგნიუმის სულფატის 33%-იანი ცხელი ხსნარი (წყლზე 1 მლ) $\frac{1}{2}$ ჩაის ჭიქა გაზგაცლილ ბორჯომში გახსნილი ან 20%-იანი ქსილიტის 50-75 მლ. ავადმყოფს აწვენენ მარჯვენა გვერდზე სათბურით (სათბურში წყლის ტემპერატურა 70°C -ს არ უნდა აღემატებოდეს) 2-3 სთ. 1 სთ-ის შემდეგ ბავშვს განმეორებით აძლევენ 1 ჭიქა ცხელ ბორჯომს ან მაგნიუმის სულფატის 1 სუფრის კოვზს. 2 სთ-ის შემდეგ ბავშვს წამოაყენებენ და იგი აკეთებს ათ ბუქნს ან სუნთქვით ვარჯიშს. ყრუ ტუბაჟი კვირაში 2-3-ჯერ შეიძლება ჩატარდეს.

ქოლეცისტიტის დროს ეფექტურია მცირე და საშუალო მინერალიზაციის მინერალური წყლები, რომელთა შემადგენლობაშია ჰიდროკარბონატები, ქლორი, სულფატები, მაგნიუმი, ნატრიუმი, კალციუმი. ასეთია ბორჯომი, იგი ხელს უწყობს ნაღვლის სეკრეციასა და გამოყოფას. ინიშნება 3 მლ 1 კგ მასაზე კვებადღე 1-1.5 სთ-ით ადრე ჰიპერაციდული მდგომარეობისას და 40 წთ-ით ადრე ჰიპოაციდური გასტრიტის დროს. აუცილებელია ვიტამინოთერაპია. კურორტული მკურნალობა და სამკურნალო ფიზკულტურა ინიშნება მხოლოდ რემისიის დროს.

16.3.7. საჭმლის მომნელებელი სისტემის პელმინოზები

პელმინოზი ბავშვთა ასაკის საკმაოდ ხშირი დაავადებაა. ჩვენში გავრცელებულია ქიების წმ-მდე სახეობა, რომლებიც სამ კლასად იყოფა: ნემატოდები ანუ მრგვალი ქიები, ცესტოდები ანუ ლენტისებურები და ტრემატოდები ანუ მწოველი პელმინოზები.

არჩევენ გეოპელმინოზებსა და ბიოპელმინოზებს. გეოპელმინოზებია ქიები (უპირატესად ნემატოდები), რომლებიც კვერცხის ან ლაგრის სახით ნიადაგიდან ხვდებიან ადამიანის ორგანიზმში და არ იცვლიან პატრონს. ბიოპელმინოზები კი, რომლებსაც ცესტოდები მიეკუთვნება, იცვლიან პატრონს.

პელმინოზის ყველა სახეობისათვის დამახასიათებელია საერთო კლინიკური ნიშნები: ინტოქსიკაცია (უმადობა, ადვილად დაღლა, ჭირვეულობა, მეხსიერების დაქვეითება, ზოგჯერ კბილების კრაჭუნი), ალერგიული გამოვლინებანი (კანის ქავილი, გამონაყარი, ასთმური მოვლენები, შეშუპება, ეოზინოფილია და სხვ.) და ლოკალური ცვლილებები სხვადასხვა ორგანოებში. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მხრივ გამოხატულია გულზიდვა, ნერწყვის ღენა, მეტეორიზმი, ყურყური, ფალარათი.

პელმინოზის მკურნალობის ეფექტურობის ძირითადი პირობაა ბავშვის და ოჯახის ყველა წევრის პირადი ჰიგიენის დაცვა. შენობა, სადაც ბავშვია, სისტემატურად უნდა დამუშავდეს სველი წესით (საპნიანი და სოდის შემცველი ხსნარის გამოყენებით), ბავშვის ქოთანს — მდულარე წყლით, ნოხი და რბილი სათამაშოები — მტვერსასრუტით. საწოლის თეთრეულის ოთახში დაფერთხვა არ შეიძლება, იგი უნდა დაუთოვდეს ყოველდღე. საცვლები უნდა გაირეცხოს ყოველდღე და ცხელი უთოთი დაუთოვდეს. ბავშვმა უნდა გამოიმუშაოს ჩვევა დაიბანოს ხელები დილით, ყოველი კვების წინ და ტუალეტიდან გამოსვლის შემდეგ. ფრჩხილები შეკრეჭილი უნდა იყოს ძირში.

ასკარიდოზი

გეოპელმინოზია, იწვევს მრგვალი ჭია ასკარიდა (მდედრის სიგრძე 40 სმ-ია, მამრის — 25 სმ).

ასკარიდა პარაზიტობს ადამიანის წვრილ ნაწლავში. მისი კვერცხები განავალთან ერთად ხვდება ნიადაგში, სადაც 2 - 8 კვირაში მწიფდება და წარმოქმნის ლაგრს. დაინფიცირების გზაა ადამიანის განავალით დაბინძურებული ხილი, ბოსტნეული, წყალი, ხელები, ბუზები, სათამაშოები და ა. შ.

ადამიანის წვრილ ნაწლავში მოხვედრილი ლაგრი ნაწლავის ვენებიდან ხვდება ღვიძლში, ქვემო ღრუ ვენასა და მარჯვენა გულის გავლით სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეში — ფილტვებში, ბრონქებში, ტრაქეასა და ხახაში. ხახიდან მომწიფებული პარაზიტების სახით, კუჭის გავლით კვლავ ნაწლავებში იბუდებს. მისი მიგრაცია ადამიანის ორგანიზმში ორი კვირა გრძელდება. ნაწლავებში ასკარიდა თითქმის 1 წელი ცხოვრობს.

კლინიკა. ლაგრის მიგრაციის ადრეულ პერიოდში საყურადღებოა სუბფერული ტემპერატურა, ართრალგია, ქავილი, ურტიკარული გამონაყარი, სასუნთქი სისტემის დაზიანების ნიშნები (ხველა, ქოშინი, ტკივილი გულმკერდის არეში, ალერგიული ინფილტრატი), ეოზინოფილია, ზომიერი ლეიკოციტოზი. მოგვიანებით, ნაწლავურ ფაზაში, ბავშვი უჩივის უმადობას, წონაში იკლებს, აღენიშნება ტკივილი მუცლის არეში, გულზიდვა, ღებინება, ძილის დარღვევა. ზოგჯერ ამონაღები მასა შეიცავს ასკარიდებს.

გართულებებიდან აღსანიშნავია დინამიური გაუვალობა, მექანიკური სიყვითლე, ღვიძლის აბსცესი, ნაწლავის პერფორაცია, ასფიქსია.

დიაგნოზს ადასტურებს კლინიკური ნიშნები, განავალში პარაზიტის კვერცხების ან თვით ასკარიდების აღმოჩენა, ეოზინოფილია.

მკურნალობა. დეჰელმინთიზაციის მიზნით გამოიყენება პიპერაზინი ორი დღის განმავლობაში დღეში 2-ჯერ ჭამამდე 1 სთ-ით ადრე ან ჭამის შემდეგ (1 წლამდე — 0,4 გ, 2-დან

3 წლამდე — 6 გ, 4-5 წლამდე — 1 გ, 6-8 წლამდე — 1,5 გ, 9-12 წლამდე — 2 გ, 13-15 წლამდე — 3 გ), ნაფტამინი, კომბატრინი, ლევამიზოლი (ერთჯერადად 2,5 მგ/კგ მასაზე ძილის წინ), წვრილი ზონდით ჟანგბადის შეყვანა ნაწლავებში. ეფექტურია მებენდაზოლი ანუ გერმოქსი (0,1 გ 1-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში), პირანტელი (10 მგ/კგ მასაზე), თიამენდაზოლი (500 მგ/10 კგ მასაზე).

პროფილაქტიკა: სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებების ჩატარება.

ენტერობიოზი

იწვევს მცირე ზომის მრგვალი კუდმასვილა ჭია (მდედრის სიგრძე 12 მმ, მამრის — 3-4 მმ). პარაზიტის საბოლოო პატრონი და ინვაზიის წყაროა ადამიანი. ენტერობიოზით დაავადებულია ბავშვების 10 %.

პარაზიტი სახლობს ადამიანის წვრილ და მსხვილ ნაწლავებში. განაყოფიერებული პარაზიტები ანალური ზვრელიდან ძვრებიან (ღამის საათებში) და პერიანალურ უბანში დებენ კვერცხებს. ამ უბნის ქავილის დროს ხელების დაბინძურება აუტონივაციის საფუძველი ხდება. გადაცემა შესაძლებელია დაბინძურებული თეთრეულის, საცვლების, სათამაშოების, საყოფაცხოვრებო საგნების მეშვეობით.

კლინიკა. წამყვანი კლინიკური ნიშანია ქავილი და წვა პერიანალურ არეში. ბავშვი აგზნებულია, აღენიშნება უმადობა, ძილის დარღვევა, ყაბზობა ან ფაღარათი, მეტეორიზმი, გულზიდვა, ღებინება.

დიაგნოზს ადასტურებს პერიანალურ ჩამონარეცხსა და ანაფსეკში პარაზიტის კვერცხების აღმოჩენა.

მკურნალობა. გამოიყენება პიპერაზინი, ვანკინი (5 მგ/კგ მასაზე ერთჯერადად ვახშმის შემდეგ), პირანტელი ანუ კომბატრინი (10 მგ/კგ მასაზე ერთჯერადად). ეფექტურია მებენდაზოლი (2-დან 10 წლამდე — 0,05 გ, 10 წლის ზემოთ — 0,1 გ დღეში). გარდა მედიკამენტური მკურნალობისა, ღამით კეთდება გამწმენდი ოყნა ნატრიუმის ბიკარბონატით, დილითა და საღამოთი ხდება ბავშვის ჩაბანა საპნითა და თბილი წყლით, ოქსიგენოთერაპია (ჟანგბადის შეყვანა სწორ ნაწლავში). აუცილებელია საცვლების ყოველდღიური ცვლა და დაუთოება.

ტრიქოცეფალოზი

იწვევს მრგვალი ჭია (მდედრის სიგრძე — 30-40 მმ, მამრის — 35-55 მმ). დასნებოვნება ხდება პირის ღრუდან დაბინძურებული ხილის, ბოსტნეულისა და სხვა საკვები პროდუქტებით, სათამაშოებით და ა. შ. პარაზიტს აქვს თმისმაგვარი სკოლექსი (თავის დაბოლოება), რომელიც ინერგება ნაწლავის ლორწოვანში, პარაზიტი სახლობს უპირატესად ბრმა ნაწლავში. იკვებება სისხლით (ჰემატოფაგია). კვერცხები გამოიყოფა განავლით, რომლის მოშწიფება ხდება 1-3 თვეში ნაწლავებში ლავრიდან 30-35 დღეში ვითარდება მოზარდი პარაზიტი, რომლის სიცოცხლე ხანგრძლივობაა 5 წელი.

კლინიკა. დამახასიათებელია ტკივილი მუცლის არეში, უმადობა, გულზიდვა, ღებინება თავის ტკივილი. განავალი თხივია, შეიცავს ლორწოსა და სისხლს, გამოხატულია ანემია კოზინოფილია, ედს-ის აჩქარება. ხშირია მწვავე აპენდიციტის მოვლენები.

დიაგნოსტიკა განავალში ჭიის კვერცხების აღმოჩენის მეშვეობით ხორციელდება.

მკურნალობა. გამოიყენება დითიაზინი, დიფუზილი, თიმოლი, ნაფტამინი, პირანტელი დიათერმია მუცლის არეში, ოქსიგენოთერაპია. საკმაოდ კარგ შედეგს იძლევა მებენდაზოლი.

პროფილაქტიკა: ასკარიდოზის პროფილაქტიკის ანალოგიურია.

ტენიარინქო ზი

დაავადებას იწვევს საქონლის ბრტყელი ჭია, რომლის სიგრძე 6-7 მმ-ია. პელმინთის ფინებითა და ცისტიცერკებით ადამიანის ინფიცირება საკვებად თერმოულად დაუშუშავებული ხორცის გამოყენების შემთხვევაში ხდება. პარაზიტი ხვდება წვრილ ნაწლავში, სადაც იგი იშლება პროგლოტიდებად, რომლებიც განავალთან ერთად ხვდება ნიადაგში. ამგვარად, პარაზიტის საბოლოო პატრონი და ინვაზიის წყაროა ადამიანი.

კლინიკა. ძირითადი სიმპტომია ტკივილი მუცლის არეში, გულზიდვა, ღებინება, უმადობა, მეტეორიზმი, ყაბჯობა ან ფაღარათი, თავის ტკივილი, ბავშვი ავსნებულობს, წონაში არ იმატებს. საყურადღებოა ანემია, ეოზინოფილია, კდს-ის აჩქარება.

დიაგნოზი დასტურდება პარაზიტის ფინების აღმოჩენით განავალში, პერიანალური ნაოჭების ანაფსეკის ან ჩამონარეცხის ოვოსკოპიით.

მკურნალობა. გამოიყენება ფენასალი (3 წლამდე — 0,5 გ, 3-6 წლამდე — 1 გ, 6-9 წლამდე — 1,5 გ, 9 წლის ზემოთ — 2 გ) ერთხელ ვახშმის შემდეგ. ეფექტურია მისი კომბინაცია ამინოაკრიქინთან ან მამლის გვიმრის ექსტრაქტთან. კარგ შედეგებს იძლევა პრაზინკვატელი ანუ ბილტრიციდი (5-10 მგ/კგ მასაზე) და მებენდაზოლი.

პროფილაქტიკა. საჭიროა დაცული იქნეს კომპლექსური სამედიცინო და ვეტერინარული ღონისძიებები. ბავშვებმა უნდა მიიღონ თერმოულად კარგად დამუშავებული (მოხარშული) ხორცი.

ტენიო ზი

იწვევს ღორის ლენტისებური პელმინთი, რომლის სიგრძე 2-4 მ-ია.

კლინიკა, დიაგნოსტიკა, მკურნალობა და პროფილაქტიკა ისეთივეა, როგორც ტენიარინქო ზის.

დიფილობოტრიო ზი

იწვევს ლენტისებური პელმინთი, რომლის სხეულის სიდიდე 10 მ-ია, კვერცხის ზომა — 70 X 45 მმ-ზე. იგი პერორალურ ბიოპელმინთს წარმოადგენს, რომლის საბოლოო პატრონი და ინვაზიის წყაროა ადამიანი. შუალედური პატრონი კი — სსვადასწვა ჯიშის თევზია. ადამიანი ავადდება თერმოულად დაუშუშავებული (გამხმარი, შებოლილი) თევზის ან ხიზილაღას გამოყენების შემთხვევაში.

პათოგენეზი. პარაზიტები ნაწლავებში გამოჰყოფენ ტოქსინებს, ასდენენ მექანიკურ და ტოქსიკურ-ალერგიულ ზემოქმედებას ორგანიზმზე, ითვისებენ ვიტამინებს (ფოლიუმის მჟავას და B₁₂ ვიტამინს), რომლებიც მონაწილეობენ ჰემოპოეზში.

კლინიკა. დაავადებულს აღენიშნება საერთო სისუსტე, თავის ტკივილი, თავბრუ, გულზიდვა, ღებინება, ტკივილი მუცლის არეში, ნაწლავთა არამყარი მოტმელება (ყაბჯობა, ფაღარათი), ანემია (B₁₂ დეფიციტური).

პროფილაქტიკა. გულისხმობს საკვებად თერმოულად დამუშავებული თევზის გამოყენებას.

ანკილოსტომიდო ზი

დაავადებას იწვევს ნმატოდების ჯგუფის მორფოლოგიურად განსხვავებული, მაგრამ ბიოლოგიურად და პათოგენეზურად მსგავსი ორი წარმომადგენელი: ანკილოსტომა და ნეკატორი.

პელმინთის სიგრძე 5-18 მმ-ია, იგი ბუდობს ადამიანის თორმეტგოჯა და წვრილ ნაწლავებში. განავალთან ერთად ანკილოსტომის კვერცხები ხვდება გარემოში, 1-2 კვირის განმავლობაში წარმოიქმნება ღივრები, რომლებიც ხვდებიან დაუზიანებელი ფეხის კანში და სისხლის საშუალებით აღწევენ ფილტვებს, ალვეოლების მოციმციმე ეპითელიის მეშვეობით

ხვდება ზემო სასუნთქ გზებში და პირის ღრუში, საიდანაც კვლავ ნაწლავებში გადაინაცვლებს. ნაწლავებში პარაზიტი წელი ცოცხლობს.

პათოგენეზი. ლაგრის სისხლით მოგზაურობისას, კანსა და ფილტვებში ვითარდება სისხლჩაქცევები. ისინი არღვევენ ნაწლავების ლორწოვანის მთლიანობას, ვითარდება სისხლჩაქცევები, ზოგჯერ სისხლდენა (პარაზიტის მიერ გამოთქმავებული ტოქსინი აფერხებს სისხლის შედედებას).

კლინიკა. პარაზიტის შეჭრის უბანში აღვილი აქვს პიპერემიას, ქავილს. ავადმყოფს უვითარდება ალერგიული გამონაყარი, შეშუპება. გამოჰყოფენ ნაწლავურ, პულმონალურ და სხვა ფორმებს. ნაწლავური ფაზა პიპოტონური ფორმით ხასიათდება. ნაწლავებში პარაზიტის ჩასახლების შემდეგ, აღინიშნება მუცლის ტკივილი, ფაღარათი, გულზიდვა, ღებინება, თავის ტკივილი, საერთო სისუსტე; ვითარდება ანემიური სინდრომი.

დიაგნოზს ადასტურებს განავალსა და ნაწლავის შიგთავსში ანკილოსტომების კვერცხების აღმოჩენა.

მკურნალობა. ძირითადად, გამოიყენება მებენდაზოლი (0,1 გ დილასა და საღამოს 3 დღის განმავლობაში) ან პირანტელი (20 მგ/კგ მასაზე ერთხელ დღეში 3 დღე), ლევამიზოლი (6 მგ/კგ მასაზე ერთხელ). ანემიის შემთხვევაში ინიშნება B₁₂ ვიტამინი, ფოლის მჟავა, რკინის პრეპარატები.

პროფილაქტიკა. სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებების ჩატარება, ფეხშიშველი სიარულის აკრძალვა.

სტრონგილოიდოზი

იწვევს მცირე ზომის ნემატოდა, რომლის სიგრძე 2-3 მმ-ია, პარაზიტობს ადამიანის თორმეტგოჯა ნაწლავში, წვრილ ნაწლავებში, შეიძლება მოხვდნენ სანაღვლე გზებში, პანკრეასსა და ბრმა ნაწლავში.

პარაზიტი ნაწლავებში გამოჰყოფს კვერცხებს, საიდანაც წარმოქმნილი ლაგრები განავალთან ერთად ხვდება გარეობში. ბავშვების დასნებოვნება ხდება დაზიანებული კანით ან დაბინძურებული საკვების საშუალებით.

კლინიკა. მიგრაციის პერიოდში საყურადღებოა ალერგიული გამოვლინებანი (კანის ქავილი, გამონაყარი, შეშუპება, ფილტვებში ეოზინოფილური ინფილტრატი); ნაწლავებში ლოკალიზაციის შემდეგ — ტკივილი მუცლის არეში, ყაბზობა ან ფაღარათი, მეტეორიზმი, ნაღვლის ბუშტის დაზიანების ნიშნები, ღვიძლის გადიდება.

დიაგნოზი დასტურდება განავალში ლაგრების აღმოჩენით.

მკურნალობა. ძირითადად გამოიყენება თიამბენდაზოლი (500 მგ/10 კგ მასაზე).

პროფილაქტიკა. საჭიროა სანიტარულ-ჰიგიენური ღონისძიებების ჩატარება, ფეხშიშველი სიარულის აკრძალვა.

16.4. მანიპულაციების ჩატარების ტექნიკა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს

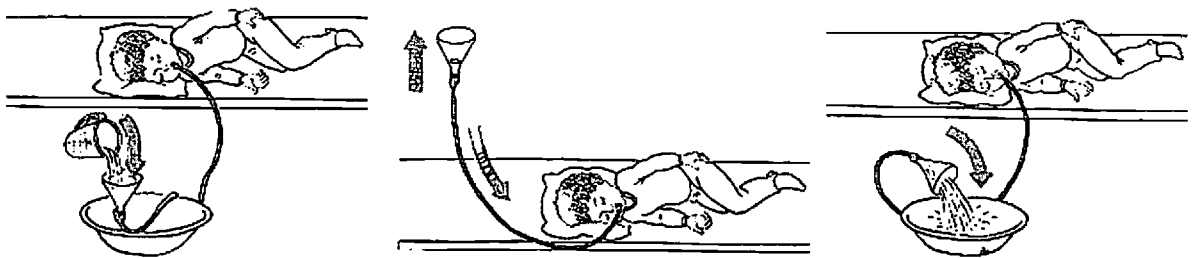
16.4.1. კუჭის ამორეცხვა

კუჭის ამორეცხვა ხდება კვებითი მოწამვლის, შხამიანი ან კოროზიული ნივთიერებების გადაყლაპვის, ენტრალური ტოქსიკონფექციების დროს.

ამ პროცედურის ჩასატარებლად მცირე ასაკის ბავშვები უნდა დაეაწვინოთ ცალ გვერდზე ბალიშის გარეშე და სახე ცოტა ქვევით მიუბრუნოთ ან დამხმარე ჩაისვას კალთაში (სურათი მ3). ბავშვს მივაფარებთ გულზე მუშაბზას, დამხმარე ახდენს ხელებისა და შუბლის ფიქსაციას და ვიწყებთ კუჭის ამორეცხვას. უფროსი ასაკის ბავშვები ამ პროცედურის დროს სხედან სკამზე. პატარა ბავშვებში ზონდის შეყვანა უფრო მოსახერხებელია ცხვირიდან, ხოლო

უფროსებში კი — პირიდან. წინასწარ უნდა მოხდეს ცხვირის ხვრელების გამოსუფთავება ქერქებისა და ლორწოსაგან.

ზონდის შეყვანის შემდეგ, როდესაც მიაღწევს ხახის უკანა კედელს, საჩვენებელი თითით ფრთხილად უნდა მივწიოთ უკანა კედლისაკენ და ჩაფუშვათ საყლაბავ მილში, რათა ზონდი არ მოხვდეს ხორხსა და ტრაქეაში. ხორხსა და ტრაქეაში მოხვედრისას აღინიშნება სუნთქვის გაძნელება და ხველა. ასეთ შემთხვევაში ზონდი ფრთხილად უნდა ამოვწიოთ ცოტათი, ვაცადოთ ბავშვს დაწყნარება და ისევ ჩაფუშვათ საყლაბავით კუჭში დაახლოებით 30-35-40 სმ — ბავშვის სიმაღლის გათვალისწინებით. ზონდის მეორე თავისუფალი ბოლო შეიძლება ჩაფუშვათ წყლიან ჭურჭელში იმის დასაზუსტებლად, ზონდი კუჭშია თუ არა. თუ ზონდი ტრაქეაშია მოხვედრილი, წყალში გაჩნდება ჰაერის ბუშტები. როდესაც დავრწმუნდებით, რომ ზონდი ნამდვილად კუჭშია, მის თავისუფალ ბოლოზე ვამაგრებთ ძაბრს და გავსებთ წინასწარ მომზადებული კუჭის ამოსარეცხი სითხით. შემდეგ ძაბრს ზევით ავწევთ. როდესაც ძაბრი დაიცლება, ჩამოვწევთ ბავშვის თავის დონემდე. ძაბრი აივსება კუჭის შიგთავსითა და ნარეცხი წყლით. ზონდის ფრთხილად გადაგვეტავთ თითებით, ძაბრს დავცლით ამისათვის მომზადებულ თასზე და პროცედურას ისევ გავიმეორებთ, მანამ, სანამ კუჭიდან არ გადმოვა სუფთა წყალი. კუჭი შეიძლება ამოვრეცხოთ 20 მლ-იანი შპრიცითაც. ამ დროს, ამოსარეცხი სითხე შპრიცით შეგვყვავს ზონდიდან კუჭში და შემდეგ შპრიცითვე ამოვქაჩავთ.



სურათი მ3. კუჭის ამორეცხვის ტექნიკა

ამოსარეცხ წყალს ათავსებენ სუფთა სტერილურ ჭურჭელში და აგზავნიან ლაბორატორიაში ბაქტერიოლოგიური და ქიმიური გამოკვლევისათვის.

16.4.2. ოყნის ხმარება, ოყნის სახეები

ოყნა კეთდება ნაწლავების გასუფთავების ან სამკურნალო ნივთიერებების სწორი ნაწლავიდან შეყვანის მიზნით. გამწმენდი ოყნა, თავის მხრივ, შეიძლება იყოს ჰიპერტონული, ზეთოვანი, სიფონური.

გამწმენდი ოყნა კეთდება ყაბზობის, კვებითი მოწამვლის, სწორ ნაწლავში სამკურნალო ნივთიერებების შეყვანის წინ. მათი გაკეთება არ შეიძლება აპენდიციტზე საექსპო შემთხვევების, ნაწლავებიდან სისხლდენის, სწორი ნაწლავის ლორწოვანის გამოფარდნის, მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის შემდგომ პირველ დღეებში.

გამწმენდი ოყნის გაკეთების ტექნიკა. ჩვილ ბავშვს აწვენენ ზურგზე მუშაშა გადაფარებულ მაგიდაზე ფეხებით ზევით. დაბანული ხელით იღებენ გამოხარშული რეზინის ბალონს, გადმოღვრიან დარჩენილ ცხელ წყალს ბალონიდან და გაავსებენ მას 100-150 მლ გადაღებული 28°-30°-მდე შევრილებული წყლით. ოყნის წვერს წაესმევა ვაზელინი და ფრთხილად ძალდატანების გარეშე შეიყვანენ ანალურ სფინქტერში. ბალონის წვერი ჯერ შეჰყავთ პირდაპირ და შემდეგ ოდნავ უკან 3-5 სმ-ზე, ფრთხილად მოუჭერენ ბალონს ხელს და შიგთავსი შეჰყავთ ნაწლავში. ანალშობილისათვის შესაყვანი სითხის რაოდენობაა 25 - 30 მლ წყალი, ჩვილი ბავშვებისათვის — 60-150 მლ.

სითხის შეყვანის შემდეგ მეორე ხელით ფრთხილად მოეუჭერთ ბავშვის ღუნდულოებს და გამოვიღებთ ოყნის წვერს. ღუნდულოებზე ხელის მოჭერა საჭიროა, რათა შეყვანილი სითხე

უკან არ გადმოიღვაროს. ასე გვიჭირავს ცოტა ხანს, შემდეგ ბავშვს ეწყება ჭინთვა და დეფეკაცია.

მოზრდილი ბავშვებისათვის გამწმენდი ოყნის გასაკეთებლად გამოიყენება ესმარხის ბალონი. ბავშვს აწვენენ მარცხენა გვერდზე, ფეხები მოხრილია მუხლებში და მჭიდროდ მიჭერილი მუცელთან. ესმარხის ბალონიში ასხავენ გადაღუღებულ $20^{\circ}-22^{\circ}\text{C}$ -მდე შევრილებულ წყალს. შემდეგ ონკანის გახსნით უშვებენ ჰაერს რეზინის მილიდან და ავსებენ მას წყლით. ბალონს ჰკიდებენ შტატივზე ავადმყოფის თავიდან 50-75 სმ-ის სიმაღლეზე. ავადმყოფი წვეს მუშაობაზე, რომლის ქვედა კიდე ჩაშვებულია თასში. რეზინის ბოლოს უსვამენ ვაზელინს და შეჰყავთ ანალოურ ხვრელში. მეორე ხელით გადასწევენ ღუნდულოებს. რეზინის მილის დაბოლოება შეჰყავთ დაახლოებით 5-10 სმ-ზე, 2-5 წლამდე ასაკის ბავშვებისათვის საკმარისია 150-200 მლ წყალი, უფროსი ასაკისათვის — 200-500 მლ.

სითხის შეყვანის სიჩქარე რეგულირდება რეზინის მილზე დამაგრებული ონკანის საშუალებით. თუ წყლის შესვლა შეფერხდება, საჭიროა გაეასწოროთ ბავშვი, უფრო მოვასრევინოთ ფეხები და ბალონი მეტად ავწიოთ. როდესაც დამთავრდება წყლის შესვლა, ფრთხილად გამოვიღებთ რეზინის ბოლოს. ავადმყოფი უნდა იწვეს კიდევ 8-10 წთ, სანამ არ დაიწყება ჭინთვა და დეფეკაციის სურვილი.

პერისტალტიკის გაძლიერებას იწვევს ნაწლავის ლორწოვანის მექანიკური გაღიზიანება სითხით და წყლის ტემპერატურით, ამიტომ ატონური ყაბზობის დროს რეკომიდებულია ოყნისათვის წყლის ტემპერატურა შეადგენდეს $18^{\circ}-20^{\circ}\text{C}$ და მის ქვევით, ხოლო სპასტიკურის დროს კი — პირიქით, $37^{\circ}-38^{\circ}\text{C}$. პერისტალტიკის გაძლიერების მიზნით შესაყვან სითხეს შეიძლება დაემატოს გლიცერინი ან მცენარეული ზეთი (1-2 სუფრის კოვზი ზეთი 500-800 მლ სითხეზე).

ზეთოვანი ოყნა. გამოიყენება როგორც გამწმენდი. უფრო იშვიათად როგორც სამკურნალო მსხვილი ნაწლავის ანთების დროს. უპირატესად გამოიყენება სპასტიკური ყაბზობის დროს. შეყვანილი სითხე შემოეფინება მშრალ განვლოვან მასებს და ხელს უწყობს მათ გამოძევებას.

ზეთოვანი ოყნის გასაკეთებლად მცენარეულ ზეთს ან ვაზელინს შეათბობენ $37^{\circ}-38^{\circ}\text{C}$ -მდე და აიღებენ რეზინის ბალონიში. შემდეგ შეჰყავთ ზემოაღწერილი წესით სწორ ნაწლავში ზეთის 80-150 მლ. უკეთესია ამ პროცედურის დამით, ძილის წინ ჩატარება, ვინაიდან ეფექტი 8-10 საათის შემდეგ ვლინდება.

ჰიპერტონული ოყნა. გამოიყენება როგორც გამწმენდი ატონური ყაბზობის დროს. ნაწლავში შეჰყავთ 50-70 მლ $25^{\circ}-30^{\circ}\text{C}$ -მდე შემთბარი ჰიპერტონული ხსნარი (ნატრიუმის ქლორიდის 10 %-იანი ან მაგნეზიის 20-30 %-იანი ხსნარი). ეფექტი ვლინდება 20-30 წუთში. ავადმყოფი ამ ხნის განმავლობაში უნდა იწვეს და მოითმინოს დეფეკაციის სურვილი.

სიფონური ოყნა. მიეკუთვნება გამომრეცხავ პროცედურას. დიდი რაოდენობით შეყვანილი სითხე ამ დროს უზრუნველყოფს მსხვილი ნაწლავის გამორეცხვას, განავლოვანი და შხამიანი ნივთიერებების გამოდევნას. ამ სახის ოყნა გამოიყენება ქიმიური და მცენარეული ნივთიერებებით მოწამვლის, ჩვეულებრივი გამწმენდი ოყნის ეფექტობის, დინამიურ გაუვალლობაზე ეჭვის დროს.

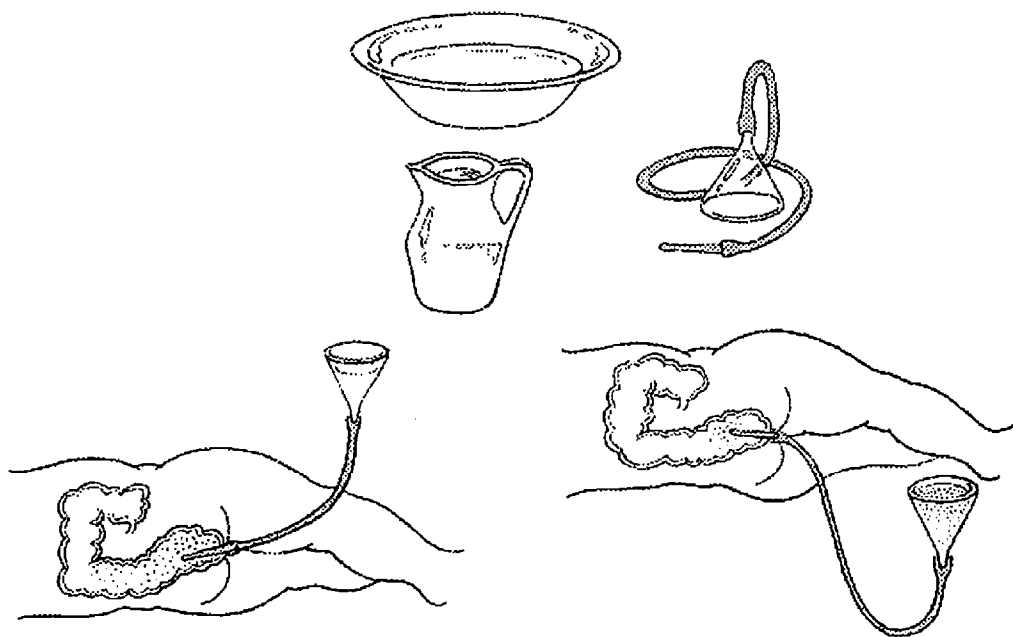
უკუნაჩვენებაა აპენდიციტის, პერიტონიტის, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის, უკანა ტანის ნახეთქების, სწორი ნაწლავის გამოვარდნის შემთხვევები, მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის შემდგომი პირველი დღეები.

ბავშვის ასაკის გათვალისწინებით სიფონის ოყნის გასაკეთებლად უნდა მომზადდეს 5-8-10 ლ სუფთა წყალი. 0,8-1 სმ დიამეტრისა და 1,5 მ სიგრძის რეზინის მილს ერთი ბოლოდან მიმგრებული აქვს ფართო მინის ძაბრი, მეორე მხრიდან მსხვილი კუჭის ზონდის მსგავსი რეზინის მილი. ავადმყოფი წვეს ზურგზე (სურათი 84), შეფენილ მუშაობაზე. უფროსი ასაკის ბავშვს ქვევით უდგამენ ღამის ქოთანს, შესაყვან ბოლოს უსვამენ ვაზელინს და შეჰყავთ სწორ ნაწლავში 20-30 სმ-ზე. სისტემას შევასებთ წყლით, შემდეგ ძაბრს ჩამოვწევთ ავადმყოფის მენჯამდე და ძაბრი შეივსება ნაწლავებიდან ნარეცხი წყლით, რომელსაც ჩამოვდინებთ თასზე. ძაბრს ისევ შეავსებენ სუფთა წყლით, ასწევინ საწოლიდან 80-100 სმ-ის სიმაღლეზე და

ოგალყურს ადევნებენ წყლის შესვლას ნაწლავებში, შემდეგ ისევ დასწევენ ძაბრს ქვევით და ა.შ. პროცედურას ატარებენ წყნარად, შესვენებებით, მანამ, სანამ ნაწლავებიდან სუფთა წყალი არ გამოვა. პროცედურის დამთავრების შემდეგ მიღოს ფრთხილად გამოიღებენ, მთელ სისტემას გარეცხავენ და გამოხარშავენ.

სიფოსური ოყნის ჩატარების განმავლობაში ყურადღება უნდა მიექცეს აირების გამოსვლას ნაწლავებიდან ბუშტების სახით. აირების არ არსებობა ნაწლავთა გაუვალობის მაჩვენებელია.

სამკურნალო ოყნა მკურნალობი მიზნით გამოიყენება გვირილის ნაყენი, ანტიბიოტიკები, ზეთოვანი ნივთიერებები და სხვ. სამკურნალო ნივთიერებები შეჰყავთ გამწმენდი ოყნის ან დუფეკაციის შემდეგ. სამკურნალო პრეპარატების შეყვანის მიზნით გამოიყენება რეზინის ბალონი ან № 10-11 რეზინის კათეტერი. რეზინის ბალონის ან კათეტერის დაბოლოება ფრთხილად შეჰყავთ სწორ ნაწლავში (8-10 სმ). 3 წლის ბავშვისათვის ამზადებენ 20-40 მლ სამკურნალო ხსნარს, 3-დან 10 წლამდე — 30-50 მლ, მოზრდილებში — 50-100 მლ. ანტიბიოტიკების ემულსია მცირე ასაკის ბავშვებში 5-10 მლ შეჰყავთ, უფროსი ასაკის ბავშვებში კი — 20-30 მლ. სამკურნალო სითხე შემთბარი უნდა იყოს სხეულის ტემპერატურამდე, რის შემდეგაც იღებენ ბალონში ან შპრიცში. შპრიცით შეჰყავთ კათეტერის საშუალებით. წამალი უნდა შევიდეს ნელა, შემდეგ ფრთხილად გამოაქვთ ბალონი ან კათეტერი და ბავშვის ღუნდულობები 5-10 წთ უჭირავთ შეკრულ მდგომარეობაში, რათა შეყვანილი წამალი ანალური ხვრელიდან უკან არ გადმოიღვაროს.



სურათი 84. სიფოსური ოყნის დადგმის ტექნიკა

წვეთოვანი ოყნა იყენებენ ბავშვის ორგანიზმში ფიზიოლოგიური ხსნარის ან 5%-იანი გლუკოზის შეყვანის მიზნით, როდესაც მათი შეყვანა ვენაში ვერ ხერხდება. ადრეული ასაკის ბავშვებში ხშირად იღია ცილინდრებს მასზე მიბგრებული წვეთოვანი სისტემით, უფროსი ასაკის ბავშვებში კი — ესმარხის ბალონის. გადასასხმელი ხსნარი შემთბარი უნდა იყოს სხეულის ტემპერატურამდე.

ბავშვის აწვეწენ მისთვის მოსახერხებელ მდგომარეობაში. პროცედურის განმავლობაში მას შეიძლება ეძინოს. სწორ ნაწლავში უფროსი ასაკის ბავშვებში შეჰყავთ № 10-11 წვრილი რეზინის კათეტერი, ადრეული ასაკის ბავშვებში კი — ნელატონის № 10-11 კათეტერი 10-15 სმ-ზე. კათეტერის თავისუფალ ბოლოს შეუერთებენ მომზადებულ წვეთოვან სისტემას გადასასხმელი სითხით. მორის ჩამკეტის საშუალებით აყენებენ წვეთების საჭირო სიჩქარეს:

ჩველი ბავშვებისათვის 3-5 წვეთი, ერთი წლის ასაკში — 5-10 წვეთი, უფროსი ასაკისათვის — 10-30 წვეთი წუთში. ასეთი გზით შეიძლება ბავშვს 200-300 მლ და მეტი სითხე გადავსხათ.

აირგამყვანი მილის გამოყენება. ადრეული ასაკის ბავშვებში ხშირია მეტეორიზმი, მუცლის შებერვა. მეტეორიზმის მიზეზი არასწორი კვებაა, როდესაც ბავშვი ჭარბად ყლაპავს ჰაერს ან ნაწლავებში ფერმენტული უკმარისობის გამო გაძლიერებულია დუდილის პროცესები. ამ დროს ბავშვი მოუსვენარია, ჭირვეულობს, ფეხებს ამოძრავებს, კუჭის მოქმედება არ აქვს, მუცელი შებერილია.



სურათი მწ. აირგამყვანი მილის შეყვანა

მეტეორიზმის დროს ნაჩვენებია აირგამყვანი მილის შეყვანა სწორ ნაწლავში. მილის გამოყენებამდე სასურველია გამწმენდი ოყნის გაკეთება. აირგამყვანი მილის დიამეტრია 3-5 მმ, სიგრძე — 30-50 სმ, შიგნითა ბოლო მომრგვალებულია და ნასვრეტებიანი (გვერდებზე). მილს ბოლოზე წააცხებენ ვაზელინის და ბავშვის სწორ ნაწლავში ფრთხილად (სურათი მწ) ბრუნვითი მოძრაობით შეაქვთ 5-10 სმ-ის სიგრძეზე. მილის ჩატოვება შეიძლება 30-60 წთ, პროცედურის განმეორება კი დასაშვებია 3-4 სთ-ში ერთხელ. გამოყენებულ აირგამყვან მილს კარგად რეცხავენ თბილი წყლითა და საბუნთ, ინახავენ სადეზინფექციო ხსნარში.

16.4.3. კუჭისა და დუოდენალური ზონდირება

კუჭის ზონდირება გამოიყენება როგორც დიაგნოსტიკური (კუჭის წვენის გამოკვლევა), ისე სამკურნალო მიზნით (კუჭის ამორეცხვა, ზონდით კვება).

ზონდირების წინააღმდეგ ჩვენებაა: კუჭის წყლულოვანი დაავადება გამწვავების ფაზაში, საყლაპავის შევიწროება, კუჭიდან სისხლდენის შემდგომი პერიოდი, გამოხატული გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა, ავადმყოფის მიიმე ზოგადი მდგომარეობა.

ზონდირებისათვის გამოიყენება მსხვილი და წვრილი ზონდები. 10-12 მმ დიამეტრის მსხვილი ზონდი გამოიყენება მხოლოდ უფროსი ასაკის ბავშვებისათვის კუჭის ამორეცხვის ან კუჭის წვენის ერთჯერადი გამოკვლევის მიზნით უზმოზე და საცდელი საუზმის შემდეგ. კუჭის წვენის გამოკვლევის ეს მეთოდი ამჟამად იშვიათად გამოიყენება.

ძირითადად, კუჭის წვენის გამოკვლევა ხდება ფრაქციული მეთოდით, რისათვისაც იყენება წვრილი ზონდები №10-15 (3-5 მმ დიამეტრისა და 1-1,5 მ სიგრძის). ჩველ ბავშვებში კუჭის ზონდირებისათვის გამოიყენება რბილი რეზინის კათეტერი № 18-20.

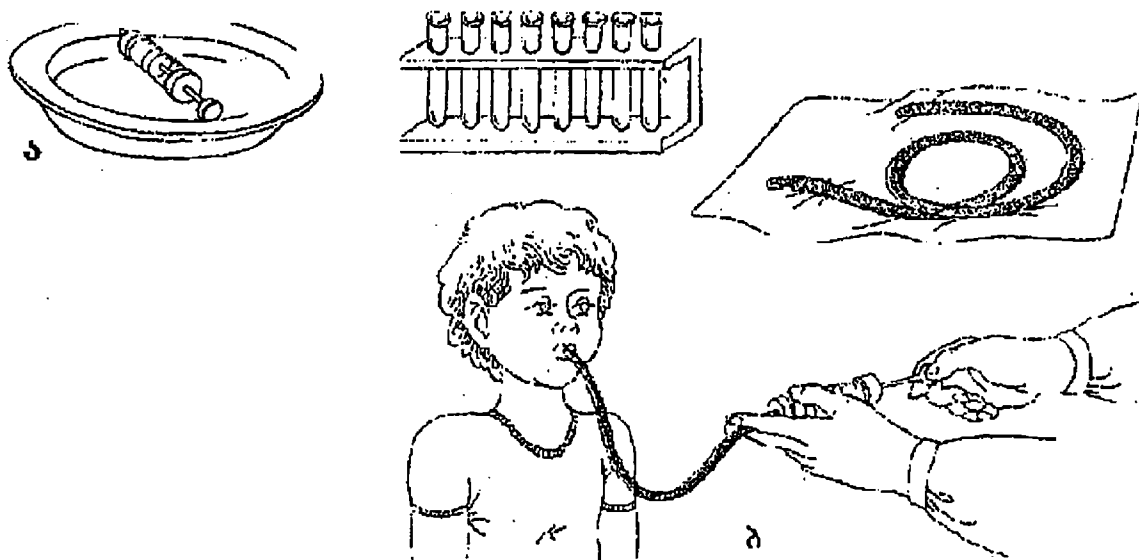
პროცედურის ჩასატარებლად ავადმყოფი ზის სკამზე (სურათი მწ). წინიდან მიაფარებენ მუშაშას. სუფთა გასტერილებული ზონდი შეჰყავთ ენის ძირისაკენ და ავადმყოფი იწყებს ზონდის ჩაყლაპვას, თან ღრამად უნდა ისუნთქოს ცხვირით. ყოველი ყლაპვითი აქტის დროს

ზონდი ფრთხილად შეჰყავთ საყლაპავის მიმართულებით. როდესაც ზონდი ჩავა საყლაპავში პირველ აღნიშვნამდე (საჭრელი კბილებიდან 40 სმ), ე. ი. მან მიაღწია კუჭის ღრუს. ჩვილი ბავშვებისათვის ეს მანძილი 20-25 სმ-ია, სკოლამდელი ასაკის ბავშვებისათვის — 30-35 სმ, სასკოლო ასაკის ბავშვებისათვის — 40-50 სმ.

ზონდის უხეშად შეყვანა დაუშვებელია, ვინაიდან შეიძლება დაზიანდეს საყლაპავი და კუჭი, მოსალოდნელია კუჭიდან სისხლდენა ან პერფორაცია კი. სისხლდენის შემთხვევაში სასწრაფოდ უნდა შეწყდეს ზონდირება და მიღებულ იქნეს ზომები მის შესაჩერებლად. პერფორაციის შემთხვევაში საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია.

კუჭის წყენის ფრაქციული გამოკვლევა მიმდინარეობს 2-2,5 სთ-ის განმავლობაში. ზონდირების დროს მიიღება შემდეგი ფრაქციები: პირველი ულუფა — უზმოზე კუჭის შიგთავსი; მეორე და შემდეგი სამი ულუფა მიიღება ყოველ 15 წუთში 1 სთ-ის განმავლობაში. მიღებული წვენით ხასიათდება კუჭის ბაზალური სეკრეცია. შემდეგ ზონდით შეჰყავთ ფიზიოლოგიური საცდელი საუზმე და 10 წუთის შემდეგ იღებენ 10 მლ კუჭის შიგთავსს მჟავიანობის შესაფასებლად. კიდევ 15 წუთის შემდეგ შპრიცით კუჭიდან ამოქაჩავენ საუზმის დარჩენილ ნაწილს და მთელ გამოშუშავებულ სეკრეტს. ამ ულუფის მოცულობის მიხედვით მსჯელობენ კუჭის ევაკუატორულ ფუნქციაზე. თუ საცდელი საუზმის დარჩენილი ულუფა 100 მლ-ზე მეტია, ეს მიუთითებს შენელებულ ევაკუაციაზე, თუ ნაკლებია — აჩქარებულზე. შემდეგ შეჰყავთ სეკრეციის სტიმულატორი და ყოველ 15 წუთში 1-1,5 საათის განმავლობაში ამოაქვთ კუჭის შიგთავსი ანუ სტიმულირებული სეკრეტი.

საცდელ საუზმეს წარმოადგენს სორცის ბულიონი (შზადდება 1 კგ მჭლე ხორცისა და 2 ლ წყალისაგან) ან 7%-იანი კომბოსტოს ნახარში (21 გ მშრალ კომბოსტოს ასხამენ 500 მლ წყალს და ხარშავენ 300 მლ-მდე). სასკოლო ასაკის ბავშვებისათვის საცდელი საუზმის მოცულობა დაახლოებით 150-200 მლ-ია. კუჭის სეკრეციის ფიზიოლოგიურ სტიმულატორებად გამოიყენება: ჰისტამინი, ჰისტალოგი, პენტაგასტრინი.



სურათი მხ. კუჭის წვენის მიღება: ა — შტატივი, სინჯარები, ზონდი;
ბ — მანიპულაციის ჩატარების ტექნიკა

დუოდენალური ზონდირება კეთდება თორმეტგოჯა ნაწლავის წყენისა და ნაღვლის მისაღებად მათი გამოკვლევის, ასევე ნაღვლის ბუშტში ნაღვლის შეგუბების სამკურნალოდ და თორმეტგოჯა ნაწლავში მედიკამენტების შეყვანის მიზნით.

დუოდენალური ზონდირებისათვის წინააღმდეგჩვენებებია:

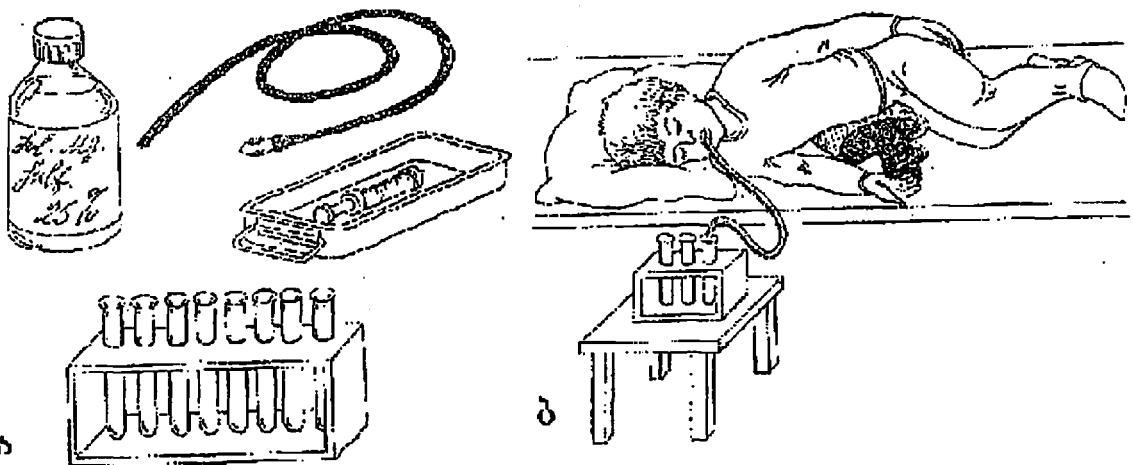
- კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება;
- მწვავე ანგიოქოლესისტიტი;

- საყლაპავის გუნების ვარიკოზული გაგანიერება;
- ბავშვის მიდრეკილება სპაზმური მდგომარეობებისადმი;
- ზედმეტი აგზნებადობა.

ზონდირება ხდება დუოდენური ზონდით (სურათი 87), რომელიც წარმოადგენს 3-5 მმ დიამეტრისა და 15 მ სიგრძის რეზინის მილს თავზე მეტალის ოლივიით. ზონდს სამი აღნიშვნა აქვს: პირველი — ბოლოდან 40-50 სმ-ზე, მეორე — 70 სმ და მესამე — ბოლოდან 80-90 სმ-ზე. პირველი აღნიშვნა მიუთითებს მანძილს საჭრელი კბილებიდან კუჭის შესასვლელამდე, მეორე — საჭრელი კბილებიდან ბილორუსამდე, მესამე — ფატერის დვრილამდე. თუმცა ასეთი ზომები შეესაბამება მხოლოდ 10 წელზე მეტი ასაკის ბავშვებს. რაც უფრო პატარაა ბავშვი, მით მოკლეა ზონდის კუჭსა და თორმეტგოჯა ნაწლავში შესაყვანი ბოლო. ახალშობილებში კათეტერი შეჰყავთ დაახლოებით 25 სმ-ზე, 6 თვის ბავშვში — 30 სმ-ზე, 1 წლის ასაკში — 35 სმ-ზე, 2-6 წლის ბავშვი — 40-45 სმ, 6-14 წლის ასაკში — 45-50 სმ.

შეყვანამდე ზონდი კარგად გარეცხილი, გამოსარშული და გაგრილებული უნდა იყოს. ზონდირებამდე 2-3 დღით ადრე ბავშვის საკვები რაციონიდან ამოღებული უნდა იქნეს ის პროდუქტები, რომლებიც ხელს უწყობენ დუდილის პროცესების გაძლიერებას და მეტეორიზმს: შავი პური, განუზავებელი რძე, კომბოსტო, კარტოფილი და პარკოსნები. თუ მხოლოდ ნაღვლის მიღება გვინდა, ციტოლოგიური, ბაქტერიოლოგიური და ბიოქიმიური გამოკვლევებისათვის, შესაძლებელი სპაზმის მოსახსნელად, ბავშვს წინა დღით ენიშნება სპაზმოლიტიკები: ბაბავერინი, ნო-შპა, ტიფენი ან 0,5 მლ 1 %-იანი ატროპინის ხსნარი. ნაღვლის გამოყოფის კინეტიკის დასადგენად ამის გაკეთება არ შეიძლება, ვინაიდან გლუვი კუნთების მოღუნება გააძლიერებს დისკინეზიის ტიპის დადგენას.

ზონდირება ტარდება სპეციალურ ოთახში. ბავშვს დასვავენ ტახტზე და აუხსნიან, რომ უნდა გადაყლაპოს ოლივა, როგორც ბლის კურკა. შემდეგ სთხოვენ, რომ გააღოს პირი, სუნთქვა უნდა იყოს მშვიდი და ღრმა, ენის ძირზე დაადებენ ოლივას და სთხოვენ გააკეთოს რამდენიმე ყლაპვითი მოძრაობა. ფრთხილად შეჰყავთ ზონდი, თან ბავშვი აგრძელებს ყლაპვით მოძრაობებს მცირედი შესვენებებით. როდესაც ზონდი ჩავა კუჭში პირველი აღნიშვნამდე, შეყვანას წყვეტენ, ბავშვს აწვენენ ტახტზე მარჯვენა გვერდზე და მენჯის ქვევით უდებენ ბალიშს ან რგოლს, რათა წელის ქვედა ნაწილი იყოს გულმკერდზე მაღლა. ასეთი მდებარეობა ხელს უწყობს ოლივის ადვილად გასვლას ბილორუსიდან. ბილორუსის სფინქტერის გახსნას აადვილებს სათბურის დადება მარჯვენა ფერდქვეშა არეში. მცირედი შესვენების შემდეგ ავადმყოფი კვლავ აგრძელებს ყლაპვით მოძრაობებს, რაც ხელს უწყობს ზონდის გადასვლას თორმეტგოჯა ნაწლავში. ამაზე მიუთითებს ზონდის ჩასვლა მეორე აღნიშვნამდე. ეს ხდება ზონდირების დაწყებიდან დაახლოებით 30-60 წუთის შემდეგ. ოლივის უფრო სწრაფად გადაადგილებას შეიძლება ხელი შეუწყოს შპრიცით კუჭის მუავე წველის ამოქაჩვამ, მუცლის ზედა ნაწილის მსუბუქმა მასაჟმა და კანქვეშ ატროპინის 0,5-1 მლ ხსნარის შეყვანამ.



სურათი 87. დუოდენალური ზონდირება: ა — შტატივი, სინჯარები, მაგნიუმის სულფატის 25%-იანი ხსნარი, ზონდი, შპრიცი; ბ — მანიპულაციის ტექნიკა

პერიოდულად ზონდიდან ამოქაჩულ შიგთავსს სინჯავენ ლაკმუსის ქაღალდით. თუ შიგთავსი კუჭიდანაა — ქაღალდი წითლდება, ხოლო თუ ნაწლავებიდან — ლებულობს ცისფერ შეფერილობას. ასევე თორმეტგოჯა ნაწლავის წვენი უფრო გამჭვირვალეა და ღია ყვითელი ფერისაა.

ნაღვლის ფრაქციული ამოღება შემდეგნაირად ხდება:

I ფაზა — იწყება ზონდის მოხვედრიდან თორმეტგოჯა ნაწლავში და გრძელდება 14-16 წთ. ამ დროის განმავლობაში სინჯარაში გროვდება ღია ყვითელი ფერის სითხე, რომელიც წარმოადგენს ნაღვლის საერთო სადინარის შიგთავსს.

II ფაზა — ოდის სფინქტერის დახურვა და ნაღვლის გამოყოფის შეწყვეტა მაგნეზიის ან სხვა გამაღიზიანებლის შეყვანის შემდეგ. ამ ფაზის ხანგრძლივობა 3 - 5 წუთია. თუ ნაღვლის გამოყოფა 10 წუთზე მეტი ხნით შეწყდა, ზონდით შეჰყავთ 0,5 %-იანი ნოვოკაინის ხსნარის 10 მლ. ნოვოკაინის შეყვანისთანავე ნაღვლის გამოყოფის დაწყება ოდის სფინქტერის სპაზმზე მიუთითებს.

III ფაზა — ნაღვლის A ულუფის მიღება (ნაღველმდენის გამოყენების შემდეგ ოდის სფინქტერის გახსნიდან ნაღვლის ბუშტის შეკუმშვის მომენტამდე პერიოდია). ამ ფაზის ხანგრძლივობა 3-5 წუთია.

IV ფაზა — ნაღვლის B ულუფის მიღება (ბუშტის შიგთავსი). ეს ფაზა იწყება, როდესაც ზონდიდან იწყებს გადმოსვლას ყავისფერი კონცენტრირებული ნაღველი. ფაზის ხანგრძლივობა 20-25 წუთია. B ულუფის შეგროვება უნდა მოხდეს ყოველ 5 წუთში სხვადასხვა სინჯარაში.

V ფაზა — C ულუფის გამოყოფა (ღვიძლის სადინარებიდან) იწყება მაშინ, როდესაც წყდება ბუჭი ყავისფერი ნაღველის გამოყოფა და ნაღვლის სადინარებიდან ისევ მოყვითალო ნაღველი გამოიყოფა.

ყოველ ფაზაში მიღებული ულუფების რაოდენობის მიხედვით შეიძლება ვიმსჯელოთ ნაღვლის გამომყოფი სისტემის მოტორულ ფუნქციაზე.

დუოდენალური ზონდირების შემდეგ მიღებული ნაღველი მაშინვე იგზავნება ანალიზისათვის. საჭიროების შემთხვევაში, ზონდირების დამთავრების შემდეგ, ზონდით შეიძლება ანტიბიოტიკების ან ნიტროფურანის ჯგუფის პრეპარატების შეყვანა.

თერაპიული ტუბაჟი. ნაღვლის დინების გაუმჯობესების და ნაღვლის სიბლანტის შემცირების მიზნით ტარდება ყრუ გამორეცხვა ანუ თერაპიული ტუბაჟი. მანიპულაცია ხელოს უწყობს ნაღვლის მჟავების სინთეზის პროცესს და აფერხებს ნაღველკენჭოვანი დაავადების განვითარებას. პროცედურის ჩატარებისათვის გამოიყენება საშუალო მინერალიზაციის მქონე გაზგაცლილი და 35-45°C-მდე შემთბარი ბორჯომი (7 წლამდე ასაკის ბავშვებში ნახევარი, უფრო მოზრდილებში — 1 ჩაის ჭიქა), რომელსაც შეიძლება დაემატოს თაფლი, გოგირდმჟავა მაგნეზია, სორბიტი ან ქსილიტი.

ტუბაჟი დილით უზმოზე ტარდება: ბავშვი სვამს თბილ მინერალურ წყალს და წვება მარჯვენა გვერდზე ფეხები მოხრილი აქვს მუხლებში; პირსახოცში გახვეულ სათბურს (წყლის ტემპერატურა არ უნდა აღემატებოდეს 55-70°C-ს) ადებენ ფერდქვეშ 40-60 წთ-ის განმავლობაში.

16.4.4. განავლის ანალიზის აღების ტექნიკა

განავლის გამოკვლევა ხდება ქიის კვერცხების აღმოჩენის, საჭმლის მონელების ხარისხის დასადგენად, ფარულ სისხლდენაზე, მიკრობული ფლორისა და დიზენტერიის ჯგუფის ბაქტერიების აღმოსაჩენად, ნაწლავებში ანთებითი პროცესის დიაგნოსტიკისათვის.

განავლის აღება ანალიზისათვის არ შეიძლება კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის კონტრასტული რენტგენოსკოპიის ჩატარებიდან 2-3 დღის განმავლობაში. ფარულ სისხლდენაზე განავლის გამოკვლევისას (გრეგერსენის მეთოდით) ბავშვის რაციონიდან ბოლო 3 დღის განმავლობაში ამოღებულ უნდა იქნეს ზორციანი და თევზის კერძები. კოპროლოგიური გამოკვლევის წინ ბავშვს არ უნდა მიეცეთ საკვები ან წამლები, რომლებიც შეცვლის განავლის ფერს და დათრგუნავს ნაწლავურ ფლორას.

განავლის შეგროვება უნდა მოხდეს სუფთა სტერილურ ქოთანში. ქოთნიდან განავალი სუფთა შპაღელით გადააქეთ სუფთა მინის ქილაში. ანალიზისათვის მასალა სხვადასხვა ნაწილიდან უნდა ავიღოთ და არ უნდა შეიცავდეს შარდის, ოყნის შემდგომი გამონარეცხის მინარევებს.

განავლის ანალიზი უნდა გაკეთდეს დეფეკაციიდან 5-მ საათის განმავლობაში. ჭიკბზე გამოკვლევისათვის, შემოადიწერილი წესის გარდა, შეიძლება აღებულ იქნეს ანაფსეკი ანალური ხვრელის ირგვლივი ნაოჭებიდან. დიზენტერიის ჯგუფის ბაქტერიების აღმოსაჩენად განავალს იღებენ ციმანის მინის წკირით უშუალოდ დეფეკაციის შემდეგ ქოთნიდან ან დასვრილი ჩვრებიდან. მინის წკირით განავალი თავსდება სტერილურ სინჯარაში შესაბამისი ნიადაგით, ახურავენ მარლის საცობს და მაშინვე იგზავნება ლაბორატორიაში გამოსაკვლევადა.

კითხვები:

1. რა თავისებურებებით ხასიათდება ბავშვის პირის ღრუ?
2. რა თავისებურებებით ხასიათდება ბავშვის საჭმლის მომწელებელი სისტემა?
3. როგორია კუჭის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი?
4. რა ძირითადი სიმპტომებია დამახასიათებელი კუჭ - ნაწლავის ტრაქტის დაავადებებისათვის?
5. როგორ მოეუაროთ ბავშვს ღებინების დროს?
6. როგორ უნდა მოეუაროთ ბავშვს მეტეორიზმისა და ყაბზობის დროს?
7. როგორ უნდა დავეხმაროთ ბავშვს ფაღარათის დროს?
8. როგორ დავეხმაროთ ბავშვს მუცლის ტკივილის დროს?
9. რა არის მარტივი დისპეფსია და როდის ვითარდება იგი?
10. დაახასიათეთ მსუბუქი, საშუალო და მძიმე დეჰიდრატაცია;
11. როგორია რეჰიდრატაციული ღონისძიებანი დიარეის დროს?
12. რა არის სტომატიტი?
13. რა იწვევს რძიანას?
14. როგორია პირის ღრუს დამუშავების წესი სტომატიტის დროს?
15. როგორია ღებინების ხასიათი პილოროსპაზმის დროს?
16. ჩამოთვალეთ პილოროსტენოზის კლინიკური ნიშნები;
17. მკურნალობის რა მეთოდები გამოიყენება პილოროსპაზმისა და პილოროსტენოზის დროს?
18. როგორია მწვავე გასტრიტის კლინიკური ნიშნები?
19. რა არის ბავშვთა ასაკში ქრონიკული გასტრიტისა და გასტროდუოდენიტის ძირითადი გამომწვევი მიზეზი?
20. ჩამოთვალეთ კუჭის ლორწოვანის აგრესიული და დაცვიითი ფაქტორები;
21. როგორია კვების ხასიათი წყლულოვანი დაავადების დროს?
22. დაახასიათეთ № 1 მაგიდის ვარიანტები;
23. ჩამოთვალეთ ქოლედისკინეზიის სახეები;
24. როგორია ქრონიკული ქოლედისტიტის კლინიკური ნიშნები?
25. რა არის პელმინთოზი?
26. დაახასიათეთ ასკარიდოზის კლინიკა;
27. რას გულისხმობს პელმინთოზის პროფილაქტიკა?
28. რა შემთხვევებში და როგორ უნდა ამოუვრცხოთ კუჭი ბავშვს?
29. რა და რა სახის ოყნები გამოიყენება და როგორია ოყნის ხმარების ტექნიკა?
30. რისთვის გეჭირდება კუჭის ზონდირება და როგორია მისი ტექნიკა?
31. როგორ კეთდება დუოდენალური ზონდირება?
32. რა ფაზებს მოიცავს ნაღვლის ფრაქციული ამოღება?
33. როგორია განავლის ანალიზისათვის აღების ტექნიკა?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. მიძღებ განყოფილებაში № საათზე შემოვიდა 9 თვის ბავშვი. დედის გადმოცემით ბავშვმა დღის განმავლობაში 4-5-ჯერ აღებინა. ღებინება უკავშირდება საკვებისა და წყლის მიღებას. ბავშვი ჭირვეულობს, საკვებს არ ღებულობს, ტემპერატურა — 37,5°C. ღებინების დაწყებას დედა უკავშირებს წინა დღით მომზადებული ხორცის ბულიონის მიცემას. რა პირველი დახმარება უნდა ჩაუტარდეს ბავშვს?
2. ბავშვთა თერაპიულ განყოფილებაში მწოლიარე 6 თვის ბავშვის დედამ მიმართა ექთანს, რომ საღამოს ბავშვი ჭირვეულობს, არ იძინებს, საკვების სრული მოცულობა არ მიიღო, შეაშინა, რომ მუცელი შებერილი აქვს, კუჭში მეორე დღეა არ გასულა. რა დახმარება უნდა აღმოეჩინოთ ბავშვს?

3. რა პირველი დახმარება ესაჭიროება ბავშვს მუცლის ტკივილის დროს?
 - ა. გამწმენდი ოყნა
 - ბ. ტკივილდამაყენებელი პრეპარატები
 - გ. ქირურგის კონსულტაცია
 - დ. კუჭის ამორეცხვა
 - ე. ექსიკოზია
4. რომელია კუჭის წველის ძირითადი ფერმენტი ადრეული ასაკის ბავშვებში?
 - ა. პეფსინი
 - ბ. ქიმოზინი
 - გ. ამილაზა
 - დ. ტრიფსინი
 - ე. მალტაზა
5. ბავშვი არის 30 დღის 9 - 10 დღის წინ დაეწყო ღებინება, ამონაღები მასა სჭარბობს მიღებული საკვების რაოდენობას. არ შეიცავს ნაღველს და აქვს უსიამოვნო სუნი. ბავშვს მაღა კარგი აქვს, მაგრამ წონაში იკლებს, კანი დანაოჭებულია. შარდვა — შემცირებული. თქვენი საფარეო დიაგნოზია:
 - ა. გაუგებლობა
 - ბ. თავის ტვინის სიმსივნე
 - გ. მწვავე გასტროენტერიტი
 - დ. ბილოროსტენოზი
 - ე. ბილოროსპაზმი
6. ღებინების დროს იქცევით შემდეგნაირად, გარდა:
 - ა. ბავშვს თავს შემოუბრუნებთ გვერდზე და აჩერებთ ამ მდგომარეობაში, სანამ ღებინება არ შეწყდება;
 - ბ. ბავშვს დასტოვებთ მარტო
 - გ. გულზე ააფარებთ მუშაშბას და პირთან მიუდგამთ თასს
 - დ. ღებინების შემდეგ პირის ღრუს გამოუსუფთავეთ გადადუღებული წყლით და სოდის 2 %-იანი ხსნარით
7. 10 წლის გავი 2 წელია უჩივის მოგვიანებითა და ღამის ტკივილის მუცლის არეში. განავლის კვლევა ფარულ სისხლდენაზე დადებითია. ბავშვის მამა ასევე უჩივის ტკივილის მუცლის არეში და დისპეფსიურ მოვლენებს (გულმძარვა, ბოყინი მკაფე აირით, ზოგჯერ ღებინება). თქვენი დიაგნოზია:
 - ა. მწვავე აპენდიციტი
 - ბ. ენტერობიოზით ინფაზია
 - გ. წყლულოვანი დაავადება
 - დ. გაუგებლობა
 - ე. მწვავე გასტრიტი
8. წყლულოვანი დაავადების დროს ტარდება ყველა ჩამოთვლილი კვლევა, გარდა:
 - ა. გასტროფიბროსკოპია
 - ბ. გულმკერდის „Ro“-გრაფია
 - გ. კუჭის წველის ფრაქციული მეთოდით კვლევა
 - დ. განავლის ანალიზი ფარულ სისხლდენაზე
 - ე. კუჭიდან აღებული ბიოპტატის მიკროსკოპული კვლევა
9. რა საშიშროებაა მოსალოდნელი შეუბოვარი ღებინების დროს?
 - ა. ექსიკოზი
 - ბ. ელექტროლიტური ცვლის მოშლა
 - გ. სისხლდენა კუჭ - ნაწლავის ტრაქტიდან
 - დ. პერიტონიტი
 - მ. მეტეორიზმის დროს გაატარებთ ყველა ღინისძიებას, გარდა:
 - ა. აირგამყვანი მილის გამოყენება
 - ბ. რაციონში უჯრედისისა და სახამებლის შემცველი პროდუქტების შემცირება
 - გ. გააქტივებული ნახშირის გამოყენება
 - დ. კუჭის ამორეცხვა
 - ე. ფერმენტების გამოყენება
11. კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან სისხლდენის დროს სახეზეა ყველა ქვემოჩამოთვლილი, გარდა:
 - ა. პეპატეპეზისი
 - ბ. მელენა
 - გ. განავალი თიხის ფერი
 - დ. სისხლის არტერიული წნევის დაქვეითება
 - ე. ტაქიკარდია
 - ვ. კანის სიფერმკრთალე
 - ზ. ციანოზი
12. გამწმენდი ოყნის გაკეთების ჩვენება:
 - ა. ნაწლავთა მოქმედების შეჩერება

ბ. მოწამვლა

გ. მსხვილი ნაწლავის მოშავდება ენდოსკოპიური და რენტგენოლოგიური კვლევისათვის

კ. მუცლის ღრუს ორგანოებზე ოპერაციის შემდგომი პიყელი დღეები

მ. რა მიზნით კეთდება პიპერტონული ოყნა?

ა. ორგანიზმში სითხის შეყვანა

ბ. ნაწლავების გათავისუფლება ატონური ყაბზობისას

გ. ნაწლავების გათავისუფლება სპასტიკური ყაბზობის დროს

დ. შემუბების წინააღმდეგ

მოვლა თირკმელებისა და შარდგამომყოფი გზების ანატომო-
დაანატომიკური ღრუს

17.1. თირკმლისა და შარდგამომყოფი გზების ანატომო-
ფიზიოლოგიური თავისებურებანი

თირკმელი ნორმალურ პირობებში ორ ძირითად ფუნქციას ასრულებს: არეგულირებს უჯრედგარეთა სითხის შედგენილობას და მჟავა-ფუძოვან წონასწორობას, უზრუნველყოფს ორგანიზმიდან ტოქსიკური ნივთიერებებისა და მეტაბოლიზმის პროდუქტების გამოყოფას.

თირკმელებისა და საშარდე სისტემის გამომყოფი ფუნქცია მიმართულია ორგანიზმის შინაგანი გარემოს მუდმივობის შესანარჩუნებლად. ეს ფუნქცია გორგლებში წყლის, ელექტროლიტებისა და აზოტური ცვლის ნარჩენი პროდუქტების ულტრაფილტრაციით, თირკმლის მილაკებში სხვადასხვა ნივთიერების აქტიური რეაბსორბციითა და სეკრეციით ხორციელდება.

თირკმელი შინაგანი სეკრეციის ფუნქციასაც ასრულებს: გამოიმუშავებს ერთორთბოეტილებს, რენინს, უროკინაზას და ადგილობრივ ქსოვილოვან ჰორმონებს (კინინებსა და პროსტაგლანდინებს), ხელს უწყობს D-ვიტამინის აქტიურ ფორმაში გარდაქმნას.

თირკმელი წყვილი ორგანოა, მდებარეობს ზერზელის ორივე მხარეს. დაბადებისას თირკმლის წონა 11-12 გრამია, მე-5-მ თვეზე ორმაგდება, 1 წელზე სამმაგდება, სქესობრივი მომწიფებისათვის კი 10-ჯერ მატულობს. რაც უფრო მცირე ასაკისაა ბავშვი, მით უფრო მაღლა მდებარეობს თირკმელის ზედა პოლუსი — ახალშობილებში გულმკერდის XI მალის ქვედა კიდეზეა, 1 წლის ასაკში — XII მალის ქვედა კიდეთან, ხოლო 2 წლის ასაკში — წელის I მალის დონეზე ჩამოდის. მარჯვენა თირკმელი შედარებით მცირეა და ღვიძლის ზეწოლის გამო 0,5 სმ-ით უფრო ქვემოთ მდებარეობს, მარცხენა თირკმელთან შედარებით. 2-3 წლამდე ბავშვებში თირკმელს წილაკოვანი შესახედაობა აქვს.

თირკმელი დაფარულია თხელი გარსით, რომელიც ორი შრისაგან შედგება: გარეთა გარსი შემაერთებულქსოვილოვანია, სიფრიფანა, გამჭირვალეა, ადვილად სცილდება თირკმელს, შიგნითა შრე კუნთოვან ბოჭკოებსაც შეიცავს და მჭიდროდ არის დაკავშირებული თირკმელის ქსოვილთან. თირკმელი მოთავსებულია ცხიმოვან ბუდეში.

თირკმელის ქსოვილი ქერქოვანი და ტვინოვანი შრისაგან შედგება (სურათი 88); ტვინოვანი შრეში მოთავსებულია თირკმლის ფიალები, საიდანაც იწყება შარდის გამომტანი ანუ საშარდე გზა. ამ გზის შემადგენლობაში შედის მცირე და დიდი ფიალები, თირკმლის მენჯი, საშარდე გზა გრძელდება შარდსაწვეთით, შარდის ბუშტით და შარდსადენით.

თირკმლის უმცირესი ანატომიური და ფუნქციური ერთეული არის ნეფრონი, რომელიც შედგება სისხლძარღვოვანი (გორგლები) და მილაკოვანი ნაწილებისაგან. ყოველ გორგალში საშუალოდ 50 კაპილარია. მარყუჟებად დალაგებული კაპილარები შემოკრულია აპიკით, რომელსაც უმღლიანსკი-ბოუმენის კაფსულა, ხოლო მთელ ამ წარმონაქმნს — მალპიგის გორგალი ეწოდება. გორგალის გარშემო მილაკოვანი სისტემაა განლაგებული. მილაკები უშუალოდ ბოუმენის კაფსულიდან იწყება, ჯერ კლაკინილი (პროქსიმალური მილაკები), შემდეგ სწორდება და ჰენლეს მარყუჟს ქმნიან. ეს მარყუჟი კვლავ უახლოვდება ბოუმენის კაფსულას და კუნთოვან-ეპითელიურ კეანძს ქმნის, რომელსაც იუქსტაგლომერულური (გორგლისახლო) აპარატი ეწოდება. ამ წარმონაქმნს მიაწერენ მთავარ როლს რენინის წარმოშობაში, რომელიც სისხლის არტერიული წნევის რეგულატორია.

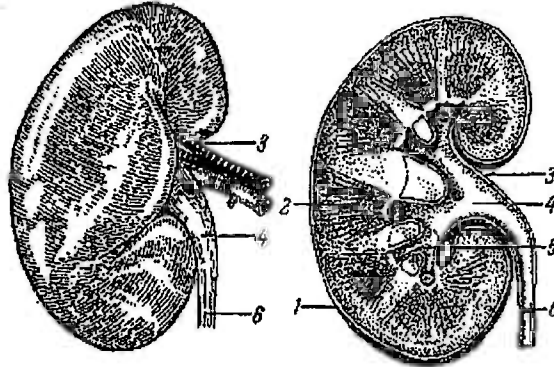
ჰენლეს მარყუჟის ტოტი მეორე რიგის დისტალურ კლაკინილ მილაკში გადადის და შემკრებ მილაკს უერთდება. 7-7 ასეთი მილაკი ერთად ჯგუფდება და თირკმლის ღვრილის ზედაპირიდან თირკმლის ფიალაში იხსნება; თითო ფიალაში 13-14 ასეთი ჯგუფია.

სისხლის ფილტრაცია ხდება გორგლებში, ნეფრონის მილაკოვან აპარატში (პროქსიმალურ და დისტალურ მილაკებში) წარმოებს რეაბსორბცია და სეკრეცია.

ახალშობილი და ჩვილი ბავშვის ნეფრონის გარკვეული მორფოფუნქციური უმწიფრობა ახასიათებს. გორგლოვანი ფილტრაცია ბავშვებში მოზრდილებთან შედარებით ხასიათდება

კომპენსატორული შეზღუდვით, რაც ადრეული ასაკის ბავშვთა კვების ხასიათზეა დამოკიდებული: ბუნებრივი კვების დროს ორგანიზმის პოპეოსტაზი უზრუნველყოფილია.

ჩველი ასაკის ბავშვებში მილაკოვანი აპარატის რეაბსორბციული და სეკრეციული ფუნქციაც არასრულფასოვანია, ამიტომ შარდის კონცენტრაციის და განზავების უნარი შეზღუდულია. ეს ფუნქციური თავისებურება 1 წლის შემდეგ თანდათან სრულყოფილი ხდება და 7 წლის ასაკში მოზრდილის მსგავსი ხდება. შარდის შეფარდებითი სიმკვრივე დაბადების მომენტისათვის მაღალია (1006-1018), ჩვილებში იგი დაბალია (1003-1005), ასაკის მატებასთან ერთად იზრდება და 3-5 წლისათვის 1009-1016-ს უტოლდება.



სურათი მმ. თირკმლის შენება: 1 — ქერქული შრე 2 — თირკმლის პირამიდა;
3 — თირკმლის კარი; 4 — თირკმლის მენჯი; 5 — თირკმლის მცირე
და დიდი ფიადლები; 6 — შარდსაწვეთი

ახალშობილის შარდის ბუშტის მოცულობა 30 მლ-ია, 1-3 წლის ასაკში — 60 მლ, 3-5 წლამდე ასაკში — 90 მლ, 5-9 წლის ასაკში — 150 მლ, სასკოლო ასაკიდან 300 მლ-ს უტოლდება. ახალშობილები დღე-ღამეში 20-25-ჯერ შარდავენ, ჩვილები — 15-ჯერ, 2-3 წლის ასაკში შარდვის სიხშირე 10-ია, სკოლამდელ ასაკში კი 6-7-ს უდრის.

სიცოცხლის პირველ თვეებში შარდვის აქტი უპირობო რეფლექსია და დაკავშირებულია შარდის ბუშტის გადავსებასთან. პირობითი რეფლექსის გამოშვების მიზნით, აუცილებელია 3-4 თვის ასაკიდან ბავშვმა მოშარდოს გადაყენების შემდეგ (ძილის წინ და ყოველი კვებიდან 15-20 წუთის შემდეგ). ქოთანზე ბავშვი უნდა დაჯდეს მხოლოდ მას შემდეგ, როდესაც იგი დამოუკიდებლად შეძლებს ჯდომას.

შარდის სადღეღამისო რაოდენობა მიახლოებით შეიძლება განისაზღვროს ფორმულით: $600 + (100 \times (n - 1))$ მლ, სადაც n -წლების რიცხვია, ხოლო 600 — ერთი წლის ბავშვის სადღეღამისო დიურეზი.

ბავშვის შარდის ფერი ადვილად იცვლება და დამოკიდებულია მის კონცენტრაციაზე.

შარდგამომყოფი სისტემის დაავადებების დროს უფრო ხშირად საქმე გვაქვს მისი სხვადასხვა ნაწილის ერთდროულ დაზიანებასთან, მაგრამ ყოველ ცალკეულ შემთხვევაში მაინც შესაძლებელია წამყვანი სინდრომის გამოყოფა, ასეთია: გორგლოვანი, მილაკოვანი, შარდგამომყოფი გზების დაზიანების და თირკმლის უკმარისობის სინდრომები.

17.2. მოვლა საშარდე სისტემის დაავადებების დროს

17.2.1. ენურეზი

ენურეზი, ანუ უნებლიე შარდვა ბავშვთა ასაკში გავრცელებული მდგომარეობაა. იგი უფრო ხშირია ვაჟებში, ვიდრე გოგონებში. უნებლიე შარდვას შეიძლება ადგილი ჰქონდეს დღის განმავლობაში ან მხოლოდ ღამით, ზოგჯერ იგი შერეულია (დღისა და ღამის ენურეზი). დღის ენურეზის დროს, ბავშვის ასაკის მატების (5 წელი და მეტი) მიუხედავად, შარდვის აქტზე კონტროლი არ არის ფორმირებული. ღამის ენურეზია, როდესაც ნებით მოშარდვის ჩვევა გამოშვებულია, მაგრამ ღამით ადგილი აქვს უნებლიე შარდვას.

ენურეზი შეიძლება იყოს პირველადი, როდესაც ბავშვი შარდვის აქტზე კონტროლს ვერასოდეს ვერ ახერხებდა და მეორადია, როდესაც ხანგრძლივი დროის განმავლობაში შარდვის აქტი ბავშვის ნებაზე იყო დამოკიდებული, რის შემდეგაც განვითარდა ან განახლდა უნებლიე შარდვა.

ენურეზის განვითარების მიზეზების დადგენა უმეტესად გამსწავლებულია. იგი ხშირად მემკვიდრეობითი ხასიათისაა, ზოგჯერ ვითარდება საშარდე გზების ანომალიის ან ინფექციის ფონზე, სუსტი ფიზიკური განვითარების ბავშვებში, ცნს იმ ცენტრების მომწიფების ტემპების შეფერხებისას, რომლებიც შარდვის აქტის ფუნქციას არეგულირებს. ღამის ენურეზი უმეტესად მოუსვენარ, ზედაპირულ ძილთან ან ღრმა ძილთან (გამოფხიზლების დარღვევით) არის დაკავშირებული; ფსიქოლოგიური ფაქტორებიდან აღსანიშნავია ისეთი სიტუაციები, როგორიცაა ოჯახში მორიგი ბავშვის გაჩენა, საცხოვრებელი ბინის შეცვლა, უნებლიე შარდვის სახით ბავშვის პროტესტი დედის მკაცრი დამოკიდებულების საპასუხოდ და სხვ.

ენურეზით დაავადებულ ყველა ბავშვს გამოხატული აქვს ქცევის დარღვევები: ისინი გაუბედავები, გულჩათხრობილები, ფიცხები და გაუწონასწორებლები არიან, არა აქვთ საკუთარი თავის რწმენა.

ექიმის უპირველესი მოვალეობაა დაარწმუნოს დედა, რომ გაგებით მოეკიდოს ბავშვის პრობლემას, არ იყოს უხეში და არ დასაჯოს იგი. წინაღმდეგ შემთხვევაში ბავშვს გაუძლიერდება დანაშაულისა და შიშის გრძნობა. მედღამ უნდა შეასწავლოს დედასა და ბავშვს როგორ შეავსოს და აწარმოოს სპეციალური დღიური, სადაც აღნიშნული იქნება „შშარალი“ და „სველი“ ღამეები. „შშარალი“ ღამეებისათვის, ბავშვი უნდა შეაქონ, მიიღოს პრიზი; მკაცრად უნდა იყოს დაცული დღის რეჟიმი: ღამის საათებში შემცირებული უნდა იქნეს სითხის მიცემა, ძილის წინ აუცილებლად უნდა მოშარდოს, შემუშავებული უნდა იქნეს ღრმა ძილის დროს ბავშვის გაღვიძების რიტმი.

შარდის შეუკავებლობისას ბავშვი იცავს წოლით რეჟიმს. უდგამენ რეზინის ღამის ჭურჭელს, შუშის ან მომინანქრებულ შარდის რეზერვუარს. მოსიარულე ავადმყოფებისათვის არსებობს სპეციალური ელასტიკური საშარდე რეზერვუარი, იხმარება „პამპერსი“.

შარდის შესაგროვებელი ჭურჭელი ყოველდღიურად უნდა გაირეცხოს ცხელი, საპნოანი წყლით და დამუშავდეს კალიუმის პერმანგანატის ან ქლორამინის სუსტი ხსნარით.

შარდის შეუკავებლობისას ავადმყოფი დღეში რამდენიმეჯერ უნდა ჩაიბანოს საპნოანი წყლით და გამშრალდეს; ასეთ ავადმყოფებს ხშირად უცვლიან ტანსაცმელსა და საფენებს, ზეწირის ქვეშ უგებენ მუშამბას ან სარგებლობენ „პამპერსით“.

ენურეზის მედიკამენტური მკურნალობის მიზნით გამოიყენება SD-ადიურეტიკი (დექსმეფენადინი) ინტრანაზალურად წვეთების სახით: 2-4 წვეთი ორ-სამჯერ დღეში ან 2-მ წვეთი ძილის წინ.

17.2.2. შარდის შეკავება

შარდის შეკავებაა, როდესაც გადავსებულია შარდის ბუშტი და მიუხედავად ხშირი და მტკივნეული მცდელობისა, ავადმყოფი დამოუკიდებლად ვერ შარდავს. ზოგი ბავშვი ვერ შარდავს მისთვის უჩვეულო პირობებში: მაგ. ჰორიზონტალურ მდგომარეობაში ან სხვა ხალხის თანდასწრებით. შარდის შეკავება შესაძლოა გამოწვეული იყოს შარდვისას ტკივილის შიშით (ცისტიტის დროს, ცისტოგრადიის ან ცისტოსკოპიის ჩატარების შემდეგ).

შარდის მწვავე შეკავებისას სათბურს ათავსებენ ბოქვენის არეში ან ბავშვს სვამენ ცხელ აბაზანაში. ზოგჯერ შარდის რეფლექსი იწვევა წყლის ხმაზე. თუ ეს მეთოდები არაეფექტურია, უნდა ჩატარდეს (ექიმის კონტროლით) მედიკამენტური მკურნალობა გუნთთა ტონუსის ამწევი საშუალებებით. უეფექტობის შემთხვევაში კეთდება შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია.

17.2.3. თირკმლის კოლოკა

თირკმლის ჭვალის (თირკმელ-კენჭოვანი დაავადების) დროს ავადმყოფს ზოგჯერ წელისა და მუცლის არეში უეცრად ეწყება უმძაფრესი მწვავე ტკივილი კენჭის (კრისტალების) გადანაცვლების შედეგად. შეტევა ხშირად ვითარდება ფიზიკური დატვირთვისას ან რყევის დროს. ტკივილი ხშირად გადაეცემა საზარდულის არეში, სასქესო ორგანოში. შეტევას თან ახლავს გახშირებული შარდვა, ჭინთვები, ტკივილი შარდვისას, მუცლის შებერილობა, რაც ზოგჯერ ემლებათ ნაწლავთა გაუფალობაში ან მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებაში. თირკმლის ჭვალს ახასიათებს ძლიერი მოუსვენრობა, ზოგჯერ პემატურია.

ამ დროს აუცილებელია ავადმყოფის გათბობა, თბილი აბაზანა, სათბური წელის არეში, 1%-იანი ატროპინი კანქვეშ, ბარალგინი (ვენაში, კუნთებში), ტრამალი (ვენაში), პრომედოლი კუნთებში, წელის პარანევრალური ბლოკადა ნოვოკაინით.

17.2.4. მწვავე გლომერულონეფრიტი

მწვავე გლომერულონეფრიტის დროს უბირატესად თირკმლის გლომერულური აპარატი ზიანდება. იგი ციკლურად მიმდინარე იმუნოკომპლექსური დაავადებაა და ვითარდება ინფექციური (უბირატესად, სტრეპტოკოკური ეტიოლოგიის) დაავადების გადატანიდან 1-3 კვირის შემდეგ.

ეტიოლოგია. მწვავე გლომერულონეფრიტის ძირითადი გამომწვევია A ჯგუფის β ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი, მისი ნეფრიტოგენური შტამები (მე-4, მე-12, მე-25). ზოგჯერ დაავადება ვითარდება ვირუსული ინფექციის გადატანის ან უცხო ცილის შეყვანის შემდეგ. მწვავე გლომერულონეფრიტის განვითარებას ხელს უწყობს ორგანიზმში ქრონიკული ანთებითი კერების არსებობა, გადაციება.

კლინიკა. მწვავე გლომერულონეფრიტი რომელიმე ინფექციური დაავადების (ანგინა, ქუთურუშა, პიოდერმია, ვირუსული ინფექცია) გადატანიდან 7-21 დღის შემდეგ იწყება. დაავადება ხასიათდება ექსტრარენული ნიშნებითა (შეშუპება, ჰიპერტენზია) და შარდის სინდრომით. ე. წ. კლინიკური გამოვლინების პერიოდში აღვილი აქვს ქუთუთოებისა და სახის მიდამოს შეშუპებას, რომელიც ვრცელდება მთელ სხეულზე და სისხლის არტერიული წნევის (როგორც მაქსიმალური, ასევე მინიმალური მაჩვენებლის) მნიშვნელოვანი მომატებით. ბავშვი უჩივის უმადობას. ზოგად სისუსტეს, თავის ტკივილს, ზოგჯერ გულზიდვასა და ღებინებას. შარდის რაოდენობა მცირდება (ოლიგურია) და ღებულობს „ხორცის ნარეცხის“ ფერს (მაკროჰემატურია).

ლაბორატორიული გამოკვლევით ვლინდება ზომიერი პროტეინურია, მნიშვნელოვანი მაკრო- და მიკროჰემატურია, ცილინდრურია. გორგლოვანი ფილტრაციის დაქვეითება ტრანსისტორული ხასიათისაა. შესაძლებელია განვითარდეს სწრაფად წარმატადი აზოტემია და კრეატინემია. ჰემოგრამაზე სპეციფიკური ცვლილებები არ აღინიშნება. სისხლში კომპლემენტის დონე დაქვეითებულია, როგორც ასევე სწრაფად ნორმალიზდება.

მწვავე გლომერულონეფრიტის კლინიკური გამოვლენის პერიოდი 1-15 თვე გრძელდება. იგი იცვლება კლინიკური ნიშნების ჩათაგების პერიოდით, როდესაც თვალსაჩინოა მხოლოდ შარდის სინდრომი, რომელიც ძირითადად მიკროჰემატურიით ვლინდება. შემდეგ დგება მყარი კლინიკურ-ლაბორატორიული რემისია.

მწვავე გლომერულონეფრიტის კლინიკური გამოვლენის პერიოდში, როდესაც სახეზეა შეშუპება და ჰიპერტენზია, შეიძლება განვითარდეს რენული ეკლამფსია (ანგიოსპაზმური ენცეფალოპათია და ტვინის შეშუპება), თირკმლის მწვავე უკმარისობა (ანურიის ფონზე) და გულის მწვავე უკმარისობა.

მკურნალობა. მწვავე გლომერულონეფრიტის დროს მიზანშეწონილია წოლითი რეჟიმი (3-4 კვირა). ამავე პერიოდში შეზღუდულია სითხის, მარილის და ცილის გამოყენება. შეშუპების დაცხრობის შემდეგ ავადმყოფს ხელზე ეძლევა 0,5-1 ჰ სუფრის მარილი დღე-ღამეში, შემდგომში მისი რაოდენობა თანდათან იზრდება. დღე-ღამეში მისაღები სითხის რაოდენობა განისაზღვრება წინა დღის დიურეზის გათვალისწინებით, რასაც ემატება 300-400 მლ სითხე. სტაციონარიდან

გაწერის შემდეგ ერთი წლის მანძილზე ავადმყოფს ეკრძალება ხორცისა და თევზის ნახარში, შებოლილი და დაკონსერვებული პროდუქტები, მწარე და ცხარე საკვები.

დაავადების აქტიურ პერიოდში გამოიყენება ანტისტრებტოკოკური ანტიბიოტიკები (პენიცილინი, ერითრომიცინი). ნაჩვენებია ანტიაგრეგაციული თვისების მქონე დიპირიდამოლი (კურანტილი) — 5 მგ/კგ მასაზე.

გამოხატული შეშუპების და ოლიგურიის დროს ინიშნება ჰიპოტენზური საშუალებები და დიურეტიკები.

რენული ეკლამსიის სასწრაფო დახმარებას წარმოადგენს ლაზიქსის (5 მგ/კგ მასაზე) და რელანიუმის (დიაზეპამის) გენაში შეყვანა. თირკმლის მწვავე უკმარისობის დროს ნაჩვენებია ჰემოდიალიზის სესიები (თირკმლის ფუნქციის გაუმჯობესებამდე).

პროგნოზი. 95-98%-ში გამოჯანმრთელებით მთავრდება. იშვიათად, დაავადება სწრაფად პროგრესირებად ხასიათს იღებს.

17.2.5. ქრონიკული გლომერულონეფრიტი

ქრონიკული გლომერულონეფრიტი არ არის სპეციფიკური ნოზოლოგიური ერთეული. ეს არის ჯგუფი დაავადებებისა, რომელთა უმრავლესობა ხანგრძლივი, შეუქცევადი და პროგრესირებადი მიმდინარეობით ხასიათდება.

ეტიოლოგია. დაავადების განვითარების მიზეზი უმეტესად უცნობია. უკანასკნელ წლებში მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება B ჰეპატიტის ვირუსის ციოვან ანტიგენს (ავსტრალიური ანტიგენი) და სხვა ენდო- და ეგზოგენურ ანტიგენებს.

ქრონიკული გლომერულონეფრიტის უმრავლესობა იმუნურკომპლექსურია, დაავადების განვითარებაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს შენელებული ტიპის ზემოქმედება.

კლინიკა. ქრონიკული გლომერულონეფრიტი კლინიკურად შეიძლება ჰემატურიული, ნეფროზული და შერეული ფორმით გამოვლინდეს.

ჰემატურიული ანუ ნეფრიტული ფორმის წამყვან ნიშანს შარდის სინდრომი მიკრო- და მაკროჰემატურია, ზომიერი პროტეინურია და ცილინდრურია წარმოადგენს. ექსტრარენული ნიშნები: შეშუპება, ჰიპერტენზია იშვიათად არის გამოხატული, თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობა შენარჩუნებულია. შარდში ცვლილებები მცირეა, მიკროჰემატურია ცვალებადი ინტენსივობით გვხვდება. ზოგჯერ საყურადღებოა მორეციდივე მიკრო- და მაკროჰემატურია (ბერეეს დაავადების დროს). ქრონიკული გლომერულონეფრიტის ჰემატურიული ფორმა წლობით მიმდინარეობს. იგი შედარებით კეთილთვისებიანი ხასიათისაა.

ნეფროზული ფორმის ძირითად კლინიკურ-ბიოქიმიურ სიმპტომკომპლექსს წარმოადგენს მასიური და სტაბილური შეშუპება, მნიშვნელოვანი პროტეინურია, რომელიც დღე-ღამეში 3 გ-ს სჭარბობს, ცილოვანი და ლიპიდური ცვლის მოშლა. ქრონიკული გლომერულონეფრიტის დროს ნეფროზული სინდრომი თანდათან ვლინდება. იზოლირებული პროტეინურია თვეებისა და ზოგჯერ წლების მანძილზე აღინიშნება, რომელსაც შემდეგ თან ერთვის შეშუპება და ნეფროზული სინდრომისათვის დამახასიათებელი სხვა კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოვლინებანი. პროტეინურია, ქრონიკული გლომერულონეფრიტის დროს, არასელექციურია (გორგალი ატარებს მაღალმოლეკულურ პროტეინის მძიმე დაზიანების გამო), რომელიც არ ემორჩილება მკურნალობას. მდგომარეობა უარესდება ინტერკურენტული ინფექციის თანდართვის შედეგად. ხანგრძლივი დროის განმავლობაში თირკმლის ფუნქცია შენარჩუნებულია. ქრონიკული გლომერულონეფრიტის ნეფროზულ ფორმას მორფოლოგიურად მემბრანული გლომერულონეფრიტი შეესაბამება.

ქრონიკული გლომერულონეფრიტის შერეული ფორმა ხასიათდება შედარებით მძიმე მიმდინარეობით, თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობის სწრაფი მოშლითა და ქრონიკული უკმარისობის განვითარებით. ამ ფორმის ძირითადი კლინიკური გამოვლინებაა შეშუპება, მნიშვნელოვანი პროტეინურია, ცილოვანი და ლიპიდური ცვლის დარღვევა, მცირე ჰიპერტენზია და ჰემატურია.

ქრონიკული გლომერულონეფრიტი მიმდინარეობს გამწვავებით და რემისიით.

დიაგნოზი. ქრონიკული გლომერულონეფრიტის დიაგნოზი ექყარება ანამნეზის, ექსტრაურენული და შარდის სინდრომის მონაცემებს, თირკმლის ფუნქციურ მდგომარეობას. აუცილებელია თირკმლის ბიოფიზიკური ჩატარება მორფოლოგიური ვარიანტის დადგენის მიზნით.

მკურნალობა. მნიშვნელოვანია საკვებში ცილის შემცველობის შემცირება. საკვებიდან უნდა გამოსარიცხოს ხორცისა და თევზის ნახარში, დაკონსერვებული პროდუქტები, ცხარე საკვები.

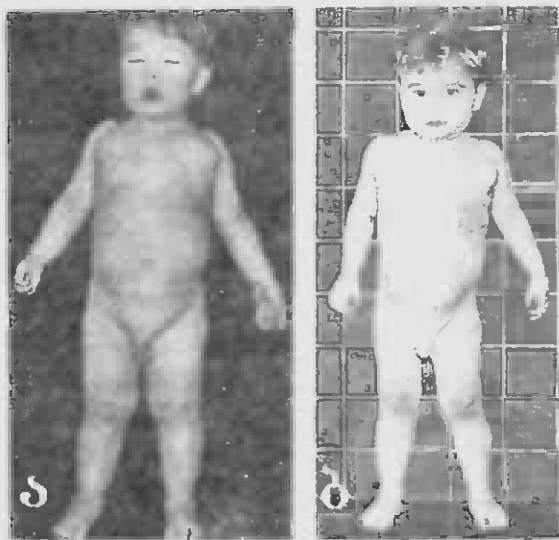
ქრონიკული გლომერულონეფრიტის ნეფროზული და შერეული ფორმების დროს მკურნალობის მიზნით გამოიყენება პრედნიზოლონი, პეპარინი (100-200 სკ/კგ მასაზე), დიბროდამოლი და ციტოსტატიკი (აზატაპრინი, ლუიკერანი ან ცნდოქსანი). ძირითადი მკურნალობის პარალელურად ტარდება სიმპტომური თერაპია (ჰიპოტენზური, დიურეზული და ა. შ.). მძიმე შემთხვევებში ნაჩვენებია პლაზმაფერეზი და თირკმლის ტრანსპლანტაცია.

17.2.6. იდიოპათიური ნეფროზული სინდრომი

იდიოპათიური ნეფროზული სინდრომი ანუ ლიმბიდური ნეფროზი ბავშვთა ასაკის დაავადებაა. როგორც წესი, დაავადება 5 წლამდე ასაკში, უმეტესად ვაჟებში ვითარდება. დაავადების ძირითად გამოვლინებას ნეფროზული სინდრომი წარმოადგენს, რომლის წამყვანი კლინიკურ-ბიოქიმიური სიმპტომკომპლექსია მნიშვნელოვანი პროტეინურია (ცილის დღე-ღამის ექსკრეცია 2-3.5 გ და მეტია), მასიური და სტაბილური შეშუპება, ცილოვანი და ლიმბიდური ცვლის დარღვევა.

ლიმბიდური ნეფროზის ეტიოპათოგენეზის საკითხი კვლევის პროცესშია. დაავადებულითა უმეტესობას აქვს დატვირთული ალერგიული ანამნეზი. ხშირად დაავადების განვითარება დაკავშირებულია ძროხის რძის, პომიდორის, მარწყვისა და სხვა ტროფოალერგენების გამოყენებასთან, მცენარის, ოჯახის მტვრის, ცხოველის ბეწვის და სხვა რესპირაციულ ალერგენებთან კონტაქტისას. ამ ავადმყოფთა სისხლში მომატებულია IgE-ის შემცველობა.

კლინიკა. ლიმბიდური ნეფროზის კლინიკური ნიშნები, განსხვავებით ქრონიკული გლომერულონეფრიტის ნეფროზული ფორმისაგან, სწრაფად ვითარდება: შეშუპება სახის მდამოდან მთელ სხეულზე გრძელდება (სურათი მშ), ბავშვი მოდუნებულია, აღენიშნება უმადობა, სისხლის არტერიული წნევა ნორმალურია. თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობა შენარჩუნებულია.



სურათი მშ. იდიოპათიური ნეფროზული სინდრომი:

ა — ავადმყოფი (2 წლის) მასიური შეშუპებით; ბ — იგივე ბავშვი მკურნალობის შემდეგ

დაავადებას ტალღისებური მიმდინარეობა აქვს. არჩევენ ხშირად (6 თვეში 2-3-ჯერ) და იშვიათად (6 თვეში ერთხელ) მორეციდივე ფორმებს, ძალზე იშვიათია სპონტანური რემისია. ყოველი რეციდივის დროს პრედნიზოლონით მკურნალობა, განსხვავებით ქრონიკული გლომერულონეფრიტისაგან, იძლევა სრულ კლინიკურ-ლაბორატორიულ რემისიას. რეციდივის რიცხვი ასაკის მატებასთან ერთად მცირდება და 13-15 წლის ასაკში გამოჯანმრთელებით მთავრდება.

მნიშვნელოვანი პროტეინურია (3 გ და მეტი დღე-ღამეში) სელექციურია (თირკმლის გორგალი ატარებს მხოლოდ დაბალმოლეკულურ პროტეინს). ჰემოგრამაზე საყურადღებოა ედსის მომატება. სისხლში დაქვეითებულია საერთო ცილისა და ალბუმინების დონე, ქოლესტერინისა და ლიპოპროტეიდების შემცველობა მომატებულია.

მკურნალობა. წოლითი რეჟიმი ნაჩვენებია შეშუპების დაცხრომამდე. მისაღები სითხის რაოდენობის მკაცრი შეზღუდვა არ არის მიზანშეწონილი.

ძირითად სამკურნალო საშუალებას პრედნიზოლონი წარმოადგენს, რომლის მაქსიმალური დოზა (2 მგ/კგ მასაზე) გამოიყენება სრული კლინიკურ-ლაბორატორიული რემისიის მიღებამდე. რემისიის მიღების შემდეგ მკურნალობა გრძელდება სხვადასხვა მეთოდით. პრედნიზოლონდამოკიდებული ფორმების ან ხშირად მორეციდივე ვარიანტების დროს ნაჩვენებია ციტოსტატიკები (ლეიკერანი, ენდოქსანი) და ციკლოსპორინი A.

სიმპტომური საშუალებების სახით ძირითადად იხმარება დიურეტიკები (ლაზიქსი, მანიტი).

დაავადება გამოჯანმრთელებით მთავრდება.

17.2.7.- პიელონეფრიტი

პიელონეფრიტი თირკმლის მენჯ-ფეილოვანი სისტემის და ინტერსტიციული ქსოვილის ინფექციური ბუნების ანთებითი დაავადებაა.

დაავადებას იწვევს, როგორც გრამუარყოფითი (ნაწლავის ჩხირი, ფულგარული პროტეა, ენტეროკოკი), ასევე გრამდადებითი (ოქროსფერი სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი და სხვ.) მიკრობები, ვირუსები და მიკოპლაზმები, მიკრობის L ფორმები და მიკრობისა და ვირუსის ასოციაცია.

არჩევენ მწვავე და ქრონიკულ, პირველად და მეორად პიელონეფრიტებს. პიელონეფრიტის დროს მიკრობებით თირკმლის დაზიანება არათანაბრად ხდება, ამიტომ დაავადება უბირატესად ცალმხრივია.

თირკმლის ქსოვილში ინფექცია პემატოგენური, ლიმფოგენური ან ალმავალი გზით ხდება. ალმავალი გზით ინფექციის მოსვენება განსაკუთრებით ხშირია გოგონებში; მათ მოკლე და განიერი შარდსაწვეთი აქვთ და გარეთა სასქესო ორგანოებიდან ინფექციის შეჭრა გაადვილებულია. ინფექციის გავრცელების ლიმფოგენური გზა ნაკლები მნიშვნელობისაა.

პიელონეფრიტის, კერძოდ, მისი მეორადი ფორმის განვითარების საფუძველია შარდის დინების დარღვევა, რომლის მიზეზი მრავალია: თირკმლისა და საშარდე გზების ანომალია, შარდის ბუშტიდან შარდის რეტროგრადიული დინება (რეფლუქსი) და სხვ.

კლინიკა. მწვავე პიელონეფრიტის დროს წამყვანი კლინიკური ნიშნებია ინტოქსიკაცია, ტკივილის სინდრომი და შარდის მხრივ ცვლილებები. დაავადება იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით, შეტყინებით, თავის ტკივილით, საერთო სისუსტით, ოფლიანობით, გამოხატულია უმადობა, სიფერმკრთალო, ზოგჯერ ღებინება. ავადმყოფს აღენიშნება ტკივილი წელისა და მუცლის არეში, ტკივილი ასიმეტრიულია, ლოკალიზდება დაზიანებულ მხარეს (პასტერნაკის სიმპტომი დადებითია). ზოგჯერ, მეორადი პიელონეფრიტის დროს, საყურადღებოა გაანელებული შარდვა, ორფაზიანი შარდვის აქტი, პოლაკიურია.

მწვავე პიელონეფრიტის დროს ჰემოგრამაზე საყურადღებოა ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით, ლეიკოციტური ფორმულის მარცხნივ გადახრა, ედს-ი აჩქარებულია, შარდში აღინიშნება მნიშვნელოვანი ნეიტროფილური ლეიკოციტურია და ჭეშმარიტი ბაქტერიურია (1 მლ შარდიდან ითესება 100 000 ბაქტერიული კოლონია).

ქრონიკული პიელონეფრიტის კლინიკური გამოვლინება ღარბია. ინტოქსიკაციის ნიშნებიდან საყურადღებოა სუბფერული ტემპერატურა, ბავშვი გრძნობს საერთო სისუსტეს, დაღლას, უმადობას, ყრუ ხასიათის ტკივილს ან სიმძიმის შეგრძნებას წელის არეში (პასტერნაკის სიმპტომი დადებითა). შარდვის აქტის დარღვევის სიმპტომატიკა სხვადასხვაგვარია (პოლაკიურია, დიზურია, იმპერატიული, ორფაზიანი და ა. შ.). შარდის მხრივ ცვლილებები გამოხატულია ნეიტროფილური ლეიკოციტურიითა და ბაქტერიურიით, მაგრამ ეს ცვლილებები უშირაღ არამუდმივი ხასიათისაა. ამ შემთხვევებში საჭიროა შარდში ფორმირებული ელემენტების რაოდენობრივი კვლევა ნეჩიმორენკოს, ამბურაჟის ან ადისის მეთოდებით.

პიელონეფრიტის დიაგნოზი საბოლოოდ ექოსკოპიური და რენტგენოგრაფიული მეთოდებით ხორციელდება. ექსკრეციული უროგრაფია იძლევა საშუალებას დადასტურდეს მეჩ-ფიადლოვანი სისტემის ანთებითი დეფორმაცია, გაფართოება, თირკმლების ექსკრეციული ფუნქციის დაქვეითება, შარდის დინების დარღვევის სხვადასხვა მიზეზი (შარდსაწვეთის შემოგრება, შევიწროება, გაორება და ა. შ.). მიქციური ცისტოგრაფიით დასტურდება ვეზიკო-რენული რეფლექსის სხვადასხვა ხარისხი.

მკურნალობა. მწვავე პიელონეფრიტის ან ქრონიკული პროცესის გამწვავების შემთხვევაში აუცილებელია წოლითი რეჟიმის დაცვა ტემპერატურის ნორმალიზებამდე, ცილის, მარილისა და სითხის შეზღუდვა არ არის მიზანშეწონილი. ეკრძალებათ ხორცისა და თევზის ნახარში, ცხარე და მზა საკვები, შეზღუდული და დაკონსერვებული პროდუქტები. ინტოქსიკაციის მოხსნის მიზნით მისაღები სითხის რაოდენობა 1.5-ჯერ მეტი გამოიყენება, ვიდრე ასაკობრივი მოთხოვნაა. კარგია ტუტე ხსნარები (ბორჯომი, საირმე, № 17 ესენდუკი).

მკურნალობის ეფექტურობის აუცილებელი პირობაა ობსტრუქციის თავიდან აცილება. ძირითადი სამკურნალო საშუალებაა ანტიბაქტერიული პრეპარატები (ცეფალოსპორინები, ამინოგლიკოზიდები, ნიტროფურანის ჯგუფის პრეპარატები, კოტრიმექსაზონი და სხვ.).

17.3. მედდის მუშაობა ურონეფროლოგიურ განყოფილებაში

მედდა ნეფროლოგიურ განყოფილებაში მეთვალყურეობს ავადმყოფთა დღის რეჟიმის დაცვას, ამოწმებს თირკმლის დაავადებით ავადმყოფთა კვების რეჟიმს, საკვებისა და დიეტის ხასიათს, წყლისა და მარილის გამოყენების რეჟიმს; აღრიცხავს დღე-ღამეში მიღებული სითხისა და გამოყოფილი შარდის რაოდენობას, ბავშვის სხეულის მასას (შეშუბების გამოვლინისა და მისი დინამიკის მეთვალყურეობის მიზნით, ჰორმონოთერაპიის დროს), ავლენს შარდის აქტის მხრივ დარღვევებს: გახშირება (პოლაკიურია), წვა შარდვის დროს (დიზურია), წყვეტილი შარდვა და სხვ. ყურადღებას აქცევს შარდის ფერსა და გამჭვირვალობას; იცავს შარდის აქტის რეჟიმს (2 სთ-ში ერთხელ რეფლექსის დროს).

შარდგამომყოფი გზების დაავადებისას აუცილებელია შორისის არის პიგიური პირობების დაცვა (დღეში 2-3-ჯერ). ჩაბანვის პროცედურას ექთანნი შემდეგნაირად ატარებენ: ავადმყოფს უგებენ მუშამბას და უდგამენ ღამის ჭურჭელს, ფეხებს ახრევენ მუხლებში და განზე აწევინებენ, ესმარხის ტოლით ასხამენ წყალს ან კალიუმპერმანგანატის სუსტ წყალხსნარს. პარალელურად, პინცეტით აღებული ბამბის ბურთულის წინიდან უკან მოძრაობით (სასქესო ორგანოებიდან ანუსისაკენ) ჯერ ასუფთავებენ, შემდეგ კი მშრალი სტერილური ბამბით ამშრალბენ შორისის მიდამოს.

დაცვით რეჟიმთან და დიეტასთან ერთად, მედდა ამოწმებს პულსს და საზღვრავს სისხლის არტერიულ წნევას. თუ ბავშვი უჩივის თავის ტკივილს ან მხედველობის გაუარესებას, დაუყოვნებლივ მიმართავს ექიმს.

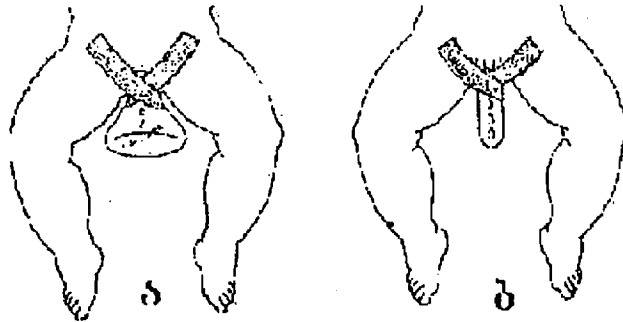
თირკმლის უკმარისობის დროს ნაჩვენებია ნაწილების პროფილაქტიკა: თეთრეულისა და საცვლების ხშირი ცვლა, კანის დამუშავება დეზინფექციური ხსნარებით, კვირაში 2-3-ჯერ პიგიური აბაზანის ჩატარება. განსაკუთრებული ყურადღება ენიჭება ჩაცმულობას. ავადმყოფი ბავშვის ტანსაცმელი უნდა იყოს ნატურალური ქსოვილის. სერიოზული ყურადღება ექცევა გაციებას, გრიპთან და ანგინით დაავადებულთან კონტაქტის თავიდან აცილებას.

17.4. კვლევის მეთოდები საშარდე სისტემის დაავადებების დროს

17.4.1. შარდის საერთო ანალიზი

შარდის აღება ხდება დილით. ანალიზისათვის შარდის შეგროვების წინ უნდა ჩატარდეს შარდსაწვეთის გარეთა ზვრელის დამუშავება თბილი წყლით. შარდს იღებენ თავისუფალი შარდვისას (უძახობესია შუა ნაკადი) ან კათეტერის საშუალებით. ჩვილებში შარდს აგროვებენ სინჯარის საშუალებით (ვაჟებში) ან სპეციალური ჭურჭლით (გოგონებში), რომელიც ფიქსირებულია. გოგონებში შარდის შეგროვება შეიძლება ბამბის ტამპონითაც (სურათი 90).

შარდის საერთო ანალიზისათვის შარდი უნდა იყოს არანაკლებ 50-100 მლ, შარდისათვის განკუთვნილი ჭურჭელი — კარგად გარეცხილი და გამშრალებული. შუშის ჭურჭელს აქვს ეტიკეტი — ავადმყოფის გვარი, ასაკი, განყოფილება და პალატა. შარდი ლაბორატორიაში უნდა იყოს შეგროვებიდან არა უგვიანეს ერთი საათისა.



სურათი 90. შარდის შეგროვების ტექნიკა 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში:

ა — გოგონებში; ბ — ვაჟებში

17.4.2. შარდის კვლევა ადისის მეთოდით

თირკმლისა და საშარდე გზების დაზიანების დროს მიმართავენ გამოყოფილი ლეიკოციტებისა და ერითროციტების სადღეღამისო რაოდენობის განსაზღვრას ადისის სინჯით.

ადის-კაკოვსკის სინჯისათვის შარდს აგროვებენ 10-12 სთ-ის განმავლობაში, საზღვრავენ მის საერთო რაოდენობას და აქედან იღებენ 10 წუთში გამოყოფილი შარდის შესაბამის რაოდენობას, აცენტრიფუგერებენ, მის ზემოთა ნაწილს გადაღვრიან. იღებენ 0,5 მლ ნალექს, ურევენ მინის წკირით და გორიანის კამერაში ითვლიან ლეიკოციტების, ერითროციტებისა და ცილინდრების რაოდენობას. ნორმად მიჩნეულია 2 მილიონამდე ლეიკოციტი, 1 მილიონამდე ერითროციტი და 2 000-მდე შიდალურის ცილინდრი.

17.4.3. შარდის კვლევა ნეჩიბორენკოს მეთოდით

ზოგჯერ ტექნიკური მიზეზების გამო შარდის სადღეღამისო რაოდენობის შეგროვება ძნელდება, განსაკუთრებით ჩვილ ასაკში. ამ შემთხვევაში სარგებლობენ ნეჩიბორენკოს სინჯით: ლეიკოციტებისა და ერითროციტების დათვლა შარდის ერთჯერადი ულუფის 1 მლ-ში უნდა მოხდეს. სინჯი ნორმალურია, როდესაც ლეიკოციტები 2 000-ია, ერითროციტები კი 1 000.

17.4.4. ზიმნიცკის სინჯი

თირკმლის ფუნქციური მდგომარეობის (კონცენტრაციის უნარის) შეფასებისათვის ტარდება ზიმნიცკის სინჯი, რომელიც გამოყენებულია ჩვეულებრივ დიეტაზე ყოფნისას. ამ მიზნით, შარდს აგროვებენ ყოველ 3 სთ-ში დღე-ღამის განმავლობაში. წინასწარ მზადდება რვა სუფთა ქილა, ხდება მარკირება — დაეწერება ბავშვის გვარი და ნუმერაცია. ბავშვი შარდავს

დილის 6 სთ-ზე შარდის საერთო ანალიზისათვის და 9 სთ-იდან ყოველ 3 სთ-ში ცალკეულ ქილაში გროვდება შარდი მეორე დღის დილის 6 სთ-მდე, ყოველ ქილაში განისაზღვრება შარდის რაოდენობა, ხვედრითი წონა; დილისა და ღამის დიურეზი, დღის განმავლობაში მიღებული სითხის რაოდენობა. სადღეღამისო დიურეზის შეფასებისას მხედველობაში უნდა იქნეს მიღებული სითხის დანაკარგი სუნთქვით და განავლით, რომელიც ბავშვებში დღე-ღამეში მიღებული სითხის დაახლოებით 20%-ს შეადგენს, ამიტომ 20% სხვაობა მიღებულ და გამოყოფილ სითხეს შორის დასაშვებია. ზიწნიცკის სინჯი ნორმალურად ჩაითვლება, თუ სადღეღამისო დიურეზი მიღებული სითხის 75-85%-ზე ნაკლები არ არის და ცალკეულ ულუფებს შორის ხვედრითი წონის სხვაობა 7-10-ის ფარგლებშია. პირველი 4 ულუფის შარდის რაოდენობა (9, 12, 15 და 18 სთ) დღის დიურეზზე მიუთითებს, შემდეგი 4 ულუფა (21, 24, 3 და 6 სთ) — ღამის დიურეზია. დღის დიურეზი ჩვეულებრივ მეტია ღამის დიურეზზე: 3/4 გამოიყოფა დღისით.

17.4.5. შარდის შეგროვება ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის

ბაქტერიოლოგიური კვლევისათვის საკმარისია 10 მლ შარდი, რომელიც გროვდება სტერილურ სინჯარაში. ამ მიზნით შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია არ არის რეკომენდებულია.

შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია (სურათი 91). მხოლოდ აუცილებელ შემთხვევაში ტარდება. კათეტერი შესაძლოა იყოს — რეზინის (რბილი) ან ელასტიური (ნახევრადმკვრივი). კათეტერიზაციის დროს საჭიროა დაცული იყოს შემდეგი პირობები:

- გაუბში კათეტერიზაციას მხოლოდ ექიმი ატარებს;
- დაუშვებელია კათეტერის შეყვანისას წინააღმდეგობის ძალით დაძლევა და შარდსადინარის ლორწოვანი გარსის დაზიანება;
- მკაცრად უნდა იყოს დაცული ასეპტიკის წესები, მისი დაუცველობის შემთხვევაში შესაძლებელია შარდგამომტანი გზების ინფიცირება;
- კათეტერი უნდა იყოს ერთჯერადი გამოყენებისა.



სურათი 91. შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია:

ა — გოგონებში; ბ — ვაჟებში

კათეტერით შარდის მიღების წინ გოგონას წინასწარ ჩაბანენ და შორისის არეს ფურაცლინის ხსნარით დაუმუშავენ, გადაუწევენ სასირცხო ბაგეებს და შარდსადენში ფრთხილად შეჰყავთ კათეტერი, რომელსაც წაცხებული აქვს სტერილური ვაზელინის ზეთი. ვაჟებში კათეტერიზაცია, შარდსადენის თავისუფლების (გრძელია და აქვს ორი შევიროება) გამო, რთულია (სურათი 91ბ).

17.4.5. რენტგენოლოგიური კვლევა

თირკმლისა და საშარდე გზების რენტგენოგრაფიისა და უროგრაფიისათვის ავადმყოფის მომზადების მთავარი მიზანია ნაწლავების დაცლა აირისა და განავლოვანი მასებისაგან, რაც ხელს უშლის ხარისხიანი გამოსახულების მიღებას.

ყოველი ავადმყოფისათვის ასაკის, დაავადების ხასიათის, საჭმლის მომწელებელი ტრაქტის ფუნქციური მდგომარეობიდან გამომდინარე, ექიმი საზღვრავს ავადმყოფის მომზადების ინდივიდუალურ გეგმას.

ზოგადი რეკომენდაცია კი გულისხმობს რენტგენოლოგიურ გამოკვლევამდე 2-3 დღით ადრე კვების რაციონიდან ამოღებული იქნეს პროდუქტები, რომლებიც ხელს უწყობენ აირთა წარმოქმნას — ხილი, შაქარი, რძე, შავი პური. გამოკვლევის წინა დღის მეორე ნახევრიდან არ არის რეკომენდებული სითხის მიღება; საღამოსა და დილას გამოკვლევამდე 2-3 სთ-ით ადრე ნაწლავები თავისუფლდება გამწმენდი ოცნით, მაგრამ თუ ავადმყოფს ყოველდღე აქვს ნაწლავთა მოქმედება, არ უჩივის შეკრულობას და მუცლის შებერვას, ოცნის გაკეთება აუცილებელი არ არის.

უროგრაფიისათვის გამოიყენება კონტრასტული ნივთიერება. კონტრასტული პრეპარატის გამოყენებამდე აუცილებელია ინდივიდუალური მგრძნობელობის დადგენა.

კითხვები:

1. რა ფუნქციებს ასრულებს თირკმელები ორგანიზმში?
2. როგორია ბავშვთა თირკმელებისა და საშარდე გზების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურება?
3. დაახასიათეთ ნეფრონი
4. როგორია შარდის ბუშტის მოცულობა სხვადასხვა ასაკის ბავშვებში?
5. როგორ ხდება შარდის აღება საერთო ანალიზისათვის?
6. როგორია ადისისა და ნეჩიპორენკოს მეთოდებით შარდის კვლევისას ნალექის ნორმალური მაჩვენებლები?
7. როგორ და რა მიზნით ტარდება ზიშნიცკის სინჯი?
8. როგორია შარდის ბუშტის კათეტერიზაციის ტექნიკა?
9. რა არის ენურეზი?
10. როგორია ბავშვის მოვლის წესები ენურეზის დროს?
11. როგორ მოიქცევით შარდის შეკავების დროს?
12. რა დახმარებას გაუწევთ ბავშვს თირკმლის კოლიკის დროს?
13. როგორია მწვავე გლომერულონეფრიტის ეტიოლოგია და ძირითადი კლინიკური ნიშნები?
14. რა კვლევებს ჩატარებთ მწვავე გლომერულონეფრიტით დაავადებულ ბავშვს?
15. როგორია ქრონიკული გლომერულონეფრიტის კლინიკა და გამოსავალი?
16. რა თავისებურებებით ხასიათდება ბავშვთა იდოპათიური ნეფროზული სინდრომი?
17. როგორია ბივლონეფრიტის კლინიკა?
18. რა კვლევებს ჩატარებთ ბივლონეფრიტის დროს?
19. რა მოვალეობა აქვს მედიკოსს ურო-ნეფროლოგიურ განყოფილებაში?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. საერთო ანალიზისათვის გროვდება:
 - ა. დილის შარდი
 - ბ. შუადღის შარდი
 - გ. ღამის შარდი
2. შარდის გამოკვლევა ლაბორატორიაში წარმოებს შეგროვებიდან:
 - ა. 2 სთ-ის შემდეგ
 - ბ. 1 სთ-ის განმავლობაში
 - გ. 6 სთ-ის შემდეგ
3. ზიშნიცკის სინჯის განსაზღვრისათვის აგროვებენ შარდს:
 - ა. ყოველ 3 სთ-ში

- ბ. ყოველ 2 სთ-ში
- გ. ყოველ 6 სთ-ში
4. ნიტურიაა, როდესაც:
- ა. შარდის დღე-ღამის რაოდენობაა 400 მლ
- ბ. შარდის დღე-ღამის რაოდენობაა 2 ლ
- გ. ღამის შარდის რაოდენობა დღე-ღამეში გამოყოფილი შარდის რაოდენობის 1/3-ზე მეტია
- დ. შარდვის გახშირება
5. ნეჩიბორენკოს მეთოდით შარდი გროვდება:
- ა. დღე-ღამეში ყოველ 3 სთ-ში ერთხელ
- ბ. 10 სთ-ის განმავლობაში
- გ. 3 სთ-ში ერთჯერადად
- დ. დილის შარდის შუა ულუფა
6. ანორენკოს მეთოდით შარდის ნალექის კვლევის უპირატესობაა:
- ა. საზღვრავს თირკმლის კონცენტრაციის უნარს
- ბ. აჩვენებს შარდის შეფასდეს მკურნალობის ეფექტურობა
- გ. ავლენს დღე-ღამის გამოშვევსა და მის მგრძნობელობას ანტიბიოტიკების მიმართ
- დ. ავლენს ფარულად მიმდინარე საშარდე გზების ინფექციას
7. შარდის შეკაფების დროს ტარდება:
- ა. შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია
- ბ. ბაგშვის ჩასმა თბილ აბაზანაში
- გ. კანქვეშ ატრობინის შეყვანა
- დ. მიზეზის დადგენა
8. ბაგში 4 წლისაა. აღენიშნება საშარდე სისტემის დაავადება, რის გამოც ექიმმა საჭიროდ ჩათვალა ზიზნიცკის სინჯის ჩატარება. აღებული იქნა რამდენიმე სუფთა მარკირებული ქილა. შარდი შეგროვდა არა 3 სთ-ში ერთხელ, არამედ ყოველ 4 სთ-ში. რამდენად მისაღებია ასეთი ინტერვალით შეგროვილი შარდი ანალიზისათვის? რამდენი ქილაა საჭირო ზიზნიცკის სინჯისათვის?
9. გოგონა 5 წლისაა. აღენიშნება ტკივილი შარდვის დროს, რის გამოც ექიმმა დაუნიშნა შარდის საერთო ანალიზი. დედამ შარდი შეგროვდა, მაგრამ დაავიწყდა ჩაებაა ბაგში მოშარდვამდე. რამდენად მისაღებია ამგვარად აღებული შარდის გამოკვლევა?

თავი XVIII

მოვლა სისხლისა და სისხლმზავი ორგანოების დაავადებების დროს

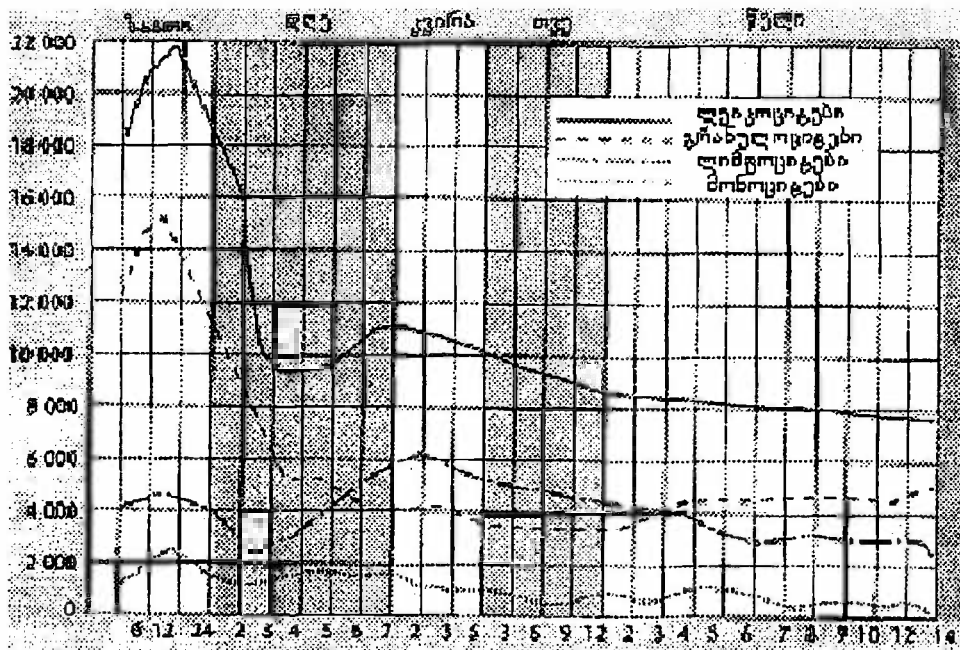
18.1. სისხლისა და სისხლმზავი ორგანოების ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი ბავშვებში

სისხლი შედგება თხიერი ნაწილისა (პლაზმის) და ფორმიანი ელემენტებისაგან (ერითროციტები, ლეიკოციტები და თრომბოციტები).

მუცლადყოფნის პერიოდში სისხლწარმოქმნაში მონაწილეობას იღებს ყვეთრის სხეულაკი, ღვიძლი, ელენთა, ძვლის ტვინი. დაბადების შემდეგ სისხლწარმოქმნა მხოლოდ ძვლის ტვინში ხდება. ასაკის მატებასთან ერთად ამ ფუნქციას აწარმოებს ძვლის წითელი ტვინი.

სხვადასხვა ასაკში სისხლის რაოდენობრივი და ხარისხობრივი შედგენილობა განსხვავებულია (იხ. ცხრილი მ).

ახალშობილებში ერითროციტები სხვადასხვა ფორმის, სიდიდისა (ანიზოპოიციტოზი) და შეყვრილობისა (პოლიქრომატოფილია), სჭარბობს ახალგაზრდა ფორმები (რეტიკულოციტები). ლეიკოციტურ ფორმულაში ლიმფოციტები მეტია ნეიტროფილებზე. აღინიშნება ზომიერი მონოციტოზი და პლაზმური უჯრედების არსებობა. 5-ი დღის ასაკში (გრაფიკი 1) ნეიტროფილებისა და ლიმფოციტების რიცხვი ერთმეორეს უთანაბრდება (პირველი ჯვარედინი).



გრაფიკი 1. ლეიკოციტების რიცხვის მერყეობა ასაკის მიხედვით

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა სისხლის შედგენილობა ფართო ინდივიდუალობით ხასიათდება. ერთი წლის შემდეგ სისხლის მაჩვენებლები შედარებით სტაბილურია. რეტიკულოციტების რიცხვი 0.2-0.5%-ს უდრის. ლეიკოციტურ ფორმულაში თანდათან მატულობს ნეიტროფილები, შესაბამისად მცირდება ლიმფოციტები, მონოციტები და ქრება პლაზმური უჯრედები. 4-5 წლის ასაკისათვის ნეიტროფილებისა და ლიმფოციტების რიცხვი კვლავ თანაბრდება (მეორე ჯვარედინი). 14-15 წლის ასაკში პერიფერიული სისხლის შემადგენლობა უკვე მოზრდილის პემოგრამის მსგავსია.

სისხლწარმოქმნაში მნიშვნელოვან როლს ასრულებს ლიმფური სისტემა: ლიმფური ჯირკვლები, ელენთა, მკერდუკანა ჯირკვალი. ლიმფოიდური სისტემის ძირითადი ორგანოა მკერდუკანა ჯირკვალი (თიმუსი), რასაც ადასტურებს თიმექტომიის შემდეგ სხვა ლიმფოიდური ორგანოების ფორმირებისა და განვითარების შეფერხება. თიმუსში ხდება იმუნურ უჯრედულ

რეაქციებში მონაწილე თიმოციტების მოშწილება. ემბრიონში მკერდეკანა ჯირკვლის სიგრძე 40-50 მმ-ია. მე-11-12 კვირაზე ხდება თიმუსის სხეულაკების წარმოქმნა. 6-12 წლის ასაკში ჯირკვლის წონა 29 გ-ია, შემდეგ იწყება მისი უკუგანვითარება.

ელენთის ჩასახვა ემბრიონალური განვითარების მე-5 კვირაზე ხდება. ახალშობილში მისი წონა 11 გ-ია, 12 წლის ასაკში — 94 გ-ია, მოზრდილებში — 150 გ-ს შეადგენს. ელენთის მნიშვნელოვანი ფუნქციებია ხანდაზმული ერთროციტებისა და თრომბოციტების შთანთქმა (ფაგოციტიზი), ანტისხეულებისა და იმუნოგლობულინების პროდუქცია. აღსანიშნავია, რომ ელენთის აპოკეოთის (სპლენექტომიის) შემდეგ ინფექციური დაავადებები ხშირია და მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება.

მნიშვნელოვან სისხლწარმოქმნელ ორგანოს ლიმფური კვანძები წარმოადგენს, რომლებიც ლიმფურ სადინარებთან არიან განლაგებულნი, აქ ხდება ლიმფოციტების დიფერენციაცია. ლიმფური ჯირკვლები ასრულებენ დაცვით ფუნქციას, ამავე დროს გამოიმუშავებენ ანტისხეულებს. ჯანმრთელ ბავშვებში ისინი ყბისქვეშა, კისრის, იღლიის, საზარდულის ლიმფური კვანძები, მცირე ზომის, უმტკივნეულო, მოძრავი, ერთმანეთთან და ირგვლივ მდებარე ქსოვილთან შეზრდის გარეშე ლიმფურ სისტემას მიეკუთვნება ასევე ვალდებიერ-პიროგოვის სასის რკალი, რომელშიც გაერთიანებულია მრავლობითი ფოლიკულები, სასის, ხახისა და ენის ნუშურები. ნუშისმაგვარი ჯირკვლები ახალშობილებში მცირე ზომისაა, მოთავსებულია ღრმად და სრულ განვითარებას 6 თვის ასაკში ასრულებს. სქესობრივი მოშწიფების პერიოდიდან იწყება მათი უკუგანვითარება.

18.2. ბავშვის მოვლა სისხლის სისტემის პათოლოგიის დროს

18.2.1. რკინადეფიციტური ანემია

ანემია ბავშვთა ასაკში გავრცელებული პათოლოგიური მდგომარეობაა. ანემიის დროს სისხლის მოცულობით ერთეულში დაქვეითებულია ჰემოგლობინის კონცენტრაცია (100 გ/ლ-ზე ნაკლებია), ერთროციტების რიცხვი ($4,0 \cdot 10^{12}$ /ლ-ზე ნაკლებია) და ჰემატოკრიტის მაჩვენებელი (ჰემატოკრიტი სისხლის ფორმიან ელემენტებსა და პლაზმას შორის თანაფარდობაა). ანემიის განვითარების მიზეზი შეიძლება იყოს სისხლის დაკარგვა, ერთროციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირება (ჰემოლიზი), ერთროციტებისა და ჰემოგლობინის სინთეზისათვის საჭირო ნივთიერებების (რკინა, B₁₂ ვიტამინი, ცილა და სხვ.) ნაკლებობა და სხვ. ერთროციტის მორფოლოგიისა და მათი საშუალო მოცულობის გათვალისწინებით არჩევენ ჰიპოქრომულ მიკროციტულ ანემიას, როდესაც ერთროციტების ზომა შემცირებულია, ფერმკრთალია (ჰიპოქრომი) და მისი საშუალო მოცულობაც შემცირებულია; მაკროციტულია ანემია, როდესაც ერთროციტები დიდი ზომისაა, მათი საშუალო მოცულობა მაღალია და სახეზეა ჰიპერქრომი; ნორმოქრომული და ნორმოციტული ანემიის დროს ერთროციტების შეფერილობა, ზომა (ნ₅-მ₅ მკმ) და საშუალო მოცულობა (89 ± 11 მკმ³) ნორმალურია.

ბავშვთა ასაკში განსაკუთრებით ხშირია რკინადეფიციტური ანემია. რკინა ჰემოგლობინის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია, ამიტომ მისი დეფიციტის დროს სისხლსა და ერთროციტებში მცირდება ჰემოგლობინის კონცენტრაცია.

რკინადეფიციტური ანემია ვითარდება არასაკმარისი და არარაციონალური კვების დროს, ხელოვნურ და შერეულ კვებაზე ბავშვის ნაადრევი გადაყვანის, ცალმხრივი კვების, ნახევრადმკვრივი და მკვრივი საკვების (ხილი, ბოსტნეული, ხორცი და სხვ.) დაგვიანებული დანიშვნის შემთხვევებში.

ალიმენტური ფაქტორის გარდა რკინადეფიციტური ანემიის განვითარებას ხელს უწყობს კუჭსა და ნაწლავებში რკინის გარდაქმნის და შეთვისების პროცესების დარღვევა, ორგანიზმის გაძლიერებული მოთხოვნა რკინაზე და მისი მნიშვნელოვანი დანაკარგი. რკინის ათვისების პროცესი ირღვევა ინფექციისა და ინტოქსიკაციის დროს, რაქიტისა და კვების ქრონიკული აშლილობის შემთხვევებში.

ანემია უპირატესად 6-24 თვის ასაკის ბავშვებში ვითარდება. რკინის დეპო დროულ ბავშვებში განიცდის განღევას 4-5 თვის ასაკში, დღეიწკლულებში კი 2-3 თვის ბოლოს.

ერთრობოვნების გაძლიერებული გამოქვეყნება მხოლოდ 1 წლის ასაკიდან იწყება. ყოველივე ეს და ცალმხრივი კვება (რძე და რძეზე დამზადებული ბურღულის ფაფა), განაპირობებს ანემიის სისხიერს ერთ წლამდე ასაკის ბავშვებში.

ანემიის კლინიკური ნიშნები დროულ ბავშვებში 5-მ თვის ასაკიდან ვლინდება. ავადმყოფს აღენიშნება კანისა და ლორწოვანის მზარდი სიფერქრთაღე, უმადობა, ემოციური ლაბილობა, კუნთთა ტონუსის დაქვეითება, ზოგჯერ მადის გაუკუღმართება. მძიმე შემთხვევებში დიდდება ღვიძლი და ელენთა, ირღვევა ებითელიზაციის პროცესები (კანი მშრალია, აღენიშნება დეპიგმენტაციური უბნები, თმები თხელი და მსხვრევაღია), ვითარდება ცვლილებები შინაგან ორგანოებში. საყურადღებოა ტაქიკარდია, გულის საზღვრების გადიდება, ტონების მოყრება; არ არის გამოორცხული ფიზიკურ და ინტელექტუალურ განვითარებაში ჩამორჩენა.

რკინადეფიციტური ანემიის დროს ჰემოგლობინის კონცენტრაცია მცირდება 65-100 გ/ლ-ზე, ერთროცატების რიცხვი არ იცვლება, ან ოღნავ მცირდება, ფერადობის მაჩვენებელი 0,8-ზე ნაკლებია, გამოხატულია მიკროციტოზი, სისხლის შრატში რკინის შემცველობა 12 მკ მოლ/ლ-ზე ნაკლებია, შრატის უნარი შეიერთოს რკინა გაძლიერებულია.

რკინადეფიციტური ანემიის პროფილაქტიკა ანტენატალური პერიოდიდან იწყება და გულისხმობს ორსული ქალის რაციონალურ კვებას, ტოქსიკოზის თავიდან აცილებას, დღენაკლელობის პროფილაქტიკას. პოსტნატალური პროფილაქტიკა გულისხმობს მკვრივი საკვების დროულ და რაციონალურ (ცილით, ცხიმით, ნახშირწყლებით, ვიტამინებით, მიკროელემენტებით მდიდარი) გამოყენებას. დღის რეჟიმითა და ჰაერით სარგებლობის სწორ ორგანიზაციას, რაქიტის, მწვავე რესპირაციული და ნაწლავთა დაავადებების თავიდან აცილებას, ჰელმინთოზის დროულ მკურნალობას.

რკინადეფიციტური ანემიით ბავშვის მოგლა გულისხმობს პიგიენური წესების დაცვას, კვების, ძილისა და დღის რეჟიმის სწორ ორგანიზაციას, წლის ყოველი პერიოდის დროს სუფთა ჰაერით სარგებლობას, ინტერკურენტული დაავადებების თავიდან აცილებას.

საკვები მდიდარი უნდა იყოს ვიტამინებით, მინერალური მარილებით, ცხოველური ცილით (ბოსტნეული, მწვანე მუხუდო, სტაფილო, ხილი, ღვიძლი, ქათმის ხორცი, თევზი, ხაჭო, კვერცხის გული და სხვ.). მკურნალობის საუკეთესო საშუალებაა რკინის პრეპარატები, რომლის სადღეღამისო დოზა 7-8 მგ/კგ მასაზე. პრეპარატებიდან ფართოდ გამოიყენება ფეროპლექსი, რეზოფერონი, ორფერონი, ფეგალი, აქტოფერიტი, ტოტემა. რკინის პრეპარატი ინიშნება კვებათა შორის 1 სთ-ით ადრე კვებამდე ასკობინის მყავასთან ერთად (ერთჯერადი დოზაა 0,1-0,5 გ). Hb-ის კონცენტრაციის ნორმალიზების შემდეგ მკურნალობის 2-3 თვით გახანგრძლივება დეპო ორგანოებში რკინის მარაგის შევსებას უწყობს ხელს. ჩვილებში რკინის პრეპარატები მხოლოდ წვეთებისა და სიროფის სახით გამოიყენება.

მძიმე ანემიების დროს რკინის პრეპარატები (ფერკოფენი, ფერბიტოლი, ფერუმლეკი, ექტოფერი) პარენტალურად ინიშნება: შეყავთ ვენაში (წვეთოვნად ნატრიუმის ქლორიდის იზოტონურ ხსნართან ან გლუკოზასთან ერთად) ან ღრმად კუნთებში.

ერთრობოვნის გაძლიერებისათვის რკინის პრეპარატებთან ერთად გამოიყენება ვიტამინები (C, B₁, B₂, B₆, P და სხვ.) და სპილენძის სულფატის 1%-იანი ხსნარი.

18.2.2. მწვავე ლეიკოზი

ლეიკემია ძვლის ტვინის სიმსივნური დაავადებაა. იგი განსაკუთრებით ხშირია (20-30%) ბავშვთა ასაკში (უპირატესად, გაუბში) და პროგნოზიც უმეტესად არასასურველია.

ტერმინი „ლეიკოზი“ 1921 წელს ელერმანმა შემოიღო და შეცვალა მანამდე ფართოდ გავრცელებული „ლეიკემია“ (სისხლის გათვითრება).

უკანასკნელ წლებში დაავადების დროული გამოვლენის, სწორი მკურნალობის და მოვლის საფუძველზე გახშირდა ხანგრძლივი რემისიის და სრული გამოჯანმრთელების შემთხვევები.

არჩევენ შწვავე და ქრონიკულ ლეიკოზს. შწვავე ლეიკოზის დროს ადვილი აქვს უმწიფარი, არადიფერენცირებული სიმსივნური უჯრედების დაგროვებას, რომელთაც ბლასტურ უჯრედებს უწოდებენ. ქრონიკული ლეიკოზის დროს მრავლდება და გროვდება ფუნქციურად არასრულფასოვანი მწიფე უჯრედები. ბავშვთა ასაკში გაგრძელებულია შწვავე ლეიკოზის ლიმფობლასტური ვარიანტი, როდესაც ადვილი აქვს ლიმფოიდური რიგის უჯრედების ავთვისებიან ზრდას. არალიმფობლასტური ლეიკოზის დროს კი აღინიშნება გრანულოციტების, მონოციტების, ერითროციტების ან მეგაკარიოციტების ავთვისებიანი გამრავლება.

გერმანიის, ინგლისისა და ამერიკული პემატოლოგების მიერ, ბლასტური უჯრედების მორფოლოგიური და ციტოქიმიური მონაცემების გათვალისწინებით, მოწოდებულ იქნა შწვავე ლეიკემიის ე. წ. FAB კლასიფიკაცია:

შწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზი

— L_1

— L_2

— L_3

შწვავე არალიმფობლასტური ლეიკოზი

— მიელობლასტური ლეიკოზი უჯრედების მომწიფების გარეშე (M_1)

— მიელობლასტური ლეიკოზი უჯრედების დიფერენციაციით (M_2)

— პრომიელოციტური ლეიკოზი (M_3)

— მიელომონოციტური ლეიკოზი (M_4)

— მონობლასტური ლეიკოზი (M_5)

— ერითროლეიკოზი (M_6)

— მეგაკარიობლასტური ლეიკოზი (M_7)

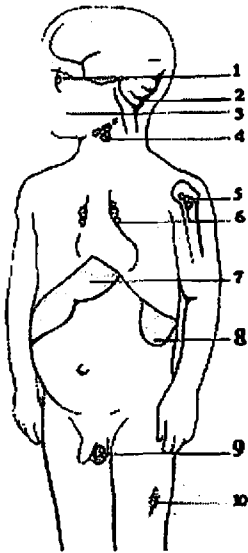
ლეიკოზის ეტიოლოგია უცნობია. მის განვითარებას ხელს უწყობს გენეტიკური ფაქტორები, რნმ-ის შემცვლელი ე.წ. ონკოვირუსები, მაიონიზირებელი რადიაცია, ქიმიური ნივთიერებები (კანცეროგენები). ლეიკოზი ხშირია მონოზიგოტურ ტყუბებში, ბავშვებში ქრომოსომული ანომალიათა და იმუნოდეფიციტური მდგომარეობით. ონკოფაქტორთა ზემოქმედება იწვევს პემოპოეზური ნორმალური უჯრედების გადაგვარებას, ავთვისებიან გამრავლებას და ნორმალური სისხლწარმოქმნის შეწყვეტას.

კლინიკა. შწვავე ლეიკოზის კლინიკური ნიშნები მრავალფეროვანია (სურათი 92). დაავადებას ზოგჯერ შეუძინეველი მიმდინარეობა აქვს. კლინიკური სიმპტომებიდან საყურადღებოა ანემიის ნიშნები (კანისა და ლორწოვანის სიფერმკრთაღე, სიყვითლე, უბადობა, საერთო სისუსტე), ლიმფური ჯირკვლების, ღვიძლისა და ელენთის გადიდება, სისხლდენები და სისხლჩაქცევები, ძვლების ტკივილი, წყლულების განვითარება; განსაკუთრებით თვალსაჩინოა წყლულოვან-ნეკროზული და ინფექციური გართულებები (სტომატიტი, გინგივიტი, ნეკროზული ანგინა, სეპტიური მდგომარეობა).

აქტური მკურნალობის საფუძველზე ვითარდება რემისია, რომელიც შეიძლება იყოს სრული ან არასრული. სრულია, როდესაც კლინიკური სიმპტომების გაქრობისა და პემოგრამის ნორმალური მაჩვენებლების პარალელურად, ძვლის ტვინში ბლასტური უჯრედების რიცხვი 5%-ს არ აღჭარბებს, არასრულის დროს კი მათი რიცხვი 5%-ზე მეტია. ყოველი მომდევნო რეკიდივი პროგნოზულად საშიშია და ტერმინალური ფაზის მოახლოების მაუწყებელია. დაავადების ტერმინალური ფაზა ხასიათდება ნორმალური სისხლწარმოქმნის სრული დათრგუნვით, სამკურნალო საშუალებების (ციტოსტატიკების) მიმართ რეზისტენტობით, ძვლის ტვინის გარეშე ლეიკემიური ინფილტრაციით სხვადასხვა ორგანოებსა და ქსოვილებში (კანში, სათესლე ჯირკვლებში, ტვინსა და ტვინის გარსებში).

შწვავე ლეიკოზის მძიმე გართულებას ნეიროლეიკოზი წარმოადგენს, ზოგჯერ იგი პემატოლოგიური რემისიის დროს ვითარდება. ნეიროლეიკოზის ფორმებია: მენინგიალური, ენცეფალური, მენინგო-ენცეფალური, დიენცეფალური.

გართულების მძიმე ფორმას წარმოადგენს ასევე სათესლე ჯირკვლის დაზიანება.

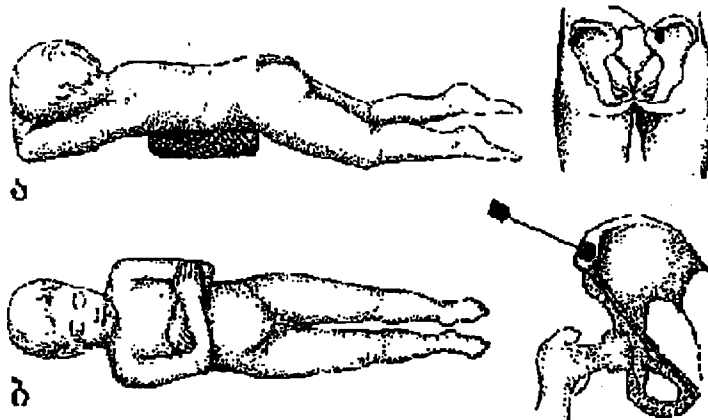


სურათი 92. მწვავე ლეიკემიის კლინიკური მანიფესტაცია:

- 1 — მხედველობის დვრილზე ზეწოლა;
- 2 — მენინგიალური და ცერებრული მოვლენები;
- 3 — პირის ღრუს ლორწოვანზე წყლულები;
- 4 — პერიფერიული ლიმფური კვანძების გადიდება;
- 5 — ჩონჩხის დაზიანება; 6 — მედიასტინუმის ლიმფური კვანძების დაზიანება; 7 — პეპტომეგალია;
- 8 — ელენთის გადიდება; 9 — სათესლე ჯირკვლის ინფილტრაცია;
- 10 — კანქვეშა სისხლჩაქცევები და ინფილტრაცია

დიაგნოზი. მწვავე ლეიკოზის დროს პემოგრამაზე ლეიკოციტების რიცხვი ცვალებადია, ლეიკოციტურ ფორმულაში გამოხატულია ერთეული მომწიფებული ფორმები და ბლასტური უჯრედების სიჭარბე, ანემია, თრომბოციტოპენია. ლეიკოციტალურ ფორმულაში ბლასტებსა და მომწიფებულ ლეიკოციტებს შორის გარდამავალი ფორმების არარსებობას „ლეიკემიურ უფსკრულს“ (Hiatus leucaemicus) უწოდებენ. გადამწყვეტი მნიშვნელობა აქვს ძვლის ტვინის პუნქციას და მიელოგრამის მონაცემების შესწავლას. ძვლის ტვინის პუნქცია ტარდება მკერდის ან თუძოს ძვლების არეში (სურათი 93), პირველი ორი წლის ასაკში შეიძლება ქუსლის ძვლის პუნქცია. მიელოგრამაზე ნორმალური ფორმიანი ელემენტების ნაცვლად პათოლოგიურად უმწიფარ (ბლასტურ) უჯრედებს უკავიათ 80-90%.

მკურნალობა. დიაგნოზის დაზუსტებისთანავე ბავშვი გადაჰყავთ სპეციალიზირებულ განყოფილებაში. ტრანსპორტირების დროს ავადმყოფს თან უნდა ახლდეს გამოცდილი მედდა, რომელიც კარგად ფლობს გადაუდებელი დახმარების მეთოდებს.

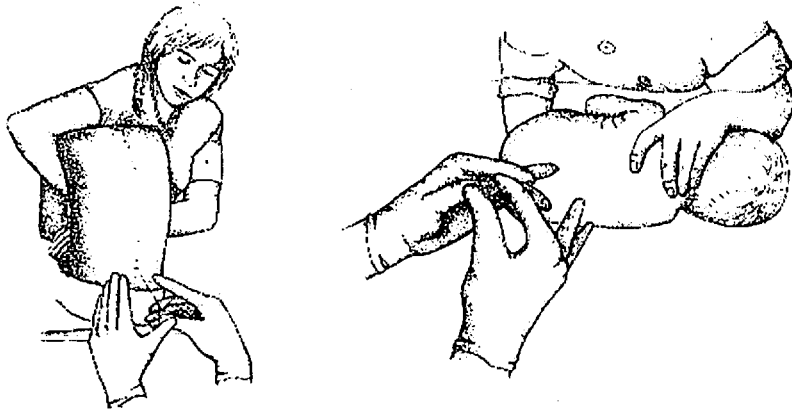


სურათი 93. ძვლის ტვინის პუნქცია ბავშვებში:

ა, ბ — თუძოს ძვალი (უკანა და წინა ხედი)

ლეიკოზით დაავადებულის მკურნალობა ხანგრძლივია და რამდენიმე ეტაპისაგან შედგება: რემისიის მიღწევა (ინდუქცია), რემისიის განმტკიცება (კონსოლიდაცია), რეციდივის შემთხვევაში კვლავ რემისიის მიღწევა (რეინდუქცია), შემანარჩუნებელი თერაპია, ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია, გართულებების თავიდან აცილება. ნეიროლეიკოზის დიაგნოსტიკისათვის პერიოდულად ტარდება ზურგის ტვინის პუნქცია (სურათი 94).

მწვავე ლეიკოზის ძირითადი სამკურნალო საშუალებებია ძლიერმოქმედი ქიმიოთერაპიული პრეპარატების (პრედნიზოლონი, ვინკრისტინი, ციტოზარი, L-ასპარაგინაზა, მეტოტრექსატი, ნ-მერკანტოპურინი და სხვ.) კომბინაცია (პოლიქიმიოთერაპია) და სხივური თერაპია. მათი საშუალებით შესაძლებელია სიმსივნური უჯრედების მოსპობა (ერადიკაცია). უეფექტობის შემთხვევაში ტარდება ძვლის ტვინის ტრანსპლანტაცია.



სურათი 94. ლუმბალური პუნქციის ტექნიკა ჩვილ და მოზრდილ ბავშვებში

გერმანელი და ავსტრიელი პედატოლოგების მიერ მოწოდებულია მწვავე ლიმფობლასტური ლეიკოზის მკურნალობის BFM (ბერლინი – ფრანკფურტი – მიუნსტერი) პროგრამები, რომელთა გამოყენების რეტროსპექტული ანალიზი დამაიმედებელია: განხილულია სრული რემისიის დრო, გაზშირდა გამოჯანმრთელების შემთხვევები.

სტაციონარში ლეიკოზით დაავადებული ბავშვის მოვლა მეტად რთული და საპასუხისმგებლო ამოცანაა:

განყოფილებაში მკაცრად უნდა შესრულდეს ექიმის დანიშნულება. ბავშვები მედიკამენტებს იღებენ მხოლოდ მედიის თანდასწრებით. უფროსი მედდა სისტემატურად ამოწმებს განყოფილების რეჟიმს, ძილის, კვებისა და სეირნობის საათებს; ავადმყოფები დაცულნი არიან ინფექციებისაგან; ციტოსტატიკებით მკურნალობის მძიმე გართულების – მიელოდებრესიის დროს ბავშვი უნდა მოთავსდეს ცალკე პალატაში და დაყოლი უნდა იყოს ინფექციისაგან ისე, როგორც საოპერაციო ბლოკში; მძიმე და მომაკვდავი ავადმყოფებისათვის ცალკე ბოქსია გამოყოფილი.

განყოფილებაში არის ბავშვების სათამაშო და სასწავლო ოთახები; ბავშვები მედიის თანხლებით სუფთა ჰაერზე სეირნობენ დღეში 2-ჯერ. განსაკუთრებულ ყურადღებას და მოვლას საჭიროებს დაავადებულის კანი და ლორწოვანი გარსები. კანზე ხშირია სისხლჩაქცევა, ნეკროზი, ჩირქოვანი გამონაყარი და აბსცესი, პირის ღრუში კი გინგივიტი და სტომატიტი. საჭიროა ნაწლავთა მოქმედება და შარდვა იყოს რეგულარული.

ლეიკოზით დაავადებულთა მკურნალობის დროს აუცილებელია მკაცრად იყოს დაცული ეთიკის და დეონტოლოგიის პრინციპები. საერთოდ, და განსაკუთრებით მაშინ, როდესაც პირველად ატყობინებენ მშობელსა და დაავადებულს უკვე დაზუსტებულ დიაგნოზს, აცნობენ მკურნალობისა და მანიპულაციების აგრესიული მეთოდების საჭიროებას, მძიმე გართულებების განვითარების შესაძლებლობას; აძლევენ მკურნალობის თანამედროვე მეთოდების მაღალი ეფექტურობის და აუცილებელი გამოჯანმრთელების იმედს.

18.2.3. ბავშვის მოვლა სისხლდენებისა და სისხლჩაქცევების დროს

ბავშვთა ასაკში საკმაოდ ხშირია დაავადებები მიმდინარე სისხლდენით. ძირითადად, ამის მიზეზი სისხლის შედედების უნარის დაქვეითებაა, რომელიც გამოვლინდება რაიმე მაპროვოცირებელი ფაქტორის (ტრავმა, ინფექცია) ზემოქმედებით. სისხლდენის მიზეზის მიუხედავად, ავადმყოფი ბავშვი უნდა იმყოფებოდეს მკაცრ წოლით რეჟიმში, რომელსაც

თვალყურს ადევნებს ექთანს. კვება უნდა წარმოებდეს პალატაში, ავადმყოფის თავისუფალი გადაადგილება და ტუალეტში ფეხით მისვლა შეიძლება მხოლოდ ექიმის ნებართვით. ფუნქციონალურ კაბინეტებში სასურველია ბავშვი ხელში აყვანილი, საკაცეთი ან საგორებელი სკამით იყოს მიყვანილი. სათამაშოები ისე უნდა შეირჩეს, რომ იყოს ბლავგი კიდების მქონე ყოვლად დაუშვებელია აღნიშნული დაავადებით შეპყრობილი ბავშვის დაგარდნა ან სხეულის რომელიმე ნაწილის ტრავმა, რადგან ეს შეიძლება გახდეს მიზეზი სახსარში, თავის ტვინში ან კანქვეშ სისხლის ჩაქცევისა.

პროფილაქტიკური ღონისძიებების მიუხედავად, თუ ბავშვს მაინც დაეწყო სისხლდენა, ექთანს ვალდებულია სასწრაფოდ გამოუძახოს ექიმს და გაუწიოს ავადმყოფს წინასწარი დახმარება.

ცხვირიდან სისხლდენა

ცხვირიდან სისხლის დენის მიზეზებს შორის აღსანიშნავია ტრავმა (ცხვირის მირტყმა, ლორწოვანის დაზიანება რაიმე საგნის ცხვირში ჩადებით), სისხლის დაავადებები როგორც ინფექციური წარმოშობის (წითელა, ყივანახველა, გრიპი, სეფსისი, რესპირატორული ვირუსული ინფექციები და სხვ.), ისე არა ინფექციური ხასიათის. მაგალითად: თრომბოციტოპენიური პურპურა, პემოფილია (სისხლის შემადგენელი ფაქტორის დეფიციტი), K და C ჰიპოვიტამინოზი, სისხლის ავთვისებიანი დაავადება — ლეიკოზი.

გარდა ამისა, ცხვირიდან სისხლდენა შეიძლება გამოიწვიოს ცხვირ-ხანის ადგილობრივმა დაავადებებმა (პოლიპები, ადენოიდები) და მაღალმა არტერიულმა წნევამ.

ცხვირიდან სისხლის დენა შეიძლება იყოს როგორც უმნიშვნელო, სისხლნარევი ლორწოს გამოყოფის სახით, ისე პროფუზული, როცა სისხლი არა მარტო გადმოდის გარეთ, არამედ იღვრება პირის ღრუსა და საყლაბავში. ამის შედეგად, ბავშვს ეწყება ხველა და სისხლიანი ღებინება. აღნიშნულ სიტუაციაში აუცილებელია გამოირეცხოს სისხლის დენა ფილტვებიდან და კუჭიდან.

ცხვირიდან სისხლის დენის დროს, ბავშვს ათავსებენ ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობაში, უკან გადაგდებული თავით. ცხვირზე ადებენ მარლაში გახვეულ ყინულის ან ციფ წყალში დასველებულ დოლბანდს. ამის გარდა, ნესტოების ფრთების ძვიდესთან მაგრად მიჭერთ შეიძლება დენა შეწყდეს. მოჭერა გრძელდება 3-5 წუთი. ამავე დროს, ბავშვი აკეთებს თავის რამდენიმე მოძრაობას ჯერ წინ დახრით და მერე უკან გადაწევით. სუნთქვა წარმოებს პირით. ავადმყოფმა პირში მოხვედრილი სისხლი უნდა გადმოაფურთხოს.

მიღებული ღონისძიების უეფექტობის შემთხვევაში საჭიროა ცხვირის გასაფლების ტამპონირება, რაც მდგომარეობს შემდეგში: 50 სმ-ის სიგრძის დოლბანდის მორგევი ანუ ტურუნდა დასველებული წყალბადის ზეჟანგით ან თრომბინის ხსნარით, უნდა ღრმად მოთავსდეს ცხვირის სისხლმდენ გასაფალში. კეფაზე უნდა დაიდოს ყინულის ბუშტი. თუ სისხლდენა გაგრძელდა, საჭიროა უკანა ტამპონადა, რასაც აკეთებს ექიმი. აღნიშნული ღონისძიების პარალელურად ავადმყოფს ენიშნება 10%-იანი კალციუმის ქლორიდი, რუტინი, C და K ვიტამინები. ტამპონი ცხვირში შეიძლება დატოვებული იქნეს არაუმეტეს 48 საათისა. ტამპონის გამოღების დროს ჯერ იგი კარგად უნდა დასველდეს წყალბადის ზეჟანგით, რადგან მშრალმა შეიძლება მექანიკურად დააზიანოს ლორწოვანი. ტამპონის ამოღების შემდეგ ცხვირში აწვეთებენ ზეთს (ზეითუნის ან ატმის).

კბილის ამოღების შედეგად განვითარებული სისხლდენა

კბილის ამოღების შედეგად განვითარებული სისხლდენის შესაჩერებლად ამოღებული კბილის ალვეოლაზე ადებენ სტერილური ბამბის ან დოლბანდის ტამპონს და ჯერ თვითონ მანიაულატორი ან პაციენტი თითოთი აჭერს მას ზემოდან, ხოლო შემდეგ სთხოვს პაციენტს დააჭიროს კბილი. კვების დროს ტამპონი უნდა იქნეს ამოღებული. საკვებად გამოიყენება თხიერი ან გახეხილი ციფი მასა.

სისხლდენა სასუნთქი გზებიდან

სასუნთქი გზებიდან სისხლისდენის პირველი გამოხატულება სისხლიანი ნახველია. ამ შემთხვევაში საჭიროა ბავშვის დამშვიდება. უნდა მიეცეს ნახვერადმჯდომარე მდგომარეობა, გათავისუფლდეს მოჭერილი და ფილტვის ექსკურსიის შემზღუდველი ტანისამოსისაგან. ეკრძალება მოძრაობა, ჭინთვა, ლაპარაკი ოთახი, რომელშიც ავადმყოფი წევს, კარგად უნდა ნიაგდებოდეს. ამიტომაც სასურველია ფანჯარა იყოს ღია. თუ სისხლდენა პროფუზულია და ბავშვი დიდი რაოდენობით კარგავს სისხლს, ეს უკვე ფილტვიდან სისხლდენის მომასწავებელია და მოითხოვს სამედიცინო პერსონალის განსაკუთრებულ ყურადღებას. მკურნალობის მიზნით იზმარება ყინული, სისხლის შემადგენელი და ხველის დამორგუნველი მედიკამენტები და რაც მთავარია, ტარდება ძირითადი დაავადების მკურნალობა.

სისხლდენა მუცლის ღრუს ორგანოებიდან

სისხლის გაჩენა განავლოვან მასებში კუჭ-ნაწლავიდან სისხლდენაზე მიუთითებს. როცა სისხლი აღიწფერია, ეს ნაწლავის ქვედა ნაწილში — მსხვილ ან სწორ ნაწლავში არსებულ პათოლოგიაზე მეტყველებს, ხოლო, როცა განავალი შავია, კუპრისებური, მაშინ სისხლდენა კუჭიდან ან წვრილი ნაწლავებიდან, კერძოდ, თორმეტგოჯა ნაწლავიდან არის. ამავე დროს შესაძლებელია ყავისფერი მასით ღებინება.

სისხლდენის შემთხვევაში აუცილებელია ბავშვის საწოლში მოთავსება, რათა არ განვითარდეს პროფუზული სისხლდენა. საჭიროა აბსოლუტური სიმშვიდის უზრუნველყოფა და საწოლიდან ადგომის კატეგორიული აკრძალვა. ბავშვი უნდა იწვეს ზურგზე მუცლის ზედა ნაწილში ყინულის ბუშტი.

სისხლდენის პირველი რამდენიმე საათის განმავლობაში კვება აკრძალულია, შეიძლება ერთხელ ან ორჯერ გადაყლაპოს სუფთა ყინულის პატარა ნაჭრები. მეორე დღიდან შესაძლებელია ავადმყოფის მიეცეს საჭმელი, მხოლოდ თხიერი და ცივი სახით. ასეთ საკვებს მიეკუთვნება რძე, არაჟანი, კვერცხის ცილა ათქვეფილი, კარაქი, გახეხილი ბოსტნეულის პიურე დაკეპილი ზორციით. 2-3 დღის შემდეგ ენიშნება № 1 მაგიდა.

ექიმის თანაშემწე მკაცრად იცავს ავადმყოფის წოლითი რეჟიმის პრონციპებს, კერძოდ, კატეგორიულად კრძალავს საპირფარეოში გასვლას და უზრუნველყოფს მოშარდვასა და დეფეკაციას საწოლში.

ასეთივე მკაცრი წოლითი რეჟიმი ენიშნება ავადმყოფს საშვილოსნოდან სისხლის დენის დროსაც. პროფუზული სისხლდენის დროს მუცლის ქვედა არეში უნდა დაიდოს ყინულის ბუშტი. ამოსაფენი, რომელიც უნდა აიწონოს ხმარების წინ და შემდეგ, იძლევა საშუალებას დაკარგული სისხლის რაოდენობის განსაზღვრისა, რასაც აკეთებს ექიანი. სასურველია, სისხლდენის მქონე გოგონების დღეში 2-3-ჯერ ჩაბანა ოთახის ტემპერატურის გადაღულებული წყლით.

18.2.4. ჰემოფილია

ჰემოფილია მეშვიდედრობითი დაავადება, რომელიც ხასიათდება სისხლდენებითა და სისხლჩაქცევებით. ავადდებიან ვაჟები, რომელთაც პათოლოგიური გენი გადაეცემათ პრაქტიკულად ჯანმრთელი დედისაგან. დაავადება პირველად 1784 წელს დ. ფორდაისიმ აღწერა. ჰემოფილიის დროს სისხლში VIII, IX ან XI პლაზმური ფაქტორების ნაკლებობის გამო დარღვეულია ფიბრინის ძაფებისა და ფიბრინული თრომბის შექმნა, რის გამოც სისხლის შედედება დაგვიანებულია. განსაკუთრებით ხშირია A ჰემოფილია, როდესაც სახეზეა VIII კოაგულაციური ნაწილის (VIII:C; ანტიჰემოფილური გლობულინი) დეფიციტი.

კლინიკა. ჰემოფილიის კლინიკური გამოვლინება დამოკიდებულია პლაზმაში VIII ფაქტორის დაქვეითების ხარისხზე: მსუბუქი ფორმის დროს მისი დონე ნ-დან 20%-მდეა, საშუალო სიმძიმის დროს — 2-5%-ია, 1-2%-ია — 0-1% უმძიმესი ფორმების დროს. კლინიკური ნიშნები

ძირითადად ერთი წლის ასაკიდან გვლინდება და დაკავშირებულია ტრავმასთან. დამახასიათებელია სისხლჩაქცევები კუნთებში (ჰემატომები), სახსრებში (ჰემართროზები), მასიური და მორეცხივი სისხლდენები, ჰემატურია. ტრავმიდან (კბილის ექსტრაქცია და სხვ.) 1-4 საათის შემდეგ იწყება სისხლდენა, რომელიც გრძელდება რამდენიმე საათს და ზოგჯერ მთელი დღე კუნთში ინექციის შედეგად ვითარდება დიდი ზომის ჰემატომა, რომელიც აწევა ნერვებს და ხშირად დამბლის და პარეზის საფუძველია. ჰემოფილიის წამყვანი კლინიკური ნიშანი და ინვალიდობის ძირითადი მიზეზი სახსრებში სისხლჩაქცევაა. ძირითადად ზიანდება მუხლის, იდაყვის, კოჭ-წვივის, მხრის, მავის სახსრები. დასაწყისში ვითარდება ჰემართროზი, შემდეგ ართრიტი და ანკილოზი. სახსარში სისხლის ჩაქცევა (ჰემართროზი) ხდება ტრავმიდან რამდენიმე საათის შემდეგ: ბავშვი უჩივის ძლიერ ტკივილს, სახსარი მოცულობაში დიდდება, კანი პრილა და ცხელია, კიდური ფლექსიურული (მოხრილი) მდგომარეობაშია.

დიაგნოზი. ადრეული ასაკიდან გაძლიერებული სისხლდენების, დაავადების ოჯახური ხასიათის, ლაბორატორიული მონაცემების (სისხლის შედედების დროის გაზანგრძლივება), VIII ფაქტორის დაქვეითებული დონის საფუძველზე დგინდება.

მკურნალობა. ჰემოფილიის მკურნალობა მოიცავს ადგილობრივ და ზოგად მეთოდებს. ადგილობრივი თერაპია გულისხმობს სისხლდენის ადგილზე ტამპონის დადებას. ტამპონი შეიძლება იყოს ჰემოსტატიკური ღრუბლის სახით, თრომბინით, ქალის რძით ან ამინოთრომბინით (თრომბინის, კაპრონის მჟავისა და ადრენალინის ნარევი) გაჟღენთილი.

ჰემართროზის დროს ნაჩვენებია სახსრის იმობილიზაცია (2-3 დღე), ჰემატომის პუნქცია, სასახრე ჩანთაში კრიოპრეციპიტატის (20 ერთ/კგ მასაზე) და ჰიდროკორტიზონის შეყვანა.

ზოგადი თერაპიის სახით გამოიყენება ჰემობულინი, ანტიჰემოფილური პლაზმა ან კრიოპრეციპიტატი; კრიოპრეციპიტატის დოზა გამოითვლება სპეციალური ფორმულით: $D=0,5M \cdot HY$, სადაც D პრეპარატის შესაყვანი დოზაა ერთეულებში, M – სხეულის მასა კგ-ში, HY – VIII ფაქტორის დონე პლაზმაში (%-ში ან ერთ/100 მლ). ფლაკონში 25 მლ კრიოპრეციპიტატი, ინახება $30^{\circ}C$ ტემპერატურაზე; გამოყენების წინ შეათბობენ ოთახის, შემდეგ კი სხეულის ტემპერატურამდე და ნელა შეჰყავთ ვენაში სისხლდენის შეჩერებამდე. მისი შერევა სხვა საინფუზიო ხსნართან არ არის მიზანშეწონილი. კრიოპრეციპიტატში ალბუმინი უმნიშვნელო რაოდენობითაა, ამიტომ სისხლის მიმოქცევის სისტემის გადატვირთვის საშიშროება გამორიცხულია.

ჰემოფილიის დროს აკრძალულია კუნთებში მედიკამენტების შეყვანა. მათი გამოყენება ხდება ორალური ან ვენის გზით. ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების (ასპირინი, ინდომეტაცინი და სხვ.) გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი. დასაშვებია მხოლოდ პარაცეტამოლის ან ტრამადის მიღება. ყოველი ქირურგიული ჩარევის წინ ან სისხლდენის შემთხვევაში, მოუხდავად მისი ლოკალიზაციისა, საჭიროა ანტიჰემოფილური პრეპარატების სასწრაფო გადასხმა.

ავადმყოფ ბავშვს წელიწადში 4-ჯერ უტარდება კბილების სანაცია, რათა შემცირდეს კბილის ექსტრაქციისა და კარიესის გამო სისხლდენა. კიდურების ტრავმის თავიდან აცილების მიზნით, მიზანშეწონილია ტანსაცმელს მუხლის, იდაყვის და სხვა სახსრების მიდამოებში ამოეკეროს პარალონის სარჩული. აკრძალულია სპორტის ყველა სახე, ველოსიპედისა და მოტოციკლის მართვა. მშობლებმა უნდა განავითარონ დაავადებულ ბავშვებში ინტელექტუალური ინტერესები, მისცენ მუსიკალური განათლება, შეასწავლონ ქადრაკის თამაში.

18.2.5. ვერლჰოფის დაავადება

თრომბოციტოპენიები მოიცავს დაავადებათა და სინდრომთა ჯგუფს, როდესაც ჰეპატოსპლენის დარღვევა თრომბოციტების რიცხვის შემცირებითაა განპირობებული. არჩევენ პირველად და მეორედ თრომბოციტოპენიებს. პირველადი ფორმაა ვერლჰოფის დაავადება ანუ იდიოპათიური თრომბოციტოპენიური პურპურა, რომელიც ხასიათდება თრომბოციტების რიცხვის შემცირებით და პეპტორაგიული სინდრომის განვითარებით. 1735 წელს ვერლჰოფმა აღწერა იგი. როგორც „ლაქოვან-პეპტორაგიული დაავადება“. მეორადი, ანუ სიმპტომური ფორმები კითარდება სხვადასხვა დაავადების ფონზე.

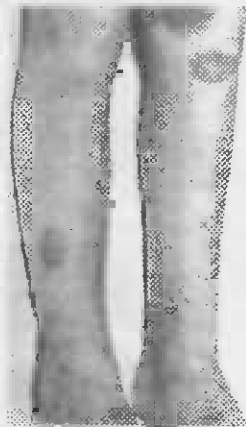
ეტიოლოგია: ვერლჰოფის დაავადების ეტიოლოგია უცნობია. დაავადების განვითარებას განაპირობებს აუტოანტისმუელები, რომლებიც მძიმარულია საკუთარი თრომბოციტების წინააღმდეგ, ფიქსირდება მათ ზედაპირზე და იწვევს თრომბოციტების სიცოცხლის ხანგრძლივობის შემცირებას. შედეგად ვითარდება თრომბოციტოპენია, რასაც მოჰყვება სისხლის დენის გახანგრძლივება, სისხლძარღვთა ენდოთელის დისტროფია და სისხლჩაქცევები.

ვერლჰოფის დაავადება უპირატესად 5-ს წლის ასაკის ბავშვებში გვხვდება. ძირითად კლინიკურ გამოვლინებას წარმოადგენს სისხლჩაქცევები კანსა და ლორწოვანზე — „მშრალი პურპურა“ (სურათი 95). პურპურის დამახასიათებელია პოლიქრომულობა (ჰეპტორაგიები სხვადასხვა ფერის), პოლიმორფულობა (სხვადასხვა ზომის) და ასიმეტრულობა (ე. წ. „ავაზას კანი“), სისხლჩაქცევის სპონტანური განვითარება (უპირატესად ღამით). სახსრებში სისხლჩაქცევა და შინაგანი ორგანოებიდან სისხლდენა იშვიათია. საყურადღებოა, რომიერი სპლენომეგალია. სპონტანური სისხლდენები დრუ ორგანოებიდან („სველი პურპურა“) მძიმე თრომბოციტოპენიის ($20,0 \cdot 10^9 / \text{ლ}$) დროს აღინიშნება.

ძირითად სადიაგნოსტიკო კრიტერიუმს წარმოადგენს თრომბოციტოპენია, სისხლდენის გახანგრძლივება, დადებითი ენდოთელთალოური სინჯები (ლანტის, კოტოშის, ჩხვლეტისა და სხვ.), კოლტის რეტრაქციის დაგვიანება.

მკურნალობა ეტაპურია. ისიშნება პრედნიზოლონი ($1,5-2$ მგ/კგ მასაზე) მანამ, სანამ თრომბოციტების რიცხვი ნორმალური გახდება. შემდეგ დოზა მცირდება. პრედნიზოლონოთერაპიის უეფექტობის შემთხვევაში ტარდება სპლენექტომია და გამოიყენება იმუნოდეპრესანტები (აზათიოპრინი, ლეიკერანი). თრომბოციტების თვისებების გაუმჯობესების მიზნით იხმარება ამინოკაპრონის მჟავა ($0,05-0,1$ გ/კგ მასაზე 4-ჯერ დღეში), ადროქსინი, დიცინონი. არ არის მიზანშეწონილი ასპირინის, ანალგინის, კარბენიცილინის, ნიტროფურანის ჯგუფის პრეპარატების, საკვებში ძმრის გამოყენება.

ადგილობრივი სისხლდენების დროს გამოიყენება ტამპონადა ჰემოსტაზური საშუალებებით (კაპრონის მჟავა, თრომბინი, ადროქსინი, ქლორიანი კალციუმი). ცხვირიდან ძლიერი სისხლდენის დროს კეთდება ცხვირის უკანა და წინა ტამპონადა. მძიმე შემთხვევებში ახდენენ თრომბოციტული მასის გადასხმას.



სურათი 95. თრომბოციტოპენიური პურპურა: პეტეჩიები და ექიმოზები (12 წლის გავი)

18.2.6. ჰემორაგიული ვასკულიტი

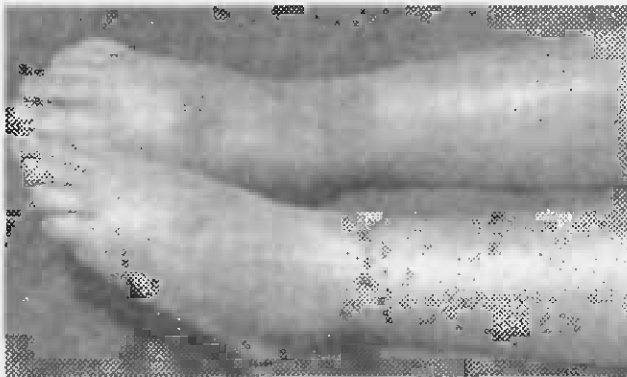
ჰემორაგიული ვასკულიტი (შონლაინ-ჰენოსის დაავადება) იმუნურ-კომპლექსური პოლიეტოლოგიური (მიკრობი, ვირუსი, მედიკამენტი, ტროფოალერგენები, უცხო ცილა, სიცივე და სხვ.) დაავადებაა. იმუნური კომპლექსები აზიანებს კანისა და შინაგანი ორგანოების მცირე ზომის სისხლძარღვებს (კაპილარებს, არტერიოლებს, ვენულებს), რის გამოც იზრდება სისხლძარღვთა განვლადობა, ხდება პლაზმის ტრანსუდაცია და ერითროციტების დიაპედეზი ირგვლივ ქსოვილში, ირღვევა მიკროცირკულაცია.

კლინიკა. დაავადება იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით, კანზე ექსუდაციურ-ჰემორაგიული ხასიათის გამონაყარი (სურათი 96). გამონაყარი ლოკალიზდება კიდურების გამშლელ ზედაპირზე, ღუნდულებზე, იშვიათად ტანზე. კანზე გამონაყარს მარტივ პურპურას ანუ კანის ფორმას უწოდებენ. მარტივი პურპურის პარალელურად ხშირია პოლიართრიტის მოვლენები (რევმატიული პურპურა). ზოგჯერ აღინიშნება შეტევითი ტკივილი მუცლის არეში, ღებინება (აბდომინალური ფორმა). აბდომინალური ფორმის დროს საჭიროა გამოირიცხოს მწვავე მუცელი. დაავადების მიმდინარეობის მე-3-4 კვირას ხშირია მაკრო- და მიკროჰემატურია, პროტეინურია (თირკმლის ფორმა). ზოგჯერ დაავადება ელვისებური მიმდინარეობით ხასიათდება, რაც პროგნოზულად არასასურველია.

დიაგნოზის დაზუსტებას ხელს უწყობს კანის მხრივ სპეციფიკური (ექსუდაციურ-ჰემორაგიული გამონაყარი) ცვლილებები, ჰემოგრამაზე ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით, აჩქარებული ერით-ს. საყურადღებოა სისხლში იმუნური კომპლექსების, „მწვავე ფაზური“ ცილების (α_2 და γ გლობულინების, α_1 მჟავე გლიკოპროტეინების, „C“ რეაქციული ცილის) და ფიბრინის დეგრადაციის პროდუქტების მომატება, ანტითრომბინ III შემცირებული კონცენტრაცია.

მკურნალობა. მკურნალობა ბავშვის პოსმიტალიზაციით იწყება. წოლითი რეჟიმის ხანგრძლივობა არაუმეტეს სამი კვირაა. კვებითი რაციონიდან უნდა გამოირიცხოს კაკაო, ყავა, შოკოლადი, ციტრუსები, ხენდრო და პროდუქტები, რომელთა მიმართაც ავადმყოფს ინდივიდუალური აუტანლობა აქვს. ანტიბიოტიკები, სულფანილამიდები, ვიტამინები, სასურველია არ დაინიშნოს.

ძირითად სამკურნალო საშუალებას ანტიაგრეგაციული თერაპია (კურანტილი, ტრენტალი, აცეტილსალიცილის მჟავა, ტიკლოპიდინი) და ჰეპარინი წარმოადგენს, რომლის საწყისი დოზაა 300-400 ერთ/კგ მასაზე დღე-ღამეში, კეთდება ყოველ 6 საათში ერთხელ მუცლის კანქვეშ, პარალელურად მოწმდება სისხლის შედედების მდგომარეობა. ანთებითი პროცესის მაღალი აქტივობის დროს (განსაკუთრებით აბდომინალური ფორმის შემთხვევებში) გამოიყენება პრეკლინიკურად რამოდენიმე დღე. ზოგჯერ აუცილებელია პლაზმაფერეზი. დაავადების პროგნოზი თირკმლის დაზიანების ხასიათზეა დამოკიდებული.



სურათი 96. ჰემორაგიული ვასკულიტი. ექსუდაციურ-ჰემორაგიული გამონაყარი

კითხვები:

1. ჩამოთვალეთ სისხლის შემადგენელი კომპონენტები;
2. სად ხდება სისხლწარმოქმნა მუცლადყოფნის პერიოდში და დაბადების შემდეგ?
3. როგორია სისხლის ძირითადი მაჩვენებლები სხვადასხვა ასაკის ბავშვებში?
4. როგორი ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებებით ხასიათდება ლიმფური სისტემა ბავშვებში?
5. რა არის ანემია?
6. რა შემთხვევაში ვითარდება რკინადეფიციტური ანემია?
7. რა ჩივილი აქვს ანემიით დაავადებულ ბავშვს?
8. როგორია რკინადეფიციტური ანემიის პროფილაქტიკა?
9. როგორია ანემიით დაავადებული ბავშვის მოვლის პრინციპები?
10. რა არის ლეიკოზი?
11. რა ჩივილები აქვს ლეიკოზით დაავადებულს?
12. როგორია ლეიკოზით დაავადებულის მოვლის პრინციპები?
13. რაში გამოიხატება სისხლის დენის მქონე ავადმყოფებზე მეთვალყურეობა და მოვლა?
14. როგორ ხდება ცხვირიდან სისხლდენის შეჩერება?
15. რაში გამოიხატება ცხვირის გასაფლავების ტამპონირების ტექნიკა?
16. რა ღონისძიება არის ჩასატარებელი ამოღებული კბილის ალვეოლიდან სისხლდენის დროს?
17. რაში გამოიხატება ფილტვიდან სისხლდენის მქონე ავადმყოფის მოვლა და დახმარება?
18. რა არის საჭირო კუჭ-ნაწლავიდან სისხლის დენის მქონე ავადმყოფის სამკურნალოდ?
19. როგორ გაარჩევთ საჭმელის მომწელებელი ტრაქტის რა ნაწილიდან არის სისხლდენა?
20. რა არის ჰემოფილია?
21. რა კლინიკური ნიშნები ახასიათებს ჰემოფილიას?
22. როგორია ჰემოფილიით დაავადებული ავადმყოფის მოვლის პრინციპები?
23. რა კლინიკური გამოვლინებით ხასიათდება ვერლჰოფის დაავადება?
24. როგორია ვერლჰოფის დაავადების დროს მოვლის პრინციპები?
25. რა კლინიკური სინდრომებია დამახასიათებელი ჰემორაგიული ვასკულიტისათვის?
26. როგორია მკურნალობის ტაქტიკა ჰემორაგიული ვასკულიტის დროს?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. ფერადობის მაჩვენებელი ამსახველია:
 - ა. სისხლში ჰემოგლობინის მაღალი დონის
 - ბ. სისხლში ჰემოგლობინის დაბალი დონის
 - გ. ერითროციტების მომატებული რაოდენობის
 - დ. ერითროციტების ჰემოგლობინით გაჯერების ხარისხით
 - ე. სისხლში ერითროციტების შემცირებული რაოდენობის
2. რკინადეფიციტური ანემიის დროს ჰემოგრამაზე აღინიშნება:
 - ა. ფერადობის მაჩვენებლის დაქვეითება (ჰიპოქრომია)
 - ბ. ერითროციტების ზომის მატება (მაკროციტოზი)
 - გ. ფერადობის მაჩვენებლის მომატება (ჰიპერქრომია)
 - დ. ერითროციტების ზომის შემცირება (მიკროციტოზი)
 - ე. ერითროციტების ფორმის შეცვლა (პოიკილოციტოზი)
3. რკინადეფიციტური ანემიის მიზეზებია:
 - ა. კუჭ-ნაწლავიდან მორეციდივე სისხლდენა
 - ბ. ხელოვნური კვება, არარაციონალური კვება
 - გ. მენსტრუალური ციკლის დარღვევა
 - დ. კასტლის ფაქტორის სეკრეციის დარღვევა
4. ლეიკოზის დროს ყველა ღონისძიება მნიშვნელოვანია, გარდა:
 - ა. კანისა და ლორწოვანის მოვლა, ნაწილების პროფილაქტიკა
 - ბ. ბირის ღრუს მოვლა
 - გ. ოფთალმოლოგიის კონსულტაცია ყოველ ორ კვირაში
 - დ. ხშირი თერმომეტრია
 - ე. პალატის კვარცით დასხივება და მეორადი ინფექციის პროფილაქტიკა
 - ვ. გულ-სისხლძარღვთა სისტემის მდგომარეობის შეფასება
 - ზ. ვიტამინების მაღალი შემცველობის კალორიული და ადვილად შესათვისებელი საკვებით კვება
5. ნ წლის ვართო სარძევე კბილის ამოღების შემდეგ გაზუვითარდა სისხლდენა ალვეოლიდან. დედამ სისხლდენა ვერ შეაჩერა და მოიყვანა საავადმყოფოში. დედის გადმოცემით ბავშვი მიდრეკილია სისხლდენისადმი, რაც გამოიხატება იმაში, რომ ყოველი უმნიშვნელო ტრავმის შედეგად იწყება ძნელად შესაჩერებელი და მორეციდივე სისხლდენა.

– რა დაავადებაზე უნდა იფიქროთ?

– რა გადაუდებელი დახმარება მიგაჩნია საჭიროდ?

ნ. ავადმყოფი 12 წლის ვაჟი კლინიკაში შემოვიდა დაავადების მე-2 დღეს. დაავადება დაეწყო მაღალი ტემპერატურით, ხველით, სურდოთი, რასაც მეორე დღეს დაერთო ცხვირიდან პროფუზული სისხლის დენა, რისათვისაც ბავშვი სასწრაფო დახმარების მანქანით მოათავსეს საავადმყოფოში.

– რა დიაგნოზი უნდა დაისვას?

– როგორ შეაჩერებთ ცხვირიდან სისხლის დენას?

7. ერთი წლის ნათია ავად გახდა კლინიკაში შემოსვლამდე 5 დღით ადრე. დაავადება დაეწყო კატარალური მოვლენებითა და მაღალი ტემპერატურით. შემდეგ დღეებში ზოგადი მდგომარეობა თანდათან უარესდებოდა, ბავშვს განუვითარდა ქოშინი, ციანოზი, მივარდა, გახდა აპათიური, განუვითარდა სიმძიმის მდგომარეობა. კლინიკაში შემოსვლის დღეს ორჯერ აღებინა ყავისფერი მასით, გარდა ამისა, კანზე გაჩნდა წერილწინკლოვანი ღურჯი ფერის გამონაყარი, ხოლო ინექციის შემდეგ ნანეშარი ადგილიდან შეინიშნებოდა სისხლდენა.

– რა დიაგნოზი შეიძლება დაისვას?

– რა დახმარება უნდა გაეწიოს ავადმყოფს ამ დროს?

თაზი XIX

ბავშვის მოვლა ელექტრონული სისტემის დახმარებითა დროს

19.1. ბავშვის ენდოკრინული სისტემის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი

ენდოკრინულ სისტემას მიეკუთვნება შინაგანი სეკრეციის ჯირკვლები (ჰიპოფიზი, ფარისებრი, პარათირეოიდული, თირკმელზედა, კუჭუკანა და სასქესო), რომელთა მიერ გამოთქმავალი ჰორმონები განაგებენ ორგანიზმის ზრდა-განვითარებას და არეგულირებენ ნივთიერებათა ცვლას. ენდოკრინული ჯირკვლები ორგანიზმის სხვადასხვა უბანშია მოთავსებული და ყოველი მათგანი სპეციფიკური მორფოლოგიური და ფიზიოლოგიური თავისებურებებით ხასიათდება. მათი განვითარება ბავშვობის სხვადასხვა პერიოდში ტალღისებურად მიმდინარეობს.

ზოგიერთი ენდოკრინული ჯირკვალი ფუნქციონირებას ემბრიონალურ პერიოდში იწყებს, ამავე დროს ბავშვზე გავლენას ახდენს დედის ორგანიზმში გამოთქმავალი და ქალის რძეში არსებული ჰორმონები. 5-6 თვიდან 2-2,5 წლამდე გაძლიერებულად ფუნქციონირებს ფარისებური ჯირკვალი. 6-7 წლიდან განსაკუთრებულ როლს ჰიპოფიზის წინა წილი ასრულებს, ხოლო სქესობრივი მომწიფების პერიოდში (10-15 წლამდე) ძლიერდება სასქესო ჯირკვლების ფუნქციონირება და ყალიბდება მეორადი სასქესო ნიშნები. ენდოკრინული ჯირკვლების ფუნქციაზე დიდ გავლენას ახდენს კვების ხასიათი, სხვადასხვა დაავადებები და სხვ.

ფარისებური ჯირკვალი ორი წილისა და შემაერთებელი ყვლისაგან შედგება, მდებარეობს ტრაქეისა და ხორხის წინ და ორივე მხარეს. დაბადებისას ბავშვის ფარისებური ჯირკვალი შედარებით დიდია (1,5 გ), თუმცა მორფოლოგიურად და ფუნქციურად უმწიფარია.

ჩვილ ბავშვთა ასაკში (2 თვემდე) ფარისებური ჯირკვალის ფუნქციური უკმარისობა არ გამოვლინდება (განსაკუთრებით თუ ბავშვი ბუნებრივ კვებაზეა) დედის ფარისებრი ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის გამო.

ფარისებრი ჯირკვლის ძირითადი ჰორმონებია თიროქსინი, ტრიოდთირონინი (T_3, T_4), თირეოკალციტონინი. ფარისებური ჯირკვლის ფუნქციას არეგულირებს ჰიპოფიზისა და თირკმელზედა ჯირკვლის ჰორმონები. T_3 და T_4 ჰორმონები ნივთიერებათა ცვლის, ზრდისა და განვითარების ძირითადი სტიმულატორებია.

ჰიპოფიზი ოვალური ფორმის მცირე ზომის ჯირკვალია, რომელიც ქალას ფუძის თურქული კეხის ჩაღრმავების არეშია მოთავსებული. იგი შედგება განსხვავებული ჰისტოლოგიური შენების მქონე წინა, უკანა და შუა წილებისაგან. დაბადების მომენტისათვის ჰიპოფიზი კარგადაა განვითარებული. მისი წინა წილი გამოთქმავებს ზრდის ანუ სომატოტროპულ ჰორმონს, რომელიც არეგულირებს ორგანოებისა და ქსოვილების ზრდას, ფარისებური ჯირკვლის ფუნქციის გამააქტივებელ თირეოტროპულ და ადრენოკორტიკოტროპულ ჰორმონებს (არეგულირებს ნახშირწყლოვან ცვლას). ასევე გამოჰყოფს გონადოტროპულ ჰორმონებს, რომლებიც გავლენას ახდენენ სასქესო ჯირკვლებზე და აძლიერებენ სქესობრივი ჰორმონების ბიოსინთეზს.

შუა წილი გამოჰყოფს მელანოფორმულ ჰორმონს, რომელიც კანის პიგმენტის წარმოქმნას ასტიმულირებს. უკანა წილის მიერ გამოთქმავებული ვაზოპრესინი და ოქსიტოცინი არტერიულ წნევაზე სქესობრივ განვითარებაზე დიურეზზე, ცილოვან და ცხიმოვან ცვლაზე საშვილოსნოს კუმშვადუნარიანობაზე ახდენს გავლენას.

ჰიპოფიზის ფუნქციურ სრულფასოვნებაზეა დამოკიდებული ფარისებური, თირკმელზედა, სასქესო ჯირკვლების სტრუქტურა და ფუნქცია. ჰიპოფიზის წინა წილის ჰიპერფუნქციის დროს ვითარდება ჰიპოფიზური გიგანტიზმი, ზრდის პერიოდის დამთავრების შემდეგ — აკრომეგალია, ჰიპოფუნქციის შემთხვევაში — ჰიპოფიზური ნანიზმი (ჯუჯა). ჰიპოფიზის უკანა წილის ჰიპერფუნქციისას ვითარდება ცხიმოვანი ცვლის მოშლა და სქესობრივ მომწიფებაში ჩამორჩენა, ანტიდიურეზული ჰორმონის უკმარისობის დროს — უმაქრო დიაბეტი.

ეპიფიზი ბავშვებში შედარებით დიდი ზომისაა, ვიდრე მოზრდილებში. ეპიფიზში გამოიშუშავდება ჰორმონები, რომლებიც მოქმედებენ ლაქტაციასზე, სქესობრივ ციკლზე, ნახშირწყლოვან და წყალ-ელექტროლიტურ ცვლაზე.

პარათირეოიდული ჯირკვლები მცირე ზომის ოთხი ჯირკვლია, მოთავსებული ფარისებური ჯირკვლის უკანა ზედაპირზე. გამოიშუშავებენ პარათჰორმონს, რომელიც გავლენას ახდენს კალციუმის ცვლაზე არევულირებს გაძვალეების პროცესებს. ჯირკვლების პათოლოგია ვლინდება მათი ფუნქციის დაქვეითების (ჰიპოპარათირეოზი) ან გაძლიერების (ჰიპერპარათირეოზის) სახით.

თირკმელზედა ჯირკვლები წყვილია და მოთავსებულია თირკმლების ზემო პოლუსებთან. ჯირკვლები შედგება ქერქოვანი და ტვინოვანი ნივთიერებებისაგან.

თირკმელზედა ჯირკვლის დიფერენცირება ორი წლის ასაკში მთავრდება. მისი ქერქოვანი შრე გამოიშუშავებს ნი-ზე მეტ ბიოლოგიურად აქტიურ ნივთიერებასა და ჰორმონებს (გლუკოკორტიკოიდებს, მინერალოკორტიკოიდებს, ანდროგენებს და ესტროგენებს). გლუკოკორტიკოიდები არევულირებენ ნახშირწყლოვან ცვლას, აქვთ ანტიანთებითი და ჰიპოსენსიბილიზებადი მოქმედება. მინერალოკორტიკოიდები მონაწილეობენ წყალ-მარილოვან ცვლაში და ნახშირწყლების მეტაბოლიზმში. თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის ყველაზე მნიშვნელოვანი ფორმაა თირკმელზედა ჯირკვლის მწვავე უკმარისობა. თირკმელზედა ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის სხვადასხვა ვარიანტის დროს ვითარდება ადისონის დაავადება, თანდაყოლილი ადრენოგენიტალური სინდრომი, თირკმელზედა ჯირკვლის სიმსივნე და სხვ.

კუჭუკანა ჯირკვალი ანუ პანკრეასი, კუჭის უკან, მეორე და მესამე წელის მალის დონეზე მდებარეობს. იგი საკმაოდ დიდი ჯირკვალია: ახალშობილებში მისი წონა 4-5 გრამია. მოზრდილებში მისი მასა 20-ჯერ მატულობს. პანკრეასის ლანგერჰანსის კუნძულაკების β-უჯრედებში სინთეზირდება ინსულინი, α-უჯრედებში — გლუკაგონი. ინსულინი ნახშირწყლოვანი ცვლის მარეგულირებელი ჰორმონია. β-უჯრედების დაზიანების ან ფუნქციის დარღვევის შემთხვევაში ვითარდება შაქრიანი დიაბეტი. პანკრეასი გარეგანი სეკრეციის ორგანოცაა: მასში გამოიშუშავდება საჭმლის მომნელებელი ფერმენტები.

სასქესო ჯირკვლებია საკვერცხეები და სათესლე ჯირკვლები, რომლებიც წყვილ ორგანოებს წარმოადგენენ. ხშირად, ახალშობილებში სათესლე ჯირკვლები შეჩერებულია საზარდულის არხში ან მუცლის ღრუში და შემდგომში ეშვებიან სათესლე პარკში მკურნალობის გარეშე. სათესლე ჯირკვლები გამოიშუშავებს მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს — ტესტოსტერონს და ანდროსტერონს. საკვერცხეები კი — ესტროგენებს, რომლებიც უზრუნველყოფენ ქალის ორგანიზმის, მისი სასქესო აპარატისა და მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარებას.

შინაგანაი სეკრეციის ყველა ჯირკვალი ერთმანეთთან როულ კორელაციურ ურთიერთობაშია, რომლის მექანიზმი მეტად როულია და დაკავშირებულია ცნს-ის მარეგულირებელ ფუნქციასთან.

19.2. მოვლა ენდოკრინული სისტემის დაავადებების დროს

19.2.1. შაქრიანი დიაბეტი

ენდოკრინული დაავადებებიდან ბავშვთა ასაკში გავრცელებულია მძიმე ქრონიკული დაავადება — შაქრიანი დიაბეტი. დაავადების განვითარებას საფუძვლად უდევს ინსულინის უკმარისობა, რასაც ნახშირწყლოვანი და შემდეგ, ყველა სახის ნივთიერებათა ცვლის მკვეთრი აშლილობა მოჰყვება.

არჩვენ შაქრიანი დიაბეტის ინსულინდამოკიდებულ (I ტიპის დიაბეტი) და ინსულინდამოუკიდებელ (II ტიპის დიაბეტი) ფორმებს. ბავშვებში გავრცელებულია დაავადების ინსულინდამოკიდებული ფორმა, როდესაც ლანგერჰანსის კუნძულაკების β-უჯრედების დაზიანების გამო შემცირებულია ინსულინის პროდუქცია.

I ტიპის დიაბეტის დროს β -უჯრედების დაზიანება შეიძლება იყოს გენეტიკური, აუტოიმუნური ან გარემო ფაქტორების ზემოქმედების შედეგი.

ინსულინდამოუკიდებელი შაქრიანი დიაბეტის (II ტიპის დიაბეტის) დროს ინსულინის გამოუშვავება β -უჯრედების მიერ ნორმალურად ხდება, მაგრამ მისი მოქმედება (აქტივობა) არ რეალიზდება სხვადასხვა ფაქტორთა (რეცეპტორული აპარტის პათოლოგია, ინსულინის ანტაგონისტების მატება და სხვ.) ზემოქმედების გამო. II ტიპის შაქრიანი დიაბეტი ბავშვთა ასაკში იშვიათია.

შაქრიანი დიაბეტის დროს, ინსულინის დეფიციტის გამო ირღვევა ქსოვილების მიერ გლუკოზის შეთვისების პროცესი — გლიკოგენეზი, არ ხდება ცხიმების სრული დაჟანგვა წყლად და ნახშირორჟანგად, როგორც ხდება ჯანმრთელ ორგანიზმში. ქსოვილებში ნახშირწყლების შეთვისება შემცირებულია. ინსულინის ნაკლებობის გამო მატულობს გლუკაგონის, ადრენალინის, სომატოტროპინის და კორტიზოლის შემცველობა, რის გამოც ხდება ლიპოლიზის სტიმულაცია, თავისუფლდება ცხიმოვანი მჟავები და წარმოიქმნება კეტომჟავები. ორგანიზმში მათი დაგროვების გამო ხდება PH-ის მჟავიანობისაკენ გადახრა, ე. ი. ვითარდება აციდოზური მდგომარეობა. დიაბეტით დაავადებული ბავშვის შარდში აცეტონის მომატება მიუთითებს დიაბეტური კომის მოახლოებაზე.

კლინიკა. დიაბეტის ძირითად კლინიკურ სიმპტომებს წარმოადგენს მომატებული, გაძლიერებული მადა (პოლიფაგია), ძლიერი წყურვილი (პოლიდიფსია), შარდის დიდი რაოდენობით გამოყოფა (პოლიურია), წონაში ცვლილება, აცეტონის სუნი პირიდან. ეს უკანასკნელი ყოველთვის არ არის გამოხატული.

შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი შარდისა და სისხლის შაქარზე გამოკვლევის შემდეგ დასტურდება. ჩვეულებრივ, შარდში შაქარი არ უნდა იყოს, მხოლოდ დიაბეტის შემთხვევაში აღინიშნება შაქარი შარდში (გლუკოზურია).

დიაბეტით უპირატესად ავადდებიან სკოლამდელი და სასკოლო ასაკის ბავშვები. შესაძლებელია გამოვლინდეს ადრეული ასაკის ბავშვებშიც.

დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ბავშვის წონას დაბადებისას, რომელიც ხშირ შემთხვევაში მაღალია, ხოლო შემდეგ სწულის მასა მცირდება, მიუხედავად კარგი მადისა, ბავშვი სვამს ბევრ სითხეს (აღინიშნება პოლიურია). დიაბეტით დაავადებული ბავშვის საფეხები გაშრობისას მაგარი ხდება, თითქოს გახაშვებულია. ხშირად, დაავადების პირველი ნიშნები მშობლებისათვის შეუმჩნეველი რჩება და ავადმყოფი ექიმთან ხვდება უკვე მძიმე მდგომარეობაში — დიაბეტურ კომაში. ახალშობილებში დიაბეტური კომა განსაკუთრებით სწრაფად ვითარდება.

დიაბეტის განვითარებაში სამ სტადიას გამოჰყოფენ: პრედიაბეტი, ფარული (ლატენტური) და გამოვლინებული დიაბეტი.

პრედიაბეტი ორგანიზმის მზადყოფნაა, რაც ხშირად უარყოფით სიტუაციებთანაა დაკავშირებული. ამ დროს კლინიკური ნიშნები არ არის გამოხატული. გლუკოზისადმი ტოლერანტობის სინჯი არ არის დარღვეული. ფარული დიაბეტი დაავადების მეორე ფაზაა. ამ დროს საყურადღებოა დიაბეტის მცირე სიმპტომები — კანის ქავილი, ფურუნკულოზი, პარადონტოზი.

გამოვლენილი შაქრის დაავადების დროს უკვე კარგადაა გამოხატული პოლიდიფსია, პოლიურია, ბულებია. ექსიკოზის ფონზე ვითარდება კანისა და ლორწოვანის სიმშრალე, კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის განლევა, კუნთთა ატროფია. ღვიძლი გადიდებულია.

სიმძიმის მიხედვით გამოჰყოფენ მსუბუქ ანუ I ხარისხის დიაბეტს, როდესაც გართულებები არ აღინიშნება. საშუალო ანუ II ხარისხის დიაბეტის დროს გლუკოზურიისა და ჰიპერგლიკემიის გარდა აღინიშნება ტენდენცია კეტოზისა და აციდოზისადმი. მძიმე ფორმის დროს სისხლში შაქრის დონე მაღალია, საყურადღებოა კეტოზი და კეტოაციდოზი, ცვლითი დარღვევების კომპენსაციისათვის საჭიროა ინსულინის მაღალი დოზა.

დიაგნოზი. შარდში შაქრის გაჩენა (გლუკოზურია) დაკავშირებულია სისხლში გლუკოზის დონის თირკმლის ზღვრული შესაძლებლობის გადაჭარბებასთან: 180 მგ% (9,9 მმოლ/ლ) და მეტი. დაავადების ადრეულ პერიოდში, როდესაც გლუკოზურია და ჰიპერგლიკემია

არამუდმივი სიმპტომია, დიაგნოზის დაზუსტებისათვის გლუკოზის განსაზღვრა ხდება უზმოზე და კვებიდან 2 სთ-ის შემდეგ. დიაბეტი უტყუარია, თუ უზმოზე გლუკოზის დონე 140 მგ%-ია (7,9 მმოლ/ლ), კვების შემდეგ კი 200 მგ%-ზე (11,3 მმოლ/ლ) მეტი. თუ ჰიპერგლიკემია უზმოზე ან კვებიდან 2 სთ-ის შემდეგ 200 მგ%-ზე მეტია, გლუკოზაზე ტორელანტობის სინჯის ჩატარება არ არის საჭირო.

გართულება. დიაბეტის ადრეული გართულებაა კეტოზი, კეტოაციდოზი, დიაბეტური კომა, ღვიძლის ცხიმოვანი ინფილტრაცია. მოგვიანებითაა — პროგრესული მიკროანგიოპათიები (დიაბეტური გლომერულოსკლეროზი, გულის, მსხვილი სისხლძარღვების დაზიანება, მორიაკის სინდრომი).

ბავშვთა ასაკში ხშირად ვითარდება დიაბეტის მძიმე გართულება — კეტოაციდოზი და დიაბეტური კომა, რომლებიც ერთი და იმავე პროცესის მომდევნო სტადიებია. დიაბეტური კეტოაციდოზი ვითარდება ინსულინის შედარებითი ან აბსოლუტური უკმარისობის დროს, რაც ჰიპერგლიკემიას და მეტაბოლურ აციდოზს (სუნთქვითი კომპენსაციით) იწვევს. გართულება შედეგია დაგვიანებული დიაგნოსტიკის, არასწორი მკურნალობის, ფსიქიკური და ფიზიკური ტრავმების, კეტოაციდოზისა. ძირითადი მიზეზია ინსულინის მორიგი დოზის შეყვანის გამოტოვება. ამ მდგომარეობის პროვოცირება შეიძლება გამოიწვიოს თანარსებულმა დაავადებამ, რომელიც ინსულინის მიმართ რეზისტენტობას იწვევს. შარდსა და ამონასუნთქ ჰაერში დასტურდება აცეტონის არსებობა, რასაც მოჰყვება დიაბეტის სიმპტომების გაძლიერება (პოლიურია, პოლიდიფსია, საერთო სისუსტე, უმადობა). სისხლში მომატებულია გლუკოზის, კეტონური სხეულაკების დონე. დაგვიანებული მკურნალობის შემთხვევაში უკვე კეტოაციდოზის ისეთი სიმპტომები ვლინდება, როგორიცაა: ადინამია, კუნთთა ტონუსის დაქვეითება, არტერიული ჰიპოტონია, მოღუწება, ძილიანობა, გულზიდვა, ღებინება, ტკივილი მუცლის არეში, სმაურიანი სუნთქვა (კუხმაულის სუნთქვა), ვითარდება დიაბეტური კომა.

დიაბეტური კომა ცნობიერების თანდათანობითი დაკარგვით, კოლაფსით, მკვეთრი ექსიკოზით ვლინდება. ამ დროს კანი ჰიპერემოულია, გუგები — გაფართოებული, მყესთა რეფლექსები დაქვეითებულია, სუნთქვა გახშირებულია და ღრმა. მაჯა სუსტი აგსებისაა, გულის ტონები მოწყურებულია, ღვიძლი გადიდებულია, მუცლის კუნთები — დაჭიმული.

ჰემოგრამაზე გამოხატულია ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი, შაქრის დონე სისხლში 22-40 მმოლ/ლ-ზე, შარდში ვლინდება აცეტონი.

ინსულინის ჭარბი გამოყენება ან მისი შეყვანის შემდეგ ნახშირწყლების არასაკმაო მიღება იწვევს ჰიპოგლიკემიური კომის განვითარებას. ჰიპოგლიკემიური კომა ე. წ. ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის ტერმინადური სტადიაა. კომის განვითარებას წინ უსწრებს შიმშილის შეგრძნება, კანკალი, ოფლიანობა, სიფერპკრთაღე, ბრადი- ან ტაქიკარდია. შემდეგ ვლინდება კომის სინდრომი — ცნობიერების დაბინდვა და დაკარგვა. პროფუზული ოფლიანობა, გუგების შევიწროება, არტერიული ჰიპერტენზია, ჰიპერრეფლექსია, ტონური კრუნჩხვები, სისხლში შაქრის დონე დაქვეითებულია. ჰიპერგლიკემიური და ჰიპოგლიკემიური კომის დიფერენციაციის მიზნით მოწოდებულია სპეციალური ცხრილი (ცხრილი ნ).

მკურნალობა. დიაბეტით დაავადებულ ბავშვსა და მის მშობლებს, მედდა-ინსტრუქტორი შეასწავლის:

- დიაბეტის პათოფიზიოლოგიას;
- კვების რეჟიმის თავისებურებასა და დიეტას;
- ინსულინის შეყვანის ტექნიკას;
- ჰიპერგლიკემიაზე კონტროლს;
- მძიმე კეტონურიის, ჰიპერგლიკემიის კლინიკური ნიშნების ამოცნობასა და

მკურნალობას;

- ჰიპოგლიკემიის დროულ ამოცნობას, რეკომენდაციებს, მკურნალობას;
- სხვა გართულებათა პროფილაქტიკას.

შაქრიანი დიაბეტის დროს დიეტისა და კვების რეჟიმის დანიშვნის დროს, აუცილებელია გაგითვალისწინოთ დაავადების სიმძიმე და ავადმყოფი ბავშვის ასაკი. თითოეულ ავადმყოფს

ესაჭიროება მკაცრად შეზღუდული ინდივიდუალური დიეტა ცილების, ცხიმებისა და ნახშირწყლების შემადგენლობის გაანგარიშებით.

ცხრილი 6

კომური მდგომარეობის თავისებურება დიაბეტის დროს

სიმპტომები	ჰიპერგლიკემიური კომა	ჰიპოგლიკემიური კომა
მიმდინარეობა	თანდათანობითი, რამდენიმე საათში	სწრაფი, რამდენიმე წუთში
შეშინების გრძნობა	არა, უმადობა	გაძლიერებულია
გულზიდვა, ღებინება	ხშირი	იშვიათი
შუკლის ტკივილი	ხშირი	არა
თვალეები	ჩაცვენილი, თვალის კაკლები რბილი	გუგები შევიწროებული
კანი	შშრალი, ტურგორი დაქვეითებულია	სველია, ოფლიანი, ტურგორი ნორმალურია
ენა	შშრალი ნადებით	სველი
სუნთქვა	ღრმა, ხმაურიანი, აცეტონის სუნით	ნორმალური
არტერიული წნევა	დაქვეითებულია	ნორმალურია ან მომატებული
პულსი	ხშირი, სუსტი ავსების	ზოგჯერ შენელებული
კენოები	მოღუწებული	დაჭიმული, ზოგჯერ კრუნჩხვა
ნერვული სისტემა	ჰიპორეფლექსია, კლონური კრუნჩხვები	ჰიპერერეფლექსია, ტონური კრუნჩხვები
სხეულის ტემპერატურა	დაბალი	დაბალი
ეფექტი გლუკოზის შეყვანის შემდეგ	უარყოფითი	სწრაფად დადებითი
შაქარი სისხლში	მომატებულია	დაქვეითებულია
შარდი	აცეტონი	არა

დიეტა უნდა იყოს დამზოგავი, აკმაყოფილებდეს ასაკობრივ, ფიზიოლოგიურ მოთხოვნებს (სტაციონარში ენიშნებათ №4 მაგიდა), გათვალისწინებული უნდა იყოს კვების რეჟიმისა და ინსულინის შეყვანის ვადებს შორის თანაფარდობა. დიეტაში ცილებს, ცხიმებსა და ნახშირწყლებს შორის თანაფარდობა 1:0,3:3 უნდა იყოს, ნაცვლად 1:1:4-ისა ჯანმრთელ ბავშვებში (1 წლის შემდეგ). კალორიაჟიც 100-150 კკალ-ზე ნაკლები უნდა იყოს.

კომპენსირებული დიაბეტის დროს, როცა ბავშვი ღებულობს ინსულინს, დიეტა შეესაბამება ასაკობრივ მაჩვენებელს. რეკომინდებულია უცხიმო მონარშული ხორცი, თევზი, ხაჭო. წიწბურასა და შვრიის ფაფები, ბოსტნეული და ნაკლებად ტკბილი ხილი (ვაშლი).

საკვები რაციონის ვიტამინებით გამდიდრების მიზნით, ენიშნებათ ასკილის წვენი და "C" ვიტამინი. უმეტესად გამოიყენება რუხი პური. საკვებს ამზადებენ უშაქროდ. კომპოტს ან ჩაის შაქრის დასაშვებ რაოდენობას უმატებენ უშუალოდ მიღების წინ. ბავშვებს კვებავენ დაღვნილ საათებში: ყოველ 3-4 საათში ერთხელ (4-5-ჯერ დღეში). კვების რეჟიმის შეცვლამ შესაძლებელია გამოიწვიოს მძიმე დარღვევები: ჰიპოგლიკემია ან ჰიპერგლიკემია.

თუ ბავშვს განსაკუთრებული მოთხოვნილება აქვს ტკბილეულზე, შესაძლებელია მიჯკეს ქსილიტსა და სორბიტზე დამზადებული შოკოლადი, მარმალადი, კარამელი. ძლიერი ფიზიკური დატვირთვის შემდეგ დასაშვებია კალორიაჟის გაზრდა ჰიპოგლიკემიის თავიდან აცილების მიზნით.

ბავშვის ყოველდღიური მოვლა გულისხმობს იდეალურ ჰიგიენურ პირობებს. ბავშვის კანისა და ლორწოვანების, სასქესო ორგანოების ყოველდღიურ ჰიგიენას, ვინაიდან ბავშვებს შაქრიანი დიაბეტის დროს, უვითარდებათ კანის ჩირქოვანი და შარდსასქესო ორგანოების

ანთებითი დაავადებანი. შაქრიანი დიაბეტის მსუბუქი ფორმებისა და დაავადების სრული კომპენსაციის შემთხვევაში ნაჩვენებია გამაკაცებელი პროცედურები, ცივი ტილოთი დაზელება, ჰაერის აბაზანები და დილის გარჯიში. ზომიერი ფიზიკური დატვირთვა, გარჯიში უმჯობესია საკვების მიღების შემდეგ.

შაქრიანი დიაბეტით დაავადებული ბავშვები იმყოფებიან დისპანსერულ მეთვალყურეობაზე ბავშვთა პოლიკლინიკებში და უზრუნველყოფილნი არიან უფასო სამედიცინო დახმარებით.

შაქრიანი დიაბეტის დიაგნოზი მშობლებსა და ბავშვზე მძიმე ემოციურ ზეგავლენას (სასოწარკვეთილება, შიში, დანაშაულის შეგრძნება და სხვ.) ახდენს, ამიტომ ექთანი ვალდებულია ოჯახის წევრებთან თავისუფლად განიხილოს პრობლემა.

შაქრიანი დიაბეტის სწორი მოვლა დიეტის მკაცრ დაცვასთან ერთად ორგანიზმში შესაყვანი ინსულინის დოზის სწორ შერჩევას გულისხმობს. თავდაპირველად (შაქრიანი დიაბეტის გამოვლინებისთანავე), საჭიროა ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია. ენიშნებათ სუფთა ინსულინი (სეინსულინი, მონონინსულინი და სხვ.) — არაგასანგრძლივებული მოქმედების ინსულინის დოზა დამოკიდებულია დაავადების ფაზაზე და ტარდებოდა თუ არა მკურნალობა. დაავადების განვითარებისა და მიმდინარეობის მიხედვით, შეიძლება ბავშვი გადაყვანილ იქნეს საშუალო ხანგრძლივობის (ცინკ-ინსულინი სუსპენზია, B ინსულინი, ინსულინი ლეტე) ან გახანგრძლივებული მოქმედების ინსულინიზე (ინსულინის სუსპენზია — ულტრალონგი, ინსულინი-ულტრალენტე).

შესაყვანი ინსულინის ყოველდღიური დოზა განისაზღვრება შარდში გამოყოფილი შაქრის რაოდენობის მიხედვით (გრამებში). ყოველ 4-5 გ შაქარზე ერთი ერთეული ინსულინია საჭირო.

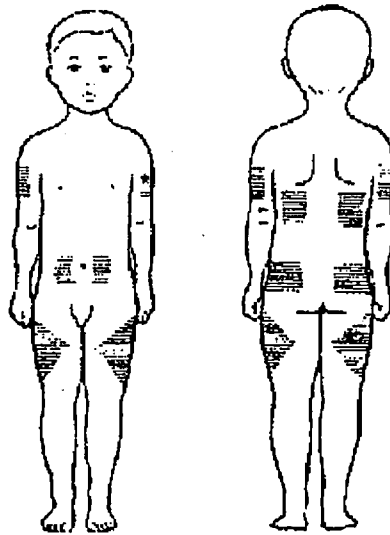
მაგალითად: თუ ბავშვი გამოყოფს დღე-ღამეში 4 ლ შარდს, რომელიც შეიცავს 5% შაქარს, მაშასადამე, დღე-ღამეში გამოყოფს 200 გ შაქარს, ამიტომ დღე-ღამეში უნდა მიიღოს 40-50 მოქმედი ერთეული (მე) ინსულინი. თავდაპირველად, ინსულინის შეყვანას იწყებენ მცირე დოზებით, რათა თავიდან ავიცილოთ ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობა. ინსულინის სადღეღამისო დოზა უნდა გაიყოს 2-3 მიღებაზე ავადმყოფის მდგომარეობის მიხედვით. ჩვენს შემთხვევაში ინსულინი უნდა მიიღოს 20 მე 2-ჯერ დღეში.

როგორც აღინიშნა, ინსულინი არსებობს ჩვეულებრივი და გახანგრძლივებული მოქმედების. ორგანიზმში ინსულინის შეყვანისას მცირდება შაქრის რაოდენობა სისხლში და მისი გამოყოფა შარდთან ერთად. ინსულინის დოზირება ხდება მოქმედ (მე) ან ინტერნაციონალურ ერთეულებში (იე). მედღამ დაკვირვებით უნდა წაიკითხოს წამლის ყუთსა და ფლაკონზე წარწერა და უნდა იცოდეს, რომ ჩვეულებრივი ინსულინი გამჭვირვალეა, პრეპარატის 1 მლ შეიცავს 4-დან 80 მე-ს. ინსულინი შეჰყავთ კანქვეშ, შეიწოვება სისხლში და მაქსიმალურ კონცენტრაციას აღწევს 30-40 წუთის შემდეგ. ამიტომ ჩვეულებრივი ინსულინი შეჰყავთ ჭამის წინ 15-20 წთ-ით ადრე. ინსულინის შესაყვანად გამოიყენება სპეციალური ერთჯერადი შპრიცები ე. წ. ინსულინის შპრიცები. ასეთ შპრიცებს გააჩნიათ ორი შკალა: ერთი მიუთითებს პრეპარატის მოცულობაზე, მეორე — მოქმედების ერთეულზე.

ინსულინის შპრიცების მოცულობა 1-2 სმ³-ია. 1 სმ³-იან შპრიცზე 40 დანაყოფია და თითოეულ დანაყოფს შეესაბამება ინსულინის ერთი ერთეული.

შპრიცში ინსულინის ამოღება ისე უნდა მოხდეს, რომ გამავლობის შემოწმების შემდეგ, მასში დარჩეს პრეპარატის საჭირო რაოდენობა. ინსულინის, როგორც მცირე ასევე ჭარბი რაოდენობით შეყვანამ, შესაძლებელია მძიმე გართულება გამოიწვიოს. ინსულინის ინექციის ადგილი (სურათი 97) რეგულარულად იცვლება (თეძოზე, მხარზე, ბეჭის ქვეშ, მუცელზე და სხვ.), ვინაიდან კანზე მრავალჯერადი ინექციისას ვითარდება კანქვეშა ინფილტრატები და სხვა გართულებანი. არ შეიძლება ერთ შპრიცში იქნეს ამოღებული ჩვეულებრივი ინსულინი და გახანგრძლივებული მოქმედების ინსულინი. მედღამ მკაცრად უნდა დაიცვას ექიმის დანიშნულება. მას არა აქვს უფლება, შეცვალოს ინსულინის დოზა ან მისი ორგანიზმში შეყვანის დრო. არ არის სასურველი ინსულინის ერთჯერადად დიდი დოზით შეყვანა. მედღამ ან დედამ მუდმივად თვალყური უნდა ადევნოს, რომ ბავშვმა საკვები მიიღოს ინექციიდან 15-20 წუთის შემდეგ.

ჰიპოგლიკემიური მდგომარეობის საწყისი მოვლენები (შიმშილის შეგრძნება, აგზნება, მოდუნება, სისუსტე, ოფლიანობა, ტაქიკარდია) არ არის საშიში და მისი კუბირება შაქრის, გლუკოზის ხსნარით შესაძლებელია: საკმარისია ბავშვმა მიიღოს ორცხობილა და ტკბილი ჩაი. მძიმე ჰიპოგლიკემიის დროს, როდესაც ადგილი აქვს ტკივილს მუცლის არეში, ღებინებას, გონების დაკარგვას, კრუნჩხვებს. მკურნალობა ისე უნდა წარიმართოს, რომ პლაზმაში გლუკოზა 100 მგ%-ს (5,6 მმოლ/ლ) გაუტოლდეს. კუნთებში შეჰყავთ 1 მგ გლუკაგონი, ვენაში 20%-იანი გლუკოზის 20-40 მლ, შემდეგ კი წვეთოვნად – 5-10%-იანი გლუკოზის ხსნარი, სანამ შარდში არ გაჩნდება შაქარი.



სურათი 97. ინსულინის კანქვეშა ინექციის ადგილი

კეტოზისა და კეტოაციდოზის დროს ვენაში შეჰყავთ ხანმოკლე მოქმედების ინსულინის სასტარტო დოზა (0,1 მგ/კგ მასაზე), შემდეგ კეთდება 0,1 მგ/კგ/სთ-ში წვეთოვნად. გამოიყენება ასევე ნატრიუმისა და კალიუმის ქლორიდი, ვიტამინები, კოკარბოქსილაზა, 5%-იანი გლუკოზა (ჰიპოგლიკემიის თავიდან აცილების მიზნით).

შაქრიანი დიაბეტით ავადმყოფის განკურნება შეუძლებელია, მაგრამ სწორი მკურნალობისა და კვებითი რეჟიმის დაცვის შემწეობით შესაძლებელია რემისიის მიღწევა, მძიმე გართულებების თავიდან აცილება.

19.2.2. ჰიპოთირეოზი

ფარისებური ჯირკვლის თირეოიდული ჰორმონები (T_3 და T_4) აუცილებელია ბავშვის ტვინის ფორმირების, ჩონჩხის ძვლების ზრდისა და განვითარების, თერმორეგულაციისათვის და სხვ.

ფარისებური ჯირკვლის ფუნქციის დარღვევის (ჰიპოფუნქციის) დროს ფერხდება ბავშვის ნორმალური ფიზიკური და ფსიქიკური განვითარება, გაძვალეების პროცესები და ჩერდება ძვლების ზრდა, ირღვევა კანის ტროფიკა და სხეულის ტემპერატურა.

ბავშვთა ასაკში არჩევენ თანდაყოლილ ჰიპოთირეოზს და მოგვიანებით იუვენილურ ჰიპოთირეოზს. თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზი თანაბარი სინშირით გვხვდება როგორც გოგონებში, ასევე ვალებში. დაბადებისას ყურადღებას იპყრობს დაბალი წონა სიმაღლის ნორმალურ მაჩვენებელთან – ერთად, გამოხატულია მოდუნება (ჰიპოტონია, ჰიპორეფლექსია), გახანგრძლივებული სიყვითლე, მოკლე კისერი. ბავშვის სიცოცხლის პირველი თვეების მანძილზე თავს იჩენს კვების დარღვევა, ზრდაში და ფსიქომოტორულ განვითარებაში ჩამორჩენა, ძილიანობა, ასემა. ყურადსაღებია სახის უხეში ნაკვთები, ღია ყიფლიბანდი, წინ გადმოგდებული ენა, ყვრილი ხრინწიანი სმით, ცივი, მშრალი ლაქოვანი კანი. მძიმე შემთხვევებში მეტად მოკლე

კიდურები, დაგვიანებულია კბილების ამოსვლა, შემდგომში ვლინდება გონებრივი ჩამორჩენილობა.

ოეგენილური (შექნილი) ჰიპოთირეოზი უფრო ხშირად გვხვდება გოგონებში, ვიდრე ვაჟებში. შექნილი პირველადი ჰიპოთირეოზი ყოფილიყო სტრუქტურული (ფარისებრი ჯირკვლის ამოკვეთის), თირეოდიტის (ფარისებრი ჯირკვლის ანთება), ჰიპერთირეოდიზმის რადიოლოგიური თერაპიის, ასევე იოდის დეფიციტის შედეგად.

ვლინდება ზრდაში შეფერხება, სქესობრივ მომწიფებაში ჩამორჩენა, ცუდი მადა, ძილიანობა, შეკრულობა, ძნელად იტანენ გადაცივებას; სახე შეშუპებულია, ნაკვთები უხეში, აქვს უნაგირა ცხვირი, დარღვეულია სხეულის პროპორციები, გამოხატულია მეტყველების დარღვევა, სპონტანური მოძრაობები, წვრილი, წრიბინა ხმა, მშრალი კანი ცვლილებური ელფერით. აკადემიურ მოსწრებაში ჩამორჩენას ადგილი არა აქვს, ქცევის პათოლოგია ვლინდება მთავიანებით.

მკურნალობა. თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის დროს მკურნალობის პარალელურად, დიდი მნიშვნელობა ენიჭება ბავშვზე მუდმივ მეთვალყურეობას. ენიშნებათ L-თიროქსინის თითო ტაბლეტი დღეში, ასაკის მატებასთან ერთად დოზა იზრდება (10 მგ/კგ მასაზე).

თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის დროს ბავშვის ფსიქონერვული განვითარება და ზრდის ტემპი უნდა შეფასდეს ყოველ 2-3 თვეში ორი წლის მანძილზე.

მკურნალობის ადექვატურობა ფასდება მაჯისცემის სისხრის, სისხლის არტერიული წნევის, სისხლის საერთო ანაღიზის, სისხლში ქოლესტერინის დონის, ძვლოვანი ასაკისა და სისხლში თირეოტროპული ჰორმონის დონის გათვალისწინებით. თუ მკურნალობის ფონზე ბავშვის მდგომარეობა გაუმჯობესდება ბავშვზე მეთვალყურეობათა შორის ინტერვალი დიდდება.

თანდაყოლილი ჰიპოთირეოზის დაგვიანებული (3 თვის შემდეგ) დიაგნოსტიკის შემთხვევაში ვითარდება სერიოზული ნევროლოგიური დარღვევები.

შექნილი პარათირეოზის დროს მკურნალობა ტარდება L-თიროქსინით (3-5 მგ/კგ მასაზე), სისხლში T_4 და TTF (თირეოტროპული ჰორმონის) დონის გათვალისწინებით. მკურნალობის ფონზე შესაძლებელია, გაძლიერებული ენერგეტიკული ცვლის გამო, აკადემიური მოსწრების გაუარესება და ბავშვის ქცევის ცვლილება, რაც მოითხოვს მშობლებისა და პედაგოგის სწორ, ტაქტიკურ მიდგომას, ოჯახში ნორმალური მიკროკლიმატის შექმნას, ქცევის პათოლოგიის თავიდან აცილებას.

19.3. კვლევის მეთოდები ენდოკრინული სისტემის დაავადებების დროს

19.3.1. შაქრის განსაზღვრა სისხლში

შაქრის (გლუკოზის) განსაზღვრა სისხლში ხდება დილით უზმოზე, რისთვისაც თითოიდან (იშვიათად, ქუსლიდან ან ყურის ბიბილოდან) იღებენ სისხლს. შაქარს საზღვრავენ სისხლის აღებიდან არა უგვიანეს 1 საათისა, რომ ოთახის ტემპერატურაზე სისხლში გლუკოზის რაოდენობა არ შემცირდეს.

გლუკოზის განსაზღვრა ხდება ორთოტოლუიდინის, ჰაგედონ-იენსენისა და ენზიმური მეთოდებით.

გლუკოზის განსაზღვრა სისხლსა და შარდში ორთოტოლუიდინური მეთოდით ხდება. შარდში გლუკოზის განსაზღვრისას შარდს აზაგებენ 2-10-ჯერ და ახდენენ რაოდენობრივ შეფასებას. ორთოტოლუიდინის მეთოდით სისხლში შაქრის კონცენტრაცია 3,33-5,55 მმოლ/ლ-ია.

ჰაგედონ-იენსენის მეთოდით ისაზღვრება არა მარტო ჭეშმარიტი გლუკოზა, არამედ რედუცირებული (ალდჰეზილი). ამიტომაც ამ მეთოდით მიღებული შაქრის შემცველობა სისხლში გლუკოზის ჭეშმარიტ მაჩვენებელზე მაღალია. ჰაგედონ-იენსენის მეთოდით შაქრის რაოდენობა 4,44-6,66 მმოლ/ლ-ის ტოლია.

ენზიმური (გლუკოზოქსიდატური) მეთოდით ხდება გლუკოზის დაჟანგვა და ორთოტოლოიდინის დაჟანგვისას წარმოიქმნება ფერადი ნაერთები, რომლის ინტენსივობა

პირდაპირ პრობორციულია გლუკოზის შემცველობისა. ამ მეთოდით გლუკოზის შემცველობა 2.77-5.55 მმოლ/ლ-ს უდრის.

დადასტურებულია, რომ ინსულინით თერაპიის ეფექტურობის შეფასება კლინიკური სიმპტომებით, ბინის პირობებში და ამბულატორულად შარდის ზოგჯერ კი სისხლის კვლევიტაც — არაზუსტია. ამიტომ, სისხლის პლაზმაში გლუკოზის შემცველობის ობიექტური განსაზღვრის საუკეთესო მეთოდია ყოველ კვარტალში გლიკოზირებული ჰემოგლობინის (HbA_{1G}) დონის შესწავლა. დადგენილია, რომ გლუკოზა არაფერმენტული გზით უერთდება Hb-ის მოლეკულას და წარმოიქმნება HbA_{1G} . ეს მაჩვენებელი პირდაპირ პრობორციულია პლაზმაში გლუკოზის დონისა და 2-3 თვით ადრე იძლევა პროგნოზირების შესაძლებლობას.

დღეისათვის, სისხლში შაქრის განსაზღვრისათვის გამოიყენება ინდივიდუალური გლუკოტესტები. მედდა შეასწავლის ავადმყოფ ბავშვსა და მშობლებს როგორ გამოიყენონ გლუკოზის შემცველობის განსაზღვრისათვის (ოჯახის პირობებში) გლუკოტესტები და ხელსაწყო ციფრობრივი დისპლეით. ავადმყოფი გლუკოზის დონეს უნდა საზღვრავდეს ყოველი კვებისა და ძილის წინ. თუ ეს შეუძლებელია, ინსულინის გამოყენების წინ ან კვირაში 2-ჯერ — სადილამდე და ძილის წინ.

ექსპრეს-ანალიზატორებით სისხლში გლუკოზის განსაზღვრისათვის საჭიროა მხოლოდ 0.05 მლ სისხლი, შედეგის კონსტანტირებისათვის კი საკმარისია ორი წუთი.

19.3.2. დატვირთვის სინჯი

ყველაზე ადვილად ჩასატარებელი და სარწმუნო ტესტი არის გლუკოზაზე ტოლერანტობის სტანდარტული ტესტი.

ბავშვს უღებენ სისხლს უზმოზე (9-12 საათის განმავლობაში საკვები არ უნდა ჰქონდეს მიღებული), შემდეგ აძლევენ ნახევარ ჭიქა თბილ წყალში გახსნილ სუფთა გლუკოზას (0-5 წლამდე — 2.5-2 გ/კგ, 10-15 წლამდე — 1.5-1.25 გ/კგ). მინიმალური დოზა არის 10 გ, ხოლო მაქსიმალური 50 გ. ბავშვს უღებენ სისხლს 30, 60, 120, 150 წუთის შემდეგ. მიღებული მონაცემები შეაქვთ დიაგრამაზე, სადაც ორდინატაზე აღინიშნება შაქრის კონცენტრაცია სისხლში, ხოლო აბსცისაზე — სისხლის აღების დრო გლუკოზით დატვირთამდე და დატვირთვის შემდეგ. სასურველია განისაზღვროს შაქარი შარდში.

პირველ 15-30 წთ-ის განმავლობაში გლუკოზის რაოდენობა იზრდება და მაქსიმუმს აღწევს მე-30 და მე-60 წუთზე, ხოლო 120-ე წუთისათვის უბრუნდება საწყის მაჩვენებელს (გლუკოზის მაჩვენებელი უზმოზე).

შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში გლუკოზის შემცველობა მაღალია ჯერ კიდევ უზმოზე. გლუკოზის მიღებასთან ერთად შაქრის მრუდი მნიშვნელოვნად მატულობს, ვიდრე ჯანმრთელი ბავშვისა და ორი საათის შემდეგ ნორმას არ უბრუნდება. ამ დროისათვის თითქმის მაქსიმალურ დონეზეა შეჩერებული. ხშირად მრუდი საწყის მაჩვენებელს არ უბრუნდება 4-5 საათის შემდეგაც კი.

19.3.3. შაქრის განსაზღვრა შარდში

შარდში შაქრის განსაზღვრისათვის უნდა მოხდეს შარდის შეგროვება მთელი დღე-ღამის განმავლობაში. იზომება სადღეღამისო შარდის მოცულობა და ლაბორატორიაში იგზავნება მხოლოდ მისი ნაწილი — 150-200 სმ³.

შაქრიანი დიაბეტის შემთხვევაში ბავშვებში მუდმივად ხდება შაქრის განსაზღვრა შარდში ექსპრეს-მეთოდით ე. წ. გლუკოტესტით. სპეციალურ ქაღალდს, რომელიც დასველებულია განსაკუთრებულ სითხეში, ათავსებენ შარდში 2-3 წმ-ის განმავლობაში და შემდეგ ათავსებენ თეთრ ფირფიტაზე (რომელიც მოთავსებულია გლუკოტესტის ნაკრებში). თუ შარდი შეიცავს შაქარს, ქაღალდი ფერს იცვლის. ფერის ცვლილებებს ადარებენ გლუკოტესტის

ნაკრებში არსებულ ფერად შკალას, რის მიხედვითაც საზღვრავენ შაქრის შემცველობას. უფრო ზუსტად შაქრის განსაზღვრა ხდება ლაბორატორიაში.

19.3.4. კვლევის მეთოდები პიპოთირეოზის დროს

როგორც ცნობილია, ფარისებრი ჯირკვლის ფუნქციას წარმოადგენს ორი ჰორმონის ტრიოდთირონინისა (T_3) და ტეტრაიოდთირონინის ანუ თიროქსინის (T_4) სინთეზი, რომელიც წარმოიქმნება თიროზინის ამინომჟავათა იოდირების გზით.

სისხლში იოდის განსაზღვრა ხდება ცილასთან შეკავშირებული იოდისა და ბუტანოლექსტრაგირებული იოდის განსაზღვრის გზით. ამასთან უნდა აღინიშნოს, რომ შეკავშირებული იოდის უმეტესი ნაწილი (90%) თიროქსინია, ვიდრე ტრიოდთირონინი. ცილასთან შეკავშირებული იოდის დონე 1 წლისათვის $6 \pm 2,0$ -ს უტოლდება, 7 წლისათვის — $5,3 \pm 0,13$, ხოლო მოზრდილებში — $3,5$ -დან 8 -მდეა. პიპოთირეოზის დროს მცირდება მათი მაჩვენებელი. აქვე უნდა მივუთითოთ, რომ ბუტანოლექსტრაგირებული იოდის დონე 2 მგ% ნაკლებია ცილასთან შეკავშირებული იოდის მაჩვენებელზე.

გამოიყენება თირეოგლობულინის მიმართ ანტისხეულების განსაზღვრის მეთოდი, რომელიც ემყარება ანტიგენ-ანტისხეულის რეაქციას (ნორმაში 1:200). აუტომუნური (შეძენილი) პიპოთირეოზის დროს ანტისხეულების ტიტრი 1:2 000-ია.

დღეისათვის გამოიყენება ფარისებრი ჯირკვლის რადიოიზოტოპური კვლევა, ფარისებრი ჯირკვლის სკანირება, რომლის მიხედვით დგინდება T (შეკავშირებულის) მომატება ან შემცირება და ფარისებრი ჯირკვლის ექტოზია (გადაადგილება).

ფართოდ გამოიყენება ასევე რადიოიმუნოლოგიური მეთოდი. სპეციალური რადიოიმუნოლოგიური ნაკრების მიხედვით ისაზღვრება T_3 , T_4 და თიროქსინ-შემაკავშირებელი გლობულინი (TCΓ).

პიპოთირეოზის დროს T_3 და T_4 შემცირების პარალელურად ადგილი აქვს TTF თირეოტროპული ჰორმონის მომატებას. ასევე მიმართავენ ძვლოვანი ასაკის დადგენას ჩონჩხის ძვლების რენტგენოგრაფიის გზით. შესაძლებელია დამატებით განისაზღვროს Ca და P სისხლში.

კითხვები:

1. რაში მდგომარეობს ბავშვის ენდოკრინული სისტემის თავისებურებანი?
2. ჩამოთვალეთ ფარისებრი ჯირკვლის, პანკრეასისა და პიპოფიზის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი?
3. რამ შეიძლება გამოიწვიოს შაქრიანი დიაბეტის განვითარება?
4. რა მიზეზები უქვეს საფუძვლად ინსულინდამოკიდებულ (I ტიპის დიაბეტი) და II ტიპის დიაბეტის განვითარებას?
5. რა თავისებურებებით ხასიათდება შაქრიანი დიაბეტის კლინიკა ახალშობილებსა და ჩვილებში?
6. რა ძირითადი კლინიკური სიმპტომებია შაქრიანი დიაბეტისათვის დამახასიათებელი?
7. შაქრიანი დიაბეტის დროს როგორი სახის გართულებებია მოსალოდნელი?
8. როგორ განასხვავებთ პიპოფიკემიურ და პიპერგლიკემიურ კომას?
9. რა როლს ასრულებს დიეტა შაქრიანი დიაბეტის დროს?
10. რას მოიცავს ბავშვის ყოველდღიური მოვლა შაქრიანი დიაბეტის დროს?
11. როგორ უნდა განისაზღვროს ინსულინის საჭირო რაოდენობა?
12. როგორ ხდება ინსულინის საჭირო რაოდენობის შეყვანა ორგანიზმში?
13. ჩამოთვალეთ თანდაყოლილი პიპოთირეოზის ნიშნები;
14. ჩამოთვალეთ შეძენილი პიპოთირეოზის ნიშნები;
15. რას უნდა მიექცეს ყურადღება თანდაყოლილი და შეძენილი პიპოთირეოზით დაავადებული ბავშვის მოვლის დროს?
16. რა მეთოდებით ხდება სისხლში შაქრის განსაზღვრა?
17. როგორ ტარდება გლუკოზაზე ტოლერანტობის სტანდარტული ტესტი?
18. როგორ ხდება შარდში შაქრის განსაზღვრა?
19. რა გამოკვლევები ტარდება თანდაყოლილი პიპოთირეოზის დროს?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. 5 წლის ნინო დაავადებულია შაქრიანი დიაბეტით. ქვემოთ ჩამოვლილიდან რომელ საკვებს მისცემდით?
 - ა. რძე
 - ბ. შემწვარი ქათამი
 - გ. წიწიბურას ფაფა
 - დ. კარტოფილის პიურე
 - ე. ფუნთუშა ხილფაფით
 - ვ. მაწონი
2. 7 წლის ლელას აღენიშნებოდა მოდუნება, ძლიანობა, სიფერმკრთაღე, კანის სიმშრალე, დაერღვა სხეულის პროპორციები, ჩამორჩება თანატოლებს ზრდა-განვითარებაში. მიყვანილი იქნა ექიმთან, რომელმაც ეჭვი მიიტანა პარათირეოზზე. გაითვალისწინა ისიც, რომ ბავშვი იყო რაიონიდან, სადაც წყალსა და საკვებ პროდუქტებში იოდის დეფიციტი აღინიშნებოდა.

რა გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს დიაგნოზის დადაგენის მიზნით?

 - ა. გულმკერდის R-გრაფია
 - ბ. სისხლის საერთო ანალიზი
 - გ. დუოდენალური ზონდირება
 - დ. ლულოვანი ძვლების R-გრაფია
 - ე. ფარისებრი ჯირკვლის პირმოხების რადიოიზოტოპოლოგიური გამოკვლევა
 - ვ. მანტუს სინჯი
3. 8 წლის გიგი ავადაა შაქრიანი დიაბეტით. დღე-ღამეში გამოჰყოფს 5 ლიტრ შარდს, რომელიც შეიცავს 5% შაქარს. გამოიანგარიშეთ შესაყვანი ინსულინის საჭირო რაოდენობა.
4. 10 წლის ნუგზარი ავადაა დიაბეტით. დღე-ღამეში გამოჰყოფს 8 ლიტრ შარდს, რომელიც შეიცავს 6% შაქარს. გამოიანგარიშეთ შესაყვანი ინსულინის საჭირო რაოდენობა.

თაზი XX გადაუდგებელი მდგომარეობანი

20.1. მწვავე მოწამელა

მწვავე მოწამელა ორგანიზმში მოხვედრილი უცხო ქიმიური ნივთიერების ტოქსიკური დოზის ზემოქმედების შედეგად განვითარებული პათოლოგიური მდგომარეობაა.

მოწამელა ხშირია წლამდე ასაკის ბავშვებში და როგორც წესი, შემთხვევითი ხასიათი აქვს. მოზარდებში იგი თვითმკვლელობის (სუიციდური) მცდელობის ან მისი იმიტაციის შედეგია. ბავშვების 45% მედიკამენტების (ასპირინი, ვიტამინები, ბელოიდი და სხვ.), 50% კი სარეცხი საშუალებების, პარფიუმერიის, საღებავის გამხსნელისა და ინსექტიციდების გამოყენების გამო იწამლება. ადრეული ასაკის ბავშვებში მწვავე მოწამელა ვითარდება ერთი სახეობის პრეპარატით ან ქიმიური ნივთიერებით, მოზარდები კი თვითმკვლელობის მიზნით რამდენიმე სახეობის ნივთიერებას იყენებენ.

ორგანიზმზე შხაპების პათოლოგიური ზემოქმედების მექანიზმი განსხვავებულია და დამოკიდებულია ტოქსინის სახეზე, მის რაოდენობასა და მოხვედრის გზაზე.

ორგანიზმში ტოქსიკური ნივთიერების მოხვედრის ძირითადი გზებია: ინჰალაციური (სასუნთქი სისტემა), საჭმლის მომკვლელები სისტემა, კანი და ლორწოვანი გარსები, პარენტერალური (კანქვეშ, კუნთებში, ვენაში), ღრუ ორგანოები (სწორი ნაწლავი, საშო, შარდის ბუშტი).

მწვავე მოწამელის მიმდინარეობაში სამ პერიოდს გამოიყოფენ: ფარული — შხაპის მიღებიდან პირველი კლინიკური ნიშნების გამოვლენამდე; ტოქსიკოგენური, როდესაც მომწამელელი ნივთიერება ორგანიზმზე ზოგად ტოქსიკურ ზეგავლენას ახდენს; სიმპტოგენური — ტოქსინი შერჩევით აზიანებს გულს, ფილტვებს, ღვიძლს, თირკმელებს.

ბავშვის მოწამელის პირველი ნიშნებია ქცევის დარღვევა ან ჩვეულ გამლიზიანებელზე არანორმალური საბასუნო რეაქცია, ზოგჯერ ღებინება.

დახმარება. მედდამ სასწრაფოდ უნდა დაადგინოს მომწამელელი ნივთიერების სახეობა, შეამოწმოს ცარიელი ფლაკონი, დაადგინოს მიღების დრო, შეაფასოს ბავშვის მდგომარეობა. მან უნდა იცოდეს, რომ 3 წლის ბავშვის ხანის ტევადობაა 5 მლ, 10 წლის — 10 მლ, მოზარდის — 15 მლ. ბავშვის პოსპიტალიზაცია აუცილებელია.

მწვავე მოწამელის დროს დახმარება შემდეგ ღონისძიებებს მოიცავს:

- ტოქსიკური ნივთიერების სასწრაფო გამოძევება ორგანიზმიდან ანუ დეტოქსიკაცია;
- ტოქსინის გაუვნებლობა სპეციფიკური ანტიდოტით;
- სიმპტომური თერაპია მიმართული იმ ორგანოებისა და ორგანოთა სისტემების

ფუნქციის მოწესრიგებისაკენ, რომლებიც ტოქსინის შერჩევითი ზემოქმედების გამო დაზიანდა.

სასწრაფო დეტოქსიკაცია ორ ეტაპიანია. პირველი ეტაპი მოიცავს ღონისძიებებს, რომელიც ტარდება მომწამელელი ნივთიერების სისხლში მოხვედრამდე. ეს ღონისძიებებია: კუჭის ამორეცხვა, ნაწლავებში ტოქსინის შებოჭვა ანუ ენტეროსორბცია გააქტივებული ნახშირით, ნაწლავთა მოქმედების გახშირება. მეორედი ღონისძიებების (ფორსირებული დიურეზი, ჰემოდიალიზი, პერიტონეალური დიალიზი, ჰემოსორბცია) ჩატარება მხოლოდ სპეციალიზებულ სტაციონარშია შესაძლებელი.

პირველადი ღონისძიებები უნდა ჩატარდეს გამოცდილი ექიმის და ორი მედდის მიერ მომწამელელი ნივთიერების მიღებიდან არა უგვიანეს — 1-2 სთ-ის განმავლობაში. კუჭის ამორეცხვისათვის საჭიროა 6-13 მმ (18-40 F) დიამეტრის მქონე ზონდი და 120 მლ ტევადობის შპრიცი. ზონდის შეყვანის წინ, ზდება კუჭში მისი მოხვედრის საგარაუდო ღონის განსაზღვრა. ამისათვის, გადაზომავენ მანძილს ცხვირის ძირიდან მახვილისებური მორჩის ფუძემდე და ამატებენ 10 სმ; ზონდს წააცხებენ ვაზელინს და ფრთხილად შეჰყავთ კუჭში (ზონდის კუჭში მოხვედრის მაჩვენებელია კუჭის წველის მიღება). მიღებული კუჭის შიგთავსს ინახავენ ტოქსიკოლოგიური კვლევისათვის. კუჭის ამორეცხვის დროს ბავშვი მარცხენა გვერდზე წევს და თავი ქვემოთ აქვს დახრილი (ამონაღები მასის ასპირაციის თავიდან აცილების მიზნით). კუჭის

ამორეცხვისათვის გამოიყენება მარილის. იზოტონური ხსნარი (სუფთა წყლის გამოყენებისას იქმნება წყლით ინტოქსიკაციის საშიშროება). ამორეცხვა გრძელდება მანამ, სანამ არ მიიღებენ აბსოლუტურად სუფთა წყალს. ერთი ამორეცხვისათვის საკმარისია 10-15 მლ სითხე სხეულის ერთ კგ მასაზე. ამორეცხვის შემდეგ კუჭში შეჰყავთ გააქტივებული ნახშირი ან ანტიდოტი, საფალარათო საშუალება.

ამოსადებინებელი საშუალებებიდან საუკეთესოა იბოკაკუანას სიროფი. იგი უნდა ინახებოდეს ყველა საოჯახო აფთიაქში. პრეპარატის ერთჯერადი დოზა 6 თვიდან 1 წლამდე 10 მლ-ია, 1-დან 10 წლამდე — 15 მლ, 10 წლის ზემოთ — 30 მლ. თუ იბოკაკუანას მიღებიდან 20-25 წუთის შემდეგ არ განვითარდა ღებინება, პრეპარატი განმეორებით გამოიყენება.

იბოკაკუანას სიროფი წინააღმდეგ ნაჩვენებია ტუტეებით, მუცლით, ნახშირწყლებით მოწამვლის დროს. მსხვილი ნაწლავის გათავისუფლება მაღალი სიფონის ოწყით წარმოებს, წვრილი ნაწლავების — ორსანათურიანი ზონდით. საფალარათო საშუალებები ხელს უწყობენ შიგთავსის ნაწლავებიდან გამოძევებას და ამცირებენ შეწოვას. საფალარათო თვისებები გააჩნია 70%-იან სორბიტს (2 მლ/კგ მასაზე), 10%-იან მაგნიუმის სულფატს (250 მგ/კგ მასაზე), ვაზელინის ზეთს (3 მგ/კგ მასაზე).

გააქტივებული ნახშირი ტოქსინურ ნივთიერებასთან მდგრად ნაერთს ქმნის და ხელს უშლის მის შეწოვას. ბავშვის სხეულის ერთ კგ მასაზე 1 გ გააქტივებული ნახშირი გამოიყენება. პრეპარატი უნდა გაიხსნას 250 მლ წყალში ან თხიერ საფალარათოში და შეჰყავთ ღებინების ან კუჭის ამორეცხვის შემდეგ. გააქტივებული ნახშირი არაეფექტურია მეტალებით, სპირტებით, ნახშირწყლებით, ტუტეებითა და მუცვებით მოწამვლის შემთხვევებში.

მეორადი ღონისძიებებიდან საუკეთესოა ინფუზური თერაპია ფორსირებული (დაჩქარებული) დიურეზით. იგი ხელს უწყობს იმ ტოქსიკური ნივთიერებების გამოძევებას ორგანიზმიდან, რომლებიც უპირატესად თირკმლებით გამოიყოფა. ფორსირებული დიურეზი გულისხმობს წყლით დატვირთვას, ოსმოსური დიურეტიკების (მანიტოლი) ან სალურეტიკების (ლაზიქსი, ფუროსემიდი) და ელექტროლიტების შენაცვლებით ინფუზიას. დიურეზი 2-3-ჯერ უნდა გაიზრდოს. უეფექტობის შემთხვევაში გამოიყენება დეტოქსიკაციის აქტიური მეთოდები (ჰემოსორბცია, ჰემოდიალიზი და სხვ.).

ტოქსიკური ზემოქმედების მოხსნის მიზნით განსაკუთრებით ეფექტურია ანტიდოტის გამოყენება, რომელიც ანეიტრალებს შსაშს. ანტიდოტი მხოლოდ ზოგიერთი მოწამვლედი ნივთიერებისათვის არსებობს. მაგ, აცეტილციისტინი პარაცეტამოლის ანტიდოტია, დეფეროქსამინი — რკინის, ნალოქსონი — ნარკოტიკული ანალგეტიკებისა და ა. შ. ანტიდოტის სწორად და სწრაფად შერჩევის მიზნით მოწოდებულია სპეციალურად შემუშავებული ცხრილები და კომპიუტერული პროგრამები.

სასიცოცხლო ორგანოების დაზიანების შემთხვევაში ტარდება შესაბამისი სინდრომული თერაპია.

20.2. ჰიპერთერმია

ნორმალურად, სხეულის ტემპერატურა უნდა მერყეობდეს 36°C-დან 36,9°C-მდე, ამას ნორმოთერმია ჰქვია.

როცა ტემპერატურა 35°C-ია ან მასზე დაბალია, ლაბარაკობენ ჰიპოთერმიაზე ან სუბნორმალურ ტემპერატურაზე. როცა ტემპერატურა 37°C-ზე მეტია და მერყეობს 37-37,9°C-ს შორის, ამას სუბფებრილური ტემპერატურა ეწოდება. ფებრილური ტემპერატურა ეწოდება ტემპერატურის მერყეობას 38-40,9°C შორის. არჩევენ მსუბუქ ფებრილიტეტს, როცა ტემპერატურა 38- 38,9°C შორის მერყეობს და მაღალ ფებრილიტეტს — ტემპერატურის 40-40,9°C შორის მერყეობას. 41°C-ზე უფრო მაღალ ტემპერატურას — ჰიპერპირეტიკული ეწოდება.

ცხელება, მიმდინარეობისა და ზანგრძლივობის მიხედვით, სამი ტიპისაა: ეფემერული ტიპის, როცა ტემპერატურის მომატებას ადვილი აქვს რამდენიმე საათით ან 1-2 დღით;

ტალღისებური ტიპი ხასიათდება ტემპერატურის მატებისა და დაკლების პერიოდების მონაცვლეობით; შებრუნებითი ტიპის, როცა ტემპერატურული პერიოდის შემდეგ რამდენიმე დღის ნორმოთერმიას კვლავ მოსდევს ტემპერატურის მომატება.

ტემპერატურის მატება შეიძლება იყოს სწრაფი ან თანდათანობითი, კიბისებური. ტემპერატურის დაცემაც ასევე შეიძლება იყოს სწრაფი (კრიზისი) ან თანდათანობითი (ლიზისი).

ბავშვთა ასაკში ჰიპერთერმია — მწვავე დაავადებათა ყველაზე ხშირი სიმპტომია. იგი შეიძლება იყოს ინფექციური და არაინფექციური.

ჰიპერთერმია დაცვით-კომპენსატორული რეაქციაა, იგი ხელს უწყობს მიკრობებისა და ვირუსების განადგურებას ($38-39^{\circ}\text{C}$ -ზე), აძლიერებს ინფექციაზე ორგანიზმის იმუნურ პასუხს, სისხლის ბაქტერიოციდულობას, ლეიკოციტების აქტივობას, მეტაბოლიზმის ინტენსივობას. მიუხედავად აღნიშნულისა, ტემპერატურის პროგრესირება და გახანგრძლივება იწვევს სუნთქვით დარღვევებს და სისხლის მიმოქცევის მოშლას. აღსანიშნავია, რომ 37°C ტემპერატურის ზემოთ ყოველ გრადუსზე ქოშინი წუთში 4 სუნთქვითი მოძრაობით მატულობს, გულისცემა — 20 დარტყმით.

არსებობს ცნება — ჰიპერთერმული სინდრომი, როცა ტემპერატურა 39°C მაღალია და თან ახლავს ჰემოდინამიკისა და ცნს-ის მხრივ მოშლილობანი (ტაქიკარდია, მიკროცირკულაციის დარღვევა, არტერიული წნევის დაქვეითება, ცნობიერების დაბინდვა, ნერვული აგზნებადობა, პალუცინაციები და სხვ.).

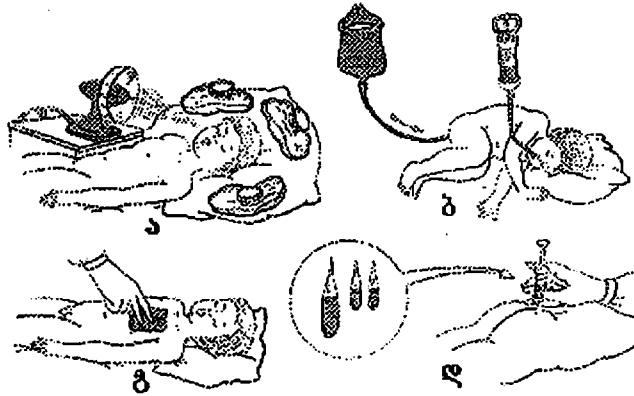
სხეულის ტემპერატურის ყოველი მომატება მიზანშეწონილია განვიხილოთ პროგნოზული პოზიციებიდან. იმ შემთხვევაში, როდესაც სითბოს გაცემა შესაბამისობაშია მის პროდუქციასთან, ვითარდება კეთილთვისებიანი (ე. წ. „გარდისფერი“) ცხელება. ამ დროს კანი ზომიერად ჰიპერემიულია, თბილი და ნოტიოა. ბავშვის ქცევა თითქმის არ იცვლება. ჰიპერთერმული სინდრომის დროს, ბავშვს სცივა ან ამცივნებს, კანი მკრთალია, კიდურები ცივი აქვს, ტუჩები ციანოზურია, ჰიპერთერმია ხანგრძლივდება და პროგრესირებს. ამგვარი („მკრთალი“) ჰიპერთერმიისათვის დამახასიათებელია ტაქიკარდია, ქოშინი და შესაძლებელია, კრუნჩხვითი რეაქციაც.

მკურნალობის ტაქტიკა დამოკიდებულია ცხელების ხარისხზე, მის კლინიკაზე, ბავშვის ასაკსა და ანამნეზურ მონაცემებზე. ცხელების საწინააღმდეგო მკურნალობა ნაჩვენებია ჰიპერთერმიის ყველა შემთხვევაში, 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში, როდესაც არის მითითება ფებრილურ გულყრებზე ან სახეზეა გულის, ფილტვის, ცნს-ის მძიმე პათოლოგია.

ავადმყოფის მოვლა ტემპერატურის აწევის მომენტიდანვე იწყება. როცა ტემპერატურა იწყებს მომატებას (ცხელების პირველი სტადია) და ავადმყოფს ეწყება შეშუპება, თავის ტკივილი, ციანოზი ტუჩების ირგვლივ, აუცილებელია ავადმყოფი ბავშვის საწოლში მოთავსება, ფეხების სათბურით გათბობა, მკრთალი ჩაის გამოყენება დასაღევად. თუ მაღალი ტემპერატურის გამო ავადმყოფი აგზნებულია, მისი მართო დატოვება არ არის სასურველი. ის შეიძლება საწოლიდან გადმოვარდეს, გადახტეს სარკმლიდან და სხვ. ასეთ შემთხვევაში უნდა შეიქმნას მედიის პოსტი, რომელიც მუდმივ მეთვალყურეობას გაუწევს ბავშვს, მიაქცევს ყურადღებას მის პულსს, ზოგად მდგომარეობას, სუნთქვას და მდგომარეობის გაუარესებისას გამოიძახებს ექიმს. ავადმყოფს ეძლევა მაღალკალორიული და ადვილად შესათვისებელი საკვები პროდუქტები (თხიერი და ნახევრადთხიერი) ნ-ჯერ დღე-ღამეში მცირე ულუფებით, დიდი რაოდენობით სითხე ხილის, ბოსტნეულისა და მინერალური წყლის სახით. პირის ღრუს ლორწოვანი გარსის სიმშრალე და ტუჩებზე ნახეთქები საჭიროებს სოდის სუსტი ხსნარით პირის ღრუს გამოწმენდას, ტუჩებზე ცხიმის წასმას. თავის ტკივილის დროს შეიძლება გამოყენებული იყოს ცინკოვანი პარკი ან ძმრიანი ხსნარის კომპრესი (2 სუფრის კოვზი ძმარი 0,5 ლიტრ წყალზე). საჭიროა ოთახის ხშირი განიავება, სითბო და სიჩუმე. მედიცინის და ან დედა უფლის ავადმყოფი ბავშვის კანს, ახდენს ნაწოლების პროფილაქტიკას. შეკრულობის დროს კეთდება გამწმენდი ოცნა.

ჰიპერთერმიის სამკურნალოდ გამოიყენება სხვადასხვა მეთოდი (სურათი 98), როდესაც ბავშვის კანის საფარველი წითელია, პერიფერიული სისხლის ძარღვები გაფართოებულია, ე. ი. სითბოს გაცემა ხდება, პირველ რიგში ბავშვი უნდა გაშიშვლდეს და დაიზილოს 40-50%-იანი სპირტით ან ძმრიანი წყლით (1 სუფრის კოვზი ძმარი იხსნება 500 მლ ოთახის ტემპერატურის

წყალში). დაზელება მიმდინარეობს სწრაფად, კანის გაწითლებამდე. შემდეგ უნდა გამშრალდეს ასევე სწრაფად და დაეახუროთ საბანი, მაგრამ არ შეიძლება ბავშვის თბილად შეფუთვინა. შესაძლებელია ეფექტის მიღება კიდურების დაზელებითაც. უნდა გვახსოვდეს, რომ სპირტის შემცველი სითხით და ყინულის ცივი წყლით დაზელება არ არის ყოველთვის გამართლებული: იგი კანის ტემპერატურას სწრაფად დააქვეითებს, რასაც სისხლძარღვთა სპაზმი და სითბოს გაცემის პროცესის დაქვეითება მოჰყვება.



სურათი 98. დახმარება პიპერთერმიის დროს: ა — თავზე ყინულის ბუშტის მოთავსება; ბ — კუჭის ამორეცხვა და ნაწლავების ცივი წყლით გამორეცხვა; გ — კანის დაზელება სპირტით; დ — სამკურნალო საშუალებების შეყვანა

ჩვილ ბავშვებში მაღალი ფებრილიტეტის დროს საკმაოდ ხშირად გამოიყენება ცივი წყალში (ოთახის ტემპერატურის) დასველებულ საფენებში გახვევა. როგორც კი საფენი გათბება, გახსნიან, გაამშრალენ ბავშვს, ჩააცვამენ საცვლებს და დაახურავენ საბანს. საკმაოდ ეფექტურია ცივი წყლის (ოთახის ტემპერატურის) ოყნა, ყინულიანი ბუშტის შუბლზე და თხემის არეში დადება. ბუშტი უნდა იყოს პატარა ზომის შეხვეული ნაჭერში. ყინულიანი სინჯარები ან პატარა ზომის ბოთლები თავსდება მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე კისრისა და საზარდულის მიდამოში.

პიპერთერმული სინდრომის დროს პირველი დახმარება სისხლძარღვთა სპაზმის მოხსნა (პაბავერინი, ნო-შპა და სხვ.), სიცხის დამწვევი პრეპარატების (ანტიპირეტიკების) გამოყენება.

ანტიპირეტიკებიდან პირველი რიგის პრეპარატია პარაცეტამოლი, რომელიც ბავშვებისათვის წვეთების, სიროფის, ტაბლეტისა და სანთლების სახით გამოდის. პრეპარატის ერთჯერადი დოზაა 10-15 მგ/კგ მასაზე ყოველ 4 საათში. უკანასკნელ ხანებში დაშვებულია იბუპროფენის თხიერი სითხის სახით გამოყენება, მას ანტიპირეტიკული თვისების გარდა გააჩნია ტკივილდამამცხელებელი და ანთების საწინააღმდეგო ეფექტი.

გამოიყენება ცენტრალური ანტიპირეტიკული მოქმედების ამიდობირინი (10 მგ/კგ მასაზე) ან ანალგინი (50%-იანი 0,1 მლ წველზე ან 10 მგ/კგ მასაზე). შესაძლებელია მათი ხმარება კომბინაციაში თოთოულის განახევრებული დოზით. ანალგინი სწრაფად იწოვება, ხოლო ამიდობირინი — შედარებით ნელა, ამიტომ ანტიპირეტიკული მოქმედება სწრაფადაც იწყება და განახევრებული მოქმედებაც აქვს. აცეტოლსალიცილის მჟავა ინიშნება 0,1 ბ წველზე, მაგრამ არა უმეტეს 1 გ-ისა მიღებაზე. თუ 30-45 წუთის განმავლობაში ტემპერატურა არ დაქვეითდა, სიცხის დამწვევი პრეპარატები შეჰყავთ კუნთებში: ეფექტურია (ერთ შპრიცში) ამიდობირინის და ანალგინის ნახევარ-ნახევარი დოზა, პიპოლფენი ან ამინაზინი (ლითიური ნარევი). უნდა აღინიშნოს, რომ პიპოლფენი ანუ დიპრაზინი და დროპერიდოლი აძლიერებენ სითბოს გაცემას, აქვეითებენ სითბოს პროდუქციას, აქვთ დამამშვიდებელი მოქმედება (ამცირებენ არტერიულ წნევას). პიპერთერმული სინდრომის დროს ფიზიკური მეთოდები გამოიყენება ანტისპაზმური პრეპარატებისა და ანტიპირეტიკების გამოყენების შემდეგ.

მყარი და შეუპოვარი ჰიპერთერმიის შემთხვევაში მიზანშეწონილია ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია.

20.3. კომატოზური სინდრომი

კომა ცნს-ის ფუნქციის ღრმა აშლილობაა, რომელიც ხასიათდება ცნობიერების სრული დაკარგვით და ორგანიზმის სასიცოცხლო ფუნქციების მოშლით. ბავშვთა ასაკში კომის განვითარების მიზეზებია ქალასშიდა პროცესები (მენინგოენცეფალიტი, მენინგიტი, ეპილეფსია, ტრავმა, სიმსივნე და სხვ.), მეტაბოლური დარღვევები (დიაბეტი, ჰიპოგლიკემია, ურემია, ღვიძლის უკმარისობა, რეის სინდრომი, წყლით ინტოქსიკაცია, ჰიპოქსიური მდგომარეობა), ეგზოგენური და ენდოგენური ინტოქსიკაცია, ტოქსიკოზი ადრეული ასაკის ბავშვებში.

ცნობიერების დარღვევის სიღრმე განისაზღვრება ნევროლოგიური სიმპტომების გათვალისწინებით (რეფლექსური რეაქცია გაღიზიანებასა და ტკივილზე, გუგის მდგომარეობა და რეაქცია, თვალის კაკლის მოძრაობა, კიდურების მდგომარეობა და მათი მოძრაობითი აქტივობა). აღნიშნულის მიხედვით არჩევენ კომის სამ სტადიას: I სტადია ანუ მსუბუქი (ქერქვეშა) კომა, რომელსაც პრეკომასაც უწოდებენ, II სტადია ანუ ღრმა კომა და III სტადია ანუ ტერმინალური კომა.

კომატოზური მდგომარეობის კლინიკურ გამოვლინებათა პირველ სტადიაში ბავშვი მოდუნებულია და ძილის მდგომარეობაშია, ცნობიერება შენარჩუნებული აქვს; მეორე სტადიაში აღინიშნება ღრმა ძილი, ცნობიერება დარღვეულია, სუნთქვა, პულსი და არტერიული წნევა ნორმალურია. მესამე სტადიაში ცნობიერება დაკარგულია, დარღვეულია რქოვანას, გუგის, ყლაპვის რეფლექსები, არტერიული წნევა დაქვეითებულია, გამოსატყულია ტაქიკარდია და ბრადიპნოე; მეოთხე სტადიაში ვლინდება კუნთთა რიგიდობა, ტონურ-კლონური ხასიათის კრუნჩხვა, სუნთქვა არიტმულია, არტერიული წნევა დაბალია, პულსი — ძაფისებური.

მკურნალობის ოპტიმიზაციის მიზნით აუცილებელია კომის მდგომარეობის, მისი მიზეზების სწორი და დროული დიაგნოსტიკა. ანამნეზის შეკრება, ფიზიკალური კვლევა და პირველადი მკურნალობა ერთდროულად უნდა მიმდინარეობდეს.

კომის დროს ყურადღება ექცევა ავადმყოფის დროულ ჰოსპიტალიზაციას რეანიმაციის ან ინტენსიური თერაპიის განყოფილებაში. მიუხედავად ეტიოლოგიისა, პირველ რიგში საჭიროა სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა, ჟანგბადის მიწოდება, გულის რიტმის მოწესრიგება, ინფუზური თერაპიის ჩატარების მიზნით სისტემის მომზადება, სისხლის აღება ლაბორატორიული კვლევისათვის (სისხლის საერთო ანალიზი, ელექტროლიტები, შარდოვანას აზოტი, ალკოჰოლისა და ნარკოტიკების შემცველობა, Ca^{++} -ის, შაქრის დონის განსაზღვრა), პარალელურად იწყება ეტიოტროპული და სპეციფიკური პათოგენეზური თერაპია.

დიაბეტური კომის დროს შეჰყავთ ინსულინი, ჰიპოგლიკემიური კომის დროს — გლუკოზის 20%-იანი ხსნარი, თირკმლის უკმარისობის დროს ნაჩვენებია ჰემოდიალიზი, ღვიძლისმიერი კომის დროს — ცვლითი დარღვევების კორექცია ჰორმონების, ვიტამინების, წყალ-მარილოვანი ხსნარებით. პარალელურად, ზოგადი პრინციპების გათვალისწინებითა და მკაცრი კლინიკურ-ბიოქიმიური კონტროლის ფონზე, ტარდება სიმპტომური თერაპია.

20.4. კრუნჩხვითი სინდრომი

ბავშვთა ასაკში კრუნჩხვითი სინდრომის მიზეზი მრავალფეროვანია (ნერვული სისტემის დაზიანება, ეპილეფსია, ჰიპოკალციემია, რაქიტული ტეტანია, მწვავე ინფექციები და ტოქსიკოზები, ჰიპერთერმია). კრუნჩხვითი სინდრომის ეტიოლოგიის გამოვლენა, დროის სიმცირის გამო, ყოველთვის ვერ ხერხდება. პათოგენეზში წამყვანია ტვინის სისხლძარღვთა სპაზმი, ჰიპოქსია, შეშუპება, ქალასშიდა წნევის მომატება, ჰიდრო-ელექტროლიტური ცვლის და გლუკოზის მეტაბოლიზმის პროცესების დარღვევა.

ადრეული ასაკის ბავშვებში ხშირია რაქიტოგენული ტეტანია ანუ ბავშვთა ტეტანია (სპაზმოფილია). ეს დაავადება პათოგენეზურად რაქიტთან არის დაკავშირებული. გაზაფხულზე, მზის სხივების ზემოქმედების გამო D-ვიტამინის პროდექციის ზრდის პარალელურად

მატულობის კალციუმის ძვლებში ჩალაგება, ნაწლავებში კი მისი შეწოვა შემცირებულია. სისხლში იონიზირებული კალციუმის დაქვეითების გამო ვითარდება მეტაბოლური ალკალოზი, რაც ნერვ-კუნთოვანი აგზნებადობის, კლონური და ტონური კრუნჩხვების განვითარების საფუძველია.

კლინიკა. კრუნჩხვითი სინდრომის კლინიკურ სურათში წამყვანია კლონური, კლონურ-ტონური და ტონური კრუნჩხვები. კრუნჩხვა შეიძლება იყოს გენერალიზებული და ლოკალური. ზოგჯერ კრუნჩხვების წინამორბედი ცალკეულ კუნთთა კრთომა, თავის, ნიკაბისა და კიდურების ტრემორი.

არჩევენ კრუნჩხვითი სინდრომის ტონურ და კლონურ ფაზებს. ტონური ფაზის დროს ბავშვი უეცრად კარგავს კონტაქტს გარემოსთან, თავი უკან აქვს გადაგდებული, ზემო კიდურები მოხრილი, ქვედა — გაჭიმული, გამოხატულია ტრიზმი (საღეჭი კუნთების სპაზმის გამო ყბების მჭიდრო მოკუმვა), პულსი შენელებულია, სუნთქვის ხანმოკლე შეჩერებას მოჰყვება ხმაურიანი და ხრიალა სუნთქვა. კლონურ ფაზაში სახის კუნთების კრთომა გადაეცემა კიდურებს და კრუნჩხვა გენერალიზებულ ხასიათს იღებს.

არჩევენ ფარულ (ლატენტურ) და მანიფესტურ სპაზმოფილიას. ფარული სპაზმოფილიის დროს ბავშვი პრაქტიკულად ჯანმრთელია, საყურადღებოა რაქიტის სიმპტომები რეპარაციის ფაზაში, ჰიპერაგზნების ნიშნები (მოუსვენრობა, კრთომა, ჰიპერესთეზიები), დადებითია ზვოსტეკის სახის ფენომენი (ყურის წინ, სახის ნერვის მიდამოს, ჩაქჩქით გაღიზიანებისას ვითარდება პირის, ცხვირის და ქვედა ქუთუთოს ელვისებური შეკუმშვა), ტრუსოს ფენომენი (მხარზე ელასტიკური ლასტით 3 წთ-ის განმავლობაში ზეწოლის შემდეგ ვითარდება ხელის თითების კრუნჩხვითი მოძრაობა — „მეანის ხელი“) და სხვ.

მანიფესტური სპაზმოფილიის კლინიკური ნიშნებია ლარინგოსპაზმი (ხმოვანი იოგების სპაზმი ტირილის ან შიშის დროს), კარპოპედალური სპაზმი (ხელის მტკენის და ტერფის დისტალური კუნთების სპაზმი) ან კლონურ-ტონური კრუნჩხვები.

პირველი დახმარება. ბავშვს სასწრაფოდ ათავსებენ სწორ ზედაპირზე, ათავისუფლებენ მჭიდრო ტანსაცმლისაგან, თავს უბრუნებენ გვერდზე ლორწოსა და ამონაღები მასის ასპირაციის თავიდან აცილების მიზნით, კბილებს შორის ათავსებენ შპადელს ან კოვზს, რომელზედაც მოხვეულია ბანდის სქელი ფენა (ენა რომ არ დაზიანდეს). პარალელურად ბავშვს მიეწოდება სუფთა ჰაერი, თუ შესაძლებელია — ჟანგბადი, პირის ღრუს შიგთავსისაგან ათავისუფლებენ. ძლიერი აგზნების გამო ბავშვს უქმნიან მშვიდ გარემოს: იცავენ შუქის, ხმაურის, მექანიკური და სხვა გამღიზიანებლებისაგან.

კრუნჩხვითი სინდრომის მეურნელობა ანტიკონვულსიური თერაპიით იწყება. ამავე დროს მნიშვნელოვანი როლი ენიჭება სუნთქვით და გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის მოგლეწების კორექციას.

კრუნჩხვის მოხსნის ეფექტურ საშუალებად სედექსენი ითვლება. მისი მოქმედების ხანგრძლივობა მხოლოდ 30 წუთია. ამ ხნის მანძილზე სწრაფად უნდა გაათავისუფლდეს სასუნთქი გზები, შემოწმდეს მისი გამავლობა და ჩატარდეს ეფექტური ოქსიგენოთერაპია. განმეორებითი კრუნჩხვითი რეაქციის კუპირება ტარდება ნატრიუმის ოქსიბუტირატის (გომე-ი) 20%-იანი ხსნარის 100 მგ (0,5 მლ კგ მასაზე). მისი მოქმედების ხანგრძლივობა 1,5-2 სთ-ია, მაქსიმალური ეფექტი 10-50 წუთი გრძელდება, კეთდება 4-6-ჯერ დღეში. ნატრიუმის ოქსიბუტირატის მოქმედებას აძლიერებს 25%-იანი მაგნიუმის სულფატი (0,2-0,5 მლ/კგ მასაზე).

ლარინგოსპაზმის დროს საჭიროა თავის ტვინში ახალი დომინანტური კერის შექმნა ცხვირის ლორწოვანის (შებერვა, ლიტინი, ნიშადურის სპირტის შესუნთქვა) ან კანის (ჩხვლეტა, შემორტყმა, ცივი წყლის მიბკურება) გაღიზიანებით, სხეულის მდებარეობის შეცვლით. კრუნჩხვის შემთხვევაში ანტიკონვულსიურ საშუალებებთან ერთად ინტრავენურად აუცილებელია კალციუმის გლუკონატის 10%-იანი ხსნარის (1-2 მლ/კგ მასაზე) შეყვანა.

6 თვიდან 5 წლის ასაკის ბავშვებში ხშირია ფებრილური გულყრები, რომელიც ცხელების დაწყებიდან პირველი 24 საათის განმავლობაში ვითარდება. ფებრილური კრუნჩხვა მოკლევადიანია (10-15 წთ), არ არის დაკავშირებული ცნს-ის ინფექციასა და მეტაბოლურ დარღვევებთან.

ფებრილური კრუნჩხვების დროს, ზოგჯერ საკმარისია ფიზიკური მეთოდების, ანტიბირტუელი მოქმედების ანალგინის და ანტისპაზმური პაპავერინის დიბაზოლოთან ერთად გამოიყენება. ჰიპოკალცემიური გულყრების დროს ეფექტურია 10%-იან გლუკონატკალციუმის (1 მლ/კგ მასაზე) ვენაში შეყვანა (ნელა).

ეპილეფსიური გულყრების შემთხვევებში პირველი დახმარებაა ენის დაზიანების, თავისა და კიდურების ტრავმის თავიდან აცილება, სისხლისა და ამონაღები მასის ასპირაცია. თუ კრუნჩხვა გახანგრძლივდა (3-5 წუთი და მეტი) შეჰყავთ სედუქსენი, უეფექტობის შემთხვევაში — ჰექსენალი.

ანტიკონვულსიური საშუალებები სწრაფ ეფექტს ავლენს ვენაში შეყვანის შემთხვევაში, კუნთებში შეყვანისას მათ მოქმედებას 5-დან 25 წუთი სჭირდება. ამ შემთხვევებში პრეპარატის განმეორებითი გამოყენება საშიშაოა (კუმულაციის შედეგად შესაძლებელია სასუნთქი ცენტრის დაზიანება). კრუნჩხვითი რეაქციის მოხსნის შემდეგ ავადმყოფის პოსიტიულიზაციის საკითხი პედიატრმა უნდა გადაწყვიტოს.

29.5. ფილტვის მწვავე შეშუპება

ფილტვის შეშუპება სიცოცხლისათვის საშიში პათოლოგიური მდგომარეობაა. იგი გულის უკმარისობის მძიმე გამოვლინებაა, როდესაც ადგილი აქვს მარცხენა პარკუჭში წნევის მნიშვნელოვან მატებას, მცირე წრეში შეგუბებით მოვლენებს, ფილტვის ალვეოლებში სითხის პერფუზიურ ტრანსუდაციას და მოცირკულირე პაერთ მის აქაფებას. ფილტვის შეშუპების გამო ადგილი აქვს მძიმე ჰიპოქსიას, რასაც თან სდევს ლეტალური გამოსავალი.

ფილტვის შეშუპება ვითარდება იმ დაავადებათა ფონზე, რომლებიც გულის მარცხენა ნაწილის უკმარისობას იწვევენ. ასეთებია: პნევმონია, ბრონქული ასთმა, ანაფილაქსიური შოკი, კომპატოზური მდგომარეობა, ქაღალსშიდა სისხლჩაქცევა, თირკმელების მძიმე დაავადება და სხვა.

ფილტვების შეშუპებას უპირატესად მწვავე (ელვისებური), იშვიათად ქვეშეწვავე და გახანგრძლივებული მიმდინარეობა აქვს. შეტევა ხშირად ღამით იწყება: ბავშვი იღვიძებს, აღენიშნება მოუსვენრობა, აგზნება, მოხრჩობის შეგრძნება. თანდათან მატულობს ქოშინი, ციანოზი, სუნთქვა ხროტინა და ხმაურიანია, ისმის მანძილზე, ნახველი არის ქაფიანი, მოვარდისფრო-მოყვითალო ფერის, პულსი სუსტია და აჩქარებული, გამოხატულია ჰიპერტონია, მოგვიანებით ვითარდება ჰიპოტონია.

მკურნალობა. მკურნალობის ძირითადი მიზანია მარცხენა პარკუჭის განტვირთვა, გულის კუნთის კუმშვადუნარიანობის გაძლიერება, ჰიპოქსიის წინააღმდეგ ბრძოლა.

პირველი დახმარებაა სასუნთქი გზების გამაფლობის აღდგენა — ქაფიანი ტრანსუდატისაგან მისი გათავისუფლება ელექტროასპირატორით; ჰიპოქსიის მოხსნის მიზნით ავადმყოფს მიეწოდება ჟანგბადი ნილბით (ვინაიდან ავადმყოფი პირით სუნთქავს) სპირტის ან სხვა აქაფების საწინააღმდეგო საშუალების გავლით. ქაფის საწინააღმდეგოდ მოწოდებულია სპირტის ორთქლის ინჰალაცია.

სისხლის მიმოქცევის მცირე წრის განტვირთვის მიზნით ავადმყოფი საწოლში წამოძვდარია, ფეხები ჩამოშვებული აქვს, სამ კიდურზე ედება ლასტი ისე, რომ არტერიაზე ზეწოლა არ მოხდეს ლასტი უნდა მოიხსნას ყოველ 15-20 წუთში ერთხელ (კიდურზე მუდმივი ზეწოლის თავიდან აცილების მიზნით).

ფილტვის შეშუპების დროს საუკეთესო სამკურნალო პრეპარატია ლაზიქსი (ვენაში 3-5 მგ/კგ მასაზე). იგი სწრაფი დიურეზული და ვენების გამაფართოებელი საშუალებაა. ეფექტურია ასევე მორფინი. აგზნების მოხსნის პარალელურად, იგი ამცირებს სუნთქვის სიხშირეს, სითხის ტრანსუდაციას ალვეოლებში, სისხლძარღვთა შევიწროებას, აფართოებს ვენებს და ამცირებს მოცირკულირე სისხლის რაოდენობას. სისხლძარღვთა გამაფართოებელი საშუალებები (ნიტროგლიცერინი, ნიტრობრუსიდი) ამცირებს ვენურ დინებას, განტვირთავს სისხლის მიმოქცევის მცირე წრეს, ხსნის არტერიოლების სპაზმს. მათი გამოყენება უნდა მოხდეს სისხლის არტერიული წნევის მკაცრი კონტროლით. გამოიყენება ასევე საგულე გლიკოზიდები (სტროფანტინი, დიგოქსინი), ეუფილინი, გლუკოკორტიკოსტეროიდები და სხვ.

კონსერვატული მეთოდის უეფექტობისას ტარდება ტრაქეის ინტუბაცია და ფილტვის ხელოვნური ვენტილაცია.

20.6. ანაფილაქსიური შოკი

ანაფილაქსიური შოკი მწვავე სიცოცხლისათვის საშიში სწრაფი ტიპის გენერალიზებული ალერგიული რეაქციაა, რომელიც იწვევს სისხლის მიმოქცევის, ნერვული და სასუნთქი სისტემების ფუნქციათა და ნივთიერებათა ცვლის ღრმა დარღვევებს.

ანაფილაქსიური შოკის მიზეზია ორგანიზმში უცხო ნივთიერების (მედიკამენტები, ვაკცინები, სისხლის, პლაზმის გადასხმა, კვებითი ალერგენები, მწერების შხამი და სხვ.) მოხვედრის საპასუხოდ IgE-ს გამოთქმა, პოზიური უჯრედებიდან და ბაზოფილებიდან მედიატორების (ჰისტამინი, სეროტონინი, აცეტილქოლინი) მასიური გამოთავისუფლება. მედიატორები განაპირობებენ კაპილართა განვლადობის გაძლიერებას, არტერიოლების ტონუსის დაქვეითებას, ვერული მიმოქცევის გადატვირთვას, გლუვი კუნთების სპაზმს.

ანაფილაქსიური შოკი ვითარდება უცხო ნივთიერების მიღებიდან რამდენიმე წუთის შემდეგ და თავის პიკს 1 სთ-ის განმავლობაში აღწევს. შოკის საწყისი გამოვლინებებია: ძლიერი სისუსტე, ქაგილი, გაგრძელებული პიპერემია, ანგიონევროზული (ქვინქს ტიპის) შეშუპება, ტკივილი მკერდის ან მუცლის არეში, სუნთქვის დარღვევა, რასაც მოჰყვება სისხლის არტერიული წნევის კატასტროფული დაქვეითება, ტაქიკარდია (მაჯა ძაფისებურია), ცნობიერების დარღვევა, კრუნჩხვა, უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია და ბოლოს, სუნთქვის გაჩერება.

მკურნალობა. ანაფილაქსიური შოკის დროს პირველი დახმარება შემდეგში მდგომარეობს: დაუყოვნებლივ წყდება პრეპარატის ვენაში შეყვანა, ბავშვს აწვენენ გვერდზე (ამონალები მასის ასპირაციის თავიდან აცილების მიზნით), აწვდიან ჟანგბადს, ინექციის ან მწერის ნაკბენ ადგილზე (თუ კიდურია) ადებენ ლახტს, აცლიან ნესტარს, ამავე უბანში შეჰყავთ ადრენალინის 0,1%-იანი ხსნარი და ადებენ ყინულიან პარკს (შეწოვის შეფერხების მიზნით), სხეულის ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნებისათვის გამოიყენება სათბური.

პირველი დახმარების პარალელურად, ტარდება შემდეგი ღონისძიებები: ვენაში შეჰყავთ ფიზიოლოგიური ხსნარი (20 მლ/კგ მასაზე საათში) და აუცილებლად ადრენალინი (0,01%-იანი ხსნარის 0,01 მლ/კგ მასაზე), ასევე გამოიყენება ციმეტიდინი ან რანიტიდინი. ადრენალინის ვენაში შეყვანა შეიძლება ყოველ 30 წუთში მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე. თუ შოკის მოვლენები არ მოიხსნა იხმარება გლუკოკორტიკოსტეროიდები (ჰიდროკორტიზონი, მეტილპრედნიზოლონი). ბრონქოსპაზმისა და სხვა სუნთქვითი დარღვევების კუპირების მიზნით შეჰყავთ ეუფელინი (5-7 მგ/კგ მასაზე). მოგვიანებითი გართულებების (მოკარდიტი, პეპატიტი, ენცეფალიტი, გლომერულონეფრიტი და სხვ.) თავიდან აცილების მიზნით, აგადმყოფის პოსპიტალიზაცია აუცილებელია.

ანაფილაქსიური შოკით აგადმყოფის მკურნალობის ეფექტურობას განსაზღვრავს მედერსონალის განსწავლეულობა, სისწრაფე და ოსტატობა, მიზანდასახულობა და ღონისძიებათა თანამიმდევრული ხასიათი. ყველა სამედიცინო დაწესებულებაში უნდა იყოს ბავშვის ანაფილაქსიური შოკიდან გამოყვანისათვის აუცილებელი მედიკამენტები და აღჭურვილობა, გამოცდილი სამედიცინო პერსონალი.

20.7. უეცარი სიკვდილის სინდრომი

ჩველი ბავშვის უეცარ და მოულოდნელ სიკვდილს, რომელსაც წინ არ უსწრებს რომელიმე დაავადების კლინიკური და პათოლოგ-ანატომიური ნიშნები, უეცარი სიკვდილის სინდრომი (უსს) ეწოდება. ინგლისელი პედიატრები უსს „აკვანში სიკვდილს“ („cot death“) უწოდებენ. მისი სიხშირე 1000 ჩვილზე 0,2-3,5-ია. უსს 1,5-ჯერ უფრო ხშირია გოგონებში და, უმეტესად, 2-4 თვის ასაკის ბავშვებში ვითარდება ზაძირის ცივ ღამეში ან გამოთენიისას.

ეტიოლოგია: უსს ეტიოლოგია უცნობია. გამოიყოფენ უსს განვითარების სოციალური და ბიოლოგიური რისკის ფაქტორებს. სოციალური ფაქტორებია:

- არადაძაქმყოფილებული საყოფაცხოვრებო პირობები;
- მშობლების განათლების დაბალი დონე;
- ბავშვისადმი გულგრილი დამოკიდებულება;
- მუცელზე წოლისას ძილი;
- რბილი (ბუმბულის) ბალიში და ლეიბი, მჭიდრო შეხვევა.

ბიოლოგიური ფაქტორებია:

- უსს შემთხვევა ოჯახში;
- დედის მძიმე სამედიკოლოგიური ანამნეზი და პათოლოგიური ორსულობა;
- ნეონატალური პათოლოგია;
- ბავშვის დისჰარმონიული განვითარება, წონის ჭარბი ან არსაკმარისი მატება;
- გვეკატურის ნერვული სისტემის დისფუნქცია გულის რიტმის დარღვევით;
- სეკრეტორული IgA-ს დეფიციტი, ატოპური ან ლიმფურ-ჰიპოპლაზური დიათეზი.

1991 წელს უსს სიხშირემ პიკს მიაღწია. პედიატრებმა დაადგინეს ამ მოვლენის ურთიერთკავშირი ჩვილის ჩვევასთან ეძინოს მუცელზე წოლისას. მუცელზე წოლისას ძილის აკრძალვის შემდეგ, უცარი სიკვდილის შემთხვევებმა მნიშვნელოვნად იკლო.

პათოგენეზი. უსს განვითარება სუნთქვის ან გულის უცარი გაჩერების შედეგია. ითვლება, რომ გულის გაჩერება პარკუჭთა ფიბრილაციით არის გამოწვეული.

უსს დროს გაკვეთაზე ნახულობენ მკერდეკანა და თირკმელზედა ჯირკვლების გადიდებას, თავის ტვინის ღეროს შეშუპებას და დემიელინიზაციას, ფილტვების შეშუპებას.

პროფილაქტიკა. უსს თავიდან აცილების მიზნით, საჭიროა შემდეგი პირობების დაცვა:

- დღისით თუ ღამით, სახლში, თუ მოგზაურობისას, ბავშვს ძილის დროს უნდა იწვეს ზურგზე (ან გვერდზე) და არა მუცელზე;

- ბავშვს უნდა ეძინოს თავის საწოლში მკვრივ ლეიბზე, ბალიში არ არის საჭირო; შესვეული უნდა იყოს თავისუფლად;

- სადაც ბავშვია, თამბაქოს მოწევა აკრძალულია;

- ძილის დროს მძაფრი სურნელება, ხმაური და შუქი დაუშვებელია;

- 4 თვის ასაკამდე მაინც, ბავშვი უნდა იყოს ბუნებრივ კვებაზე;

- ბავშვი არ უნდა გადასურდეს ან გაცივდეს;

- სისტემატურად უნდა ჩაუტარდეს მასაჟი, ვარჯიში და გამაკაცებელი პროცედურა;

- თუ ოჯახში წარსულში იყო უსს შემთხვევა, ბავშვს პერიოდულად უნდა ჩაუტარდეს

სამედიცინო კვლევა და სისტემატურად უნდა იყოს ექიმის მეთვალყურეობის ქვეშ.

უსს განვითარების საშიშროებისას გამოიყენება ვიტამინები, ნეიროტროპული საშუალებები, მცენარეული ადაპტოგენები. თუ ბავშვი უცრად გაფერმკრთალდა ან გალურჯდა, თვალები გადაატრიალა, ჩასუნთქვათა შორის ინტერვალი 20 წმ-ს გადააჭარბა, სწრაფად უნდა ჩატარდეს სუნთქვის სტიმულაცია (ბავშვს ათავსებენ ვერტიკალურად ან დაიწვენენ მუცლით მუხლებზე და ზურგზე მსუბუქად რამდენჯერმე წამოარტყამენ). საერთოდ, კი ბავშვის საერთო მდგომარეობის შეკვლისას (სუნთქვის გახშირება, ლებინება, მაღალი ტემპერატურა, მუდმივი ტირილი ან ძილიანობა და სხვ.) საჭიროა სათანადო კვლევა და მკურნალობა.

კითხვები:

1. რა გზით შეიძლება ტოქსიკური ნივთიერებები მოხვდეს ორგანიზმში?
2. რომელი ასაკის ბავშვებშია ხშირი მოწამვლის შემთხვევები?
3. როგორია მოწამვლის პირველი ნიშნები?
4. რაში გამოიხატება მოწამვლის დროს დახმარების ეტაპურობა?
5. რას გულისხმობს სასწრაფო დეტოქსიკაცია?
6. როგორ ხდება კუჭის ამორეცხვა?
7. როგორია ამოსაღებინებელი საშუალებების გამოყენების ტექნიკა?
8. რომელ პრეპარატებს გამოიყენებთ ფორსირებული (დაჩქარებული) დიურეზისათვის?
9. რა დანიშნულება აქვს ანტიდოტის გამოყენებას?
10. რა მიზნით გამოიყენება გააქტივებული ნახშირი?
11. რა არის კომა?
12. ჩამოთვალეთ კომის განვითარების მიზეზები.
13. რომელი ძირითადი სიმპტომებით ხდება ცნობიერების დარღვევის ხარისხის დადაგენა?
14. როგორ დახმარებას გაუწევთ კომაში მყოფ ავადმყოფს?
15. რა შემთხვევებში შეიძლება განვითარდეს კრუნჩხვითი სინდრომი?
16. როგორი ხასიათის შეიძლება იყოს კრუნჩხვა?
17. როგორია კრუნჩხვის განვითარების ფაზები?
18. კრუნჩხვითი სინდრომის დროს როგორია პირველი დახმარება?
19. რა მედიკამენტები გამოიყენება კრუნჩხვის დროს?
20. როგორია ფეხრილური გულყრები?
21. როგორ მოიქცევით ეპილეფსიური გულყრების დროს?
22. რა მონაცემებით ხდება პიპერითურმული სინდრომის დიაგნოსტიკა?
23. რა და რა სახის ტემპერატურის ტიპები იცით?
24. რა განსხვავებაა ეფემერულ, შებრუნებით და ტალღისებურ ტემპერატურის ტიპებს შორის?
25. ტემპერატურის მატებისა და ვარდნის რა და რა სახე იცით?
26. რაში გამოიხატება პიპერითურმიის საწინააღმდეგოდ გამოყენებული ფიზიკური მეთოდები?
27. როგორ ხდება ყინულის ბუშტისა და ყინულიანი სინჯარების გამოყენება პიპერითურმიის დროს?
28. რა მედიკამენტები ინიშნება მაღალი ტემპერატურის შესამცირებლად და რა დოზებით?
29. რა არის ფილტვის მწვავე შემუბება და რა შემთხვევაში ვითარდება?
30. როგორია ფილტვის მწვავე შემუბების კლინიკა?
31. რა ღონისძიებები ტარდება ფილტვის მწვავე შემუბების დროს?
32. რა არის ანაფილაქსია?
33. რა შემთხვევაში ვითარდება ანაფილაქსიური შოკი?
34. როგორია ანაფილაქსიური შოკის კლინიკა?
35. როგორია ანაფილაქსიური შოკის დროს პირველი დახმარება?
36. რა იგულისხმება ცნების ქვეშ — „უეცარი სიკვდილის სინდრომი“?
37. ჩამოთვალეთ უსს სოციალური და ბიოლოგიური რისკის ფაქტორები
38. რა იწვევს უეცარ სიკვდილს?
39. როგორია უსს პროფილაქტიკა?

ტესტური და სიტუაციური ამოცანები:

1. ერთი წლის ბავშვი შემოვიდა კლინიკაში ორი დღის ავადმყოფი. დაავადება დაეწყო სურდოთი, ხველით, რასაც დაერთო ტემპერატურის მომატება 41.3°C -მდე. ავადმყოფი გახდა მოუსვენარ, ჭირვეული. კანი მკრთალია, კიდურები — ცივი, ტუჩები — ციანოზური. დედის გადმოცემით მაღალი ტემპერატურის ფონზე 6 და 8 თვის ასაკში ჰქონია კრუნჩხვა.

რა დიაგნოზი უნდა დაისვას?

რა გადაუდებელი დახმარება მიგაჩნიათ საჭიროდ?

2. 1 1/2 წლის ბიჭი კლინიკაში შემოვიდა მაღალი ტემპერატურით (40°C). ბავშვი აგზნებულია, აქვს მოტორული მოუსვენრობა. დედის გადმოცემით, იგი ალერგიულია მედიკამენტების, განსაკუთრებით ამიღობირინის მიმართ.

როგორ უნდა მიაღწიოთ სხეულის ტემპერატურის დაკლებას?

3. ორი წლის ბავშვი გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში მიიყვანეს რკინის სუფთადის შემცველი 15 ტაბლეტის მიღებიდან 30 წუთის შემდეგ. ბავშვს ჰქონდა ერთჯერადი ღებინება. პაციენტის მდგომარეობის შესახებ რომელი მტკიცებაა სწორი?

ა. ტაბლეტების მიღებული რაოდენობა რაიმე გავლენას ვერ მოახდენს ორგანიზმზე

ბ. მიუხედავად იმისა, რომ ერთჯერადი ღებინება აღინიშნა, ბავშვს უნდა მიეცეთ ამოსაღებინებელი (ჰიპოკაქუანას სიროფი) საშუალება

- გ. რკინის ადსორბციისათვის აუცილებელია გააქტივებული ნახშირის გამოყენება
- დ. საფლარათო საშუალება არ იქნება ეფექტური
- ე. ერთჯერადი ღებინება არ არის პრეპარატის მიღებასთან დაკავშირებული
- ვ. დესფერალის გამოყენება აუცილებელია
- 4. მოწამელის დროს, კუჭის შიგთავსისაგან გათავისუფლების საუკეთესო საშუალებაა:
 - ა. მაგნიუმის ციტრატი
 - ბ. კუჭის ფიზიოლოგიური ხსნარით ამორეცხვა
 - გ. ჰიპოკაქეანას ხსნარი
 - დ. ღებინების პროვოცირება თითით
 - ე. კუჭის ამორეცხვა ნაზოგასტრალური ზონდით.
- 5. 10 წლის ბავშვს, რომელიც კლინიკაში ფილტვის ანთების დიაგნოზით მოათავსეს, გენაში შეუყვანეს პენიცილინი. ინფუზიის ჩათაყვის შემდეგ ბავშვს აღენიშნა უსიამოვნო შეგრძნება მკერდის არეში, გაუწითლდა და შეუფუცდა სახე. სუნთქვა გაუძნელდა, გახდა ხმაურიანი, დაკარგა გრძნობა. ამ მდგომარეობიდან ბავშვის გამოყვანისათვის უნდა ჩატარდეს ყველა ჩამოთვლილი ღონისძიება, გარდა:
 - ა. ჟანგბადის ინჰალაცია
 - ბ. 0,1%-იანი ადრენალინი (0,2 მლ) კანქვეშ
 - გ. კორტიკოსტეროიდები გენაში
 - დ. კუჭის ამორეცხვა
 - ე. ინექციის ადგილის ზემოთ ლასტის გადაჭერა

ზოგიერთი ინფექციური დაავადება ბავშვებში
21.1 მწვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექციები

ტერმინი „მწვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექცია“ (მრვი) შეჰყრები ცნებაა და აერთიანებს გადამდებ ვირუსულ დაავადებათა ჯგუფს, რომელთა გამაერთიანებელი ნიშნებია: მწვავე მიმდინარეობა, ინტოქსიკაცია, რესპირაციული სისტემის ლორწოვანი გარსის სსგადასხვა ლოკალიზაციის დაზიანება.

მრვი-ის ყოველი ნოზოლოგიური ფორმა (გრძიბი, პარაგრძიბი, ადენოვირუსული, რესპირაციულ-სინციტიური და სხვ.), მიუხედავად იდენტური ზოგადკლინიკური და ეპიდემიოლოგიური კანონზომიერებებისა, გამოირჩევა მისთვის დამახასიათებელი თავისებურებებით.

21.1.1. გრძიბი

გრძიბი მწვავე ვირუსული დაავადებაა. იგი ხასიათდება ინტოქსიკაციით, ზემო სასუნთქი გზების დაზიანებით და არც თუ იშვიათად, გართულებების განვითარებით. პერიოდულად აღდილი აქვს გრძიბის ეპიდემიურ და პანდემიურ გაფრცელებას.

ეტიოლოგია. გამოყოფენ A, B და C ტიპის გრძიბის გამომწვევ ვირუსებს. A გრძიბით გამოწვეული ეპიდემია 2-3 წლის, B გრძიბით — 3-4 წლის ინტერვალით ვითარდება. ვირუსი იწვევს დაავადების უმნიშვნელო აფეთქებებს დაზურულ კოლექტივებში.

ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი. გადაცემის გზა აირ-წყვთოვანია. მაქსიმალური გადამდებლობა აღინიშნება დაავადების პირველ დღეებში, რაც სუსტდება მე-5 დღიდან. პოსტინფექციური იმუნიტეტი A გრძიბის დროს ნარჩუნდება 1-3 წელი, B გრძიბის შემთხვევებში — 6 წელი.

გრძიბით ავადდება ყველა ასაკის ბავშვი, იგი იშვიათია სიცოცხლის პირველ თვეებში.

პათოგენეზი. ვირუსი მრავლდება ზემო სასუნთქი გზების ეპითელზე, იჭრება სისხლში და ვითარდება ტოქსემია. ვირუსი იწვევს სსგადასხვა ორგანოსა და სისტემის სისხლძარღვთა დაზიანებას, მათი ტონუსის, ელასტიკურობისა და განვლადობის დარღვევას.

კლინიკა. დაავადება იწყება მწვავედ, ტემპერატურის მომატებით 38-39°C-მდე შემცირებითა და ღებინებით. მოზრდილი ბავშვები უჩივიან თავისა და თვალის კაკლების ტკივილს, ართრალგიასა და მიალგიას. ბავშვს ძილი დარღვეული აქვს, გამოხატულია კატარული კონიუნქტივითი, ცხვირით სუნთქვის გაძნელება. პირხახაზე აღინიშნება პიპერემია, რბილი და მაგარი სასის ლორწოვანზე წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. ადრეული ასაკის ბავშვებში შეიძლება განვითარდეს კრუპის სინდრომი (ჩახლჩილი ხმა, მყუდავი ზეგლა, სუნთქვის გაძნელება). 1-დან 3 წლის ასაკში შეიძლება განვითარდეს მენინგოენცეფალური (განმეორებითი ღებინება, გონების დაბინდვა, კრუნჩხვა, მენინგეალური სიმპტომები) და პეპტოგაოული (ცხვირიდან სისხლდენა, წერტილოვანი პეპტოგაოები კანსა და ლორწოვან გარსებზე) სინდრომები.

გრძიბისათვის დამახასიათებელია სიმპტომების სწრაფი გაშლა და ასევე სწრაფი უკუგანვითარება. ჩვეულებრივ, ტემპერატურა 2-4 დღე გრძელდება, რომლის დაქვეითების პარალელურად ინტოქსიკაციის ნიშნებიც ქრება.

პემოგრამაზე დაავადების პირველ დღეს საყურადღებოა ლეიკოციტოზი ნეიტროფილით, ფორმულის მარცხნივ გადახრა. შემდეგ დღეებში ვითარდება ლეიკოპენია, ელ-ი ნორმალურია.

გართულება. დაავადება ხშირად რთულდება ოტიტით, სინუსიტებით, ინტერსტიციული პნევმონიით. ლეტალური გამოსავალი ხშირია 6 თვემდე ასაკის ბავშვებში.

მკურნალობა. მძიმე შემთხვევებში ნაჩვენებია პოსპიტალიზაცია. ცხელების პერიოდში აუცილებელია წოლითი რეჟიმის დაცვა. მსუბუქ შემთხვევებში ნაჩვენებია სიმპტომური თერაპია — სიცხის დამწვეი და ანტიპისტამინური საშუალებები. გამოიყენება ლეიკოციტური ინტერფერონი 4-ჯერ. დღეში (0,25 მლ ინტრანაზალურად ან აეროზოლის სახით), ოქსოლინის 0,25 %-იანი მაღაბო 3-4-ჯერ დღეში, რიბოფორინი, აცეკლოფორი (ზოვირაქსი) ან რემანტადინი, როგორც ანტივირუსული საშუალებები. ტოქსიკური ფორმების დროს ინტრამუსკულარულად შეჰყავთ სპეციფიკური ანტიგრაძული იმუნიზაციული (0,1-0,2 მლ/კგ მასაზე) და ტარდება ინფუზური დეზინტოქსიკაციური თერაპია. ნეიროტოქსიკოზის დროს ნაჩვენებია პრედიზოლონი (2 მგ/კგ მასაზე 2 დღე) და დეჰიდრატაცია (ლაზიქსი, მანიტი, 20 %-იანი გლეკოზა). ბაქტერიული გართულების შემთხვევებში ინიშნება ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები.

პროფილაქტიკა. აუცილებელია დაავადებულის იზოლაცია. ოთახის სველი წესით დაბეშება (2%-იანი ქლორინი წყლით), განთავება. ეპიდემიის დროს პროფილაქტიკის მიზნით გამოიყენება ინტერფერონი (ორ-ორი წვეთი 4-ჯერ დღეში ინტრანაზალურად), ანტიგრძელი იმუნოგლობულინი (0,1 მლ 1 კგ მასაზე), რემანტადინი, ულტრაიონიური სხივებით დასხივება, პირადი ნივთების დაბეშება.

უკანასკნელ წლებში მოზრდილ ბავშვებში წარმატებით გამოიყენება ე. წ. ანტიგრძინი: აცეტისალიცილის მჟავა (0,5 გ), ასკორბინის მჟავა (0,3 გ), დიმედროლი (0,02 გ), კალციუმის ლაქტატი (0,1 გ). აღნიშნული კომპლექსი ინიშნება 5 დღე და ავლენს მნიშვნელოვან დეზინტოქსიკაციურ, ანტიპროტიკულ და სედაციურ ეფექტს. ხელს უშლის პემორაგიული სინდრომის განვითარებას.

21.1.2 ადენოვირუსული ინფექცია

ადენოვირუსული ინფექცია ხასიათდება ცხელებით, ზომიერი ინტოქსიკაციით, ზემო სასუნთქი გზების კატარული ცვლილებებით, ლიმფური აპარატის რეაქციით და კონიუნქტივითის მოვლენებით.

ეტიოლოგია. დაავადებას იწვევს ვირუსი, რომელიც პირველად 1935 წელს ადენიოდური ქსოვილიდან და ნუშისებური ჯირკვლებიდან იქნა გამოყოფილი. ვირუსი დნმ-ის შემცველია. გამოყოფილია მისი 30 პათოგენური ტიპი.

ეპიდემიოლოგია. დაავადება გვხვდება წლის ყველა პერიოდში. ინფექციის წყაროა ავადმყოფი და ჯანმრთელი ვირუსმტარებელი, მისი გადაცემა აირ-წვეთოვანი, შესაძლებელია ფეკალურ-ორალური და კონტაქტური გზითაც მოხდეს. ხშირია ნ თვიდან ნ წლამდე ასაკის ბავშვებში.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 4-5 დღეა, შეიძლება ორი კვირაც გაგრძელდეს.

კლინიკური სურათი პოლიმორფულია. დაავადება იწყება ტემპერატურის მომატებით, შეშინებით, თავის ტკივილით, ცხვირიდან გამონადენით, ცრემლდენით. ბავშვის სახე შეფუებული და პასტოზურია. ზოგჯერ გამოხატულია ართრალგია და მიალგია. პირველივე დღეებში რინიტის და კონიუნქტივითის მოვლენებს თან ერთვის ფარინგიტი და ტრაქეიტი. კონიუნქტივითის ადენოვირუსული ინფექციის „სავიზიტო ბარათად“ მიიჩნევენ. კონიუნქტივითი დასაწყისში ცალმხრივია, მოგვიანებით პროცესი მეორე თვალზე გადადის. ამ დროს ცრემლდენას თან ახლავს მჭრელი ტკივილი, ლორწოვანის ჰიპერემია, ზოგიერთ შემთხვევაში ვითარდება პემორაგიები, კერატიტის მოვლენები. საყურადღებოა პირსახის ლიმფური ჯირკვლების ჰიპერპლაზია, პერიოდული მოვლითი ხასიათის ტკივილი მუცლის არეში, ღვიძლის და ელენთის გადიდება.

ადენოვირუსული ინფექცია გრძელდება ორი, მძიმე შემთხვევებში სამი კვირა. პერიფერიულ სისხლში ზომიერი ლეიკოპენია აღინიშნება, ედს-ი მცირედ მომატებულია.

გართულება. დაავადება შეიძლება გართულდეს ოტიტით, ანგინით, სინუსიტითა და პნევმონიით.

დიაგნოზი. კლინიკური ნიშნებიდან აღინიშნება ზომიერი ტოქსიკოზი, კატარული მოვლენები, ხანგრძლივი ტალღისებური ცხელება, კონიუნქტივითი, ლიმფადენიტი, პეპატოლინური სინდრომი. ლაბორატორიული კვლევებიდან გამოიყენება იმუნოფლოუროესცენციული მეთოდით ვირუსის გამოყოფა და სეროლოგიური მეთოდები.

მკურნალობა. მსუბუქ შემთხვევებში მკურნალობა სიმპტომურია. ძირითადად გამოიყენება სიცხის დაშვავი, მადესენსიბილიზებული საშუალებები, ვიტამინების კრებული (ბიოფიტალი, ცენტრუმი და სხვ.), ინჰალაცია. დაავადების პირველ თვეებში გამოიყენება ლეიკოციტური ინტერფერონი, მაღაბოს სახით ოქსოლინი (0,25 %-იანი) ინტრანაზალურად. კონიუნქტივითის დროს ადგილობრივად იხმარება 2 %-იანი ბორის მჟავა, 20 ან 30 %-იანი სულფაცილ-ნატრიუმის (ალბუციდი) ხსნარი, 0,1 %-იანი დეზოქსირიბონოქსილუაზას აწვეთებენ ცხვირში (3-4 წვეთი ყოველ 3 სთ-ში 3 დღე).

მძიმე ფორმებსა და გართულების შემთხვევებში გამოიყენება ანტიბიოტიკები და სულფანამიდიები.

პროფილაქტიკა. ოთახი, სადაც ავადმყოფია მოთავსებული, სისტემატურად უნდა დაბეშდეს სველი წესით და განთავდეს პროფილაქტიკის მიზნით გამოიყენება ლეიკოციტური ინტერფერონი, ოქსოლინის მაღაბო, რემანტადინი. ჩვილებსა და ადრეული ასაკის ბავშვებში შეიძლება ვირაზოლის გამოყენება.

21.1.3 პარაგრიპი

პარაგრიპი მწვავე ვირუსული დაავადებაა. იგი ხასიათდება ხანმოკლე ცხელებით, ზომიერი ინტოქსიკაციით, ზემო სასუნთქი გზების დაზიანებით და არც თუ იშვიათად, ცრუ გრუბის სინდრომის განვითარებით.

ეტიოლოგია. გამოიწვევია პარაგრიპული ვირუსის ხუთი სეროვარიანტი. I და II სეროვარიანტები ბავშვებში იწვევს ლარინგოტრაქეობრონქიტს კრუპის მოვლენებით. III ვარიანტი — პნევმონიას და ბრონქოლიტს ჩვილ ბავშვებში.

ეპიდემიოლოგია. დაავადება ვითარდება წლის ცივ პერიოდში. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი. გადაცემა აირ-წყვთოვანი გზით ხდება.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 1-დან 7 დღე. დაავადება იწყება მწვავედ: ტემპერატურის მომატებით, მშრალი და უხეში ხასიათის შეუპოვარი ხველით, ცხვირით სუნთქვის შეფერხებით, ინტოქსიკაციის ნიშნები სუსტადაა გამოხატული. დამახასიათებელია კრუპის სინდრომი („მყეფავი“ ხველა, დისფონია, ინსპირაციული სტრიდორი).

კრუპის მოვლენები უმეტესად 1-დან 5 წლის ასაკის ბავშვებში ვითარდება, ჩვილებში იშვიათია.

გაურთულებელ შემთხვევებში ცხელება 1-დან 6 დღე გრძელდება, კრუპის სინდრომი 3 დღეში უკუგანვითარებას განიცდის.

პარაგრიპის გაურთულებებია პნევმონია, ოტიტი, ანგინა, სინუსიტები.

დიაგნოზი. ეტიოლოგიის დაზუსტების მიზნით ტარდება ვირუსოლოგიური (ვირუსის გამოყოფა) და სეროლოგიური (შემაღლეუტინაციის და კომპლემენტის შებოჭვის რეაქციები) კვლევები, პემოგრამაზე აღინიშნება ზომიერი ლეიკოპენია, ჯდს-ი ნორმალურია.

მკურნალობა. ცრუ კრუპის შემთხვევებში აუცილებელია ბავშვის ჰოსპიტალიზაცია. ინიშნება ფეხის აბაზანები, ოროთქლის ინჰალაცია, ინტრაბუსკულარულად შეჰყავთ ამინაზინის 2,5 %-იანი ხსნარი, კორტიკოსტეროიდები ასაკობრივი დოზით.

პარაგრიპის ბანალურ შემთხვევებში მკურნალობა სიმპტომურია, ანტიბიოტიკები და სულფანილამიდები გამოიყენება მხოლოდ გაურთულებების (პნევმონია, ოტიტი, სინუსიტები) შემთხვევაში.

პროფილაქტიკა. ავადმყოფი იზოლირებულია, თავსდება ცალკე ოთახში, სადაც სისტემატიურად ტარდება სველი დაბუშავება და განიავება. გამოიყენება ლეიკოციტური ინტერფერონი 3-4-ჯერ დღეში. დაავადების აფეთქების პერიოდში მოზრდილ ბავშვებში შეიძლება ოქსოლინის მალამოს ცხვირის გასაფლვებზე წაცხება 1-2 ჯერ დღეში, ანტივირუსული პრეპარატების გამოყენება.

21.1.4 რესპირაციულ-სინციტიური ინფექცია

რესპირაციულ-სინციტიური (PC) ინფექცია ხასიათდება ზომიერი ინტოქსიკაციითა და სასუნთქი გზების დაზიანებით.

ეტიოლოგია. PC ვირუსი რჩე მემკვიდრეობა და მიეკუთვნება მიკროვირუსების ჯგუფს. ვირუსი უჯრედის კულტურაში ქმნის სინციტიას ანუ ფსევდოეპითელურ უჯრედებს. ავადდებიან ადრეული ასაკის ბავშვები, ასალბობილები და დღენაკლულები.

ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა ავადმყოფი, რომელიც გარშემოცხოფათვის საშიშაა დაავადების კლინიკურ გამოვლინებამდე 1-2 დღით ადრე და შემდეგ, 10-14 დღის განმავლობაში. გადაცემის გზა აირ-წყვთოვანია.

კლინიკა. დაავადება კატარული მოვლენებით, მძიმე ბრონქოლიტით, ობსტრუქციული ბრონქიტით ან პნევმონიით ვლინდება. იწყება რინორეით, ცემინებით და მშრალი ხველით. 2-3 დღის შემდეგ ხველის ტემპერატურა მატულობს, ხველა შეუპოვარ და შეტევით ხასიათის იღებს. 3-6 თვემდე ასაკის ბავშვებში მწვავე ბრონქოლიტი ვითარდება ობსტრუქციული სინდრომის ფონზე: სუნთქვა გაზშირებულია (70-80 წთ-ში), ქოშინი ექსპირაციული ხასიათისაა, სუნთქვაში მონაწილეობს ნეკნთაშუა კუნთები, გამოხატულია ცხვირის ნესტოების ბერვა, სახე მკრთალია, ცხვირ-ტუჩის არე ციანოზური, გულმკერდის ყაფაზი შებერილი; ბერკუტორულად გამოხატულია კოლოფისებური ხშიანობა, როგორც ამოსუნთქვისას, ასევე ჩასუნთქვის ფაზაშიც მოისმინება კრემპიტული ხიხინი. ბრონქოლიტი იშვიათად არის შერწყმული კრუპის სინდრომთან.

მოზრდილ ბავშვებში დაავადება ზემო სასუნთქი გზების კატარის ტიპით მიმდინარეობს და ხშირად მწვავე ობსტრუქციული ბრონქიტით გამოვლინდება.

დიაგნოზი. პემოგრამა ხშირად ცვლილებების გარეშეა, ზოგჯერ ლეიკოციტების რიცხვი უმნიშვნელოააა მომატებული, გამოხატულია მონოციტოზი და 5 %-მდე ატიპური მონონუკლეარები. ჯდს-ი ნორმალურია ან მკირედ აჩქარებული. დიაგნოზი კლინიკური ნიშნებისა და სეროლოგიური რეაქციების გათვალისწინებით დასტურდება.

მკურნალობა. PC ინფექციის მსუბუქი და საშუალო ფორმების დროს გამოიყენება სიმპტომური საშუალებები. ობსტრუქციული სინდრომის დროს ეუფილინი, ალუბენტი ან ბეროდუალი აეროზოლის სახით. მძიმე შემთხვევებში ბავშვს სტაციონარში ათავსებენ.

პროფილაქტიკა. აუცილებელია ინფექციის კერის დამუშავება სადეზინფექციო საშუალებებით. კონტაქტში მყოფ ბავშვებს აძლევენ ინტერფერონს.

21.2 წითელა

წითელა მწვავე ინფექციური დაავადებაა. ხასიათდება ტემპერატურის მომატებით, ინტოქსიკაციით, ზემო სასუნთქი გზებისა და თვალის ლორწოვანის დაზიანებით, სპეციფიკური ენანთემით და მაკულოპაპულარული გამონაყარით.

ეტიოლოგია. გამოიწვევია მიქსოვირუსი, რომელიც ადამიანის ორგანიზმის გარეშე სწრაფად იღუპება.

ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი. გადაეცემა აირ-წვეთოვანი გზით. ჩვილებს დედისაგან გადაეცემა პასიური იმუნიტეტი აღენიშნებათ. გადატანილი ინფექცია მყარ იმუნიტეტს ტოვებს. ვაქცინაციის შემდგომი იმუნიტეტი ნაკლებ მყარია და მისი ხანდაზმულობა 8-10 წელს არ აღემატება.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ 8-10 დღეა. პროფილაქტიკის მიზნით გამა-გლობულინის შეყვანის შემდეგ ინკუბაციური პერიოდი 21 დღე გრძელდება.

კლინიკურ სურათში გამოიყოფა კატარული ანუ დასაწყისი (პროდრომული), გამონაყარისა და პიგმენტაციის პერიოდები. ყოველი პერიოდი საშუალოდ სამი დღე გრძელდება.

დასაწყისი პერიოდი ხასიათდება მაღალი ტემპერატურით ($38.5-39^{\circ}\text{C}$), ზემო სასუნთქი გზების დაზიანებით (ცხვირიდან გამონადენი, ჩახლენილი ხმა, მშრალი, აკვიატებული ხველა), კონიუნქტივიტის მოვლენებით (სინათლის შიში, ლორწოვანის სიწითლე, ქუთუთოების შეშუპება, სკლერებზე სისხლძარღვების ინიცირება, ჩირქოვანი გამონადენი). ამავე პერიოდში ვლინდება ინტოქსიკაციის ნიშნები. კატარული პერიოდი გრძელდება 3-4, ზოგჯერ 5-7 დღე. ამ პერიოდისათვის დამახასიათებელია პირის ღრუს ლორწოვანზე თავისებური ცვლილება: ლოყების შიდა ზედაპირზე, ძირითად კბილებთან ან ტუჩების ლორწოვანსა და ღრძილებზე ვითარდება მორუხო-თეთრი პაპულები წითელი გვირგვინით, ლორწოვანი ფაშარი და ჰიპერემიულია. ლიტერატურაში ეს სიმპტომი ცნობილია ბელსკ-ფილატოვ-კობლაკის ლაქების სახელწოდებით. ლაქების აღმოჩენა კანზე გამონაყარის გაჩენამდე 1-3 დღით ადრე ხდება, რაც დიაგნოზის დროული დასმის საშუალებას იძლევა. ამავე პერიოდში ჩნდება წითელასათვის დამახასიათებელი ენანთემა (მოწითალო-ვარდისფერი ლაქები) რბილ და მაგარ სასაზე.

გამონაყარის პერიოდი იწყება დაავადების მე-4-5 დღეს და ლაქოვან-პაპულოზური ხასიათისაა. გამონაყარის პირველი ელემენტები ჩნდება ყურის უკან, ცხვირის ზურგზე, შემდეგ გრძელდება სახეზე, კისერზე, მკერდსა და ზურგის არეში. მეორე დღეს გამონაყარი ფარავს მთელ სხეულს, მე-3 დღეს კი იგი გრძელდება ზემო და ქვემო კიდურებზე. დაავადებული ბავშვის ტიპური დახასიათებაა: წითელი და ჩირქმდენი თვალები, ქუთუთოები. სახე შეფუებულია, ცხვირიდან აღინიშნება უხვი გამონადენი. ტემპერატურა გამონაყარის გაჩენის პარალელურად (პირველ დღეს) მაღალია, შემდეგ დღეებში თანდათან მცირდება. ამ პერიოდში ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა. ბავშვი მოუსვენარია, ზოგჯერ ადინამიური, ხშირია ცხვირიდან სისხლდენა.

გამონაყარი სწრაფად მუქდება, იწყება პიგმენტაციის პერიოდი იმ თანამიმდევრობით, როგორც გამონაყარის გაფრცვლება ხასიათდებოდა (სახე, სხეული, კიდურები). ეს პერიოდი 7-12 დღე გრძელდება. ტემპერატურა ნორმალისდება, საერთო მდგომარეობა უმჯობესდება, კატარული მოვლენები ქრება.

განსაკუთრებით მძიმე მიმდინარეობით ხასიათდება წითელას პემორაგიული ფორმა. გართულებებიდან აღსანიშნავია პნევმონია, კერატიტი, ენცეფალიტი, ოტიტი, პილერიზია.

მკურნალობა. ავადმყოფის პოსმიტალიზაცია ნაჩვენებია მხოლოდ გართულებული მიმდინარეობის დროს. წილითი რეჟიმი გრძელდება ცხლეების პერიოდში და მისი ჩათავებიდან პირველი 2-3 დღე. ბავშვს ეძლევა დიდი რაოდენობით სითხე. ხილის წვენი, ვიტამინები. დღეში რამდენჯერმე ხდება თვალის გამორეცხვა ადულებული თბილი წყლით, ჩაის ნაყენით ან ნატრიუმის პიდროკარბონატის 2 %-იანი ხსნარით, ჩასაწვეთებლად გამოიყენება ნატრიუმის სულფაციდის (ალბუციდის) 20-30 %-იანი ხსნარი 1-2 წვეთი 3-4-ჯერ დღეში. ცხვირი უნდა გაიწმინდოს ქერქებისაგან თბილი გაზეფინის ზეთში დასაველებული ბამბის ფითლით. ჩასაწვეთებლად გამოიყენება ატმის ზეთის 1-2 წვეთი 3-4-ჯერ დღეში, პროტარგოლი. წითელას ყველა ფორმის დროს გამოიყენება ასკორბინის მჟავა 300-500 მგ და "A" ვიტამინი 10 მგ დღე-ღამეში.

ანტიბიოტიკები გამოიყენება მხოლოდ პნევმონიით გართულების შემთხვევაში. შეიძლება დაინიშნოს ანტიპისტაზინური საშუალებები (სუპრასტინი, ტავეგილი, ტერფენადინი და სხვ.).

პროფილაქტიკა. წითელას სპეციფიკური პროფილაქტიკა ტარდება იმ ბავშვებში, რომლებიც კონტაქტში იყვნენ ავადმყოფთან და აქტიური იმუნიზაცია არ ჩატარებიათ (წინააღმდეგ ჩვენების გამო). პროფილაქტიკა ტარდება გამა-გლობულინით, იმუნოგლობულინის დოზაა 3 მლ, კეთდება კუნთებში.

საქართველოში მოქმედი ბავშვთა პროფილაქტიკური აცრების კალენდრის (ცხრილი 7) მიხედვით წითელას აქტიური იმუნიზაცია ყბა-ყურის აცრასთან ერთად ტარდება 12 თვის ასაკში, რევაქცინაცია კი – 5 წლის ბავშვებში. აცრისათვის ცოცხალი წითელას ვაქცინა გამოიყენება. აცრა ტარდება ერთჯერადად: კანქვეშ შეჰყავთ 0,5 მლ განსაგებული ვაქცინა. აუცრელ ბავშვებს აქტიური იმუნიზაცია შეიძლება ჩაუტარდეს 1-დან 8 წლის ასაკამდე. იმუნიტეტის ფორმირება შემთხვევათა 80-90 %-ში ხდება და შეუნარჩუნდება 8-10 წელი.

დაავადებულთან კონტაქტში მყოფი ბავშვი კოლექტივში არ დაიშვება 17 დღე. პროფილაქტიკური იმუნოგლობულინის მიღების შემთხვევაში – 21 დღე.

ცხრილი 7

საქართველოში მოქმედი ბავშვთა პროფილაქტიკური აცრის კალენდარი

ვაქცინის დასახელება		ვაქცინაციისა და რევაქცინაციის ასაკი	შენიშვნა
BCG (ტუბერკულოზი)	1	0,5 წლის	
	2	5 წლის	
OPV (პოლიომიელიტი)	1	2 თვის	ტარდება DPT და DT აცრასთან ერთად
	2	3 თვის	
	3	4 თვის	
	4	18 თვის	
	5	5 წლის	
OPT (დიფტერია, ყივანაზგელა, ტეტანუსი)	1	2 თვის	ტარდება OPV აცრასთან ერთად
	2	3 თვის	
	3	4 თვის	
	4	18 თვის	
Measles (წითელა)	1	12 თვის	ტარდება ყბაყურას აცრასთან ერთად
	2	5 წლის	
Mumps (ყბაყურა)	1	12 თვის	ტარდება წითელას აცრასთან ერთად
DT (დიფტერია, ტეტანუსი)	1	5 წლის	ტარდება OPV აცრასთან ერთად
TD (ტეტანუსი, დიფტერია)		14 წლის	14 წლის შემდეგ ყოველ მე-10 წელს (55 წლის ასაკამდე)
HB (B ჰეპატიტი)	1	2 თვის	ტარდება I და II DPT აცრასთან ერთად
	2	3 თვის	
	3	8 თვის	

21.3 წითურა

წითურა მწვავე ინფექციური დაავადებაა, ხასიათდება წითელასმაგვარი გამონაყარით, უმნიშვნელოდ გამოსატყეო კატარული მოვლენებით, კისრისა და კანის ლიმფური ჯირკვლების გადიდებით, ზოშიერად გამოსატყეო ინტოქსიკაციით, პემატოლოგიური რეაქციით.

ეტოლოგია. წითურას რნმ-ის შემცველი ვირუსი იწვევს, რომელიც მიქსოვირუსებს მიეკუთვნება.

ეპიდემიოლოგია. ავადდებიან 1-დან 7 წლის ასაკის ბავშვები. აღწერილია თანდაყოლილი წითურას შემთხვევები. განსაკუთრებით საშიშია ქალის დაავადება ორსულობის პირველი სამი თვის განმავლობაში. ამ შემთხვევებში ბავშვები ხშირად იბადებიან ტვინის, მხედველობისა და სმენის ორგანოების, გულის, ჩონჩხის ანომალიებით.

ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი. დასნებოვნება ხდება აირ-წყვთოვანი გზით. ვირუსის აღმოჩენა ცხვირ-ხახაში შეიძლება გამონაყარის გაჩენამდე რამოდენიმე დღით ადრე და გრძელდება ორი კვირის განმავლობაში. დაავადების გადატანის შემდეგ ვითარდება მყარი იმუნიტეტი.

კლინიკა. პირველი გამოვლინებაა გამონაყარი. საყურადღებოა ზოგადი სისუსტე, თავის ტკივილი, სუსტად გამოხატული კატარული მოვლენები. ტემპერატურა სუბფებრილურია ან მატულობს 38°C -მდე. გამონაყარი ჩნდება სახეზე და შემდეგ მთელ სხეულზე. იგი ლოკალიზდება კიდურების გამშლელ ზედაპირზე, სახსრების ირგვლივ, ზურგსა და დუნდულებზე. გამონაყარი ვარდისფერია და აქვს ლაქოვანი ხასიათი, უფრო მცირე ზომისაა, ვიდრე წითელას გამონაყარი. აქვს მრგვალი ან ოვალური ფორმა. 2-3 დღის შემდეგ გამონაყარი ქრება. ზოგიერთ ავადმყოფს რბილ სასაზე აღენიშნება ენათემა. წითურას ტიპურ სიმპტომს კისრისუკანა, კეფის, ყურისუკანა ლიმფური კვანძების შესიება წარმოადგენს, ლიმფური კვანძები მკვერივი და მტიკნეულია.

გართულება. იშვიათია, ზოგჯერ აღინიშნება ენცეფალიტი, ენცეფალომიელიტი, თრომბოციტოპენური პურპურა, ართრიტი.

მკურნალობა. რეკომენდებულია წოლითი რეჟიმი გამოყრის პერიოდში. მედიკამენტების გამოყენება არ არის ნაჩვენები.

პროფილაქტიკა. სპეციფიკური პროფილაქტიკისათვის გამოიყენება ცოცხალი შესუსტებული ვაქცინა. ორსულობის პერიოდში პირველი 11 თვის განმავლობაში თანდაყოლილი წითურას პროფილაქტიკისათვის მიზანშეწონილია ორსულობის შეწყვეტა. ავადმყოფთა ოზოლაცია საჭიროა გამონაყარის გაჩენის მომენტიდან 5 დღის განმავლობაში.

21.4 ჩუტყვავილა

ჩუტყვავილა მწვავე ინფექციური დაავადებაა. ხასიათდება კანსა და ლორწოვან გარსებზე ბაბულოვანიკულოზური გამონაყარითა და ზომიერი ინტოქსიკაციის მოვლენებით.

ეტიოლოგია. გამომწვევია დნმ-ის შემცველი ვირუსი — varicella-zoster.

ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი ინკუბაციური პერიოდის ბოლო ორი დღისა და გამონაყარის განვითარების პირველი 3-4 დღის განმავლობაში. დასნებოვნება ხდება აირ-წვეთოვანი გზით. ძირითადად ავადდებიან 10-12 წლამდე ასაკის ბავშვები. დაავადების გადატანის შემდეგ რჩება მყარი იმუნიტეტი.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება საშუალოდ 14 დღე. პროდრომული პერიოდი მოკლეა და ყურადღებას იპყრობს სუბფებრილური ტემპერატურა და საერთო მდგომარეობის გაუარესება.

ჩვეულებრივ, დაავადება იწყება მწვავედ მაღალი ტემპერატურითა და გამონაყარის გაჩენით კანსა და ლორწოვან გარსებზე. გამონაყარი ჩნდება შეტევებისმაგვარად (2-4 დღის განმავლობაში). პირველადი ელემენტია წვრილი ლაქები ან კანის ზედაპირს აკილებული ბაბულა, რომელიც რამდენიმე საათში გარდაიქმნება პიპერემიული არშიის მქონე ვეზიკულად. 1-2 დღის შემდეგ ბუშტუკები შრება, მათ ადგილზე ჩნდება ქერქი, რომლის მოცილების შემდეგ ნაწიბური არ ჩნდება. კანზე გაფანტულია სხვადასხვა სტადიაში მყოფი ბოლიმორფული გამონაყარი. ყოველი ახალი ელემენტის გაჩენას თან ახლავს ტემპერატურული რეაქცია. გამონაყარი შეიძლება განვითარდეს თავის თმთან ნაწილში, პირის, ცხვირხაზის, თვალის, იშვიათად სასქესო ორგანოების ლორწოვანზე. ავადმყოფები უჩივიან აღინამიას, უმადობას, აღენიშნებათ ემოციური ლაბილობა, ზოგჯერ ღებინება და ნაწილატოა გაზშირებული მოქმედება.

ჩუტყვავილა შეიძლება გართულდეს ბაქტერიული ინფექციით. ზოგიერთ შემთხვევაში ვითარდება ენცეფალიტი, მიოკარდიტი, პნევმონია, ცრუ კრუზი, პიოდერმია, წითელი ქარი.

მკურნალობა. სპეციფიკური და ეტიოტროპული მკურნალობა არ არსებობს. აუცილებელია სუფთა თეთრეულის გამოყენება, ხელების სისუფთავე, რათა თავიდან ავიცილოთ ჩირქოვანი გართულება. გამონაყარის ელემენტები უნდა დამუშავდეს 5 %-იანი კალიუმის პერმანგანატის ხსნარით და 1 %-იანი მეთილენის ლურჯით. დაზიანებული უბნების გასუფთავებას აადვილებს ბუროვის ხსნარში დასველებული საფენები. ჩირქოვანი გართულებების შემთხვევაში ინიშნება ანტიბიოტიკები, აციკლოვირი.

პროფილაქტიკა. ავადმყოფი იზოლირებულია ბინაზე დაავადების პირველი დღიდან ბოლო ელემენტის (ბაბულის) გაჩენიდან ხუთი დღის განმავლობაში. ავადმყოფთან კონტაქტში მყოფი ბავშვი საბავშვო დაწესებულებაში არ დაიშვება კონტაქტიდან 2-დან 21 დღემდე.

21.5 დიფტერია

დიფტერია მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია გამომწვევის შეჭრის უბანში ტიპური ფიბრინოზული ანთება და ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომების განვითარება, გულ-სისხლძარღვთა და ნერვული სისტემის ტოქსიკური დაზიანება.

ეტიოლოგია. დაავადების გამომწვევია დიფტერიის კორინებაქტერია. დაავადებას იწვევენ მხოლოდ ის ჩხირები, რომლებიც ეგზოტოქსინს გამოიმუშავენ.

ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი, გადაცემა აირ-წვეთოვანი გზით. პროფილაქტიკურმა გეგმიურმა ვაქცინაციამ მნიშვნელოვნად შეამცირა ბავშვთა დაავადება დიფტერიით, თუმცა მისი შემთხვევები პერიოდულად კვლავ მატულობს.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 2-10 დღე გრძელდება. კლინიკური სურათის ხასიათს განსაზღვრავს დაზიანების ლოკალიზაცია — პირხახა, ხორხი, ცხვირი, თვალები, კანი, სასქესო ორგანოები. 15-25 %-ში დაზიანებულია პირხახა. დაავადება იწყება მაღალი ტემპერატურით, ყელის ტკივილით, სუსტად გამოხატული ინტოქსიკაციით, ლიმფური ჯირკვლების ზომიერი გადიდებით. ნუშისებურ ჯირკვლებზე ჩნდება მორუხო-მოთეთრო ფერის ნაღები, კუნთულაკების ან მთლიანი მემბრანის სახით. ნაღები არ სცილდება, ძალდატანებითი მოცილების შემთხვევაში იგი სისხლმდენია. ცხელება და ყელის ტკივილი 2-3 დღე გრძელდება, ნაღები 7 დღის განმავლობაშია გამოხატული.

ხახის დიფტერია (ნაშვლიანი კრუპი) ხასიათდება სტრიდორით (ხმაურიანი სუნთქვა) ჩასუნთქვის მოშენებში, მყეფავი ხველით, ჩახლეჩილი ხმით. თანდათან ვლინდება ტუჩების, შემდეგ კიდურების, ხახის ციანოზი, პარადოქსული პულსი, ლოყები ჩაცვენილია, ვითარდება კრუნჩხვა, დროული სპეციფიკური მკურნალობის გარეშე ავადმყოფი უანგბადის უკმარისობის გამო იღუპება.

ტოქსიკური ფორმა ხასიათდება პარატონილარული და კისრის მიდამოების, პირხახის დიფუზური პიპერემიითა და უჯრუდისის შეშუპებით, ნაღების გაგრძელებით ნუშისებური ჯირკვლებიდან მთელ პირხახაზე ინტოქსიკაციის მკვეთრი გამოვლინებით. დაავადების მიმდინარეობის მე-2-4 კვირას შეიძლება განვითარდეს კიდურებისა და თავის ქალას ნერვების პარეზი და დამბლა, გულის კუნთის ცხიმოვანი გადაგვარება, ზიანდება თირკმელზედა ჯირკვლი, ღვიძლი და სხვა ორგანოები. პემოგრამაზე აღინიშნება — ზომიერი ნეიტროფილური ლეიკოციტოზი, ანეოზინოფილია, ედს-ი აჩქარებულია, გამოსატყლია პროტეინურია.

გართულებებიდან საყურადღებოა ინფექციურ-ტოქსიკური შოკი, მიოკარდიტი, პარეზი და დამბლები, ტოქსიკური თირკმელი, პნევმონია.

დიაგნოზი. ტიპურ შემთხვევებში ადვილია ლაბორატორიული მეთოდებიდან გამოიყენება დაზიანებული უბნიდან აღებული მასალის ბაქტერიოლოგიური კვლევა, სისხლში ანტიტოქსიკური ანტისხეულების განსაზღვრა.

მკურნალობა. ძირითადი მეთოდია ანტიტოქსიკური დიფტერიის საწინააღმდეგო შრატის დროული შეყვანა. შრატის დოზა დამოკიდებულია დაავადების ფორმასა და სიმძიმეზე. ანაფილაქსიური შოკის თავიდან აცილების მიზნით პირველად შეჰყავთ კანქვეშ შრატის 0,1 მლ, 30 წუთის შემდეგ 0,2 მლ და 1-1,5 საათის შემდეგ კუნთებში კეთდება მთელი სამკურნალო დოზა. ლოკალიზებული ფორმის დროს შრატი გამოიყენება ერთჯერადად (10 000-20 000 მე), ტოქსიკური ფორმისას — 3-ჯერ დღეში პირველი 3 დღის განმავლობაში (70 000-120 000 მე), ხორხის დიფტერიის დროს გამოიყენება 40 000-50 000 მე.

დიფტერიული კრუპის დროს შრატის დროული შეყვანის პარალელურად აუცილებელია გლუკოკორტიკოსტეროიდების გამოყენება. სითხური პროცედურები (ზოგადი აბაზანა, ორთქლით ინჰალაცია), ნაჩვენებია პენიცილინის ინტრამუსკულარული შეყვანა (7 დღე), სტენოზის პროგრესირების და ასფიქსიის გაძლიერების შემთხვევაში სასწრაფოდ ტარდება ნაზოტრაქეალური ინტუბაცია პლასტიკური მილით. ტრაქეოტომია ნაჩვენებია კრუპის დასწვრივი გაგრძელების შემთხვევაში.

ტოქსიკური დიფტერიის დროს ნაჩვენებია კორტიკოსტეროიდები, ვიტამინები (ასკორბინის მჟავა, თიამინი, რიბოფლავინი, ნიკოტინის მჟავა, ბიოფიტალი), კოკარბოქსილაზა, ინფუზური თერაპია და ოქსიგენოთერაპია.

პროფილაქტიკა. დიფტერიის პროფილაქტიკაში გადაწყვეტი მნიშვნელობა აქვთ იმუნიზაციას მიეკუთვნება. გამოიყენება კომბინირებული OPT ვაქცინა (ადსორბირებული ყვანახველა-დიფტერია-ტეტანუსის ვაქცინა). ვაქცინაცია ტარდება 2, 3, 4 და 18 თვის ასაკში OPV (პოლიომიელიტის) აცრასთან ერთად, შემდგომი რევაქცინაცია 5 და 14 წლის ასაკში ტარდება (ცხრილი 7).

21.6 ქენტრუშა

ქენტრუშა მწვავე ინფექციური დაავადებაა. ხასიათდება ზოგადი ინტოქსიკაციის სიმპტომებით, ანგინიითა და კანზე გამონაყარით.

ეტიოლოგია. ქენტრუშას იწვევს A ჯგუფის β ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი.

ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ან სტრეპტოკოკის მატარებელი ადამიანი. გადაცემა წვეთოვანი გზით ხდება. ძირითადად ავადდება 18 წლამდე ასაკის ბავშვები. 1 წლამდე —

იშვიათია. ქენტორუმის შემთხვევები ხშირია შემოდგომასა და ზამთრის თვეებში. დაავადების გადატანის შემდეგ მყარი ანტიტოქსინური იმუნიტეტი ყალიბდება. უკანასკნელ წლებში, ანტიბიოტიკების ფართოდ გამოყენებასთან დაკავშირებით, იმუნიტეტი არამყარია, რის გამოც გახშირდა განმეორებითი ქენტორუმის შემთხვევები.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 2-7 დღეა. დაავადება იწყება მაღალი ტემპერატურით, თავისა და ყელის ტკივილით, ღებინებით, რამდენიმე საათში ან დაავადების მეორე დღეს კანზე (უპირატესად სახის, იდაყვის, საზარდულის, კისრის, მუხლებზე და იდაყვის არეებში) ჰიპერემიულ ფონზე ჩნდება წერტილოვანი გამონაყარი. განსაკუთრებით უხვია გამონაყარი სახეზე, ლოყები კაშკაშა წითელია, ცხვირ-ტუჩის სამკუთხედი კი — ფერმკრთალია (ამ უბანში გამონაყარი არ ვითარდება). ქენტორუმის წამყვან ნიშანს თეთრი დემოგრაფიზმი წარმოადგენს. ზოგჯერ ქენტორუმა გამონაყარის გარეშე ვითარდება (ატოპური ფორმა). გამონაყარი 3-4 დღის შემდეგ თანდათან ქრება, ხელის და ფეხის გულებზე კანი იწყებს აქერცვლას.

ქენტორუმის მუდმივი სიმპტომა ანგინა. ნუშერების, ენისა და სახის რკალების ჰიპერემია არ ვრცელდება მაგარი სახის ლორწოვანზე. დაავადების მიმდინარეობის მე-2-3 დღიდან ენა თანდათან მუქი წითელი ფერის ხდება, ჰიპერპლაზირებული ენის დვრილები მკაფიოდ გლინდება („ჟოლოსებური ენა“). ეს სიმპტომი გრძელდება 1-2 კვირა.

ჰემორაგმაზე საყურადღებოა ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედს-ის აჩქარება. ტემპერატურის ნორმალიზების შემდეგ შეიძლება ეოზინოფილია და ლეიკოპენია განვითარდეს.

გართულება. ქენტორუმის ხშირი გართულებაა ლიმფადენიტი, ოტიტი, გლომერულონეფრიტი, რევმატიზმი, სინუსიტი და სხვ.

მკურნალობა. მკურნალობა ძირითადად ბინაზე ტარდება. ავადმყოფის ჰოსპიტალიზაცია ნაჩვენებია დაავადების მძიმე ფორმის ან გართულების შემთხვევაში. წოლითი რეჟიმის ხანგრძლივობა 5-6 დღეა. ძირითადად სამკურნალო საშუალებას, მიუხედავად დაავადების ფორმისა, ანტიბიოტიკოთერაპია წარმოადგენს. ანტიბიოტიკებიდან განსაკუთრებით ეფექტურია პენიცილინი (5-20 000 მკ, მძიმე შემთხვევებში — 50 000 მკ/კგ მასაზე დღე-ღამეში), რომელიც კეთდება 5-7 დღის მანძილზე. სასურველია პენიცილინის ნაცვლად ერთჯერადად კუნთებში გაკეთდეს ბიცილინი 20 000 სე/კგ მასაზე (არაუმეტეს 80 000 სე-სა). პენიცილინის მიმართ აუტანლობის შემთხვევაში გამოიყენება ერითრომიცინი.

პროფილაქტიკა. ქენტორუმის სპეკიფიკური პროფილაქტიკა არ არის შემუშავებული. პაციენტი იზოლირებული უნდა იყოს დაავადების გამოვლინებიდან 10 დღის განმავლობაში, საბავშვო დაწესებულებაში ბავშვი შეიძლება დაბრუნდეს დაავადების დაწყებიდან 22 დღის შემდეგ.

ინფექციის კერაში (სკოლამდელი და I და II კლასის მოსწავლეებისათვის) კარანტინი გრძელდება 7 დღე.

21.7 ყივანახველა

ყივანახველა მწვავე ინფექციური დაავადებაა, რომლის წამყვანი კლინიკური სიმპტომა სპაზმური ხველა.

ეტიოლოგია. გამომწვევია ბორდე-ჟანგუს ჩხირი, რომელიც მკაცრი აერობია, აწეული მგრძნობელობა აქვს გარემო ფაქტორების ზემოქმედებაზე.

ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული, გადაცემა აირ-წვეთოვანი გზით. დაავადება გადადებულია ბირველი კლინიკური ნიშნების გამოვლინებიდან 4-5 კვირის განმავლობაში. ავადდებიან ყველა ასაკის ბავშვები, განსაკუთრებით ხშირია სამ წლამდე.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 3-დან 5-20 დღემდე გრძელდება (საშუალოდ 5-6 დღე), დაავადების მიმდინარეობაში არჩევენ კატარული, სპაზმური და უკუგანვითარების პერიოდებს.

დაავადება იწყება მშრალი ხველით და მცირედი გამონადენით ცხვირიდან. ბავშვი საერთო მდგომარეობა არ არის დარღვეული. კატარული პერიოდი 2 კვირა გრძელდება. 1-2 კვირის შემდეგ ხველა თანდათან ძლიერდება და იღებს შეტევით ხასიათს. სპაზმური პერიოდში ვითარდება შეტევითი ხველა, რომელიც შედგება ერთმანეთს მიყოლებული ამოსუნთქვითი ბიძგებისაგან. სუნთქვის ბიძგებს მოჰყვება მსტვენავი ჩასუნთქვა (რეპრიზი) — ყივანახველა, რასაც კვლავ მოჰყვება ბიძგისმაგვარი ხველა. შეტევა მთავრდება 3-5-დან 5-20-ჯერ დღეში. შეტევის დროს ბავშვის სახე წითელია მოღურჯო ელფერით, კისრის გენები დაბერილია, თვალები ცრემლითაა სავსე. ენა ზიანდება ქვემო საჭრელი კბილებით და ხშირად ენის ლაგამზე ჩნდება წყლული. ხველის შეტევის ბოლოს გამოიყოფა მწვავე სისველე, ზოგჯერ ადგილი აქვს ღებინებას. სპაზმური პერიოდი 2-3 კვირა გრძელდება და თანდათან გაქადის ადგილით პერიოდში ხველის სიხშირე მცირდება, რეპრიზები ქრება, ნახველი ადვილად

გამოიყოფა. დაგადება 1-4 თვე გრძელდება. შეიძლება გართულებეს: ხშირია ცრუ კრუპი, ბრონქიტი, პნევმონია, ფილტვის ატელექტაზი.

ანტიბაქტერიული პრეპარატები, გამოყენებული მწვავე რესპირაციული ინფექციების დროს 2 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში

ანტიბაქტერიული პრეპარატები, დანიშნვის გზა	დოზა/სიხშირე	ფორმა	დოზის მოცულობა ტაბლეტის, კაფსულის სახით ან მლ-ში, ბავშვის სხეულის მასის გათვალისწინებით კგ-ში					
			3-5 კგ	6-9 კგ	10-14 კგ	15-19 კგ	20-29 კგ	
ამოქსიცილინი ორალურად ორალურად	15 მგ კგ მასაზე ყოველ 8 სთ-ში 15 მგ კგ მასაზე ყოველ 8 სთ-ში	250 მგ-იანი ტაბლეტი სიროფი, 5 მლ-ში 125 მგ	ტაბ. მლ	0.25 2.5	0.5 5	0.5 10	1 10	1 10
ამიკაცილინი ორალურად კუნთებში ან ინტრავენურად	25 მგ კგ მასაზე ყოველ 6 სთ-ში 50 მგ კგ მასაზე ყოველ 6 სთ-ში	250 მგ-იანი ტაბლეტი 500 მგ-იანი ამპულა 2,5 მლ გამსხნელში	ტაბ. მლ	0.5 1*	1 2	1 3	1 4-5	2 5-6
ქლორამფენიკოლი კუნთებში ან ინტრავენურად ორალურად	25 მგ კგ მასაზე ყოველ 6 სთ-ში 1 გ დოზაზე (მაქსიმუმია)	1 გ-იანი ამპულა 4 მლ სტერილურ წყალში 125 მგ/მლ სუსპენზია (ბალმიტატი) 250 მგ-იანი კაფსულა	მლ მლ კაფ.	0.5 6 -	1 8 -	1.5 12 1	2 15 1	2.5 - 2
კლოქსაცილინი, * ფლეუკლოქსაცილინი ან ოქსაცილინი კუნთებში ან ინტრავენურად ორალურად	25-50 მგ კგ მასაზე ყოველ 8 სთ-ში	250 მგ-იანი ამპულა 1 მლ სტერილურ წყალში 250 მგ-იანი კაფსულა	მლ კაფ.	0.5 -	0.5 -	1 1	1 1	1.5 1
კოტრიმოქსაზოლი * ორალურად ტრიმეტოპრიმი-სულა- ყამეტოქსაზოლი	4 მგ ტრიმეტოპრიმი ყოველ 12 სთ-ში	ტაბლეტი მოზრდილის ერთეულად 80 მგ ტრიმეტოპრიმი+400 მგ სულფამეტოქსაზოლი	ტაბ.	0.25	0.5	1	1	1
ორალურად	4 მგ ტრიმეტოპრიმი ყოველ 12 სთ-ში	ბავშვის ტაბლეტი 20 მგ ტრიმეტოპრიმი, 100 მგ სულფამეტოქსაზოლი საშრფო 40 მგ ტრიმეტოპრიმი +200 მგ სულფამეტოქსაზოლი 5 მლ-ზე	ბავშ. ტაბ. მლ	1* 2.5	2 5	3 7.5	3 7.5	4 -
ორალურად	4 მგ ტრიმეტოპრიმი ყოველ 12 სთ-ში							

* კლოქსაცილინი, ფლეუკლოქსაცილინი, ოქსაცილინი, ნაფცილინი, მეტიცილინი და პარენტერალური ამპიცილინი სიცოცხლის პირველ კვირას მოცემული დოზა ყოველ 12 სთ-ში ეძლევა, 2-დან 4 კვირის ასაკამდე — ყოველ 8 სთ-ში

* ქლორამფენიკოლი არ იხმარება დღენაკლულებში. 1 კვირის ასაკის შემთხვევაში გამოიყენება 25 მგ/კგ მასაზე ყოველ 12 სთ-ში

* თუ ბავშვი 1 თვეზე ნაკლები ასაკისაა, მიეცით 1/2 ტაბლეტი ან 125 მლ კოტრიმოქსაზოლის სიროფი 2-ჯერ დღეში. კრიდეთ პრეპარატის გამოყენებას დღენაკლულებსა და ახალშობილებში პიბერბილირუბინუმის დროს

მკურნალობა. გრილი, სუფთა ჰაერით ხანგრძლივი სარგებლობა ამცირებს ხველით შეტევებს, დადებითად მოქმედებს ბავშვის გართობა ყურადღების გადატანის მიზნით (თამაში, დიაფილმების ჩვენება

და სხვ.). ანტიბიოტიკებიდან გამოიყენება ერთთრომიცინი (თერაპიული დოზით 7-10 დღის განმავლობაში კოტრიმექსასოლი ნაკლებეფექტურია. პნევმონიის განვითარების შემთხვევაში ინიშნება ქლორამფენიკოლ მძიმე შემთხვევებში ნაჩვენებია გენტამიცინი.

სპაზმური ხველის დროს შეტევათა რიცხვის შემცირების მიზნით გამოიყენება ნეიროლეპტიკური საშუალებები (ამინაზინი, პროპაზინი). იხმარება ასევე ანტიჰისტამინური (დიმედროლი, ტაგეგლი, სუპრასტინი), მუკოლიზური (ტროპისინი, ქიმოტრიფსინი) და სპაზმოლიზური (ეუფილინი, ეფედრინი) საშუალებები, ოქსიგენოთერაპია, გიტამინები.

პროფილაქტიკა. აქტიური იმუნიზაციის მიზნით გამოიყენება ადსორბირებული ვაქცინა (OPT) დიფტერიის, ყივანაწველასა და ტეტანუსის ანატოქსინით. პირველადი ვაქცინაცია 2 თვის ასაკში ტარდება 0,5 მლ სამჯერადად 30-40 დღიანი ინტერვალით. რევაქცინაცია — 1,5 წლის ასაკში.

დაავადების გამოვლინების მომენტიდან ბავშვი იზოლირებული უნდა იყოს 30 დღე კონტაქტში მყოფი ბავშვი უნდა გამოცალკევდეს 14 დღე ინფექციის კერაში ტარდება ზოგადი პროფილაქტიკური ღონისძიებები.

21.8 პაროტიტული ინფექცია

ეპიდემიური პაროტიტი (ყბაყურა) მწვავე დაავადებაა, რომელიც ხასიათდება სანერწყვე ჯირკვლების, ენდოკრინული და ნერვული სისტემის დაზიანებით.

ეტიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი, რომელიც ირგვლივ მყოფთათვის საშიშაა კლინიკური სიმპტომების გამოვლინებამდე 1-2 დღით ადრე და დაავადების მიმდინარეობის პირველი 3-5 დღე. დაავადება გადაეცემა წვეთოვანი გზით, ძირითადად ავადდებიან 3-დან 15 წლის ასაკის ბავშვები. დაავადებას ეპიდემიური ხასიათი აქვს (ზამთრისა და გაზაფხულის თვეებში). ინფექციის გადატანის შემდეგ ვითარდება მყარი იმუნიტეტი, თუმცა განმეორებითი შემთხვევებიც აღინიშნება.

კლინიკა. ინკუბაციური პერიოდი 3-დან 35, საშუალოდ 16 დღეა. პროდრომულ პერიოდში გამოხატულია მოდუნება, უხალისობა, თავის ტკივილი. დაავადება იწყება მწვავედ, ტემპერატურის მომატებით (38-39°C), ყურის ნიჟარის წინ ვითარდება შეშინება, რომელიც სწრაფად ვრცელდება და იკავებს რეტროზანდობულარულ სივრცეს, ყურის ბიბილო მაღლა და წინ იწევს და შეშინების ცენტრში ლოკალიზდება. კანი ამ უბანში გადაჭიმულია, პრიალებს, პალპაციით დრეკადია და უმტკივნეულო. ბავშვი პირს ძნელად აღებს, აქვს დაზოვილი ცხვირისშიერი მუტყველება. 2-5 დღის შემდეგ აღვილი აქვს მეორე ყბაყურა ჯირკვლის შესიებას, რასაც თან ახლავს ტემპერატურული რეაქციის ახალი ტალღა, საერთო მდგომარეობის დამძიმება, ტკივილი ღეჭვის დროს, ნერწყვის გამოყოფის შემცირება. ზოგჯერ ზიანდება ყბისქვეშა და ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლებიც. მოზრდილ ბავშვებში შეიძლება განვითარდეს ორქიტი — ერთი, იშვიათად ორივე სათესლე ჯირკვლის დაზიანებით. ამ დროს სათესლე ჯირკვლი 2-3-ჯერ დიდდება მოცულობაში, სათესლე პარკი გადაჭიმული, შეშუპებული და პიპერემიულია.

პაროტიტული ინფექციის დროს შეიძლება განვითარდეს მენინგიტი, მენინგოენცეფალიტი, მწვავე პანკრეატიტი, მასტიტი, პროსტატიტი, თირეოიდიტი.

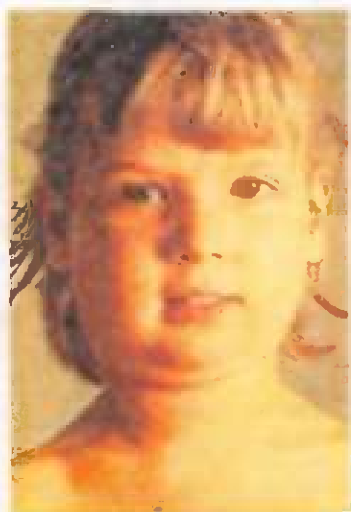
მკურნალობა. აუცილებელია წოლით რეჟიმის დაცვა 10 დღის განმავლობაში. იგი ხელს უშლის ორქიტის განვითარებას. პანკრეატიტის პროფილაქტიკის მიზნით სასურველია ბრინჯის, შავი პურის, კარტოფილის, რძის პროდუქტებისა და ბოსტნეულის გამოყენება. ორქიტის შემთხვევაში ინიშნება პრედნიზოლინი. მენინგიტის დროს ნაჩვენებია ზურგის ტვინის პუნქცია, დეჰიდრაციული თერაპია.

პროფილაქტიკა. ავადმყოფები მკურნალობენ ბინაზე. მათი პოსპიტალიზაცია საჭიროა მძიმე და გართულებული ფორმების დროს. იზოლირება ბინაზე 9 დღის განმავლობაში ხდება. საბავშვო დაწესებულებებში კარანტინი 21 დღე ცხადდება. დაავადებულებთან კონტაქტში მყოფნი არ დაიშვებიან ინკუბაციური პერიოდის დაწყებიდან 11-21 დღის განმავლობაში.

ეპიდემიური პაროტიტის დროს სპეციფიკური პროფილაქტიკის მიზნით მიღებულია ცოცხალი შესუსტებული ვაქცინა. იმუნიზაცია ტარდება წითელას აცრასთან ერთად 12 თვის ასაკში (ცხრილი 7). ვაქცინა შეჰყავთ ერთჯერადად კანში 0,1 მლ-ის ან კანქვეშ 0,5 მლ-ის რაოდენობით. იგი არ იძლევა გართულებას და აქვს მაღალი იმუნიზაციის თვისება.



ქუნთოშუბა: პერიორბიტალური სიფერმკრთალე; უოლოსებრი ენა; კანის დესქვამაცია



ყბაყურა: მარჯვენა ყბაყურა ჯირკვალის გადიდებულია.



წითურა: კეფის ლიმფური გვანძები გადიდებულია.



წითელა: კონიუქტივითი, სინათლის შიში, ენათემა - მარცხნივ; კოპლიკის ლაქები - მარჯვნივ.

**21.9 ნორმალური კლინიკურ-ლაბორატორიული მაჩვენებლები
ბავშვთა ასაკში**

ცხრილი 8

პერიფერიული სისხლის ნორმალური მაჩვენებლები

ასაკი	ერითოციტები მლნ/მკლ	რეტუკულოციტები %	უჯრედის საშუალო მოცულობა მკმ ³	Hb (პემოგლობინი) გ/ლ	ჰემატოკრიტი %
1 დღის	5,5 (4,5 - 6,5)	42 (5 - 65)	106 ± 7	18 (14 - 24)	
5 დღის	5,3 (4,4 - 6,1)	30 (10 - 50)		16 (13 - 23)	60 (56 - 62)
4 თვის	4,7 (3,9 - 5,3)	8 (3 - 13)	100 ± 6	14 (11 - 17)	44 (41 - 48)
3 თვის	3,8 (3,2 - 4,3)	19 (10 - 35)	88 ± 6	11 (10 - 13)	34 (30 - 37)
6 თვის	4,2 (3,8 - 5,0)	8 (3 - 13)	77 ± 7	11,5 (10,5 - 14,5)	37 (34 - 39)
1 წლის	4,9 (4,2 - 5,5)	8 (3 - 13)	73 ± 8	12 (11 - 15)	37 (33 - 40)
2-6 წლის	5,0 (4,3 - 5,5)	5 (1 - 13)	76 ± 8	13 (12 - 15)	38 (34 - 41)
7-12 წლის	5,1 (4,5 - 5,5)	5 (1 - 13)	78 ± 8	14 (13 - 15,5)	41 (37 - 43)
13-17 წლის გაულები	5,4 (4,8 - 5,7)	5 (1 - 13)	78 ± 8	16 (13 - 18)	44 (39 - 47)
13-17 წლის გოგონები	5,0 (4,3 - 5,5)	5 (1 - 5)	79 ± 8	14 (11 - 16)	41 (36 - 44)

ლექოციტები	მოზრდილი		ბავშვი		ჩვილი	
	4000-9000 /მკლ 4-9 x 10 ⁹ /ლ		8000-12000 /მკლ 8-12 x 10 ⁹ /ლ		9000-15000/მკლ 9-15 x 10 ⁹ /ლ	
	%	აბსოლუტური	%	აბსოლუტური	%	აბსოლუტური
გ რ ა ნ უ ლ ო ც ი ტ ე ბ ი						
ნეიტროფილები	55 - 70	2200-6300/მკლ 2,2-6,3 x 10 ⁹ /ლ	35 - 70	2800-8000/მკლ 2,8-8,4 x 10 ⁹ /ლ	25 - 65	2250-9750/მკლ 2,25-9,75 x 10 ⁹ /ლ
ეოზინოფილები	3 - 5	20-450/მკლ 0,02-0,45 x 10 ⁹ /ლ	0 - 10	200 მკლ-მდე 0,2 x 10 ⁹ /ლ	0 - 10	500 მკლ-მდე 0,5 x 10 ⁹ /ლ
სეგმენტირთვიანი	50 - 70	2000-6300/მკლ 2-6,3 x 10 ⁹ /ლ	25 - 65	2000-7800 /მკლ 2-7,8 x 10 ⁹ /ლ	22 - 65	2250-9750/მკლ 2,25-9,75 x 10 ⁹ /ლ
უბინოფილები	2 - 4	80-360/მკლ 0,08-0,6 x 10 ⁹ /ლ	1 - 5	80-600/მკლ 0,08-0,6 x 10 ⁹ /ლ	1 - 7	90-1050/მკლ 0,09-0,11 x 10 ⁹ /ლ
ბაზოფილები	0 - 1	90/მკლ-მდე 0,09 x 10 ⁹ /ლ-მდე	0 - 1	20/მკლ-მდე 0,2 x 10 ⁹ /ლ	0 - 2	300/მკლ-მდე 0,3 x 10 ⁹ /ლ
მ თ ნ ო ნ უ ლ ო ც იტ ე ბ ი						
მონოციტები	2 - 6	80-540/მკლ 0,08-0,54 x 10 ⁹ /ლ	1 - 6	80-720/მკლ 0,08-0,72 x 10 ⁹ /ლ	7 - 20	630-3000/მკლ 0,63-3,0 x 10 ⁹ /ლ
ლიმფოციტები	25 - 40	1000-3600/მკლ 1-3,6 x 10 ⁹ /ლ	25 - 50	2000-6000/მკლ 2-6 x 10 ⁹ /ლ	20 - 70	1500- 18-10,5 x 10 ⁹ /ლ

სისხლის ნორმალური ბიოქიმიური მაჩვენებლები

მაჩვენებლები	ერთეულები
1	2
სისხლის შეკავა-ტუტოვანი ბალანსი:	
pH	7,35 - 7,45
PCO ₂ არტერიული სისხლის	4,7 - 5,9 კპა
HCO ₃ არტერიული სისხლის	21 - 28 მმოლ/ლ
PO ₂ არტერიული სისხლის	11 - 13 კპა
სისხლის ქიმიური შედგენილობა:	
ნ ა რ ჩ ე ნ ი ა ზ ო ტ ი	
0 - 1 თვემდე	35,7 - 99,3 მმოლ/ლ
1 წლიდან 14 წლამდე	14,3 - 28,6 მმოლ/ლ
ალანინამინოტრანსფერაზა	0,1 - 0,68 მმოლ/ლ
ასპარტატამინოტრანსფერაზა	0,1 - 0,45 მმოლ/ლ
ამიაკი	47 - 65 მკმოლ/ლ
ბ ი ლ ი რ უ ბ ი ნ ი	
საერთო (1 თვიდან 14 წლამდე)	3,4 - 17,104 მკმოლ/ლ
შეკავშირებული	0,85 - 3,4 მკმოლ/ლ
თავისუფალი	2,56 - 10,3 მკმოლ/ლ
ბილირუბინის საათობრივი ნაშატი = შრატში ბილირუბინის შემცველობას - ქიბლარის სისხლში ბილირუბინის დონე : ასაკზე	
გ ლ უ კ ო ზ ა (შრატის):	
ახალშობილი	17 - 42 მმოლ/ლ
1 თვის შემდეგ (უზმოზე)	3,33 - 5,55 მმოლ/ლ
ქაშიდან 2 სთ-ის შემდეგ	< 7,8 მმოლ/ლ
კ ა ლ ი უ მ ი (შრატის):	
0 - 1 თვე	3,8 - 7,8 მმოლ/ლ
2 თვიდან 6 წლამდე	4,1 - 5,5 მმოლ/ლ
7 - 14 წელი	3,6 - 5,4 მმოლ/ლ
კ ა ლ ც ი უ მ ი:	
საერთო	2,2 - 2,6 მმოლ/ლ
იონიზებული	1,1 - 1,4 მმოლ/ლ
კეტონური სხეულები (შრატის)	0,01 - 0,025 მმოლ/ლ; 172 - 430 მკმოლ/ლ
კრეატინინი (შრატის)	0,035 - 0,106 მმოლ/ლ; < 133 მმოლ/ლ
მაგნიუმი	4,5 - 8,5 გ/ლ
ნატრიუმი	126 - 148 მმოლ/ლ
რკინა (შრატის)	9 - 27 მმოლ/ლ
ტუტე ფოსფატაზა	0,5 - 1,3 მმოლ/ (სთ-ლ)
ფოსფორი არაორგანული	1,29 - 1,62 მმოლ/ლ
ფიბრინოგენი	2 - 4 გ/ლ; 5,9 - 11,7 მკმოლ/ლ
ს ა ე რ თ ო ქ ო ლ ე ს ტ ე რ ი ნ ი:	
ახალშობილები	1,3 - 2,6 მმოლ/ლ
1 - 3 თვე	1,8 - 3,3 მმოლ/ლ
4 - 12 თვე	3,3 - 4,9 მმოლ/ლ
1 - 6 წელი	3,7 - 5,2 მმოლ/ლ
7 - 12 წელი	3,9 - 6,5 მმოლ/ლ
ქლორიდები	98 - 106 მმოლ/ლ

შ ა რ დ მ ჟ ა გ ა :	
ახალშობილი	0,14 - 0,29 მმოლ/ლ
2 - 12 თვე	0,15 - 0,21 მმოლ/ლ
1 წლის შემოთ	0,17 - 0,41 მმოლ/ლ
შარდოვანა	2,1 - 7 მმოლ/ლ
საერთო ცილა	65 - 85 გ/ლ
ალბუმინი	35 - 55 გ/ლ
გლობულინები:	20 - 35 გ/ლ
α_1	2 - 4 გ/ლ
α_2	5 - 9 გ/ლ
β	6 - 11 გ/ლ
γ	7 - 17 გ/ლ
ი მ უ ნ თ ლ ო გ ი უ რ ი მ ა ჩ გ ე ნ ე ბ ლ ე ბ ა :	
იმუნოგლობულინები:	
A	0,9 - 3,2 გ/ლ
D	0 - 0,08 გ/ლ
E	< 0,00025 გ/ლ
G	8,0 - 15,0 გ/ლ
M	0,45 - 1,5 გ/ლ
კომპლემენტი:	
C_3	0,55 - 1,20 გ/ლ
C_4	0,20 - 0,50 გ/ლ

ცხრილი 10

შარდის ნორმალური მაჩვენებლები

მაჩვენებლები	ერთეულები
1	2
საერთო აზოტი	0,13 - 0,45 გ/კგ/დღეში
ამილაზა	28 - 160 გ/(სთ-ლ)
გლუკოზა	0,016 - 0,132 გ/დღეში
ე რ ი თ რ ო ც ი ტ ე ბ ი	
ამბურეკის მეთოდით	$1 \cdot 10^3$ წთ-ში
ნეიზერენკოს მეთოდით	$1 \cdot 10^3$ მლ-ში
ადისის მეთოდით	$1 \cdot 10^6$ /დღეში
ეპითელიური უჯრედები (პრეტყელი)	ერთეული
კალციუმი	< 3,8 მმოლ/დღეში; 7,5 მგ/დღეში
კ რ ე ა ტ ი ნ ი ნ ა :	
0 - 12 თვე	8,9 მგ/კგ/დღეში
1 - 6 წელი	4,5 - 7
7 - 14 წელი	2,5 - 2,7 მგ/კგ /დღეში
ლ ე ი კ ო ც ი ტ ე ბ ა :	
ამბურეკის მეთოდით:	
ვაფებში	$1,5 \cdot 10^3$ წთ-ში
გოგონებში	$2 \cdot 10^3$ წთ-ში
ნეიზერენკოს მეთოდით	$2 \cdot 10^3$ 1 მლ-ში
ადისის მეთოდით	$2 \cdot 10^6$ /დღე-ღამეში

შ ა რ დ მ ფ ა გ ა :	
0-დან 6 წლამდე	40 - 340 მგ/დღე-ღამეში
6 წლის შემდეგ	400 - 1010 მგ/დღე-ღამეში
შ ა რ დ ო გ ა ნ ა :	
0 - 12 თვე	0,15 - 4 გ/დღე-ღამეში
1 - 14 წელი	4 - 16 გ/დღე-ღამეში
შ ა რ დ ი ს შ ე ფ ა რ დ ე ბ ი თ ი ს ი მ კ რ ი გ ე :	
ახალშობილებში	1002 - 1015
1 თვიდან 7 წლამდე	1002 - 1025
სკოლის ასაკში	
მოზრდილებში	1002 - 1028
შარდის შეფარდებითი სიმკვრივე სითხის 12 სთ-იანი შეზღუდვის შემდეგ	> 1025
ცილის ექსკრეცია	< 0,15 გ/დღეში; < 150 მგ/დღეში
შ ა რ დ ი ს რ ა ო დ ე ნ ო ბ ა კ მ ა ს ა ზ ე :	
24 საათში:	
1 - 3 თვე	90 - 125 მგ/კგ
4 - 9 თვე	70 - 110 მგ/კგ
10 - 12 თვე	30 - 80 მგ/კგ
4 - 7 წელი	50 - 70 მგ/კგ
9 - 14 წელი	25 - 35 მგ/კგ
მოზრდილები	0,5 - 0,9 მგ/წუთში
ც ი ლ ი ნ დ რ ე ბ ი :	
საერთო ანალიზი	არ ვლინდება
ადისის მეთოდით	$2 \cdot 10^3$ /დღეში

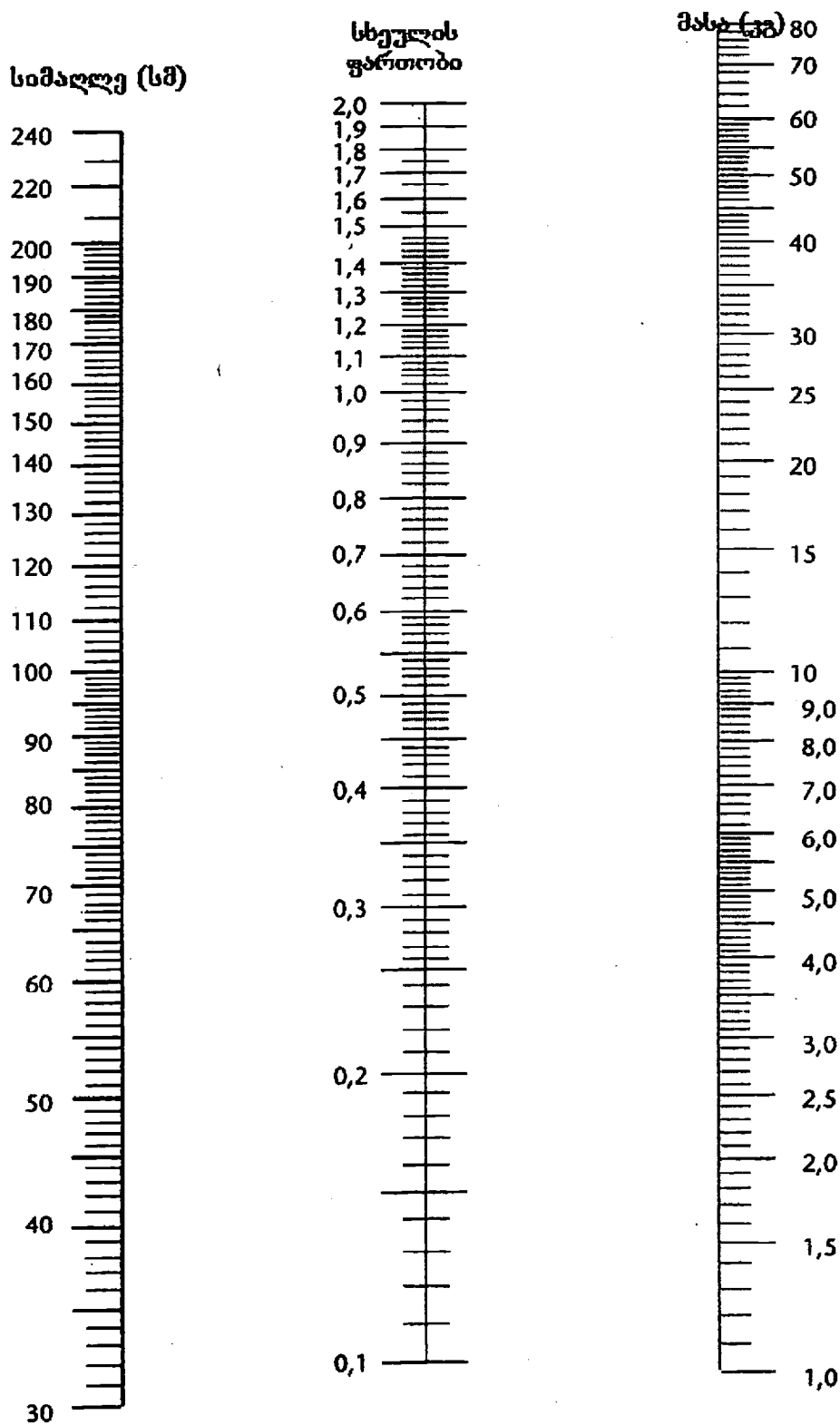
21.10 სამკურნალო საშუალებები გადაუდებელი მდგომარეობების დროს

დასახელება	დოზა
ადრენალინი (ეპინეფრინი, სუპრარენინი) 1 ამპულა = 1 მლ = 1 მგ	სასტარტო დოზაა 0,01 მგ/კგ მასაზე ინტრავენურად. რამდენიმე წუთის შემდეგ იგივე დოზა განმეორებით შეჰყავთ. ამპულის შიგთავსს შპრიცში ანზაგებენ ნატრიუმის ქლორიდის 0,9%-იანი ხსნარის 9 მლ-ში და შეჰყავთ 0,1-0,2 მლ/კგ მასაზე (= 0,01-0,02 მგ/კგ); 0,3-0,5 მლ/კგ მასაზე (= 0,03-0,05 მგ/კგ) შეჰყავთ ინტრატრაქეალურად.
ატროპინი 1 ამპულა = 1 მლ = 0,5 მგ	ბავშვებს სხეულის მასით: 3 - 5 კგ = 0,5 მლ 6 - 10 კგ = 0,25 მლ 11 - 15 კგ = 0,35 მლ 16 კგ და მეტი = 0,50 მლ
ნატრიუმის ბიკარბონატი 8,4%-იანი (1 მოლ)	თანაბარი შეფარდებით (1 : 1) იხსნება გლუკოზის 5%-იან ხსნარში და ინტრავენურად შეჰყავთ 3 მლ/კგ მასაზე წვეთოვნად (3 მლ/კგ/წთ-ში)
ადამიანის ალბუმინი 20%-იანი ხსნარი	3 მლ/კგ მასაზე
ლიდოკაინი 2%-იანი ხსნარი 1 ამპულა = 5 მლ = 100 მგ	1-2 (3-მდე) მგ/კგ მასაზე ინტრავენურად (ნელა), მანიპულაციის დამთავრებისას ინფუზიის სისწრაფეა 1-2 (3-მდე) მგ/კგ/სთ-ში

21.11 კრუნჩხვის საწინააღმდეგო საშუალებები

დასახელება	დოზა
გლუკოზა (20%-იანი)	2 მლ/კგ მასაზე ინტრავენურად
კალციუმის გლუკონატი (10%-იანი)	ახალშობილებს 2 მლ/კგ, ჩვეულებრივ 1 მლ/კგ ინტრავენურად (ნელა)
რექტალური დიაზეპამი	ბავშვებს სხეულის მასით 15 კგ-მდე – 5 მგ 16 კგ და მეტი – 10 მგ
დიაზეპამი (ვენაში)	0,5 - 0,7 მგ/კგ მასაზე ინტრავენურად (ნელა)
კლონაზეპამი	0,05 - 0,1 მგ/კგ მასაზე ვენაში
ფენობარბიტალი	5 - 10 მგ/კგ მასაზე ვენაში (ნელა) ან 10 მგ/კგ მასაზე კუნთებში
დიოგენილიპიდანტონი	10 მგ/კგ მასაზე ინტრავენურად (ნელა)

21.12 სხეულის ფართობის (m^2) გამოსათვლელი ნომოგრამა*

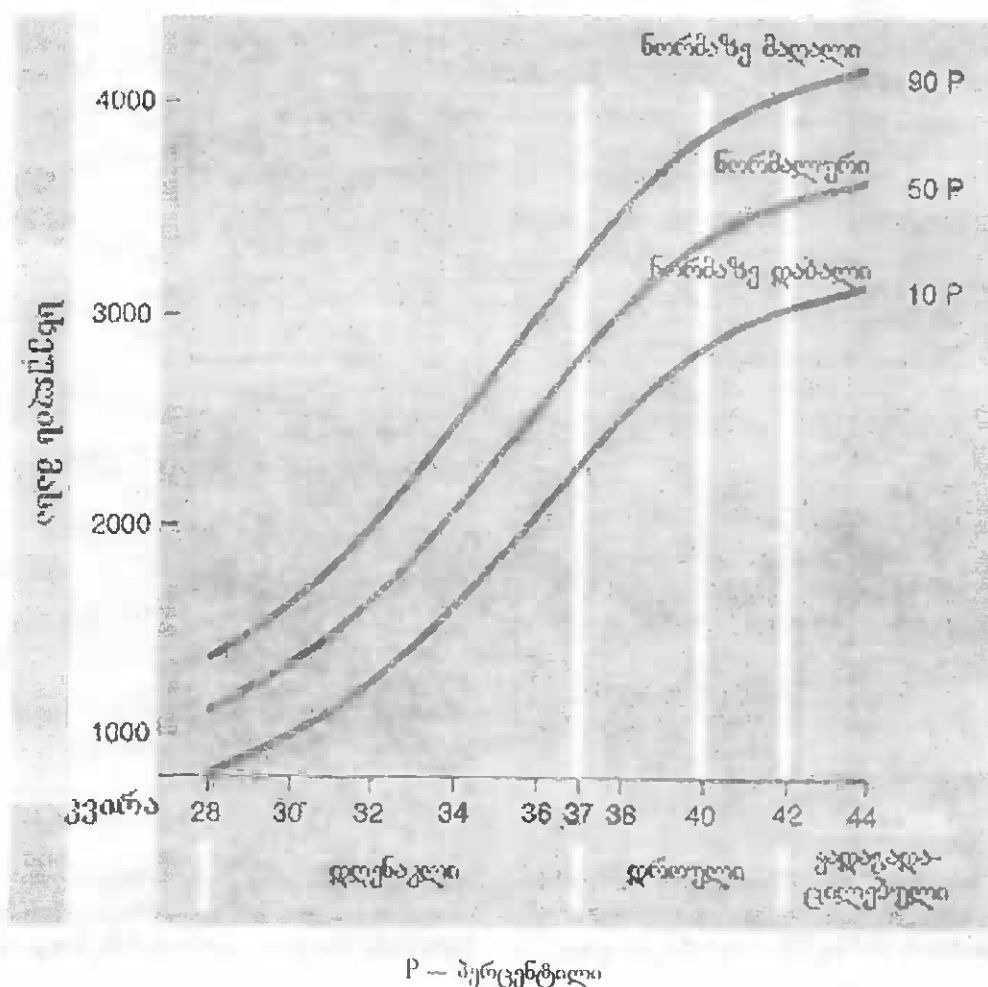


* ზოგიერთი სამკურნალო საშუალების (პრედნიზოლონი, ენდოქსანი, აზატიოპრინი და სხვ.) დოზირება სხეულის ფართობის გათვალისწინებით უნდა მოხდეს. მოცემულ ნომოგრამაზე ბავშვის სხეულის სიგრძის და მასის მონაცემების სახაზავით გადაკვეთის წერტილი სხეულის ფართობს მჩვენებელია (m^2).

21.13 გესტაციური ასაკის სწრაფი შეფასება სამშობიარო ბლოკში

ასაკი	36 კვირაზე ნაკლები	37 - 38 კვირა	39 კვირაზე მეტი
ტერმის ზედაბირი	ერთი ან ორი განივი ხაზი, ტერმის უკანა საბი მუთონხედი გლუვია	პრავლობითი ხაზები, ქუსლის წინა ორი მესამედი გლუვია, დახაზულობის გარეშე	მოთლი ტერფი და ქუსლი დაფარულია ხაზებით
სარძევე ჯირკვლის არეოლა	2 მმ	4 მმ	7 მმ
თავზე თმისა და ყურის ნიჟარა	თხელი, ფაფუკი ხრტილის გარეშე	თხელი, ფაფუკი ხრტილი საშუალოდ და განვითარებული	კარგად გამოხატული მკვრივი, ხრტილოვანი
სათესლე ჯირკვლები და სათესლე პარკი	სათესლე ჯირკვლები ნაწილობრივ ჩამოსულია, სათესლე პარკი მცირე ზომისაა, ნაოჭიანობა სუსტია		სათესლე ჯირკვლები ჩამოსულია, სათესლე პარკი ნორმალური ზომისაა, ნაოჭიანობა კარგადაა გამოხატული

21.14 ახალშობილებში გესტაციური ასაკის შეფასების მრუდი



პასუხები ტესტურ და სიტუაციურ ამოცანებზე

თაზი I

პედიატრიის ეთიკური და ისტორიული ასპექტები

1 - გ; 2 - გ; 3 - ბ, გ, ე; 4 - ა; 5 - ბ; 6 - ბ; 7 - ა.

თაზი II

ჯანმრთელი და ავადმყოფი ბავშვის მოვლა

1 - ა; 2 - ბ; 3 - ბ; 4 - დ; 5 - გ; 6 - ა, დ, ე; 7 - გ; 8 - გ;
9 - ბ, გ; 10 - გ.

თაზი III

სამედიცინო მანიპულაციები

1 - ა, ბ; 2 - ა, ბ, გ; 3 - ა, ბ, გ; 4 - ა, ბ, გ; 5 - ა, ბ; 6 - ა, ბ, გ.

თაზი IV

სამკურნალო საშუალებების გამოყენების ტექნიკა

- 1 - გ. ფუფხის მოცილება კომპრესირებული ნახვევის საშუალებით უნდა მოხდეს შემდეგნაირად: მარლის ორმაგ ფენაზე წააცხებენ ანტიბიოტიკის შემცველ მაღამოს, შემოდან ადებენ კომპრესის ნახვევს და გადაახვევენ. ფუფხის მოცილების შემდეგ კანის მოვლა ღია წესით უნდა გაგრძელდეს.
- 2 - ბ. ცხვართან ასლი თვალის ნაპრალი განიერია და ჩაწვეთებული სითხის შეკავება და გადანაწილება (თვალის კაკლის სწრაფი მოძრაობით) გაადვილებულია.
- 3 - ა. ცხვირით სუნთქვის გაუმჯობესებისათვის აწვეთებენ ეფედრინის 2%-იან ხსნარს, შემდეგ ბამბის გრესილით ან ცხვირსასოცით ათავისუფლებენ ცხვირის გასაღებს შიგთავსისაგან 10-წ წთ-ის შემდეგ წააცხებენ გიოქსიზონის მაღამოს.
- 4 - ა. სამი წლის ბავშვს აწვენენ ზურგზე. თავს მოუბრუნებენ და აწვეთებენ მედიკამენტს ჯერ ერთ, შემდეგ - მეორე ყურში. თავდებირველად, დაავადებული ყურის ნიჟარის ზედა ნაწილს ოდნავ ზემოთ და უკან ისე გადასწევნ, რომ გარეთა სასმენი მილი გასწორდეს და პიპეტიით, რომელიც მარჯვენა ხელით ვერტიკალურად უჭირავთ, აწვეთებენ 5-მ წვეთს 5 წუთის შემდეგ სამკურნალოწამლო საშუალება მეორე ყურშიც შეჰყავთ (ინფექცია რომ არ გავრცელდეს).
- 5 - ბ. ზეთოვანი ინჰალაცია ორთქლისა და თბილტენიანი ინჰალაციის ჩატარებიდან 1 სთ-ის შემდეგ უნდა ჩატარდეს (ორთქლის ინჰალაცია პაერის გამტარუნარიანობას აუმჯობესებს). ზეთოვანი ინჰალაციისას სასუნთქი გზების ლორწოვანი ზეთის ნაზი ფენით იფარება.
- 6 - ბ. სურნელოვანი ფხვნილი იხსნება გადაღუღებულ წყალში, მიიღება სასიამოვნო სუნისა და გემოს სამკურნალო ხსნარი. იგი ბავშვს მიეწოდება დოზირებული კოვზით (ასაკის გათვალისწინებით).
- 7 - ბ; 8 - ბ; 9 - ბ;
10. ინექციისათვის არ შეიძლება იმ ნემსის გამოყენება, რომლითაც მედიკამენტი ამოიღეს. იგი უნდა შეიცვალოს.
11. ინტრავენური ინფუზია დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს, რომ არ განვითარდეს ალერგიული რეაქცია (ანაფილაქსია).

თაზი V

ბავშვის განვითარების პერიოდები

1. ძუძუმწოვრობის პერიოდში ნივთიერებათა ცვლა ინტენსიურია, ხშირია D ვიტამინის ნაკლებობა, მაღალია რაქიტის განვითარების რისკი. რაქიტის თავიდან აცილებას სპეციფიკური პროფილაქტიკური ღონისძიებები უზრუნველყოფს.
2. „პირველადი სიჯიუტის პერიოდი“ წინასკოლამდელ ასაკის ბავშვებში აღინიშნება, „მეორადი სიჯიუტის პერიოდი“ კი თავს იჩენს სქესობრივი მომწიფების პერიოდში.

თაზი VI

ბავშვის ფიზიკური განვითარება

- 1 - ბ. ნაყოფის სიგრძე 6 თვემდე თვეების რიცხვია აყვანილი კვადრატში, 5 თვის ნაყოფის სიგრძე 25 სმ-ის ტოლია.
- 2 - გ. 28 კვირის ნაყოფის მასაა 1 100 გ.
3. 30 კვირის ნაყოფის მასაა 1 300 გ, ნაყოფის ასაკი რამდენი კვირითაც შეტია 30 კვირაზე 1 300 გ-ს იმდენი 100 გ ემატება, ე. ი. 36 კვირის ნაყოფის სხეულის მასაა 1 900 გ. სიგრძე ტოლია 40 სმ-ის (8 X 5).
4. 3 თვის ბავშვის სხეულის მასაა: $3\ 400 + (800 \cdot 3) = 5\ 800$ გ
- 3 თვის ბავშვის სიგრძეა 59 სმ (ასალშობილის სხეულის საშუალო სიგრძეა 50 სმ, სიცოცხლის I წლის I კვარტალში იმატებს 9 სმ-ს).
5. 5 წლის ბავშვის სხეულის მასაა: $10 + 2 \cdot 5 = 20$ კგ

5 წლის ბავშვის სიმაღლეა: $100 + 5(5 - 4) = 105$ სმ

6. ახალშობილის თავის გარშემოწერილობა საშუალოდ 35 სმ-ია და ყოველთვიურად (1 წმ-დე) 1 სმ-ით მატულობს. ე. ი. 6 თვის ბავშვის თავის გარშემოწერილობაა 41 სმ; 5 წლის ბავშვისა — 50-51 სმ.

7. 5 თვის ბავშვის სსეულის მასა ტოლია: $3\ 400 + (800 \cdot 5) = 7\ 400$ გ

5 თვის ბავშვის სიმაღლეა $(50 + 9 + 5)$ 64 სმ

ჰაინესის ინდექსი ტოლია 0,6-ის, სახეზეა II ხარისხის ჰიპოტროფია.

8 — ბ. მასაჟი უნდა ჩატარდეს ოთახში, სადაც პაერის ტემპერატურა $+20^{\circ}\text{C}$ -ზე მეტია.

9. დღე-ღამეში ძილის ხანგრძლივობა 1 წლამდე ასაკის ბავშვებში ტოლია: $22 - 1/2 \cdot n$, სადაც n თვეების რიცხვია; 1 წლის შემდეგ $16 - 1/2 \cdot m$, სადაც m წლების რიცხვს შეესაბამება. 6 თვის ბავშვს დღე-ღამეში 19 სთ სძინავს, 8 წლისას — 10 სთ.

თაზო VII

ბავშვის ფსიქიკური განვითარება

1 — დ. ნორმალურად განვითარებული ორი თვის ბავშვი უკვე იღიმება და ღუღუნებს (მოზრდილთან ურთიერთობის საპასუხოდ). 3 თვის ბავშვი თვალს აყოლებს პირიზონტალურად და ვერტიკალურად მოძრავ სათამაშოს. მუცელზე წოლის დროს თავს 45-90°-ით მაღლა წევს. ჯდომას კი მხოლოდ 6-7 თვის ასაკიდან იწყებს.

2 — ბ. 3 წლის ბავშვის მიღწევები საკმაოდ მრავალია: მან იცის სიტყვები და წარმოთქვამს ფრაზებს, დაუფლებულია პიგიურ ჩვენებს, შეუძლია ჩაიცვას და გაიხადოს. მას უჭირს მხოლოდ ფეხსაცმლის ზონრებისა და ღილის შეკერა. კიბეზე ნაბიჯის გადადგმით ადის, მაგრამ ჩამოსვლის დროს ყოველ კიბეზე ორივე ფეხით დგება. ის არჩევს ფერს, მაგრამ წრის ან ჯგერის დახატვა არ შეუძლია. კვადრატს მხოლოდ 4-5 წლის ასაკში ხატავს.

თაზო VIII

ბავშვის კვება

1 — ა. ძროხის რძე ქაღალის რძესთან შედარებით ცილას ჭარბად შეიცავს, ამიტომ მისი განზავება აუცილებელია. ამავე დროს მასში არასაკმარისია რკინისა და "C" ვიტამინის დონე.

2. ბავშვისთვის საჭირო საკვების სადღეღამისო რაოდენობაა 700 გ რძე, ერთი თვის ბავშვი უნდა იყოს შეიღვარად კვებაზე. ვინაიდან დედას აქვს 200 გ რძე, თითო ჯერზე მიემატება დაახლოებით 70-75 მლ ნარევი (დედის ძუძუს გამოწოვის შემდეგ).

3. პირველადი დამატებითი საკვები ბოსტნეულის პიურეა. პირველ დღეებში მიეცემა 20 გ-მდე დღეში ერთხელ, ძუძუთი კვების წინ. შემდეგ საკვების რაოდენობა თანდათანობით გაიზრდება ისე, რომ დაახლოებით ორი კვირის შემდეგ მხოლოდ ბოსტნეულის პიურეს მიიღებს ერთ კვებაზე (სადილი).

4. 4 თვის ბავშვს თუ დედის რძე საკმარისი რაოდენობით აქვს, კვების კორექცია არ ესაჭიროება.

5. 3 თვის ბავშვს ხელოვნური კვების დროს დღე-ღამის განმავლობაში ეძლევა 850 გ საკვები. კვების ჯერადობა 6-ია. თითო კვებაზე უნდა მიიღოს 140-145 გ.

6. რასაკვირველია არა. 5 თვის ბავშვი უნდა იკვებებოდეს ყოველ 3 1/2 სთ-ში.

ე. ი. დღე-ღამეში 6-ჯერ სადღეღამისო კვების მოცულობა — 950-1000 გ-ია. განუზავებელი ძროხის რძის მიღება არ არის მიზანშეწონილი, მასში ცილის კუთვნილზე მეტი რაოდენობითი შემცველობის გამო, ხოლო განზავების შემთხვევაში სხვა ინგრედიენტების შემცველობა დაქვეითდება. ამიტომ მიზანშეწონილია, ბავშვს მიეცეთ რომელიმე ფიზიოლოგიური ნარევი და დაეუმატოთ მოხარშული კვერცხის გული და ბოსტნეულის პიურე შესაბამისი წესით.

7. 6 თვის ბავშვი ხელოვნური კვების დროს უნდა იყოს ხუთჯერად კვებაზე (4 სთ-იანი ინტერვალი კვებათა შორის). საკვების სადღეღამისო მოცულობაა 1000 გ. 3 კვებაზე უნდა მიიღოს ფიზიოლოგიური ნარევი, 1 კვება — ბოსტნეულის პიურე; 1 კვება 10%-იანი ბურღულის ფაფა, მოხარშული კვერცხის გული, ხილფაფა.

8. რასაკვირველია არა. 10 თვის ბავშვის დიეტა დედის რძის გარდა უნდა შეიცავდეს ხორცის ბულიონს, მოხარშული ხორცის ფარშს, მაწონს, ხაჭოს, ბოსტნეულის პიურეს, ფაფას, მოხარშული კვერცხის გულს, ორცხობილას, ხილფაფას.

თაზო IX

დროული ახალშობილის მოვლა

1 — ბ; 2 — ა, დ;

3 — ა. ქაღალის რძის ძირითადი შემადგენელი ნაწილია (86-87 %) წყალი, ამიტომ ბუნებრივ კვებაზე მყოფ ახალშობილს მხოლოდ ქაღალის რძე ესაჭიროება. წყალი დამატებით ახალშობილს მხოლოდ სპეციალური სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში მიეწოდება.

4 — ბ. უეცარი სიკვდილის სინდრომი ხშირია იმ ბავშვებში, რომელთაც სძინავთ მუცელზე. რისკი კიდევ უფრო იზრდება თუ ბავშვს სძინავს რბილ ფორებიან ლეიბზე და ოთახში, სადაც მაღალია ჰაერის ტემპერატურა, ასევე იმ შემთხვევებში, როდესაც ბავშვმა გადაიტანა მძიმე დაავადება ან მჭიდროდაა შეკრული. ძილის დროს უძლებსია იწვეს გვერდზე ან ზურგზე.

5 — გ. ახალშობილის კანი ნაზია, მდიდარია სისხლძარღვებით და ადვილად ზიანდება. მეკონიალური სანაყოფე წყლები ქმნის კანიდან ინფექციის შეჭრის საშიშროებას, ამიტომ აუცილებელია ჰიგიენური აბაზანის ჩატარება.

6. 2%-იანი ვერცხლის ნიტრატის ჩაწვევების შემდეგ განვითარებული თვალის ლორწოვანის ჰიპერემია, ქუთუთოების შეშუპება და გამჭვირვალე გამონადენი ქიმიური კონიუქტივიტის მაჩვენებელია.

გონიოკოკური კონიუქტივიტი ვითარდება დაბადებიდან მეორე-მესამე დღეს იმ ბავშვებში, რომელთაც არ ჩატარდათ გონიოკოკური ოფთალმიის პროფილაქტიკა. მისთვის დამახასიათებელია უხვი და სქელი ჩირქოვანი გამონადენი თვალიდან, რომელიც „ქედის“ სახით გროვდება წამწამებზე. იგი საშიშია ბაქტერიული ინფექციით და საჭიროებს გადაუდებელ დახმარებას.

7 — ე. დროულ ახალშობილს გააჩნია წოვის, ყლაპვის, მოროს ანუ დაცვითი, ნაბიჯის, ცოცვის (რეფლექტორული) და სხვა მარტივი რეფლექსები, რომელთაც ზურგის ტვინი განაგებს. „პარაშუტისტიკ“ რეფლექსი (ხელებგაწვდილი ბავშვი ბიბისებურად მიიწევს წინ) გლინდება სიცოცხლის მე-4 თვიდან.

8. დროული ახალშობილის გესტაციური ასაკია 37-42 კვირა. თუ ბავშვის გესტაციური ასაკი 37 კვირაზე ნაკლებია, იგი დღენაკლულია, თუ მისი ასაკი 42 კვირას აღემატება, მას გადაგადაცილებულს უწოდებენ.

ბავშვის სხეულის მასა (2 700 გ) არ შეესაბამება გესტაციის ასაკს, ამავე დროს გამოხატულია სუნთქვის დარღვევის ნიშნები (სუნთქვა არათანაბარია, აღენიშნება აპნოე), ამნიონური წყლები კი დაბინძურებულია მეკონიალური მასებით. დაბინძურებული სანაყოფე წყლების ასპირაციის, ასფიქსიის თავიდან აცილების მიზნით საჭიროა მშობიარობისთანავე (როგორც კი თავი გამოიჭრება) სასუნთქი გზების გათავისუფლება და მხოლოდ შემდეგ ხელოვნური სუნთქვის ჩატარება.

9 — ა. წყლის ტემპერატურა აბაზანაში 37-38°C-ს არ უნდა აღემატებოდეს. აშშ-ში წყლის ნორმალურ ტემპერატურად 40°C მიიჩნევენ.

10 — დ. სტუდენტის მიმართვის ეს ფორმა მორალური და ეთიკურია.

11. დღე-ღამეში რძის საჭირო რაოდენობაა 480 მლ.

12. ბავშვი დროულია, ვინაიდან მისი გესტაციური ასაკი 38 კვირაა, მაგრამ ნაკლები წონისაა (დროული ახალშობილის სხეულის მასა 2 500-დან 4 000 გ-ს შორის მერყეობს). აბგარის სკალის მიხედვით ახალშობილის მდგომარეობა 7 ქულით ფასდება. შეფასების ეს მაჩვენებელი მიუთითებს გადაუდებელი ღონისძიებების საჭიროებაზე: ჟანგბადის მიწოდება, სუნთქვის სტიმულაცია და სხვ.

თაზო X

დღენაკლული ახალშობილის მოვლა

1. ა, ბ — ახალშობილი დროულია; გ, დ — ახალშობილი დღენაკლულია

2. გესტაციის 36-ე კვირაზე დაბადებული ბავშვი დღენაკლულია. მათი სხეულის მასა 2 500 გრამზე ნაკლებია (ა, გ). საგარეოდ, რომ მაღალი მასის (3 200 გ და 3 400 გ) დღენაკლული ახალშობილების დედა დაავადებულია შაქრიანი დიაბეტით.

3. 280 კვირაზე დაბადებული ახალშობილი დროულია. სხეულის დაბალი მასით (ა, გ) ახალშობილები შეპყრობილნი არიან თანდაყოლილი (პრენატალური) ჰიპოტროფიით.

4 — გ, დ. ღრმა დღენაკლს არა აქვს წოვის და ყლაპვის რეფლექსი, დაქვეითებულია მოძრაობითი აქტივობა.

5 — ბ. ბავშვი არის ღრმა დღენაკლული, აქვს სუსტად გამოხატული წოვისა და ყლაპვის რეფლექსი. საჭიროა გვევბოთ ზონდით.

თაზო XI

ახალშობილთა დაავადებები

1 — ბ. ტოქსიკური ერითემის დროს ვითარდება კუთილთვისებიანი (არაინფექციური ბუნების) ცვლილებები კანზე. ბუშტუკის შიგთავსი შეიცავს ეოზინოფილებს. დაავადება სწრაფდწარმავალია, მეკონიალობას არ საჭიროებს.

2 — ე. რენიმაციული ღონისძიებების ძირითადი მიზანია ცნს-ის ჟანგბადით მომარაგების აღდგენა (რეოქსიგენაცია). ღონისძიებათა ეფექტურობის მაჩვენებელია სუნთქვის აღდგენა, გულის ცემის გაზრდა, კანის შეფერილობის გაუმჯობესება.

3 — გ. ოქსიგენაცია და ვენტილაცია გაველნას ახდენს გულისცემის სიხშირეზე, სუნთქვით აქტივობაზე, კუნთთა ტონუსზე, რეფლექსების ხასიათსა და კანის ფერზე. სისხლის არტერიული წნევის დონეზე გაველნას არ ახდენს.

- 4 — გ. ნაადრევი ტოქსიკოზი არ წარმოადგენს პერინატალური ასფექსიის რისკის ფაქტორს.
- 5 — ა. პემატომეზი და მელენა ახალშობილებში ხშირია მაშინ, როდესაც მშობიარობა პლაცენტარული სისხლის დენით რთულდება. პირველად უნდა ჩატარდეს განავლის ანალიზი აფტის სინჯზე. იგი იძლევა დედის (HbA) და ახალშობილის (HbF) სისხლის დიფერენცირების შესაძლებლობას. თუ ცდა დადებითია (HbA), სამკურნალო ღონისძიებები არ ტარდება.
- 6 — ე. როტავირუსი არ იწვევს მუკლადყოფნის პერიოდის ინფექციებს.
- 7 — ა. დროულ ახალშობილებში სიყვითლის განვითარება ნორმალური ფიზიოლოგიური პროცესია, მით უფრო თუ გავითვალისწინებთ მისი განვითარების დროს (დაბადებიდან 2-3 დღეს), ხანგრძლივობას (7 დღე) და შრ.: ჰისშიური ბილირუბინის დონეს (მე-4-5 დღეს არაუმეტეს 120 მგ/ლ-ზე). სიყვითლე განვითარებული სიცოცხლის პირველ დღეს ახალშობილთა პემოლიზური დაავადების მაჩვენებელია. ABO ან RH კონფლიქტი შერწყმულია არაპირდაპირი პიპერბილირუბინემიასთან, რეტიკულოციტოზთან და ერთროციტების დესტრუქციასთან. თუ არ არის ახალშობილთა პემოლიზური დაავადება უნდა ვიფიქროთ თანდაყოლილ პემოლიზურ ანემიასზე.
- 8 — ე. თუ სიყვითლე განვითარდა სიცოცხლის პირველ დღეს ახალშობილთა პემოლიზური დაავადების გამოარცხვის მიზნით აუცილებელია კუმსის რეაქციის დადგმა. ბილირუბინის ფრაქციების განსაზღვრა იძლევა წარმოდგენას ბილირუბინემია ლეიქოსიშირია თუ პემოლიზის შედეგი. სისხლის საერთო ანალიზი სეფისის შესაძლებლობასა და სტერილობაზე კვლევის აუცილებლობაზე მეტყველებს.
- 9 — დ. თანდაყოლილი სიფილისის დროს ინტერსტიციული კერატიტი ფოტოფობიით, თვალბინიდან ცრემლდენა, რქოვანას შემდგურება და მასზე ნაწიბურები მხოლოდ 6-14 წლის ასაკში გვხვდება.
- 10 — ბ. პემორაგიული დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს "K"-ვიტამინის დეფიციტი; ფენობარბიტალის გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.
- 11 — გ. პერსისტირებული სიყვითლის დროს, როდესაც სისხლში არაპირდაპირი ბილირუბინის შემცველობაა მომატებული, ვითარდება ბირთვული სიყვითლე — თავის ტვინის მძიმე დაზიანება, რომლის მოგვიანებითი გამოვლინებაა კრეტინიზმი.

თავი XII

ბავშვის მოვლა კანის, ხილული ლორწოვანი გარსების და ლიმფური სისტემის დაზიანების დროს

- 1 — გ. წამლის ჩაწვეთების წინ ცხვირის გასასვლელები უნდა გათავისუფლდეს ლორწოსა და ქერქებისაგან, რათა სამკურნალო ნივთიერებამ უშუალო ზემოქმედება მოახდინოს ლორწოვანზე და ინფექცია არ გავრცელდეს.
- 2 — გ. წამლის ჩაწვეთების წინ თვალი უნდა გაიწმინდოს თბილ წყალში დასველებული ბამბით (გარედან შიგნითა მიმართულებით), მხოლოდ ამის შემდეგაა მიზანშეწონილი მედიკამენტის ჩაწვეთება.
- 3 — გ. ეს არის რძიანა.
- 3 ა — ბ. პირის ღრუ ახალშობილებში ნაზია და ადვილად ზიანდება, ამიტომ მექანიკური ზემოქმედება დაუშვებელია. უმჯობესია პირის ღრუს ნისტატიტით დამუშავება.
- 4 — ა. დედამ ორი თვის გოგონა უნდა ჩაბანოს ღია ფერის კალიუმპერმანგანატთან წყლით წინიდან უკანა მიმართულებით.
- 5 — ე. გ. ზ. თ. ა. ბ. დ. გ. მარცხენა ხელის გულზე თავსდება ახალშობილის გულმკერდი, ხოლო მარცხენა ხელის ცერი ფიქსირდება ილღიის ფოსოში. მარჯვენა ხელით იწყებენ ბავშვის დაბანას: ჯერ ჩაბანენ თბიან ნაწილს, შემდეგ კისერს, სხეულის წინა და უკანა ზედაპირს, ნაკეცებს, ხელებს, ფეხებს და ბოლოს პირისაქსს. სახისათვის აბაზანის წყალი არ გამოიყენება.
- 6 — დ. ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში ალერგიული დიათეზი ხშირია.
- 7 — ა. ბ. გ. გ. ბავშვის მოვლის დროს ყურადღება უნდა მიექცეს კვების რეჟიმსა და საკვებ რაციონს, საკვებში ცხოველური ცხიმების შეცვლას მცენარეულით, დღის რეჟიმის სწორ ორგანიზაციას, სუფთა ჰაერით სარგებლობას. სითხეების ჭარბი რაოდენობა, მარილიანი საკვები და ბურღულის ფაფა არ არის რეკომენდებული: ხელს უწყობს სითხის შეკავებასა და მდგომარეობის გაუარესებას.

თავი XIII

ბავშვთა საყრდენ-მამოძრავებელი სისტემის დაავადებათა პროფილაქტიკა და მოვლა

- 1 — ბ. კბილების ამოჭრა ფიზიოლოგიური პროცესია. სწორი პიგიურული რეჟიმის ბირობებში იგი გავლენას არ ახდენს ჯანმრთელი ბავშვის საერთო მდგომარეობაზე.
- 2 — გ. ბავშვის სარძევე კბილების საგარეულო რაოდენობის გამოსათვლელად ბავშვის ასაკს თვეებში აკლებენ 4-ს ან 6-ს.
- 3 — ა. რაქიტის დასაწყისი პერიოდისათვის ძვლების მხრივ ცვლილებები არ არის დამახასიათებელი.

თავი XIV

ბავშვის მოვლა სასუნთქი სისტემის დაავადებების დროს

1 — გ. 10 წლის ბავშვის სუნთქვის სისწორე წუთში 20-22-ია. ფილტვების ანთების დროს სუნთქვის სისწორე მატულობს და ამიტომაც შესაძლებელია მიაღწიოს 28-ს წუთში. რაც შეესება სუნთქვის ტიპს ახალშობილებსა და ჩვილებში დიაფრაგმალური ან მუკლის ტიპისაა, ორი წლიდან შერეულია, ხოლო 6-10 წლიდან კი ვაჟებში უბირატესად მუკლის ტიპის სუნთქვა ყალიბდება.

ამგვარად, 10 წლის ვაჟს, ფილტვების ანთების დროს შესაძლებელია სუნთქვის სისწორე ჰქონდეს 28 წუთში (მუკლის ტიპის).

2 — გ. ზ. ფილტვის ანთებისათვის არ არის დამახასიათებელი სიყვითლე და დიარეა.

3 — გ. ე. ავადმყოფის პალატაში მუდმივად სუფთა ჰაერი უნდა იყოს, ავადმყოფს თავი მაღლა უნდა ედოს, რათა გაუადვილდეს სუნთქვა. საწოლში მდებარეობა ხშირად უნდა იცვლებოდეს ფილტვებში შეგუბებითი მოვლენებისა და ნაწილების პროფილაქტიკის მიზნით. ბავშვი პერიოდულად საწოლზე უნდა ჩამოჯდეს და ფეხები იატაკზე დაუშვას.

დაუშვებელია ბავშვს კვება მჭიდროდ შემოკრული ტანსაცმელი, არ შეიძლება სითხეების შეზღუდვა. სასამებლისა და გლოკოზის ჭარბად შემცველი საკვები ძნელად მოსაწელებელია და იწვევს მეტეორიზმს.

4 — დ. მსტვენავი სუნთქვა ახასიათებს როგორც ბრონქულ ასთმას, ასევე ყივანახველას, ბრონქიოლიტს, უცხო სხეულით ასპირაციას.

5 — გ. ხორხის შეშუპება (მბგერავი იოგების ქვეშმდებარე ქსოვილებში) და სტრიდორი დამახასიათებელია ცრუ კრუბისათვის. ბრონქული ასთმისათვის დამახასიათებელია ბრონქოსპაზმი, ლორწოს ჰიპერსეკრეცია, შეშუპება.

6 — ბ. ბრონქული ასთმის განვითარებას ხშირად ცხოველების ბეწვი და ქერტლი იწვევს, ამიტომ ცხოველების იზოლაცია აუცილებელია.

7 — გ. მწვავე ბრონქიოლიტის დიაგნოზს ადასტურებს ანამნეზში ვირუსული ინფექცია, ექსპირაციული ქოშინი, კრებიტიული ხიხინი.

8 — გ. მწვავე ბრონქიოლიტის ძირითადი გამომწვევია რესპირაციულ-სინციტიალური ვირუსი.

9 — გ. მწვავე ბრონქიოლიტის ეტიოლოგიური ფაქტორია ვირუსული ინფექცია, ამიტომ ანტიბიოტიკების გამოყენება არ არის გამართლებული. ანტიბიოტიკები გამოიყენება იმ შემთხვევაში, თუ დაავადება გართულდა ოტიტითა და პნევმონიით.

10 — ბ. აღწერილი შემთხვევა ცხადყოფს, რომ პათოლოგიური პროცესი ტრაქეის დონეზეა და სახეზეა ცრუ კრუბი, რადგან ღამის საათებში უეცრად განვითარდა ინსპირაციული ქოშინი (გაძნელებულია ჩასუნთქვა), მყეფავი ხველა, ხმის ჩახლქა.

11 — ბ. თბილი სითხეები, სოდიანი ინჰალაციები, მღოგვის აბაზანები ქვემო კიდურებზე და მღოგვის საფენები გულმკერდზე ხელს უწყობს ბრონქოსპაზმის მოხსნას და სასუნთქ გზებში ჰაერის გამავლობის აღდგენას დაუშვებელია, ცივი საფენების გამოყენება, იგი აძლიერებს ბრონქოსპაზმს.

12 — ბ. დ. თავი მაქსიმალურად წინ მოახრევეთ და ენერგიულად, სწრაფი და ბიძგისებური მოძრაობით მოხოცეთ ცხვირი. ჯერ უნდა დაახშოთ ცხვირის ერთი ნესტო თითის მიჭერით, ხოლო შემდეგ — მეორე. ამ გზით უნდა მოხდეს უცხო სხეულის გამოძევება ცხვირის ღრუდან. სასუნთქი გზებიდან უცხო სხეულის გამოძევების მიზნით ბავშვი მუკლით უნდა გადაიწვინოთ მოხრილ მუხლზე და ზურგზე ხელის ბიძგისებური მოძრაობა ჩატაროთ.

ყოველად დაუშვებელია თავის უკან გადაწევა, რომ არ მოხდეს უცხო სხეულის ქვედა სასუნთქ გზებში გადაადგილება. დაუშვებელია ბავშვის ზურგზე ან გვერდზე დაწვენა, თავის უკან ან ზემოთ აწევა, ხელოვნური სუნთქვის პირით ცხვირში ჩატარება, ვიდრე არ იქნება ამოღებული უცხო სხეული.

თავი XV

მოვლა გულ-სისხლძარღვთა სისტემის დაავადებების დროს

1 — ე; 2 — ბ; 3 — ა, ბ, გ; 4 — დ; 5 — ა, ბ; 6 — ა, ბ, დ; 7 — ა, ბ, გ.

თავი XVI

ბავშვის მოვლა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის დაავადებების დროს

1. კუჭის ამორეცხვა, ვამწმენდი ოყნა, ექიმის კონსულტაცია.

2. ვამწმენდი ოყნა

3 — გ. მუკლის ტკივილის დროს ბავშვი უნდა დაფაწვინოთ საწოლში და გამოვიძახოთ ბავშვთა ქირურგი. ტკივილდამამყუჩებელი პრეპარატების, ვამწმენდი ოყნის გამოყენებამ და კუჭის ამორეცხვამ შეიძლება დაავადების კლინიკური ნიშნების წაშლა და ტკივილის გამომწვევი მიზეზების პროგრესირებაც კი გამოიწვიოს.

4 — ბ. პეფსინის გააქტივებისთვის აუცილებელია მარილმჟავას ზეგავლენა. ქიმოზინი კი აქტივდება და მოქმედებს შედარებით მაღალი pH-ის პირობებში. თუ გავითვალისწინებთ, რომ ჩველი ბაგშეის (ცხოვრების პირველ თვეებში) კუჭის წვენი ხასიათდება დაბალი საერთო მჟავობით, ძირითადი ფერმენტი ამ პერიოდში ქიმოზინია. ამილაზა, ტრიფსინი და მალტაზა — ნაწლავის წვენის ფერმენტებია და კუჭში არ გვხვდება.

5 — დ. პილოროსტენოზის სასარგებლოდ მეტყველებს ღებინების განვითარება სამი კვირის ასაკში, ამონადები მასის სიჭარბე მიღებული საკვების რაოდენობასთან შედარებით, გამოსატყულია ოლიგურია, კანი დანაოჭებულია, წონაში ნამატი არ აღინიშნება.

6 — ბ. ღებინების დროს, ასფიქსიის განვითარების თავიდან აცილება მხოლოდ ბაგშეზე განუწყვეტელი ზედამხედველობის საფუძველზეა შესაძლებელი.

7 — გ. მოგვიანებითი და ღამის ტკივილი მუცლის არეში, დისპეფიური მოვლენები, ფარული სისხლდენა, გენეტიკური განწყობა მიგვითითებს წყლულოვან დაავადებაზე. საფიქრებელია, მისი ასოციაციცა HP-თან. პათოლოგია ხანდაზმულია, ამიტომ საჭიროა დიაგნოზის დაზუსტების შემდეგ აქტიური მეკურნალობა.

8 — ბ. წყლულოვანი დაავადების დიაგნოსტიკისათვის საჭიროა კუჭის წვენის კვლევა ფრაქციული მეთოდით, გასტროფიბროსკოპიით წყლულის ლოკალიზაციის დადგენა და ბიოპტატის აღება მორფოლოგიური კვლევისათვის, სისხლმდენი წყლულის დროს პერიოდულად უნდა შემოწმდეს განავალი ფარულ სისხლდენაზე.

9 — ა, ბ, გ; 10 — ა, ბ, გ, ე; 11 — ა, ბ, დ, ე, ზ; 12 — ა, ბ, დ; 13 — ბ, დ.

თაზო XVII

ბაგშეის მოვლა თირკმელებისა და საშარდე გზების დაავადებების დროს

1 — ა; 2 — ბ; 3 — ა; 4 — გ; 5 — დ; 6 — ბ, დ; 7 — ა, ბ, დ.

8. ზიშნიცკის ცდისათვის გროვდება 8 ქილა. თუ ყოველ სამ საათში შარდის შეგროვება გაძნელებულია, დასაშვებია თავისუფალი ზიშნიცკის ცდის ჩატარება.

9. ანალიზისათვის შარდის აღებაშდე ბაგშეი უნდა ჩაიბანოს თბილი წყლითა და საბნით, საკვლევად კი შეგროვდეს შარდის შუა ნაკადი.

თაზო XVIII

მოვლა სისხლისა და სისხლმბადი ორგანოების დაავადებების დროს

1 — დ; 2 — ა, დ, ე; 3 — ა, ბ, გ; 4 — გ.

5. ბაგშეის სქესი (ვაჯი) და ტრავმასთან დაკავშირებული პემორაგიებისადმი განწყობა პემოფილიის არსებობაზე მეტყველებს. დიაგნოზის დასაბუთებისათვის საჭიროა გენეალოგიის დაზუსტება, სისხლის შედედების დროის და პლაზმური ფაქტორების (VIII, IX, XI) შემცველობის განსაზღვრა.

კბილის ექსტრაქციის შემდგომი სისხლდენის შეჩერებისათვის სპეციალური პემოსტატიკური ღრუბლი ან პემოსტაზურ ნივთიერებაში დასველებული ბამბის ტამპონი უნდა დაფიქსირდეს ამოღებული კბილის ალვეოლაზე. თუ სისხლდენა კვლავ გაგრძელდა, ექიმის მითითებით ვენაში შეჰყავთ კრიოპრეციპიტატი.

6. ცხვირიდან პროფუზული სისხლდენა განვითარდა შწვავე რესპირაციული ვიურსული ინფექციის ფონზე. წარსულის ანამნეზის დაზუსტება და შესაბამისი კვლევა გამორიცხავს პემოსტაზის სისტემის თანდაყოლილ და შეძენილ დაავადებებს.

ცხვირიდან სისხლდენის შეჩერების მიზნით ბაგშეს ათავსებენ ნახევრად მჯდომარე მდგომარეობაში, უკან გადაწეული თავით. ცხვირზე ადებენ მარლაში გახვეულ ყინულს ან ციგ წყალში დასველებულ დოლბანდს და ნესტოების ფრთებს ტვიდესთან მაგრად მიაჭერენ. თუ სისხლდენა არ შეჩერდა, ტარდება ცხვირის გასაფლავების ტამპონირება.

7. მძიმე ტოქსიკოზის ფონზე განვითარდა დისემინირებული სისხლძარღვთა შიდა შედედების (დსშ) სინდრომი. დსშ სინდრომი პემოსტაზის სისტემის მეორადი არასპეციალური პათოლოგიური მდგომარეობაა განვითარებული სხვადასხვა ეტიოლოგიის შოკის, სეფსისის, ტრავმის, ლეიკოზისა და სხვა დაავადებების დროს. დსშ სინდრომის დროს ადგილი აქვს სისხლძარღვთა შიდა სისხლის შედედებას, თრომბოზულ ცვლილებებს, სისხლჩაქცევებსა და სისხლდენას, ქსოვილოვანი პიოქსიის მოვლენებს.

დსშ სინდრომის კლინიკური ნიშნებია ინექციის ადგილიდან სისხლდენა, პეტექიური გამონაყარი, ღებინება ყავისფერი მასით, პემატურია და ორგანოთა ფუნქციის მოშლა.

მეკურნალობა, ექიმის მითითებით და შემდეგებული სისტემის მანევრებლების გათვალისწინებით ტარდება.

ყავისფერი მასით ღებინებისას პირველი დახმარებაა: მკაცრი წოლითი რეჟიმი, აბსოლუტური სიმშვიდე, მუცლის ზედა ნაწილში ყინულის ბუშტის მოთავსება, საკვების მიღების აკრძალვა რამოდენიმე საათი, შემდეგ კი საკვები უნდა იყოს თხიერი და ცივი.

თაზი XIX

ბავშვის მოვლა ენდოკრინული დაავადებების დროს

1 — ა, გ, დ, ე. შაქრიანი დიაბეტის დროს ბავშვს შეუძლია მიიღოს რძე, წიწიბურას ფაფა, კარტოფილის პიურე და მაწონი. არ შეიძლება შემწვარი ხორცი და ქათამი, ფუნთუშა ზილფაფით. ტკბილეულის სახით გამოიყენება სპეციალური დიაბეტური საკონდიტრო ნაწარმი.

2 — ბ, გ, ე. ავადმყოფს უნდა ჩაუტარდეს სისხლის საერთო ანალიზი (მოსალოდნელია ანემია), ლულოვანი ძვლების რენტგენოგრაფიული კვლევა და რადიოიზოტოპური მეთოდებით ფარისებური ჯირკვლის პორმონების განსაზღვრა.

3. ბავშვი დღე-ღამეში 5 ლ შარდს გამოჰყოფს, რომელიც 5% შაქარს შეიცავს, ე. ი. გამოჰყოფს 250 გ შაქარს. ბავშვს 24 სთ-ში ესაჭიროება 50-60 მე ინსულინი (25-30 მე დღეში 2-ჯერ).

4. ბავშვი გამოჰყოფს 8 ლიტრ შარდს, რომელიც შეიცავს 6% შაქარს (480 გ), დღე-ღამეში უნდა მიიღოს 100-120 მე ინსულინი (50-60 მე 2-ჯერ დღეში).

თაზი XX

ბავშვთა გადამადებელი მდგომარეობები

1. დიაგნოზია: მწვავე რესპირაციული ვირუსული ინფექცია.

ჰიპერთერმული სინდრომი.

დიაგნოზის ასახულებს რინორეა, ხველა, მაღალი ტემპერატურის ფონზე ცნს-ის მხრივ ცვლილებები (აგზნება, ჭირვეულობა) და ჰემოდინამიკური აშლილობანი (სიფერმერთაღე, ცივი და აჭრელებული კიდურები). მაღალი ტემპერატურის ფონზე შესაძლებელია გულყრაც განვითარდეს (წარსულში ჰქონდა ფებრილური გულყრა).

დახმარება: ბავშვი უნდა მოთავსდეს მოსვენებულ მდგომარეობაში, ტენიანი ჰაერის პირობებში, დეჰიდრატაციის თავიდან აცილების მიზნით მიეცეს სითხე ჭარბად. სისხლძარღვთა სპაზმის მოხსნისათვის გამოიყენება პაპავერინი (1 მე/კგ მასაზე), დიბაზოლი და ნო-შპა (0,2 მლ წელზე). ცენტრალური მოქმედების ანტიპირეტიკებიდან ეფექტურია ანალგინი და ამიდიპირინი. ფიზიკური მეთოდების გამოყენება დასაშვებია პერიფერიული სპაზმის ლიკვიდაციის შემდეგ.

2. ტემპერატურის დაქვეითებისათვის საჭიროა ფიზიკური მეთოდების გამოყენება: თბილი წყლით დაზელა, სველ საფენებში გახვევა, ოყნის გაკეთება, ყინულიანი ბუშტისა და სინჯარების გამოყენება. ანტიპირეტული საშუალების გამოყენების აუცილებლობის შემთხვევაში წინასწარ უნდა შემოწმდეს პრეპარატის მიმართ მგრძნობელობა.

3 — ბ, გ, რკინის სულფატის ჩაღალი დოზა (5-9 ტაბლეტი) ტოქსიკურ ზეგავლენას ახდენს ორგანიზმზე. მომწამვლელი ნივთიერებისაგან კუჭის გათავისუფლება ერთჯერადი ღებინებით არ არის საკმარისი, საჭიროა ამოსაღებინებელი საშუალება — ჰიპოკაკუანას სიროფი. საფალარათო საშუალება ავადმყოფს უნდა მიეცეს მხოლოდ კუჭის ამორეცხვის შემდეგ, გააქტივებული ნაზშირით რკინის აბსორბცია ვერ ხერხდება, ამიტომ რკინით მოწამვლისას მისი გამოყენება დაუშვებელია. დესფერალი კი რკინასთან ქმნის შენაერთს და ხელს უწყობს შარდთან ერთად მის გამოყოფას (შარდი წითელ შეფერილობას იღებს).

4 — ბ. ბავშვთა ასაკისათვის უვნებელი და ეფექტური ამოსაღებინებელი საშუალებაა ჰიპოკაკუანას სიროფი. ნაზოგასტრალური ზონდით კუჭის ამორეცხვა ნაკლებ შედეგიანია, რადგან მილის სანათურში ტაბლეტის მსხვილი ფრაგმენტები ძნელად გადის. თითქმის ღებინების პროვოცირება არაეფექტურია. რაც შეეხება ნატრიუმის ნიტრატს, იგი კარგი საფალარათო და არა ამოსაღებინებელი საშუალებაა.

5 — დ. ანაფილაქსიური შოკიდან ბავშვის გამოყვანა შესაძლებელია ყველა ჩამოთვლილი ღონისძიების შემწვობით, გარდა კუჭის ამორეცხვისა.

ლიტერატურა

1. ი. რცხილაძე. ბავშვთა ექიმის ცნობარი. თბილისი, 1956.
2. ი. რცხილაძე. ბავშვთა სასწრაფო სამედიცინო დახმარება. თბილისი, 1970.
3. ი. ფალავა. ბავშვთა დაავადებები (I, II). თბილისი, 1976.
4. გ. ბოჭორიშვილი. ავადმყოფის მოვლა. თბილისი, 1976.
5. ი. კვაჭაძე, მ. გელოვანი. პედიატრია. თბილისი, 1995.
6. ლ. ქერქაძე. პედიატრია. თბილისი, 1995.
7. ნ. ხერხეულიძე. ბავშვთა დაავადებების პროპედევტიკა. თბილისი, 1995.
8. М. Я. Студеникин. Книга о здоровье детей. Москва, 1986.
9. Л. А. Исаева. Детские болезни. Москва, 1997.
10. Н. П. Шабалов. Детские болезни. Москва, 1997.
11. Н. П. Шабалов. Неонатология (I, II). Санкт-Петербург, 1995.
12. Удо Штайнгер, Карл Эрнст, Фон Мюлендаль. Неотложные состояния у детей. Медраст-Минск, 1996.
13. А. В. Мазурин, А. М. Запруднов, К. И. Григорьев. Общий уход за детьми. Москва, 1998.
14. Н. В. Ежова, Е. М. Русакова, Г. И. Кашеева. Педиатрия. Москва, 1997.
15. А. Л. Гребнев, А. А. Шептулин. Основы общего ухода за больными. Москва, 1991.
16. Теодор Хелльбрюгге, Герхард Дёринг. Ребенок от 0 до 6. Москва, 1994.
17. S. Illing, S. Spranger. Klinik leitfaden padiatrie. Neckarsulm - Stuttgart, 1992.
18. Klaus Betke, Wilhelm Kunzez und Jorgen Schaub. Lehrbuch der kinder heilkunde. Stuttgart - New York, 1991.
19. Karl-Heinz Niessen. Padiatrie. VCH, 1993.

სახელმძღვანელო გამოდის თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო
უნივერსიტეტის სახელმწიფო სამედიცინო კოლეჯის დირექტორის,
პედ. მეცნ. დოქტ., პროფ. ალექსანდრე ციბაძის ხელშეწყობით

ნ. მანჯავიძე, გ. მეგრელიშვილი

პ ე დ ი ა ტ რ ი ა

ბავშვის განვითარება და მოვლა

პირველი გამოცემა, 2000

კომპიუტერული მომსახურეობა და დიზაინი — ნანა ჯაფარაშვილი
სტილისტი — ლამარა გოგოლაძე

N. Manjavidze
G. Megrelishvili

P E D I A T R I C S
CHILDREN'S DEVELOPMENT AND CARE

First Edition, 2000