

პედიატრიული პაციენტის საექთნო მართვა



პედიატრია

პედიატრია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს pais- ბიჭს, ბავშვს, iatrea- კი მკურნალობას. პედიატრია შეისწავლის ჯანმრთელ და ავადმყოფ ბავშვთა ანატომიურ- ფიზიოლოგიურ თავისებურებებს, ბავშვთა ჰიგიენას და რეჟიმს. ბავშვთა დაავადებებს, მათ მკურნალობას და პროფილაქტიკას. ბავშვთა კვებას. პედიატრია, როგორც დამოუკიდებელი მეცნიერება, ჩამოყალიბდა მე-19 საუკუნეში, მისი განვითარება მოხდა მე-20 საუკუნეში. საქართველოში ძველ წყაროებში უკვე მოიხსენიებოდა ბავშვთა ასაკის თავისებურებები, მათი დაავადებები, მოვლის და კვების პრინციპები. მე-20 საუკუნეში საქართველოში მოღვაწეობდნენ დიდი პედიატრები, როგორცაა დედაბრიშვილი, კვეზერელი, ფაღავა, დასხვ.

ბავშვთა ასაკის პერიოდები

ბავშვობის მთელი პერიოდი ხასიათდება როგორც ორგანიზმის ფიზიკური ზრდა- განვითარებით, ასევე მისი იმუნიტეტის და ინტელექტის ჩამოყალიბებით, ამიტომ განსაკუთრებული მნიშვნელობა აქვს ბავშვთა ასაკის პერიოდებად დაყოფას, რადგან თითოეულ პერიოდს აქვს დამახასიათებელი მახასიათებელი- ბლები.

ბავშვთა ასაკი იყოფა შემდეგ პერიოდებად: 1) მუცლადყოფნის ანუ ინტრანატალური , 2) ახალშობილ-ობის, 3) ძუძუმწოვრობის, 4) სარძევე კბილების, 5) ყრმობის, 6) სქესობრივი მომწიფების ანუ პუბერტაციული პერიოდები.

მუცლადყოფნის პერიოდი იწყება იმ მომენტიდან, როცა ხდება ორი გამეტის კვერცხუჯრედის და სპერმატოზოიდის შერწყმა და წარმოიქმნება განაყოფიერებული უჯრედი ზიგოტა. ეს პერიოდი გრძელდება 270-280 დღე. ეს პერიოდი თავის მხრივ იყოფა 2 ფაზად: 1) ემბრიონალური, რომელიც გრძელდება 2 თვე და 2) პლაცენტარული, რომელიც გრძელდება 7 თვე.

ემბრიონალურ ფაზაში ყალიბდება ნაყოფი, იგი ძალიან მგძნობიარეა, ბევრი ფაქტორი მოქმედებს ნაყოფის ჩამოყალიბებაზე, ენდოგენური, მაგ. ქრომოსომების ცვლილებები, მშობლების ასაკი, ეგზოგენური ფაქტორები: მექანიკური და ფსიქიური ტრამეები, რენტგენის სხივები, ინფექციები, დედის დაავადებები, და სხვ. ამ ფაქტორების ზემოქმედებით შეიძლება განვითარდეს აბორტი, მკვდრადშობადობა, განვითარების მანკები და სიმახინჯეები, გენეტიკური დაავადებები, სიყრუე, სიბრმავე, ცნს ის დაავადებები და სხვ.

ახალშობილობის ანუ ნეონატალური პერიოდი იწყება ჰიპლარის გადაკვანძვიდან და გრძელდება 3-4 კვირა. დაბადებისას ახალშობილს თვალში აწვეთებენ 30% ალბუცინის ხსნარს გონო-ბლენორიის პროფილაქტიკისათვის. დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში ახალშობილს უკეთდება ვირუსული ჰეპატიტის აცრა, მე-2-მე-5 დღეს BCG-ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო აცრა. ეს პერიოდი ყველაზე რთულია ბავშვისთვის , რადგან ხდება ახალშობილის შეგუება ანუ ადაპტაცია გარემოსთან. იწყებს ფილტვით სუნთქვას, გარეგან

კვებას, ფუნქციონირებას იწყებს სისხლის მიმოქცევის მცირე წრე, ყალიბდება თერმორეგლაციური სისტემა, ამ პერიოდში გვხვდება ე. წ. ფიზიოლოგიური მდგომარეობები. ამპერიოდში გვხვდება შემდეგი დაავადებები: მშობიარობასთან დაკავშირებული, მაგ. სამშოგარო ტრამვები, ასფიქსია. მშობიარობის შემდგომი ანუ პოსტნატალური: სასუნთქი და კუჭ-ნაწლავის დაავადებები, სეფსისი და სხვ.



ძუძუმწოვრობის პერიოდი იწყება 3-4 კვირიდან და გრძელდება 1 წლის განმავლობაში. ამ პერიოდი-სათვის დამახასიათებელია ინტენსიური მატება წონაში და სიგრძეში, წონაში იმატებს 200%-ით, ხოლო სიგრძეში 50%-ით. თავის გარშემოწერილობა 27%-ით. ხდება აქტიური იმუნოზაცია. ხშირია შემდეგი დაავადებები: ბრონქიტი, პნევმონია, დისპეფსიები, რაქიტი, სპაზმოფილია და სხვ.

სარძევე კბილების პერიოდი იყოფა 2 ქვეპერიოდად: წინასკოლამდელი, რომელიც გრძელდება 1-დან 3 წლამდე და სკოლამდელი, რომელიც გრძელდება 3-დან 6-7 წლამდე. ამ პერიოდში შედარებით შენელებულია ზრდა, სამაგიეროდ მატულობს კუნთთა მასა, მთავრდება სარძევე კბილების ამოსვლა, ვითარდება მეტყველება, 3 წლის ბავშვისთვის დგება პირველი სიჯიუტის პერიოდი. ამ პერიოდში ხშირია ინფექციები, ტონზილიტი, ალერგიული დაავადებები, ბრონქული ასთმა, ტუბერკულოზი. ყრმობის პერიოდი იწყება 6-7 წლიდან დაგრძელდება სქესობრივ მომწიფებამდე. ამ პერიოდში იწყება სქესობრივი განსხვავება გოგონებს და ბიჭებს შორის. სარძევე კბილები იცვლება მუდმივით, ვითარდება მეხსიერება, ინტელექტი, თვითშემოქმედების უნარი, ხასიათი, დაავადებებიდან ხშირია მწვავე ინფექციები, ტრამვები, კუჭ-ნაწლავის და გულ-სისხლძარღვთა დაავადებები, სიმსუქნე, თვალის მხრივ მოვლენები, კბილების კარიესი, სკოლიოზი და სხვ. სქესობრივი მომწიფების პერიოდი ხასიათდება ზრდის ინტენსივობით, მეორადი სასქესო ნიშნების ჩამოყალიბებით, ენდოკრინული სისტემის მკვეთრი ცვლილებებით, ყველაზე კრიტიკულია ფსიქოლოგიური თვალსაზრით, ივითარებს ნებისყოფას, შეგრძნებებს, ზნეობას, კომუნიკაციის უნარს. ეს არის „მეორე სიჯიუტის“ პერიოდი. ხშირია გასტრიტი, წყლულოვანი დაავადება, სქესობრივი და ენდოკრინული მოშლილობანი.

დროული ახალშობილის დახასიათება.

დროულად ითვლება ახალშობილი, რომელიც დაიბადება ან 270-280 დღიანი ან 9- თვიანი ან 10- სამეანო თვის ან 38- 40 კვირიანი ორსულობიდან. დაბადებისას მისი წონა მერყეობს 2500-4000 გრამს შორის, სიგრძე 46-52 სმ-ს შორის, თავის გარშემოწერილობა 33-36 სმ-ს შორის, რომელიც 2-3 სმ ით აღემატება გულმკერდის გარშემოწერილობას.

დაბადებისას ახალშობილის კანი არის ღია ვარდისფერი, ოდნავ ციანოზური. ხავერდოვანი, ნაზი, იგი დაფარულია მოთეთრო- ნაცრისფერი ხაჭოსებრი ნაცხით vernix caseozae, რომელიც იცავს ახალშობილის კანს მექანიკური და თერმული დაზიანებებისაგან. მისი მოცილება სიცოცხლის პირველ დღეებში ხდება მხოლოდ კანის ბუნებრივ ნაოჭებში.

ახალშობილის კანი დაფარულია ღინღლით-lanugo, რომელიც განსაკუთრებით უხვად არის ბეჭების და მხრების მიდამოში. ახალშობილის კანში კარგად არის განვითარებული ცხიმოვანი ჯირკვლები, ამის დასტურია ცხვირის წვერზე და ნესტოებზე თეთრი ფერის წერტილები ე. წ. Milia. ახალშობილის კანში მოთავსებული საოფლე ჯირკვლები კი სუსტად ფუნქციონირებენ.

ახალშობილის თავი შედარებით დიდია, კიდურები კი მოკლე. დროულ ახალშობილს ღია აქვს დიდი ყიფლიბანდი, რომელიც მოთავსებულია თხემის და შუბლის ძვლებს შორის, ზომით 2-2.5 სმ-ზე. მცირე ყიფლიბანდი კი ღია აქვს ახალშობილთა 25%-ს, იგი მოთავსებულია თხემის და კეფის ძვლებს შორის და ზომით 0.5-0.5 სმ-ზეა, დიდი ყიფლიბანდი იხურება 1- 1,5 წლის ასაკში, ხოლო მცირე კი 3 თვემდე.

ჯანმრთელი ახალშობილი ყვირის დაბადებისთანავე ძლიერად, რაც პირველი ჩასუნთქვის მაჩვენებელია.

ახალშობილს კარგად აქვს განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი, ლორწოვანი გარსები მუქი ვარდისფერია, მშრალი. კუნთოვანი სისტემა კი სუსტად განვითარებული. ახალშობილს დაბადებისას აქვს დამახასიათებელი პოზა მომხრელი კუნთების ჰიპერტონუსის გამო; თავი აქვს ოდნავ უკან გადაწეული, ხელები მოხრილი იდაყვის სახსრებში და მიკრული აქვს გულმკერდზე, ხელის მტევნები შეკრული აქვს მუშტებად, ქვემო კიდურები მოხრილი აქვს სახსრებში და მიკრული აქვს მუცელზე.

ხელის და ფეხის გულებზე კარგად აქვს გამოხატული ხაზები, ყურის ნიჟარები მკვრივია, დრეკადი, თავზე თმა კარგად აქვს განვითარებული.

დროულ ახალშობილს კარგად აქვს განვითარებული ფრჩხილები, ისინი ბოლომდე ფარავენ თითის ფალანგებს. დროულ ახალშობილ გოგონებში არ აღინიშნება სასქესო ნაპრალის ღიაობა, ვინაიდან დიდი სასქესო ბაგეები ფარავენ მცირე სასქესო ბაგეებს, ხოლო დროულ ახალშობილ ბიჭებში სათესლე პარკში ჩამოსულია სათესლე ჯირკვლები.

დროულ ახალშობილებს კარგად აქვთ განვითარებული თანდაყოლილი უპირობო რეფლექსები: წოვის, ყლაპვის, ქუთუთოების ხამხამის, რქოვანას, მთქნარების, სლოკინის, ხველის, ცემინების, შარდვის, დეფეკაციის რეფლექსები. კარგად რეაგირებს მკვეთრ შუქზე და ხმაურზე, აქვს სიელმე და ნისტაგმი. ხანგრძლივად სძინავს 22-23 სთ. ყოველგვარ გაღიზიანებაზე (შიმშილი, სისველე, ტკივილი) რეაგირებს ყვირილით.

დროულ ახალშობილს აქვს ლაბილური თერმორეგულაცია. მისი ტემპერატურა და მოკიდებულია გარემოს ტემპერატურაზე დაადვილად გადაცივდება და ადვილად გადახურდება. დაბადებისას ახალშობილის ტემპერატურა არის 37,5⁰-38⁰ გრადუსს. დაბადების შემდეგ იგი კლებულობს და ხდება 36,5⁰-37⁰. ახალშობილის პულსი არის 160-180 წუთში, სუნთქვის სიხშირე კი 40-60 წუთში. არტერიული წნევა მერყეობს 70-80 მმ.-35- 40 მმ-ზე ვერცხლისწყლის სვეტისა.

ახალშობილის შეფასება აბგარის შკალით

ახალშობილის მდგომარეობის შეფასება აბგარის შკალით ხდება ორჯერ დაბადებიდან 1 და 5 წუთის შემდეგ თითოეული ნიშანი ფასდება 2 მაქსიმალური ქულით, მინიმალური შეფასება კი - 0 ქულაა. თუ ახალშობილი მოაგროვებს 9-10 ქულას, იგი ითვლება კარგ, ძლიერ ახალშობილად, თუ მოაგროვებს 7-8 ქულას ახალშობილის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, საშუალოა, ხოლო თუ მოაგროვებს 5-6 ქულას-

ახალშობილი სუსტია. 3-4 ქულის მოგროვების შემთხვევაში ახალშობილი ითვლება მკვდრადშობილად. ახალშობილი ფასდება 5 კლინიკური ნიშნით: გულისცემის სიხშირე, სუნთქვითი მოძრაობები, კანის ფერი, რეფლექსური აგზნებადობა, კუნთთა ტონუსი.

შეფასება ქულებით	გულისცემის სიხშირე	სუნთქვა	კუნთთა ტონუსი	რეფლექსები (ცხვირის კათეტერზე გაღიზიანების რეაქცია)	კანის ფერი
0	არ არის	არ არის	არ არის	არა აქვს	მთლიანად თეთრია ანუ მკრთალი
1	100- ზე ნაკლებია	შენელებულია, არარეგულარული	აქვს კიდურების მოძრაობები	აქვს გრიმასები	ტანი ციანოზური, კიდურები ვარდისფერი
2	100- ზე მეტია	ხმამაღლა ყვირის	აქვს სხეულის აქტიური მოძრაობები	აქვს ხველა და ცხვირცემინება	მთლიანად ვარდისფერია

ახალშობილის პირველი ტუალეტი.

ახალშობილის დაბადების შემდეგ საჭიროა მისი განსაკუთრებული მოვლა. პირველ რიგში უნდა გავანთავისუფლოდ ზემო სასუნთქი გზები სანაყოფე წყლებისაგან, ლორწოსაგან, სისხლისგან, რათა მოხდეს ჩასუნთქვა, ამისათვის ვახდენთ ზემო სასუნთქი გზების ასპირაციას სპეციალური ასპირატორით და ამის შემდეგ ახალშობილი თავისუფლად ჩაისუნთვს.

შემდეგ ვატარებთ გონო-ბლენორეის პროფილაქტიკას, ამისათვის ორივე თვალში ვაწვეთებთ 30%-იანი ალბუციდის ხსნარის 2- 2 წვეთს. იგივეს ვიმეორებთ 2 საათის შემდეგ. ასევე ვაწვეთებთ იგივე ხსნარს ახალშობილ გოგონებს სასქესო ორგანოებზე, რათა თავიდან ავიცილოთ სასქესო ორგანოების ანთებითი დაავადებები.



ამის შემდეგ ვიწყებთ ჭიპლარის გადაკვანძვას. საჭიროა მაქსიმალური ასეპტიკის და ანტისეპტიკის დაცვა. დაბადების

შემდეგ 2-3 წუთში , როცა შეწყდება ჭიპლარში პულსაცია ,ვიწყებთ გადაკვანძვას. ჭიპლარის გადასაკვანძად ვადებთ ჭიპლარზე ერთ მომჭერს მუცლის კიდიდან 2-3 სმ-ის დაშორებით, მეორე მომჭერს კი ვადებთ პირველიდან 3-4 სმ-ის დაშორებით. მათ შორის ადგილს ვამუშავებთ 5 % -იანი იოდის ნაყენით და 95% სპირტით ,ვადებთ აბრეშუმის სტერილური ძაფით ნასკვს ან მეტალის კაუჭით და ვჭრით სტერილური მაკრატლით, ვადებთ სტერილური მარლით ნახვევს. 3-5 დღის შემდეგ ჭიპის ტაკვი მოვარდება და ჭიპის რგოლი უნდა დავამუშავოთ 1 % -იანი ბრილიანტის მწვანის ხსნარით ან 96 % -იანი სამედიცინო სპირტით.

ამის შემდეგ ბავშვს ვწონით, ვზომავთ სიგრძეს, თავის და გულმკერდის გარშემოწერილობას. ვასუფთავებთ ბავშვის კანს ბუნებრივ ნაოჭებში ხაჭოსებრი ნაცხისაგან, რათა არ განვითარდეს კანის ჩირქოვანი დაავადებები. თუ ბავშვის კანი ძალიან დასვრილია სისხლით, ლორწოთი შეიძლება დაბანაც. გოგონების ჩაბანა ხდება წინიდან უკან, ზემოდან ქვემოთ, რომ არ მოხდეს ინფექციის შეჭრა შარდსადენიდან.(ანატომ-ფიზიოლოგიური თავისებურებების გამო, გოგონას შარდსადენი მოკლე და ფართე) შემდეგ ბავშვს ვაცმევთ რბილ, მსუბუქ ტანსაცმელს და ვაწვენთ საწოლში.

ახალშობილის წონისა და სიმძლის მატების კანონზომიერებანი

პაწაწინას ჯერ კიდევ მაშინ ზომავენ და წონიან, როდესაც დედიკოს მუცელში ნებივრობს და მოთმინებით ელის ამქვეყნად მობრძანების დროს. დროული ახალშობილი ჩვეულებრივ 2500 დან 4000 გრამამდე იწონის. ბავშვი, როლის წონაც 2500 გრამზე ნაკლებია, სავარაუდოდ, ქვეყნიერებას დროზე ადრე მოევილინა. 4000 გრამზე მეტი წონის ახალშობილებს კი, მარტივად გიგანტებს უწოდებენ. სიცოცხლის პირველ გლეებში ახალშობილთა უმრავლესობა წონას იკლებს. დანაკლისი არც ისე ბევრია, საშუალოთ 150-200გრ-ს უტოლდება. დაბადების მე-4 დღიდან მიყოლებული , ჩვილი დანაკლისის ანაზღაურებას იწყებს და 2 კვირაში წონას მთლიანად აღიდგენს. წონის ფიზიოლოგიურ კლებას განაპირობებს წყლის დაკარგვა კანიდან, ფილტვებიდან, ასევე მოშარდვისა და ნაწლავების პირველი მოქმედების გზით. წონის კლება დამოკიდებულია ასევე ახალშობილიმ მასაზე (რაც უფრო მეტია მისითავდაპირველი წონა, მით მეტს კარგავს იგი), სქესზე (ბიჭუნები უფრო მეტს იკლებენ, ვიდრე გოგონები). 4-5 თვის ბავშვი 2-ჯერ მეტს იწონის ვიდრე დაბადებისას, ერთი წლის ასაკში კი მისი მასა სამმაგდება. პირველ თვეს ჩვილი 600გრ-ს იმატებს, მეორე თვეს 800-100გრ-ამს, მესამე თვეს 800გრ-სს. 6 თვემდე ასაკის ახალშობილის წონის გამოსაანგარიშებელი ფორმულაა: $m_{\text{ფ}}+(800 \times n)$, სადაც $m_{\text{ფ}}$ ახალშობილის დაბადების წონაა, 800გრ-ი საშუალო ნამატი 6 თვემდე, n -არის თვეების რიცხვი 6 თვემდე. თუ ბავშვი 6 -თვეზე მეტისსა ვსარგებლობთ შემდეგი ფორმულით: $m_{\text{ფ}}+(800 \times 6)+400 \times (n-6)$. სადაც 400გრ-ი არის საშუალო ნამატი 6 თვის ზემოთ, n -კი თვეების რიცხვი 6 -თვის ზემოთ.

დროული ახალშობილის სიგრძე 46-52სმ-ია, სასუალოდ-50 ითვლება, რომ ბიჭუნები უფრო გრძელები არიან, ვიდრე გოგონები. საზოგადოდ ახალშობილის სიგრძე მრავალ ფაქტორზეა დამოკიდებული. პირველ რიგში, მნიშვნელობა აქვს გენეტიკას, შემდეგ ორსულობისას დადიასა და ნაყოფს მიერ გადატანილ დაავადებებს და ა.შ. ბავშვი ინტენსიურად იზრდება პირველი წლის პირველ ნახევარში. წლის პირველ მეოთხედში ყოველთვიურად 3 სმ-ს იმატებს, მეორე მეოთხედში 2,5სმ-ს, მესამე მეოთხედში 2სმ-ს, ხოლო მეოთხე მეოთხედში სულ რაღაც 1სმ-ს. წლის ბოლოსთვის ნამატი დაახლოებით 25 -სმ-ია, ანუ მთლიანობაში ჩვილის სიგრძე 75სმ-ს შეადგენს. ბავშვის სიგრძის გამოსათვლელად საჭიროა შემდეგი კანონზომიერებანი: 6 თვის ბავშვი დაახლოებით 66სმ-ია რამდენი თვითაც უმცროსია ჩვილი, იმდენ 2,5 სმ-ს აკლებთ და რამდენი თვითაც უფროსია, იმდენ 1,5სმ-ს ამატებთ. მაგ: 4 თვის ბავშვის სიგრძე იქნება $66-(2 \times 2,5)=61$ სმ, ხოლო 10 თვის პატარას $66+(4 \times 1,5)=72$ სმ. ერთი წლის შემდეგ ზრდის ტემპი ნელ-ნელა იკლებს. მეორე წლის განმავლობაში პაწაწინა სულ 10-12 სმ-ით მაღლდება, მესამე წლის განმავლობაში -8სმ-ით, ხოლო მე4-მე5 წელს სულ რაღაც 4-6 სმ-ით. ამის შემდეგ სიმაღლის ყოველწლიური ნამატი საშუალოთ 5 სმ-ია. ახალშობილის თავდაპირველი სიგრძე 4 წლის ასაკში ორმაგდება, ხოლო 12 წლის ასაკში სამმაგდება. თანამედროვე ბავშვები საუკუნის წინანდელ თანატოლებთან შედარებით უფრო მაღლები არიან. ამ მოვლენას აქსელერაცია ეწოდება. მიჩნეულია, რომ 4 წლის ბავშვი 100 სმ-ი სიმაღლისაა. 4 წლამდე უნდა იყოს $100-8x(4-n)$, სადაც n არს წლების რიცხვი 4 წლამდე, 4 წლის შემდეგ კი- $100+6x(n-4)$, სადაც n წლების რიცხვია 4 წლის ზემოთ.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარების ეტაპები

ა ს ა კ ი	მოტორული უხ ეშიმოდრაობა	მოტორულინატიფიმ ოდრაობა	მეტყველება,ემოცია	სოციალურიადაპტაცია
1	2	3	4	5
1 თ 3 ე	ცდილობს მუცე ლზეწოლისას ტ ავისწამოწევას	აფქსირებსმზერასსინ ათლეზე დამცირე ხნ ითმოდრავსაგნებზე.	კრთება ხმაურზე	კვების დროსაკვირდებ ადედის სახეს

2 თ 3 ე 3 თ 3 ე	თავა უჭირავსწორად, მუცელზე ეწოლისას გუმკერდსწევს.	მჭიდროარახანგრძლივი ტაცება,თვალს აყოლებსმომარგ საგნებს.	ილიმებალაპარაკის ანგალიმებისსაპასუხოდ.	კვების დროსაკვირდებადედის სახეს
3 თ 3 ე	მუცელზე წოლისასეყრდნობა იდაყვებს,თავისუფლადუჭირავს თავი.	მოსვენებულმდგომარეობაშიხელის მტევანითავისუფალი,აფიქსირებსმზერას უძრავსაგნებზე.	ღულუნებს	ნაცნობიადამიანებისადასაგნებისდანახვაზეგამოხატავსიხარულსფეხებისმომრავობით დაბგერებით.
4 თ 3 ე	ბრუნდებაზურგიდანმუცელზე, ეყრდნობამტევნებს	კვების დროსხელს უშვებსძუმუს, ბოთლს, იტაცებსსათამაშოს	ხმამალაიციინის,ატრიალებს თავსბგერებისმიმართულებით.	იწყებს გარემოსდათვალეიერებას
5 თ 3 ე	ბრუნდებაზურგიდანმუცელზე, ეყრდნობამტევნებს	მშობლებისხელიდან იღებსსათამაშოს,გადააქვს ერთიხელიდანმეორეში.	ხანგრძლივადღულუნებს,ცნობს დედი სხმას, ასხვავებსალერსიან დამკაცრინტონაციას.	ასხვავებს უცხოპირებს ნაცნობებისგან.
6 თ 3 ე	ჯდება სხვისიდახმარების გარეშე	ერთი ხელითიღებსსათამაშოს	იწყებსმარცვლებისწარმოთქმას(„მა,, „ბა,, „და,,)	ასხვავებს უცხოპირებს ნაცნობებისგან.
7 თ 3 ე	იწყებს ცოცვას, ჯდებადამოუკიდებლად	ათვალეიერებსდა ერთიმეორესურტყამსათამაშობს	წარმოთქვამსმარცვლებს	კვებისასცდილობსკოვზის ხელშიდაჭერას

8 თ 3 ე	ცოცავს, სატდენ ზეხელის მოკი დებითდგება	სათამაშოებითდიდხა ნსერთობა, ბამაცსუფ როსებისქცევას. ს	ტიტინებს	კვებისასცდილობსკოვ ზის ხელშიდაჭერასს
9 თ 3 ე ი	დადის, როცა ო რივეხელზე უფ როსებსაქვთ ხე ლიჩაჭიდეებულ ი	სათამაშოსიჭერს 2თი თით,ისვრის,აგორავე ს,ყუთიდან იღებსსათ ამაშოს.	იცის თავისსახელი, კითხვაზე სადარის სათამაშო ****, ორჩე ვსშესაბამისსათამაშ ოს	უფროსებისთხოვნითუ კრავს ტაშს,იქნევს ხელ ს
1 0 - 11 თ 3 ე	დამოუკიდებლა დშეუძლია აცო ცდესმცირე სიმ ალეზე	ისვრისსათამაშებს,აგ ორავებს,იღებსყუთი დან	წარმოთქვამსპირვე ლსიტყვებს- „დედა,, , „მამა,,	დაკვირვებითიკვლევსგ არემოს,თამაშობსმშობ ლებთანერთად
1 2 თ 3 ე	დგასდამოიკიდ ებლად	ალებს დახურავს ყუთ ს,უსვამს ფანქარსქალა ლზე.	იცის ორიოდესითყ ვა „დედის,,და „მამ ის,,გარდა,მეტყველე ბსთავის ენაზე	ასრულებსმოზრდილთ აელემენტარულმოთხო ვნებს

დღენაკლული ახალშობილის დახასიათება



დღენაკლულ ახალშობილად ითლება ახალშობილი , რომელიც დაიბადება 22-37 კვირიანი ორსულობიდან, წონით 2500 გრამზე ნაკლები , სიგრძით 48 სმ-ზე ნაკლები.დღენაკლულობის მიზეზებია: დედის სომატური ,ინფექციური და სასქესო ორგანოების დაავადებები, პლაცენტის ანომალიები, მემკვიდრეობითობა,

მრავალნაყოფიანობა, რეზუს- და სისხლის ჯგუფობრივი შეუთავსებლობა, დედის ასაკი და ა. შ.

არჩევენ დღენაკლულობის 4 ხარისხა: ! ხარისხს მიეკუთვნება ახალშობილები, რომელთა წონა მერყეობს 2500-დან 2001 გრამამდე, 11 ხარისხის დღენაკლულების წონა მერყეობს 2000-

დან 1501 გრამამდე, !!! ხარისხის დღენაკლულები იწონიან 1500- დან 1001 გრამამდე, ხოლო 4 ხარისხის დღენაკლულები იწონიან 1000 გრამზე ნაკლებს, მათ ნაყოფი ეწოდება,

დღენაკლულ ახალშობილებს აქვთ დიდი თავი ტანთან შედარებით, კიდურები მოკლე, სხეულის შუა წერტილი მოთავსებულია ჭიპის ქვემოთ.დღენაკლულ ახალშობილებს ღია აქვთ დიდი და მცირე ყიფლიბანდები. ღრმა დღენაკლულებს ღია აქვთ 2 გვერდითი ყიფლიბანდიც, რომელიც მოთავსებულია თხემის, კეფის და საფრთქლის ძვლებს შორის. დღენაკლულ ახალშობილებში გულმკერდის გარშემოწერილობა მით უფრო ჩამორჩება თავის გარშემოწერილობას, რაც უფრო პატარაა ბავშვი.

ახალშობილის კანი მუქი წითელია, დანაოჭებული , უხვად არის დაფარული ღინღლით, ზოგჯერ სახეზეც. უხვია ხაჭოსებრი ნაცხიც, ხშირია სისხლჩაქცევები კანზე და ლორწოვანებზე. ასევე უხვია მილიაც. ხელის და ფეხის გულებზე ხაზები სუსტად არის გამოსახული. ყურის ნიჟარები რბილია მჭიდროდ არის მიკრული თავის ქალაზე. მოტორიკა შენელებული აქვთ, განუწყვეტლივ სძინავთ. დღენაკლულ ახალშობილებში სუსტად არის განვითარებული კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილი და კუნთოვანი სისტემა. დღენაკლული ახალშობილი არ ყვირის ან ყვირის სუსტად.

დღენაკლულებს სუსტად აქვთ ან საერთოდ არა აქვთ განვითარებული თანდაყოლილი ანუ უპირობო რეფლექსები. ღრმა დღენაკლულებს არა აქვთ წოვის და ყლაპვის რეფლექსი. დღენაკლულ ახალშობილებს კარგად არა აქვთ განვითარებული ფრჩხილები და ისინი ბოლომდე არ ფარავენ თითის ფალანგებს.

დღენაკლულ ბიჭებში სათესლე პარკი ცარიელია და არ არის ჩამოსული სათესლე ჯირკვლები , ხოლო გოგონებში კი სასქესო ნაპრალი ღიაა, ვინაიდან დიდი სასქესო ბაგეები არ ფარავენ მცირე სასქესო ბაგეებს.

დღენაკლულ ახალშობილებში თერმორეგულაცია ძალიან ლაბილურია და მისი ტემპერატურა ძალიან არის დამოკიდებული გარემოს ტემპერატურაზე და ახალშობილი ადვილად გადახურდება და ადვილად გადაცივდება. სუნთქვა ზერელეა, არიტმული, 40-60 წთ-ში, გულის ტონები მოყრუებული, არიტმული,

დღენაკლული ახალშობილის მოვლა

მისი მოვლა რთულია. ბავშვები რომელთა წონა 2000 გრ-ზე ნაკლებია თავსდებიან სპეციალურ საწოლებში ე. წ. კუვეზებში. სადაც შექმნილია სპეციალური ტემპერატურა და საჭირო ტენიანობა. კუვეზებში ბავშვი თავსდება 2-3 დღიდან 7-8 დღემდე, ზოგჯერ 2 კვირამდე. 3-4 დღეში ერთხელ კუვეზებს სცვლიან, თუ ბავშვის წონა გადააჭარბებს 2000 გრ-ს გადაჰყავთ ჩვეულებრივ ბავშვის საწოლში დღენაკლული ბავშვის ოთახში ჰაერის ტემპერატურა შედარებით მაღალია 23-24

ღრმა დღენაკლ ახალშობილებს არ აქვთ ყლაპვის და წოვის რეფლექსები ,ასეთ ბავშვებს კვებავენ ზონდის საშუალებით, თუ ბავშვს აქვს ყლაპვის რეფლექსი და არა აქვს წოვის რეფლექსი ,ასეთებს კვებავენ შპრიცით.

საკონტროლო კითხვები:

1. რას შეისწავის პედიატრია?
2. ჩამოთვალეთ ბავშვთა ასაკის პერიოდები.
3. დაახასიათეთ ნეონატოლოგიური პერიოდი.

4. რამდები ნიშნით ფასდება დროული ახალშობილი.
5. როდის ითვლება ახალშობილი დროულად.
6. რა არის milia.
7. ჩამოთვალეთ ახალშობილის თანდაყოლილი რეფლექსები.
8. როდის ითვლება ახალშობილი დღენაკლულად.
9. ჩამოთვალეთ დღენაკლულობის ხარისხები.
10. დღენაკლული ახალშობილის მოვლა.

ერთ წლამდე ასაკის ბავშვთა კვება.

ბავშვთა კვება მნიშვნელოვან გავლენას ახდენს მათფოზოკურ და ფსიქო-მოტორულ განვითარებაზე, ასევე იმუნიტეტის ჩამოყალიბებაზე. 1 წლამდე ასაკის ბავშვებისთვის არსებობს სამი სახის კვება: ბუნებრივი, შერეული და ხელოვნური.

ლაქტაცია და ჰიპოგალაქტია

ორსულობის დაწყების შემდეგ სარძევე ჯირკვალი ემზადება რძის გამომუშავებისათვის. რძის გამომუშავების პროცესს სარძევე ჯირკვალში ლაქტაცია ეწოდება. დიდი რაოდენობით რძის გამომუშავებას ჰიპერლაქტაცია ეწოდება, რძის ნაკლები რაოდენობით გამომუშავებას ჰიპოგალაქტია ეწოდება, რძის არარსებობას კი აგალაქტია.

ჰიპოგალაქტიის ორი ხარისხი არსებობს: პირველადი ანუ ადრეული და მეორადი ანუ მოგვიანებითი. პირველადი ჰიპოგალაქტია ვლინდება ლოგინობის პირველივე დღეებში, ხოლო მეორადი შედარებით მოგვიანებით 1-2 თვის შემდეგ.

ჰიპოგალაქტიის 4 ხარისხს არჩევენ: 1 ხარისხის ჰიპოგალაქტიის დროს არის რძის 20%-იანი დეფიციტი, !! ხარისხის დროს რძის დეფიციტი 50%-ია, 3 ხარისხის დროს დეფიციტი 75%-ია, 4 ხარისხის დროს კი დეფიციტი 75% ზე მეტია. პირველადი ჰიპოგალაქტიის გამომწვევი მიზეზებია ნეირო-ენდოკრინული დისფუნქცია, მშობიარობის სტრესები და ა. შ. ამის მოსახსნელად საკმარისია ჰორმონოთერაპია { მაგ. ოქსიტოცინი, პიტუიტრინი.} და ფსიქოთერაპია. მეორადი ჰიპოგალაქტია კი გამოწვეულია ბავშვის კვების რეჟიმის დარღვევით, (ძუძუსთან გვიან მიყვანა, არარეგულარული კვება, ძუძუს არასრული დაცლა, მეძუძური ქალის რეჟიმის დარღვევა, უძილობა, სტრესები და სხვ.) ამ დროს კარგ ეფექტს იძლევა ვიტამინოთერაპია, კერძოდ ნიკოტინის მჟავა, ვიტ. B 12, ვიტ. E, აპილაკი და სხვ.

ბუნებრივი კვება



კვების ისეთ წესს, როდესაც ბავშვი დაბადებიდან 5-6 თვემდე იკვებება მხოლოდ ქალის რძით, ხოლო 5-6 თვიდან¹ წლამდე ქალის რძესთან ერთად იღებს დამატებით საკვებს, ბუნებრივი კვება ეწოდება.ჯანმრთელი ახალშობილი ძუძუზე მიჰყავთ დაბადებიდან 2 საათის განმავლობაში.ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება ხელს უწყობს დედის და ბავშვის ჯანმრთელობის სწრაფ აღდგენას, წოვის აქტის ზემოქმედებით დედის ორგანიზმში გამომუშავდება ჰორმონი ოქსიტოცინი,რომელიც ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და საშვილოსნოს ნორმალურ ზომებში სწრაფ დაბრუნებას. ასევე ხელს უშლის სისხლდენების განვითარებას საშვილოსნოდან, ასევე ადრეულად ყალიბდება ლაქტაცია და უფრო ხანგრძლივად გრძელდება. ბუნებრივი კვება ზოგავს დედის დროს, ფინანსებს და ჯანმრთელობას.

ქალის რძის შემადგენლობა

ლაქტაციის სხვადასხვა პერიოდში რძის შემადგენლობა სხვადასხვაგვარია. პირველი 3-4 დღის განმავლობაში გამოიყოფა უმწიფარი რძე ანუ ხსენი, 4-5 დღის შემდეგ 2-3 კვირის განმავლობაში გამოიყოფა გარდამავალი რძე, 2-3 კვირის შემდეგ ლაქტაციის ბოლომდე გამოიყოფა მწიფე რძე.

ხსენი- სქელი, მოყვითალო ფერის , ბლანტი , ოდნავ წებოვანი სითხეა. იგი მსხვილი წვეთების სახით გამოიყოფა ძუძუს დერილიდან, ხსენი აუცილებელი საკვები პროდუქტია ახალშობილისათვის , ვინაიდან ხსენი შეიცავს უფრო დიდი რაოდენობით ცილებს, მინერალურ მარილებს და ვიტამინებს, ვიდრე მწიფე რძე . შეიცავს დიდი რაოდენობით დამცველ იმუნურ ანტისხეულებს, კერძოდ იმუნოგლობულინ A, ანტისტაფილოკოკურ ანტისხეულებს, რომლებიც იცავენ ბავშვებს ანთებითი და სეპტიური დაავადებებისაგან, რეზისტენტულ ფაქტორს, რომელიც იცავს ბავშვს ნაწლავური დაავადებებისაგან.

ხსენი მაღალკალორიული პროდუქტია, ვინაიდან მისი 100 გ შეიცავს 140- 150 კკალ, როდესაც მწიფე რძის 100 გ შეიცავს 70-80 კკალ-ს.

ქალის რძის დახასიათება და მისი შედარება

ძროხის რძესთან

ქალის რძე თეთრი ფერის, ნეიტრალური რეაქციის, თავისებური სუნის სითხეა. ქალის რძე, ისევე როგორც ძროხის რძე შეიცავს ძირითად საკვებ ინგრედიენტებს: ცილებს, ცხიმება, ნახშირწყლებს, მინერალურ მარილებს და ვიტამინებს. მაგრამ ურთიერთშეფარდება მათ შორის სხვადასხვაა. ქალის რძეში ც : ცხ : ნახშ. არის 1 : 3 : 6, ხოლო ძროხის რძეში ეს შეფარდება არის 1 : 1 : 3. ქალის რძის ცილა უფრო მეტად წარმოდგენილია ადვილად ასათვისებელი ლაქტოალბუმინით და ლაქტოგლობულინით. მცირე რაოდენობით კი შეიცავს ძნელად ასათვისებელ კაზეინს. ქალის რძის ცილა თითქმის იდენტურია ბავშვის სისხლის შრატის ცილების, ამიტომ მას შეუძლია თითქმის დაუშლელად განვლოს ბავშვის ნაწლავის კედელი და მთლიანად აითვისოს ბავშვის ორგანიზმმა. ეს ძალიან მნიშვნელოვანია სიცოცხლის პირველ დღეებში, როცა დაბალია საჭმლის მომნელებელი სისტემის ფერმენტების აქტივობა. ძროხის რძე კი შეიცავს უფრო მეტი რაოდენობით კაზეინს და ნაკლები რაოდენობით ალბუმინს და გლობულინს, კაზეინი ბავშვის კუჭში დედდება მსხვილ კომპეტებად, რომელიც ძნელი ასათვისებელია ახალშობილისათვის..

ქალის რძის ცხიმი უფრო მეტად წარმოდგენილია თხევადი უჯერი ცხიმოვანი მჟავებით, რომლებიც ადვილი ადვილად იშლება და ადვილად აითვისება ბავშვის ორგანიზმის მიერ, ძროხის რძე შეიცავს დიდი რაოდენობით მყარ ცხიმოვან მჟავებს, რომლებიც ძნელად იშლებიან და შეითვისებიან.

ქალის რძის ნახშირწყალი უფრო დიდი რაოდენობით შეიცავს ბეტა - ლაქტოზას, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ნაწლავებში ნორმალური ბაქტერიული მიკროფლორის ჩამოყალიბებას, კერძოდ *bact. Bifidum*-ის გამრავლებას, ასევე ხელს უწყობს B ჯგუფის ვიტამინების და ცილების სინთეზს, ძროხის რძე კი წარმოსგენილია ალფა ლაქტოზით, რომელიც ხელს უწყობს ბავშვის ნაწლავებში პირობით პათოგენური ფლორის, კერძოდ *Bact. Coli*-ს გამრავლებას უწყობს ხელს, და ხელოვნურ კვებაზე მყოფ ბავშვებში ხშირია ნაწლავური დაავადებები.

ქალის რძე დიდი რაოდენობით შეიცავს საჭმლის მომნელებელ ფერმენტებს, მაგ. პეპსინს, ტრიფსინს, ლიპაზას, ამილაზას და სხვ. ისინი მონაწილეობენ ცილების, ცხიმების და ნახშირწყლების დაშლაში, ძროხის რძის ფერმენტები კი ნაკლებად ეფექტურია ბავშვებისათვის.

ქალის რძე მდიდარია ვიტამინებით, კერძოდ ცხიმში ზსნადი ვიტამინებით: A, D, E ვიტამინებით, ძროხის რძე მდიდარია B ჯგუფის ვიტამინებით, მაგრამ რძის თერმული დამუშავებისას და განზავებისას ეს უპირატესობა ქრება.

ქალის რძეში მინ. მარილები არასაკმარისი რაოდენობითაა, მაგრამ რკინის, სპილენძის თუთიის მარილები 3- 4- ჯერ მაინც სჭარბობს, ვიდრე ძროხის რძეში, თან ქალის რძიდან სრულად აითვისება, ძროხის რძეში სჭარბობს ნატრიუმის და მაგნიუმის მარილები, მაგრამ თერმული დამუშავებისას და განზავებისას ეს უპირატესობა ქრება. ქალის რძეში მცირე რაოდენობითაა ფოსფორის მარილები, მაგრამ P : Ca ქალის რძეში არის 2 : 1, რაც ადვილად ასათვისებელს ხდის ამ მარილებს.

ქალის რძე მდიდარია იმუნური ანტისხეულებით, რომლებიც ბავშვს იცავენ სხვადასხვა დაავადებებისაგან, მაგ. წითელასგან, წითურასგან, ჩუტყვავილასგან, ყბაყურასგან, ნაწლავური და სეპტიური დაავადებებისაგან, ნაკლებად იცავს დიფტერიისაგან,

ყვიანახველასგან. გარდა ამისა, ქალის რძეს ბავშვი იღებს თითქმის სტერილური სახით და ქალის რძის ტემპერატურა იდეალურია საკვების მონელებისათვის.

ყოველივე ზემოთ თქმული მიუთითებს ქალის რძის აშკარა უპირატესობაზე ხელოვნურ ნარევეებზე, რაც მიუთითებს ბუნებრივი კვების უპირატესობაზე კვების სხვა წესებთან შედარებით.

გარდა ამისა, წოვის პროცესი ლაქტაციის სტიმულია, ხელს უწყობს საშვილოსნოს შეკუმშვას და სისხლდენის თავიდან აცილებას, აგვიანებს მენსტრუაციული ციკლის განახლებას და განმეორებით დაორსულებას უშლის ხელს, ქალს იცავს სარძევე ჯირკვლის სიმსივნისგან, გარდა ამისა, წოვას აქვს ფსიქოლოგიური მომენტები: აძლიერებს დედურ გრძნობას, ავიწყებს მშობიარობის ტკივილებს, ხელს უშლის ნევროზების განვითარებას, დედას და შვილს შორის მყარდება მჭიდრო ურთიერთობა.

ძუძუთი კვების ტექნიკა



ჯანმრთელი ახალშობილი ძუძუზე მიჰყავთ დაბადებიდან 2 - სთ-ის განმავლობაში. კვების წინ დედამ უნდა დაიბანოს ხელები და მოიბანოს თბილი წყლით არეოლა, შემდეგ გამოიწველოს რამოდენიმე წვეთი, რათა გასუფთავდეს სარძევე სადინარები შეჭრილი ბაქტერიებისგან და გადაღვაროს.

მშობიარობის შემდეგ პირველ დღეებში ქალი ბავშვს კვებავს მწოლიარე მდგომარეობაში, რამოდენიმე დღის შემდეგ კი მჯდომარე. პირველ კვირებში კვების ხანგრძლივობა 20- 30 წთ-ია, შემდომ კი-15- 20 წთ. ნორმალური ლაქტაციის დროს ერთ კვებაზე ჰყოფნის ერთი ძუძუ, კვების შემდეგ აუცილებელია სარძევე ჯირკვლის სრული დაცლა, რათა სარძევე ჯირკვალში ჩადგეს უფრო მეტი და ახალი რძე. თუ დედას აქვს ჰიპოგალაქტია და ბავშვს ერთ კვებაზე არ ჰყოფნის ერთი ძუძუ, და აძლევს მეორესაც, მაშინ უნდა გამოიწველოს ის სარძევე ჯირკვალი, რომლითაც დაიწყო კვება, შემდგომი კვება უნდა დაიწყოს იმ ძუძუთი, რომლითაც დამთავრდა წინა კვება და დააცარიელოს ეს სარძევე ჯირკვალი. მომდევნო კვებას კი იწყებენ იმ ძუძუთი, რომლითაც დამთავრდა წინა კვება. ძუძუს სრული დაცლა ხელს უწყობს, რომ სარძევე ჯირკვალში ჩადგეს ახალი და დიდი რაოდენობით რძე, თან ქალს იცავს მასტიტისგან, (სარძევე ჯირკვლის ანთება).

ახალშობილის კვების რეჟიმი

კვების რეჟიმის დადგენა ხდება ბავშვის ასაკის და დედის რძის რაოდენობის მიხედვით. კვების რეჟიმის ორი ფორმა არსებობს : 1) თავისუფალი და 2) საათობრივი. თავისუფალი რეჟიმის მიხედვით ბავშვის კვება ხდება მისი სურვილის და მოთხოვნილების მიხედვით , ანუ როცა ბავშვი მოითხოვს, (როცა იტირებს).განსაკუთრებით სიცოცხლის პირველ თვეებში. საათობრივი რეჟიმის მიხედვით კი პირველი 1- 2 თვის განმავლობაში იმყოფება 7 -ჯერად კვებაზე, 2 თვიდან 5 თვემდე იმყოფება 6 - ჯერად კვებაზე, 5 თვიდან 1 წლამდე კი- 5- ჯერად კვებაზე. კვებათა შორის შუალედში ბავშვს შეგვიძლია მივცეთ ანადუღარი წყალი, კამის წყალი, ჰიპის ჩაი, ოდნავ მოტკბო ჩაი .ზოგი ბავშვი არ სვამს წყალს, რადგან მის მოთხოვნილებას იკმაყოფილებს ქალის რძით.

საკვების რაოდენობის გამოთვლა

არსებობს საკვების რაოდენობის გამოთვლის რამოდენიმე მეთოდი. დაბადებიდან 2 კვირის განმავლობაში ყველაზე მოსახერხებელია შემდეგი მეთოდი: ვიყენებთ შემდეგ ფორმულას 10 დღემდე ბავშვს ვაძლევთ ერთ კვებაზე -10 n-ზე, სადაც n ბავშვის სიცოცხლის დღეთა რიცხვია. მაგ. 3 დღის ბავშვს ერთ კვებაზე ეკუთვნის $10 \times 3 = 30$ გ-ს 7 დღის ბავშვს ეკუთვნის $10 \times 7 = 70$ გ-ს ერთ კვებაზე. 10 დღის ბავშვს ეკუთვნის $10 \times 10 = 100$ გ-ს.10 დღიდან 14 დღის ჩათვლით ერთ კვებაზე ეკუთვნის 100გ. 2 კვირის შემდეგ ვიყენებთ შემდეგ მეთოდებს : მოცულობითი და კალორიული მოცულობითი მეთოდის გამოყენებისას უნდა ვიცოდეთ ბავშვის ასაკი და წონა.ამ მეთოდის მიხედვით 2 კვირიდან 2 თვემდე ბავშვს ეძლევა დღე-ღამეში თავისი წონის 1/5, 2 თვიდან 4 თვემდე ეძლევა დღე-ღამეში თავისი წონის 1/6 , 4- დან 6 თვემდე .1/7, 6 -დან 8 თვემდე 1/8, 8- დან 12 თვემდე 1/9 ან 1/10. მაგ. 1 თვის 4- კგ -იან ანუ 4000გ-იან ბავშვს დღე-ღამეში ეკუთვნის 4000/ 5-ზე. მივიღებთ 800 გ რძეს, ეს არის ამ ასაკის და ამ წონის ბავშვის რძის სადღეღამისო ნორმა, შემდეგ 800 უნდა გავყოთ იმ ციფრზე, რამდენჯერაც ვკვებავთ ბავშვს , მაგ. 1 თვის ბავშვი უნდა იკვებებოდეს 7- ჯერ , იმისათვის , რომ გავიგოთ რამდენი გრამი რძე სჭირდება ამ ბავშვს ერთ კვებაზე, სადღეღამისო რაოდენობას 800 გ-ს ვყოფთ კვების სიხშირეზე ანუ 7- ზე, მივიღებთ დაახლოებით 110- 115 გ-ს , ეს არის ერთ კვებაზე საჭირო რძის რაოდენობა.

კალორიული მეთოდის მიხედვით დაბადებიდან 3 თვემდე დღე-ღამეში 1 კგ/ წონაზე ბავშვს ეკუთვნის 125 კკალ, 3- დან 6 თვემდე ეკუთვნის 120 კკალ, 6 დან 9 მდე - 115 კკალ, 9- დან 12- მდე 110 კკალ. მაგ, 1 თვის 4- კგ- იან ბავშვს ეკუთვნის დღე-ღამეში $4 \times 125 = 500$ კკალ.

ვიცით ,რომ ქალის 100გ რძე იძლევა 70 კკალ-ს, უნდა შევადგინოთ პროპორცია, თუ 100გ ქალის რძე -----70 კკალ, მაშინ

Xგ ქალის რძე-----500 კკალ , აქედან

100x500

X= -----=790-გ

70

ანუ ამ ბავშვს დღე-ღამეში ეკუთვნის 790გ რძე { ანუ დაახლოებით 800გ }, აქაც ერთ კვებაზე საჭირო რძის რაოდენობა რომ გავიგოთ სადღეღამისო რძის რაოდენობა $790 / 7 = 110$ გ რძეს. ამ მეთოდის სარგებლობისას უნდა ვიცოდეთ ბავშვის ასაკი და წონა.

მიუხედავად იმისა, რომ ბუნებრივი კვება ოპტიმალურია ბავშვისთვის და თანამედროვე პედიატრები გვირჩევენ . რომ 5-6 თვემდე ქალის რძის გარდა არ მივცეთ არაფერი, ჩვენი გამოცდილებიდან გირჩევთ 1 თვის ასაკიდან ბავშვს უნდა მივცეთ ხილის და ბოსტნეულის წვენები, (ვაშლის, ალუბლის, სტაფილოს, ბროწეულის, ჭერმის, გარგარის). თავიდან ვაძლევთ წვენის 1 -2 წვეთს, ვაკვირდებით ბავშვის მდგომარეობას, თუ არ ექნება გულისრევა, პირღებინება, სიცხე, გამონაყარი კანზე , ხასიათის შეცვლა და ა. შ. მაშინ მეორე დღეს ვზრდით 5-6 წვეთამდე და ასე ვზრდით 30-50გ- მდე. წვენს ვაძლევთ კვების შემდეგ, დილა-საღამოს, არ არის რეკომენდირებული წვენების ერთმანეთში შერევა. 3 თვიდან შეგვიძლია ხილის გახეხილი პიურეს სახით მიცემა.

3-4 თვიდან ბავშვს ვაძლევთ მაგრად მოხარშულ კვერცხის გულს, (კვერცხი კარგად გავრეცხოთ გამდინარე წყალში), პირველად ვაძლევთ 1/8-ს, ჩაის კოფზით რძეში გახსნილი , ვაკვირდებით და თუ კარგად აიტანა, დღეგამოშვებით მივცემთ, დოზას თანდათან გავზრდით 1/2- მდე. 3-4 თვიდან შეგვიძლია მივცეთ აგრეთვე ხაჭოც, იმავე მეთოდით, როგორც წვენის და კვერცხის დროს.

მემუბური ქალის რეჟიმი და დიეტა

მემუბური ქალი დღეღამეში გამოიმუშავებს დაახლოებით 1 ლიტრს , ზოგჯერ მეტ რძესაც.რძის გამოიმუშავებისათვის საჭირო ძირითადი საკვები ინგრედიენტები: ცილები, ცხიმები, ნახშირწყლები, ვიტამინები და მინ. მარილები. ამიტომ მემუბურ ქალს ესაჭიროება მეტი საკვები ინგრედიენტები. მემუბური ქალის ყოველდღიურ რაციონში უნდა შედიოდეს 120- 130 გ ცილა, 110-120გ ცხიმი, 500გ ნახშირწყალი, დღე-ღამის კალორაჟი უნდა შეადგენდეს 3500-4500 კკალ.მოხმარებული სითხის რაოდენობა უნდა გაიზარდოს 1-1,5 ლიტრით. საკვები უნდა იყოს მრავალფეროვანი და შედგებოდეს ისეთი პროდუქტებიდან , რომლებიც შეიცავენ ცილებს, (რძე, ხაჭო, ყველი, ზორცი, თევზი, კვერცხი), შეიცავდეს ცხიმებს (ცხოველური და მცენარეული ცხიმი, მაგ. კარაქი, ზეთი), ნახშირწყლებს (პური, ბურღულეული, ბოსტნეული), ვიტამინების სახით უნდა მიიღოს დიდი რაოდენობით ახალი ხილი და ბოსტნეული , ასევე მინ. მარილებისთვისაც. არ უნდა მიიღოს ნიორი, ხახვი, მწარე და სანელებლიანი საკვები , რადგან ისინი რძეს აძლევენ სპეციფიკურ სუნს და გემოს და ბავშვი აღარ იღებს ძუძუს პირში. ასევე აკრძალულია ყავა, თამბაქო, ალკოჰოლი, მრავალი მედიკამენტი.

წინააღმდეგ ჩვენებანი ბუნებრივი კვების დროს

დედისა და ბავშვის მხრივ

არსებობენ დაავადებები , რომლებიც ხელს უშლიან ბუნებრივ კვებას დროებით ანუ შეფარდებითი, მუდმივი ანუ აბსოლუტური. ბავშვის მხრივ აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენებებია: თავის ტვინში სისხლის მიმოქცევის მოშლა, ღრმა დღენაკლულობა, გულ-სისხლძარღვთა და სასუნჭი სისტემის მძიმე დაავადებები, ასეთ დროს ზონდის საშუალებით ვაძლევთ გამოწველილ დედის ან დონორის რძეს. ბავშვის მხრივ შეფარდებითი წინააღმდეგჩვენებებია: სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი, რინიტი, სტომატიტი, ოტიტი, ენის მოკლე ლაგამი, თანდაყოლილი კბილები. დედის მხრივ აბსოლუტური დაბრკოლებებია: გულის უკმარისობა, გულის მძიმე დაავადებები: მანკები, ენდო, მიო და პერიკარდიტები, თირკმლის უკმარისობა, ავთვისებიანი სიმსივნეები, სისხლის მძიმე დაავადებები, ბაზედოვის დაავადება, მწვავე ფსიქიური დაავადებები , აგალაქტია და სხვ. დედის მხრივ შეფარდებითი დაავადებებია: არასწორი ფორმის დვრილები, (მაგ. ძალიან პატარა, ბრტყელი), ძუძუს დვრილის ნახეთქები და ნასკდომები, მკვრივი და ძალიან პატარა ძუძუები, ჩირქოვანი მასტიტი, ისტერია, გალაქტორეა , ჰიპოგალაქტია, მწვავე ინფექციური დაავადებები, ათამანგი, ტუბერკულოზი.

შერეული კვება



კვების ისეთ წესს, როცა ბავშვი დაბადებიდან 5-6 თვემდე დედის რძესთან ერთად იღებს შემატებით საკვებსაც, ხოლო 5-6 თვიდან იღებს დამატებით საკვებსაც, შერეული კვება ეწოდება, თუ ქალის რძე დღეღამის რაციონში $2/3$ ან $3/4$ -ია, მაშინ ასეთი კვება უახლოვდება ბუნებრივს, ხოლო თუ ქალის რძე $1/2$ -ია, მაშინ კვება უახლოვდება ხელოვნურს. შერეული კვების ჩვენებებია დედის მხრივ ჰიპოგალაქტია, სოციალურ-საყოფაცხოვრებო პირობები და სხვ. ბავშვის მხრივ ჩვენებებია: სისხლის ზოგიერთი დაავადება, ალერგიული დიათეზის და ანემიის ზოგიერთი ფორმები და სხვ. შერეული კვების დროს შემატებითი საკვები შეიძლება ორი გზით. შემატებით საკვებს ვაძლევთ ან ყოველი ძუძუთი კვების შემდეგ ან მონაცვლეობით, ერთ კვებაზე ძუძუ, მეორე კვებაზე შემატებითი საკვები და ასე მონაცვლეობით. ქალის რძის დეფიციტის რაოდენობა დგინდება საკონტროლო აწონვით, ბავშვს ჩაცმულს ვწონით უშუალოდ კვების წინ და კვების შემდეგ, სხვაობა არის გამოწვევილი რძის რაოდენობა. საკონტროლო აწონვა შერეული კვების დროს ტარდება ხშირად, რომ ბავშვმა მიიღოს საკმარისი რძის რაოდენობა ასაკის შესაბამისად. შემატებით საკვებად ვიყენებთ ხელპვნურ ნარევეებს, მაგ. ჰუმანას, ჰიპის, სიმლაკის, მაწონს და ა.შ. შემატებითი საკვები ბავშვს უნდა მივცეთ ან კოვზით ან საწოვარათი, რომელსაც აქვს ძალიან პატარა ნახვრეტი, რომ არ გაუადვილდეს რძის გამოწვავა, წინამდღე შემთხვევაში ძუძუს აღარ ჩაიდებს პირში და თავს დაანებებს ძუძუს ჩვენი მიზანია ბავშვს რაც შეიძლება დიდხანს შევუნარჩუნოთ ბუნებრივი კვება. შერეული კვების დროს წვენებს და დამატებით საკვებს ვაძლევთ იმავე ასაკში და იმავე მეთოდებით, როგორც ბუნებრივი კვების დროს. .

ხელოვნური კვება

კვების ისეთ წესს, როცა ბავშვი დაბადებიდან იღებს მხოლოდ ხელოვნურ ნარევს ან ქალის რძის რაოდენობა დღე-ღამის რაციონში $1/5$ -ზე ნაკლებია, ხელოვნური კვება ეწოდება. ხელოვნური კვების ჩვენებებია: აგალაქტია, დედის სამსახური, ბავშვის ზოგიერთი დაავადება, მაგ. ფერმენტოპათია მაგ. (ისეთი დაავადებები, როცა ბავშვი ვერ ამუშავებს რძეს) და სხვ. ხელოვნური კვებისათვის ვიყენებთ ძროხის რძეს და მასზე დამზადებულ ნარევეებს. არსებობს ორგვარი ხელოვნური ნარევეები: მარტივი და ადაპტირებული. მარტივი

ნარევებია ძროხის რძისგან ან მაწვნისგან და ბურღულეულის ნახარშისგან დამზადებული საკვები. ბურღულეულებიდან ვიყენებთ ბრინჯის, შვრიის ხორბლის, ჰერკულესის ნახარშს. ადაპტირებული ნარევები მზადდება ქარხნულად და ესენია : ჰუმანა, ჰიპი, სიმლიაკი, მალიში, მალიუტკა და ა.შ.

ხელოვნური კვების დროს წვენებს და დამატებით საკვევს ვაძლევთ ,როგორც ბუნებრივი კვების დროს, ოღონდ 1- 2 კვირით ადრე.

დამატებითი კვება



5- 6 თვის ასაკში ბავშვის წონა ორმაგდება , დედის რძე ვეღარ აკმაყოფილებს ბავშვის ორგანიზმის მოთხოვნილებებს ძირითადი საკვები ინგრედიენტების მიმართ, ესაჭიროება უფრო მაღალკალორიული და კონცენტრირებული საკვები, ამიტომ ამ ასაკიდან ვაძლევთ დამატებით საკვებს. პირველ დამატებით საკვებს ვაძლევთ 5 -6 თვის ასაკში და ვაძლევთ ან ფაფას ან ბოსტნეულის პიურეს.ფაფას ვამზადებთ წიწიბურასგან, ბრინჯისგან, შვრიისგან, ჰერკულესისგან, სიმინდის ფქვილისგან და სხვ.ფაფას ვაძლევთ ისეთ ბავშვებს , რომელთა წონა ნორმის ფარგლებშია ან ნაკლებია, ხოლო მსუქან ბავშვებს უმჯობესია მივცეთ ბოსტნეულის პიურე. დამატებით საკვებს აძლევენ შემდეგი მეთოდით ჯანმრთელ 5-6 თვის ბავშვს ერთ-ერთ კვებაზე ვაძლევთ 1-2 კოვზ ფაფას ანპიურეს, შემდეგ ძუძუს, ვაკვირდებით მეორე დღემდე და თუ ბავშვს არ აქვს გამონაყარი, გულისრევა და პირღებინება, ფაღარათი სიცხე და სხვა ცვლილებები , მაშინ მეორე დღეს იმავე დროს დროს ვაძლევთუკვე 5-6 კოვზს, შემდეგ ძუძუს , მე -3 დღეს 9-10 კოვზს და ა. შ. ისე , რომ ერთ კვირაში ძუძუთი ერთი კვება ჩანაცვლდება დამატებითი საკვებით.



მე-2 დამატებით საკვებს ვაძლევთ 6 თვის ასაკში ან ფაფას ან პიურეს , რომელიც არ მიგვიცია პირველ კვებაზე იმავე მეთოდით. მე- 3 დამატებით საკვებს ვაძლევთ 7-8 თვის ასაკში და ვაძლევთ უცხიმო ხბოს ან ქათმის ხორცის ფარშისგან ორთქლზე დამზადებულ კატლეტებს და ბოსტნეულის ნახარშზე დამზადებული წვნიანს.

8 თვის ასაკიდან ბავშვს ვაძლევთ პურს, ორცხობილას, უკრემო ნამცხვარს, ამავე ასაკიდან ხორცი შეიძლება შევცვალოთ ახალი თევზით, ღვიძლით . 11-12 თვისთვის ბავშვი დედის რძეს იღებს მხოლოდ დილა- საღამოს, რაც სასურველია ბავშვს შეუნარჩუნდეს 2 წლამდე, თუ არადა , დილა-საღამოს დედის რძე უნდა ჩავანაცვლოთ მაწვნით .

ბავშვის ძუძუდან მოცილება არ შეიძლება ზაფხულის ცხელ დღეებში, ბავშვის ავადმყოფობის დროს, პროფილაქტიკური აცრების დროს.

საკონტროლო კითხვები:

1. ბუნებრივი კვების უპირატესობანი.
2. რა არის ლაქტაცია?
3. ჰიპოგალაქტიის ხარისხები.
4. ახალშობილის კვების რეჟიმი.
5. წინააღმდეგ ჩვენებები ბუნებრივი კვების დროს
6. საკონტროლო წონის ჩატარება.
7. რომელი თვიდან იწყება დამატებითი კვება.

პაციენტის ანამნეზის შეგროვება

თავდაპირველად უნდა ჩავიწეროთ ბავშვის გვარი, სახელი, ასაკი, მისამართი, მშობლების საქმიანობა, პირველად როდის მიმართა სამედიცინო დაწესებულებას.

ამის შემდეგ უნდა გამოვიკითხოთ დაავადების დაწყების და შემდგომი განვითარების ანამნეზი (Anamnesis morbi). რამდენი დღეა რაც ბავშვი ავად არის, როგორ დაეწყო დაავადება, რა ჩივილებით, ჩაუტარდა თუ არა მას ბინაზე მკურნალობა, ან თუ მიმართა პედიატრს და რა დანიშნულებით მკურნალობდა. ამის შემდგომ როგორ განვითარდა დაავადების ჩივილები და რატომ მიმართა ამჟამად ექიმს.

შემდგომ იწერება ბავშვის განვითარების ანამნეზი (Anamnesis Aegroti) რომელი ორსულობიდან და მშობიარობიდან არის ბავშვი დაბადებული, როგორ მიმდინარეობდა ორსულობა. მშობიარობა ფიზიოლოგიური იყო თუ საკეისრო კვეთით. რამდენი იყო ბავშვის წონა და სიგრძე დაბადებისას, დაიყვინა თუ არა დაბადებისთანავე. წოვდა თუ არა ძუძუს აქტიურად, როდის მოძვრა ჭიპის ტაკვი და ხომ არ აღენიშნებოდა ჭიპიდან გამონადენი. როგორ კვებაზე იმყოფებოდა, რა აცრები აქვს ჩატარებული, კბილები ამოჭრა როგორ მიმდინარეობდა. როგორ მიმდინარეობდა ბავშვის ფსიქომოტორული განვითარება.

ასევე მშობელს უნდა გამოვიკითხოთ კიდევ რამდენი შვილი ჰყავთ, არიან თუ არა ისინი ჯანმრთელი. შთამომავლობაში ხომ არ აღენიშნებათ რაიმე მემკვიდრეობითი დაავადება, რა ინფექციური დაავადებები აქვს ბავშვს გადატანილი. უნდა ჩავატაროთ ბავშვის ანტროპომეტრია, შევიტანოთ ავადმყოფის ისტორიაში ამის შემდეგ ხდება ბავშვის გარეგანი დათვალიერება -ინსპექცია და ობიექტური გამოკვლევა ცალკეული სისტემების- რის შემდეგაც დაიწერება დაავადების წინასწარი კლინიკური დიაგნოზი.

ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება

ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება (სიტყვა „ჰემოლიზი“ ნიშნავს სისხლის, ერითროციტების დაშლას) ხშირად გვხვდება იმ ახალშობილებში, რომლებსაც აღენიშნებათ სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი დედასთან.

რეზუს ფაქტორი წარმოადგენს ცილას, რომელიც მოთავსებულია სისხლის წითელ ბურთულეებში ანუ ერითროციტებში. რეზუს -ფაქტორი აღმოაჩინეს მაიმუნებში, მაკაკა რეზუსში და ამიტომ უწოდეს რეზუს -ფაქტორი. მსოფლიოს მოსახლეობის 85 %-ს აქვს ეს ცილა სისხლში და ისინი ითვლებიან რეზუს-დადებითად, ეს აღინიშნება Rh(+.) მოსახლეობის 15 %-ს არა აქვთ ეს ცილა, ისინი ითვლებიან რეზუს- უარყოფითებად---Rh(-).

კონფლიქტი დედას და ნაყოფს შორის ხდება, თუ დედას აქვს მე-2 ან მე-3 ჯგუფის სისხლი, ხოლო ნაყოფს კი პირველი ჯგუფის, ან როცა დედას აქვს რეზუს - უარყოფითი სისხლი და ბავშვს რეზუს - დადებითი. ამ დროს ხდება ანტიგენ -ანტისხეულის რეაქცია და ბავშვის რეზუსის ანუ უცხო ცილის საპასუხოდ დედის სისხლში გამოიშვება ანტისხეულები, რომლებიც პლაცენტის გავლით ხვდებიან ნაყოფის სისხლში და იწყებენ ერითროციტების ჰემოლიზს ანუ დაშლას. ამ დროს შეიძლება მოხდეს სპონტანური აბორტი, ნაადრევი მშობიარობა, მკვრადშობადობა და თუ ბავშვი დაიბადა ცოცხალი, მას შრიძლება ჰქონდეს ჰემოლიზური დაავადება.

ჰემოლიზური დაავადების სამი ფორმა არსებობს: ანემიური, სიყვითლით მიმდინარე და შემუშუპებითი ანუ წყალმანკის ფორმა.

ანემიური ფორმა მიმდინარეობს მსუბუქად, მას ახასიათებს კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების მზარდი სიფერმკრთაღე, რომელიც ვლინდება სიცოცხლის პირველივე დღეებში. ბავშვის საერთო მდგომარეობა მცირედ ირღვევა, შეიძლება ჰქონდეს მცირე ჰეპატოსპლენომეგალია (ღვიძლის და ელენთის გადიდება. სისხლის საერთო ანალიზში არის ერითროციტების და ჰემოგლობინის დაქვეითება, Er ქვეითდება 2, 5- 3 მილიონამდე, ხოლო Hb კი - 40-50 გ/ლ- მდე.

ყველაზე ხშირად გვხვდება სიყვითლით მიმდინარე ფორმები, რომლის დროსაც დამახასიათებელია დაბადებიდანვე კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების მზარდი სიყვითღე, ხშირად 3-5 დღეში ბავშვი მუქი ნარინჯისფერი ხდება. იქტერულია (ანუ ყვითელია) სანაყოფე წყლებიც, შარდის და განავლის ფერი არ იცვლება. ბავშვის საერთო მდგომარეობა მძიმეა, მოუსვენარია, რეფლექსები დაქვეითებულია, აქვს ჰეპატოსპლენომეგალია, და სისხლის ანალიზში ძლიერ დაქვეითებულია Er ის (2 მილიონამდე) და Hb -ის (30- 35გ/ლ-მდე) რაოდენობა, ანუ ვლინდება ანემია.

ყველაზე მძიმეა წყალმანკი, როდესაც ხშირია მკვრადშობადობა ან ახალშობილი იღუპება სიცოცხლის პირველივე საათებში, მათ მკვეთრად აქვთ შემუშუპებული კანი და კანქვეშა ქსოვილი, სითხე აქვთ ყველა ბუნებრივ ღრუებში: გულმკერდთი, მუცელში, თავის ქალაში და ა. შ. კანი მკრთალია, ცვილისებური, ციანოზური ან მოყვითაღო, აქვს სისხლჩაქცევები, ჰეპატოსპლენომეგალია, პლაცენტაც დიდი ზომისაა, შემუშუპებული, სისხლში მკვეთრი ანემია და ლეიკოციტოზია (სისხლში ლეიკოციტების მომატება).

მკურნალობა. მკურნალობა კომპლექსურია, მთავარია სისხლის შენაცვლებითი გადასხმა, როცა ერთი ვენიდან ბავშვს სისხლს უღებენ, მეორეში კი უსხავენ ახალ იმავე ჯგუფის რეზუს- უარყოფით სისხლს, ას პროცედურა ტარდება 3- 4-ჯერ, თითოზე ესხმება 400-500გ სისხლი, ისე, რომ თითქმის მთლიანად უცვლიან ჰემოლიზიან სისხლს. ასევე უტარდება ვიტამინოთერაპია, ფიზიოთერაპია, ვენაში უსხავენ ჰემოდეზს, ალბუმინს, ბავშვს კვებავენ დონორი ქალის გამოწველილი რძით, დედის რძის გამოკვლევაზე. (რადგან დედის რძეში შეიძლება იყოს ანტისხეულები.

ახალშობილთა ასფიქსია

ასფიქსია ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს მაჯის არარსებობას, მაგრამ ამ დაავადებას უფრო შეესაბამება ტერმინი ჰიპოქსია, რაც ქსოვილებსი ჟანგბადის ნაკლებობას ნიშნავს. მისი გამომწვევია ორსულობის და მშობიარობის პათოლოგიები: ორსულთა ტოქსიკოზი, დედის ინფექციური და არაინფექციური დაავადებები, სწრაფი მშობიარობა, სანაყოფე წყლების ნაადრევი დაღვრა და ა. შ. კლინიკურად არჩევენ ასფიქსიის ორ ფორმას: თეთრი ანუ (მკრთალი) ანუ მძიმე და ლურჯი ანუ მსუბუქი ასფიქსიას. ასფიქსიის ძირითადი ანუ კარდინალური სიმპტომია სუნთქვის არ არსებობა ან მისი მკვეთრი დარღვევა.



მსუბუქი ასფიქსიის დროს კანი ციანოზურია, რეფლექსები შენარჩუნებული, მაგრამ დაქვეითებული, კუნთების ტონუსი დამაკმაყოფილებელი, გულისცემის სიხშირე შენელებული, გულის ტონები მკაფიო, სუნთქვა იშვიათია, არარეგულარული და ზედაპირული. მძიმე ასფიქსიის დროს ბავშვის მდგომარეობა მძიმეა, აღინიშნება თავის ტვინის ქერქის თითქმის ყველა უბნის ღრმა შეკავება, ახალშობილი არ სუნთქავს, კანი მკრთალია, ლორწოვანი გარსები ციანოზური, გულისცემის სიხშირე ძლიერ შენელებული, ზოგჯერ არც არის, პულსი არითმული, გულის ტონები მოყრუებული, რეფლექსები არ არის ან ძლიერ დაქვეითებულია, კუნთთა ტონუსი ძლიერ დაქვეითებული, ჭიპლარი ჩაფუშულია და არ პულსირებს.

პირველი დახმარება ასფიქსიის დროს: ასფიქსიაში დაბადებული ახალშობილი საჭიროებს რეანიმაციულ ღონისძიებებს. ამისათვის პირველ რიგში ვატარებთ ასპირაციას, რომ გავანთავისუფლოთ ზემო სასუნქი გზები და ბავშვმა ჩაისუნთქოს. თუ არ აღდგა სუნთქვა 5-7 წუთში, მაშინ რეანიმაცია გრძელდება მაქსიმუმ 20- 25 წუთი, შემდეგ უკვე ტვინი ზიანდება და რეანიმაცია უნდა შეწყვიტონ. ბავშვი გადაგვყავს ხელოვნური სუნთქვის აპარატზე ასევე უტარდება გულის არაპირდაპირი მასაჟი. ჭიპლარის ვენაში შეგვყავს 10%-იანი გლუკოზა, კოკარბოქსილაზა, ჰორმონალური პრეპარატი მაგ. პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი მძიმე შემთხვევაში ვენაში შეგვყავს ატროპინი, კალციუმგლუკონატი. ადრენალინი

ასეთ ბავშვებს ესაჭიროება მაქსიმალური სიმშვიდე და შემდგომი მკურნალობა: ვიტ. K, სედუქსენი, კავინტონი, კოკარბოქსილაზა, კალციუმგლუკონატი, სისხლის პლაზმის გადასხმა, გლუკოზის, რეოპოლიგლუკინის გადასხმა, ოქსიგენოთერაპია, ბავშვს კვებავენ გამოწველილი ქალის რძით.

სამშობიარო ტრამვები

სამშობიარო ტრამვა ანუ ქალასშიდა სამშობიარო ტრამვა გულისხმობს ღრმა პათოლოგიურ ცვლილებებს თავის ტვინში, კერძოდ თავის ტვინში სისხლჩაქცევებს. ეს ახალშობილთა ყველაზე რთული პათოლოგიაა და ახალშობილთა სიკვდილიანობის ყველაზე ხშირი მიზეზია. სამშობიარო ტრამვის გამომწვევი მიზეზია მწვავე ან ხსნგრძლივი ჰიპოქსია მუცლადყოფნის დროს, ასევე სწრაფი მშობიარობა, უხეში სამეანო ჩარევა და ა. შ. ამ პათოლოგიით ბავშვები ხშირად იზადებიან ასფიქსიით, კლინიკური სიმპტომები ვლინდება უკვე სიცოცხლის პირველივე დღეებში და თანდათან ძლიერდება, ბავშვი იმყოფება სოპოროზულ ან კომატოზურ მდგომარეობაში, არ იღებს საკვებს, აქვს ტონურ - კლონური კრუნჩხვა, სუნთქვის რითმი და სიღრმე დარღვრულია, კანი მკრთალია და ციანოზური, გულის ტონები დაჭიმულია, პულსი შენელებული არითმული. მკურნალობა. პირველ რიგში ტარდება რეანიმაციული ღონისძიებები ასფიქსიიდან გამოსაყვანად, ვასუფთაცებთ ზემო სასუნთქ გზებს, ვატარებთ ოქსიგენოთერაპიას, სუნთქვის სტიმულაციისთვის ჭიპლარის ვენაში შეგვყავს ეტიმიზოლი. 20% გლუკოზა, 10% კალციუმგლუკონატი რეოპოლიგლუკინი, გულის არაპირდაპირი მასაჟი საჭიროებისას ადრენალინი, C ვიტამინი, შარდმდენები (ფუროსემიდი, ლაზიქსი, მანიტოლი და სხვ). აუცილებელია სიმშვიდე, ახალშობილი უნდა იწვეს თბილ საწოლში, ამალელებული თავით, თავზე ყინულის ბუშტი, ყველა მანიპულაცია ტარდება საწოლშივე, მაქსიმალურად ფრთხილად, ბავშვს ვკვებავთ გამოწვევლილი ქალის რძით ზონდის საშუალებით. უტარდება ოქსიგენოთერაპია. კეფალოპემატომა--ანუ თავის სისხლიანი სიმსივნე, იგი მიეკუთვნება სამშობიარო ტრამვებს, და წარმოიქმნება კეფის ძვლის და ძვლისაზრდელას შორის სისხლჩაქცევის გამო. მისი სიდიდე სხვადასხვაგვარია, პალპაციით აღინიშნება ფლუქტუაციის, მისი დიაგნოსტიკა ზოგჯერ გამწვანებულია სამშობიარო სიმსივნის გამო. კეფალოპემატომა თავისით გაიწოვება, ისე რომ, არ ტოვებს კვალს 3-6 კვირის განმავლობაში. ზოგ შემთხვევაში კეფალოპემატომა ჩირქდება და საჭირო ხდება ქირურგიული ჩარევა პუნქციის სახით და რამოფენიმე დღე უნიშნავენ კალციუმგლუკონატს, ვიკასოლს ანუ ვიტ. K თავზე ვადებთ ყინულის ბუშტს.

სამშობიარო სიმსივნე-წარმოიქმნება ბავშვის იმ წინამდებარე ნაწილზე, რომლითაც ხდება მშობიარობა (თავი, დუნდულოები, ფეხები). იგი ვითარდება ვენური სისხლიმიმოქცევის მოშლის გამო., რაც ვითარდება საშვილოსნოს კუნთების ზეწოლის გამო წინამდებარე ნაწილზე, დაზიანებულ ადგილზე აღინიშნება ქსოვილების შეშუპება, ცომისებური კონსისტენციისაა, მასზე კანი ციანოზურია, შეიძლება იყოს წერტილოვანი სისხლჩაქცევები. სამშობიარო სიმსივნე ქრება უკვალოდ 1-2 დღის შემდეგ მკურნალობას არ საჭიროებს, შეიძლება დავადოთ ყინულის ბუშტი.

საკონტროლო კითხვები:

1. რას ნიშნავს „ჰემოლიზი“
2. რა არის რეზუსი
3. როდის ხდება კონფლიქტი დადასა და ნაყოფს შორის
4. ჰემოლიზური დაავადების კლინიკური ფორმაზი
5. რა არის ასფიქსია.
6. ასფიქსიის კლინიკური ფორმები
7. ასფიქსიის მიზეზები
8. პირველი დახმარება ასფიქსიის დროს
9. სამშობიარო ტრამეების მიზეზები
10. სამშობიარო ტრამეების მკურნალობა

ახალშობილთა სეფსისი

ახალშობილთა სეფსისი მძიმე ინფექციური დაავადებაა, იგი მთელი ორგანიზმის დაავადებაა და ვითარდება იმუნიტეტის დაქვეითების გამო. სეფსისი პოლიეტოლოგიური დაავადებაა და მისი გამომწვევებია : სტაფილოკოკი, სტრეპტოკოკი, ნაწლავის ჩხირი, ვირუსები, სოკოები და სხვ.

კლინიკურად სეფსისის ორ ფორმას არჩევენ: სეპტიკოპიემიას და სეპტიცემიას. სეპტიკოპიემია წარმოადგენს სეფსისის ისეთ ფორმას ,როცა აღინიშნება ჩირქოვანი კერები, მაგ. ომფალიტი, ოტიტი, პნევმონია, რასაც ახლავს ინტოქსიკაცია, ანემია, ჰიპოტროფია. ბავშვის მდგომარეობა საკმაოდ მძიმეა , მოფუნებულია, აქვს ამოქაფება, პირღებინება, დიარეა, (ფაღარათი) უმადობა, წონაში კლება, ფებრილური ტემპერატურა, (38- 39) პერიოდულად ჰიპერთერმია, (მაღალი 39 -ზე მეტი) კანი მონაცრისფროა, აქვს ტაქიკარდია ანუ პულსის აჩქარება, გულის ტონების მოყრუება, ღვიძლის და ელენთის გადიდება, დაავადებას ახასიათებს ტალღისებური მიმდინარეობა,დაავადება შეიძლება გაგრძელდეს 1,5-2 თვე და მეტხანსაც.

სეპტიცემია-სეფსისის ისეთი ფორმაა, როდესაც ცალკეული ჩირქოვანი კერა არ არსებობს, ამ დროს ინფექცია სისხლით ცირკულირებს, კლინიკურად ახასიათებს კანის სიფერმრკთალე, მიწისფერი ელფერით, ჰემორაგიული სინდრომი, ჰიპოდინამია, კუნთთა ტონუსის დაქვეითება, რეფლქსების დათრგუნვა, გულის ტონების მოყრუება, ქოშინი, მეტეორიზმი, წონაში მკვეთრად დაკლება, ექსიკოზი,(გაუწყლოვნება), დისტროფია, ჰიპერთერმია, ბავშვის მდგომარეობა ძალიან მძიმეა, შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი. სისხლის საერთო ანალიზში ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება, ანემია.

მკურნალობა. პირველ რიგში აუცილებელია ინფექციასთან ბრძოლა, ინფექციური კერების სანაცია, ინიშნება ანტიბიოტიკოთერაპია ფართ სპექტრის ანტიბიოტიკები: ზინაცეფი,ზინატი, ცედექსი, სუმამედი, ამპისიდი, აზიტრომიცინი, ტრემაკი, ციპროფლოქსაცილინი, ცეფაზოლინი, ამიკაცინი და სხვ.ზოგჯერ ინიშნება 2-3 ანტიბიოტიკი ერთდროულად, ვენაში წვეთოვნად უსხავენ გლუკოზას, ალბუმინს, სისხლის პლაზმას,

ჰემოდეზს, რეოპოლიგლუკინს, აუცილებელია ბუნებრივი კვება, ჰემოტრანსფუზია, ანტისტაფილოკოკური გამა-გლობულინი,

რძიანა



რძიანა სოკოვანი დაავადებაა, რომელსაც იწვევს საფუარა სოკი კანდიდა, ამიტომ იგი მიეკუთვნება კანდიდამიკოზებს ეს სოკი ბინადრობს პირის ღრუში, ნაწლავებში. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს ჰიგიენის დარღვევა, ბევრი ანტიბიოტიკის მიღება, უფრო ხშირია ახალშობილებში. ამ დროს პირის ღრუს ლორწოვანი მკვეთრად ჰიპერემიულია, გასადავებული, მშრალი, შეშუპებული და ამ ფონზე აღენიშნება თეთრი ფერის ნადები, რომელის წააგავს რძის ან ხაჭოს ნამცეცებს, ამიტომ უწოდებენ რძიანას. ნადები ადვილად სცილდება ქვეშმდებარე ქსოვილებს. თუ დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, ნადებ იშეიძლება გადავიდეს ტუჩებზე, ლოყებზე, ცხვირ ხახაზე. ბავშვს უჭირს წოვა, ამიტომ იკლებს წონაში. ტირის, მოუსვენარია, ცუდად სძინავს.

მკურნალობა: მაქსიმალური ჰიგიენის დაცვა, სწორი კვება, ვიტამინების კომპლექცი (B₁, B₂, B₁₅, , ფოლიუმის მჟავა) .პირის ღრუს დამუშავება ხდება 2-4%-იანი საჭმელი სოდის ხსნარით. ამისათვის ოთახის ტემპერატურის 1ჭიქა (200მლ) გადაღულეულ წყალს დაუმატეთ 1-1,5 ჩაის კოვზი სოდა. პატარებს ვერ დავავალებთ ხსნარის პირში გამოვლებას, ამიტომ დედამ თითზე უნდა დაიხვიოს სტერილური ბინტი, დაასველის იგი მომზადებულ ხსნარში და ნაზად გამოუსვას ბავშვს პირის ღრუსი. პროცედურა უნდა განმეორდეს 2-3 საათში ერთხელ, მძიმე შემთხვევებში შედეგიანია სოკოს საწინააღმდეგო პრეპარატები; ნისტატინი, ლევორინი, ფლუკოზოლინი და ა.შ.

ჭიპის დაავადებები

ჭიპის დაავადებებიდან ყველაზე ხშირად გვხვდება ე. წ. „სველი ჭიპი“, რომლის დროსაც ბავშვის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, ძუძუს კარგად სწოვს, მხოლოდ ჭიპიდან არის ღია ფერის სეროზული გამონადენი სიცოცხლის პირველ დღეებში. მკურნალობის მიზნით საჭიროა მაქსიმალური სისუფთავის დაცვა, ჭიპის ჭრილობა უნდა დავამუშავოთ 96% -იანი სპირტით ან 1% -იანი ბრილიანტის მწვანის ან კურიოზინის ხსნარით. არავითარ შემთხვევაში არ შეიძლება ფხვნილების გამოყენება ჭრილობაზე, რადგან იგი აპკით გადაეკვრება ჭრილობას და ინფექცია მის ქვეშ ვითარდება. აბაზანა შესაძლებელია მხოლოდ თუ ჭიპზე ექნება გადაკრული ბაქტერიოციდული ლეიკოპლასტიკი.

ხშირია აგრეთვე ომფალიტი ანუ ჭიპის ანთება, რომლის თვისაც დამახასიათებელია ორი კლინიკური ფორმა: კატარალური და ჩირქოვანი. ჭიპის ტაკვის მოვარდნის შემდეგ ხდება ჭრილობის ეპითელიზაცია ანუ შეხორცება, ზოგჯერ ეს პროცესი ჭიანურდება და ვითარდება ანთებითი პროცესი. არსებობს ორი სახის ომფალიტი : კატარალური და ჩირქოვანი. ომფალიტის დროს დამახასიათებელია საერთო მდგომარეობის დამძიმება,

ტემპერატურის მომატება, ბავშვი უარს ამბობს ძუძუზე, ამიტომ არ იმატებს ან იკლებს წონაში, ჭიპის გარშემო კანი ჰიპერემიულია შეშუპებული, ჭიპის სისხლძარღვები შემსხვილებული, ჭიპიდან არის სეროზულ-ჩირქოვანი ან ჩირქოვანი გამონადენი. თუ დროულად არ ჩატარდა მკურნალობა, შესაძლებელია განვითარდეს სეფსისი.

მკურნალობა. საჭიროა მაქსიმალური სისუფთავის დაცვა, ჭიპის დამუშავება ჯერ 3-% წყალბადის ზეჟანგით, შემდეგ სამედიცინო სპირტით ან 1% ბრილიანტის მწვანის ხსნარით, თუ გამონადენი ჩირქოვანია, შეიძლება ჰიპერტონული ხსნარის ან ვიშნევსკის მალამოს საფენები, გართულების თავიდან ასაცილებლად ტარდება ანტიბიოტიკოთერაპია და ენიშნება ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები: როცეპინი, ამიკაცინი, რაციოცეფი, კლაფორანი, დარდუმო, დორტუმი, ამპისიდი და ა.შ.

კანის დაავადებები

კანის დაავადებებიდან ხშირია ნასიცხი- ეს არის წითელი ფერის წვრილწინწლოვანი გამონაყარი სხეულზე, კისერზე, ბუნებრივ ნაოჭებში, კიდურების შიგნითა ზედაპირებზე. ნასიცხი ვითარდება სხეულის გადახურების დროს, მაგ. თბილად ჩაცმისას, ჰიგიენის დარღვევის დროს, მკურნალობის მიზნით საჭიროა გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაცია, გვირილიანი, საღბიანი აბაზანების მიღება, დაბანის შემდეგ კანის დამუშავება სტერილური ზეთით, მზის და ჰაერის აბაზანების მიღება.

გამოყელვა ანუ დაოდვილობა-ხშირია ბავშვებში და გვხვდება ილიის ფოსოებში, საზარდულეებში, კისრის ნაოჭებში, და ყველა ბუნებრივ ნაოჭში. იგი ვითარდება ჰიგიენის დარღვევის გამო, მჭიდრო და თბილი ჩასაცმელის გამო, ხშირია გამოყელვები ექსუდაციური დიათეზით დაავადებულებში მსუბუქ შემთხვევაში გამოყელვა კანის შემოსაზღვრული ჰიპერემიაა, კანი შეშუპებულია, მძიმე შემთხვევაში ამას ემატება ზედაპირული ეროზიები და მუქი წითელი ფერის ინფილტრაციული უბნები სველი ზედაპირებით. მკურნალობა. აუცილებელია ბავშვის ხალვათად და ზომიერად ჩაცმა, ჰიგიენის დაცვა, ხშირი აბაზანები, ჩაბანვა, დაბანის მერე კანის დამუშავება, ჰაერის აბაზანები, ულტრაიისფერი დასხივება, ადგლობრივად ამუშავებენ ვიტ. A-ს ცხიმიანი ხსნარით, მეთილენ ბლაუს ხსნარით, იყენებენ ტალკს.

გულის თანდაყოლილი მანკები

თანდაყოლილი მანკების ეტიოლოგია სრულად ცნობილი არ არის, უფრო ხშირად მათ განვითარებას ხელს უწყობს ორსულობის დროს ქალის სიმპტომებით და ინფექციური დაავადებები. არსებობს მანკების უამრავი ფორმა, რომლებიც კლინიკური სიმპტომებით ძალიან ჰგვანან ერთმანეთს, მაგრამ თითოეულ მათგანს აქვს თავისი დამახასიათებელი სიმპტომები. თანდაყოლილი მანკებიდან ხშირად გვხვდება ბოტალის სადინარის შეუხორცებლობა, წინაგულთა და პარაკუჭთაშუა ძგიდის შეუხორცებლობა, ფალოს ტრიადა ფალოს ტეტრადა და სხვა.

მანკების ზოგადი სიმპტომებია: კანის და ლორწოვანი გარსების ციანოზი დაბადებიდანვე, აუსკულტაციით სიცოცხლის პირველი დრეებიდან მოისმინება სისტოლური შუილი, უფრო

მეტა გულის მწვერვალზე, ჩამორჩენაა ფიზიკურ განვითარებაში. განვითარების სხვა ანომალიები, (მაგ. კურდღლის ტუჩი, მგლის ხახა) სისხლის მიმოქცევის მოშლა კიდურებში, რომელიც ვლინდება დოლის ჯოხის მაგვარი თითებით, მინისებური ფრჩხილებით, სისხლის ანალიზში მომატებულია ერითროციტების და ჰემოგლობინის რაოდენობა. დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიური , ექოსკოპიური, ელექტროკარდიოლოგიური, ანგიოგრაფიული და კათეტერული გამოკვლევებით. მკურნალობა ძირითადად ქირურგიულია

საკონტროლო კითხვები:

1. რა არის სეფსისი?
2. სეფსისის კლინიკური ფორმები
3. სეფსისის მკურნალობა
4. რა არის რძიანა
5. როგორ ხდება პირის ღრუს მოვლა რძიანას დროს
6. რა არის ომფალიტი
7. ჭიპის დაავადებების მკურნალობა
8. რამ შეიძლება გამოიწვიოს ნასიცხი
9. რა არის დაუდვილობა
10. გულის თანდაყოლილი მანკების განვითარების მიზეზები
11. თანდაყოლილი მანკების მკურნალობა

რაქიტი



რაქიტი ადრეული ასაკის ბავშვთა დაავადებაა, გვხვდება 2 წლამდე ასაკში. რაქიტი ბერძნული სიტყვაა და ნიშნავს ზურგს , ხერხემალს. ამ დროს დარღვეულია ძვლის წარმოქმნის პროცესი , რაც განპირობებულია D ვიტამინის ნაკლებობით , ამ დროს ირღვევა Ca -ის და P-ის ცვლა, ირღვევა მათ შორის შეფარდება და ხდება 3/1 ან 4/1. (ნორმაში არის 2/1) , ძნელდება ძვლებში კალციუმის მარილების ჩალაგება ,, ამიტომ ძვლები რბილდება და დეფორმირდება D ვიტამინი ცხიმში

ხსნადი ვიტამინია და იგი ერთადერთი ვიტამინია, რომელიც წარმოიქმნება ადამიანის ორგანიზმში კერძოდ კანში, მზის ულტრაიისფერი სხივების ზემოქმედებით.

კლინიკურად არჩევენ რაქიტის 4 სტადიას : 1) საწყისი პერიოდი 2) აყვავების ანუ ფლორიდული 3)გამოჯანმრთელების ანუ რეკონვალესცენციის 4) და ნარჩენი მოვლენების პერიოდი.

რაქიტის პირველი სიმპტომები ვლინდება 2-3 თვის ასაკიდან, დღენაკლულებში კი უფრო ადრეც. საწყისი პერიოდში დამახასიათებელია ზოგადი სიმპტომები: მოუსვენრობა, ოფლიანობა, ამის გამო ნასიცხი, უმიზეზო ტირილი, კეფაზე რაქიტული ალოპეცია თავის ბალიშზე ხახუნის გამო. კრთომები, მოუსვენარი ძილი, შარდს აქვს მკვეთრი უსიამოვნო, ამიაკის სუნის. ხშირია ფაღარათი, ამოქაფება და ა.შ.

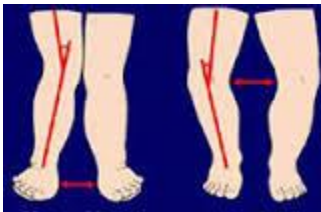
აყვავების პერიოდში თანდათან ვლინდება ცვლილებები ძვლოვანი სისტემის მხრივ. თავის ქალაზე ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს : დიდი ყიფლიბანდი ღიაა და დიდია ზომაში .გვიან იხურება, ღიაა თავის ქალას ნაკერები და პალპაციით მტკივნეულია.თავს აქვს დეფორმაცია და იგი კვადრატული ან დუნდულოსებური ფორმისაა, დამახასიათებელია კრანოტაბესი (კეფის ძვლების დარბილება), შუბლის და თხემის ბორცვები.

სახეზე: უნაგირა ცხვირი. მაღალი ანუ გოთური სასა, კბილების გვიანი და არათანმიმდევრული ამოსვლა, კბილების არასწორი თანკბილვა.

გულმკერდს აქვს ქათმისებური ან მეწადისებური ფორმა. რაქიტული კრიალოსანი, (იმ ადგილას,სადაც, ნეკნის ძვლოვანი ნაწილი გადადის ხრტილოვან ნაწილში, აღინიშნება ამობურცულობები, რომელიც წააგავს კრიალოსანის მარცვლებს.) გულმკერდზე აღინიშნება ჰარისონის ღარი, ჩაღრმავება იმ ადგილას სადაც დიაფრაგმის კუნთები უერთდება ნეკნების ქვედა კიდებს.

ხერხემალზე ხშირია კიფოზი, ლორდოზი, სკოლიოზი. (კიფოზი- გარეთ გამოდრეკა, ;ლორდოზი-შიგნით შედრეკა, სკოლიოზი- გვერდზე გამრუდება.)

ზედა კიდურებზე აღინიშნება წინა მხრის ძვლების შემსხვილება მაჯის სახსართან , მას რაქიტული სამაჯურები ჰქვია. თითების ფალანგები შემსხვილებულია.



მენჯის მხრივ : ბრტყელი მენჯი, ვიწრო მენჯი ქვემო კიდურების მხრივ: O -ს და X -ის მაგვარი ფეხები, იხვისებური ანუ ბაჯბაჯისებური სიარული.

გარდა ამისა, ამ პერიოდში ზიანდება სხვა ორგანოებიც. აღინიშნება კუნთთა ჰიპოტონია, ბავშვი გვიან იწყებს თავის დაჭერას, ჯდომას, დგომას, სიარულს, აქვს ბრტყელი ანუ

ბაყაყისებური მუცელი, ხშირად აქვს პნევმონია, ინფექციური დაავადებები, ანემია, ღვიძლის და ელენთის გადიდება და სხვ.

რეკონვალესცენციის პერიოდში ხდება ამ სიმპტომების უკუგანვითარება და ხდება გამოჯანმრთელება. ნარჩენი მოვლენები გვხდება 2-3 წლის შემდეგ და ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს თავის, გულმკერდის და კიდურების დეფორმაცია, ანემია, რომელიც რჩება მთელი სიცოცხლის განმავლობაში.

პროფილაქტიკა ორგვარია: სპეციფიური და არასპეციფიური. არასპეციფიური გულისხმობს ორ-სულობის დროს სუფთა ჰაერით სარგებლობას, სწორ კვებას, ახალშობილებისათვის მზის და ჰაერის აბაზანების მიღებას. სწორ ბუნებრივ კვებას, ხოლო სპეციფიური გულისხმობს D ვიტამინის საპროფილაქტიკო დოზებით მიცემას როგორც ორსულისთვის , ასევე ახალშობილისათვის.



მკურნალობა გულისხმობს ბავშვის სწორ რეჟიმს, სწორ კვებას, D ვიტამინის პრეპარატების მიცემას. ულტრაიისფერ დასხივებას, წიწვოვან აბაზანებს, სამკურნალო ფიზიკულტურას და მასაჟს.

ჰიპერვიტამინოზი D

ჰიპერვიტამინოზი D ვითარდება ვიტ.D გადამეტებული დოზირების დროს და ამ ვიტამინის მიმართ ორგანიზმის მომეტებული მგრძობიარობის გამო. ამ დროს ძლიერდება კალციუმის შეწოვა ნაწ-ლავში და ვითარდება ჰიპერკალციემია. ამ დროს ირღვევა ნერვული სისტემის, გულ-სისხლძარღვთა სის-ტემის და სხვა სისტემების მუშაობა. კლინიკურად ბავშვს აღენიშნება უმადობა სრულ ანორექსიამდეც კი, შეკრულობა, პოლიდიფსია, პოლიურია, აგზნებადობა ან ძილად მივარდნა, მძიმე შემთხვევაში - კრუნჩხვები, დისტროფია (წონაში და სიგრძეში ჩამორჩენა), ტაქიკარდია, არტერიული ჰიპოტონია, ღვიძლის გადიდება, კალციემია, კალციურია. მკურნალობა. ვიტამინის მიცემის შეწყვეტა, არ უნდა მივცეთ კალციუმით მდიდარი საკვები: ძროხის რძე, ხაჭო სხვ. უნდა მივცეთ დიდი რაოდენობით სითხეები, როგორც დასალევად , ისე გადასასხ-მელად ვენაში წვეთოვნად. მძიმე შემთხვევაში - ჰორმონები, მაგ. პრედნიზოლონი.

სპაზმოფილია

სპაზმოფილია ადრეული ასაკის ბავშვთა დაავადებაა და ძირითადად გვხვდება 2 წლამდე ასაკში. მის განვითარებას ხელს უწყობს D ჰიპოვიტამინოზი.

კლინიკურად არჩევენ სპაზმოფილიის ორ ფორმას: ნამდვილი ანუ ჭეშმარიტი და ფარული ანუ ლატენტური სპაზმოფილია.ნამდვილი სპაზმოფილია სამი ფორმით გვხვდება:

- 1) ლარინგოსპაზმი
- 2) კარპო-პედალური სპაზმი
- 3) ეკლამპსია.

ყველაზე ხშირია ლარინგოსპაზმი, (ხორხის სპაზმი), რომლის დროსაც ბავშვს უეცრად ეწყება ჩასუნთქვის გაძნელება, , გაღებული პირით ცდილობს ჰაერის დაჭერას, ბავშვი ფერმკრთალია, ზოგჯერ ციანოზური, შეშინებული , აქვს ცივი ოფლი, რამოდენიმე წამში ან წუთში ჩნდება ხმაურიანი ჩასუნთქვა და ბავშვი იწყებს ნორმალურ სუნთქვას,თუ შეტევა დიდხანს გაგრძელდა , შესაძლებელია ლეტალური გამოსავალი (სიკვდილი). ახასიათებს რეციდივი.

კარპო-პედალური სპაზმის დროს ბავშვს აღენიშნება ზემო და ქვემო კიდურების კუნთების სპაზმი და ბავშვს აქვს დამახასიათებელი პოზა. ზემო კიდური მოხრილია იდაყვის სახსარში და მიკრუგულია გულმკერდზე, .ხელის მტევნები მკვეთრად ძირს არის დაშვებული, ცერა თითი მიკრულია ხელის -გულზე,ხოლო 2 და 3 თითი მკვეთრად წინ არის გაშვებული (მეანის ხელი).

ქვემო კიდურები მოხრილია მეინჯბარძაყის და მუხლის სახსარში და მიკრულია მუცელზე, ფეხის ტერფი მკვეთრად გაჭიმულია, ისე რომ ფეხის გული აკეთებს თაღს და დანაოჭვეულია, ფეხის ცერი გაჭიმულია წინ, დანარჩენები მოხრილია ფეხის გულისკენ (ბალერინის ფეხი). შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წუთიდან რამოდენიმე საათამდე, ზოგჯერ დღევ, ახათიასებს რეციდივი.

ეკლამპსია - მთელი ორგანიზმის კუნთების ტონურ- კლონური კრუნჩხვაა, რომელიც იწყება თავის ან ტუჩის კუთხის შეთამაშებით ცალ მხარეზე, შემდეგ მოსდევს სახის კუნთების კრუნჩხვა, ყბების ტრიზმი, გადადის მთელ სხეულზე, ერთევა სასუნთქი კუნთები. ბავშვი ციანოზურია, აქვს ცივი ოფლი, სუნთქვა ხმაურიანი, წყვეტილი, პირში და ცხვირში აქვს ქაფი, ზოგჯერ სისხლიანი, ენის მოკვნეტის გამო. აქვს უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. შეტევა გრძელდება რამოდენიმე წუთიდან რამოდენიმე საათამდე, ზოგჯერ დღევ და ახასიათებს რეციდივი.

ფარული სპაზმოფილიის დადგენა ხდება სხვადასხვა მეთოდით, მაგ. ხვოსტეკის სიმპტომით: ლოყაზე, იმ ადგილას, სადაც მდებარეობს ძაღლის ფოსო, ყვრიმალის ძვლის ქვემო კუთხეში, ვაკაკუნებთ თითით, და თუ იმ მხარეს მოხდა ქუთუთოს, ცხვირის და ტუჩის კუნთების სპაზმი, ბავშვს აქვს ფარული სპაზმოფილია. ან ტრუსსოს სიმპტომი: დავადოთ ლახტი მხარეზე, ისე რომ ძვალზე მიეჭყლიტოს ნერვულ-სისხლძარღვოვანი კონა, თუ ხელმა მიიღო მეანის ხელის ფორმა, მაშინ ბავშვს აქვს ფარული სპაზმოფილია.

მკურნალობა. აუცილებელია სიმშვიდე, ბავშვი უნდა დავაწვინოთ რბილად, დავუჭიროთ თავი და კიდურები, რათა არ მიიღო მექანიკური ტრამვა. უნდა მიბაწოდოთ სუფთა ჰაერი ან ჟანგბადი. გაუზხნათ რაც შეკრული აქვს საყელო, ქამარი და ა.შ. თავი ოდნავ გვერდზე უნდა ჰქონდეს მიბრუნებული და ენა დაფიქსირებული, რათა ადვილად მოხდეს ჩასუნთქვა შეტევის შემდეგ. მედიკამენტებიდან ვხმარობთ 2% ქლორალჰიდრატის ოყნას, დიაზეპამს, სედლუქსენს, რელანიუმს, გოგირდმჟავა მაგნეზიას, ლუმინალს, D ვიტამინის პრეპარატებს.

ალერგიული ანუ ექსუდაციური დიათეზი



ალერგიული დიათეზი ადრეული ასაკის დაავადებაა და 2 წლამდე ბავშვებში გვხვდება. იგი მიეკუთვნება კონსტიტუციურ ანომალიებს, რომელიც წარმოადგემს ორგანიზმის არაადექვატურ რეაქციას სხვადასხვა გამღიზიანებლებზე. ალერგიულ დიათეზს ახასიათებს პოლიმორფული გამონაყარი კანზე და ლორწოვან გარსებზე. დიათეზის განვითარებას ხელს უწყობენ კვებითი ალერგენები: რძე, კვერცხი, კაკაო, შოკოლადი. ციტრუსები და სხვ. ასევე ქიმიური ფაქტორები, კლიმატური პირობები, პროფილაქტიკური აცრები. კლინიკურად დიათეზის პირველი სიმპტომები ვლინდება 2-5 თვის ასაკში და ჩნდება თავის თმთან ნაწილში, დიდი ყიფლიბანდის და თხემის მიდამოებში, სეზორეული, ცხიმოვანი ქერქები ანუ გნეისი. მას აქვს მიდრეკილება გავრცელებისაკენ, მწელად ემორჩილება მკურნალობას, შეიძლება გადაიზარდოს ეგზემაში. გნეისთან ერთად ვლინდება გამოყეღვა ანუ დაოდვილობა ილიის, საზარდულის მიდამოებში, კისრის ნაოჭებში, ყურების უკან, კარგი მოვლის პირობებშიც კი. ამ ადგილებში კანი ჰიპერემიულია, შეიძლება იყოს ბუშტუკებიც. სახეზე აქვს ე.წ. რძის ფუფხი-შემოსაზღვრული, მკვეთრი ჰიპერემია ლოყების მიდამოში, რომელიც დაფარულია თეთრი ბუშტუკებით და ქერქით. ბუშტუკები სკდებიან, ლოყები იფარება სქელი ქერქით, თან ახლავს ძლიერი ქავილი,

ბავშვი აგზნებულია, ძილი აქვს დარღვეული, ქავილის გამო ხშირია განმეორებითი დაინფიცირება, დიათეზის დროს ზიანდება ლორწოვანი გარსები, ასეთ ბავშვებს ხშირად აქვთ სურდო, ბრონქიტი, ცრუ კრუპი, ოტიტი, ანგინა. ეს დაავადებები ძნელად ემორჩილებიან მკურნალობას, ხშირია რეციდივები.

საკონტროლო კითხვები:

1. სად წარმოიქმნება ვიტამინი D.
2. რომელი მინერალური ცვლა ირღვევა რაქიტის დროს
3. რაქიტის საწყისი პერიოდის ნიშნები
4. ჩამოთვალეთ აყვავების პერიოდში ძვლოვანი სისტემის ცვლილებები
5. რაქიტის პროფილაქტიკა
6. რამ შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპევიტამინოზი D.
7. რა იწვევს სპაზმოფილიას
8. ფარული სპაზმოფილიის დადგენის მეთოდები
9. რა არის ექსუდაციური დიათეზი
10. ექსუდაციური დიათეზის მკურნალობა.

კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის მწვავე მოშლილობანი-დისპეფსიები

მარტივი ანუ უბრალო დისპეფსია-ამ დაავადებას განაპირობებს ბავშვის კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ანატომიურ-ფიზიოლოგიური თავისებურებანი, საჭმლის მომნელებელი ფერმენტების დაბალი აქტიურობა, არასაკმარისი იმუნიტეტი და სხვ.

გვხდება 2 წლამდე ასაკში, მას იწვევს ასაკის შეუფერებელი საკვების მიცემა, როგორც შემადგენლობით, ასევე რაოდენობრივად. დაავადება იწყება მწვავედ, ბავშვი ზოგჯერ მოდუნებულია, ზოგჯერ აგზნებული. მოუსვენარი, ნაკლები აქტიურობით სწოვს ძუძუს, ცუდად სძინავს, ძირითადი სიმპტომები ვითარდება თანდათანობით. ამოქაფება, გულისრევა, ზოგჯერ პირღებინება, წონის შეჩერება, კუჭის მოქმედება 5-8 -ჯერ დღეში. თხელი, მოყვითალო- მომწვანო ფერის განავლით, რომელსაც აქვს მძაფრი სუნი, შეიცავს მცირე რაოდენობით ლორწოს. აქვს მეტეორიზმი ანუ ნაწლავებში გაზების დაგროვება. გაღიზიანებულია ანალური ხვრელი ხშირი დეფეკაციის გამო.

მკურნალობა. პირველ რიგში უნდა მოხდეს გამომწვევის ლიკვიდაცია, მაგ. თუ დისპეფსია გამოიწვია გადამეტებულმა კვებამ, უნდა შეწყდეს ეს პროცესი და სხვ. პირველ რიგში ენიშნება მშვიერ-წყლიანი დიეტა 6-12 საათის განმავლობაში, როცა ვაძლევთ მხოლოდ სითხეებს, როგორც per os ანუ დასალევად, მაგ. რეჰიდრონი, რინგერი, გლუკოზა, ხშირ- ხშირად და მცირე რაოდენობით. ასევე ვუსხავთ ვენაში წვეთოვნად: 10% გლუკოზას, რინგერს. ტოქსიური დისპეფსია-გამომწვევი მიზეზი იგივეა, რაც მარტივი დისპეფსიის დროს, ოღონდ ამ დროს პროცესში ერთვება ნერვული სისტემა დაავადება მიმდინარეობს

ტოწსიკოხის და ნეიროტოწსიკოხის სიმპტომებით ამ დროს დამახასიათებელია მოდუნება, გულისრევა, პირღებინება, ხოგჯერ შეუჩერებელი. მოვლითი ხასიათის ტკივილები მუცელში, ფაღარათი, დღეში 10-12 ჯერ და მეტჯერაც. განავალი ძალიან თხელია, წყლის დიდი რაოდენობით შემცველი, თითქმის არ შეიცავს განავლოვან მასებს, განავალი მომწვანო ფერისაა, შეიცავს დიდი რაოდენობით ლორწოს და სისხლს. ბავშვი ძალიან იკლებს წონაში, კანს აქვს მონაცრისფრო- მიწისფერი, კანის ტურგორი დაქვეითებულია და დანაოქებულია, შესაძლებელია ნეიროტოწსიკოხის სიმპტომები: გონების დაბინდვა, ბოდვები, კრუნჩხვები, რეფლექსების დაქვეითება.

მკურნალობა: მკაცრი მშიერ-წყლიანი დიეტა 12-24 საათის განმავლობაში, ვაძლევთ მხოლოდ სითხეებს, როგორც დასალევად, მაგ. რინგერის ხსნარი, გლუკოზა, რეკიდრონი, ასევე ვუსხავთ ვენაში წვეთოვნად: ფიზიოლოგიურ ხსნარს, 10% გლუკოზას, რინგერის ხსნარს, დიეს შემდეგ ვაძლევთ ქალის რძეს ან მაწონს.

სტომატიტები



სტომატიტი არის პირის ღრუს ლორწოვანის ანთება. მისი გამომწვევია ბაქტერიები, ვირუსები, სოკოები და სხვ. ხშირად შერეული ეტიოლოგიისაა, მოსი განვითარების წინა პირობაა მწვავე ინფექციური დაავადებები, როგორცაა წითელა, გრიპი და სხვ. კლინიკურად არჩევენ კატარალურ, წყლულოვან და აფთოზურ სტომატიტს.

კატარალური სტომატიტის დროს პირის ღრუს ლორწოვანი ჰიპერემიულია, შეშუპებულია, მტკივნეულია, განსაკუთრებით ლაპარაკის და ღეჭვის დროს. ლოყების და ენის კიდებზე აღინიშნება კბილების ანაბეჭდები. თუ არ ჩატარდა დროული და სწორი მკურნალობა, მაშინ დაავადება გადადის წყლულოვან ფორმაში. განსაკუთრებით ხშირად მოზრდილ ასაკში. რომელსაც ახასიათებს ძლიერი ტკივილი, ღრძილები მტკივნეული და სისხლმდენია. აქვს ცუდი სუნი პირიდან. ჰიპერემიის და შეშუპების ფონზე წვრილი წყლულები, რომლებიც დაფარულია მოჭუჭყო- მონაცრისფრო ან მუქი ფერის ნეკროზული ნადებით, რომელიც ადვილად სცილდება. ბავშვს აქვს ინტოქსიკაციის სიმპტომები: ტემპერატურა, უმადობა, თავის ტკივილი. გადიდებული და მტკივნეულია ყბისქვეშა ლიმფური კვანძები.

მკურნალობა. გულიდხმობს ადგილობრივ და საერთო მკურნალობას, საჭიროა ჰიგიენის და ცვა, რათა თავიდან ავიცილოთ მეორადი დაინფიცირება, ამიტომ საჭიროა დღეში რამოდენიმეჯერ პირის ღრუს გამოვლება სადეზინფექციო ხსნარებით: ფურაცილინით, 2%-იანი ბორის მჟავას ხსნარით, 3%-იანი წყალბადის ზეჟანგის ხსნარით 0,25%-იანი ქლორამინის ხსნარით, ანტიბიოტიკების ხსნარებით. ენიშნება ასაკის შესაფერისი მექანიკრად დამზოგველი საკვები.

აფთოზური სტომატიტი არის მწვავე ინფექციური დაავადება, მისი გამომწვევია მარტივი ჰერპესი. ინფექციის გადაცემა ხდება ჰაერ-წვეთოვანი გზით, ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 2-6 დღე, უფრო ავადდებიან პატარა ასაკის ბავშვები. გადატანის შემდეგ რჩება სასიცოცხლო იმუნიტეტი.

დაავადება იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით, ინტოქსიკაციით, პირის ღრუს ლორწოვანი შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, ამ ფონზე ჩნდება ადვილად მსკდომი წყლულები ან ეროზიები, რომლებიც დაფარულია მოყვითალო- მონაცრისფრო აფთებით. დაავადება

მიმდინარეობს ძლიერი ტკივილით, ტემპერატურით, დაავადება გრძელდება 5-7 დღე, წყლულები არ ტოვებენ ნაწიბურს.

მკურნალობა. კომპლექსურია, ენიშნება ანტიალერგიული პრეპარატები: კალციუმის ქლორიდი, კალციუმგლუკონატი, სუპრასტინი, ტავეგილი, დიმედროლი და სხვ. აუცილებელია სწორი კვება, მექანიკურად და თერმულად დამზოგველი საკვები, პირის ღრუს დამუშავება იმავე სადეზინფექციო ხსნარებით, როგორც წყლულოვანი სტომატიტის დროს, ოღონდ უფრო ხშირად, ყოველ 2-3 საათში ერთხელ, იყენებენ პროტეოლიზურ ფერმენტებს: ტრიფსინი, ქემოტრიფსინი. ტკივილის შესამცირებლად ათქვეფილი ცილა ნოვოკაინთან ერთად, ვიტ. B₁₅-ს ასხურებენ პირის ღრუში.

საკონტროლო კითხვები:

1. მარტივი დისპეფსიის გამომწვევი მიზეზები.
2. რა არის მეტეორიზმი
3. მარტივი დისპეფსიის მკურნალობა.
4. რა არის სტომატიტი?
5. ავტოზური სტომატიტის გამომწვევი.
6. პირის ღრუს მოვლა სტომატიტის დროს.

რევმატიზმი

რევმატიზმი ეს არის ინფექციურ-ალერგიული დაავადება, უპირატესად გულისა და სისხლძარღვების დაზიანებით. მას იწვევს A ჯგუფის ბეტა ჰემოლიზურისტრეპტოკოკი. პათოგენეზში შეიძლება გავრჩიოთ სამი ძირითადი რგოლი: ინფექციური პროცესი, ალერგიზაცია და აუტოაგრესია. აქტიურობის ფაზებია: 1) აქტიური ფაზა-1,2,3 ხარისხის, 2) არააქტიური რევმატიზმი.

კლინიკა: რევმატიზმის დასაწყისი არის მწვავე, მაგრამ შეიძლება იყოს ქვემწვავე და ლატენტური. რევმატიზმის სიმპტომების გამოვლენამდე 1,5-3 კვირით ადრე ბავშვს აქვს გადატანილი ანგინა ან მწვავე რესპირატორული ინფექცია, იშვიათად ქუნთრუშა. ტემპერატურა იწვევს 38⁰-39⁰, აღინიშნება საერთო სისუსტე, კანის სიფერმკრთალე. ინტოქსიკაციის ფონზე ზიანდება ორგანოები, უპირატესად გული. გულის დაზიანება (რევმოკარდიტი) აღინიშნება თითქმის ყველა ბავშვებში. ჩივილებიდან საყურადღებოა ასევე თავის ტკივილი, სახსრების შესიება და შეწითლება და მათი ტკივილი, ოფლიანობა, ქავილი, ალერგიული გამონაყარი. სახსრებში მოძრაობა შეზღუდულია. გულის მწვერვალზე მოისმინება სისტოლური შუილი, ცვლილებებია ეკგ-ზე. სისხლში გამოხატულია ანემია, ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, ედს-ის აჩქარება, C - რეაქტიული ცილა. არჩევენ რევმატიზმის სამ ფორმას: კარდიალურს, პოლიართლიტურს და ნერვულს (ქორეა).

რევმატიული კარდიტი ანუ რევმოკარდიტი გულისხმობს როგორც გულის ცალკეული ნაწილების ანთებას-მიოკარდიტს, ენდოკარდიტს, პერიკარდიტს, ასევე მთლიანად ერთდროულ დაზიანებას - პანკარდიტს. მიოკარდიტი ეს არის მიოკარდიუმის ანთება. შეიძლება იყოს დიფუზური ან კეროვანი. კლინიკურად გვაქვს ცივი ოფლი, ტემპერატურა , კანი ციანოზურია , ხშირია კრუნჩხვები. მოზრდილი ბავშვები უჩივიან ტკივილს გულის არეში. გულის საზღვრები გადიდებულია , უპირატესად მარცხნივ. გულის მწვერვალზე მოისმინება სისტოლური შუილი. ენდოკარდიტი ეს ენდოკარდიუმის ანთება. უფრო ხშირია ბავშვებში , ვიდრე მოზარდებში. ის გვხვდება მიოკარდიტთან ერთად . მიმდინარეობს მძიმედ. კლინიკური ნიშნები იგივეა რაც მიოკარდიტის დროს. მატულობს გულის მწვერვალზე სისტოლური შუილი , რომელის შემდეგ ღებულობს „ მზერავ ხასიათს“. ცვლილებებია ეკგ-ზე. პერიკარდიტი, როგორც იზოლირებული პროცესი არ გვხვდება. დაკავშირებულია მიო ან ენდოკარდიტთან. შეიძლება იყოს მშრალი ან ექსუდაციური. მშრალი პერიკარდიტის ერთ -ერთი სიმპტომია ტკივილი გულის არეში. გვაქვს ტაქიკარდია, მოისმინება პერიკარდიუმის ხახუნი. ექსუდაციური პერიკარდიტის დროს აღინიშნება კისრის ვენების გამობერვა, ყრუ ტკივილი და ზეწოლის შეგრძნება გულის არეში, ქოშინი. გულის საზღვრები გადიდებულია ორივე მხარეს. აუსკულტაციით თუ ექსუდატი მცირეა, მოისმინება პერიკარდიუმის ხახუნი. შემდეგში გულის ტონების მოყრუებასთან ერთად ხახუნი ქრება. მდგომარეობის დამძიმებასთან ერთად თავს იჩენს დეკომპენსაციის მოვლენები- ღვიძლის გადიდება.

მკურნალობა: მკურნალობაში წამყვანია ანტიბიოტიკები დიდი დოზებით , წოლითი რეჟიმი, კვება უნდა იყოს სრულფასოვანი. ინიშნება ასევე ასპირინი, კორტიკოსტეროიდები, ინდომეტაცინი, ვიტამინები, საგულე საშუალებები, შარდმდენი საშუალებები პერიკარდიტის დროს, აეროთერაპია , კლიმატოთერაპია.

პროფილაქტიკა: ხშირი ანგინის შემთხვევაში დროული ტონზილექტომანია, ჰიგიენური რეჟიმის დაცვა, ორგანიზმის გაკაჟება.

ზემო სასუნთქი გზების დაავადებები

მწავე რინიტი- ანუ სურდო ანუ ცხვირის ცხვირის ლორწოვანი გარსის ანთება ბავშვთა ასაკის საკმაოდ ხშირი დაავადებაა. რინიტის ეტიოლოგია მრავალფეროვანია და მისი გამოწვევია ბაქტერიები, ვირუსები და დაავადება იწყება მცირე ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ და ახასიათებს ცხვირცემინება, ცხვირიდან თავიდან აღინიშნება მოთეთრო გამჭვირვალე სერიოზული გამონადენი, რომელიც თანდათან მოყვითალო ფერის , ჩირქოვანი ხდება. გამონადენი აღიზიანებს ცხვირის და ზემო ტუჩის კანს. ბავშვს უჭირს ცხვირით სუნთქვა, ამიტომ სურდო განსაკუთრებით საშიშია ჩვილ ბავშვთა ასაკში , რადგან ვერ სუნთქავს ცხვირით ამიტომ უარს ამბობს ძუძუზე, იკლებს წონაში, რაც ძალიან არასასიამოვნოა ბავშვთა ასაკში . რინიტი დამოუკიდებლად იშვიათია , ხშირად მას თან ახლავს ფარინგიტი-ხახის ლორწოვანი ანთება და ვითარდება რინოფარინგიტი. ამ დროს თან ერთვის ტემპერატურა , ყელის ტკივილი, გაძნელება და ტკივილი ყვაპვის დროს. მდგომარეობა შედარებით მძიმეა, რადგან ბავშვი სუნთქავს პირით, ვითარდება აეროფაგია და შედეგად მეტეორიზმი, რაც ძალიან აწუხებს ბავშვს. ზოგჯერ აქვს ხშირი , თხელი განავალი, ბართულებებიდან შეიძლება იყოს ოტიტი, ბრონქიტი, პნევმონია. დაავადება გრძელდება 5-7 დღე.

მკურნალობა: საჭიროა წოლითი რეჟიმი,ოთახის ხშირი განიავება , სათბურები ან მდოგვის აბაზანები ქვემო კიდურებზე, ცხვირით სუნთქვის გაძნელების დროს ბავშვს ვკვებავთ გამოწველილი ქალის რძით კოვზით, აუცილებელია ცხვირით სუნთქვის მოწესრიგება , ამიტომ ცხვირში ვაწვეთებთ სანორინს , ნაზივინს, ნაზოლს, გალაზოლინს, პინოსოლს, პიოფაგს და სხვა. სიმპტომური მკურნალობა, ვიტამინოთერაპია , გართულებების შემთხვევაში ანტიბიოტიკები. ბრონქების ლორწოვანი გარსების ანთება, დამოუკიდებლად იშვიათად გვხვდება , უფრო ხსირია სხვა დაავადებებთან კომბინაციაში. მას ხშირად იწვევს ვირუსები და ამიტომ იგი ხშირად გვხვდება მწვავე ვირუსული რესპირატორული დაავადებების ფონზე. კლინიკურად აღენიშნება ზოგჯერ ტემპერატურის მომატება , სისუსტე, თავის ტკივილი , სურდო, წამოხველებები, თავიდან მშრალი შემდეგ სველი ხველა, ნახველიანნი. მოზრდილი ბავშვები ხშირად უჩივიან ტკივილს გულ მკერდის არეში , პერკუსიით მოისმინება კოლოფისებური ხმიანობა, აუსკულტაციით მშრალი და სველი ხიხინი.

მკურნალობა: წოლითი რეჟიმი მწვავე პერიოდში , დიეტა , ვაძლევთ თბილ , თხიერ , დამზოგველ ვიტამინებით მდიდარ საკვებს . ეძლევა დიდი რაოდენობით სითხეები: ჩაი ლიმნით, რძე თაფლით, ბორჯომი რძით, ასკილის ნაყენი. ენიშნება სიმპტომური მკურნალობა: მაღალი სიცხის დროს - ჩაი ჟოლოთი, მედიკამენტებიდან: პარაცეტამოლი , პანადოლი. ფიზიოლოგიური პროცედურები: დაზელვა ოთახის ტემპერატურის ხსნარით, რომელიც შეიცავს თანაბარი რაოდენობით წყალს , სპირტს და ძმარს. ძმრიანი წინდები, ანალგინის ინექციები, ვიტამინები ა და ც. ენიშნება ამოსახველებლები: მშრალი ხველის დროს: ალოეს ნაყენი, მუკალტინი, ბრომჰქსინი, ლიბექსინი. სველი ხველის დროს: ლაზოლვანი , ლიზლი, კალიოროტატი. სქელი ნახველის დროს: ინჰალაციები პროტეოლიზური ფერმენტები, მაგ. პანკრეატინი, მდოგვის საფენები, ენიშნება ვიტამინები, ანტიჰისტამინური პრეპარატები: ტავეგილი, სუპრასტინი, ალერტეკი და სხვა. ანტიბიოტიკები ენიშნება გართულებების და ბაქტერიული ეტიოლოგიის დროს.

მწვავე ლარინგიტი

ანუ ხორხის ლორწოვანი გარსის ანთება ხშირად გვხვდება ზემო სასუნთქი სისტემის სხვა დაავადებებთან ერთად. ხშირად ვირუსული , ნაკლებად ბაქტერიული ეტიოლოგიისა . ახასიათებს სისუსტე, ტემპერატურის მომატება, ხმის ჩახლეჩვა , ზოგჯერ ხმის სრული დაკარგვა ანუ აფონია, ჩახეხვის და ტკივილის შეგრძნება ყელში, ტკივილი ყლაპვის დროს არ აღენიშნება , არის ყელის სიმშრალე და ხველა ნახველით.

მკურნალობა გულისხმობს რეჟიმის დაცვას, აკრძალულია ხმამაღალი ლაპარაკი, ყვირილი, ცხელი საკვების მიღება , როცა პროცესი ლოკალიზებულია არა მარტო ხორხის შესავალში და ხმის იოგებზე, არამედ ხორხის ქვედა ნაწილშიც, მაშინ ვითარდება მასტენოზირებელი ლარინგიტი ანუ ცრუ კრუპი. ამ დროს ვითარდება ხორხის ლორწოვანის შეშუპება და ზემო სასუნთქი გზების ობსტრუქცია ანუ დახშობა . ხშირად ვირუსული ეტიოლოგიისა ვითარდება როგორც დამოუკიდებლად ასევე სხვადასხვა დაავადებების დროს, მაგ: გრიპის, წითელას, წითურას, პარაგრიპის დროს. დაავადება ვითარდება ძირითადად ღამის საათებში. ახასიათებს ხველა , ხიხინი, გაძნელებული სუნთქვა. კლინიკურად არჩევენ 4 სტადიას : 1) ხდება ხმის ტემბრის შეცვლა , იწყება ხმის ჩახლეჩვით და პროგრესირებს აფონიამდე, აქვს შეუპოვარი, მშრალი ხველა, რომელიც გადადის მყეფავ

ხველაში. 2) ვითარდება სტრიდორი ანუ ხმაურიანი სუნთქვა, რომელიც დიდ მანძილზე ისმის. ქოშინი, ტაქიკარდია, ხმა სრულიად არ აქვს ბავშვი მოუსვენარია, შეშინებული, აქვსცივი ოფლი, 3) მდგომარეობა მძიმეა, მოუსვენრობის პერიოდი იცვლება ადინამიით, ბავშვი ძლიერ ფერმკრთალა, ზოგჯერ ციანოზური, ცივი ოფლით დაფარული, სუნთქვა შესუსტებულია, გამწვანებულია როგორც ჩასუნთქვა, ასევე ამოსუნთქვა. 4) ამ სტადიაში არის ძლიერი სიფერმკრთალე და ციანოზი, პულსი აროთმული, ბრადიკარდია, არტერიული ჰიპოტონია, სუნთქვა ძლიერ გამწვანებული და შესაძლებელია სუნთქვის გაჩერება.

მკურნალობა: პირველ რიგში სუფთა ჰაერი, ინჰალაციები გვირილით, სალბით, ევკალიპტის, ზეითუნის ზეთით, კარტოფილის ნახარშით, ქვემო კიდურების აბაზანები, ზოგჯერ მდოგვით. (2 სუფრის კოვზი მშრალი მდოგვი 10 ლიტრ წყალში). თუ შესაძლებელია დიმედროლით, ეოფილინით, ვენაში 10%-იანი კალციუმგლუკონატის ხსნარი, ჰორმონები, მაგ: პრედლიზოლონი, დექსამეტაზონი, დაავადებას ახასიათებს რეციდივი.

პნევმონიები

მწვავე პნევმონია- პოლიეტიოლოგიური დაავადებაა და მას ხშირად იწვევს სხვადასხვა მიკრობები. მაგ: სტაფილოკოკები, პნევმოკოკები, ასევე ვირუსები, სოკოები და სხვა. ბავშვებში გვხვდება შემდეგი ფორმები: 1) კეროვანი პნევმონია ანუ ბრონქოპნევმონია, 2) კრუპოზული პნევმონია, 3) სეგმენტური პნევმონია და 4) ინტერსტიციური პნევმონია. კლინიკური მდგომარეობა დამოკიდებულია დაავადების ფორმაზე. ბავშვებში ყველაზე ხშირია ბრონქოპნევმონია. ამ დროს აღინიშნება ერთი ან რამოდენიმე სეგმენტის ანთება. იგი იწყება მწვავე რესპირატორული დაავადების გადატანიდან 5-7 დღის შემდეგ, ტემპერატურა უფრო მეტად სუბფებრილურია, აქვს ხველა, თანდათან ჩნდება სუნთქვის უკმარისობის სიმპტომები: ციანოზი, ქოშინი, სუნთქვაში მონაწილეობს დამხმარე კუნთები, პერკუსიით მოისმინება კოლოფისებური ხმიანობა ერთ ან რამდენიმე სეგმენტზე, აუსკულტაციით კი შესუსტებული სუნთქვის ფონზე მოისმინება სველი და კრეპიტაციული ხიხინი, დიაგნოზი ისმევა რენტგენოლოგიურად და რენტგენოგრამაზე ჩანს ინფლტრაციული უბნები, უმეტესად ცალ მხარეზე. სისხლის ანალიზში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება. სწორი და დროული მკურნალობის შემთხვევაში პროცესი ცხრება 7-10 დღეში. კრუპოზული პნევმონია გვხვდება უფრო მოზრდილ ბავშვებში და ამ დროს არის ერთი ან მეტი წილის ანთება, მას უფრო ხშირად იწვევს პნევმოკოკი, დაავადება იწყება მწვავედ თან ახლავს ძლიერი სისუსტე, თავბრუსხვევა, თავის ტკივილი, ჰიპერთერმია, შემცივნება. პირველ დღეებში ხველა არ არის ან იშვიათია, მშრალია, თანდათანობით ჩნდება ჟანგისფერი ნახველი და ვლინდება ტოქსიკოზია, სიმპტომები:პირღებინება, ტკივილი მარჯვენა ფერდქვეშა მიდამოში ან ჭიპის ირგვლივ, ენა მშრალია, თეთრად სელესილი აქვს მეტეორიზმი, სახის ჰიპერემია, ტუჩებზე ჰერპესი, აღინიშნება სუნთქვის უკმარისობა, ქოშინი, ციანოზი, სუნთქვასი მონაწილეობს დამხმარე კუნთები. პერკუსიით მოისმინებაპერკუტორული ხმის შემოკლება. აუსკულტაციით კი მრავალი სველი, ხიხინი

და კრეპიტული ხიხინი. სისხლის ანალიზში მაღალი ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება, ანემია. დიაგნოზი დგინდება რენტგენოგრაფიით და ჩანს ერთი ან მეტი წილის ინფილტრაცია. დაავადება გრძელდება 2-3 კვირა და მეტიც. სეგმენტური პნევმონია გვხვდება უფრო 3-7 წლის ასაკის ბავშვებში, უფრო ხშირად მარჯვნივ და ზიანდება რამოდენიმე სეგმენტი. ახასიათებს მაღალი ტემპერატურა, ინტოქსიკაცია, მაგ: პირღებინება, ფაღარათი, ხველა იშვიათია, აქვს ტკივილი გულმკერდში და მუცელში. პერკუსიით და აუსკულტაციით მონაცემები ზალიან მცირეა, მოისმინება ერთეული სველი ხიხინი. რენტგენოლოგიურად კი აღინიშნება ერთი ან რამოდენიმე სეგმენტის ინფილტრაცია. სისხლის ანალიზში ზომიერი ლეიკოციტოზი და ედსის აჩქარება. ინტერსტიციული პნევმონიის დროს ზიანდება ფილტვის შემაერთებელი ქსოვილი, მისი გამომწვევი ხშირად ვირუსებია და უფრო ხშირია დღენაკლულ და სუსტ ახალშობილებში. ახასიათებს სუნთქვის უკმარისობა, ქოშინი, ციანოზი, ტაქიკარდია, გულის ტონების მოყრუება, ნეიროტოქსიკოზი, კრუნჩხვები, ტოქსიკოზი: პირღებინება ფაღარათი, მეტეორიზმი. ხველა ხშირია და შემაწუხებელი, შეტევითი ნახველი მცირეა ზოგჯერ სისხლნარევი, ქაფიანი სუნთქვა შესუსტებული და მოისმინება ერთეული სველი და კრეპიტული ხიხინი, დიაგნოზი ისმება რენტგენოლოგიურად. სისხლის ანალიზში ცვლილებები მცირეა. ახალშობილთა პნევმონია- არის დაავადება, რომელიც ვითარდება ან მუცლადყოფნის დროს ან მშობიარობის დროს სანაყოფე წყლების ასპირაციის გამო ეტიოლოგია შერეულია. ახასიათებს უკმარისობა: ქოშინი, ციანოზი, ცნს-ის დათრგუნვა, რომელიც ვლინდება ან აგზნებით ან კრუნჩხვებით, ბავშვი უარს ამბობს საკვებზე, არ სწოვს ძუძუს, აქვს ამოქაფება, პირღებინება, არ იმატებს წონაში ან პირიქით იკლებს. ვითარდება დისტროფია, სუნთქვა ზედაპირულია, პერიოდული აპნოეთი. აქვს ცხვირის ნესტოების თრთოლვა, ქაფი ცხვირის ნესტოებში და პირში. ხველა იშვიათია, სველი, აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვის ფონზე მოისმინება კრეპიტაცია და სველი ხიხინი. აქვს ტაქიკარდია, გულის ტონების მოყრუება. ღვიძლის გადიდება, მეტეორიზმი, ფაღარათი. ზოგჯერ დაავადება ხანგრძლივდება. სტაფილოკოკური პნევმონია ანუ დესტრუქციული პნევმონია. მას იწვევს ოქროსფერი სტაფილოკოკი, ამ დაავადების დროს ხდება ფილტვის ქსოვილის დაშლა და ვითარდება დიდი ზომის ინფილტრატები, რომლებიც იშლებიან და მათ ადგილას წარმოიქმნებიან ბულები ანუ ჰაეროვანი ღრუები და ჩირქოვანი ღრუები ანუ აბსცესები. ხშირია პიოპნევმოთორაქსი (ჰაერი, ჩირქი, პლევრის ღრუში) ამ დაავადებას აქვს ძალიან მძიმე, სეფსისური მიმდინარეობა, ჰიპერთერმიით, ტოქსიკოზით, ნეიროტოქსიკოზით, სისხლის ანალიზში მაღალი ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ედსის აჩქარება. რენტგენოლოგიურად ჩანს ჰაერით და ჩირქით სავსე ღრუები.

პნევმონიების მკურნალობა საჭიროა ანტიანთებითი, დეზინტოქსიკაციური მკურნალობა, წოლითი რეჟიმი, ჰოსპიტალიზაცია, ხმაურისგან, მკვეთრი შუქისაგან მაქსიმალური დაცვა. საწოლში თავით და გულმკერდით შემადლებული მდებარეობა, ჰიგიენის მაქსიმალური დაცვა, სუფთა ჰაერით სარგებლობა, დიეტა ასაკის შესაფერისი, ადვილად ასათვისებელი, ვიტამინებით მდიდარი, კვება ხშირია, მცირე პორციებით, უმჯობესია ქალის რძე ან რძემჟავა პროდუქტები, მაგ. მაწონი მედიკამენტებიდან ინიშნება

ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები, ზოგჯერ 2-3 ერთად კომბინაციაში, მაგ. ცეფაზოლი, ცეფტრიაქსონი, ამპისიდი, როცეპინი, ამიკაცინი, აზიმაკი, აზიტრომიცინი, დარდუმი, ფორტუმი და სხვა. ვუტარებთ დეზინტოქსიკაციას, ამიტომ ვენაში წვეთოვნად ვუსხავთ ფიზიოლოგიურ ხსნარს, სისხლის პლაზმას, ჰიპერთერმიის დროს ვუტარებთ ფიზიოლოგიურ პროცედურებს: სხეულის ცივი დაზელვა შემდეგი ხსნარით, რომელიც შედგება თანაბარი რაოდენობით სპირტის, ძმრის და წყლისგან. ძმრიანი წინდები, თავზე ცივი საფენები, ცივი საფენები მაგისტრალურ სისხლძარღვებზე. მედიკამენტებიდან სისხლის დასაწევად ვიყენებთ პარაცეტამოლს, პანადოლს, ანალგინს.

საკონტროლო კითხვები:

1. რა იწვევს რევმატიზმს?
2. კლინიკურად რა ცვლილებები აღინიშნება რევმატიზმის დროს.
3. რევმატიზმის გართულებები.
4. რევმატიზმის მკურნალობა.
5. რა არის რინიტი?
6. მკურნალობა რინიტის დროს
7. ცრუ კრუპის სტადიები
8. პირველი დახმარება ცრუ კრუპის დროს
9. პნევმონიის რა ფორმები გვხვდება ბავშვებში
10. ბრონქოპნევმონიის ძირითადი სიმპტომები
11. პნევმონიის მკურნალობა
12. რაჩანს რენტგენოლოგიურად სტაფილოკოკური პნევმონიის დროს?

ანემიები



ანემია ანუ სისხლნაკლებობა წარმოადგენს სიმპტომო კომპლექსს, რომელის ხასიათდება- სისხლის ერთეულში ერითროციტების და ჰემოგლობინის შემცირებით, კანის და ლორწოვანი გარსების სიფერმკრთალით და სხვადასხვე ორგანოების და სისტემების მხრივ ცვლილებებით. ანემია ხშირად

გვხვდება ბავშვთა ასაკში, იგი იყოფა 4 ჯგუფად: 1) დეფიციტური, 2) ჰიპოპლასტიური და აპლასტიური, 3) პოსტ-ჰემორაგიული და 4) ჰემოლიზური ანემიები. ბავშვებში ყველაზე ხშირია დეფიციტური ანემიები, რომელიც თავის მხრივ შეიძლება იყოს : რკინა-დეფიციტური, ვიტამინოდეფიციტური და ცილა დეფიციტური.



რკინა-დეფიციტური ანემია ვითარდება ალიმენტური ფაქტორებით, აგრეთვე რკინის შეწოვის დარღვევით. გვხვდება სამი ფორმით: მსუბუქი, საშუალო სიმძიმის და მძიმე. რკინა-დეფიციტურ ანემიას ახასიათებს სისუსტე, უმადობა, აღზნებადობა, მადის გაუკუღმართება, კანის და ხილული ლორწოვანი გარსების სიფერმკრთალე, კანის სიმშრალე,

აქერცვლა, თმების ცვენა, მტვრევადობა, ფრჩხილების მტვრევადობა, ენა თეთრად არის შელესილი, ჰიპერემიულია, ტუჩის კუთხეები დამსკდარია, ხშირია სტომატიტები, ჰეპატოსპლენო-მეგალია ანუ გადიდებულია ღვიძლი და ელენთა. დიაგნოზი ისმება სისხლის საერთო ანალიზით, სადაც დაქვეითებულია არითროციტების რაოდენობა 2-3 მილიონამდე (ნორმაში 4,5-5 მილიონი), ასევე დაქვეითებულია ჰემოგლობინის რაოდენობა 50-60 გ/ლ-მდე, (ნორმაში 120-140 გ/ლ-მდე). მკურნალობა: გამომწვევი მიზეზის ლიკვიდაცია, ბავშვის სწორი რეჟიმი, კვების მოწესრიგება, ენიშნება რკინის პრეპარატები: რკინის ქლორიდი, რკინის ლაქტატი, ფეროპლექსი, ფერუმ-ლევი, ტოტემა, ფემოსტიმულინი C ვიტამინთან ერთად, ჰემოტრანსფუზია. ჰიპოპლასტიური და აპლასტიური ანემიის დროს დაქვეითებული ან სრულიად დათრგუნულია ჰემოპოეზი ანუ ძვლის წითელ ტვინში სისხლის ფორმირების წარმოქმნა, ამიტომ დაქვეითებულია ერითროციტების, ლეიკოციტების და თრომბოციტების რაოდენობა.

დაავადება ხშირია 9-12 წლის ბავშვებში, უფო მეტად ბიჭებში. ახასიათებს შემდეგი სიმპტომები: დასაწყისი მწვავე, ძლიერი სისუსტე, მაღალი ტემპერატურა, უმადობა, პირღებინება, ტკივილები მუცელში, სისხლჩაქცევები კანზე და ლორწოვანზე, ძლიერი სიფერმკრთალე, ნეკროზული ანგინა, ინტოქსიკაცია, ტაქიკარდია, სისხლის საერთო ანალიზში დაქვეითებულია, ერითროციტების, ჰემოგლობინის, ლეიკოციტების და თრომბოციტების რაოდენობა. კეთდება ძვლის ტვინის პუნქცია და პუნქტატში აღინიშნება ჰემოპოეზის დათრგუნვა.

პოსტჰემორაგიული ანემიები ვითარდება გაძლიერებული სისხლდენის დროს, როცა ადამიანი კარგავს დიდი რაოდენობით სისხლს, მაგ: ჭრილობების დროს. ამ დროს საჭიროა ქირურგიული ჩარევა და სასწრაფო ჰემოტრანსფუზია.

ჰემოლიზური ანემია ვითარდება ერითროციტების გაძლიერებული დაშლის დროს, მიზეზი შეიძლება იყოს დედას და ნაყოფს შორის სისხლის ჯგუფობრივი და რეზუს კონფლიქტი, სისხლის თანდაყოლილი დაავადებები, მაგ: თალასემია, თანდაყოლილი სფეროციტოზი და სხვა. მკურნალობა დამოკიდებულია ძირითადად დაავადებებზე და სიმპტომებზე.

ჰემორაგიული დიათეზები

ჰემორაგიულ დიათეზებს მიეკუთვნება ისეთი დაავადებები, რომლებსაც ახასიათებს მიდრეკილება სისხლდენებისა და სისხლჩაქცევებისადმი. განვიხილავთ სამ დაავადებას : ჰემოფილიას, ვერლჰოფის დაავადებას და შონლაინ-ჰენოხის დაავადებას.

ჰემოფილია მემკვიდრეობითი დაავადებაა და გადაეცემა ავადმყოფი პაპისგან შვილიშვილ ვაჟს კონდუქტორი ქალიშვილის საშუალებით. ამ დროს არის ცვლილებები სისხლის შემადედებელ სისტემაში და არის რომელიმე ფაქტორის დეფიციტი. ამიტომ არჩევენ სამი ფორმის ჰემოფილიას: A, B და C. A ჰემოფილიის დროს არის სისხლის შემადედებელ სისტემაში მე-8 ფაქტორის დეფიციტი, B ჰემოფილიის დროს მე-9 ფაქტორის, C –ს დროს კი მე-11 ფაქტორის დეფიციტი. ეს ფორმები კლინიკურად არ განსხვავდებიან ერთმანეთისგან, მხოლოდ ლაბორატორიულად.

კლინიკურად ჰემოფილიას ახასიათებს სისხლდენები და სისხლჩაქცევები, უბრალო ჭრილობამაც კი შეიძლება გამოიწვიოს სისხდენა, მაგ. კბილის ექსტრაქციამ. კოლოს ნაკბენმაც კი შეიძლება გამოიწვიოს უზარმაზარი ჰემატომა ანუ სისხლჩაქცევა კანქვეშ, კუნთებში, ახასიათებს ჰემართროზი ანუ სისხლჩაქცევა სახსრებში, რომელსაც თან ახლავს სახსრებში ძლიერი ტკივილი, შეშუპება, მოძრაობის შეზღუდვა, ჰიპერემია, სახსრების დეფორმაცია.

მკურნალობა. იკრძალება ინექციები კუნთებში, ენიშნება მხოლოდ ინტრავენური ინექციები, სისტემატური ჰემოტრანსფუზიები, ახალი პლაზმა, კონკრეტული შემადედებელი ფაქტორი, კრიოპლაზმა, ამინოკაპრონის მჟავა, დიცინონი. ადგილობრივად ვიყენებთ ჰემოსტატიკური ღრუბელს, თრომბინს, ადრენალინში, კალციუმქლორიდში, ქალის რძეში დასველებული ტამპონებს. ჰემართროზის დროს გარდა ამისა, ვაკეთებთ პუნქციას და სახსრიდან ამოგვაქვს სისხლი, ყინული სახსარზე, სახსრის იმობილიზაცია ელასტიური ბინტით.

გარდა ამისა, მკურნალობისთვის და ყველა ქირურგიული ჩარევის წინ უტარდება სპეციფიური გადასხმები ანტიჰემოფილიური პლაზმით, ანტიჰემოფილიური გამა-გლობულინით, მე-8, მე-9 ან მე-11 ფაქტორის გადასხმა, იმის მიხედვით, რომელი ფორმა აქვს ავადმყოფს.

ვერლჰოფის დაავადება ანუ თრომბოციტოპენიური პურპურა- ეტიოლოგია უცნობია, გვხვდება ყველა ასაკობრივ ჯგუფში, კლინიკურად ახასიათებს სისხლჩაქცევები კანქვეშ, ლორწოვანა გარსებში, შინაგან ორგანოებში და ბუნებრივ ღრუებში, მაგ. თავის ქალაში, გულმკერდის და მუცლის ღრუში. სისხლჩაქცევებს აქვთ სხვადასხვა ზომა, ფერი. ახასიათებს პროფუზული სისხლდენები ცხვირიდან, ღრძილებიდან, სწორი ნაწლავიდან, საშვილოსნოდან და სისხლდენის სპონტანურობა. არ ახასიათებს ჰემართროზი, აღინიშნება სპლენომეგალია (ელენთის გადიდება) სისხლს ანალიზში ანემია, თრომბოციტოპენია (თრომბოციტების შემცირება) ნორმაში 250 000 – 350 000 ერთ. ან 55-65%. გახანგრძლივებულია სისხლდენის დრო, ნაცვლად 2-3 წუთისა 20-30 წუთი.. მკურნალობისთვის ამინოკაპრომის მჟავა, დიცინონი, იმუნოგლობულინი, ჰემოტრანსფუზია, თრომბოციტარული მასის გადასხმა, მძიმე შემთხვევებში ენიშნება ჰორმონები მაგ. პრედნიზოლონი, დექსამეტაზონი. სპლენექტომია, (ელენთის ამოკვეთა)

მონლაინ-ჰენოხის დაავადება ანუ ჰემორაგიული ვასკულიტი- ეტიოლოგია უცნობია, ხშირად ვათარდება სტრეპტოკოკული და ვირუსული ინფექციების შემდეგ. გვხვდება უფრო სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში, უფრო მეტად ბიჭებში, ვიდრე გოგონებში. ამ დაავადებას ახასიათებს წვრილწინწკლოვანი სიმეტრიული სისხლჩაქცევები. მის მიმდინარეობაში არჩევენ შემდეგ ფორმებს 1) მარტივი ანუ კანის ფორმა, 2) კან-სახსროვანი, 3) კან-აბდომინალური და 4) შერეული. ძირითადი სიმპტომია სიმეტრიული სისხლჩაქცევები, უფრო მეტად ქვემო კიდურებზე, დუნდულოებზე, წელზე, გულმკერდზე, თითის დაჭერით უფერულდება, ახასიათებს პოლიმორფულობა, ზოგჯერ სახსრებში აღინიშნება ტკივილი, ჰიპერემია, შეშუპება, ზიანდება სიმეტრიულად მსხვილი სახსრები, სახსრების დეფორმაცია არ ხდება. მუცლის ფორმის დროს აღინიშნება შეტევივითი ტკივილები, განსაკუთრებით ჭიპის გარშემო, განავალი თხელია, ზოგჯერ მელენაა, (შავი განავალი, მასში სისხლის არსებობის

გამო.) არის გულისრევა, პირღებინება, მეტეორიზმი, (მუცლის შებერვა). ხშირია ნაწლავების ინვაგინაცია (ნაწლავების გადახლართვა), პერფორაცია, პერიტონიტი. ხშირად არის სიმპტომები თირკმელევის მხრივ: ჰემატურია, პროტეინურია.

სისხლის საერთო და შემადედეგელ სისტემაში არ არის ცვლილებები.

მკურნალობა. საჭიროა ფიზიკური დატვირთვის შემცირება, მწვავე პერიოდში წოლითი რეჟიმი, დიეტა: შეზღუდულია ცხოველური ცილები, მარილი, დაკონსერვებული პროდუქტი, სასარგებლოა რძემჟავა პროდუქტი, მაგ. მაწონი, კეფირი. მედიკამენტებიდან: ნახშირი, ანტიალერგიული პრეპარატები, მგ. სუპრასტინი, ტავეგილი, ალერტეკვი.ანტისპაზმური , მგ. ნოშპა, სპაზგანი, ბარალგინი. ვიტ, C. მძიმე შემთხვევებში ჰორმონები- პრედნიზოლონი. ფიზიოთერაპიული პროცედურები.

საკონტოლო კითხვები:

1. რა არის ანემია?
2. რა კლინიკური ნიშნები ახასიათებს რკინადეფიციტურ ანემიას.
3. რა ეწოდება სისხლით დაკარგვით გამოწვეულ ანემიას?
4. ანემიის მკურნალობა.
5. რა არის ჰემოფილია?
6. ჰემოფილიის სახეები.
7. რა არის ჰემართროზი?
8. ვერლჰოფის დაავადების დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები.
9. შონლაინ- ჰენოხის კლინიკური ფორმები.

მწვავე გლომერულონეფრიტი.

ეს არის ინფექციურ-ალერგიული დაავადება,რომლის დროსაც მიმდინარეობს თირკმელების გორგლოვანი აპარატის ანთება.მისი გამოწვევია A ჯგუფის ბეტა ჰემოლიზური სტრეპტოკოკი და მას წინ უსწრებს 2-3 კვირით ადრე რომელიმე სტრეპტოკოკული ინფექცია,მაგ.ანგინა,ქუნთრუშა და სხვ.დაავადება ხშირია პატარა ასაკის ბავშვებში,უფრო მეტად ბიჭებში. კლინიკა.დაავადება იწყება მწვავედ,დაავადებას ახასიათებს სიმპტომები როგორც თირკმელების მხრივ ანუ რენალური, ასევე ექსტრარენალური ანუ არა თირკმლისმიერი. დაავადებას საწყის ეტაპზე ახასიათებს სისუსტე, უმადობა, მოდუნება, გულისრევა,პირღებინება,სიფერმკთალე,ზომიერი შეშუპებები,უფრო სახეზე,ქუთუთოებზე დილის საათებში.სუბფებრილური ტემპერატურა,არტერიული ჰიპერტენზია,თავის ტკივილი,ტაქიკარდია,წელის ტკივილი.გლომერულონეფრიტის დროს დადებითია პასტერნაცკის სიმპტომი,(მუშტის მსუბუქი მიკაკუნებით დამახასიათებელია მტკივნეულობა თირკმელების საპროექციო არეში),გლომერულონეფრიტის დროს ავადმყოფს აქვს დამახასიათებელი შესახედაობა შეშუპებული,ფერმკრთალი სახე,დაბერილი კისრის ვენები,შარდის მხრივ დამახასიათებელია: ოლიგურია (შარდის შემცირება), ჰემატურია (სისხლი შარდში),

შარდს აქვს ხორცის ნარეცხის ფერი,ჰემატურია შეიძლება იყოს მაკრო და მიკროჰემატურია,პროტეინურია(ცილა შარდში),ცილინდრულია(ჩამოფრცქვნილი ცილინდრები შარდში),შეიძლება იყოს ლეიკოციტურია(ლეიკოციტების მომატება შარდში). გართულებები ხშირია,მაგრამ განსაკუთრებით საშიშია ანურია(შარდის არარსებობა),ანუ თირკმელების მწვავე უკმარისობა,ეკლამპსია,გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობა. ანურიის დროს ვლინდება შარდის მკვეთრი შემცირება ან მისი სრულიად არარსებობა,მკვეთრი შეშუპებები,აზოტემია ანუ სისხლში მატულობს აზოტოვანი შლაკები,ვინაიდან არ ხდება მათი გამოყოფა თირკმელების ფუნქციის დაქვეითების გამო.ვითარდება აციდოზი,ანუ მჟავიანობისკენ გადახრა,არტერიული ჰიპერტენზია, გულისრევა,პირღებინება,ფაღარათი,ანემია,ვითარდება ცვლილებები ცნს-ის მხრივ და ბავშვი ვარდება ურემიულ კომაში.ეკლამპსიის დროს ხდება ტვინის სისხლძარღვების შევიწროვება და ვითარდება ტვინის შეშუპება,უეცრად ვითარდება გონების დაბინდვა,არტერიული ჰიპერტენზია,ტონურ-კლონური კრუნჩხვები,არ აღენიშნება გუგების რეაქცია სინათლეზე,კანი ციანოზურია,სუნთქვა არითმულია, ხმაურიანი,აქვს ქაფი პირში,უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია.შეტევა გრძელდება 30-40წუთი და მეტიც, ახასიათებს რეციდივები,შეტევის შემდეგ ბავშვს არ ახსოვს გადატანილი,და შეიძლება ჰქონდეს მეტყველების დარღვევა,პარეზები,დამბლები.შეიძლება განვითარდეს სიკვდილი. გულ-სისხლძარღვთა უკმარისობის დროს აღინიშნება ტაქიკარდია,ქოშინი,ღვიძლის სწრაფი გადიდება,ფილტვების შეშუპება და შეიძლება განვითარდეს სიკვდილი. საბოლოო დიაგნოზი ისმება სისხლის და შარდის საერთო ანალიზით,თირკმელების რენტგენოგრაფიით,ექოსკოპიით,ზიმნიცკის სინჯით,შარდის ბაქტერიოლოგიური გამოკვლევით,სისხლის ბიოქიმიური ანალიზით.

მკურნალობა:კომპლექსურია,მწვავე პერიოდში წოლითი რეჟიმი 2-3 კვირა მაინც. აუცილებელია დიეტა,არემლევა მარილი საერთოდ,იზღუდება სითხეები,ცილები,ენიშნება ბოსტნეული,ხილი,რძის პროდუქტი.ანთების საწინააღმდეგოდ ენიშნება ანტიბიოტიკები,ფართო სპექტრის:ციპროფლოქსაცილიბი,ცეფამედი, ცეფაზოლინი,როცეპინი და სხვ.ინიშნება შარდმდენები:ფუროსემიდი,ლაზიქსი,ტრიამპური და სხვ. ვიტამინოთერაპია.

პიელონეფრიტი

პიელონეფრიტი არასპეციფიკური ინფექციურ - ანთებითი დაზიანებაა თირკმლის ქსოვილის(თირკმლის მენჯის და ფიალების). უფრო ხშირად გოგონები ავადდებიან ვიდრე ვაჟები. მისი გამომწვევია ნაწლავის ჩხირი, სტაფილოკოკი, პროტეუსი, სტრეფტოკოკი, ენტეროკოკი. პიელონეფრიტი შეიძლება იყოს პირველადი და მეორადი ფორმის მიხედვით. მიმდინარეობის მიხედვით : მწვავე და ქრონიკული. მწვავე პირველადი პიელონეფრიტი ხასიათდება ზოგადი მდგომარეობის გაუარესებით, ტემპერატურა 38⁰-39⁰, ბავშვი მოუსვენარია, აწუხებს უძილობა, უმადობა, ხდება უინტერესო, ჭირვეულობს და ხშირად ტირის . ყველა ეს სიმპტომები ვითარდება ისეთი დაავადების ფონზე, როგორც არის მწვავე რესპირატორული ინფექციები: პნევმონია, სეფსისი, ანგინა და სხვა. კლინიკაში აღინიშნება

ინტოქსიკაციის ნიშნები, მაღალი ტემპერატურა, შემცივნება. სკოლის ასაკის ბავშვებში დადებითი პასტერნაცის სინდრომი. დამახასიათებელია ხშირი მტკივნეული შარდვა, შარდის შეუკავლებლობა, სიყვითლე. სისხლში ლეიკოციტოზი, ედსი-ს აჩქარება, ანემია. შარდში ხანდახან ოლიგურია ან ხანმოკლე ანურია, უმნიშვნელო პროტეინურია, მკვეთრად გამოხატული ლეიკოციტურია. მწვავე მეორადი პიელონეფრიტი ხასიათდება მძიმე მიმდინარეობით და შეიძლება გადავიდეს ქრონიკულ პროცესში.

ქრონიკული პიელონეფრიტი დამოკიდებულია ფრომაზე (პირველადია თუ მეორადი), დაავადების სტადიაზე, პროცესის მიმდინარეობაზე. ქრონიკული პიელონეფრიტი შეიძლება იყოს ლატენტური მიმდინარეობის, ტალღისებური. ტალღისებული მიმდინარეობს მწვავედ. ახასიათებს დაზიანებული თირკმლის არეში ყრუ ტკივილი(როდესაც არის ცალმხრივი). როდესაც პროცესი ორმხრივია აღინიშნება დამახასიათებელი ტკივილი წელის არეში, პოლიურია, ანემია , ლეიკოციტოზი.

მკურნალობა: მწვავე პერიოდში წოლითი რეჟიმი, არ შეიძლება ფიზიკური დატვირთვა, საჭიროა დიეტის დაცვა. საკვებიდან უნდა გამოირიცხოს მწარე. მარილიანი შებოლილი საკვები. ძუძუმწოვარ ბავშვებში სასურველია ბუნებრივი კვება. ყველა ბავშვს ენიშნება ხილისა და ბოსტნეულის წვენები, მინერალური წყალი. მკურნალობაში გადაამწყვეტია ანტიბიოტიკები, ვიტამინები სამკურნალო მცენარეები (მრავალმარღვა, სამედიცინო გვირილა) ნახარშის და ნაყენის სახით. კარგ შედეგს იძლევა სითბური პროცედურები.

შაქრიანი დიაბეტი

შაქრიანი დიაბეტი ენდიკრინული დაავადებაა, იგი ვითარდება პანკრეასის ანუ კუჭქვეშა ჯირკვლის, ლანგერჰასის კუნძულების β უჯრედების დაზიანების გამო და არ გამოუმუშვდება საკმარისი რაოდენობით ჰორმონი ინსულინი. ხშირია თავის ტკივილი, ადვილად დაღლა, სისუსტე, ცვლილებები შარდში , ღვიძლის დაზიანება თვალის მხრივ ცვლილებები, ტკივილები ქვემო კიდურებში , ბავშვთა დიაბეტს ახასიათებს მძიმე მიმდინარეობა, პროგრესირება, ნაკლებად ახასიათებს კანის ქავილი, ფურუნკულოზი, სისხლის საერთო ანალიზში შეიძლება იყოს ზომიერი ლეიკოციტოზი, ედს-ის აჩქარება, დამახასიათებელია ჰიპერგლიკემია ანუ სისხლში გლუკოზის მომატება, (ნორმაში სისხლში გლუკოზა არის 80-120 ერთ. ან 4,5-5,5 გ/ლ) შარდში შეიძლება იყოს გლუკოზურია ანუ შარდში შაქრის არსებობა, რაც ნორმაში არ არის .

შაქრიანი დიეტის დროს გართულებები ხშირია, მაგ: თვალის მხრივ: კატარაქტა, გლაუკომა, სისხლძარღვების შევიწროვება თირკმელების და ღვიძლის დაავადებები , განსაკუთრებით ხშირი და მძიმე გართულებაა ჰიპერგლიკემიური და ჰიპოგლიკემიური კომები.

ჰიპერგლიკემიური ანუ დიაბეტური კომა ვითარდება ინსულინის არასაკმარის დოზის ან გადაჭარბებული კვების დროს . ავადმყოფი თანდათანობით კარგავს გონებას, კანი მშრალია, ტემპერატურა ნორმალური, სუნთქვა ღრმა, რითმული, მადა მკვეთრად დაქვეითებული, გუგები შევიწროებული, პულსი ტაქიკარდიული, კუნთთა ტონუსი და თვალის კაკლების ტონუსი დაქვეითებულია, პირიდან აცეტონის სუნი აქვს , ახასიათებს ჰიპერგლიკემია და გლუკოზურია.

ჰიპოგლიკემიური კომა ვითარდება ინსულინის გადამეტებული დოზის მიცემისას ან ინექციის შემდეგ არასაკმარისი საკვების მიღებისას. ამ კომის დროს დამახასიათებელია გონების უეცარი დაკარგვა, T დაქვეითებულია, კანი სველი, ოფლიანი, სუნთქვა ზედაპირული, გუგები გაფართოებული, აქვს კრუნჩხვები, ტრემორი, სისხლში ჰიპოგლიკემია, შარდში შაქარი არ არის, აცეტონის სუნი არ აქვს.



მკურნალობა: დიაბეტის სამკურნალოდ მნიშვნელოვანია რეჟიმის დაცვა, დიეტა, როცა რაციონში გამოირიცხულია ნახშირწყლები, შეზღუდულია ცხიმები, შაქრის ნაცვლად ეძლევათ სორბიტი, ქსილიტი. ფიზიკური დატვირთვა და სპორტი არ არის რეკომენდირებული. მედიკამენტებიდან მალინინი, დიაბეტონი, ძირითადად უტარდება ინსულინოთერაპია, რომელიც არეგულირებს გლუკოზის დონეს სისხლში შედეგად ირღვევა ნივთიერებათა ცვლა, კერძოდ ნახშირწყლოვან ცვლად და სისხლში მატულობს გლუკოზის დონე. დაავადების განვითარებას ხელს უწყობს მემკვიდრეობითობა, სტრესები, ტრამვები მუცლის და თავის არეში, გადაჭარბებული კვება და სხვა.

საკონტროლო კითხვები:

1. რა არის გლომერულონეფრიტი?
2. რა ცვლილებებია ლაბორატორიულად გლომერულონეფრიტის დროს?
3. პიელონეფრიტის კლინიკური სიმპტომები.
4. პიელონეფრიტის მკურნალობა.
5. შაქრიანი დიაბეტის ეტიოლოგია
6. ჰიპოგლიკემიური კომის მიზეზები.
7. განსხვავება ჰიპერგლიკემიურ და ჰიპოგლიკემიურ კომებს შორის.

ტუბერკულოზი

ტუბერკულოზის გამომწვევი მიეკუთვნება უმარტივეს ორგანიზმებს - აქტინომიცეტებს. ულტრაიისფერ სხივებზე სწრაფად ილუპებიან. არჩვენ ოთხი ტიპის მიკობაქტერიებს: ადამიანის, ხარის, ჩიტის, თავის დასნებოვნების გზებია: კვებითი აეროგენული, კანისმიერი.

ადრეულო ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია - იგულისხმება ორგანიზმის ფუნქციონალური დარღვევით და პირველად ბავშვის სიცოცხლისას დადებითი ტუბერკულინური სინჯით (ვირაჟი) - პირველ კანის სინჯი, მანტუს კანქვეშა სინჯი, კოხის კანქვეშა სინჯი. იქამდე კი ბავშვს აღენიშნება თავის ტკივილი, დაღლილობა, უმადობა, გაღიზიანებადობა, სუბფებრილური ტემპერატურა, მოუსვენარი ძილი. ასეთ ბავშვებში შეინიშნება სიფერმკრთალე, ცვლილებები ლიმფური კვანძების მხრივ. შარდში პროტეინულია, ერთროციტები მხედველობის არეში ლეიკოციტურია, ტაქიკარდია, გულის

მწვერვალზე სისტოლური შუილი. მკურნალობა ტარდება პირველი რიგის პრეპარატებით- ტუბაზიდი, პასკი 6 თვის განმავლობაში. შემდეგ დისპანსერული მეთვალყურეობა.

ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია-თუ ტუბერკულოზური ინტოქსიკაციის სიმპტომები დადებითი მანტუს რეაქცია გრძელდება 1-1,5 წელი, გვაქვს ქრონიკული ტუბერკულოზური ინტოქსიკაცია., რომელის ხასიათდება შემდეგი ნიშნებით: 1) ზრდაში და წონაში ჩამორჩენა, 2) კანქვეშა ცხიმოვანი ქსოვილის ძვლების და კუნთების სუსტი განვითარება, 3) გულმკერდის მოგრძო ფორმა, 4) უმადობა, 5) სუბფებრილური ტემპერატურა, ზოგჯერ 38⁰- მდე, 6) დადებითი კანის სინჯი, 7) პერიფერიული ლიმფური კვანძები მრავლობითია და გადიდებული, 8) ცვლილებები ნერვული სისტემის მხრივ, 9) სისხლში ლეიკოციტოზი, ნეიტროფილოზი, ანემია, 10) ანამნეზში ხანგრძლივი კონტაქტი დაავადებულთან.

მკურნალობა ტარდება პირველი რიგის პრეპარატებით: სტრეპტომიცინი, ტუბაზიდი, პასკი 1-2 თვე, შემდეგ ტუბაზიდი და პასკი 3-4 თვე, შემდეგ დისპანსერული მეთვალყურეობა 2-3 წელი.

ტუბერკულოზის ფორმები იყოფა სამ ჯგუფად : 1) ბავშვთა და მოზარდთა ტუბ. ინტოქსიკაცია ; 2) სასუნთქი ორგანოების ტუბერკულოზი; 3) სხვადასხვა ორგანოს და სისტემის ტუბერკულოზი- ტვინის გარსების და ცნს-ის ნაწლავის, კანის, ძვლების, საშარდე ორგანოების, თვალის და სხვა ტუბერკულოზი.

პროფილაქტიკა- საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესება, სწორი კვება, სუფთა ჰაერი, ფიზიკური წრთობა, კურორტზე გაყვანა, ტუბერკულოზიანი ავადმყოფებისაგან იზოლირება, ბცქ ვაქცინაცია. წამყვანი მნისვნელობა აქვს ქიმიო პროფილაქტიკას: გამოიყენება ტუბაზიდი.

მკურნალობა: სათანადო რეჟიმი, სრულფასოვანი კვება, აერო თერაპია, (იგულისხმება დღე და ღამ ღია ჰაერზე ყოფნა, გრძელდება 1-2 თვე, კლიმატო თერაპია: აბასთუმანი, ცემი, წაღვერი. პრეპარატები და გამოიყენება ფტივაზიდი, ტუბაზიდი , მეტაზიდი. ასევე პასკი, მინერალურ წყალთან ან რძესთან ერთად. ეს არის პირველი რიგის პრეპარატები, მეორე რიგის პრეპარატებიდან (სარეზერვო პრეპარატები) გამოიყენება ციკლოსერინი, კანამიცინი. პარალელურად ინიშნება ვიტამინები, კორტიკოსტეროიდები, დამამშვიდებელი საშუალებები.

ჰელმინთოზები

ჰელმინთოზები ეს არის პარაზიტული ჭიების ინვაზიით გამოწვეული პათოლოგიური პროცესები. არსებობს ადამიანის ჰელმინთების სამი ჯგუფი : 1) მრგვალი ჭიები ანუ ნემატოდები. 2) ბრტყელი ჭიები ანუ ცესტოდები. 3) მწოველები ანუ ტრამატოდები. კლინიკური სიმპტომების სამი ჯგუფია: ინტოქსიკაცია ალერგიული გამოვლინება და ლოკალური ცვლილებები ცალკეულ ორგანოში.

ასკარიდოზი- მას იწვევს ნემატოდების კლასის ჭია. მისი გავრცელების წყაროა დასნეობვებული ადამიანი , რომელიც განავალთან ერთად გამოყოფს ასკარიდების კვერცხებს , რომლებიც ხვდება ბავშვის ორგანიზმში ჭუჭყიანი ხელების , ბოსტნეულის , წყლის სათამაშოების საშუალებით. პირის ღრუდან ნაწლავში მოხვედრილი კვერცხი იცილებს გარსს და განთავისუფლებული ლარვა, ვიდრე სქესობრივი მომწიფების სტადიას მიაღწევს , გახვრეტს ნაწლავს და გადადის სისხლში, საიდანაც სისხლის ნაკადით განმეორებით ხვდება პირის ღრუში, იქიდან ნერწყვთან ერთად კი ნაწლავებში. პათოგენეზში არჩევენ მიგრაციის და ნაწლავში პარაზიტობის სტადიას

კლინიკა: მიგრაციის სტადიაში საყურადღებოა ალერგიული გამოვლინება, ამას ზოგჯერ ერთვის საერთო სისუსტე, მადის დაქვეითება, ნერწყვდენა, ხველა, ტკივილი მუცელში, ბრონქიტი, პნევმონია(იშვიათად) . ნაწლავში პარაზიტობის სტადიაში აღინიშნება სიმპტომები ნერვული სისტემის მხრივ: გაღიზიანებადობა, უძილობა, მეხსიერების დაქვეითება, იშვიათად კრუნჩხვები .

მკურნალობა:ყველაზე ეფექტურია პიპერაზინი, ლევამიზოლომი,კომბანტრინომი, ჟანგბადი.

ტრიქოცეფალოზი- მისი გამომწვევი პარაზიტობს მსხვილ ნაწლავში და იკვებება ნაწლავებიდან გამოწოვილი სისხლით. ინვაზია ხდება პირის ღრუდან ჭუჭყიანი ხელებით, საკვებით წყლით და სხვა.

კლინიკა: ალერგიული სიმპტომები სუსტად არის გამოხატული. ზიანდება კუჭ - ნაწლავის სისტემა. აღინიშნება უმადობა, კანის სიფერმკრთალე, ტკივილი მუცელში ენტეროკოლიტის, აპენდიციტის, წყლულოვანი დაავადების ნიშნები, ასევე ღებინება, ნერწყვის დენა, იშვიათად კრუნჩხვები, ცნობიერების დაკარგვა.

მკურნალობა: გამოიყენება ნიფტამონი,დიფეზილომი ოქსიგენოთერაპია- ჟანგბადიშეჰყავთ სწორ ნაწლავში.

ენტერობიოზი-იწვევს ნემატოდების წარმომადგენელი. ბინადრობს წვრილ და მსხვილ ნაწლავში. დაავადების წყაროა დაავადებული ბავშვი. პარაზიტი გადადის ჭუჭყიანი ხელებით, ტანსაცმლით, მტვერით. პარაზიტის ფიქსაციის არეში აღინიშნება ჰიპერემია, ანთება დაწყლულება, მეორადი ინფექცია.

კლინიკა: ქავილი უკანა ტანის არეში, უმადობა, ტკივილი მუცელში,თავბრუსხვევა თავის ტკივილი, უძილობა. კლინიკური ნიშნების მიხედვით არჩევენ დაავადების ნაწლავურ და ნერვულ ფორმას.

მკურნალობა: ბავშვის თითების ჰიგიენა, თეთრეულის ხშირი ცვლა. მედიკამენტებიდან: პიპერაზინი, ქავილის დასაწყნარებლად ნოვოკაინში დასველებული ბამბა ან კორტიზონის მაღამო, ოქსიგენოთერაპია.

ექინოკოკი-მისი გამომწვევია ერთი ან მრავალკამერიაში ექინოკოკი. ექინოკოკი ძალიან მძიმე დაავადებაა. ადამიანი ავადდება უპირატესად ძაღლებთან კონტაქტის შემთხვევაში, როდესაც მათ ბალანში არის პარაზიტის კვერცხები. ნაწლავებიდან ექინოკოკი შეიჭრება სისხლში, შემდეგ დაიბუდებს რომელიმე ქსოვილში ან ორგანოში.

კლინიკა: ტოქსიკური და ალერგიული გამოვლინებების გარდა, აღინიშნება ადგილობრივი ცვლილებებიიმის მიხედვით თუ სად არის პარაზიტის ლოკალიზაცია (ღვიძლში, ფილტვებში, ტვინში). მკურნალობა ქირურგიულია.

საკონტროლო კითხვები:

1. ტუბერკულოზის კლინიკა.
2. რა პრეპარატებით მკურნალობენ ტუბერკულოზს.
3. როგორია ასკარიდოზის კლინიკა.
4. სად ბინადრობს ენტერობიოზის გამომწვევი
5. როგორ მკურნალობენ ექინოკოკს

წითელა

წითელა *rubeola* - მწვავე ვირუსული დაავადება, გადაცემის ჰაერ-წვეთოვანი გზით; ხასიათდება ცხელებით, ინტოქსიკაციით, სასუნთქი გზებისკატარითა და ლაქოვან – პაპულოზური გამონაყრით, არაჰიპერემიულ კანზე.

წითელა – ეპიდემიოლოგია. ინფექციის წყაროა ავადმყოფი, რომელიც განსაკუთრებით საშიშია დაავადების ადრეულ, კატარალურ პერიოდში. ინფექციის გადაცემა ხდება ჰაერ – წვეთოვანი გზით. ერთეული (სპორადული) შემთხვევების გარდა, შესაძლებელია დაავადების აფეთქება. წითელათი უზშირესად ავადდებიან ბავშვები; მოზრდილებს დაავადება აღინიშნება იშვიათად.

წითელა – ეტიოლოგია. გამომწვევი მიეკუთვნება პარამიქსოვირუსებს, რომელიც სწრაფად ინაქტივირდება გარემოში.



წითელა- კლინიკური სურათი. ინკუბაციური პერიოდი 9 – 11 დღეა. პროდრომულ ან კატარალურ პერიოდში ტემპერატურა მატულობს 38,5 – 39 გრადუსამდე, ვითარდება სინათლის შიში, კონიუნქტივიტი, სურდო, მშრალი მყეფავი ხველა; ავადმყოფის სახე ჰიპერემიულია. კატარალური პერიოდის მე – 2 – მე – 3 დღეს შეიძლება გამოვლინდეს კოპლიკ ფილატოვ –

ბელინსკის სიმპტომი: ლოყის ლორწოვან გარსზე, განსაკუთრებით კარიესული კბილების პირდაპირ, წვრილი, მოთეთრო, ზედაპირიდან ამოწეული წერტილების გაჩენა; ლორწოვანის აღნიშნული ცვლილება მოგვაგონებს მასზე ქინძისთავის მრავლობით ნაჩხვლეტებს. აღნიშნული სიმპტომი წარმოადგენს დიაგნოზის აბსოლიტურად ზუსტ მტკიცებულებას. კატარალური პერიოდის მე – 3 დღიდან მაგარ სასაზე ვითარდება ჰიპერემია და გაფაშრება. წითელას მიმდინარეობის მესამე პერიოდი – გამონაყრის პერიოდი – იწყება დაავადების მე – 4 დღეს, მას თან სდევს ტემპერატურის მნიშვნელოვანი მომატება (39,5 – 40,50 C) და კანზე დამახასიათებელი მსხვილლაქოვანი წითელას გამონაყრის გაჩენა.



თავდაპირველად გამონაყარი ვრცელდება სახის კანზე და ყურების უკან, მე – 2 დღეს გამონაყარი ვრცელდება სხეულის ზედაპირზე და ზედა კიდურების უბნებზე; მე – 3 დღიდან გამონაყარი ვლინდება ქვედა კიდურებზეც. გამონაყარი შედგება 3 – 4 სმ დიამეტრის, მუქი ვარდისფერი, ზედაპირიდან ამოწეული მრგვალი ლაქებისგან, ადგილ – ადგილ გამონაყარი შეიძლება გახდეს შერწყმისადმი მიდრეკილი, თუმცა მაინც ინარჩუნებს თავის ლაქოვან – პაპულოზურ ხასიათს. კატარალური პერიოდის დასაწყისში აღინიშნება ლეიკოციტოზი ნეიტროფილოზით. გაურთულებელი წითელას დროს, გამონაყრის პერიოდის მე – 4 დღეს, ტემპერატურა ნორმას უბრუნდება ან ჩამოდის სუბფებრილურ ციფრებამდე, იწყება გამონაყრის გაქრობა სახეზე, შემდეგ სხეულზე და ყველაზე გვიან კიდურებზე. მის ადგილას რჩება უმნიშვნელო პიგმენტაცია, აღინიშნება მცირე აქერცვლა.



წითელა – გართულებები იშვიათია, შეიძლება იყოს ბრონქიტი, პნევმონია,, ლარინგიტი, ოტიტი, ბლევარიტი და სხვა. გადატანილი დაავადება ტოვებს მყარ იმუნიტეტს.



წითელა – დიაგნოზი. დაავადების ამოცნობა ხდება ეპიდემიოლოგიური მონაცემების, კატარული პერიოდის გათვალისწინებით კლინიკური სურათის, – კოპლიკ-ფილატოვ ბელინსკის დადებითი სიმპტომის (აღინიშნება შემთხვევათა 80 – 85% – ში), მოგვიანებით სტადიაზე კი კანზე გამონაყრის თანმიმდევრობის საფუძველზე.

წითელა – მკურნალობა. ძირითადია წოლითი რეჟიმი, ჰიგიენის დაცვა, სიმპტომატური საშუალებები. ბაქტერიული წარმოშობის გართულებების დროს - ანტიბიოტიკები. ნეცეფალიტის მკურნალობა ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია ხორციელდება კლინიკური და ეპიდემიოლოგიური ჩვენების მიხედვით. სიკვდილის შემთხვევები წითელას დროს ძალზე იშვიათია და აღინიშნება ძირითადად წითელასმიერი ენცეფალიტის დროს.

წითელა – პროფილაქტიკა. ბავშვებში აქტიური იმუნიზაცია ტარდება; წითელით დაავადებულის იზოლირება საჭიროა არანაკლებ 5 დღით, გამონაყრის გაჩენიდან; დეზინფექციასაჭირო არ არის.

წითურა rubella

წითურა – მწვავე ვირუსული ინფექციური დაავადება, რომელიც გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით; ხასიათდება ხანმოკლე ცხელებით, ლაქოვანი გამონაყრით არა ჰიპერემიულ კანზე და კისრის უკანა და კეფის ლიმფური კვანძების შესიებით.

წითურა – ეტიოლოგია. ინფექციის წყაროა დაავადებული ადამიანი, განსაკუთრებით დაავადების დაწყებიდან პირველი 5 დღის განმავლობაში. ინფექცია გადაეცემა ჰაერ – წვეთოვანი გზით. უხშირესად ავადდებიან ბავშვები 4 – დან 10 წლამდე. განსაკუთრებით სახიფათოა წითურათი ორსულის დასნებოვნება, რამეთუ ეს იწვევს ნაყოფის დაზიანებასა და თანდაყოლილი სიმახინჯეების განვითარებას.

წითურა – პათოგენეზი. ვირუსი ორგანიზმში ხვდება ცხვირ – ხახის ლორწოვანი გარსიდან და ვრცელდება სისხლით, რასაც მივყავართ გამონაყრის განვითარებამდე და ლინფადენიტებამდე. განსაკუთრებით დამახასიათებელია კეფის მიდამოს ლინფადენიტები.



წითურა – კლინიკური სურათი. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 16-20 დღე. დაავადების დასაწყისში

აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მომატება (37,7 – 38,5), სურდო, უმნიშვნელო მშრალი ხველა, კონიუნქტივიტი; დაავადებულის განწყობილება დამაკმაყოფილებელია. ტიპური ადრეული სიმპტომია კისრის უკანა, კეფის და სხვალმფური კვანძების შესიება. სხეულის ტემპერატურის მატებასთან ერთად ჩნდება ღია ფერის წითელი ეგზანთემა; გამონაყარი ვლინდება დაავადების 1 – ლი დღის ბოლოს ან მე – 2 – 3 დღეს; იგი შედგება წვრილლაქოვანი როზეოლური ელემენტებისგან, რომლებიც ზედაპირიდან ამოწეულები არ არიან, განლაგებულნი არიან სახეზე და 15 – 20 საათის განმავლობაში სწრაფად, რაიმე თანმიმდევრობის გარეშე, ვრცელდებიან მთელ სხეულზე. 2 – 3 დღის შემდეგ გამონაყარი უკვალოდ ქრება, პიგმენტაციის გარეშე. როგორც წესი, ავადმყოფი თავს ცუდად არ გრძნობს; არაიშვიათად წითურას ინფექცია მიმდინარეობს ფარულად



წითურა - გართულებები. პოსტნატალური პერიოდის დროს ძალზე იშვიათია ვირუსს შეუძლია შერჩევითად დააზიანოს ემბრიონალური ქსოვილი. ორსულებში ნაყოფის განვითარების დარღვევები ვლინდება მე – 3 – 16 კვირაზე დასნებოვნების შემთხვევაში. მუცელშიგა დასნებოვნებისას ნაყოფი იღუპება ან მას უვითარდება ქრონიკული წითურასმიერი ინფექცია, სხვადასხვა ორგანოების დაზიანებითა და მუცელშიგა მანკების ჩამოყალიბებით (მიკროცეფალია, სიყრუე, კატარაქტა, გულის მანკები და სხვ.); მუცელშიგა დასნებოვნებისას ორგანოგენეზის დამთავრების შემდეგ ვითარდება ფეტოპათიები (ანემია, თრომბოციტოპენიური პურპურა, ჰეპატიტი, ძვლების დაზიანებები და სხვ.). ასეთ ბავშვებში აღინიშნება ვირუსის ხანგრძლივი პერსისტენცია. განსხვავებით წითელასგან, წითურას დროს უმრავლეს შემთხვევაში ადგილი არ აქვს კატარალურ პერიოდს, არ არის ფილტვო-კოპლიკის ლაქები, არ აღინიშნება გამონაყარის გამოხატული ეტაპურობა, გამონაყარი გაცილებით უფრო მკრთალია, ლაქები ერთმანეთს არ ერწყმის და არ ტოვებს პიგმენტაციასა და აქერცვლას.



წითურა – პროფილაქტიკა. განსაკუთრებული მოფრთხილება ესაჭიროებათ ორსულ ქალებს, რომლებსაც არ გადაუტანიათ წითურა. კონტაქტის შემთხვევაში რეკომენდებულია ჰიპერიმუნური გამაგლობულინის (20 მლ-მდე) შეყვანა ორსულებში. თუკი ორსული ქალი დაავადდა წითურათი, ორსულობის პირველ 3 თვეს ნაჩვენებია მისი შეწყვეტა; შემუშავებულია აგრეთვე აქტიური იმუნიზაციის მეთოდი.

ქუნთრუშა Scarlatina

ქუნთრუშა - მწვავე ჰაერ-წვეთოვანი ინფექცია; ავადდებიან უპირატესად 10 წლამდე ასაკის ბავშვები; მიმდინარეობს ცხელებით, ზოგადი ინტოქსიკაციით, ანგინითა და წვრილ წერტილოვანი გამონაყრით ჰიპერემიულ კანზე. დაავადება მატულობს შემოდგომა-ზამთრის თვეებში.

ქუნთრუშა - ეტიოლოგია, პათოგენეზი. გამომწვევია A ჯგუფის ბეტა-ჰემოლიზური ტოქსიკოგენური სტრეპტოკოკი, რომელიც იზუდებს ცხვირ-ხახაში, იშვიათად კანში და იწვევს ადგილობრივ ანთებით ცვლილებებს (ანგინა, რეგიონალური ლიმფადენიტი).



ქუნთრუშა - სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 5-7 დღე. დაავადება იწყება მწვავედ; მატულობს სხეულის ტემპერატურა, ვლინდება სისუსტე, თავის ტკივილი, ტკივილი ყლაპვის დროს. პატარა ბავშვებში, არც თუ იშვიათად, ვლინდება ერთჯერადი ან განმეორებითი ლებინება. ბავშვები უარს ამბობენ საკვების მიღებაზე და ჭირვეულობენ. ტიპური და მუდმივი სიმპტომია ანგინა, რომელიც ვლინდება რბილი სასის მკვეთრი ჰიპერემიით, ნუშურების გადიდებით, რომელთა ლაკუნებში ან ზედაპირზე არაიშვიათად წარმოიქმნება ნადები. ლიმფური კვანძები გადიდებული და მტკივნეულია. ხშირია ლებინება, ზოგჯერ მრავალჯერადი. პირველ, იშვიათად, მეორე დღეს მთლიან სხეულზე ჩნდება მკვეთრი ვარდისფერი ან წითელი წვრილწერტილოვანი გამონაყარი. ცხვირ-ტუჩის სამკუთხედი ფერმკრთალია („ქუნთრუშისებრი სამკუთხედი“) (ფილატოვის თეთრი სამკუთხედი); აღინიშნება თეთრი დერმოგრაფიზმი; კიდურების მომხრელებში ხშირია წერტილოვანი სისხლჩაქცევები.



გამონაყარი რჩება 2-დან 5 დღემდე, შემდეგში კი ფერმკრთალდება; სხეულის ტემპერატურა თანდათანობით ქვეითდება. დაავადების მეორე კვირას იწყება კანისაქერცვლა; ენა თავდაპირველად ნადებითაა დაფარული, მე - 3 - მე - 4 დღეს ნადები ქრება და ენა ლებულობს ძალიან დამახასიათებელ შესახედაობას. მის წვერზე ჩანს ამობურცული დვრილები, ხოლო თვითონ ენა ლებულობს ღია წითელ ფერს („ჟოლოსებრი ენა“).



ქუნთრუშას მსუბუქი ფორმის დროს ინტოქსიკაცია სუსტადაა გამოხატული, ცხელება და დაავადების ყველა დანარჩენი გამოვლინებები ქრება მე-4-5 დღეზე. ეს არის ქუნთრუშას თანამედროვე მიმდინარეების ყველაზე ხშირი ვარიანტი. საშუალო სიმძიმის ფორმა ხასიათდება ყველა სიმპტომის უფრო ძლიერი გამოხატულებით, მათ შორის ინტოქსიკაციის მოვლენების; ცხელების პერიოდი გრძელდება 5-7 დღე. მძიმე ფორმა ამჟამად ძალზე იშვიათია და გვხვდება ორ ძირითად ვარიანტად: ტოქსიკური ქუნთრუშა ინტოქსიკაციის მკვეთრად გამოხატული მოვლენებით (მაღალი ცხელება, ცენტრალური ნერვული სისტემის დაზიანება – გონების დაბინდვა, ხოლო ადრეული ასაკის ბავშვებში კრუნჩხვები, მენინგეალური ნიშნები), ხახისა და კანის მხრივ ყველა სიმპტომები მკაფიოდაა გამოხატული; მძიმე

სეპტიკური ქუნთრუშა ნეკროზულიანგინით, რეგიონალური ლიმფური კვანძების მძაფრი რეაქციითა და ხშირი სეპტიკური გართულებებით; ხახაში ნეკროზები შესაძლებელია განლაგებული იყოს არა მხოლოდ ნუშურებზე, არამედ რბილი სასისა და ხახის ლორწოვან გარსზეც. ტოქსიკურ-სეპტიკური ქუნთრუშა ხასიათდება მძიმე ფორმის ამ ორი ვარიანტის სიმპტომების შერწყმით. დაავადების ატიპურ ფორმას მიეკუთვნება წაშლილი ქუნთრუშა, რომლის დროსაც ყველა სიმპტომი გამოხატულია სუსტად, ზოგიერთი კი საერთოდ არ ვლინდება.



ქუნთრუშა - გართულებები. გლომერულონეფრიტი (ძირითადად მე-3 კვირაზე), სინოვიტი, ე. წ. ინფექციური გული, იშვიათად მიოკარდიტი. სეპტიკური კომპონენტის დროს შესაძლებელია წარმოიქმნას ჩირქოვანი გართულებები: ლიმფადენიტი, ადენოფლეგმონა, ოტიტი, მასტოიდიტი, სინუსიტი, სეპტიკოპიემია. შესაძლებელია პნევმონიის გავითარება.



ქუნთრუშა - მკურნალობა. შესაბამისი პირობების არსებობისას თერაპია ტარდება ბინაზე. ავადმყოფთა ჰოსპიტალიზაცია საჭიროა მძიმე და გართულებული ფორმების დროს, ასევე ეპიდემიოლოგიური ჩვენებით. წოლითი რეჟიმი 5-6 დღის განმავლობაში. დიეტა მრალალფეროვანი, ვიტამინებით მდიდარი საკვებით, ჰიგიენური პირობების დაცვა. ტარდება ანტიბიოტიკოთერაპია: სეპტიკური ფორმის დროს ნაჩვენებია ინტენსიური ანტიბიოტიკოთერაპია. გართულებების მკურნალობა ტარდება ჩვეულებრივი მეთოდებით. პროგნოზი კეთილსაიმედოა. პროფილაქტიკა. საჭიროა ავადმყოფის იზოლაცია ბინის პირობებში ან მისი ჰოსპიტალიზაცია 10 დღით.

ჩუტყვავილა chickenpox

ჩუტყვავილა - მწვავე ვირუსული დაავადებაა; გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით; განსაკუთრებით ხშირია ბავშვთა ასაკში და ხასიათდება ცხელებით, პაპულურ-ვეზიკულური გამონაყრით, კეთილთვისებიანი მიმდინარეობით. ჩუტყვავილა - ეტიოლოგია. ჩუტყვავილას გამომწვევი მიეკუთვნება ჰერპესის ჯგუფის ვირუსებს, რომლებიც არამდგრადნი არიან გარემოში. ჩუტყვავილა - ეპიდემიოლოგია. ინფექცია უპირატესად გადაეცემა ჰაერ - წვეთოვანი გზით. ავადმყოფი დასნებოვნებულია ინკუბაციის პერიოდის ბოლოდან ქერქის სრულ მოცილებაამდე. გამონარყის ადგილას, ქერქების წარმოქმნის შემდეგ, გამომწვევი გადაეცემა კონტაქტური გზითაც. დაავადება ძალიან გადამდებია, განსაკუთრებით ადრეულ პერიოდში. ბინაში, ბაგებში ან საბავშვო ბაღებში თუნდაც ერთი ავადმყოფის გაჩენისთანავე, ყველა იქ არსებული ბავშვი უნდა ჩაითვალოს დასნებოვნებულად. საბავშვო დაწესებულებებში ცხადდება 21 დღიანი კარანტინი,



ჩუტყვავილა - კლინიკური სურათი. ინკუბაციური პერიოდის ხანგრძლივობა - 11 - დან 21 დღემდე (საშუალოდ 15 - 17) დღე. უხშირესად დაავადება იწყება მწვავედ - ტემპერატურის მომატებით 38 - 39 გრადუსამდე, პირველი გამონაყარი ჩნდება თმის ნაწილზე, შემდგომ სხეულის სხვადასხვა მონაკვეთზე, უპირატესად ტანზე,

ვითარდება საკმაოდ ხშირი გამონაყარი, მრგვალი ფორმის, 1 – 3 მმ დიამეტრის, მოვარდისფრო ლაქების სახით; ასეთივე გამონაყარი ვლინდება ცხვირხახის და ხახის ლორწოვანზე.

შემდგომ ეს გამონაყარი გარდაიქმნება ერთკამერიან ბუშტუკებად, რომელიც შეიცავს გამჭვირვალე შიგთავს; თითოეული ბუშტუკის (ვეზიკულის) გარშემო ვითარდება ვიწრო წითელი ქობა (ჰიპერემული კანის ან ლორწოვანი გარსის არშია). ემსგავსება ჩვეულებრივი ყვავილის დროს განვითარებულ ელემენტებს. უკვე მე – 2 დღეს ბუშტუკები სკდება ან ავადმყოფი თვითონ იცლის ფრჩხილებით, შიგთავსი შრება, ხმება, რის შედეგადაც კანზე წარმოიქმნება მშრალი, მუქი – მონაცრისფრო ქერქები. დამახასიათებელია გამონაყარის პოლიმორფიზმი: კანზე და ლორწოვანზე ბუშტუკების და ქერქების ერთდროული არსებობა. 5 – 7 დღის განმავლობაში შესაძლოა აღინიშნებოდეს ახალი ბუშტუკების წარმოქმნა. ცხვირხახის, ხორხის, ქუთუთოების კონიუნქტივის ლორწოვან გარსებზე ბუშტუკები



ადვილად სკდება, რაც წარმოადგენს მეორადი ინფექციის განვითარების საშიშროებას.

ჩუტყვავილა - გართულებები. იშვიათია: აბსცესები, ფლეგმონები, პნევმონიები, ენცეფალიტები. ჩუტყვავილა - მკურნალობა. ავადმყოფის ჰიგიენური ნორმების დაცვა; მეორადი ინფექციის პროფილაქტიკა; ვეზიკულებს ამუშავებენ კალიუმის პერმანგანატის 1-2%-იანი ხსნარით, ბრილიანტის

მწვანის 1%-იანი ხსნარით; გამოიყენება აგრეთვე ინდიფერენტული მაზები , ანტიჰისტამინური საშუალებები.

საკონტროლო კითხვები:

1. წითელას ძირითადი ნიშნები.
2. როგორია წითურას გამონაყარი?
3. ქუნთრუმას გამომწვევი.
4. ქუნთრუმას გართულებები
5. დიფერენციალური დიაგნოზი წითელას, წითურას და ქუნთრუმას შორის.
6. როგორი გამონაყარი ახასიათებს ჩუტყვავილას?
7. დაახასიათეთ ჩუტყვავილას ბუშტუკი.
8. ჩუტყვავილას მკურნალობა.

ყივანახველა pertussis

ყივანახველა – მწვავე ინფექციური დაავადებაა, მიეკუთვნება ჰაერ-წვეთოვან ინფექცია ხასიათდება სპაზმური ხველის შეტევებით. ყივანახველა ძირითადად აღინიშნება ადრეული ასაკისა და სკოლამდელი ასაკის ბავშვებში. ყივანახველის ეპიდემიოლოგია. ყივანახველის ინფექციის წყაროა ავადმყოფი, რომელიც იმყოფება დაავადების ადრეულ (კატარალურ) ფაზაში. ყივანახველა გადაეცემა ჰაერ – წვეთოვანი გზით. ყივანახველათიხშირად ავადდებიან ბავშვები, განსაკუთრებით 2 –

4 წლის ასაკში. დაავადებულ და ჯანმრთელ ბავშვებს შორის ახლო კონტაქტი, შეჯგუფება, ხელს უწყობს ინფექციის გავრცელებას. აღინიშნება ყივანახველის როგორც ერთეული (სპორადული) შემთხვევები, ასევე აფეთქებები. ყივანახველის განვითარების ალბათობა მატულობს წელიწადის ცივ და ნესტიან დროს. ყივანახველის გამომწვევია ბორდე-ჟანგუს ჩხირი, გრამუარყოფითი ჩხირი, რომელიც ნაკლებად მდგრადია გარემოში. ყივანახველის სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი საშუალოდ შეადგენს 5 – 7 დღეს. დაავადება იწყება საერთო სისუსტით, შეუძლოდ ყოფნით, ხმის ჩახლეჩით, სურდოთი და ხველებით. კატარალური მოვლენები ვითარდება 4 – 5 დღის განმავლობაში; მშრალი ხველა ფილტვებში დიდი რაოდენობით მშრალი ხიხინებით ტემპერატურის უმნიშვნელო მომატებასთან ერთად შეიძლება აღინიშნებოდეს 8 – 10 დღის განმავლობაში და უფრო მეტ ხანსაც. მოგვიანებით ვითარდება დაავადების სპაზმური სტადია; ხველის შეტევას თან სდევს სუნთქვის შეკავება, ვლინდება რამდენიმე სპაზმური ხველის ბიძგები. ამის შემდეგ დგება ხანმოკლე პაუზა და ღრმა ჩასუნთქვა; შემდგომ ვითარდება შემაწუხებელი, სპაზმურ ხველის შეტევა, ავადმყოფის სახე შეშუპებულია, ჰიპერემიულია, ზოგჯერ მოცისფრო ელფერით. გაძლიერებულ ჩასუნთქვას თან სდევს ენის მნიშვნელოვნად წინ გამოწევა, რომლის ლაგამზეც, კბილით გამოწვეული ტრამვის შედეგად, ჩნდება პატარა ჭრილობა. სპაზმური ხველას, ზოგჯერ, მიყვავართ სკლერის სისხლჩაქცევებამდე, ცხვირიდან სისხლდენებამდე. იშვიათად, განსაკუთრებით ადრეულ ბავშვთა ასაკში, შესაძლებელია განვითარდეს ლებინება, უნებლიე შარდვა და დეფეკაცია. სპაზმური ხველის შეტევის დროს,



რამდენიმე ხველებითი ბიძგის შემდეგ, ვლინდება რეპრიზი – მსტინავი, დაგრძელებული ხმა, რაც გამოწვეულია ჰაერის სწრაფი გატარებით ჯერ კიდევ დახურულ ხმოვან ნაპრალს შორის. ხველის შეტევებს თან სდევს მთელი სასუნთქის მუსკულატურის დამაბულობა. შეტევის ბოლოს გამოიყოფა მცირე რაოდენობით მინისებრი ლორწო. შეტევების დამთავრების შემდეგ, ბავშვი თავს

საკმაოდ დამაკმაყოფილებლად გრძნობს. სპაზმური სტადიის პირველ 15 – 20 დღეს, სპაზმური ხველის შეტევები ხშირდება, ხდება განსაკუთრებით შემაწუხებელი, მძიმე და ხანგრძლივი. დღე – ღამის განმავლობაში შეიძლება იყოს 8 – 10 დან 30 – მდე, ზოგჯერ 40 – მდეც, შეტევა. მოგვიანებით, ისინი იშვიათდება, მოკლდება, ისე შემაწუხებელი აღარ არიან, თუმცა აღინიშნება სქელი, წებოვანი ნახველის გამოყოფა. ხველის შეტევები ქრება დაავადების მე – 5 – მე – 6 კვირაზე. სპაზმური შეტევების განვითარების პიკზე სისხლში აღინიშნება ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, ედს – ის შენელება. შარდის რაოდენობა მცირდება (ოლიგურია), მისი ხვედრითი წონა იზრდება. ყივანახველას მიმდინარეობა შეიძლება გართულდეს პნევმონიის განვითარებით, რომელიც ჩვეულებრივ გახანგრძლივებულად მიმდინარეობს. ავადმყოფისთვის სიცოცხლის საშიშროებას წარმოადგენს მძიმედ მიმდინარე ბრონქოლიტი. ყივანახველას ტიპური და მძიმე ფორმების პარალელურად, არც თუ იშვიათია მისი ატიპური და წაშლილი ფორმები. წაშლილი ფორმების დროს, ხველის შეტევები მსუბუქად მიმდინარეობს, შეიძლება გაგრძელდეს მხოლოდ რამდენიმე დღე. ატიპური ფორმები მიმდინარეობენ სპაზმური ხველის გარეშე. დაავადების ამ ფორმების დროს ბავშვების განწყობილება მნიშვნელოვნად არ იცვლება.



ყვიანახველის მკურნალობა ტარდება ბინაზე. ჰოსპიტალიზაცია საჭიროა დაავადების მძიმე ფორმების დროს, ასევე გართულებების დროს. რეკომენდებულია ავადმყოფის სუფთა ჰერზე ყოფნა. ადრეული ასაკის ბავშვებში მძიმე და საშუალო სიმძიმის ფორმების დროს ან გართულებებისას ინიშნება ანტიბიოტიკები.

ყვიანახველის პროფილაქტიკა. იმუნოპროფილაქტიკა ადსორბირებული ყვიანახველადიფთერია-ტეტანუსის ვაქცინით. ბავშვებში სიცოცხლის პირველ წელს ავადმყოფებთან კონტაქტისას რეკომენდებულია სპეციფიკური გამაგლობულინი (3 მლ ორჯერადად 1 დღის ინტერვალით); ავადყოფის იზოლაცია გრძელდება 30 დღე დაავადების დაწყებიდან.

ეპიდემიური პაროტიტი (ყბაყურა) pertussis



ყბაყურა - მწვავე ვირუსული ინფექციური დაავადება; ავადდებიან უპირატესად ბავშვები 15 წლის ასაკამდე; ხასიათდება სანერწყვე ჯირკვლებისა და სხვა ჯირკვლოვანი ორგანოების ანთებით. ყბაყურა – ეტიოლოგია, პათოგენეზი. დაავადების გამომწვევია პარამიქსოვირუსი, რომელიც არამდგრადია გარემოში. ინფექცია გადაეცემა ჰაერ-წვეთოვანი გზით; მიმართ განსაკუთრებით ხშირად ზიანდება ყბაყურა ჯირკვლები, დაავადების გადატანის შემდეგ ყალიბდება მყარი იმუნიტეტი.

ყბაყურა – სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 11-დან 23 დღემდე. (ხშირად 15-20 დღე). დაავადება იწყება სხეულის ტემპერატურის მომატებითა და ყბაყურა ჯირკვლის მტკივნეული შეშუპებით, ზოგჯერ ორივე მხარეს. დაახლოებით შემთხვევათა ნახევარში პროცესში ერთვება ყბისქვეშა და იშვიათად ენისქვეშა სანერწყვე ჯირკვლები.



პირველ დღეებში შეშუპება მატულობს, ხოლო მე-3-4 დღიდან მცირდება ტემპერატურის დაწვეასთან ერთად და 8-10 დღეზე ჩვეულებრივ ქრება. დაჩირქება არ აღინიშნება; მოზარდებში და ახალგაზრდა მამაკაცებში შესაძლებელია განვითარდეს ორქიტისათესლე ჯირკვლების ანთება. ამ დაავადების მე-4 მე-5 დღეზე ბავშვს ხელახლა უწევს ტემპერატურა ეწევა ძლიერი ტკივილი

სათესლე ჯირკვლებში, აქვს შესიება, კანი შეშუპებულია, ჰიპერემიული. არის ცალმხრივი და ორმხრივი ორქიტი. მისი გადატანის შემდეგ ვითარდება ასპერმია (უნაყოფობა). დაავადების არაიშვიათი გართულებაა მასტიტი ოოფორიტი, მწვავე სეროზული მენინგიტი; ძალიან იშვიათ და სახიფათო გართულებას წარმოადგენს ენცეფალიტი ან მენინგოენცეფალიტი; შესაძლებელია შუა ყურის ანთება. ყბაყურა – მკურნალობა სიმპტომატურია. ნაჩვენებია ადგილობრივი სითბური პროცედურები, ფიზიოპროცედურები. ორქიტის, პანკრეატიტისა და მენინგიტის დროს – მკურნალობა ტარდება ზოგადი პრინციპების შესაბამისად. პროგნოზი კეთილსაიმედოა. შიგნითა ყურის იშვიათმა დაიზანებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს მყარი სიყრუე. ორმხრივი ორქიტის შედეგი შესაძლოა იყოს სათესლეების ატროფია, გენერაციული ფუნქციის შემდგომი დარღვევებით.

დიფთერია diphtheria

დიფთერია - მწვავე ინფექციური დაავადება გადაცემის ჰაერ-წვეთოვანი გზით; ხასიათდება ხახის, ცხვირის, ხორხის, ტრაქეის, იშვიათად სხვა ორგანოების ლორწოვან გარსების კრუპოზული ან დიფთერიული ანთებითა და ზოგადი ინტოქსიკაციით. ინფექციის წყაროა ავადმყოფები და ბაქტერიამტარებლები. ცალკეულ შემთხვევებში დაავადება გადაეცემა სხვადასხვა საგნების, სათამაშოების საშუალებით და მესამე პირების გზითაც კი. დაავადების გავრცელების ალბათობა იზრდება წელიწადის ცივ და ნესტიან დროს. ავადდებიან ნებისმიერი ასაკი ადამიანები, თუმცა უფრო ხშირად ბავშვები. დიფთერიის გადატანის შემდეგ, ავადმყოფების ნაწილი რჩება მტარებლებად. დიფთერია – ეტიოლოგია, პათოგენიზი. გამომწვევია ტოქსიკოგენური დიფთერიული გრამდადებითი ჩხირი(ლეფლერის), რომელიც მდგრადია გარემოში; გამოიმუშავებს ძლიერ ეგზოტოქსინს. არატოქსიგენური კორინებაქტერიები არაპათოგენურია. დიფთერიული ჩხირი ვეგეტაციას იძლევა ხახისა და სხვა ორგანოების ლორწოვან გარსებზე, სადაც ვითარდება კრუპოზული ან დიფთერიული ანთება, ნადების წარმოქმნით. გამომწვევის მიერ პროდუცირებული ეგზოტოქსინი შეიწოვება სისხლში და იწვევს ზოგადინტოქსიკაციას, მიოკარდის, პერიფერიული და ვეგეტატური ნერვული სისტემის, თირკმელების, თირკმელზედა ჯირკვლების დაზიანებას.



დიფთერია – სიმპტომები, მიმდინარეობა. ინკუბაციური პერიოდი გრძელდება 2-დან 10 დღემდე. პროცესის ლოკალიზაციის მიხედვით განასხვავებენ ხახის, ცხვირის, ხორხის, თვალის და სხვ. დიფთერიას. ხახის დიფთერია. განასხვავებენ ხახის ლოკალიზებულ, გავრცელებულ და ტოქსიკურ დიფთერიას. ლოკალური ფორმის დროს წარმოიქმნება ფიბროზული აპკოვანი

ნადებები ნუშურებზე. ხახა ზომიერად ჰიპერემულია, ტკივილი ყლავისას ზომიერად ან სუსტადაა გამოხატული, რეგიონალური ლიმფური კვანძები უმნიშვნელოდაა გადიდებული. ზოგადი ინტოქსიკაცია გამოხატული არ არის, ტემპერატურა ზომიერია. ამ ფორმის სახესხვაობა ხახის მწვავე დიფთერია, რომლის დროსაც ნუშურებზე ნადებებს აქვთ მცირე ზომის ბალთების სახე, რომელიც განლაგებულია ლაკუნებში. ხახის დიფთერიის გავრცელებული ფორმის დროს ფიბროზული ნადებები ვრცელდება სასის რკალებისა და ნაქის ლორწოვან გარსებზე; ინტოქსიკაცია გამოხატულია, სხეულის ტემპერატურა მაღალია, უფრო მნიშვნელოვანია რეგიონალური ლიმფური კვანძების რეაქცია. ტოქსიკური დიფთერია ხასიათდება ნუშურების მკვეთრი გადიდებით, ხახის ლორწოვანი გარსის მნიშვნელოვანი შეშუპებითა და სქელი ჭუჭყიანი-მოთეთრო ნადებების წარმოქმნით, რომელიც ვრცელდება ნუშურებსა და რბილ და მაგარ სასაზე. რეგიონალური ლიმფური კვანძები მნიშვნელოვნადაა გადიდებული, მათი გარემომცველი კანქვეშა ქსოვილი შეშუპებულია. კისრის კანქვეშა ქსოვილის შეშუპება ასახავს ინტოქსიკაციის ხარისხს. ტოქსიკური დიფთერიის პირველი ხარისხის დროს შეშუპება ვრცელდება კისრის შუამდე, მეორე ხარისხის დროს – ლავიწამდე, ხოლო მესამე ხარისხის დროს ლავიწის ქვევით. ავადმყოფის ზოგადი მდგომარეობა მძიმეა, აღინიშნება მაღალი ტემპერატურა, სისუსტე, ანორექსია, ზოგჯერ ღებინება და ტკივილი მუცელში. ვლინდება გულ-სისხლძარღვთა

სისტემის გამოხატული დარღვევები. ხორხის დიფტერია (დიფტერიული, ანუ ჭეშმარიტი კრუპი) უკანასკნელ წლებში საკმაოდ იშვიათად გვხვდება; ხასიათდება ხორხისა და ტრაქეის ლორწოვანი გარსის კრუპოზული ანთებით. დაავადების მიმდინარეობა სწრაფად მოპროგრესირება. პირველ კატარალურ სტადიაში, რომელიც გრძელდება 1-2 დღის განმავლობაში, აღინიშნება სხეულის ტემპერატურის მომატება, ხმის ჩახლეჩა, ხველა, თავდაპირველად „მყეფავი“. მეორე სტადიაში მატულობს ზედა სასუნთქი გზების სტენოზის სიმპტომები: ხმაურიანი სუნთქვა, ჩასუნთქვისას დამხმარე მუსკულატურის დაძაბვა; მესამე (ასფიქსიური) სტადია ვლინდება აირთა ცვლის გამოხატული დარღვევებით – ციანოზით, პულსის გამოვარდნით ჩასუნთქვისას, ოფლიანობით, მოუსვენრობით. თუკი დროულად არ მოხდა საექიმო ჩარევა, ავადმყოფი კვდება ასფიქსიით. ცხვირის, თვალის კონიუნქტივის, გარეთა სასქესო ორგანოების დიფტერია უკანასკნელ ხანებში თითქმის აღარ გვხვდება. დიფტერია – მკურნალობა. თერაპიის ძირითადი მეთოდია რაც შეიძლება ადრეულ სტადიებში ანტიდიფტერიული შრატის შეყვანა კუნთებში შესაბამისი დოზებით. მსუბუქი ფორმების დროს შრატი შეჰყავთ ერთჯერადად, გამოხატული ინტოქსიკაციის დროს – რამდენიმე დღის განმავლობაში. ანაფილაქსიური რეაქციის თავიდან აცილების მიზნით, ატარებენ კანქვეშა სინჯს. დიფტერიული კრუპის დროს აუცილებელია სუფთა ჰაერი, სიმზიდე. რეკომენდებულია სედატური საშუალებები. ნაჩვენებია გლუკოკორტიკოიდები. კარგ ეფექტს იძლევა ლორწოს ამოქაჩვა სასუნთქი გზებიდან ელექტროტუმბოს მეშვეობით. მძიმე სტენოზის დროს გამოიყენება ნაზოტრაქეალური ინტუბაცია ან ქვემო ტრაქეოსტომია. დიფტერია – პროფილაქტიკა. აქტიური იმუნიზაცია – წარმოადგენს დიფტერიასთან წარმატებულ ბრძოლის მეთოდს. იმუნიზაცია უტარდება ყველა ბავშვს. ადსორბირებული ყვიანახველა-დიფტერია-ტეტანუსის ვაქცინითა და ადსორბირებული დიფტერიულ-ტეტანუსის ანატოქსინით. პირველადი ვაქცინაცია ტარდება 3 თვის ასაკში სამჯერადად 0,5 მლ ვაქცინის შეყვანით 1,5 თვიანი ინტერვალებით. რევაქცინაცია ტარდება იმავე დოზით 1,5-2 წლის შემდეგ; 6 და 11 წლის ასაკში ტარდება რევაქცინაცია მხოლოდ დიფტერიისა და ტეტანუსის საწინააღმდეგოდ. დიფტერიით დაავადებულები საჭიროებენ სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას.

საკონტროლო კითხვები:

1. რა ახასიათებს ყვიანახველას სპაზმურ პერიოდს?
2. რა არის რეპრიზა.
3. როგორი ფორმებით მიმდინარეობს ყვიანახველა.
4. როგორია ეპიდემიური პაროტიტის გადაცემის გზა.
5. რა ზიანდება ეპიდემიური პაროტიტის დროს.
6. როგორ მიმდინარეობს ხახის დიფტერია?
7. რა ახასიათებს დიფტერიულ კრუპს.

მენინგოკოკური ინფექცია – მენინგოკოკებით გამოწვეული დაავადება, რომელიც მიმდინარეობს მწვავე ნაზოფარინგიტის, ჩირქოვანი მენინგიტისა და მენინგოკოკემიის სახით. მიეკუთვნება ჰაერ-წვეთოვან ინფექციას. ფართოდაა გავრცელებული მენინგოკოკების ჯანმრთელი მტარებლობა. მენინგოკოკური ინფექციის ეპიდემიოლოგია. დაავადების წყარო – ავადმყოფი მენინგოკოკური ინფექციის კლინიკურად გამოხატული გამოვლინებებით (ნაზოფარინგიტი, მენინგიტი), აგრეთვე მენინგოკოკების მტარებლები. ინფექციის გადაცემა ხდება ჰაერ – წვეთოვანი გზით. დაავადების რიცხვის ზრდა აღინიშნება წელიწადის ცივ და ნესტიან დროს. ვლინდება როგორც ერთეული (სპორადული) შემთხვევები, ასევე ეპიდემიური აფეთქებები; ეს უკანასკნელი ხშირად ვითარდება საბავშვო კოლექტივებში და საერთო საცხოვრებლებში. მენინგოკოკური ინფექციის სიმპტომები. ინკუბაციური პერიოდი 2 – 10 დღე. ეპიდემიური მენინგოკოკური მენინგიტი, როგორც წესი, იწყება მწვავედ. თუმცა შემთხვევათა დაახლოებით 15% – ში აღინიშნება პროდრომული პერიოდი საერთო სისუსტის, ოფლიანობის, ზომიერი თავის ტკივილის, 1 – 2 დღის განმავლობაში ტემპერატურის უმნიშვნელო მომატების სახით. პატარა ბავშვებში, შემცივნების შემდეგ, ხშირია ღებინებები, 6 – 8 საათის განმავლობაში სხეულის ტემპერატურა იმატებს 39,5 – 40 გრადუსამდე, ვითარდება მძაფრი თავის ტკივილი, რომელიც მალე შემაწუხებელი ხდება. ავადმყოფი საწოლში ღებულობს იძულებით პოზას, („მწევარის პოზა“ უკან გადაწეული თავით და მუცელთან მიტანილი ფეხებით).



ავადმყოფის დათალიერებისას, იძულებითი პოზის გარდა, ყურადღებას იქცევს სახის ჰიპერემია, შეხებით ცხელი კანი, ჰიპერესთეზია, მყარი, წითელი დერმოგრაფიზმი. ზოგიერთ ავადმყოფს უვითარდება ჰერპესული ან პეტეჩიალური გამონაყარი. ზოგიერთ ავადმყოფს აღინიშნება გონების დაბინდვა, იშვიათად – ბოდვა, შეაწუხებელი მოძრაობა და კუნთოვანი კრუნჩხვები. დამახასიათებელია მენინგეალური სინდრომის განვითარება: კეფის კუნთების რიგიდობა, კერნიჩის დადებითი სიმპტომი. რიგ შემთხვევებში ვითარდება სხვა სიმპტომებიც – ბრუდმინსკის (ზედა და ქვედა), ზურგის ტვინის პუნქციისას, მაღალი წნევის ქვეშ ვღებულობთ მუქ, ჩირქოვან სითხეს, რომელიც შეიცავს ცილების, ნეიტროფილური ლეიკოციტების



ეპიდემიური მენინგიტის მძიმე მიმდინარეობისას, პროგნოზი ყოველთვის სერიოზულია, შესაძლებელია გართულებების განვითარება (თავის ქალის ნერვების პარეზები და დამბლები, თავის ტვინი შეშუპება, ჩირქოვანი პროცესები – ოტიტები, სინუსიტები, მასტოიდიტები). პატარა ბავშვებში, ჩირქოვანი მენინგოკოკური მენინგიტის შორეული გართულება და გამოსავალი შეიძლება იყოს თავის ტვინის წყალმანკი, რომელსაც თან სდევს თავის ზომების მნიშვნელოვანი და მყარი ზრდა, ქალის ნაკერების დამორება. ანტიბიოტიკებით ადრე დაწყებულმა და სწორმა მკურნალობამ შეიძლება

მიგვიყვანოს დაავადების სასურველ შედეგამდე (დაავადების დაწყებიდან მე – 12 – მე – 14 დღეზე).



მენინგიტის ენცეფალიტურ ფორმას თან სდევს გონების დაკარგვა, კუნთვითი კრუნჩხვები, სხადასხვა ჯგუფის კუნთების პარეზი; აღნიშნული ფორმა ძირითადად გვხვდება მცირე ასაკის ბავშვებში. გვხვდება აგრეთვე დაავადების მსუბუქად, ატიპიურად მიმდინარე ფორმები; ასე მაგალითად აზორტული ფორმის დროს აღინიშნება მწვავე დაწყება, ცხელების ხანმოკლე პერიოდი, თავის ტკივილი, კეფის კუნთების რიგიდობა; დაავადების დაწყებიდან 2 – 3 დღის შემდეგ, ანტიბიოტიკოთერაპიის გარეშე, ტემპერატურა ქვეითდება ნორმამდე, უკუვითარდება დაავადების სხვა კლინიკური სიმპტომებიც.



მენინგოკოკემია იწყება მწვავედ, მიმდინარეობს მძიმე სეფსისის კლინიკური სურათით, მაღალი ცხელებითი რეაქციებით. დაავადების დაწყებიდან დაახლოებით ერთი დღე – ღამის შემდეგ სახის, ქვედა კიდურების კანზე ჩნდება ინტენსიური ვარდისფერი ან მოლურჯო ელფერის როზეოლური და პაპულოზური ელემენტები, აგრეთვე – წვრილი, ჰემორაგიული ელემენტები და არასწორი, ვარსკვლავის ფორმის წითელი ლაქები, რომლებიც შემდგომ ნეკროზდებიან ამის გარდა, შეიძლება განვითარდეს საკმაოდ დიდი ზომის ჰემორაგიული ლაქები. ცალკეულ ავადმყოფებში, მენინგოკოკემიას თან სდევს ართრიტები, ამასთან უპირატესად ზიანდება წვრილი სახსრები. ცალკეულ შემთხვევებში მენინგოკოკემია იწვევს ჩირქოვანი მენინგიტის განვითარებას. მენინგოკოკური ინფექციის მკურნალობა. განსაკუთრებით ეფექტურია ადრე დაწყებული პენიცილინოთერაპია.

მწვავე რესპირატორული ვირუსული ინფექციები

გრიპის გამომწვევი პირველად გამოყვეს 1993 წ. შეიცავს რნმ-ს, მიეკუთნება მიქსროვირუსებს. არსებობ ვირუსის სხვადასხვა ტიპი. ორგანიზმის გარეთ ვირუსები სწრაფად იღუპებიან, ვერ უძლებენ მაღალ ტემპერატურას. კლინიკა: იწყება მწვავედ, მაღალი ტემპერატურით. აღინიშნება სახსრების ტკივილი, თავის ტკივილი, კატარალური მოვლენები: სურდო, ხველა, საერთო სისუსტე. არჩევენ მსუბუქ, საშუალო, მძიმე და ტოქსიურ ფორმას. ინტოქსიკაცია აღწევს მაქსიმუმს პირველ ორ დღეს- მაღალი ტემპერატურა, მოდუნება, თავის ტკივილი. ტოქსიური ფორმისას გვაქვს ღებინება, ცნობიერების დაკარგვა, კრუნჩხვები, მენინგეალური ნიშნები, კანის ციანოზი. გრიპის დროს ხშირია ცხვირიდან სისხლდენა, ტაქიკარდია, გულის ტონების მოყრუება. გრიპი გრძელდება 3-5 დღე.

პარაგრიპი

გამომწვევია პარაგრიპის ვირუსი, რომელიც ჰგავს გრიპის ვირუსს. მიეკუთვნება მიქსოვირუსებს, შეიცავს რნმ-ს. აღმოაჩინეს 1952 წ. კლინიკურად ემსგავსება გრიპს, მხოლოდ ახასიათებს უფრო თანდათანობითი დასაწყისი, ნაკლებად გამოხატული ინტოქსიკაცია, უფრო მსუბუქი მიმდინარეობით. ცხელება გრძელდება 1 კვირა, აღინიშნება კატარალური მოვლენები, ასევე ლარინგიტი ხველიტ, ცრუ კრუპი, რინიტი.

ადენოვირუსული ინფექცია- ადენოვირუსები შეიცავს დნმ-ს. დაავადება გრძელდება 10-12 დღე. სასუნთქი გზების დაზიანებასთან ერთად ზიანდება ლიმფური კვანძები, ღვიძლი, ნაწლავები, თვალის ლორწოვანი გარსები. ყველაზე მეტად გავრცელებულია ორი ფორმა: 1) ზედა სასუნთქი გზების კატარი-ამ პროცესში ერთვება ცხვირის ლორწოვანი, ხახა, ნუშურები. 2) ფარინგოკონიუნქტივალური ცხელება. კონიუნქტივიტი ვითარდება 1-3 დღეს. ჯერ ზიანდება ერთი თვალი, შემდეგ მეორე. თვალი სეშუპდება, წითლდება, გვაქვს ლორწოვანი გამონადენი. ადენოვირუსულ ინფექციას ადგილი აქვს პარენტიმული ორგანოების დაზიანებას, იზრდება ღვიძლის და ელენთის ზომები.

მკურნალობა: სიმპტომური საშუალებები - სიცხის დამწვევი, ანტიჰისტამინური, სითბური პროცედურები, სოდიანი ინჰალაციები, ფიზიოთერაპია, ჟანგბადი, საგულე საშუალებები, ვიტამინები. მძიმე ფორმებისას (კრუპის დროს) საჭიროა ჰორმონები, სპაზმოლიზური საშუალებები. მკურნალობა უნდა ჩატარდეს სტაციონარში. პროფილაქტიკა: აქტიური იმუნიზაცია, ავადმყოფის იზოლირება, სანიტარულ-ჰიგიენური წესების დაცვა.

საკონტროლო კითხვები:

1. მენინგოკოკური ინფექციის ფორმები.
2. როგორი გამონაყარი ახასიათებს მენინგოკოკემიას და სად ჩნდება ?
3. მენინგოკოკური ინფექციის მკურნალობა.
4. როგორია გრიპის მკურნალობა?
5. რა ახასიათებს კლინიკურად პარაგრიპს?
6. რას აზიანებს ადენოვირუსული ინფექცია?

აგრების კალენდარი

ასაკი ვაქცინა	დაბადები სას	2 თვე	3 თვე	4 თვე	12 თვე	18 თვე	შენიშვნე
1. ტუბერკულოზი BCG	*						აგრა ტარდება დაბადებიდან მე- 2-5 დღეს
2.პოლიომიელიტი ოპვ(OPV)		*	*	*		*	ტარდება DPT ან DT აგრებთან ართად
3.დიფთერია/ყივანახველა/ ტეტანუსი დეც (DPT)		*	*	*		*	ტარდებაოპვ(OPV) აგრებთან ართად
4.წითელა Measles					*		ვაქცინაცია ტარდება ყბაყურას აგრასთან ერთად. რევაქცინაცია ტარდებაოპვ ,DT აგრებთან ერთად
7.ყბაყურა Mumps					*		ტარდება წითელას აგრასთან ართად
8.დიფთერია /ტეტანუსი დტDT							ტარდება ოპვ აგრასთან ერთად
10.ვირუსული ჰეპატიტი B-HB	*	*		*			I აგრა ტარდება დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში. II და III აგრა ტარდება DPT _{1,3} - OPV _{1,3} აგრებთან ერთად

