2013 წელი

ჯიბის ცნობარი

ბავშვთა სტაციონარული მოვლა



ბავშვთა ასაკის დაავადებათა ინტეგრირებული მართვა

მეორე გამოცემა

World Health Organization

NCDC დაავადებათა პრონტროლისა და საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის ეროვნული ცენტრი

ჯიბის ცნობარი

ბავშვთა სტაციონარული მოვლა

ბავშვთა ასაკის დაავადებათა ინტეგრირებული მართვა

მეორე გამოცემა

2013 წელი

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data:
ჯიბის სახელმძღვანელო ბავშვთა ჰოსპიტალური მოვლისათვის. ყველაზე გავრცელებულ დაავადებათა მენეჯმენტი ბავშვებში. გაიდლაინი. მეორე გამოცემა.
1. პედიატრია 2. ბავშვის მოვლა 3. ბავშვი, ჰოსპიტალიზაცია 4. ჯანმრთელობის სერვისები ბავშვისათვის. 5. გაიდლაინი.
ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია
ISBN 978 92 4 154837 3 (NLM classification: WS 29)

© ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია 2013

ყველა უფლება დაცულია. ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის პუბლიკაციები შეიძლება იხილოთ შემდეგ ვებგვერდზე (www.who.int) or ან შეიძლება შეიძინოთ შემდეგ მისამართზე; 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). თარგმნისა და გამოქვეყნების ნებართვისათვის მიმართეთ შემდეგ ვებ გვერდს (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).
წარმოდგენილი პუბლიკაციით ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია არ არღვევს საავტორო უფლებებს, ასევე ქვეყნების, ტერიტორიებისა თუ ქალაქების კანონმდებლობას.
სპეციფიკური კომპანიების მოხსენიება არ ნიშნავს, რომ ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მიიჩნევს, რომ ესა თუ ის კომპანია აღმატებულია მეორე კომპანიაზე ან ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია უწევს მას რეკომენდაციას.

საქართველო

წინასიტყვაობა

წინამდებარე

წარმოდგენილი პუბლიკაცია წარმოადგენს ჯიბის სახელმძღვანელოს მეორე გამოცემას. ბავშვთა ჰოსპიტალური მოვლისათვის. პირველი ჯიბის სახელმძღვანელო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციამ გამოსცა 2005 წელს. იგი წარმოადგენს ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინების კრებულს, რომელიც შეეხება ბავშვთა ყველაზე ხშირ დაავადებებს, რომლებიც გვხვდება რეფერალის პირველ დონეზე დაბალი შემოსავლების ქვეყნებში. პუბლიკაციის სახით წარმოადგენილია რელევანტური, განახლებული და მტკიცებულებებზე დაფუძნებული გაიდლაინები, რომელიც შეიძლება გამოიყენოს პრაქტიკოსმა ექიმმა და ლაბორატორიის მუშაკმა თავის ყოველდღიურ პრაქტიკაში გაიდლაინები ფოკუსირებულია იმ ბავშვების ჰოსპიტალურ მკურნალობაზე, რომლებსაც აქვთ მძიმე დაავადებები, რომლებიც ხშირ შემთხვევაში წარმოადგენენ ბავშვთა სიკვდილიანობის უხშირეს მიზეზს როგორიცაა: პნევმონია, დიარეა და ცხელება (ყველაზე ხშირად მალარია, მენინგიტი და სეპტიცემია), მძიმე მალნუტრიცია და აივ/შიდსი. სახელმძღვანელო ასევე მოიცავს გაიდლაინს, ხშირი ნეონატალური, ქირურგიული პრობლემების, შესაბამისი მოვლისა და კლინიკაში პაციენტის მეთვალყურეობის შესახებ.

ჯიბის სახელმძღვანელო წარმოადგენს მძიმედ დაავადებული ბავშვების მკურნალობისა და მოვლის ხარისხის გაუმჯობესებისათვის მიმართული მეთოდური რეკომენდაციების სერიის ნაწილს და მოიცავს ბავშვთა ასაკის დაავადებათა ინტეგრირებული მართვის გაიდლაინებს (IMCI).

მისი გამოყენება შეუძლიათ ექიმებს, უფროს ექთნებს და სხვა სამედიცინო პერსონალს, რომლებიც პასუხისმგებლები არიან პირველი დონის კლინიკებში ბავშვის მოვლაზე.

ჯიბის სახელმძღვანელოს პირველი გამოცემა განხილული იყო ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდლაინებზე პასუხისმგებელი კომიტეტის მიერ, რომელმაც გამოჰყო, თავები რომლებიც მოითხოვდნენ განახლებას. მათ დაადგინეს შემდეგი: მოხდეს ჯიბის სახელმძღვანელოს განხილვა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის მიერ დამტკიცებული გაიდლაინების მიხედვით. ასევე ახალი, ხელმისაწვდომი ინფორმაციის შეჯერება და გაანალიზება წიგნის განახლების წინ.

ცვლილებები იქნა შეტანილი ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის 2012 წლის რეკომენდაციებისა და გაიდლაინების

მიხედვით, რომელიც ჩამოთვლილია 329 გვერდზე. ზოგიერთი ქვესექცია იქნა ამოღებული, ზოგიერთი დამატებული, ზოგიერთ შემთხვევაში მოხდა სექციების რეორგანიზაცია, ცვლილება შეტანილი იქნა ჯიბის სახელმძღვანელოს შესახებ მიღებული კომენტარების მიხედვით.
ყველა შეტანილი ცვლილება განხილული იყო დამოუკიდებელი ექსპერტების მიერ და დამტკიცებულ იქნა ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის გაიდალინების განმხილველი კომიტეტის მიერ.
ჯიბის სხელმძღვანელოს ვერსია, რომელიც განთავსებულია ვებსაიტზე, განიცდის მუდმივ განახლებას ახალი მტკიცებულებების შესაბამისად.განახლებული ვარიანტი წარმოდგენილი იქნება ყოველ 5 წელიწადში ერთხელ. შეგიძლიათ თქვენი რჩევა განათავსოთ შემდეგ ვებსაიტზე (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/).

მეორე გამოცემაში შეტანილი მნიშვნელოვანი ცვლილებები ჩამოთვლილია ქვემოთ.

თავები, რომლებიც არ შეცვლილა მეორე გამოცემაში:

თავებში, შეტანილ იქნა მხოლოდ რედაქტირების ცვლილებები ან მოხდა მათი რეორგანიზაცია ცვლილების გარეშე;

თავი1. ტრიაჟი და გადაუდებელი მდგომარეობები

თავი2. ავადმყოფ ბავშვთა დიაგნოსტიკა

თავი 5. დიარეა

თავი 9. უხშირესი ქირურგიული პრობლემები

თავი 11. ბავშვის პროგრესის მეთვალყურეობა

თავი 12. კონსულტირება და ჰოსპიტალიდან გამოწერა

დანართები 1, 3 და 6

თავები, რომლებიც მნიშვნელოვნად შეიცვლა მეორე გამოცემაში:

თავები, რომლებიც მნიშვნელოვნად იქნა შეცვლილი და რეორგანიზებული:

თავი 3. ნეონატებისა და ჩვილების პრობლემები

თავი 4. ხველა და სუნთქვის პრობლემები

თავი 6. ცხელება

თავი 7. მძიმე მალნუტრიცია

თავი 8. აივ/შიდსი ბავშვებში

თავი 10. მეთვალყურეობა (მოვლა)

დანართები 2, 4 და 5

მეორე გამოცემაში დამატებული სექციები და ქვესექციები
რამდენიმე სექცია ზოგიერთ თავში იყო დამატებული ან მნიშვნელოვნად შეცვლილი მომხმარებელთა მოსაზრების გათვალისწინებით. თავი 1, სექცია 1.10. ტრავმა
თავი3, სექცია3.7. გულყრა
თავი 3, სექციებში 3.11.3. რესპირატორული დისტრეს სინდრომი
თავი 4, სექცია4.6.3. ეპიგლოტიტი
თავი 4, სექცია 4.6.4. ანაფილაქსია
თავი4, სექცია4.9. გულის რევმატიული დაავადებები
თავი 6, სექცია6.11. რევმატიული ცხელება
თავი 8, სექცია 8.5. დედიდან ბავშვზე აივ ინფექციის გადაცემის პრევენცია და ჩვილთა კვება

წარმოდგენილი ჯიბის სახელმძღვანელო შეიძლება გამოყენებული იქნას ექიმების, ექთნებისა და სხვა სამედიცინო მუშაკების მიერ მათი ყოველდღიური სამუშაოს დროს და ხელი შეუწყოს მათ მიერ ბავშვთა დაავადებების მართვას. მიუხედავად იმისა, რომ რიგი ახალი თემებისა იქნა დამატებული, ზოგიერთი იშვიათი შემთხვევები არ არის განხილული ჯიბის სახელმძღვანელოში. ასეთი საკითხების განსახილველად უმჯობესია იხილოთ პედიატრიის სტანდარტული სახელმძღვანელო. თუმცა ასეთი გაიდლაინები ხელმსაწვდომია მსოფლიოს უმეტეს ქვეყნებში, მხოლოდ საჭიროა მათი ადაპტირება ქვეყნის სპეციფიკურ პირობებთან.

ჯანმო იძლევა რეკომენდაციას, რომ ქვეყნებმა ლოკალურად ჯიბის სახელმძღვანელოს ადაპტაცია გააკეთონ და მასში ჩართონ მნიშვნელოვანი თემები, რომლებიც განხილული არ არის აღნიშნულ სახელმძღვანელოში. ადაპტაცია უნდა იყოს მიმართული ბავშვთა ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესებისა და სიკვდილიანობის შემცირებისაკენ.

მადლობის გამოხატვა

ჯანმო გამოხატვს მადლიერებას იმ ადამიანების, ინსტიტუტებისა და კონსულტანტების მიმართ, რომელთაც მნიშვნელოვანი წვლილი შეიტანეს ჯიბის სახელმძღვანელოს განახლებაში.

გაიდლაინების შექმნის ჯგუფი

ჯანმო უხდის მადლობას გაიდლაინების შექმნის ჯგუფის წევრებს, რომლებმაც განაახლეს ჯიბის სახელმძღვანელო ახალი მტკიცებულებებითა და რეკომენდაციებით; დოქტორ ფინეზ აბდულას (ჯონ ჰოპკინსის სამედიცინო უნივერსიტეტი, აშშ), შინიკინი ბატნაგარის, (ინდოეთის სამედიცინი უნივერსიტეტი, ინდოეთი), ბრიჯიტ ვილს (კლინიკური კვლევების განყოფილება, ოქსფორდის უნივერსიტეტი), ტროპიკული დაავადებების ცენტრი, ვიეტნამი, ჰარი კამფბელს, ედინბურგის უნივერსიტეტის სამედიცინო სკოლა, გაერთიანებული სამეფო, ლეონილა დენსს, ფილიპინის უნივერსიტეტი, ფილიპინები, ტრევორ დიუკს, ბავშვთა ჯანმრთელობის საერთაშორისო ცენტრი, მელბურნის უნივერსიტეტი, ავსტრალია, მაიკლ ინგლისი, ნაირობის უნივერსიტეტი და კენიის სამედიცინო კვლევის ინსტიტუტი, კენია, ანდი გრეის, კვაზულუ-ნატალის უნივერსიტეტი, სამხრეთ აფრიკა, სანდრა გრიზის, საო პაოლო უნივერსიტეტი, ბრაზილია, სტიუარტ მაკლეოდს ბრიტანული კოლუმბიის უნივერსიტეტი, კანადა, ჰილდა მუჯურუს, ზიმბაბვეს უნივერსიტეტი, ზიმბაბვე, სუსან ნიერმეიერს, კოლორადოს უნივერსიტეტი, აშშ, ჯესიკა ნსუნგვას, ჯანმრთელობის სამინისტრო, უგანდა, ვინოდ პაულს, ინდოეთის სამედიცინი უნივერსიტეტი, ინდოეთი, ჰარონ სალუჯიის, ვითწოტერსრანდ უნივერსიტეტი, სამხრეთ აფრიკა, მათუ სანთოშამს, ჯონ ჰოპკინსის საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უნივერსიტეტი, აშშ, ჯიორჯიო თამბურლინს, ბავშვთა ჯანმრთელობის ინსტიტუტი, იტალია, და ანიტა ზაიდს, აგა ხან უნივერსიტი, პაკისტანი. სპეციალური მადლობა რონა მაკდონალდს, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საერთაშორისო ადვოკატირებისათვის.

ორიგინალური შენატანისა და დამოუკიდებელი ექსპერტიზისათვის ჯანმო 2005 წელს გამოქვეყნებულ ჯიბის სახელმძღვანელოს განახლებისათვის სპეციალურ მადლობას უხდის: დოქტორ ანა აშვორს (გაერთიანებული სამეფო), დოქტორ სტეფან ბიკლერს (აშშ), დოქტორ ჟაკლინ დინს (ფილიპინები), დოქტორ ტრევორ დიუკს (პაპუა ახალი გვინეა და ავსტრალია), დოქტორ გრეგ ჰუსეის (სამხრეთ აფრიკა), დოქტორ მიჩელ ინგლიშს (კენია), დოქტორ სტეფან გრაჰემს (მალავი), დოქტორ ელიზაბეტ მოლინექს (მალავი),

დოქტორ ნატალიე პიერს (აშშ), დოქტორ ბარბარა სტოლს (აშშ), ჯორჯიო თამბურლინს (იტალია), დოქტორ ბრიჯიტ ვილს (ვიეტნამი) და ფაბიენე ჯაგერს (შვეიცარია)

ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია მადლიერებას გამოხატავს ჯიბის სახელმძღვანელოს ადაპტაციაში შეტანილი წვლილისათვის: საბრინა ბაკერე-კიტაკა, მაკერერეს სამედიცინო სკოლა, უგანდა; ზულფირქ ბუთა, აგა ხან უნივერსიტეტი, პაკისტანი; სტეფან ვ. ბიკლერი, კალოფირნია-სან დიეგოს უნივერსიტეტი, აშშ; უდაყ ბოდჰანკარი, ჯანმრთელობისა და უნარშეზღუდულთა სახელმწიფო ასოციაცია, გაერთიანებული სამეფო; ანეგოკ ფალადი, მედიცინის კოლეჯი, იბადანის უნივერსიტეტი, ნიგერია; ჯერემი ფარარი, ტროპიკული მედიცინის ცენტრი, ჰო ცჰი მინჰ სითი, ვიეტნამი; ჯილია კელლი, სამეფო ბავშვთა ჰოსპიტალი, ბავშვთა ჯანმრთელობის საერთაშორისო ცენტრი, მელბურნი, ავსტრალია; გაროლინ მაკლენნანი, ფლინდერს უნივერსიტეტი, ავსტრალია; რონა მაკდონალანდი, დევიდ სოუზჰოლი და ბარბარა ფილიპსი, დედათა და ბავშვთა ჯანმრთელობის საერთაშორისო ადვოკატირება; ამჰა მაკაშა, ადის აბებას უნივერსიტეტი, ეთიოპია; ელისაბედ მოლინეუქსი, მედიცინის კოლეჯი, მალავი; მარია ასუნციონ სილვესტერ, ფილიპინების უნივერსიტეტი, მალინა; ჯოან სკინნერი, ველინგტონის ვიქტორია უნივერსიტეტი, ახალი ზელანდია; და ენდრიუ სტირ, ბავშვთა სამეფო ჰოსპიტალი, ბავშვთა ჯანმრთელობის საერთაშორისო ცენტრი, მელბურნი, ავსტრალია.

მნიშვნელოვანი იყო ჯანრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის დეპარტამენტების მიერ გაწეული სამუშაო; როგორიცაა ოჯახის, ქალთა და ბავშვთა ჯანმრთელობის დეპარტამენტი, ჯანმრთელობის სისტემებისა და სერვისების დეპარტამენტი, აივ/შიდსის დეპარტამენტი, ტუბერკულოზის დეპარტამენტი, ტროპიკული დაავადებების დეპარტამენტი, არაგადამდები დაავადებების დეპარტამენტი და მენტალური ჯანმრთელობის დეპარტამენტი.

ჩვენ მადლიერებას გამოვხატავთ მსოფლიო ჯანმრთელობის ორგანიზაციის თანამშრომლების მიმართ, რომლებიც მონაწილეობდნენ როგორც გაიდლაინების მართვის კომიტეტის წევრები, აგრეთვე მათ მიმართ ვინც შეიტანა წვლილი სხვადასხვა თავების ადაპტირებაში: დესტა თეშომე, ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაციის აფრიკის ოფისი; მენა ჩარიანი, სავალდებულო სამედიცინო ტექნოლოგიები; თერუნ დუა, მენტალური ჯანმრთელობისა და ჩანაცვლებითი თერაპია; ლიზა ნელსონი, მარინა პენაზოტო და სანდრა გოვი, აივ/შიდსი; მალგორზატა გრზემსკა, ბროძოლა ტუბერკილოზის წინააღმდეგ; ემალიტა მანალაცი, ჯანმო-ს დასავლეთ წყნარი ოკეანის რეგიონალური

ოფისი; პეტერ ოლუმესი, მალარიის გლობალური პროგრამა; მა დალ კარმენ კასანოცასი, ზიტა ვეისე პრინზო და ჩანტალ გეგოუთი, კვება ჯანმრთელობისა და განვითარებისათვის; სუსან ჰილი და კლივ ონდარი, სავალდებულო მედიკამენტები და ფამაციული პოლიტიკა; რამან ველაიუდჰანი, ტროპიკული დაავადებები (HTM/NTD); და მარტინ ვებერ, ჯანმოს ქვეყნის ოფისი, ინდონეზია.

სპეციალური მადლობა რამი სუბჰს (ბავშვთა საერთაშორისო ჯანმრთელობის ცენტრი ავსტრალია, რომელმაც დიდი ღვაწლი გასწია ჯიბის წიგნისათვის რეკომედაციების შემუშავებისას).
ჯიბის სახელმძღვანელოს განახლების კოორდინირება განხორციელდა ვილსონ ვერეს მიერ, რაჯივ ბაჰლის, ლულუ მუჰის, ოლივერ ფონტინეს, სევერინ რიტერ ვონ სქყლანდერის, ნიგელ როლინს და შამიმ ქაზიოფის მიერ (დედათა, ახალშობილთა, ბავშვთა და ახალგაზრდების დეპარტამენტიდან).
ინსტიტუტები
ჩვენ გამოვხატავთ დიდ მადლიერებას იმ ინსტიტუტების მიმართ, რომლებმაც დიდ წვლილი შეიტანეს ჯიბის სახელმძღვანელოს შექმნაში: ბავშვთა ჯანმრთელობის საერთაშორისო ცენტრი, მელბურნის უნივერსიტეტი, ავსტრალია, ედინბურგის უნივერსიტეტი, შოტლანდია; კენიის სამედიცინოს კვლევის ინსტიტუტი, კენია; კოხრეინის იბეროამერიკული კოლაბორაციის ასოციაცია, ესპანეთი; აგა ხან უნივერსიტეტი, პაკისტანი; ბურლო გარეფოლოს ბავშვთა ჯანმრთელობის ინსიტუტი, იტალია; მალავის უნივერსიტეტი, მალავი; დედაქალაქის პედიატრიის ინსტიტუტი, ჩინეთი; დასავლეთ ავსტრაიის უნივერსიტეტი, ავსტრალია; და პროფესორ ფერნანდო ფიგუეირა მედიცინის ინსიტუტი, ბრაზილია.
ჯანმო მადლობას უხდის ფინანსური დახმარებისათვის ბილ და მელინა გეითსის ფონდს და რუსეთის ფედერაციას.

აკრონიმები

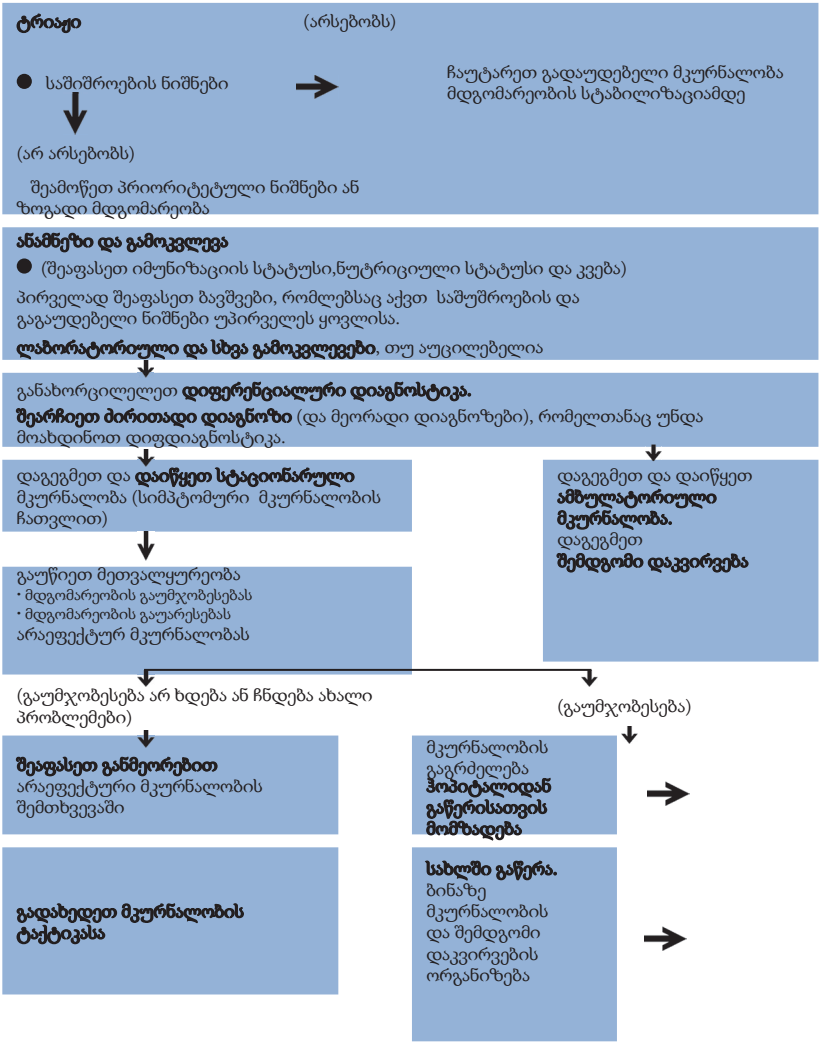
AIDS	შეძენილი იმუნოდეფიციტის სინდრომი
ART	ანტირეტროვირუსული მკურნალობა
AVPU	საგანგაშო ყვირილი, ტკივილზე რეაქცია, გაუცნობიერებული რეაქცია
BCG	bacille Calmette-Guérin
CSF	თავზურგისტვინის სითხე
DPT	დიფტერია, ყივანახველა, ტეტანუსი
EVF	სისხლის ერითროციტული ფრაქცია (ჰემატოკრიტი)
Hb	ჰემოგლობინი
HIV	ადამიანის იმუნოდეფიციტის სინდრომი
IM	კუნთშიდა ინექცია
IMCI	ბავშვთა ასაკი დაავადებათა ინტეგრირებული მართვა
IV	ინტრავენური ინექცია
MDR	მედიკამენტების რეზისტენტობა
NNRTI	არანუკლეოზიდური შებრუნებითი ტრანსკრიფტაზას ინჰიბიტორი
NRTI	ნუკლეოზიდის ანალოგი შებრუნებითი ტრანსკრიფტაზას ინჰიბიტორი
NSAID	არა-სტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლები
ORS	ორალური რეჰიდრატაციის მარილები
PCP	პნევმოცისტური პნევმონია
ReSoMal	რეჰიდრატაციის ხსნარი მალნუტრიციისთვის
SD	სტანდარტული დევიაცია
TB	ტუბერკულოზი
WHO	ჯანმრთელობის მსოფლიო ორგანიზაცია

სიმბოლოები

■ დიაგნოსტირების ნიშნები და სიმპტომები

> მკურნალობის რეკომენდაციები

სურათი 1: ავადმყოფი ბავშვის ჰოსპიტალური მენეჯმენტის საფეხურები: ძირითადი ელემენტები



თავი 1. ტრიაჟი და გადაუდებელი მდგომარეობები

1.1 ტრიაჟი 15
1.2 გადაუდებელი ტრიაჟის შეფასებისა და მკურნალობის საფეხურების შეჯამება 16
1.3 საშიშროების პრიორიტეტული ნიშნების შეფასება 17
ყველა ავადმყოფი ბავშვის ტრიაჟი
ჩვილი ბავშვის დახმარება ასპირაციის / მოხრჩობის შემთხვევაში
სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა ობსტრუქციის ან სუნთქვის არარსებობის შემთხვევაში
როგორ მივაწოდოთ ჟანგბადი
როგორ პოზიციაში უნდა მოთავსდეს უგონო მდგომარეობაში მყოფი ბავშვი
სითხის ინტრავენური მიწოდება შოკის დროს ბავშვთან, რომლესაც არ აქვს მძიმე მალნუტრიცია
სითხის ინტრავენური მიწოდება შოკის დროს მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვთან
დიაზეპამის გამოყენება რექტალურად
გლუკოზის შეყვანა ინტრავენურად
მძიმე დეჰიდრატაციის მკურნალობა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში, შოკის საწყისი მართვის შემდეგ
1.4 მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშის გადაუდებელი მკურნალობა 45
1.5 გადაუდებელი სიმპტომების მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკის საკითხები 46
1.5.1 ბავშვი სასუნთქი გზების განმავლობის დარღვევით ან სუნთქვის პრობლემით 46
1.5.2 ბავშვი შოკის ნიშნებით 48
1.5.3 ბავშვი ლეთარგიით, უგონო მდგომარეობით ან კრუნჩხვით 50
1.6 უხშირესად გავრცელებული მოწამვლები 55
1.6.1 მართვის პრინციპები მომწამლავი ნივთიერების კუჭში მოხვედრისას 56
1.6.2 მართვის პრინციპები მომწამვლავი ნივთიერების თვალზე მოხვედრისას 58
1.6.3 მართვის პრინციპები მომწამლავი ნივთიერების სასუნთქ გზებში მოხვედრისას 59
1.6.4 მომწამვლავი ნივთიერებების კონკრეტული სახეები, ნავთობპროდუქტები 59
ფოსფორორგანული ნაერთები და კარბამიდები
პარაცეტამოლი

ასპირინი და სხვა სალიცილატები
რკინა
მორფინი და სხვა ოპიატები
ნახშირჟანგი
1.6.5 მოწამვლის პრევენცია 63
1.7 დახრჩობა 64
1.8 ელეტქტროშოკი - დენის დარტყმა 64
1.9 მოწამვლის ჩვეული მიზეზები 65
1.9.1 გველის ნაკბენი 65
1.9.2 მორიელის ნაკბენი 68
1.9.3 სხვა შხამიანი ცხოველების ნაკბენები 68
1.10 ტრავმა და დაზიანება 69
1.10.1 პირველადი ანუ საწყისი შეფასება 69
1.10.2 მეორადი შეფასება 70

1.1 ტრიაჟი

ტრიაჟი ავადმყოფი ბავშვის სწრაფი შეფასების სკრინინგის პროცესია, რომელიც ტარდება ბავშვის სტაციონარში შემოსვლისთანავე და მიზნად ისახავს:

— საშიშროების ნიშნების იდენტიფიკაციას, რომელიც მოითხოვს დაუყოვნებლივ დახმარებას;

— პრიორიტეტული ნიშნების იდენტიფიკაციას, ანუ იმ ბავშვების გამოვლენას, რომლებიც მოითხოვენ სწრაფ სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ჩატარებას

— იმ ბავშვთა გამოვლენას, რომლებსაც არ აქვთ არც გადაუდებელი და არც პრიორიტეტული ნიშნები

საშიშროების ნიშნებს მიეკუთვნება:

- სუნთქვის არარსებობა ანუ სასუნთქი გზების ობსტრუქცია;
- მძიმე რესპირაციული დისტრესი;
- ცენტრალური ციანოზი;
- შოკის ნიშნები (გაყინული ხელები, კაპილარული ავსების
- გახანგრძლივება 3 წმ-ზე მეტად, გულისცემის სიხშირის მომატება
- ძაფისებრ პულსთან ერთად და დაბალი ან არაგაზომვადი
- არტერიული წნევა)
- კომა (ან ცნობიერების მკვეთრად გამოხატული დარღვევა)
- გულყრა
- მძიმე გაუწყლოების ნიშნები. ბავშვთან, რომელსაც აღენიშნება დიარეა (ლეთარგია, ჩაცვენილი თვალები, კანის ნაოჭის დაგვიანებული გასწორება, სითხის მიღების შეუძლებლობა ან ზემოთ ჩამოთვლილ ნიშნანთაგან ნებისმიერი ორი)

ბავშვები მოცემული ნიშნებით საჭიროებენ დაუყოვნებელ გადაუდებელ დახმარებას, რათა თავიდან იქნას აცილებული სიკვდილის შემთხვევები.
პრიორიტეტული ნიშნების არსებობა მიუთითებს ლეტალობის შედარებით მაღალ რისკზე. ასეთი ბავშვები უნდა შეფასდნენ არასაჭირო დაყოვნების გარეშე. თუ ბავშვს აქვს ერთი ან მეტი საშიშროების ნიშანი, არ დაკარგოთ დრო პრიორიტეტული ნიშნების შეფასებაზე.

1.2 გადაუდებელი ტრიაჟის შეფასებისა და მკურნალობის საფეხურების შეჯამება

გადაუდებელი ტრიაჟის შეფასების და მკურნალობის საფეხურების შეჯამება მოცემულია სქემებზე (გვ. 19-43).
პირველ რიგში უნდა შეფასდეს საშიშროების ნიშნები შემდეგი საფეხურებით:

- საფეხური 1. შეაფასეთ, არის თუ არა სასუნთქი გზების გამავლობის ან სუნთქვის პრობლემა. დაიწყეთ დაუყოვნებელი მოქმედებადამკურნალობასუნთქვისაღსადგენად.უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა და მიაწოდეთ ჟანგბადი
- საფეხური 2. სწრაფად შეაფასეთ ხომ არ არის შოკი, ან დიარეა მძიმე გაუწყლოებით. მიაწოდეთ ჟანგბადი და დაიწყეთ რეანიმაცია ინტრავენური სითხეების გამოყენებით. ტრავმის შემთხვევაში, თუ გამოხატულია გარეგანი სისხლდენა, მოხდინეთ ჭრილობის კომპრესია სისხლის შემდგომი დანაკარგის შესაჩერებლად.
- საფეხური 3. სწრაფად შეაფასეთ, ხომ არ არის უგონო მდგომარეობა ან გულყრა. მიაწოდეთ ინტრავენურად გლუკოზა ჰიპოგლიკემიის სამკურნალოდ და ანტიკონვულსანტი გულყრის კუპირებისთვის.

საშიშროების ნიშნების აღმოჩენის შემთხვევაში:

- დაუძახეთ გამოცდილ ექიმს, თუ შესაძლებელია, მაგრამ არ დააყოვნოთ მკურნალობის დაწყება. იყავით მშვიდად და იმუშავეთ გუნდურად სხვა სამედიცინო პერსონალთან ერთად, ვინაიდან მძიმე მდგომარეობაში მყოფი პაციენტი საჭიროებს მრავალი სამკურნალო ღონისძიების ერთდროულად ჩატარებას. გამოცდილმა მედიცინის მუშაკმა უნდა გააგრძელოს ბავშვის მდგომარეობის შეფასება (თავი 2 გვ. 72), რათა გამოავლინოს ძირითადი პრობლემები და განსაზღვროს მკურნალობის გეგმა.
- ჩაატარეთ გადაუდებელი კვლევები (სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა, ჰემოგლობინი) გაგზავნეთ სისხლი ჯგუფის, რეზუსის

და შეთავსების განსასაზღვრად, თუ ბავშვი შოკშია.

- გადაუდებელი მკურნალობის შემდეგ დაუყოვნებლივ შეაფასეთ მდგომარეობა, რათა მოახდინოთ დაავადების დიაგნოსტიკა და ჩაატაროთ შესაბამისი მკურნალობა.

გადაუდებელი ნიშნების მქონე დაავადებების დიფერენციალური დიაგნოზი მოცემულია ცხრილში 21 გვერდზე

თუ არ ვლინდება საშიშროების ნიშნები, უნდა შეფასდეს პრიორიტეტული ნიშნები:

- მცირე ასაკი: ნებისმიერი ავადმყოფი ბავშვი ≤ 2 თვეზე
- ტემპერატურა: ბავშვი არის ძალიან ცხელი შეხებით
- ტრავმა ან სხვა ქირურგიული პრობლემა
- სიფერმკრთალე (მკვეთრი)
- მოწამვლის ანამნეზი
- ტკივილი (მკვეთრი)
- რესპირაციული დისტრესი
- მოუსვენრობა, ძლიერი აგზნება ან ლეთარგია
- მოწამვლა
- მალნუტრიცია; მკვეთრად გამოხატული გამოფიტვა
- ორივე ტერფის შეშუპება
- დამწვრობა (ღრმა /დიდი ფართი)

(მოცემული) ბავშვები აღნიშნული სიმპტომებით საჭიროებენ სწრაფ შეფასებას (არ უნდა ელოდნენ და იდგნენ რიგში), რათა სწრაფად გადაწყდეს საჭირო მკურნალობა. დააყენეთ პრიორიტეტული ნიშნების მქონე პაციენტი რიგის დასაწყისში, რათა მოხდეს მათი სწრაფი შეფასება. თუ პაციენტს აღენიშნება ტრავმა ან რაიმე სხვა ქირურგიული პრობლემა, გამოიძახეთ ქირურგი დახმარებისთვის სადაც ეს შესაძლებელია.

1.3 გადუდებელი და პრიორიტეტული ნიშნების შეფასება

- შეაფასეთ სასუნთქი გზების გამავლობა და სუნთქვა (A, B)

არის ბავშვის სუნთქვა ობსტრუქციული ხასიათის? დააკვირდით გულმკერდის მოძრაობას და რეტრაქციის არსებობას, მოუსმინეთ სუნთქვით ხმიანობას, რათა შეფასდეს ხომ არ არის ზერელე სუნთქვა (ჰაერის მცირე ნაკადის მოძრაობა). სტრიდორი მიუთითებს ობსტრუქციაზე

არის ცენტრალური ციანოზი? შეაფასეთ რამდენად არის მოლურჯო ან მოიისფრო ენა და პირის ღრუს ლორწოვანი.

არის სუნთქვა? - შეხედეთ და მოუსმინეთ, თუ სუნთქავს ბავშვი.

არის მძიმე რესპირაციული დისტრესი? სუნთქვა არის მკვეთრად გაძნელებული, ხშირი, გასპინგის ტიპის, გულმკერდის გამოხატული

რეტრაქციით, ცხვირის ნესტოების მოძრაობით, გრანტინგით, ვლინდება დამხმარე კუნთების მონაწილეობა სუნთქვაში (თავის მოძრაობა). ბავშვი ვერ იღებს საკვებს რესპირაციული დისტრესის გამო და ადვილად იღლება.

- **შეაფასეთ ცირკულაცია (შოკი) (C)**

ბავშვები შოკის მდგომარეობით საჭიროებენ რეანიმაციას ინტრავენურად სითხის ბოლუსურად მიწოდებით, თუ აქვთ ცივი კიდურები, გახანგრძლივებული კაპილარული ავსება, სწრაფი და დაბალი ავსების ძაფისებრი პულსი, ჰიპოტენზია,

შეაფასეთ, თუ არის ბავშვის კიდურები ცივი - თუ ცივია, განსაზღვრეთ რამდენად არის ბავშვი შოკურ მდგომარეობაში.

შეაფასეთ, თუ არის კაპილარული ავსება გახანგრძლივებული 3 წმ-ზე მეტად. კაპილარული ავსების შესაფასებლად დააწექით ცერის ან ფეხის დიდი თითის ფრჩხილს 5 წამი. დაინიშნეთ დრო, სანამ გაფერმკრთალებული უბანი მთლიანად აღიდგენს ვარდისფერ ფერს.

თუ კაპილარული ავსება გახანგრძლივებულია 3 წმ-ზე მეტად შეაფასეთ პულსი. არის პულსი სწრაფი და სუსტი? თუ რადიალური პულსი კარგი ავსებისაა და არ არის აჩქარებული, ბავშვს **არ აქვს შოკი.** თუ თქვენ ვერ შეიგრძნობთ რადიალურ პულსაციას ჩვილებში (<1 წელზე) შეაფასეთ იდაყვის პულსი ან თუ ბავშვი დაწოლილია ბარძაყის პულსაცია. თუ თქვენ ვერ შეიგრძნობთ რადიალურ პულსაციას, შეაფასეთ პულსი კაროტიდებზე (საძილე არტერია).

სქემა 2. ყველა ავადმყოფი ბავშვის ტრიაჟი

საშიშროების ნიშნები

თუ რომელიმე ნიშანი დადებითია, დაუძახეთ დახმარებისთვის, შეაფასეთ და დაიწყეთ რეანიმაცია, მკურნალობა, ჩაატარეთ გადაუდებელი ლაბორატორიული კვლევა (გლუკოზა,ჰემოგლობინი, ნაცხი მალარიაზე)

შეაფასეთ

მკურნალობა

არ გადაწიოთ კისერი, თუ საეჭვოა ქალა - ტვინის ტრავმა, მაგრამ უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა

სასუნთქი გზები და სუნთქვა

დადებითია ნებისმიერი ნიშანი

თუ არის უცხო სხეულის ასპირაცია

- სასუნთქი გზების განთავისუფლება / გამავლობის შენარჩუნება - თუ ბავშვს უვლინდება ასპირაცია/ იხრჩობა (სქემა 3) (გვ. 22-23)
  - **თუ არ არის უცხო სხეულის ასპირაცია**

- ობსტრუქცია ან სუნთქვის არარსებობა (ასფიქსია)

ან

- ცენტრალური ციანოზი

ან

- მძიმე რესპირაციული დისტრესი

- უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა (სქემა 4) (გვ. 25)
- მიაწოდეთ ჟანგბადი (სქემა5) (გვ. 28)
- დარწმუნდით, რომ ბავშვი იმყოფება სითბოში

ცირკულაცია

ცივი კანი შემდეგ ნიშნებთან ერთად:

- კაპილარული ავსება 3 წმ-ზე მეტად

და

- სწრაფი და სუსტი პულსი

ნიშანი

დადებითია

- შეაჩერეთ სისხლდენა
- მიაწოდეთ ჟანგბადი(სქემა5) (გვ. 28)
- დარწმუნდით, რომ ბავშვი იმყოფება სითბოში

თუ არ არის გამოხატული მძიმე მალნუტრიცია

- ჩადგით ინტრავენური კათეტერი და დაიწყეთ სითხის სწრაფი მიწოდება (სქემა 7) (გვ. 32)

თუ ვერ ხერხდება პერიფერიული ვენის კათეტერიზაცია, გამოიყენეთ ძვალშიდა ინექცია ან ამოსაღებია საულლე ვენის კათეტერიზაცია (სქემა 7 გვ. 32)

თუ გამოხატულია მძიმე მალნუტრიცია

თუ ვლინდება ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა

- მიაწოდეთ ინტრავენურად გლუკოზა (glucose) (სქემა 10) (გვ. 39)
- დააყენეთ ინტრავენური კათეტერი და მიაწოდეთ სითხე (სქემა 8) (გვ. 33)

თუ არ ვლინდება ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა

- მიაწოდეთ გლუკოზა (glucose) ორალურად ან ნაზოგასტრალური ზონდით
- განახორციელეთ დაუყოვნებლივ სრულყოფილი შეფასება და მკურნალობა

სქემა 2 ყველა ავადმყოფი ბავშვის ტრიაჟი

საშიშროების ნიშნები

თუ რომელიმე ნიშანი დადებითია, დაუმახეთ დახმარებისთვის, შეაფასეთ და დაიწყეთ რეანიმაცია, მკურნალობა, ჩაატარეთ გადაუდებელი ლაბორატორიული კვლევა (გლუკოზა, Hb, ნაცხი მალარიაზე)

შეფასება

კომა/გულყრა

- ☐ კომა

ან

- ☐ გულყრა (ამჟამად)

კომა ან გულყრა

მკურნალობა

არ გადაწიოთ კისერი, თუ საეჭვოა ქალა-ტვინის ტრავმა, მაგრამ უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა

- უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა (სქემა 4) (გვ. 27)
- თუ აღნიშნება გულყრა, გამოიყენეთ რექტალური დიაზეპამი (სქემა 9) (გვ. 37)
- მოათავსეთ სწორ პოზიციაში ბავშვი, რომელიც უგონოდაა, თუ ქალა ტვინის ან კისრის მალების დაზიანებაა, პირველ რიგში მოახდინეთ კისრის ფიქსაცია) (სქემა 6) (გვ. 30)
- მიაწოდეთ ინტრავენურად გლუკოზა (სქემა 10) (გვ. 39)

მძიმე დეჰიდრატაცია

(მხოლოდ დიარეის მქონე ბავშვთან):

დიარეა პლუს ნებისმიერი 2 ნიშანი:

- ლეთარგია
- ჩაცვენილი თვალები
- კანის ნაოჭი სწორდება ნელა
- არ შეუძლია სითხის მიღება ან სვამს ცუდად

დიარეა დამატებული

2 ნიშანი დადებითი

შეაფასეთ მძიმე მალნუტრიცია

- დარწმუნდით, რომ ბავშვი იმყოფება სითბოში

თუ არ არის გამოხატული მძიმე მალნუტრიცია

- ჩადგით ინტრავენური კათეტერი და დაიწყეთ სითხის სწრაფი მიწოდება სქემა 11-ის მიხედვით და ჩაატარეთ დიარეის მკურნალობა გეგმა C შესაბამისად (სქემა 13 გვ. 42)

თუ გამოხატულია მძიმე მალნუტრიცია

- არ ჩადგათ ინტრავენური კათეტერი
- განახორციელეთ დაუყოვნებლივ სრულყოფილი შეფასება და მკურნალობა (იხ. ნაწილი 1.4, გვ. 14)

პრიორიტეტული ნიშნები

ეს ბავშვები მოითხოვენ სწრაფ შეფასებას და მკურნალობას:

- მცირე ასაკი: ≤ 2 თვეზე
- ტემპერატურა: ბავშვი არის ძალიან ცხელი შეხებეით
- ტრავმა ან სხვა ქირურგიული პრობლემა
- სიფერმკრთალე (მკვეთრი)
- მოწამვლის ანამნეზი
- ტკივილი (მკვეთრი)
- რესპირაციული დისტრესი
- მოუსვენრობა, ძლიერი აგზნება ან ლეთარგია
- მოწამვლა
- ორივე ტერფის ან სახის შეშუპება
- დამწვრობა (დიდი ფართი, მკვეთრი)

შენიშვნა: თუ ბავშვს აქვს ტრავმა ან სხვა ქირურგიული პრობლემა, დაუკავშირეთ ქირურგს ან მიყევით სატელემედიცინო ქირურგიის წესებს

არა სასწრაფო შემთხვევები

შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა და ჩაატარეთ მკურნალობა მისი პრიორიტეტულობის გათვალისწინებით.

სქემა 3. ჩვილის (< 1 წელზე) დახმარება ასპირაციის / მოხრჩობის შემთხვევაში

ზურგზე დარტყმა



- ჩვილი უნდა დაიწვინოთ მკლავზე ან ბარძაყზე პოზიციაში - თავით ქვემოთ
- ზურგის შუა ხაზზე, ბეჭებს შორის უნდა განახორციელოთ ბიძგისებურად 5 დარტყმა, ხელის გულით ქვემოდან ზედა მიმართულებით
- თუ ობსტრუქცია გრძელდება შემოაბრუნეთ ჩვილი და განახორციელეთ 2 თითით 5 ბიძგი - დარტყმა მკერდის ძვლის ქვედა ნახევარში

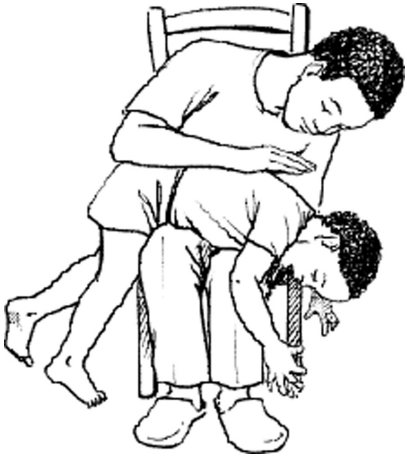
მკერდის ძვალზე ბიძგისებრი დარტყმა



- თუ ობსტრუქცია გრძელდება, შეამოწმეთ ბავშვის პირის ღრუ, ხომ არ არის პირის ღრუს ობსტრუქცია რომელიც შეიძლება მოვაშოროთ.
- საჭიროების მიხედვით გაიმეორეთ ზურგზე დარტყმები

სქემა 3. ბავშვის (> 1 წელზე) დახმარება ასპირაციის შემთხვევაში

ასპირაციის შემთხვევაში
განახორციელეთ ზურგზე
დარტყმები სასუნთქი გზების
ობსტრუქციისგან
გასათავისუფლებლად



ზურგზე დარტყმა ბავშვებში ასპირაციისას სასუნთქი გზების ობსტრუქციის მოსახსნელად

- განახორციელეთ დარტყმები ზურგის შუა ხაზზე, ბეჭებს შორის ხელის გულით ბავშვთან, რომელიც ჩამუხლულია, ზის ან წევს
- თუ ობსტრუქცია გრძელდება, დადექით ბავშვის უკან და შემოახვიეთ ხელები ბავშვის სხეულს. მუშტად შეკრული ხელი მოათავსეთ ბავშვის მკერდის ძვლის ქვემოთ, მეორე ხელი გადაადეთ მუშტად შეკრულ ხელს და განახორციელეთ მუცელზე ქვემოდან ზედა მიმართულებით ბიძგი (იხ. სურათი) გაიმეორეთ ეს ჰეიმლიხის მანევრი 5-ჯერ
- თუ ობსტრუქცია გრძელდება დაათვალიერეთ ბავშვის პირის ღრუ, რათა გამოავლინოთ პირის ღრუს ობსტრუქცია და მოაცილოთ მიზეზი

- საჭიროების შემთხვევაში გაიმეორეთ ეს პროცედურები თანმიმდევრობით დაწყებული ზურგის მიდამოში დარტყმიდან.

ჰეიმლიხის მანევრი მოზრდილი ბავშვთან ასპირაციის შემთხვევაში



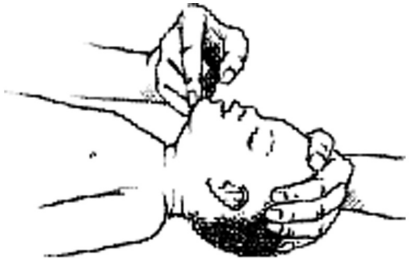
სქემა 4. სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა ობსტრუქციული სუნთქვის ან სუნთქვის არარსებობის შემთხვევაში

ა: . როდესაც საეჭვო არ არის კისრის (ქალა/ფუძის) ტრავმა

- **ჩვილი**

ბავშვი გონზეა

1. დაათვალიერეთ პირის ღრუ და თუ ვლინდება უცხო სხეული, მოაცილეთ იგი.
2. გაათავისუფლეთ პირის ღრუ და ხახა სეკრეტისაგან
3. მიეცით ბავშვს საშუალება მიიღოს პოზიცია, რომელშიც მაქსიმალურად კომფორტულად გრძნობს თავს



ნეიტრალური (შუალედური) პოზიცია სასუნთქი გზების გასახსნელად ჩვილებში

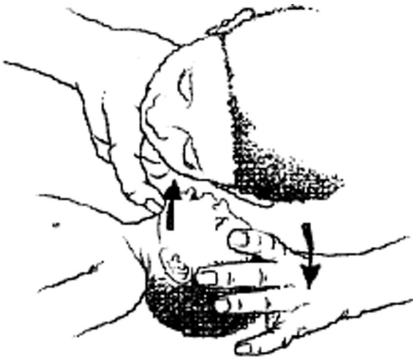
მოზრდილი ბავშვი

ბავშვი უგონო მდგომარეობაშია

1. გადაწიეთ თავი, როგორც ეს ნაჩვენებია სურათზე (თავი უკან გადაწეული) და წამოწიეთ ნიკაპი, რათა მაქსიმალურად გამავალი გახდეს სასუნთქი გზები
2. დაათვალიერეთ პირის ღრუ და მოაცილეთ უცხო სხეული, თუ იგი არის პირის ღრუში და ადვილი დასანახია
3. გაათავისუფლეთ პირის ღრუ და ხახა სეკრეტისაგან
4. შეაფასეთ სასუნთქი გზების გამავლობა და სუნთქვა - გულმკერდის მოძრაობაზე დაკვირვებით, სუნთქვითი ხმიანობის მოსმენით და სუნთქვის შეგრძნებით(იხ. სურათი)

უკან გადაწეული თავი სასუნთქი გზების მაქსიმალური გამავლობის უზრუნველსაყოფად





შეხედეთ, მოუსმინეთ და შეიგრძენით სუნთქვა

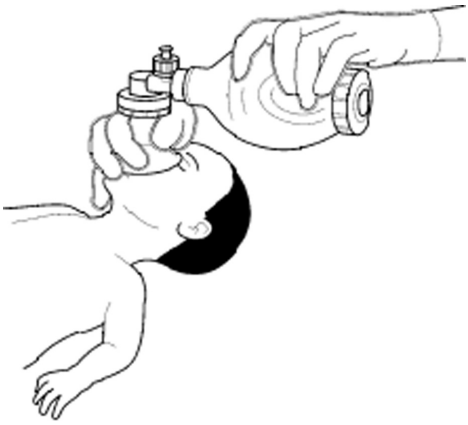
სქემა 4 სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა ობსტრუქციული სუნთქვის ან სუნთქვის არარსებობის შემთხვევაში

ბ. როდესაც საეჭვოა კისრის (ქალა/ფუძის) ან ხერხემლის ტრავმა. ქვედა ყბის წინ წამოწევა

1. კისრის ფიქსაცია /სტაბილიზაცია, როგორც ნაჩვენებია მე-6 სქემაზე და სასუნთქი გზების გახსნა.
2. პირის ღრუს დათვალიერება და უცხო სხეულის შემთხვევაში მისი მოცილება.
3. პირის ღრუსა და ხახის გათავისუფლება სეკრეტისაგან
4. სასუნთქი გზების გამავლობის და სუნთქვის შეფასება - გულმკერდის მოძრაობაზე დაკვირვებით, სუნთქვითი ხმიანობის მოსმენით და სუნთქვის შეგრძნებით.



წამოწიეთ ნიკაპი ზემოთ და წინ სასუნთქი გ ზების გამავლობის უზრუნველყოფისათვის, თუ სასუნთქი გ ზები არ არის გამავალი. მოათავსეთ მეოთხე და მეხუთე თითი ქვედა ყბის კუთხის უკან და წამოწიეთ ის ზევით, ისე, რომ ნიკაპის ძირი წამოვიდეს წინ სხეულთან 900 კუთხით



თუ ბავშვი ზემოაღნიშნული ქმედებების შემდეგ არ სუნთქავს, დაიწყეთ ფილტვის დადებითი წნევით ვენტილაცია ნიღბითა და სასუნთქი ტომრით. იდეალურ შემთხვევაში სასუნთქ ტომარას უნდა ჰქონდეს რეზერვუარი და მიერთებული იყოს ჟანგბადის წყაროსთან.

სქემა 5. ჟანგბადის მიწოდების პრინციპები

მიაწოდეთ ჟანგბადი ნაზალური კანულების ან კათეტერის მეშვეობით

- ნაზალური კანულა

➢ მოათავსეთ ნაზალური კანულები ორივე ნესტოში და მიამაგრეთ უსაფრთხოდ ლეიკოპლასტირით



- ნაზალური კათეტერი

- გამოიყენეთ ფრენჩის 8 ზომის კათეტერი
- კათეტერით გაზომეთ მანძილი ნესტოს დასაწყისიდან წარბის შიდა კუთხემდე
- მოათავსეთ კათეტერი, როგორც ნაჩვენებია სურათზე.

- მიამაგრეთ უსაფრთხოდ ლეიკოპლასტირით.



დაიწყეთ ჟანგბადის მიწოდება ნაკადით 1-2 ლიტრი/წუთში თუ სატურაცია > 90 % (იხ ნაწილი 10.7, გვ 369)

სქემა 6. უგონო მდგომარეობაში მყოფი ბავშვის სწორ პოზიციაში მოთავსება



თუ საეჭვოა კისრის ტრავმა

- მოახდინეთ კისრის ფიქსაცია/სტაბილიზაცია და დააწვინეთ ბავშვი ზურგზე

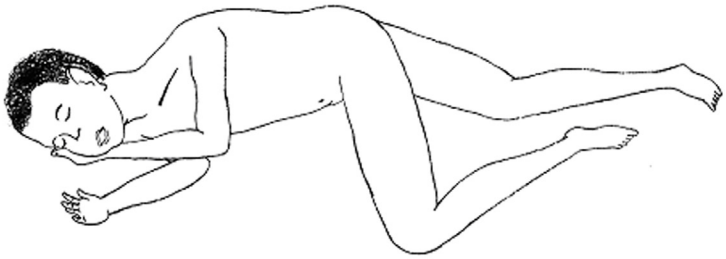
> უსაფრთხო პოზიციაში ფიქსაციისთვის ბავშვის ნიკაპი და შუბლი დააფიქსირეთ ლეიკოპლასტირით თავის გვერდით დადებულ მყარ ბრტყელ დაფასთან

- მოახდინეთ კისრის მოძრაობის პრევენცია თავის ფიქსირებით მყარ გვერდით ზედაპირებს შორის (ამ მიზნით შეიძლება გამოიყენეოთ ინტრავენურად გადასასხმელი ლიტრიანი ხსნარის პაკეტები)

- თუ ბავშვი აღებინებს, გადმოაბრუნეთ გვერდზე, ისე, რომ მისი თავი და სხეული იყოს ერთ ხაზზე

თუ კისრის (ქალა/ფუძის) ტრავმა არ არის საეჭვო

- დააწვინეთ ბავშვი გვერდზე ასპირაციის თავიდან ასაცილებლად
- გადაუწიეთ თავი ოდნავ უკან და მოახდინეთ მისი ფიქსირება/ სტაბილიზაცია ნიკაპის ხელზე მოთავსებით (იხ. სურათი)
- მოახრევინეთ წინ ერთი ფეხი სხეულის პოზიციის ფიქსირებისათვის.



სქემა 7. სითხის ინტრავენური მიწოდება შოკის დროს ბავშვთან, რომელსაც არ აქვს მძიმე მალნუტრიცია

- დარწმუნდით, რომ ბავშვს არ აქვს მძიმე მალნუტრიცია, ვინაიდან ასეთ შემთხვევაში მისაწოდებელი სითხის მოცულობა და სიხშირე განსხვავებულია (შოკი მძიმე მალნუტრიციით იხ. სქემა 8) (გვ. 35)
- დააყენეთ ინტრავენური კათეტერი (აიღეთ სისხლი გადაუდებელი ლაბორატორიული მაჩვენებლების შესაფასებლად)
- დაიწყეთ კათეტერით რინგერ ლაქტატის ან ფიზიოლოგიური ხსნარის (Ringer's lactate, saline 0,9%) ინფუზია. დარწმუნდით, რომ კათეტერი და სისტემა კარგად ატარებს სითხეს
- შეიყვანეთ 20 მლ/კგ-ზე ბოლუსურად, რაც შეიძლება სწრაფად

ასაკი (წონა)	ბოლუსურად შესაყვანი სითხის (რინგერ ლაქტატი ან ფიზიოლოგიური ხსნარი) მოცულობა 20 მლ/კგ
2 თვე (<4 კგ)	50 მლ
2-4 თვე (4-6 კგ)	100 მლ
4-12 თვე (6-10 კგ)	150 მლ
1-3 წელი (10-14 კგ)	250 მლ
3-5 წელი (14-19 კგ)	350 მლ

შეაფასეთ ბავშვი განმეორებით სითხის შესაბამისი რაოდენობის შეყვანის შემდეგ

შეაფასეთ ბავშვი განმეორებით სითხის თავდაპირველი ინფუზიის შემდეგ:	▪ თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, გაიმეორეთ სითხის შეყვანა 10-20 მლ/კგ-ზე რაც შეიძლება სწრაფად ▪ თუ ვლინდება სისხლდენა სისხლის ტრანსფუზია 20 მლ/კგ-ზე 30- წთ-ის განმავლობაში და მუდმივი მეთვალყურეობა
შეაფასეთ ბავშვი განმეორებით სითხის ინფუზიის შემდეგ:	▪ თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, გამოხატულია დეჰიდრატაციის ნიშნები (პროფუზული დიარეა ან ქოლერა) გაიმეორეთ 20 მლ/კგ-ზე რინგერ ლაქტატის ან ფიზიოლოგიური ხსნარის (Ringer's lactate, saline 0,9%) შეყვანა ▪ თუ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა და საეჭვოა სეფსისური შოკის არსებობა, მიაწოდეთ სითხე 20 მლ/კგ-ზე, შეიყვანეთ ადრენალინი (adrenaline) ან დაიწყეთ დოპამინის (dopamine) ინფუზია, თუ შესაძლებელია (იხ. დამატება გვერდი 353) ▪ თუ არ არის გაუმჯობესება, გადახედეთ დაავადების მიხედვით მკურნალობის გეგმას. ამ დროისთვის უკვე უნდა გქონდეთ სავარაუდო დიაგნოზი.

ნებისმიერ ეტაპზე გაუმჯობესების მიღწევის შემდეგ (პულსის ავსება უმჯობესდება, მცირდება ტაქიკარდია, სისხლის არტერიული წნევა იმატებს 10 %-ით ან განიცდის ნორმალიზებას, შედარებით სწრაფია კაპილარული ავსების დრო < 2 წმ-ზე) გადადით სქემაზე 11 გვ. 42

შენიშვნა: ბავშვებში, რომელთანაც საეჭვოა მალარია ან ანემია შოკთან ერთად, სითხის სწრაფი შევსება უნდა განხორციელდეს დიდი სიფრთხილით, ან მძიმე ანემიის დროს გადაისხას სისხლი.

სქემა 8. სითხის ინტრავენური მიწოდება შოკის დროს მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვთან

მოცემული მკურნალობა ჩაატარეთ მხოლოდ იმ ბავშვთან, ვისაც უვლინდება შოკის ნიშნები (ჩვეულებრივ გამოხატულია აგრეთვე ცნობიერების დაქვეითება, მაგ: ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა)

- დააყენეთ ინტრავენური კათეტერი (აიღთ სისხლი გადაუდებელი ლაბორატორიული მაჩვენებლების შესაფასებლად)
- აწონეთ ბავშვი (ან ივარაუდეთ ბავშვის წონა), რათა მოახდინოთ სითხის საჭირო რაოდენობის გამოანგარიშება
- დაიწყეთ ინტრავენური სითხის მიწოდება 15 მლ/კგ 1 სთ -ის განმავლობაში, გამოიყენეთ თქვენს ხელთ არსებული ერთ-ერთი ხსნარი ქვემოთჩამოთვლილი ხნსარებიდან:
  - რინგერ ლაქტატი(Ringer's lactate) 5 % გლუკოზასთან /დექსტროზასთან (glucose (dextrose) ერთად
  - ნახევარი სიმძლავრის დაროუს ხსნარი (Darrow)- 5 % გლუკოზასთან/ დექსტროზასთან (glucose (dextrose) ერთად
  - 0,45 % NaCl 5 % გლუკოზასთან / დექსტროზასთან ერთად

წონა	ინტრავენური სითხის მოცულობა 1 საათში (15 მლ/კგ)	წონა	ინტრავენური სითხის მოცულობა 1 საათში (15 მლ/კგ)
4 კგ	60 მლ	12 კგ	180 მლ
6 კგ	90 მლ	14	210 მლ
8 კგ	120 მლ	16 კგ	240 მლ
10კგ	150 მლ	18.კგ	270 მლ

- შეაფასეთ მაჯისცემის სიხშირე და ავსება, სუნთქვის სიხშირე სითხის გადასხმის დაწყებისას და ინფუზიისას ყოველ 5-10 წთ-ში

თუ ვლინდება გაუმჯობესების ნიშნები (მცირდება ტაქიკარდია, უმჯობესდება ავსება და მცირდება ტაქიპნოე) და არ არის გამოხატული ფილტვის შეშუპების სიმპტომები:

— გაიმეორეთ ინტრავენური ინფუზია 15 მლ/კგ-ზე 1 საათის განმავლობაში; შემდეგ
— გადადით ორალურ ან ნაზოგასტრალურ რეჰიდრატაციაზე რესომალის (ReSoMal) ხსნარით 10 მლ/კგ-ზე საათში, დაახლოებით 10 საათამდე

დაიწყეთ კვების აღდგენა საწყისი, ე.წ სტარტერი საკვებით F-75

თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება -2-ჯერ ბოლუსურად შეყვანილი 15 მლ/კგ-ზე სითხის შემდეგ:

- მიაწოდეთ ინტრავენურად სითხე შემანარჩუნებელი დოზით 4 მლ/კგ-ზე საათში) და დაელოდეთ სისხლის მოტანას
- როდესაც სისხლი იქნება ხელმისაწვდომი მოახდინეთ ახალი მთლიანი სისხლის ტრანსფუზია დოზით 10 მლ/კგ-ზე, ძლიერ ნელა, 3 საათის განმავლობაში (გამოიყენეთ სისხლის ფორმიანი ელემენტები, თუ ვლინდება გულის უკმარისობა), შემდეგ
- დაიწყეთ კვების აღდგენა საწყისი, ე.წ სტარტერი საკვებით F-75
- დაიწყეთ ინტრავენურად ანტიბიოტიკოთერაპია (იხ. გვ. 89)

თუ ბავშვის მდგომარეობა უარესდება ინტრავენური რეჰიდრატაციის პერიოდში (იზრდება სუნთქვის სიხშირე 5-ით წუთში და მაჯისცემის სიხშირე 15 დარტყმით წუთში, ვლინდება ღვიძლის გადიდება, ფილტვის ქვედა წილებში წვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი, საუღლე ვენებში წნევის მომატება, ჭენების რითმი) შეწყვიტეთ ინფუზია, ვინაიდან ინტრავენურმა ინფუზიამ შეიძლება გაუარესოს ბავშვის მდგომარეობა ფილტვის შეშუპების განვითარების გამო.

სქემა 9. დიაზეპამის (diazepam) გამოყენება რექტალურად

- **გამოიყენეთ დიაზეპამი რექტალურად:**

➢ ამოიღეთ დიაზეპამის საჭირო დოზა ამპულიდან ტუბერკულინის (1მლ) შპრიცში. დოზა დაიანგარიშეთ ბავშვის წონის მიხედვით, როდესაც ეს შესაძლებელია. შემდეგ მოაცილეთ შპრიცს ნემსი

➢ მოათავსეთ შპრიცი (უნემსოდ!) 4-5 სმ-ზე სწორ ნაწლავში და შეიყვანეთ დიაზეპამის ხსნარი

➢ რამოდენიმე წუთით შეატყუპეთ და ერთად დაიჭირეთ დუნდულები

ასაკი (წონა)	რექტალური დიაზეპამი 10მგ/2 მლ ხსნარი დოზა 0,1 მლ /კგ
2 კვირა -2 თვე (< 4 კგ)	0,3 მლ
2-4 თვე (4-6 კგ)	0,5 მლ
4-12 თვე (6-10 კგ)	1,0 მლ
1-3 წელი (10-14 კგ)	1,25 მლ
3-5 წელი (14-19 კგ)	1,5 მლ

* 2 კვირაზე ნაკლები ასაკის ახალშობილებში გულყრის კუპირებისთვის გამოიყენეთ ფენობარბიტალი (200 მგ/მლ ხსნარი) (phenobarbital) დოზით 20 მგ/კგ-ზე მისი არსებობის შემთხვევაში

წონა 2 კგ - საწყისი დოზა 0,2 მლ
გაიმეორეთ 0,1 მლ 30 წთ-ის შემდეგ

წონა 3 კგ - საწყისი დოზა 0,3 მლ;
გაიმეორეთ 0,15 მლ 30 წთ-ის შემდეგ

} თუ გულყრა გრძელდება

თუ გულყრა გრძელდება 10 წთ-ის შემდეგ გამოიყენეთ დიაზეპამის (diazepam) განმეორებითი დოზა (ან შეიყვანეთ დიაზეპამი ინტრავენურად 0,05 მლ/კგ =0,25მგ/კგ, თუ ტარდება ინტრავენური ინფუზია)

არ გამოიყენოთ დიაზეპამი (diazepam) 2-ზე მეტად

თუ გულყრა გრძელდება 10 წთ-ის შემდეგაც ივარაუდეთ ეპილეფსიური სტატუსის არსებობა

- შეიყვანეთ ინტრამუსკულარულად ან ინტრავენურად ფენობარბიტალი 15 მგ/კგ ((phenobarbital) 15 წთ-ის განმავლობაში).

ან

- ფენიტოინი (Phenytoin) დოზით 15-18 მგ/კგ ინტრავენური ინფუზიით (თუმცა დიაზეპამისგან ცალკე ინტრავენური კათეტერით), 60 წუთის განმავლობაში. დარწმუნებული უნდა იყოთ, რომ კათეტერი კარგად დგას ვენაში, ვინაიდან მედიკამენტს აქვს მწველი კაუსტიკური მოქმედება და შეუძლია გამოიწვიოს რბილი ქსოვილების დაზიანება გაჟონვის შემთხვევაში.

- **თუ მაღალია ტემპერატურა:**

➢ გახადეთ ბავშვს, რთა შეამციროთ ცხელება

➢ არ მისცეთ არანაირი წამალი ორალურად, სანამ არ მოხდება გულყრის კუპირება, ასპირაციის რისკის გამო

➢ გულყრის კუპირების შემდეგ შეიძლება მივცეთ ორალურად პარაცეტამოლი (paracetamol) ან იბუპროფენი (ibuprofen).

გაფრთხილება: ყოველთვის გქონდეთ მოფუნქციონირე სასუნთქი ტომარა და სათანადო ზომის ნიღბები, რათა გამოიყენოთ თუ პაციენტი შეაჩერებს სუნთქვას, განსაკუთრებით დიაზეპამის გამოყენების შემდეგ.

სქემა 10. გლუკოზის (glucose) გამოყენება ინტრავენურად

➢ ჩადგით ინტრავენურად კათეტერი და აიღეთ სისხლი გადაუდებელი ლაბორატორიული კვლევისათვის.

➢ განსაზღვრეთ შაქრის შემცველობა **ტესტ-ჩხირების გამოყენებით** (მაგ. **Dextrostix®).** თუ გლუკოზა < 2,5 მმოლ/ლიტრზე (45 მგ/) კარგი კვების მქონე ბავშვთან ან < 3 მმოლ/ ლ-ზე (54 მგ/დლ) მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვთან, ან იმ შემთხვევაში, თუ ვერ ისაზღვრება გლუკოზის დონე ტესტების არარსებობის გამო დაიწყეთ ჰიპოგლიკემიის მკურნალობა:

➢ მიაწოდეთ ინტრავენურად 5 მლ/კგ-ზე 10 % გლუკოზის (glucose) ხსნარი სწრაფად - ბოლუსური დოზის სახით

ასაკი (წონა)	10 % გლუკოზის (დექსტროზის))(glucose / dextrose) ბოლუსური დოზის მოცულობა (5 მლ/კგ)
<2 თვე (< 4 კგ)	15 მლ
2-4 თვე (4 – 6 კგ)	25 მლ
4- 12 თვე (6-10 კგ)	40 მლ
1-3 წელი (10-14 კგ)	60 მლ
3-5 წელი (14-19 კგ)	80 მლ

- განმეორებით შეაფასეთ გლუკოზის დონე 30 წთ-ში. თუ შაქრის შემცველობა ისევ დაბალია, განმეორებით, შეიყვანეთ 5მლ/კგ -ზე 10 %-იანი გლუკოზის ხსნარი.

- დაიწყეთ ბავშვის კვება ბავშვის გონზე მოსვლის შემდეგ

თუ ბავშვის კვება შეუძლებელია, რადგან მაღალია ასპირაციის რისკი, მიაწოდეთ

- რძე ან შაქრიანი ხსნარი ნაზოგასტრალური ზონდით (შაქრიანი ხსნარის მოსამზადებლად გახსენით 4 ჩაის კოვზი შაქარი (20 გრამი) 200 მლ სუფთა წყალში)

ან

— ინტრავენურად მიაწოდეთ სითხე, რომელიც შეიცავს 5-10 % გლუკოზას (დექსტროზას) (იხ დანართი გვ. 402

შენიშვნა: 50 % გლუკოზის (glucose) ხსნარი იგივეა, რაც 50 % დექსტროზის ხსნარი.

თუ მხოლოდ 50 % გლუკოზის (glucose) ხსნარი გაქვთ, გახსენით 1 წილი 50 % გლუკოზის (glucose) ხსნარი 4 წილ სტერილურ წყალში, ან გახსენით 1 წილი 50 % გლუკოზის (glucose) ხსნარი 9 წილ 5 % გლუკოზის (glucose) ხსნარში. მაგალითად, 10 მლ 50 % გლუკოზის (glucose) ხსნარი 90 მლ 5 % გლუკოზის (glucose) ხსნარში გვაძლევს დაახლოებით 100 მლ 10 % გლუკოზის (glucose) ხსნარს.

შენიშვნა: გლუკოზის (glucose) ტესტ-ჩხირის გამოყენებისას ისარგებლეთ ყუთზე არსებული ინსტრუქციით. ჩვეულებრივ, ტესტის ჩხირი ინახება ყუთში 2-3^0 ტემპერატურაზე, თავიდან უნდა იქნას აცილებული მზის სხივები და მაღალი ტენიანობა. სისხლის წვეთი უნდა მოთავსდეს ტესტის ქალღალდზე (მან უნდა დაფაროს რეაგენტის ადგილი). 60 წმ-ის შემდეგ სისხლი უნდა ჩამოირეცხოს ფრთხილად ცივი წყლის წვეთებით და ფერი შედარდეს სტანდარტულ მაჩვენებელს, რომელიც მოთავსებულია ბოთლზე ან გლუკოზის დონის სპეციალურ წამკითხველზე (ტექნიკა შეიძლება განსხვავდებოდეს სხვადასხვა ტესტ-სისტემის გამოყენებისას)

სქემა 11 . მძიმე დეჰიდრატაციის მკურნალობა გადაუდებელი დახმარების განყოფილებაში შოკის საწყისი მართვის შემდეგ

იმ ბავშვთა სამკურნალოდ, რომელთაც აღენიშნებათ მძიმე დეჰიდრატაცია, თუმცა არ ჰქონდათ შოკი, გამოიყენეთ დიარეის მკურნალობის გ გეგმა (გვ 169)

თუ ბავშვი არის შოკში, თავდაპირველად იმოქმედეთ, როგორც აღწერილია მე-7 და მე-8 სქემაში (გვ 32-35). მოცემული სქემა გამოიყენეთ მას შემდეგ, რაც შემცირდება ტაქიკარდია ან გაუმჯობესდება კაპილარული ავსების დრო

- მიაწოდეთ 70 მლ.კგ-ზე რინგერ ლაქტატის ხსნარი (ჰარტმანის ხსნარი) (Ringer's lactate (Hartmann's)) ან მისი არარსებობისას ფიზიოლოგიური ხსნარი (saline 0,9% NaCl) 5 საათის განმავლობაში ჩვილებში (ასაკი < 12 თვეზე) და 2,5 საათის განმავლობაში ბავშვებში (12 თვე - 5 წელი)

ინტრავენური სითხის საერთო მოცულობა / მოცულობა საათში)

წონა	ასაკი < 12 თვე სითხის მიწოდება 5 საათი	ასაკი 12 თვე - 5 წელი სითხის მიწოდება 2,5 საათი
<4 კგ	200 მლ (40 მლ/სთ)	-
4-6 კგ	350 მლ (70 მლ /სთ)	-
6-10 კგ	550 მლ (110მლ/სთ)	550 მლ (220 მლ/სთ)
10-14 კგ	850 მლ (170 მლ/სთ)	850 მლ (340 მლ/სთ)
14-19 კგ	-	1200 მლ (480 მლ/სთ)

შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა ყოველ 1-2 სთ-ში. თუ ჰიდრატაციის სტატუსი არ უმჯობესდება, გაზარდეთ ინტრავენური წვეთების სისწრაფე.

აგრეთვე მიაწოდეთ ორალური სარეჰიდრატაციო მარილოვანი ხსნარი (ORS) (დაახლოებით 5 მლ/კგ- საათში) მაშინვე, როდესაც ბავშვი შეძლებს დალევას. ჩვეულებრივ ჩვილებში 3-4 საათის შემდეგ, ბავშვებში 1-2 საათში

წონა	ORS - ის ხსნარის მოცულობა საათში
<4 კგ	15 მლ
4-6 კგ	25 მლ
6-10 კგ	40 მლ
10-14 კგ	50 მლ
14-19 კგ	85 მლ

შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა ჩვილებში 6 სთ-ის, ხოლო ბავშვებში 3 სთ-ის შემდეგ. მიეცით კლასიფიკაცია დეჰიდრატაციას და აირჩიეთ შესაბამისი მკურნალობის ა, ბ ან გ გეგმა (გვ: 181, 178, 173)

თუ შესაძლებელია, დააკვირდით ბავშვს მინიმუმ 5 საათი რეჰიდრატაციის შემდეგ, რათა დარწმუნდეთ, რომ დედას შეუძლია ჰიდრატაციის პროცესის შენარჩუნება ORS - ის ხსნარის ორალურად მიწოდების გზით

თუ ოთახის ტემპერატურა დაბალია, შოკის განსაზღვრისთვის გამოიყენეთ მაჯისცემის სიხშირე და ავსება.
შეაფასეთ არის თუ არა დაბალი სისტოლური წნევა ასაკთან მიმართებაში (იხ. ქვემოთმოყვანილი ცხრილი). შოკი შესაძლებელია გამოხატული იყოს ნორმალური არტერიული წნევის დროს, თუმცა ძალიან დაბალი არტერიული წნევა მიუთითებს, რომ პაციენტი შოკის მდგომარეობაშია.

სისხლის არტერიული წნევის ნორმალური მაჩვენებლები ბავშვებში

ასაკი	სისტოლური წნევა
დღენაკლული	55-75
0-3 თვე	65-85
3-6 თვე	70-90
6-12 თვე	80-100
1-3 წელი	90-105
3-6 წელი	95-110

- **შეაფასეთ კომის, გულყრის ან ცნობიერების დარღვევების არსებობა**

არის ბავშვი კომაში? შეაფასეთ ცნობიერების დონე „AVPU" შკალით

A (Alert) - ფხიზელია
V (responds to voice) - პასუხობს - ხმაზე /საუბარზე
P (responds to pain) - პასუხობს ტკივილზე
U (unconscious) - უგონო მდგომარეობაშია

თუ ბავშვი არ არის ფხიზელი, სცადეთ მისი გაღვიძება საუბრით ან შეხებით და მკლავის შერხევით. თუ ბავშვი არ არის ფხიზლად, მაგრამ პასუხობს ხმაზე, იგი არის ლეთარგიულ მდგომარეობაში. თუ არ არის პასუხი ხმაზე, შეეკითხეთ დედას, თუ იყო ბავშვი უჩვეულოდ ძილიანი და ძნელად გასაღვიძებელი. განსაზღვრეთ, არის თუ არა პასუხი მტკივნეულ გაღიზიანებაზე. თუ ბავშვი არ პასუხობს მტკივნეულ გაღიზიანებას, ის კომაშია (უგონო მდგომარეობაში) და საჭიროებს გადაუდებელ მკურნალობას.
დააკვირდით, ხომ არ აქვს ბავშვს გულყრა? არის სპაზმური განმეორებითი მოძრაობები ბავშვთან, რომელიც არ პასუხობს გაღიზიანებაზე?

- **შეაფასეთ ბავშთან მძიმე დეჰიდრატაციის არსებობა თუ მას აქვს დიარეა**

აქვს ბავშვს ჩაცვენილი თვალები? ჰკითხეთ დედას, თუ არის ბავშვის თვალები ნორმაზე მეტად ჩაცვენილი.
სწორდება კანის ნაოჭი ძლიან ნელა (2 წმ-ზე მეტ დროში) ცერი და საჩვენებელ თითით ასწიეთ 1 წმ-ით მუცლის კანი, რომელიც მოთავსებულია ჭიპსა და მუცლის გვერდით ზედაპირს შორის შემდეგ გაუშვით ხელი და დააკვირდით, რამდენად სწრაფად

გასწორდება კანის ნაოჭი

- **პრიორიტეტული ნიშნების შეფასება**

გადაუდებელი ნიშნების შეფასებისას შეიძლება შეამჩნიოთ და გამოავლინოთ მრავალი შესაძლო პრიორიტეტული სიმპტომი:
არის რესპირაციული დისტრესის ნიშნები (არა მძიმე)?
არის ბავშვი ლეთარგიული ან ხანგრძლივად აგზნებული და მოუსვენარი?
მოცემულ ნიშნებს ადვილად დაინახავთ, როდესაც თქვენ აფასებთ კომის არსებობას.
შეაფასეთ აგრეთვე სხვა პრიორიტეტული ნიშნები

1. 4 მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშის გადაუდებელი მკურნალობა

ტრიაჟის დროს მძიმე მალნუტრიციის მქონე ყველა ბავშვი იდენტიფიცირდება, როგორც პრიორიტეტული ნიშნების მქონე პაციენტი და საჭიროებს სწრაფ შეფასებას და მკურნალობას.
შედარებით იშვიათად მძიმე მალნუტრიციის მქონე პაციენტებს შესაძლებელია ტრიაჟის დროს გამოუვლინდეთ საშიშროების ნიშნები. ბავშვებს რომელთაც უვლინდებათ საშიშროების ნიშნები საჭიროებენ გადაუდებელი მკურნალობას პრობლემის შესაბამისად (იხ. სქემები გვ. 19-20)

• ბავშვები მძიმე დეჰიდრატაციით, მაგრამ შოკის გარეშე არ საჭიროებენ ინტრავენურ ინფუზიას, ვინაიდან მძიმე დეჰიდდრატაციის გამოვლენა მძიმე მალნუტრიციის მქონე პაციენტთან საკმაოდ რთულია და ხშირად არასწორად დიაგნოსტირდება. ასეთი ბავშვებისთვის ინტრავენური სითხის მიწოდება ზრდის ჰიპერჰიდრატაციის და გულის უკმაროსობის განვითარების გამო ლეტალობის რისკს. ამიტომ ასეთი ბავშვების რეჰიდრატაცია ტარდება ორალურად. მხოლოდ სპეციალური მძიმე მალნუტრიციისათვის საჭირო სარეჰიდრატაციო ხსნარის (რესომალი, ReSoMal) გამოყენებით. იხ. თავი 7 (გვ 240)

• მძიმე მალნუტრიციის დროს შესაძლებელია გამოხატული იყოს შოკის ზოგიერთი სიმპტომი მაშინაც კი, როდესაც ბავშვი არ არის შოკში. კვების დეფიციტის მქონე ბავშვები შოკის მრავლობითი სიმპტომებით: ლეთარგია, ცნობიერების დონის დაქვეითება, ცივი კანი, გახანგრძლივებული კაპილარული ავსება და სწრაფი სუსტი ავსების პულსი, უნდა იღებდნენ დამატებით სითხეებს, როგორც ეს განსაზღვრულია შოკისთვის.

• კვების დეფიციტის მქონე პაციენტებთან შოკის მკურნალობა განსხვავდება კარგი კვებითი სტატუსის მქონე პაციენტებში შოკის

მკურნალობისგან, ვინაიდან მალნუტრიციისას შესაძლებელია სეფსისური და დეჰიდრატაციული შოკის თანაარსებობა, რაც ძნელი სადიფერენციაციოა კლინიკურად. ამავე დროს მალნუტრიციის მქონე პაციენტებში დიდი რაოდენობით სითხისა და მარილების მიწოდებისას შესაძლებელია მდგომარეობის დამძიმება. მიწოდებული სითხის რაოდენობა უნდა ეფუძნებოდეს ბავშვის რეაქციას და მის პასუხს მკურნალობაზე. თავიდან აიცილეთ ჰიპერჰიდრატაცია. გააკონტროლეთ პულსი და სუნთქვის სიხშირე დასაწყისში და ყოველ 5-10 წუთში რათა შეაფასოთ მაჩვენებლების გაუმჯობესება. გაითვალისწინეთ, რომ სითხე რომელიც მიეწოდება მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვს განსხვავებულია და ინფუზიის სიჩქარეც უფრო ნელია.

ყველა მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვი მოითხოვს სწრაფ შეფასებას და მკურნალობას, რათა თავიდან იქნას აცილებული ისეთი პრობლემების განვითარება, როგორიცაა ჰიპოგლიკემია, ჰიპოთერმია, მძიმე ინფექცია, მძიმე ანემია და შესაძლო თვალის პრობლემები, რომლებიც იწვევენ მხედველობის დაკარგვას. ასევე მნიშვნელოვანია სწრაფად დაიწყოს ქმედებები მოცემული პრობლემების პრევენციისთვის, თუ სტაციონარში პაციენტის შემოსვლისას მოცემული პრობლემები არ ვლინდება.

1.5 გადაუდებელი სიმპტომების მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკის საკითხები

მოცემულ ნაწილში წარმოდგენილია იმ დაავადებათა დიაგნოსტიკის და დიფერენციალური დიაგნოსტიკის საკითხები, რომელთა შემთხვევაშიც საჭირო ხდება გადაუდებელი მკურნალობა. ბავშვის მდგომარეობის სტაბილიზაციის და გადაუდებელი მკურნალობის შემდეგ დაადგინეთ პრობლემის ძირითადი მიზეზი, რათა დაიწყოთ სპეციფიკური მკურნალობა. ქვემოთმოყვანილი ჩამონათვალი და ცხრილები წარმოადგენს იმ ძირითადი ნაწილების დამატებას, რაც მოცემულია სპეციფიკური დაავადებისადმი მიძღვნილ თავებში.

1.5.1 ბავშვი სასუნთქი გზების გამავლობის ან სუნთქვის პრობლემით

ანამნეზი:

- დასაწყისი - უეცარი ან თანდათანობითი
- მსგავსი ეპიზოდების არსებობა ანამნეზში
- ზემო სასუნთქი გზების ინფექცია
- ხველა და მისი ხანგრძლივობა
- ასპირაცია ანამნეზში
- სიმპტომები გამოვლინდა დაბდადებისთანავე თუ შეძენილია
- ვაქცინაციის ანამნეზი: - დიფთერია, ყივანახველა, ტეტენუსი,

წითელა
• ცნობილი HIV ინფექცია
• ასთმის ოჯახური ანამნეზი

გასინჯვა:
• ხველა და მისი ხასიათი
• ციანოზი
• რესპირაციული დისტრესი
• გრანტინგი (სუნთქვის გაძნელება - ხმაურიანი სუნთქვა).
• სტრიდორი (გაძნელებული, ხმაურიანი ჩასუნთქვა).
• ცხვირის ნესტოების მოძრაობა
• კისრის შეშუპება
• კრეპიტაცია
• ვიზინგი (მსტვინავი სუნთქვა)
  _ გენერალიზებული
  _ ლოკალური
• სუნთქვის შესუსტება (ჰაერის ნაკადის შემცირება)
  _ გენერალიზებული
  _ ლოკალური

ცხრილი 1. დიფერენციული დიაგნოსტიკა სტაციონარში შემოსვლისას სასუნთქი გზების ან სუნთქვის პრობლემის არსებობის შემთხვევაში

დიაგნოზი ან ძირითადი პრობლემა	კლინიკური ნიშნები
პნევმონია	- ხველა სუნთქვის გახშირებით და ცხელებით - გრანტინგი ან სუნთქვის გაძნელება - დაავადებათა პროგრესირება, მდგომარეობის გაუარესება - კრეპიტაცია აუსკულტაციით - კონსოლიდაციის ან გამონაჟონის არსებობის სიმპტომები
ასთმა	– პერიოდული მსტვინავი სუნთქვის ანამნეზი – გახანგრძლივებული ექსპირაცია.

	– მსტვინავი სუნთქვა ან სუნთქვის შესუსტება- ჰაერის ნაკადის შემცირება. – პასუხი ბრონქოდილატატორებზე
უცხო სხეულის ასპირაცია	– მოხრჩობის მოულოდნელი განვითარება ანამნეზში – სტრიდორის და რესპირაციული დისტრესის უეცარი განვითარება – ლოკალურად ჰაერის ნაკადის დაქვეითება ან ვიზინგი (მსტვინავი სუნთქვა)
რეტროფარინგული აბსცესი	– თანდათანობითი განვითარება და ყოველდღიურად მდგომარეობის გაუარესება – ყლაპვის გაძნელება და შეუძლებლობა – მაღალი ცხელება
კრუპი	– მყეფავი ხველა – ხმის ჩახლეჩა – ასოცირება ზედა სასუნთქი გზების ინფექციასთან – სტრიდორი ჩასუნთქვისას – რესპირაციული დისტრესის ნიშნები
დიფტერია	– ინსპექციით ”ხარის კისერი” , კისრის ლიმფური ჯირკვლების გადიდების გამო – სასუნთქი გზების ობსტრუქციის ნიშნები სტრიდორით და ხმის წასვლით – მონაცრისფერო ნადები ხახაზე – არ არის ჩატარებული დიფთერიის ვაქცინაცია

1.5.2. ბავშვი შოკის ნიშნებით

ანამნეზი:

- მწვავე ან უეცარი დასაწყისი

- ტრავმა
- სისხლდენა
- ანამნეზში გულის თანდაყოლილი მანკი ან რევმატული დაავადება
- დიარეა -ანამნეზით
- ცხელებით მიმდინარე დაავადება
- ცნობილია დენგეს ცხელების აფეთქება
- ცნობილია მენინგიტის აფეთქება
- ცხელება
- კვების შესაძლებლობა

გასინჯვა:

- ცნობიერების დონე
- რომელიმე სისხლმდენი ადგილი
- ცივი ან თბილი კიდურები
- კისრის ვენები (მომატებული საუღლე ვენის წნევა)
- სისხლის წნევა
- ღვიძლის ზომების გაზრდა
- პეტექია
- პურპურა

ცხრილი 2. დიფერენციალური დიაგნოსტიკა სტაციონარში შემოსვლისას შოკის არსებობის შემთხვევაში

ბავშვებს შოკით აღენიშნებათ ლეთარგია, გამოხატული იქნება სუნთქვის აჩქარება, ცივი კანი, კაპილარული ავსების დაგვიანება, ხშირი და სუსტი ავსების პულსი და შესაძლებელია ჰქონდეთ დაბალი არტერიული წნევა, როგორც შედარებით მოგვიანებითი ნიშანი.

დიაგნოზი ან ძირითადი პრობლემა	კლინიკური ნიშნები
სისხლდენით განპირობებული შოკი	– ტრავმის არსებობა ანამნეზში – სისხლმდენი ადგილი
დანგეს ცხელებით განპირობებული შოკი	– ცნობილი დანგეს ცხელების აფეთქება ან სეზონი – მაღალი ცხელება ანამეზში - პურპურა

კარდიალური შოკი	– ანამნეზში გულის დაავადება ან შუილი – კისრის ვენების დაბერვა და ღვიძლის გადიდება – კრეპიტაცია ორივე ფილტვის ქვედა წილში
სეპტიური შოკი	– ანამნეზში ცხელებით მიმდინარე დაავადება – მძიმე ზოგადი მდგომარეობა ”მძიმე ავადმყოფის შესახედაობა” – კანი შეიძლება იყოს თბილი, მაგრამ არტერიული წნევა დაბალი, ან კანი იყოს ცივი – პურპურა ან მენინგოკოკის აფეთქება
მძიმე დეჰიდრატაციასთან ასოცირებული შოკი	– ანამნეზში პროფუზული დიარეა – ქოლერის ცნობილი აფეთქება

1.5.3 ბავშვი ლეთარგიით, უგონო მდგომარეობით ან გულყრით

ანამნეზი

- ცხელება
- თავის ტრავმა
- მედიკამენტების ზედმეტი დოზის ან ტოქსინის მიღება
- გულყრა: რამდენი ხანი გრძელდება? მანამდე ჰქონდა თუ არა ფებრილური გულყრა? ეპილეფსია?

თუ ჩვილი არის < 1 კვირაზე განიხილეთ ანამნეზში:

- ასფიქსია
- სამშობიარო ტრავმა

გასინჯვა

ზოგადი

- სიყვითლე
- ხელისგულების მკვეთრად გამოხატული სიფერმკრთალე
- პერიფერიული ან სახის შეშუპება (სავარაუდოა თირკმლის უკმარისობა)
- ცნობიერების დონე

- პეტექიური გამონაყარი
- სისხლის წნევა
- განსაზღვრეთ AVPU ქულა

თავი და კისერი

- კისრის რიგიდობა
- თავის ტრავმის ან სხვა დაზიანების ნიშნები
- გუგების ზომა და რეაქცია სინათლეზე
- დიდი ყიფლიბანდის ამობურცვა და დაჭიმვა
- ანომალიური პოზა/მდებარეობა, განსაკუთრებით ოპისტოტონუსი (რკალივით მოხრილი უკან)

კომის შკალის მეთვალყურეობა უნდა ხდებოდეს რეგულარულად. 1 კვირამდე ასაკის ჩვილებში განსაზღვრეთ, დაბადებიდან რა დროში განვითარდა ცნობიერების დარღვევა. უგონო მდგომარეობის, კომის და ცნობიერების დარღვევების მიზეზები სხვადასხვა რეგიონში შესაძლებელია იყოს მალარია, დენგეს ჰემორაგიული ცხელება, იაპონური ენცეფალიტი, წითელას ენცეფალიტი, მუცლის ტიფი, რიკეტსიოზით ან ბორელიოზით განპირობებული ცხელება

ლაბორატორიული გამოკვლევა

- თუ საეჭვოა მენინგიტი და არ არის ინტრაკრანიული წნევის მომატების ნიშნები (არათანაბარი გუგები, რიგიდულობა-ჰიპერტონუსი, კიდურების დამბლა ან პარეზი, არარეგულარული სუნთქვა) ჩაატარეთ ლუმბალური პუნქცია
- თუ არის მალარიის არეალი, ჩაატარეთ მალარიის სადიაგნოსტიკო სწრაფი ტესტი და მოამზადეთ სისხლის ნაცხი
- თუ ბავშვი არის უგონო მდგომარეობაში, შეაფასეთ სისხლში შაქრის დონე. თუ არ არის შეფასების შესაძლებლობა დაიწყეთ ემპირიულად ჰიპოგლიკემიის მკურნალობა. თუ ცნობიერების დონე გაუმჯობესდა, ჩათვალეთ, რომ საქმე გაქვთ ჰიპოგლიკემიასთან
- ჩაატარეთ შარდის მიკროსკოპიული კველვა, თუ შესაძლებელია

ცხრილი 3. დიფერენციული დიაგნოსტიკა სტაციონარში შემოსვლისას ცნობიერების დარღვევის, უგონო მდგომარეობის ან გულყრის არსებობის შემთხვევაში

დიაგნოზი ან ძირითადი პრობლემა	კლინიკური ნიშნები
მენინგიტი[1,2]	– ძლიერი აგზნება – კისრის კუნთების რიგიდობა ან ამობურცული დაჭიმული ყიფლიბანდი – პეტექიური გამონაყარი (მხოლოდ მენინგოკოქცემიის შემთხვევაში) – ოპისტოტონუსი
ცერებრული მალარია (მხოლოდ ბავშვებში, რომელთაც ჰქონდათ ექსპოზიცია. P. Faliparum ხშირად სეზონური)	– სისხლის ნაცხი ან სწრაფი სადიაგნოსტიკო ტესტი დადებითია მალარიაზე – სიყვითლე – ანემია – გულყრა – ჰიპოგლიკემია
ფებრილური გულყრა (ჩვეულებრივ არ იწვევს ცნობიერების დარღვევას)	– ანამნეზში გულყრის ეპიზოდი ფებრილური დაავადების დროს – ასოცირება ცხელებასთან - ასაკი 6 თვე -5 წელი – სისხლის ნაცხი ნორმაშია
ჰიპოგლიკემია (ყოველთვის მოძებნეთ მიზეზი, მაგ მძიმე მალარია, და უმკურნალეთ მიზეზს, რომ თავიდან აიცილოთ განმეორება)	– სისხლში შაქრის შემცველობის დაქვეითება <2,5 მმოლ/ლ (45 მგ/დლ) ან 3,0 მმოლ/ლ (<54 მგ/დლ) მძიმე მალნუტრიციის მქონე პაციენტებში; პასუხი გლუკოზით მკურნალობაზე

თავის ტრავმა	- თავის ტრავმის ანამნეზი ან კლინიკური ნიშნები
მოწამვლა	– ანამნეზში მედიკამენტის დიდი დოზით მიღება ან რაიმე მომწამვლავი ნივთიერების მიღება
შოკი (შესაძლებელია გამოიწვიოს ლეთარგია და უგონო მდგომარეობა, მაგრამ არა გულყრა	– ცუდი პერფუზია – სუსტი , მცირე ავსების, ძაფისებრი პულსი
მწვავე გლომერულონეფრიტი ენცეფალოპათიით	– მომატებული სისხლის წნევა – პერიფერიული ან სახის შეშუპება – სისხლი და /ან ცილა შარდში – ოლიგურია ან ანურია
დიაბეტური კეტოაციდოზი	– მაღალი არტერიული წნევა – ანამეზში პოლიდიფსია და პოლიურია – აციდოზი (ღრმა, ნელი) სუნთქვა

1 მენინგიტის დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს ენცეფალიტთან, თავის ტვინის აბსცესთან, ტუბერკულოზურ მენინგიტთან. გადახედეთ პედიატრიის სახელმძღვანელოში დიფერენციულ დიაგნოსტიკას

2. ლუმბალური პუნქცია არ უნდა გაკეთდეს, თუ სახეზე ინტრაკრანიალური წნევის მომატების ნიშნები (იხ. სექცია 6.3, გვ. 208 და A1.4 გვ 399). პოზიტიური ცერებროსპინალური სითხე შეიძლება იყოს შემღვრეული შეხედვისას, ან მომატებული უჯრედების დონე (ჩვეულებრივ > 100 პოლიმორფულ ბირთვიან უჯრედზე მლ-ში ბაქტერიული მენინგიტისას). დამადასტურებელ ფაქტორს წარმოადგენს დაბალი შაქრის დონე (<1,5 მმოლ/ლ), მაღალი ციის შემცველობა (>0,4 გ/ლიტრი) გრამის წესით იდენტიფიცირებული ორგანიზმი ან პოზიტიური კულტურა.

ცხრილი 4. დიფერენციული დიაგნოსტიკა ჩვილებში (< 2 თვეზე) ცნობიერების დარღვევის, უგონო მდგომარეობის ან გულყრის არსებობის შემთხვევაში

დიაგნოზი ან ძირითადი პრობლემა	კლინიკური ნიშნები
დაბადების ასფიქსია ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია დაბადების ტრავმა	– დასაწყისი სიცოცხლის პირველ 3 დღეში – ანამნეზით მძიმე, გართულებული მშობიარობა
ინტრაკრანიული ჰემორაგია	– დასაწყისი სიცოცხლის პირველ 3 დღეში დაბადებისას მცირე წონის ან დღენაკლულ ახალშობილებში
ახალშობილთა ჰემოლიზური დაავადება კერნიქტერუსი	– დასაწყისი სიცოცხლის პირველ 3 დღეში – სიყვითლე – სიფერმკრთალე – სერიოზული ბაქტერიული ინფექცია – არ აქვს მიღებული ვიტამინი K
ახალშობილთა ტეტანუსი	– დასაწყისი სიცოცხლის 3-14 დღეს – აგზნება – სუნთქვის პრობლემები – ტრიზმი – კუნთის სპაზმი – გულყრა
მენინგიტი	– ლეთარგია – აპნოეს ეპიზოდები – გულყრა – მაღალი ხმიანობის კივილი

	– დაჭიმული ან ამობურცული ყიფლიბანდი
სეფსისი	– ცხელება ან ჰიპოთერმია - შოკი (ლეთარგია, სწრაფი სუნთქვა, ცივი კანი, კაპილარული ავსების გახანგრძლივება,სწრაფი, სუსტი - ძაფისებრი პულსი და ზოგიერთ შემთხვევაში დაბალი არტერიული წნევა) – სერიოზული ავადმყოფობა ნათელი მიზეზის გარეშე,

მოწამვლები და ინტოქსიკაცია იხილეთ ქვემოთ გვერდზე 55.

1.6 მოწამვლის უხშირესი მიზეზები

ეჭვი მიიტანეთ მოწამვლის არსებობაზე ჯანმრთელ ბავშვთან ნებისმიერი მოულოდნელად (უცბად) განვითარებული დაავადებისას.

სპეციფიკური მომწამვლელი ნივთიერების არსებობის შემთხვევაში პედიატრიის სახლემძღვანელოში ნახეთ მისი მართვა და დაუკავშირდით ქვეყანაში არსებულ ტოქსიკოლოგიურ ცენტრს დახმარებისთვის.

თავში მოცემულია მხოლოდ ზოგიერთი დასალევი მომწამლავი ნივთიერების მართვის პრინციპები. გაითვალისწინეთ, რომ ტრადიციული მედიკამენტები შესაძლებელია იყოს მოწამვლის მიზეზი.

დიაგნოზი

დიაგნოსტიკა ეფუძნება ბავშვის ან თავმდგომისგან მიღებულ ინფორმაციას, კლინიკურ გასინჯვას და თუ შესაძლებელია გამოკვლევის შედეგებს.

- მიიღეთ სრული ინფორმაცია მიღებულ ნივთიერებაზე, რა რაოდენობით იქნა მიღებული და რა დროს. ეცადეთ მოახდინოთ მიღებული ნივთიერების ზუსტი იდენტიფიკაცია. სთხოვეთ გაჩვენონ კონტეინერი, რომელიშიც იყო ნივთიერება, როდესაც ეს შესაძლებელია. გაარკვიეთ, რომ სხვა ბავშები არ იყვნენ ჩართულნი. სიმპტომები და ნიშნები დამოკიდებულია მიღებულ ნივთიერებაზე და ამიტომ მკვეთრად ვარიაბელურია (იხ. ქვემოთ).
- შეაფასეთ დამწვრობის ნიშნები პირის ირგვლივ ან სტრიდორი (ზედა სასუნთქი გზების და ხორხის დაზიანება), რაც

მიუთითებს კოროზიული მწვავე ნივთიერების მიღებაზე

- მიიღეთ ყველა პაციენტი, რომელთაც მიღებული აქვთ მაღალი დოზით (განზრახ ან შეცდომით, ან მიცემული აქვს მესამე პირს) რკინა, პესტიციდები, პარაცეტამოლი, ასპირინი, ნარკოტიკები ან ანტიდეპრესანტები.
- ყველა პაციენტი, რომელთაც მიღებული აქვთ კოროზიული ნივთიერება ან ნავთობ პროდუქტები, საჭიროებენ მინიმუმ 6 საათით სტაციონარში დაყოვნებას. კოროზიულმა ნივთიერებებმა შეიძლება გამოიწვიონ საყლაპავის დამწვრობა, რომელიც ხშირად არ არის თავიდანვე შესამჩნევი, ხოლო საწვავის შემცველი პროდუქტების ასპირაცია იწვევს ფილტვის შეშუპებას, რომლის კლინიკური სურათი, ხშირ შემთხვევაში, ვლინდება რამდენიმე საათში.

1.6.1 მართვის პრინციპები მომწამვლავი ნივთიერების კუჭში მოხვედრის შემთხვევაში

ყველა ბავშვთან, რომელიც კლინიკაში შემოდის მოწამვლის გამო, დაუყოვნებლივ უნდა შეფასდეს საშიშროების ნიშნები (სასუნთქი გზები, სუნთქვა, ცირკულაცია და ცნობიერების დონე), ვინაიდან საწამლავების ნაწილი თრგუნავს სუნთქვას, იწვევს შოკს ან კომას. კუჭი უნდა განთავისუფლდეს მომწამლავი ნივთიერებისაგან. კუჭის განთავისუფლება ყველაზე ეფექტურია მოწამვლიდან 1 საათის განმავლობაში. ამ პერიოდის შემდეგ მანიპულაციას აღარ აქვს აზრი. გამონაკლისია ის ნივთიერებები, რომლებიც აფერხებენ კუჭის დაცლას და ის პაციენტები, რომლებიც არიან უგონო მდგომარეობაში. კუჭის მომწამვლავი ნივთიერებისგან განთავისუფლების პროცედურის გადაწყვეტილებამდე კარგად უნდა შეფასდეს მოსალოდნელი ეფექტი და რისკები. მომწამვლავი ნივთიერებისაგან კუჭის გაწმენდა არ იძლევა მოცემული ნივთიერების სრულად მოცილების გარანტიას და ბავშვი შესაძლებელია კვლავ რჩებოდეს საფრთხის წინაშე.

კუჭის ამორეცხვის წინააღმდეგჩვენებაა:

- უგონო მდგომარეობაში მყოფ ბავშვთან დაუცველი სასუნთქი გზები, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც სასუნთქი გზა ანესთეზიოლოგის მიერ დაცულია მუფტიანი საინტუბაციო მილით.
- კოროზიული ნივთიერებებით ან ნავთობ პროდუქტებით მოწამვლა

- შეაფასეთ ბავშვთან საშიშროების ნიშნების (იხ. გვ.14) და ჰიპოგლიკემიის არსებობა. თუ ვერ ფასდება სისხლში შაქრის შემცველობა და ბავშვს აქვს ცნობიერების დარღვევა, უმკურნალეთ, როგორც ჰიპოგლიკემიას.
- მოახდინეთ სპეციფიკური მომწამვლავი ნივთიერების

იდენტიფიკაცია და მოაცილეთ, რაც შეიძლება სწრაფად. მკურნალობა მით უფრო ეფექტურია, რაც უფრო სწრაფად იწყება იდეალურ შემთხვევაში მოწამვლიდან პირველი ერთი საათის განმავლობაში.

- თუ ბავშვმა მიიღო ნავთი ან ნავთობპროდუქტები (მიიღეთ მხედველობაში, რომ საწვავის გამხსნელები შეიცავს პესტიციდების უმრავლესობას) ან თუ ბავშვის პირის ღრუ და ხახა დამწვარია (მაგ: მათეთრებელით, ტუალეტის საწმენდი ხსნარით ან გამათბობელის მჟავით) არ დააწყებინოთ ბავშვს ღებინება. თუმცა, თუ არის ამის შესაძლებლობა, მიეცით წყალი ან რძე ორალურად. გამოიძახეთ ანესთეზიოლოგი სასუნთქი გზების შესაფასებლად და დაცვის უზრუნველსაყოფად.
- თუ ბავშვმა მიიღო სხვა სახის საწამლავი ნივთიერება, არ გამოიყენოთ მარილი, როგორც ღებინების გამომწვევი საშუალება, ვინაიდან მან შეიძლება გამოიწვიოს ფატალური შედეგი

➢ მიეცით აქტივირებული ნახშირი, თუ ეს შესაძლებელია და არ გამოიწვიოთ ღებინება. აქტივირებული ნახშირი მიეცით ორალურად ან ნაზოგასტრული ზონდით, მკაცრი დოზირებით, რაც ნაჩვენებია მე-5 ცხრილში. თუ იყენებთ ნაზოგასტრულ ზონდს, იყავით ფრთხილად და დარწმუნდით, რომ მილი ნამდვილად კუჭშია მოთავსებული და არა სასუნთქ გზებში.

ცხრილი 5. მოწამვლა: აქტივირებული ნახშირის რაოდენობა დოზაში

ჩვილები ≤1 წელზე	1 გ/კგ
ბავშვები 1-12 წლის ასაკის	25-50 გ
მოზარდებიდ ა მოზრდილები	25-100 გ

- შეურიეთ ნახშირი 8-10 მოცულობა წყალში, მაგალითად 5 გრამი - 40 მლ წყალში
- თუ შესაძლებელია, მიეცით მთელი მოცულობა ერთბაშად, თუ ბავშვს უძნელდება მისი მიღება დოზა შეიძლება გაყოთ

➢ თუ ნახშირი არ გაქვთ, მაშინ გამოიწვიეთ ღებინება, მაგრამ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი არის გონზე და მიეცით ემეტიკი - ღებინების მასტიმულირებელი პრეპარატი ისეთი, როგორიცაა იპეკანკუანე (ipecacuanha) მისი არსებობის შემთხვევაში (10 მლ ბავშვებში 6 თვიდან 2 წლამდე და 15 მლ 2 წლის შემდეგ ასაკში). გაითვალისწინეთ, რომ იპეკაკუანემ შეიძლება გამოიწვიოს განმეორებითი ღებინება, ძილიანობა და ლეთარგია, რომელმაც შეიძლება შექმნას დიაგნოსტიკის პრობლემა. არასოდეს გამოიწვიოთ ღებინება, თუ ბავშვს მიღებული აქვს კოროზიული ან საწვავის შემცველი ნივთიერება.

კუჭის ლავაჟი (ამორეცხვა)

ჩაატარეთ კუჭის ლავაჟი მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუკი პერსონალი გამოცდილია მოცემულ პროცედურის ჩატარებაში, თუ პაციენტს მომწამვლავი ნივთიერება მიღებული აქვს 1 სთ-მდე პერიოდში და თუ ბავშვს არ აქვს მიღებული კოროზიული ნივთიერება ან ნავთობ პროდუქტები. დარწმუნდით, რომ ხელთ გაქვთ ამოსაქაჩი მოწყობილობა იმ შემთხვევისათვის, თუ ბავშვს დაეწყება ღებინება. მოათავსეთ ბავშვი მარცხენა ლატერალურ თავით ქვემოთ პოზიციაში, გაზომეთ რა მანძილზე უნდა ჩაიდგას ზონდი. ჩადგით კუჭში პირის ღრუდან 24-28 ფრენჩის ზომის ზონდი, ვინაიდან უფრო მცირე დიამეტრის ზონდი ვერ გაატარებს მცირე ნაწილაკებს, მათ შორის ტაბლეტის ნაწილებს. დარწმუნდით, რომ ზონდი არის კუჭში. მოახდინეთ ამორეცხვა 10 მლ/კგ-ზე ფიზიოლოგიური ხსნარით. ამორეცხვისას ამოღებული სითხის რაოდენობა უნდა იყოს მიღებული სითხის რაოდენობის იდენტური. ამორეცხვა გრძელდება, ვიდრე ამონარეცხი სითხე გასუფთავდება და გათავისუფლდება მიღებული ნივთიერებისაგან.

გაითვალისწინეთ, რომ შესაძლებელია საჭირო გახდეს ანესთეზიოლოგის მიერ ტრაქეის ინტუბაცია ასპირაციის რისკის შესამცირებლად.

- გამოიყენეთ სპეციფიკური ანტიდოტი, თუკი ეს შესაძლებელია
- ჩაატარეთ მოვლის ზოგადი პროცედურები
- ბავშვი უნდა იყოს მეთვალყურეობის ქვეშ 4-24 საათის განმავლობაში, იმისდა მიხედვით, თუ რა მომწამვლავი ნივთიერება აქვს მიღებული
- უგონო მდგომარეობაში მყოფი ბავშვი უნდა იყოს ,,დაცულ" პოზიციაში, როგორც ნაჩვენებია სქემა 6-ზე, (გვ. 30)
- საჭიროების შემთხვევაში ბავშვი გადაიყვანეთ უფრო მაღალი კვალიფიკაციის დაწესებულებაში. (თუ ბავშვი არის უგონო მდგომარეობაში, ან ცნობიერება დარღვეულია, აქვს პირის ღრუსა და ხახის დამწვრობა, აქვს მძიმე რესპირაციული დისტრესი, არის ციანოზური ან ვლინდება გულის უკმარისობის ნიშნები) და შესაძლებელია ტრანსპორტირების უსაფრთხოდ განხორციელება.

1.6.2 მოვლის პრინციპები მომწამვლავი ნივთიერების კანსა და თვალში მოხვედრის შემთხვევაში.

კანის კონტამინაცია

- მოაცილეთ მთლიანად ტანსაცმელი, პერსონალური ნივთები და საფუძვლიანად გაწმინდეთ (ჩამობანეთ ყველა დაზიანებული ნაწილი წყლის დიდი რაოდენობით). გამოიყენეთ საპონი და წყალი ზეთოვანი სუბსტანციებისთვის. მომვლელმა პერსონალმა უნდა დაიცვას საკუთარი თავი მეორადი კონტამინაციისგან, ამ მიზნით უნდა გამოიყენოს წინსაფარი და ხელთათმანები. პაციენტის ტანსაცმელი და პირადი ნივთები უნდა შეინახონ უსაფრთხოდ პლასტიკურ ჩანთაში, რომელიც იკეტება, რათა შემდგომში მოხდეს მათი გასუფთავება ან განადგურება.

თვალის კონტამინაცია

- ჩამობანეთ, გამორეცხეთ თვალი 10-15 წუთის განმავლობაში სუფთა გამდინარე წყლით ან ფიზიოლოგიური ხსნარით. მიაქციეთ ყურადღება, რომ თვალიდან ამონარეცხი არ მოხვდეს მეორე თვალში. ეს შესაძლებელია, თუ ბავშვი წევს გვერდზე, სითხე შედის თვალის შიგნითა კუთხიდან და და გადმოდის თვალის გარეთა კუთხიდან.თვალის ტკივილდამაყუჩებელი წვეთების გამოყენება თან უნდა ახლდეს გამორეცხვას. გადმოატრიალეთ ქუთუთოები, რათა დარწმუნდეთ რომ მთლიანი ზედაპირი კარგად ამოირეცხა. შეძლებისდაგვარად უნდა ჩატარდეს თვალის სრული ყოფილი გასინჯვა სპეციალური საღებავი ხსნარის (ფლუორესცინის ნატრიუმის ხსნარი) გამოყენებით, რათა გამოვლინდეს რქოვანას დაზიანების ნიშნები. გამოხატული კონიუქტივის ან რქოვანას დაზიანების შემთხვევაში დაუყოვნებლივ საჭიროა ოფთალმოლოგის კონსულტაცია.

1.6.3 მოვლის პრინციპები მომწამლავი ნივთიერების სასუნთქ გზებში მოხვედრის შემთხვევაში

- მოაცილეთ ბავშვი მომწამვლავი ნივთიერების ექსპოზიციის წყაროს.
- გამოუძახეთ დახმარებას.
- მიაწოდეთ ჟანგბადი, თუ ბავშვს უვლინდება რესპირაციული დისტრესის ნიშნები, არის ციანოზური ან ჟანგბადის სატურაცია ≤ 90%.
- გამაღიზიანებელი აირების ინჰალაციამ შეიძლება გამოიწვიოს შეშუპება და ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქცია, ბრონქოსპაზმი და შემდგომში პნევმონიტი. შესაძლებელია საჭირო გახდეს ინტუბაცია, ბრონქოდილატატორების გამოყენება და მართვითი სუნთქვა.

1.6.4 მომწამვლავი ნივთიერებების კონკრეტული სახეები

კოროზიული სუბსტრატები

- ***მაგალითად: კაუსტიკური სოდა და კალიუმის სოდა, მჟავები, მათეთრებლები, დეზინფექტორები***
- **არ გამოიწვიოთ ღებინება.** გამოიყენეთ აქტივირებული ნახშირი, როდესაც პაციენტს მიღებული აქვს კოროზიული აგენტები, ვინაიდან ღებინებისას ხდება საყლაპავის, პირის ღრუს, ხახის, სასუნთქვი გზების, ფილტვების და კუჭის შემდგომი დაზიანება
- მიეცით რძე ან წყალი, რაც შეიძლება სწრაფად, რათა მოხდეს კოროზიული აგენტის გაზავება
- ამის შემდეგ არაფერი არ მისცეთ ორალურად და გადაწყვიტეთ ქირურგიული რევიზიის ჩატარება, რომ შეამოწმოთ რამდენად მძიმეა საყლაპავის და კუჭის დაზიანება

ნავთობ პროდუქტები

მაგალითად: ნავთი, ბენზინი, სკიპიდარი

არ გამოიწვიოთ ღებინება. გამოიყენეთ აქტივირებული ნახშირი, ვინაიდან ინჰალაციამ შეიძლება გამოიწვიოს რესპირაციული დისტრესი ჰიპოქსემიით ფილტვის შეშუპებისა და ლიპოიდური პნევმონიის გამო. მოცემული ნივთიერებების მიღებამ შესაძლებელია გამოიწვიოს ენცეფალოპათია

- სპეციფიკური მკურნალობა გულისხმობს ოქსიგენოთერაპიას, თუ ვლინდება რესპირაციული დისტრესის ნიშნები. (იხ. გვ. 93)

ორგანული ფოსფორისა და (კარბამიდები) სუბსტრატები

მაგალითად: ორგანული ფოსფორის ნაერთები (მალათიონი, პარათიონი, ტეტრა ეთილ-პიროფოსპატი მევინფოსი (ფოსდრინი), კარბამიდები (მეთიოკარბი, კარბამიდები), მოცემული ნივთიერებები შესაძლებელია შეიწოვოს კანიდან, იყოს მიღებული პერორალური ან საინჰალაციო გზით.

ბავშვს ხშირ შემთხვევაში უვლინდება ღებინება, დიარეა, სისუტე, მხედველობის დაბინდვა. ამავე დროს გამოხატულია პარასიმპათიკუსის აქტივაციის ნიშნები: გაზრდილი ბრონქული სეკრეცია, სალივაცია, ოფლიანობა, ცრემლდენა, პულსის შენელება, გუგების შევიწროება, კრუნჩხვები, კუნთების სისუსტე ან თრთოლვა, შემდეგ ვლინდება დამბლა, შარდის ბუშტის კონტროლის დარღვევა, ფილტვების შეშუპება და სუნთქვის დათრგუნვა

მკურნალობა:

- მოაცილეთ მომწამლავი ნივთიერება თვალის გამორეცხვით, თუ ნივთიერება მოხვედრილია თვალში ან კანის ჩამორეცხვით თუ იგი მოხვედრილია კანზე.
- მიეცით პაციენტს აქტივირებული ნახშირი, თუ მომწამლავი ნივთიერება მიღებული აქვს ორალურად 4 სთ-ის განმავლობაში.
- არ გამოიწვიოთ ღებინება, ვინაიდან პესტიციდების უმეტესობას შეიცავენ საწვავის გამხსნელები.
- თუ მომწამვლავი ნივთიერება მიღებულია დიდი რაოდენობით და არ ხერხდება აქტივირებული ნახშირი, შეუდექით კუჭის შიგთავსის ასპირაციას ნაზოგატრული ზონდის საშუალებით (სასუნთქი გზები უნდა იყოს დაცული)
- თუ ბავშვს უვლინდება პარასიმპათიკუსის აქტივობის ნიშნები (იხილეთ ზემოთ), რომლის ერთ-ერთ ყველაზე ძირითად რისკ-ფაქტორს წარმოადგენს ბრონქული სეკრეცია, გამოიყენეთ ატროპინი (atropine) 20 მკგ/კგ (მაქსიმალური დოზა, 2000 მკგ ან 2 მგ) ინტრამუსკულარულად ან ინტრავენურად ყოველ 5–10 წთ-ში, იმისდა მიხედვით, რამდენად მძიმეა მდგომარეობა. ვიდრე არ ალაგდება სასუნთქ გზებში სეკრეცია, კანი არ იქნება მშრალი და ჰიპერემიული, თვალის გუგები გაფართოებული და განვითარდება ტაქიკარდია. დოზა შეიძლება განმეორდეს 1-4 საათში 24 საათის განმავლობაში, რათა შენარჩუნდეს ატროპინის ეფექტი. ატროპინიზაციის ძირითადი მიზანია ბრონქული სეკრეციის შემცირება ისე, რომ არ განვითარდეს ატროპინის ტოქსიურობა. საჭიროა ფილტვების აუსკულტაცია რესპირაციული

სეკრეციის შეფასებისათვის, სუნთქვის და გულისცემის სიხშირის მონიტორინგი და კომის შკალის შეფასება (საჭიროების მიხედვით)

- შეაფასეთ ჰიპოქსემია პულს-ოქსიმეტრის გამოყენებით (თუ შესაძლოა), ატროპინის გამოყენებისას, ვინაიდან მან შესაძლებელია გამოიწვიოს გულის რითმის დარღვევა (პარკუჭოვანი არითმია) ჰიპოქსიის მქონე პაციენტებში, მიაწოდეთ ჟანგბადი, თუ ჟანგბადის სატურაცია ≤ 90%
- თუ ვლინდება კუნთთა სისუსტე, გამოიყენეთ პრალიდოქსიმი (pralidoxime) (ქოლინესტერაზას რეაქტივატორი) თუ შესაძლებელია დოზით 25–50 მგ/კგ გახსნილი 15 მლ საინექციო წყალში ინტრავენური ინფუზიით 30 წთ-ის განმავლობაში, შეიძლება განმეორდეს ერთხელ ან ორჯერ. საჭიროების შემთხვევაში უნდა ხორციელდებოდეს ინტრავენური ინფუზია 10–20 მგ/კგ-ზე საათში

პარაცეტამოლი (Paracetamol)

პარაცეტამოლით მოწამვლის შემთხვევაში

- თუ პრეპარატის მიღებიდან არ არის გასული 4 სთ-ზე მეტი, მიეცით აქტივირებული ნახშირი, ან გამოიწვიეთ ღებინება, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც საჭიროა ორალური ან ინტრავენური ანტიდოტის გამოყენება (იხილეთ ქვემოთ)
- გადაწყვიტეთ, საჭიროა თუ არა ანტიდოტის გამოყენება ღვიძლის დაზიანების თავიდან ასაცილებლად: თუ მიღებულია 150 მგ/კგ-ზე ან მეტი დოზით პარცეტამოლი ან ვლინდება პარაცეტამოლის ტოქსიკური დონე. ანტიდოტის გამოყენება უფრო ხშირად საჭიროა მოზრდილ ბავშვებთან, რომლებმაც განზრახ მიიღეს პარაცეტამოლი ან მშობლებმა შეცდომით მოახდინეს პრეპარატის ჭარბი დოზა.
- თუ პრეპარატის მიღებიდან არ არის გასული 8 საათზე მეტი მიეცით **(methionine) ან ინტრავენური აცეტილცისტეინი (acetyl-cysteine).** მეთიონინის გამოყენება, თუ ბავშვი არის გონზე და არ ვლინდება ღებინება (< 6 წ-ზე: 1 გრამი ყოველ 4 საათში ერთხელ 4 დოზით; ≥ 6 წელზე : 2.5 გრამი ყოველ 4 საათში ერთხელ 4 დოზით).
- თუ გასულია 8 საათზე მეტი, ან ბავშვს არ შეუძლია ორალური მედიკამენტის მიღება, ინტრავენურად კეთდება აცეტილცისტეინი (acetylcysteine). გაითვალისწინეთ, რომ სითხის მოცულობა, რომელიც გამოიყენება სტანდარტული რეჟიმით, საკმაოდ ბევრია მცირე ასაკის ბავშვებისათვის.

- ბავშვებში <20 კგ-ზე გამოიყენეთ გამაჯერებელი დოზით 150 მგ/კგ-ზე, რომელიც გახსნილია 3 მლ/კგ-ზე 5% გლუკოზაში 15 წუთის განმავლობაში, რასაც 50 მგ/კგ-ზე მედიკამენტი გახსნილი 7 მლ/კგ-ზე 5% გლუკოზაში 4 საათის განმავლობაში, შემდეგ 100 მგ/ვენაში - 14 მლ/კგ-ზე 5% გლუკოზაში 16 საათის განმავლობაში. გლუკოზის მოცულობა შეიძლება გაიზარდოს მოზრდილ ბავშვებში. გააგრძელეთ აცეტილცისტეინის ინფუზია 20 საათის შემდეგაც, თუ პაციენტი მოყვანილია დაგვიანებით ან თუ ვლინდება ღვიძლის დაზიანების ნიშნები. შეძლებისდაგვარად ჩატარდეს ღვიძლის ენზიმების განსაზღვრა. მათი მაჩვენებლების მომატების

შემთხვევაში ინფუზია გრძელდება, სანამ არ შემცირდება ღვიძლის ენზიმების დონე.

ასპირინი და სხვა სალიცილატები

მოცემული ნივთიერებების მიღება ძლიერ სახიფათოა მცირე ასაკის ბავშვებში, ვინადიან მათ ადვილად უვითარდებათ აციდოზი და და უფრო ხშირად უვლინდებათ ცნს-ის დაზიანება ტოქსინების საპასუხოდ. სალიცილატების პერედოზირების მართვა კომპლექსური პროცესია.

- მოცემული ნივთიერებები იწვევენ აციდოზური ტიპის სუნთქვას, ღებინებას და შუილს ყურში.
- მიეცით პაციენტს აქტივირებული ნახშირი. (ყურის შუილს) (თუ შესაძლებელია). მიიღეთ მხედველობაში, რომ სალიცილატები ქმნიან კონგლომერატებს კუჭში, რაც იწვევს მედიკამენტის შეწოვის გახანგრძლივებას, ამიტომ მნიშვნელოვანია აქტივირებული ნახშირის დოზირებისა და სიხშირის განსაზღვრა. თუ არ არის აქტივირებული ნახშირი და მედიკამენტი მიღებულია დიდი დოზით, მიმართეთ კუჭის ამორეცხვას, ან გამოიწვიეთ ღებინება, როგორც ზემოთ არის მითითებული.
- შეიყვანეთ ინტრავენურად ნატრიუმის ბიკარბონატი (სოდა) (sodium bicarbonate) დოზით 1 მმოლ/კგ-ზე 4 საათის განმავლობაში, რათა მოახდინოთ აციდოზის კორექცია და გაზარდოთ შარდის pH 7.5 -ზე მეტად, რაც ზრდის სალიცილატების ექსკრეციას. მიეცით ორალურად დამატებით კალიუმი (2–5 მმოლ/კგ-ზე დღეში გაყოფილი 3 ან 4 მიღებაზე) აწარმოეთ შარდის pH-ის კონტროლი (შემოწმება) ყოველ საათში.
- მიაწოდეთ ინტრავენურად სითხეები, რათა შეინარჩუნოთ სითხეზე ორგანიზმის მოთხოვნილება, გარდა იმ შემთხვევებისა როდესაც ვლინდება დეჰიდრატაციის ნიშნები. ასეთ დროს მიაწოდეთ სითხეები იმ რაოდენობით, რომელიც საჭიროა ადეკვატური რეჰიდრატაციისთვის (იხ. თავი 5, გვ. 164).
- აწარმოეთ სისხლში შაქრის დონის კონტროლი (ან შემოწმება) 6 საათში ერთხელ და კორექცია საჭიროების შემთხვევაში.
- მიაწოდეთ ვიტამინი K დოზით 10 მგ კუნთებში ან ინტრავენურად.

რკინის პრეპარატები

შეაფასეთ რკინის პრეპარატით მოწამვლის კლინიკური ნიშნები: გულისრევა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, დიარეა. ამოღებინებული მასა და განავალი ხშირ შემთხვევაში შავი ან ნაცრისფერია. მძიმე მოწამვლის შემთხვევაში ვლინდება გასტროინტენსტინური ჰემორაგია, ჰიპოტენზია, ძილიანობა, გულყრა და მეტაბოლური აციდოზი. გასტროინტენსტინური სიმპტომები, ჩვეულებრივ, ვლიდნება პირველ 6 საათში. ბავშვი, რომელიც ასიმპტომურია მოცემული დროის განმავლობაში, სავარაუდოდ არ საჭიროებს ანტიდოტს.

- აქტივირებული ნახშირი ჩვეულებრივ არ იერთებს რკინის

მარილებს. თუ საეჭვოა, რომ პაციენტს მიღებული აქვს პრეპარატის ტოქსიკური დოზა, ამოურეცხეთ კუჭი, ეს საშუალებას იძლევა, რომ ანტიდოტი დეფეროქსამინი ჩავტოვოთ კუჭში, რათა მოახდინოს რკინის მარილების შებოჭვა.

- მიიღეთ გადაწყვეტილება ანტიდოტის გამოყენების შესახებ, ვინაიდან ამან შესაძლებელია განავითაროს გვერდითი ეფექტები. ანტიდოტის გამოყენება ნაჩვენებია მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სარწმუნოა და გამოხატულია მოწამვლის კლინიკური ნიშნები (იხ. ზემოთ).
- გამოიყენეთ დეფეროქსამინი (deferoxamine) ინტერავური ნელი ინფუზიის სახით: დასაწყისში 15 მგ/კგ-ზე საათში, 4-6 საათის შემდეგ შეამცირეთ ისე, რომ სრული დოზა არ იყოს 80 მგ/კგ-ზე მეტი 24 საათის განმავლობაში. მაქსიმალური დოზა - 6 გ/ დღეში
თუ დეფეროქსამინი (deferoxamine) გამოიყენება ინტრამუსკულარულად: 50 მგ/კგ-ზე ყოველ 6 საათში. მაქსიმალური დოზა - 6 გ/ დღეში
- 24 საათზე მეტი თერაპია ჩვეულებრივ არ არის საჭირო რკინით ინტოქსიკაციის მწვავე შემთხვევებში. ინფუზიის შეწყვეტა ხდება კლინიკურად სტაბილურ პაციენტთან, რომლის სისხლის შრატის რკინის შემცველობა < 60 მმოლ/ლიტრზე.

მორფინი და სხვა ოპიატები

შეაფასეთ ცნობიერების დარღვევა, ღებინების და გულისრევის არსებობა, სუნთქვის დათრგუნვა (სუნთქვის შენელება ან არარსებობა), რეაქციის შენელება და გუგების მკვეთრი შევიწროება. გაათავისუფლეთ სასუნთქი გზები, საჭიროების შემთხვევაში დაიწყეთ დამხმარე ვენტილაცია სასუნთქი ტომრით და მიაწოდეთ ჟანგბადი.

- გამოიყენეთ სპეციფიკური ანტიდოტი ნალოქსონი ინტრავენურად 10 მკგ/კგ-ზე; თუ არ არის პასუხი გაიმეორეთ დოზა 10 მკგ/კგ-ზე. შემდგომი დოზები შესაძლებელია საჭირო გახდეს, თუ გრძელდება სუნთქვის დათრგუნვა. თუ შეუძლებელია ინტრავენური მიდგომა, გამოიყენეთ პრეპარატი ინტრამუსკულარულად, ასეთ შემთხვევაში ეფექტი მიიღწევა მოგვიანებით.

ნახშირჟანგი

- მიაწოდეთ 100% ჟანგბადი ნახშირჟანგის მოცილების გასაძლიერებლად (გაითვალისწინეთ, რომ პაციენტს შეიძლება ჰქონდეს ვარდისფერი ფერი, მაგრამ მიუხედავად ამისა აღენიშნებოდეს ჰიპოქსია), ვიდრე არ გაქრება ჰიპოქსიის ნიშნები.
- მოახდინეთ სატურაციის შემოწმება პულს-ოქსიმეტრით, ამავე დროს გაითვალისწინეთ, რომ მან შეიძლება მოგცეთ შედარებით მაღალი მაჩვენებლები. თუ თქვენ ეჭვობთ დაეყრდენით ჰიპოქსემიის კლინიკური ნიშნების არსებობას.

1.6.5 მოწამვლის პრევენცია

- ასწავლეთ მშობლებს, რომ წამლები და მომწამლავი ნივთიერებები შეინახონ ბავშვისთვის მიუწდომელ ადგილას.

- ასწავლეთ მშობლებს პირველადი დახმარება მოწამვლის შემთხვევაში.

– არ გამოიწვიონ ღებინება, თუ ბავშვმა მიიღო ნავთობ პროდუქტები ნავთი, ბენზინი (ან მისი პროდუქტები), თუ ბავშვის პირის ღრუ და ყელი დამწვარია ან თუ ბავშვს უვლინდება ძილიანობა. თუ ბავშვს მიღებული აქვს მათეთრებელი ან რომელიმე კოროზიული აგენტი, სასწრაფოდ დაალევინონ რძე ან წყალი.

– დაუყოვნებლივ მიიყვანონ ბავშვი სამედიცინო დაწესებულებაში. მნიშვნელოვანია, რომ თან წაიღონ ის ნივთიერება, რომელიც მიიღო ბავშვმა: კონტეინერი, ეტიკეტი, ტაბლეტების ნიმუში და სხვ.

1.7 დახრჩობა

საწყისი შეფასება უნდა მოიცავდეს სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფას, სუნთქვის, ცირკულაციის და ცნობიერების შეფასებას (‘ABCs’). გამოიკვლიეთ, ხომ არ ვლინდება რაიმე სახის ტრავმა, განსაკუთრებით წყალში შემთხვევით გადავარდნისას. სახის, ქალას და ხერხემლის ტრავმის სიხშირე ჩვეულებრივ მაღალია.

მართვა

- მიაწოდეთ ჟანგბადი, რათა უზრუნველყოთ ადეკვატური ოქსიგენაცია
- გახადეთ სველი ტანსაცმელი.
- ნაზოგასტრული ზონდის საშუალებით ამოქაჩეთ კუჭიდან ნაყლაპი წყალი, უცხო ნაწილაკები და შიგთავსი. საჭიროების შემთხვევაში ჩაატარეთ ბრონქოსკოპია სასუნთქ გზებში ასპირირებული უცხო სხეულის მოსაცილებლად, როგორიცაა ნაღებინები მასის საცობი ან ნამსხვრევები.
- გაათბეთ ბავშვი (გარეგანი გათბობა, თუ მისი სხეულის ტემპერატურა >32 °C) სხივური გამათბობელის, ან გამთბარი თბილი საბნების მეშვეობით. თუ ტეპერატურა < 32 °C, გასათბობად უნდა გამოიყენეოთ გამთბარი ინტრავენური სითხეები (39 °C) ან ჩაატაროთ კუჭის ამორეცხვა თბილი 0.9% ფიზიოლოგიური ხსნარით.
- შეამოწმეთ ჰიპოგლიკემიის არსებობა და ელექტროლიტური დისბალანსი, განსაკუთრებით ჰიპონატრემია, რაც ზრდის ტვინის შეშუპების რისკს.
- გამოიყენეთ ანტიბიოტიკები შესაძლო ინფექციის თავიდან ასაცილებლად, თუ ვლინდება ცვლილებები ფილტვებში.

1.8 ელექტროშოკი - დენის დარტყმა

დაიწყეთ გადაუდებელი დახმარება სასუნთქი გზების გამავლობის აღდგენით, სუნთქვის და ცირკულაციის ხელშეწყობით. მიაწოდეთ ჟანგბადი განსაკუთრებით მძიმე ჰიპოქსიის მქონე ბავშვებს, სახის ან პირის ღრუს დამწვრობით, ცნობიერების დაკარგვით ან რესპირაციული დისტრესით.

- შეაფასეთ ტრავმული დაზიანებები, როგორიცაა პნევმოთორაქსი, პერიტონიტი, ან მენჯის მოტეხილობები.
- დაიწყეთ რეანიმაცია ფიზიოლოგიური ხსნარით ან რინგერ ლაქტატით, შეაფასეთ და შეინარჩუნეთ შარდის გამოყოფა მინიმუმ 2 მლ/კგ-ზე საათში პაციენტებში გამოხატული დამწვრობით ან მიოგლობინურია.
- ჩაატარეთ ტეტანუსის ვაქცინაცია საჭიროებისამებრ, დაიცავით ჭრილობის სისუფთავე. მკურნალობა მოიცავს ფასციოტომიას საჭიროების შემთხვევაში.

1.9 შხამიანი ცხოველების ნაკბენებით განპირობებული მოწამვლა

შემთხვევები, რომლებიც უკავშირდება შხამიან და მომწამლავ ცხოველებს ზოგიერთ ქვეყანაში საკმაოდ ხშირია. მათი მოვლა ხშირად კომპლექსურ მიდგომას საჭიროებს და განსხვავდება ცხოველის დაზიანების და თავად შხამისა და მომწამლავი ნივთიერების ხასიათიდან გამომდინარე. ამიტომ მეტად მნიშვნელოვანია გვქონდეს ინფორმაცია ზოგიერთი შხამიანი ცხოველის, ქვეწარმავლის შესახებ, რათა მოვახდინოთ პრობლემის ადრეული იდენტიფიკაცია და სპეციფიკური და სიმპტომური მკურნალობის ჩატარება.

1.9.1 გველის ნაკბენი

გველის ნაკბენის გამორიცხვა საჭიროა ყველა შემთხვევაში, როდესაც ვლინდება კიდურის მკვეთრი შესიება და ტკივილი, ან სახეზეა ნებისმიერი აუხსნელი ავადმყოფობა სისხლდენით ან ნერვული სისტემის დაზიანების სიმპტომებით. ზოგიერთი კობრა შხამს უშვებს მსხვერპლის თვალში, რაც იწვევს ანთებასა და ძლიერ ტკივილს.

დიაგნოზი

- ზოგად ნიშნებს მიეკუთვნება: შოკი, ღებინება და თავის ტკივილი.გამოიკვლიეთ ნაკბენი მიდამო ლოკალური ნეკროზის, სისხლდენის ან ლიმფური კვანძის ადგილობრივი გამკვრივების გამოსავლენად.
- სპეციფიკური ნიშნები დამოკიდებულია შხამზე და მის ეფექტზე. აღნიშნული მოიცავს:
  - შოკს
  - ლოკალურ შესიებას , რომელიც თანდათანობით ვრცელდება ნაკბენის ზედა მიდამოში
  - სისხლდენას: გარეგანს - ღრძილებიდან, ნაჭდევებიდან ან ნაკაწრებიდან და შინაგანს, განსაკუთრებით ინტრაკრანიალურს
  - ნეიროტოქსიურ ნიშნებს : სუნთქვის დათრგუნვა ან სასუნთქი მუსკულატურის დამბლა, ფტოზი, ბულბარული დამბლა (ყლაპვის და საუბრის გაძნელება, კუნთების სისუსტე)
  - კუნთოვანი ქსოვილის დესტრუქციის ნიშნები: კუნთთა ტკივილი და შავი ფერის შარდი

▪ განსაზღვრეთ Hb (თუ შესაძლებელია, უნდა შეფასდეს სისხლის შედედება).

მკურნალობა

პირველი დახმარება

➢ დააფიქსირეთ კიდური, რომ შეამციროთ მოძრაობა და შხამის აბსორბცია. თუ ნაკბენი სავარაუდოდ არის გველის, რომელსაც არ აქვს ნეიროტოქსიკური შხამი, მჭიდროდ გადაახვიეთ კიდური, რომელზეც ვლინდება ნაკბენი დაწყებული თითებიდან ნაკბენის სიახლოვემდე.

➢ გაასუფთავეთ ჭრილობა;

➢ თუ ვლინდება ზემო ჩამოთვლილი ნიშნები, დაუყოვნებლივ გადაიყვანეთ ბავშვი სტაციონარში სადაც არის გველის შხამის ანტიდოტი (მაგ ანტიგიურზინი). თუ გველი მოკლულია, ისიც მიიტანეთ სტაციონარში .

➢ მოერიდეთ ჭრილობის გახსნას ან ლახტის გამოყენებას

მოვლა ჰოსპიტალში

სუნთქვის გაჩერების და შოკის მკურნალობა

➢ უმკურნალეთ შოკს თუ ვლინდება მისი ნიშნები (იხ. გვ 48-49, 50).

➢ სასუნთქი მუსკულატურის დამბლა შეიძლება გაგრძელდეს დღეების განმავლობაში, რაც საჭიროებს ინტუბაციას და მართვით სუნთქვას ან სუნთქვის აღდგენამდე დადებითი წნევით ვენტილაციას სასუნთქი ტომრისა და საინტუბაციო მილის ან ნიღბის დახმარებით. ყურადღება უნდა მიექცეს საინტუბაციო მილის უსაფრთხო მოვლას. ალტერნატივას წარმოადგენს არჩევითი ტრაქეოსტომიის ჩატარება .

გველის შხამის ანტიდოტი

▪ თუ ვლინდება სისტემური ან მძიმე ლოკალური სიმპტომები (კიდურის ნახევარზე მეტის შეშუპება ან მძიმე ნეკროზი) საჭიროა გველის შხამის საწინააღმდეგო ანტიდოტის დაუყოვნებლივ გამოყენება, თუ იგი ხელმისაწვდომია.

➢ მოამზადეთ ინტრამუსკულური გამოყენებისთვის ადრენალინი (adrenaline) დოზით 0,15 მლ 1:1000 გაზავებული ხსნარი კუნთებში და ინტრამუსკულური და ინტრავენური ქლორფენამინი (chlorphenamine) და იყავით მზად ალერგიული რეაქციის სამკურნალოდ (იხ. ქვემოთ).

➢ მიეცით მონოვალენტური შხამის ანტიდოტი, თუ ცნობილია გველის სახეობა. თუ გველის სახეობა უცნობია, გამოიყენეთ პოლივალენტური ანტიდოტი. მიყევით ანტიდოტის ინსტრუქციაზე მითითებულ მოქმედებებს მედიკამენტის მოსამზადებლად. დოზა ბავშვებში ანალოგიურია მოზრდილის დოზის.

– გააზავეთ ანტიდოტი 2 ან 3 მოცულობა 0.9% ფიზიოლოგიურ ხსნარში და შეიყვანეთ ინტრავენურად 1 საათის განმავლობაში. დაიწყეთ გაცილებით ნელი ნაკადით და აწარმოეთ მეთვალყურეობა, რათა მაშინვე დაადგინოთ ანაფილაქსიური შოკის ან სხვა სერიოზული გვერდითი რეაქციების გამოვლენა.

➢ თუ ვლინდება ქავილი, ან ურტიკარული გამონაყარი,

მოუსვენრობა, ცხელება, ხველა ან სუნთქვის გაძნელება შეწყვიტეთ ანტოდოტის შეყვანა და შეიყვანეთ ადრენალინი დოზით 0,15 მლ 1:1000 გაზავებული ხსნარი კუნთებში(იხ. ანაფილაქსიის მკურნალობა გვ. 109) სხვა შესაძლო მკურნალობა მოიცავს ბრონქოდილატატორებს, ანტიჰისტამინებს (ქლორფენამინი (chlorphenamine) 0.25 მგ/კგ) და სტეროიდებს. როდესაც ბავშვის მდგომარეობა იქნება სტაბილური გააგრძელეთ ანტიდოტის ინფუზია ძალიან ნელა.

- ანტიდოტის განმეორება შესაძლებელია 6 საათის შემდეგ, თუ ვლინდება სისხლის შედედების პრობლემები ან 1-2 საათის შემდეგ, თუ პაციენტს უგრძელდება მკვეთრი სისხლდენა ან აქვს ცნობიერების დარღვევა, ნეიროტოქსიკური და გულსისხლძარღვთა სისტემის დაზიანების ნიშნები.

სისხლის გადასხმა არ არის საჭირო იმ შემთხვევაში, თუ გამოყენებულია ანტიდოტი. სისხლის შედედების ფუნქცია უბრუნდება ნორმას, მხოლოდ მას შემდეგ, რაც ღვიძლში დაიწყება შემადედებელი ფაქტორების წარმოქმნა. ნევროლოგიური ნიშნების მოწესრიგება ანტიდოტის გამოყენების შემდეგ უფრო ვარიაბელურია და დამოკიდებულია გველის შხამის ტიპზე.

- თუ არ არის პასუხი შხამის ანტოდიტის შეყვანის შემდეგ საჭიროა მისი განმეორება
- ანტიქოლინესტერაზას შეუძლია ნევროლოგიური ნიშნების ალაგება ზოგიერთი გველის ნაკბენის შემთხვევაში (იხ. პედიატრიული სახელმძღვანელო შემდგომი დეტალებისთვის).

სხვა მკურნალობა

- ქირურგის კონსულტაცია: ჩაატარეთ ქირურგის კონსულტაცია, თუ ვლინდება კიდურის მკვეთრი შეშუპება, არ არის პულსაცია ან ვლინდება ძლიერი ტკივილი ან გამოხატულია ლოკალური ნეკროზი. ქირურგიული მკურნალობა მოიცავს:

– ჭრილობის გარშემო მკვდარი ქსოვლის მოცილებას
– საჭიროების შემთხვევაში ფასციოტომიას (ფასციალური მემბრანების ამოკვეთა კიდურში წნევის დაქვეითების მიზნით)
– კანის გადანერგვას გამოხატული ნეკროზის დროს
– ტრაქეოსტომიას (ან ენდოტრაქეალური ინტუბაცია), აღინიშნება იმ კუნთების დამბლა, რომელიც მონაწილეობს ყლაპვაში

დამხმარე თერაპია

- მიაწოდეთ სითხეები ორალურად ან ნაზოგასტრალური ზონდით დღიური მოთხოვნილების გათვალისწინებით. აწარმოეთ მიღებული და გამოყოფილი სითხეების მონიტორინგი.
- ჩაატარეთ ადეკვატური მკურნალობა ტკივილის მოსახსნელად.
- აწიეთ კიდური, თუ ის შესიებულია.
- ჩაატარეთ ტეტანუსის პროფილაქტიკა.
- ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის საჭირო, თუ არ ვლინდება ჭრილობის არეში ქსოვილის ნეკროზი.
- მოერიდეთ ინტრამუსკულურ ინექციებს.

➢ აწარმოეთ უწყვეტი მონიტორინგი პაციენტის შემოსვლის პირველ საათებში, შემდეგ საათობრივად პირველი 24 საათის განმავლობაში, ვინაიდან მოწამვლა შესაძლებელია ძალიან სწრაფად განვითარდეს.

1.9.2 მორიელის ნაკბენი

მორიელის ნაკბენი შესაძლებელია იყოს ძალიან მტკივნეული დღეების განმავლობაში. მოწამვლის სისტემური ნიშნები გაცილებით უფრო ხშირია ბავშვებში, ვიდრე მოზრდილებში.

დიაგნოზი

მოწამვლის ნიშნები შეიძლება განვითარდეს წუთებში და განპირობებულია ავტონომიური ნერვული სისტემის აქტივაციით. მოცემული ნიშნები მოიცავს:

- შოკს
- მაღალ ან დაბალ არტერიულ წნევას
- სწრაფ და არიტმულ პულსს
- გულისრევას, ღებინებას, მუცლის ტკივილს
- სუნთქვის გაძნელებას (გულის უკმარისობის გამო) ან სუნთქვის უკმარისობას
- კუნთების თრთოლვას ან სპაზმს.

➢ შეაფასეთ არტერიული სისხლის წნევა ჰიპო ან ჰიპერტენზიის გამოსავლენად და უმკურნალეთ, თუ ვლინდება გულის უკმარისობის ნიშნები.

მკურნალობა

პირველი დახმარება

➢ დაუყოვნებლივ ტრანსპორტირება სტაციონარში.

ჰოსპიტალური დახმარება

➢ თუ არის მძიმე მოწმვლის ნიშნები მიეცით მორიელის შხამის ანტიდოტი, თუ იგი ხელმისაწვდომია (ისევე, როგორც გველის შხამის ანტიდოტის ინფუზია).

სხვა მკურნალობა

➢ უმკურნალეთ გულის უკმარისობას, თუ ვლინდება მისი ნიშნები

➢ გადაწყვიტეთ პრაზოზინის (ალფაადრენობლოკატორი) (prazosin) გამოყენება, თუ გამოხატულია ფილტვის შეშუპება (იხ. პედიატრიის სტანდარტული სახელმძღვანელო).

დამხმარე თერაპია

➢ მიეცით ორალური პარაცეტამოლი, ორალური ან ინტრამუსკულური მორფინი სიმძიმის შესაბამისად თუ ძალიან მძიმეა დაამუშავეთ ანთებითი არე ადგილობრივი საანესთეზიო საშუალებით - 1% ლიგნოკაინით ხსნარით (lignocaine) ადრენალინის გარეშე.

1.9.3 სხვა შხამიანი ცხოველების ნაკბენები

➢ მიყევით იგივე პრინციპებს, როგორც მოცემულია ზემოთ. გამოიყენეთ ანტიდოტი, როდესაც ეს შესაძლებელია, განსაკუთრებით

თუ გამოხატულია, სისტემური და მძიმე ლოკალური ნიშნები, ჩვეულებრივ შხამიანი ნაკბენები, მაგ., ობობის ნაკბენი იწვევს ძლიერ ტკივილს, მაგრამ შედარებით იშვიათად ვლინდება სისტემური ეფექტი. ზოგიერთი მწერის საწინააღმდეგოდ არსებობს ანტიდოტი. მომწამვლავ თევზებს შეუძლიათ გამოიწვიონ ძლიერი ტკივილი, მაგრამ სისტემური ნიშნები შედარებით იშვიათია. ზოგიერთი შხამიანი მედუზის დასუსხვისას საჭიროა დაუყოვნებელი დახმარება, რათა არ განვითარდეს სიცოცხლისთვის საშიში გართულებები. დაასხით ძმარი ბამბაზე და წაუსვით კანზე, რათა გამოიწვიოს კანზე მოხვედრილი ცხიმის დენატურაცია. კარგად მოაცილეთ მედუზის წებოვანი ნაწილები. დაზიანებული კანის დაზელვამ შესაძლებელია გამოიწვიოს შხამის შემდგომი გავრცელება. თუ ხელმისაწვდომია ანტიდოტი, საჭიროა მისი გამოყენება. ანტიდოტის დოზა შხამიანი მედუზის ან ობობის შემთხვევაში დამოკიდებულია შეყვანილი შხამის რაოდენობაზე. შედარებით მაღალი დოზა საჭიროა რამდენიმე ნაკბენზე, მძიმე სიმპტომების არსებობისას ან კლინიკური ნიშნების დაგვიანებული პრეზენტაციის შემთხვევაში.

1.10 ტრავმა და დაზიანებები

მძიმე, მრავალრიცხოვანი დაზიანებები ან ტრავმა წარმოადგენს სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობას, რომელიც მოითხოვს დაუყოვნებლივ მკურნალობას. შეიძლება დაზიანებული იყოს მრავალი ორგანო და კიდური. მოცემული მრავლობითი დაზიანების კუმულაციური ეფექტი იწვევს ცნობიერების დარღვევის სწრაფად განვითარებას და მძიმე ზოგად მდგომარეობას. მოვლა საჭიროებს სიცოცხლისთვის საშიში დაზიანებების სწრაფად გამოვლენას. გადაუდებელი დახმარების განყოფილების ტრიაჟის და შეფასების ბაზისური პრინციპები განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია და კრიტიკულია პაციენტის სტაციონარში შემოსვლისას, როდესაც სახეზეა სიცოცხლისთვის საშიში ერთზე მეტი დაზიანება, საჭიროა მოცემულ დაზიანებათა აღმოსაფხვრელად ერთობლივი გუნდური მუშაობა, რაც ეფექტურობის ერთ-ერთ პირობას წარმოადგენს.

1.10.1 პირველადი ანუ საწყისი შეფასება

სწრაფი პირველადი შეფასების დროს უნდა გამოვლინდეს სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობები, როგორიცაა:

- სასუნთქი გზების ობსტრუქცია
- გულმკერდის დაზიანებები სუნთქვის გაძნელებით
- მძიმე გარეგანი ან შინაგანი სისხლდენა
- თავის ან ხერხემლის დაზიანება / ტრავმა
- მუცლის ღრუს ტრავმა.

პირველადი შეფასება უნდა იყოს სისტემური, როგორც აღწერილია 1.2 ნაწილში. თუ არსებობს კისრის ტრავმის ალბათობა, ეცადეთ აირიდოთ კისრის მოძრაობა და მოახდინეთ შესაბამისად (იხ. გვ. 27) სტაბილიზაცია.

პირველადი შეფასების დროს პაციენტის მდგომარეობის ნებისმიერი ცვლილების მკურნალობა ეფუძნება პროტოკოლის თანახმად პაციენტის განმეორებით შეფასებას. ვინაიდან შესაძლებელია გამოვლინდეს ახალი დაზიანება, რომელიც არ იყო დიაგნოსტირებული თავიდანვე. დაათვალიერეთ ბავშვის სხეულის მთელი ზედაპირი დაზიანებების აღმოსაჩენად. დაიწყეთ სასუნთქი გზების და სუნთქვის შეფასებითა და სტაბილიზაციით, შეაფასეთ ცირკულაცია, ცნობიერების დონე და შეაჩერეთ სისხლდენა. სისტემური მიდგომა მოიცავს შემდეგი ნიშნების შეფასებას:

- სასუნთქი გზების გამავლობა
- სუნთქვის ადეკვატურობა
- ცირკულაცია და ჰემორაგიების კონტროლი
- ცნს-ი (შეაფასეთ კომის შკალა), ხერხემლის კისრის ნაწილის იმობილიზაცია
- სხეულის მთელი ზედაპირის დათვალიერება დაზიანებების გამოსავლენად.

➢ აღნიშნეთ ყველა დაზიანება, მათ შორის ორგანოების და სისტემების დაზიანება პირველადი ვიზიტის დროს და დაიწყეთ გადაუდებელი მკურნალობა.

➢ ჩაატარეთ რეანიმაცია საჭიროების შემთხვევაში; მიაწოდეთ ჟანგბადი ნიღბით საჭიროებისას, შეაჩერეთ ნებისმიერი სისხლდენა, განახორციელეთ სისხლძარღვებთან მიდგომა ცირკულაციის ხელშეწყობისათვის და კრისტალოდიების ინფუზიისა ან სისხლის ტრანსფუზიისთვის. აიღეთ სისხლი Hb, სისხლის ჯგუფის და შეთავსების განსაზღვრისთვის, მას შემდეგ რაც აიღებთ ვენიდან სისხლს.

მოახდინეთ ყველა ჩატარებული მოქმედების დოკუმენტირება.

1.10.2 მეორადი შეფასება

ჩაატარეთ მეორადი შეფასება მხოლოდ მას შემდეგ, როცა დარწმუნდებით, რომ პაციენტის მდგომარეობა სასუნთქი გზები გამავალობა, სუნთქვა და ცნობიერება სტაბილურია.

➢ ჩაატარეთ გასინჯვა ”თავიდან - ფეხებამდე,” მიაქციეთ ყურადღება შემდეგს:

- თავი: ქალას და თვალის ანომალიები, გარეგანი ყურის და პარაორბიტული დაზიანებები
- კისერი: შემავალი ჭრილობები, კანქვეშა ემფიზემა, ტრაქეის დევიაცია და კისრის ვენების დაბერვა.
- ნევროლოგიური: ტვინის ფუნქციები (ცნობიერების დონე, AVPU), ხერხემლის სვეტის მოტორული აქტივობა, მგრძნობელობა და რეფლექსები
- გულმკერდი: ლავიწი და ნეკნები, სუნთქვის ხმიანობა და გულის ტონები
- მუცელი: მუცლის ღრუში შემავალი ჭრილობები, რომელიც მოითხოვს ქირურგიულ დახმარებას, ბლაგვი იარაღით მიყენებული

დაზიანებები, საჭიროების შემთხვევაში ჩაატარეთ რექტალური გასინჯვა

- მენჯი და კიდურები: მოტეხილობები, პერიფერიული პულსი, ნაჭდევები, ნაკაწრები, სისხლნაჟღენთები და სხვა მცირედი დაზიანებები

გამოკვლევა

მას შემდეგ, რაც ბავშვი სტაბილურია, საჭიროების შესაბამისად ტარდება ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები (იხ. დეტალურად თავი 3 გვ. 74). ჩვეულებრივ შემდეგი გამოკვლევები შეიძლება იყოს გამოყენებული, დაზიანების ტიპიდან გამომდინარე:

- რენტგენოგრაფია; დამოკიდებულია საეჭვო დაზიანებაზე (შეიძლება მოიცავდეს გულმკერდის მიდამოს, კისრის გვერდით პროექციას, მენჯს, ხერხემლის სვეტს, ლულოვან ძვლებს და ქალას) .
- ულტრასონოგრაფია: მუცლის ღრუს ექოსკოპია საშუალებას იძლევა დადგინდეს მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანება და შინაგანი სისხლდენა .

მკურნალობა

მას შემდეგ, რაც ბავშვის მდგომარეობა სტაბილურია დაიწყეთ ტრავმის მართვა, რომელიც მოიცავს ჰომეოსტაზის შენარჩუნებას და საჭიროების შემთხვევაში მოახდინეთ ბავშვის რეფერალი ცენტრალურ კლინიკაში.

- თავის ტვინის დაზიანების არარსებობის შემთხვევაში გამოიყენეთ მორფინი 0.05–0.1 მგ/კგ ინტრავენურად ტკივილის მოსახსნელად, რომელსაც მიაყოლებთ 0.01–0.02 მგ/კგ ნამატს ყოველი 10 წუთის ინტერვალით, სანამ არ მიიღწევა სათანადო პასუხი. ტკივილის კონტროლი და პაციენტის დამშვიდება უნდა მიმდინარეობდეს მკურნალობის ყველა ეტაპზე.
- შოკის კლინიკის არსებობისას მიაწოდეთ 20 მლ/კგ ფიზიოლოგიური ხსნარი და შეაფასეთ თავიდან (იხ გვ 13)
- თუ ჰემორაგიის შემდეგ საჭიროა სისხლის გადასხმა, მიაწოდეთ თავიდან 20 მლ/კგ მთლიანი სისხლი, რომელსაც მიაყოლებთ 10 მლ/კგ ერითროციტულ მასას.
- მართეთ ჰიპოგლიკემია (იხ.გვ. 16).
- სპეციფიკური დაზიანებების მართვა მოცემულია ნაწილში 9.3 გვ. 324.

ჩანაწერი

თავი 2. დიაგნოსტიკური მიდგომა ავადმყოფ

ბავშვთან

2.1	კავშირი ბავშვთა ასაკის დაავადებათა ინტეგრირებული მართვა (IMCI) მიდგომას და პაციენტის ჰოსპიტალურ მართვას შორის	73
2.2	ანამნეზის შეგროვება	74
2.3	მიდგომა ავადმყოფ ბავშვთან და კლინიკური გასინჯვა	75
2.4	ლაბორატორიული გამოკვლევა	76
2.5	დიფერენციალური დიაგნოზი	76

2.1 კავშირი ბავშვთა ასაკის დაავადებათა ინტეგრირებულ მართვის (IMCI) მიდგომას და პაციენტის ჰოსპიტალურ მართვას შორის

“ჯიბის წიგნი” აგებულია სიმპტომებზე დაფუძნებული მიდგომის შესაბამისად, სიმპტომების თანმიმდევრობა სრულ შესაბამისობაშია IMCI გაიდლაინთან: ხველა, დიარეა, ცხელება. დაავადების დიაგნოზიც შეესაბამება IMCI კლასიფიკაციას, გარდა იმ ნაწილისა, რომელშიც სტაციონარში ხელმისაწვდომი გამოკვლევებისა და კონსულტანტების საშუალებით ხდება იმ დაავადებათა ზუსტი დიაგნოსტირება, რომლებიც პირველად დონეზე შეესაბამება კლასიფიკაციას ”ძალიან მძიმე დაავადება”, ან ”ცხელებით მიმდინარე ძალიან მძიმე დაავადება”. ასეთ დროს სტაციონარში ხშირად ხდება ამ დაავადებათა იდენტიფიცირება, როგორიცაა მძიმე პნევმონია, მძიმე მალარია, სეპტიცემია და მენინგიტი.

პნევმონიისა და დეჰიდრატაციის კლასიფიკაცია მიჰყვება იმავე პრინციპებს, როგორც მოცემულია IMCI-ის გაიდლაინში. მცირე ასაკის ჩვილები (≤ 2 თვე) განხილულია ცალკე თავში (იხ. თავი 3), როგორც ეს არის მოცემული IMCI მიდგომაში. მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვები ასევე ცალკე არის განხილული (იხ. თავი 7), ვინაიდან მათ ესაჭიროებათ განსაკუთრებული ყურადღება და მკურნალობა, რაც ამცირებს სიკვდილობის რისკს.

სტაციონარში ბავშვის მოვლის საფეხურებია:

- გადაუდებელი ტრიაჟი
- გადაუდებელი მკურნალობა (თუ საჭიროა)

- ანამნეზის შეგროვება
- გასინჯვა
- ლაბორატორიული კვლევა (თუ საჭიროა)
- დიაგნოსტიკა და დიფერენციული დიაგნოსტიკა
- მკურნალობა
- დამხმარე თერაპია
- მეთვალყურეობა
- გაწერის დაგეგმვა
- შემდგომი მეთვალყურეობა

მოცემული ნაწილი ახდენს ანამნეზის შეგროვების, ბავშვის გასინჯვის, ლაბორატორიული კვლევის და დიფერენციალური დიაგნოსტიკის საკითხების შეჯამებას.

2.2 ანამნეზის შეგროვება

ანამნეზის შეგროვება ჩვეულებრივ იწყება ძირითადი ჩივილის მოსმენით "რა ჩივილის გამო მოიყვანეთ ბავშვი კლინიკაში?" შემდგომ ხდება მოცემული დაავადების შესახებ დეტალური ანამნეზის შეგროვება. შესაბამის თავებში აღწერილია ის კითხვები, რომელიც უნდა დაისვას მოცემული სიმპტომის ირგვლივ, რათა გაადვილდეს დაავადების დიაგნოსტიკა და დიფერენციული დიაგნოსტიკა. ანამნეზის შეგროვებისას აუცილებელია პერსონალური, იმუნიზაციის, ოჯახური, სოციალური, გარემო ფაქტორების შესახებ ინფორმაციის შეგროვება. მოცემული ინფორმაცია შემდგომში გვეხმარება მშობლებთან ძირითადი საკონსულტაციო თემების და გზავნილების ჩამოყალიბებაში, მაგ: მალარიის შემთხვევაში მალარიის საწინააღმდეგო ბადის გამოყენების შესახებ, დიარეის დროს ძუძუთი კვების და სანიტარული ნორმების დაცვის, ხოლო პნევმონიის მქონე პაციენტებში კარშიდა მტვერის ზემოქმედების საკითხებზე.

მცირე ასაკის ჩვილებში მნიშვნელოვანია ორსულობის და მშობიარობის ანამნეზის შეგროვება. აგრეთვე მეტად მნიშვნელოვანია კვებითი ანამნეზის შეფასება, ვინაიდან ამ ასაკში ხშირად ვლინდება მალნუტრიცია. შედარებით მოზრდილ ასაკში მნიშვნელოვანია ინფორმაცია განვითარების ნიშანსვეტების შესახებ. მცირე ასაკის ბავშვებში ანამნეზის შეგროვება ხდება მშობლების ან მზრუნველებისგან, ხოლო მოზრდილ ასაკში თავად ბავშვსაც შეუძლია გარკვეული წვლილი შეიტანოს ანამნეზის შეგროვების პროცესში. უნდა შეავსოთ ანამნეზის ფორმა გასინჯვის დაწყებამდე. ჩვეულებრივ, ბავშვები 8 თვიდან 5 წლის ასაკამდე საჭიროებენ განსაკუთრებულ მიდგომას.

2.3 მიდგომა ავადმყოფ ბავშვთან და კლინიკური გასინჯვა

ყველა ბავშვი უნდა გაისინჯოს სრულად, ისე რომ არ გამოგვრჩეს არცერთი მნიშვნელოვანი სიმპტომი. მოზრდილის გასინჯვისგან განსხვავებით ბავშვის გასინჯვა ისე უნდა იყოს ორგანიზებული, რომ არ გამოიწვიოს ბავშვის გაღიზიანება. ბავშვთან მიდგომა უნდა იყოს უფრო მოქნილი. იდეალურ შემთხვევაში, ყველაზე მეტად ინვაზიური პროცედურები უნდა განხორციელდეს ყველაზე ბოლოს.

- არ გააღიზიანოთ ბავშვი უმიზეზოდ .
- დატოვეთ ბავშვი მშობლის ან მზრუნველის ხელებში.
- დააკვირდით რაც შეიძლება მეტ სიმპტომს, ვიდრე შეეხებით ბავშვს:

– ბავშვი საუბრობს, ტირის, ან გამოსცემს რაიმე ბგერებს?
– ბავშვი ფხიზელია, დაინტერესებულია და ათვალიერებს გარემოს?
– ხომ არ ფიქრობთ, რომ ბავშვი ძილიანია?
– აგზნებულია ბავშვი?
– აღებინებს ბავშვი?
– აქვს ბავშვს უნარი ძუძუს წოვის ან წოვის?
– არის ბავშვი ციანოზური ან ფერმკრთალი?
– აქვს ბავშვს რესპირაციული დისტრესის რაიმე ნიშანი?
– მონაწილეობს სუნთქვაში დამხმარე კუნთები?
– არის გულმკერდის ქვედა ნაწილის რეტრაქცია?
– აქვს ბავშვს ჩქარი სუნთქვა?

- დათვალეთ სუნთქვის სიხშირე.

მოცემული ნიშნები უნდა შეფასდეს მანამდე, ვიდრე ბავშვი გაღიზიანდება. თქვენ შეიძლება სთხოვოთ მშობელს ან მზრუნველს აუწიოს ბავშვს ტანსაცმელი, რომ კარგად შეაფასოთ გულმკერდის რეტრაქციის არსებობა და დათვალოთ სუნთქვის სიხშირე. თუ ბავშვი აგზნებულია და ტირის, შეიძლება იგი ცოტა ხნით დატოვოთ მშობელთან ერთად, რომ დაწყნარდეს, დედამ შესაძლებელია ბავშვს შესთავაზოს ძუძუ, მანამდე სანამ დათვლით სუნთქვის სიხშირეს.

შემდეგ გადადით იმ ნიშნების შეფასებაზე, რომელიც მოითხოვს ბავშვის შეხებას, მაგრამ მინიმალურად გამღიზიანებელია, როგორიცაა პულსის დათვლა ან ფილტვის აუსკულტაცია. თქვენ მიიღებთ ნაკლებ ინფორმაციას, როდესაც უსმენთ მტირალ ბავშვს. ისეთი ნიშნები, რომლებმაც შეიძლება გააღიზიანონ ბავშვი, როგორიცაა ტემპერატურის გაზომვა, კანის ტურგორის შეფასება, კაპილარული ავსება, არტერიული სისხლის წნევის გაზომვა, ყელის და ყურის დათვალიერება უნდა შეფასდეს გასინჯვის

ბოლოს. განსაზღვრეთ ჟანგბადის სატურაცია პულსოქსიმეტრის საშუალებით ყველა ბავშვთან, ვისაც უვლინდება ტაქიპნოე ან გულმკერდის რეტრაქცია.

- ჩაატარეთ შესაბამისი გამოკვლევები, როდესაც ეს საჭიროა

ზოგიერთი კვლევა შესაძლებელია ძალიან ადვილად ჩატარდეს პაციენტის საწოლთან:

– სისხლში შაქრის განსაზღვრა ტესტით
– მალარიის სწრაფი სადიაგნოსტიკო ტესტი
– ზოგიერთი სხვა მარტივი ტესტი.

2.4 ლაბორატორიული გამოკვლევა

ლაბორატორიული გამოკვლევები ეფუძნება ანამნეზსა და კლინიკურ გასინჯვას და გვეხმარება დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში. შემდეგი ბაზისური ლაბორატორიული კვლევის საშუალება უნდა იყოს მცირე სტაციონარში, რომელიც ახორციელებს ქვეყანაში პედიატრიულ მეთვალყურეობას:

- Hb ან სისხლის ფორმიანი ელემენტები
- სისხლის საერთო ანალიზი ფორმულით
- სისხლის ნაცხი მალარიის დასადგენად
- სისხლში შაქრის განსაზღვრა
- ცერებროსპინალური სითხის მიკროსკოპია
- შარდის ანალიზი(მიკროსკოპია)
- სისხლის ჯგუფები და შეთავსება
- HIV ტესტი

ავადმყოფ ახალშობილებში (< 1 კვირაზე), მეტად მნიშვნელოვანია სისხლში ბილირუბინის განსაზღვრა.

სხვა ასევე მნიშვნელოვან გამოკვლევებს მიეკუთვნება:

- პულსოქსიმეტრია,
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია,
- განავლის მიკროსკოპია
- სისხლის კულტურა.

მოცემული ლაბორატორიული გამოკვლევის ჩვენებები მოცემულია წიგნის შესაბამის ნაწილებში. სხვა კვლევები, როგორიცაა პულსოქიმეტრია, გულმკერდის რენტგენოგრაფია, სისხლის კულტურა და განავლის მიკროსკოპია აგრეთვე მეტად მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკისთვის.

2.5 დიფერენციული დიაგნოსტიკა

შეფასების დასრულების შემდეგ განიხილეთ სხვადასხვა დაავადება, რომელსაც შეუძლია ბავშვის არსებული მდგომარეობის გამოწვევა და დაწერეთ დიფერენციული დიაგნოზების სია. ეს დაგეხმარებათ

აირჩიოთ სწორი დიაგნოზი და არ გამოგრჩეთ იშვიათი პრობლემები. გახსოვდეთ, რომ ავადმყოფ ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს 1-ზე მეტი კლინიკური პრობლემა.

ნაწილი 1.5-ის, ცხრილებში 1–4 (გვ. 46–54) მოცემულია დიფერენციული დიაგნოზები გადაუდებელი მდგომარეობებისთვის, რომელიც შესაძლებელია განიხილებოდეს ტრიაჟის დროს. დანარჩენი ცხრილები, რომელიც ასახავს ძირითადი პრობლემების სიმპტომ-სპეციფიკურ დიფერენციულ დიაგნოსტიკას, წარმოდგენილია თითოეული თავის დასაწყისში. მოცემული ცხრილები მოიცავს დეტალურად სიმპტომებს, გასინჯვის შედეგებს, ლაბორატორიული კვლევების ჩამონათვალს, რომელიც საჭიროა ძირითადი დიაგნოზის დასადგენად და თანმხლები დაავადებების აღმოსაჩენად.

ძირითადი დიაგნოზის და თანმხლები დაავადებების გამოვლენის შემდეგ უნდა დაიგეგმოს და დაიწყოს ადეკვატური მკურნალობა. თუ პაციენტს აღნიშნება ერთ პრობლემაზე ანუ 1 დიაგნოზზე მეტი, უნდა უმკურნალოთ ყველა პრობლემას. დიფერენციული დიაგნოსტიკის ჩამონათვალს კიდევ ერთხელ შეიძლება გადახედოთ მკურნალობაზე პასუხის გათვალისწინებით, ან ახალი სიმპტომების გამოჩენის შემდეგ. გარკვეულ ეტაპზე შესაძლებელია დიაგნოზის გადახედვა, შეცვლა ან ახალი თანმხლები დაავადების დამატება.

ჩანაწერი

თავი 3. ახალშობილი და ჩვილი ბავშვის პრობლემები

ახალშობილის მოვლის ბაზისური პრინციპები სამშობიარო ბლოკში

3.1 ახალშობილის მოვლის ბაზისური პრინციპები სამშობიარო ბლოკში 80
3.2 ახალშობილთა რეანიმაცია 80
3.2.1 პოსტ-რეანიმაციული მეთვალყურეობა და მართვა 86
3.2.2 რეანიმაციის შეწყვეტა 86
3.3 ახალშობილთა რუტინული მოვლა მშობიარობის შემდეგ 86
3.4 ახალშობილთა ინფექციების პრევენცია 87
3.5 ჰიპოქსიურ -იშემიური ენცეფალოპათიის მქონე ახალშობილის მართვა 88
3.6 საშიშროების ნიშნები ახალშობილებსა და 2 თვემდე ასაკის ჩვილებში 89
3.7 გულყრა / კონვულსია 90
3.8 სერიოზული ბაქტერიული ინფექცია 91
3.9 მენინგიტი 92
3.10 დამხმარე თერაპია ნეონატალურ პაციენტებში 93
3.10.1 თერმული გარემო 93
3.10.2 სითხის მიწოდების მენეჯმენტი 94
3.10.3 ოქსიგენოთერაპია 95
3.10.4 მაღალი ცხელება 96
3.11 დღენაკლული და დაბადების მცირე წონის მქონე ბავშები 96
3.11.1 ახალშობილები, რომელთა დაბადების წონა 2.0–2.5 კგ-ია (გესტაციის 35–36 კვირა) 96
3.11.2 ახალშობილები, რომელთა დაბადების მასა < 2.0 კგ (გესტაციის < 35 კვირაზე) 96
3.11.3 მცირე წონის მქონე ახალშობილის უხშირესი პრობლემები 100
3.11.4 მცირე წონის ახალშობილის გაწერა და შემდგომი მეთვალყურეობა
კონსულტაცია გაწერისას 102
3.12 სხვა ხშირი ნეონატალური პრობლემები 102
3.12.1 სიყვითლე 102
3.12.2 კონიუქტივიტი 105
3.12.3 თანდაყოლილი მალფორმაციები 106
3.13 ახალშობილები, რომელთა დედებს აღენიშნებათ ინფექციური დაავადებები 106
3.13.1 თანდაყოლილი სიფილისი 106
3.13.2 ჩვილები, რომელთა დედებს აქვთ ტუბერკულოზი 107
3.13.3 ახალშობილები დაბადებული HIV ინფექციის მქონე დედებისგან 107
3.14 დროული და მცირე მასის მქონე ახალშობილებში ხშირად გამოყენებული მედიკამენტების დოზირება 108

მოცემული თავი იძლევა ინფორმაციას ახალშობილის მოვლის და უხშირესი პრობლემების მართვის ბაზისური პრინციპების შესახებ და მოიცავს დაბადებიდან 2 თვემდე ასაკს. მოცემული თავის შემადგენლობაში შედის ახალშობილის რეანიმაცია სამშობიარო ბლოკში, ახალშობილთა სეფსისის და სხვა ბაქტერიული ინფექციების დიაგნოსტიკისა და მოვლის, აგრეთვე მცირე წონის და დღენაკლული ახალშობილის მოვლის პრინციპები. თავის ბოლო ნაწილში წარმოდგენილ ცხრილში მოცემულია მცირე ასაკის ბავშვებში გამოყენებული მედიკამენტების დოზირება, მათ შორის მოცემულია მედიკამენტების დოზირება დღენაკლულ და მცირე წონის ბავშვებისთვის.

3.1 ახალშობილის მოვლის ბაზისური პრინციპები სამშობიარო ბლოკში

ახალშობილთა უმრავლესობას ესაჭიროება მხოლოდ მარტივი მოვლის პროცედურები მშობიარობის შემდეგ:

- ახალშობილის გამშრალება სუფთა საფენით/პირსახოცით.
- დაკვირვება გამშრალების პროცესში (იხ. სქემა 12). (გვ.79)
- ახალშობილის კანით-კანთან კონტაქტი დედასთან
- ახალშობილსთვის (კანით-კანთან კონტაქტის დროს) დაფარება სითბოს დაკარგვის პრევენციის მიზნით.
- ჭიპლარის გადაკვანძვა.
- დედის წახალისება, რათა დაწყებულ იქნას ძუძუთი კვება მშობიარობის შემდეგ პირველი საათის განმავლობაში.

კანით-კანთან კონტაქტი და ძუძუთი კვების ადრეული დაწყება არის ახალშობილის სითბოს შენარჩუნების და ჰიპოგლიკემიის პრევენციის საუკეთესო საშუალება. დროულ და მცირე მასის ახალშობილებში, რომელთა დაბადების წონა > 1200 გრ-ზე, კლინიკურად სტაბილურად არიან და არ აღენიშნებათ რაიმე გართულება, უნდა განხორციელდეს კანით-კანთან კონტაქტი დაბადების და სწრაფად გამშრალების შემდეგ, რათა მოხდეს ჰიპოთერმიის პრევენცია.

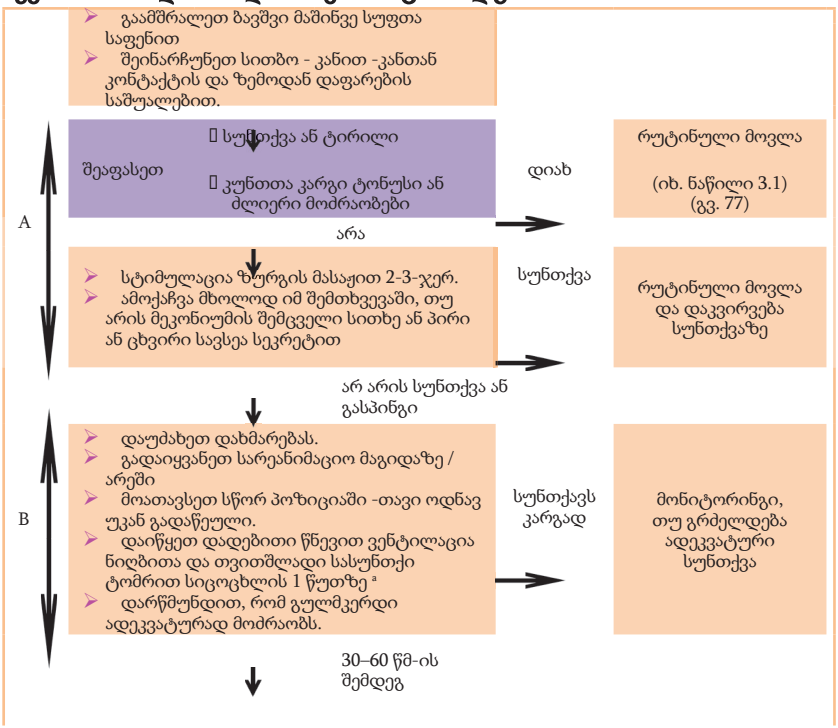
3.2 ახალშობილთა რეანიმაცია

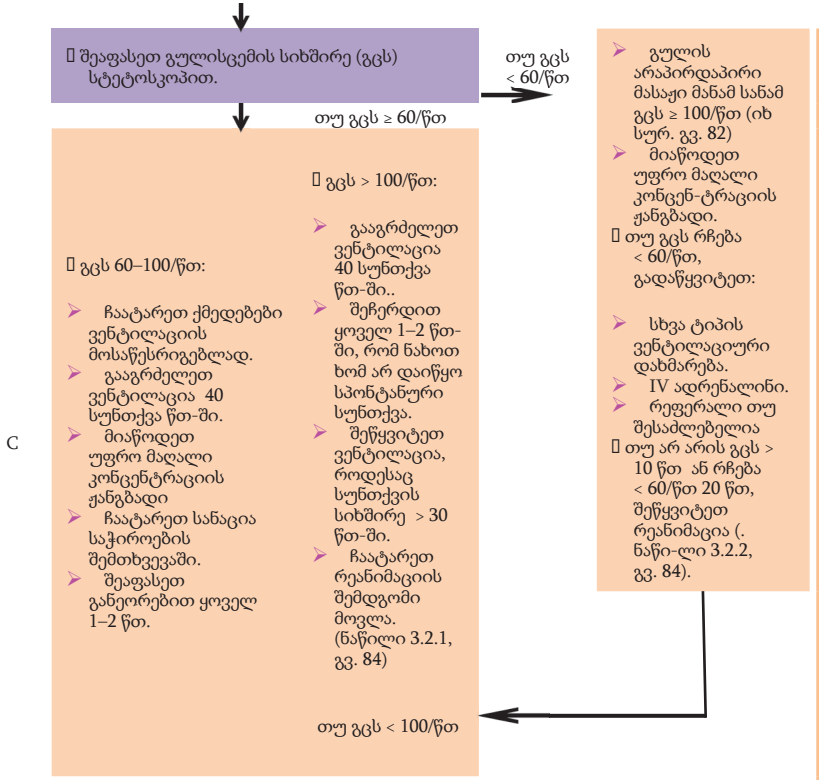
რეანიმაცია შეიძლება დასჭირდეს ზოგიერთ ახალშობილს, მაგალითად მათ, რომელთა დედებსაც აქვთ ქრონიკული დაავადებები, ანამნეზში მკვდრადშობადობა ან ახალშობილის

სიკვდილი, უვლინდებათ პრე-ეკლამფსიური მდგომარეობა, აქვთ მრავალნაყოფიანი ორსულობა, ვადაზე ადრე მშობიაროობა, გამოხატულია ნაყოფის პათოლოგია, ჭიპლარის გამოვარდნა მშობიაროობისას, გახანგრძლივებული მშობიაროობა, წყლების ნაადრევი დაღვრა ან მეკონიუმის შემცველი ამნიონური სითხე. ჩვეულებრივ, ძალიან ძნელია ახალშობილის დაბადებამდე რეანიმაციის საჭიროების ზუსტი განსაზღვრა, ამიტომ:

- რეანიმაციის ჩასატარებლად მზად უნდა იყოთ ყველა მშობიაროობის დროს,
- მივყვეთ საფეხურებს, როგორც ეს მოცემულია სქემა 12.

სქემა 12. ახალშობილთა რეანიმაცია: ალგორითმი





[a] დადებითი წნევით ვენტილაცია ჰაერით უნდა დაიწყოთ ახალშობილებში, რომელთა გესტაციური ასაკი > 32 კვირაზე. ძლიერი დღენაკლულობის შემთხვევაში მიზანშეწონილია 30% ჟანგბადის მიწოდება, თუ შესაძლებელია.
A და B არის რეანიმაციის ბაზისური საფეხურები.

სქემა12 . ახალშობილთა რეანიმაცია: საფეხურები და პროცესი

არ არის მიზანშეწონილი ახალშობილისთვის ხელის წამორტყმა სუნთქვის სტიმულაციის მიზნით, ზურგის მიდამოში ხელის 2-3 მასაჟის მოძრაობა და ბავშვის გამშრალება წარმოადგენს ადეკვატურ სტიმულაციას სუნთქვის დასაწყებად.

A. Airway **სასუნთქი გზები**

- გადაწიეთ ბავშვის თავი ოდნავ უკან, რათა შეინარჩუნოთ სასუნთქი გზების მაქსიმალური გამავლობა.

- არ ჩაატაროთ სანაცია რუტინულად. სანაცია საჭიროა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ სანაყოფე სითხე შეიცავს მეკონიუმს, ბავშვი არ ტირის და არ ამოძრავებს კიდურებს. თუ ამნიონური სითხე სუფთაა, ამოქაჩეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ პირი და ცხვირი ამოვსებულია სეკრეტით.

  – ამოქაჩეთ პირი, შემდეგ ცხვირი და ხახა პირდაპირი დათვალიერების ქვეშ, არ მოახდინოთ ხახის ღრმა სანაცია და უკანა კედლის გაღიზიანება, რაც იწვევს აპნოეს და ბრადიკარდიას.

B. Breathing **სუნთქვა**

- აირჩიეთ ნიღბის ზომა, რომელიც ფარავს ბავშვის ცხვირსა და პირს (იხ. ქვემოთ): ზომა 1 ნორმალური წონის ახალშობილისთვის, ზომა 0 მცირე წონის (< 2.5 კგ) ახალშობილისთვის.

- ჩაატარეთ ვენტილაცია ნიღბით და სასუნთქი ტომრით 40–60 სუნთქვა /წთ-ში

- ■ დარწმუნდით, რომ გულმკერდი მოძრაობს სასუნთქი ტომრის ყოველი შეკუმშვის შემდეგ. მცირე წონის ახალშობილებში მიაქციეთ ყურადღება, რომ არ იყოს გულმკერდის ძლიერი მოძრაობა (იზრდება პნევმოთორაქსის განვითარების რისკი).

C. Circulation **ცირკულაცია**

- ჩაატარეთ გულის არაპირდაპირი მასაჟი, თუ გცს < 60/წთ-ში მას მერე, რაც 30 – 60 წთ პაციენტს უტარდება ადეკვატური ვენტილაცია ადეკვატური გულმკერდის მოძრაობით: 90 ზეწოლა კოორდინირებული უნდა იყოს 30 სუნთქვასთან / წთ-ში (3 ზეწოლა:1 სუნთქვა ყოველ 2 წმ-ში).

- მოათავსეთ ცერის თითები ბავშვის მკერდის ძვალზე დვრილების შემაერთებელი ხაზის ქვემოთ (იხ. ქვემოთ)

- მოახდინეთ ზეწოლა გულმკერდის წინა- უკანა დიამეტრის 1/3-ით.



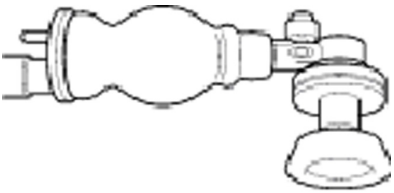


თავის სწორი პოზიცია, რათა შენარჩუნდეს სასუნთქი გზების მაქსიმალური გამავლობა და სწორად წარიმართოს ვენტილაცია სასუნთქი ტომრით

არ გადაწიოთ თავი ძლიერად უკან

ახალშობილებში გულის არაპირდაპირი მასაჟის ჩასატარებლად თითების სწორი პოზიცია. ცერებით ხდება ზეწოლა მკერდის ძვალზე

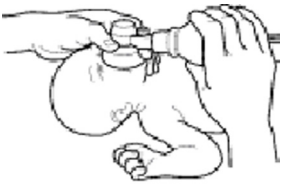
ახალშობილთა თვითშლადი სასუნთქი ტომარა მრგვალი ნიღბით



ნიღბის მორგება სახეზე:

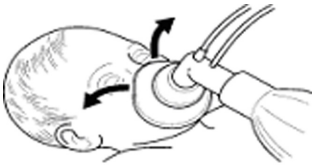
ნიღბის სწორი ზომა და პოზიცია	ნიღაბი ქვემოთაა	ნიღაბი პატარაა	ნიღაბი დიდია
			
სწორი	მცდარი	მცდარი	მცდარი

ახალშობილის ნიღბით და სასუნთქი ტომრით ვენტილაციისას გამოწიეთ მესამე თითით ნიკაპი და ხელით მოახდინეთ ნიღბის ჰერმეტულობის შენარჩუნება. არ განახორციელოთ ისეთი ზეწოლა, რომ თავი გადაიწიოს ძლიერ უკან



არაადეკვატური ჰერმეტულობა

თუ თქვენ გრძნობთ ნიღბიდან ჰაერის გამოსვლას,უზრუნველყავით უკეთესი ჰერმეტულობა. ყველაზე ხშირად ჰაერის გამოსვლა ვითარდება ცხვირისა და ლოყების არედან.



3.2.1 პოსტ-რეანიმაციული მეთვალყურეობა და მართვა

ახალშობილებს, რომლებსაც დასჭირდათ რეანიმაციის ჩატარება, აქვთ ვიტალური ფუნქციების აღდგენის შემდეგ განმეორებით ზოგადი მდგომარეობის გაუარესების მაღალი რისკი. მას შემდეგ, რაც პაციენტს უვლინდება ადეკვატური ვენტილაცია და ცირკულაცია:

- შეწყვიტეთ ვენტილაცია.
- მოათავსეთ ბავშვი დედასთან კანით-კანთან კონტაქტისთვის, რაც შეიძლება სწრაფად.
- მოახდინეთ სუნთქვის კონტროლი, რათა გამოავლინოთ სუნთქვის გაძნელება, ასფიქსიის ნიშნები და გადაწყვიტოთ მართვისა და მოვლის შემდეგი საფეხურები.

3.2.2 რეანიმაციის შეწყვეტა

ადეკვატური რეანიმაციული ქმედებების შეწყვეტა მიზანშეწონილია:

- თუ ახალშობილი არ სუნთქავს და არ უვლინდება გულისცემა გულის არაპირდაპირი მასაჟის ჩატარების 10 წუთის შემდეგ.
- **თუ არ არის სპონტანური სუნთქვა და გცს ნაკლებია 60/წთ ეფექტური რეანიმაციული პროცედურების წარმართვის 20 წთ-ის შემდეგ შესაძლებელია აქტიური რეანიმაციის შეწყვეტა.**

მოახდინეთ ჩატარებული ქმედებების დაფიქსირება და აცნობეთ მშობლებს ბავშვის ლეტალური გამოსავალის შესახებ. თუ მშობლებს სურთ გარდაცვლილ ბავშვთან ყოფნა ან მისი დაკავება, მიეცით ამის საშუალება.

3.3 ახალშობილთა რუტინული მოვლა მშობიარობის შემდეგ

რუტინული მოვლის პროცედურები, რომელიც მოცემულია ქვემოთ, გამოყენებული უნდა იყოს ყველა ახალშობილთან, მათ შორის სახლში დაბადებულებთან, რომლებიც შემდგომ მიიყვანეს სტაციონარში.

- ბავშვი მოათავსეთ დედის მკერდზე კანით -კანთან კონტაქტში ან მის გვერდზე თბილ, ორპირი ქარისაგან დაცულ ოთახში.
- დაიწყეთ ძუძუთი კვება მშობიარობის შემდეგ პირველ საათში, მაშინვე, როდესაც ბავშვი გამოხატავს შიმშილის ნიშნებს ან მზად არის კვებისთვის.
- ახალშობილი უნდა იკვებებოდეს მოთხოვნილების მიხედვით, თუ აქვს წოვის რეფლექსი.
- შეიყვანეთ კუნთებში ვიტამინი K (phytomethadione) პროფილაქტიკა ყველა ახალშობილთან.

- 1 ამპულა (1 მგ/0.5 მლ ან 1 მგ/მლ) ერთჯერადად (არ გამოიყენოთ 10 მგ/მლ ამპულა.)
- დღენაკლულ ახალშობილებს მიეცით ვიტამინი K 0.4 მგ/კგ კუნთებში (მაქსიმალური დოზა, 1 მგ).

➢ შეინარჩუნეთ ჭიპლარის სისუფთავე და სიმშრალე.

➢ ჩააწვეთეთ ანტისეპტიკური თვალის წვეთები ან მალამო (მაგ ტეტრაციკლინის მალამო) ორივე თვალში ერთჯერადად, ნაციონალური გაიდლაინების გათვალისწინებით.

➢ ჩაატარეთ ვაქცინაცია B ჰეპატიტი და ბცჟ ნაციონალური იმუნიზაციის კალენდრის შესაბამისად.

3.4 ახალშობილთა ინფექციების პრევენცია

მრავალი ადრეული ნეონატალური პერიოდის ინფექციის პრევენცია შესაძლებელია შემდეგი ქმედებებით:

- დედისა და ბავშვის არასჭირო დაშორების თავიდან აცილება, ანუ დედის ბავშვის გვერდით ერთ პალატაში მოთავსება;
- ხელის დაბანა ბავშვის ყოველი ხელში აყვანის დროს
- ბაზისური ჰიგიენის დაცვა და სისუფთავის შენარჩუნება მშობიარობის პროცესში (მაგ: ქლორჰექსიდინის მალამო დედის ვაგინალური გასინჯვის დროს)
- ჭიპლარის ადეკვატური მოვლა
- თვალის ადეკვატური მოვლა

გამოიყენეთ საპროფილაქტიკო ანტიბიოტიკები, მხოლოდ იმ ახალშობილებთან, რომელთაც გამოხატული აქვთ ინფექციის მაღალი რისკი:

- გახანგრძლივებული უწყლო პერიოდი, სანაყოფე სითხის ნაადრევი დაღვრა > 18 სთ-ზე მშობიარობის დაწყებამდე.
- დედის ცხელება > 38 °C მშობიარობამდე და მშობიარობის პერიოდში.
- ამნიონური სითხე ჩირქოვანი ან მყრალი სუნის.

➢ გამოიყენეთ კუნთებში და ინტრავენურად ამპიცილინი (ampicillin) და გენტამიცინი (gentamicin) მინიმუმ 2 დღის განმავლობაში და შეაფასეთ განმეორებით, გააგრძელეთ მკურნალობა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ვლინდება სეფსისის კლინიკური ნიშნები (ან პოზიტიური სისხლის კულტურა).

გვიანი ნეონატალური პერიოდის მრავალი ინფექცია გამოწვეულია ჰოსპიტალური შტამებით. მათი თავიდან აცილება შესაძლებელია:

- ექსკლუზიური ძუძუთი კვებით
- სამედიცინო პერსონალის და ოჯახის წევრების მიერ ხელების დაბანის და სტერილიუმის გამოყენების პროცედურების დაცვით ბავშვის ხელში აყვანამდე და მის შემდეგ

- ბავშვის მოვლის "კენგურუს მეთოდის" გამოყენება (იხ. გვ 95) და ინკუბატორების გამოყენების შემცირება დღენაკლულ ახალშობილებში. ინკუბატორის გამოყენების შემთხვევაში არ გამოიყენოთ ჩვეულებრივი წყალი დატენიანებისთვის, ასეთ არეში ხდება ფსევდომონას ადვილად კოლინიზირება დარწმუნდით, რომ იგი კარგად არის გაწმენდილი ანტისეპტიკური ხსნარით.
- ყველა პროცედურა წარმართეთ სტერილობის მკაცრი დაცვის პირობებში
- დაიცავით სტერილობა ინექციის დროს
- ინტრავენური კათეტერის მოცილება, როდესაც იგი აღარ არის საჭირო.

3.5 ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათიის მქონე ახალშობილის მართვა

ჰიპოქსიური იშემიური ენცეფალოპათია განპირობებულია ვიტალურ ორგანოებსა და სისტემებში ჟანგბადის უკმარისობით, რომელიც ვითარდება ანტენატალურად, ინტრანატალურად ან პოსტნატალურ პერიოდში. საწყისი თერაპია მოიცავს ეფექტურ რეანიმაციულ ქმედებებს.

სიცოცხლის პირველ დღეებში განვითარებული პრობლემები:

- *გულყრა:* უმკურნალეთ ფენობარბიტალით (phenobarbital) (მისი არსებობის შემთხვევაში ან დიაზეპამით; დარწმუნდით, რომ არ ვლინდება ჰიპოგლიკემია (შეაფასეთ სისხლში გლუკოზის დონე).
- *აპნოე:* ხშირად ვლინდება მძიმე ასფიქსიის დროს; ზოგჯერ ასოცირებულია გულყრასთან. რეანიმაციის ჩატარება სასუნთქი ნიღბით და ტომრით და შემდგომ ჟანგბადის მიწოდება ნაზალური კანულებით.
- *წოვის შეუძლებლობა:* კვებეთ დედის გამოწველილი რძით ნაზოგასტრული მილის საშუალებით. თავიდან აიცილეთ კუჭის მოგვიანებითი დაცლა, რამაც შესაძლებელია განაპირობოს საკვების რეგურგიტაცია.
- *კუნთთა ტონუსის ცვლილებები:* მკვეთრი ჰიპოტონია ან კიდურების სპასტიკა. პროგნოზი შეიძლება განისაზღვროს მოტორული ფუნქციის და წოვის რეფლექსის აღდგენის მიხედვით. ახალშობილი, რომელიც აქტიურია, ჩვეულებრივ პროგნოზულად საიმედოა. ახალშობილს, რომელიც დაბადებიდან 1 კვირაში კვლავ დუნე ან სპასტიურია, არ რეაგირებს გარემოზე და ვერ წოვს, უვლინდება ტვინის მკვეთრი დაზიანება, რაც ცუდი პროგნოზის მომასწავლებელია. პროგნოზულად ნაკლებად მძიმეა იმ პაციენტების მდგომარეობა, რომელიც 1 კვირის ვადაში იწყებს წოვას და ხდება, მისი მოტორული ფუნქციების აღდგენა. აუცილებელია მოცემული

სიტუაციის განმარტება მშობლებისათვის ბავშვის სტაციონარში ყოფნის დროს.

3.6 საშიშროების ნიშნები ახალშობილებსა და 2 თვემდე ასაკის ჩვილებში

ახალშობილებსა და ჩვილებში ხშირად ვლინდება არასპეციფიკური ნიშნები, რომლებიც შეიძლება მიუთითებდნენ მძიმე დაავადებაზე. მოცემული ნიშნები შეიძლება გამოვლინდეს დაბადებისთანავე ან ბინაზე გაწერილ ან სტაციონარში რეფერირებულ პაციენტთან. ასეთი სიმპტომების დროს ახალშობილის მართვა პირველ რიგში გულისხმობს მისი მდგომარეობის სტაბილიზაციას და გართულებების პრევენციას. საშიშიროების ნიშნებს მიეკუთვნება:

- ვერ იღებს საკვებს/ვერ წოვს
- გულყრა
- ძილიანობა ან უგონო მდგომარეობა
- მოძრაობა მხოლოდ სტიმულაციის საპასუხოდ ან საერთოდ **უმოძრაობა**
- სწრაფი სუნთქვა (60 და მეტი წთ-ში)
- გრანტინგი
- მკერდის ძლიერი ჩადრეკა
- ტემპერატურის მომატება > 38 °C
- ჰიპოთერმია < 35.5 °C
- ცენტრალური ციანოზი

გადაუდებელი დახმარება საშიშროების ნიშნების არსებობის დროს:

- სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა. ჟანგბადის მიწოდება ნაზალური კანულებით, თუ ახალშობილს უვლინდება ციანოზი ან მძიმე რესპირაციული დისტრესი ან ჰიპოქსემია (ჟანგბადის სატურაცია ≤ 90%).
- დადებითი წნევით ვენტილაცია ჟანგბადით (ან ოთახის ჰაერით თუ ჟანგბადი არ არის ხელმისაწვდომი), თუ ვლინდება აპნოე, გასპინგი, ან ბრადიპნოე (სუნთქვის სიხშირე < 20).
- ჩადგით ინტრავენური კათეტერი.
- ჩაატარეთ ანტიბიოტიკოთერაპია ამპიცილინით ან პენიცილინით (ampicillin /penicillin) და გენტამიცინით (gentamicin) (იხ. ქვემოთ).
- თუ ვლინდება ძილიანობა, უგონო მდგომარეობა ან კრუნჩხვა, უნდა შეფასდეს სისხლში გლუკოზის დონე. თუ გლუკოზა < 2.2 მმოლ/ლ (< 40 მგ/100 მლ), შეიყვანეთ ბოლუსურად 10% გლუკოზა (glucose), დოზით 2 მლ/კგ ინტავენურად. ამის შემდეგ საჭიროა გლუკოზის შემანარჩუნებელი დოზით მოწოდება - 5 მლ/კგ საათში

10% გლუკოზა რამდენიმე დღის განმავლობაში, სანამ აღდგება ორალური კვება.
თუ თქვენ ვერ აკონტროლებთ გლუკოზის დონეს, ჩათვალეთ ჰიპოგლიკემია და მიაწოდეთ გლუკოზა ინტრავენურად. თუ ვერ ახერხებთ ვენის კათეტერის ჩადგმას მიეცით გამოწველილი რძე ან გლუკოზა ნაზოგასტრალური კათეტერით.

- მიეცით ფენობარბიტალი, თუ ვლინდება გულყრა (გვ. 88).
- მოახდინეთ ჰოსპიტალიზაცია
- გამოიყენეთ ვიტამინი K (თუ არ აქვს მიღებული).
- ჩაატარეთ ხშირი დაკვირვება (იხ ქვემოთ).

3.7 გულყრა/კონვულსია

ახალშობილებში გულყრის ყველაზე ხშირი მიზეზებია:

- ჰიპოქსიურ-იშემიური ენცეფალოპათია (როგორც პერინატალური ასფიქსიის შედეგი)
- ცნს-ის ინფექცია
- ჰიპოგლიკემია
- ჰიპოკალცემია

მართვა

გულყრის მართვა ახალშობილებსა და 2 თვემდე ასაკის ჩვილებში

- უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა და სუნთქვა.
- განახორციელეთ მიდგომა სისხლძარღვებთან.
- თუ ვლინდება ჰიპოგლიკემია, მიაწოდეთ გლუკოზა ინტრავენურად ან ნაზოგასტრალურად ბოლუსურად (2 მლ/კგ, 10% გლუკოზა). თუ ვერ ზომავთ სისხლში შაქრის დონეს ჩაატარეთ ემპირიული მკურნალობა გლუკოზით.
- უმკურნალეთ გულყრას ფენობარბიტალით (phenobarbital) მისი არსებობის შემთხვევაში, ან დიაზეპამით. ფენობარბიტალის გამაჯერებელი დოზაა 20 მგ/კგ ინტრავენურად). თუ გულყრა გრძელდება, გაიმეორეთ ფენობარბიტალი დოზით 10 მგ/კგ (მაქსიმალური დოზა 40 მგ/კგ). დააკვირდით აპნოეს. ყოველთვის გქონდეთ სასუნთქი ტომარა და ნიღაბი ვენტილაციის ჩასატარებლად, თუ საჭიროა, გააგრძელეთ ფენობარბიტალი შემანარჩუნებელი დოზით 5 მგ/კგ-ზე დღეში. დიაზეპამი 0.2 -0,25 მგ/კგ ინტრავენურად 1-3 წუთის განმავლობაში, (0,5მგ/კგ-ზე რექტალურად) შესაძლებელია განმეორდეს თუ ვერ ხერხდება გულყრის კუპირება. მედიკამენტის გვერდით მოვლენებს მიკუთვნება ცნს-ის დეპრესიას, სუნთქვის დეპრესიას, აპნოე და სხვ.
- გამორიცხეთ ცნს-ის ინფექცია, მისი არსებობის შემთხვევაში უმკურნალეთ შესაბამისად.

3.8 სერიოზული ბაქტერიული ინფექცია

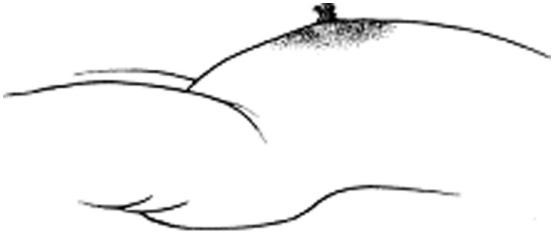
ახალშობილებში, რომელთაც უვლინდებათ ინფექციის რისკ-ფატორები განსაკუთრებით მაღალია მძიმე ბაქტერიული ინფექციის განვითარების ალბათობა (იხ.გვ. 87). ნაწილ 3.6-ში მოცემული სერიოზული ბაქტერიული ინფექციის ე.წ. საშიშროების ნიშნები, თუმცა ამ ნიშნებთან ერთად მძიმე ინფექციაზე მიუთითებს შემდეგი სიმპტომები:

- მკვეთრი სიყვითლე
- მუცლის მკვეთრი დაჭიმულობა

ინფექციის ლოკალური /კეროვანი ნიშნები:

- პნევმონიის სიმპტომები (იხ. ნაწილი 4.2) (გვ.115)
- მრავლობითი ან მძიმე პუსტულური გამონაყარი
- ჭიპლარის შეწითლება, რომელიც ვრცელდება ჭიპის ირგვლივ კანზე
- ჩირქოვანი გამონადენი ჭიპიდან
- დიდი ყიფლიბანდის ამობურცვა/დაჭიმვა (იხ. ქვემოთ)
- მტკივნეულობა სახსრებში, სახსრების შეშუპება, მოძრაობის შეზღუდვა და ანთებითი ცვლილებები

პერიუმბილიკალური არის შეწითლება ჭიპისმიერი სეფსისის დროს. ანთება ვრცელდება ჭირპის ირგვლივ მუცლის კანზე .



მკურნალობა

ანტიბიოტიკოთერაპია

ემპირიული ანტიბიოტიკოთერაპია უნდა დაიწყოს ყველა ახალშობილთან სეფსისზე საეჭვო შემთხვევაში. გადაწყვიტეთ:

- რეფერალი / ჰოსპიტალიზაცია.
- ლუმბალური პუნქცია, როდესაც შესაძლებელია
- სისხლის კულტურა მგრძნობელობით, როდესაც შესაძლებელია
- ნებისმიერ ახალშობილს, რომელსაც უვლინდება სერიოზული ბაქტერიული ინფექციის/სეფსისის კლინიკური ნიშნები, დაუწყეთ ანტიბიოტიკოთერაპია ამპიცილინით (ან პენიცილინით) (ampicillin /penicillin) და გენტამიცინით (gentamicin, როგორც პირველი რიგის ანტიბიოტიკოთერაპია (დოზირება იხილეთ გვ 87)
- თუ არის სტაფილოკოკური ინფექციის მაღალი რისკი (მკვეთრად გამოხატული პუსტულური გამონაყარი კანზე, აბსცესი

ან ომფალიტი სეფსისის ნიშნებთან ერთად,) ინტრავენურად დაიწყეთ კლოქსაცილინის (cloxacillin) და გენტამიცინის (gentamicin) კომბინაცია.

- სერიოზული ბაქტერიული ინფექციების სამკურნალოდ ახალშობილებში ანტიბიტიკოთერაპია გრძელდება 7-10 დღე.
- თუ ახალშობილის მდგომარეობა არ უმჯობესდება 2-3 დღეში, შეცვალეთ ანტიბიოტიკი ან მოახდინეთ პაციენტის რეფერალი.

სხვა მკურნალობა

- თუ ბავშვს უვლინდება ძილიანობა ან უგონო მდგომარეობა, დარწმუნდით რომ არ აღენიშნება ჰიპოგლიკემია (იხ. გვ 39); თუ სახეზეა ჰიპოგლიკემია, შეიყვანეთ ინტრავენურად ბოლუსურად 2 მლ/კგ-ზე 10% გლუკოზა (glucose).
- უმკურნალეთ გულყრას ფენობარბიტალით (გვ. 88).
- თვალიდან ჩირქოვანი გამონადენის მკურნალობა (გვ. 103)
- თუ ჩვილი არის მალარიის შემთხვევების მქონე რეგიონიდან და უვლინდება ცხელება, ჩაატარეთ გამოკვლევა მალარიაზე. ნეონატალური მალარია საკმაოდ იშვიათია. თუ დადგინდა მალარია უმკურნალეთ არტესუნატით (artesunate) ან ქინინით (quinine (გვ. 158).
- დამხმარე თერაპია მოცემულია 6-გვერდზე

3.9 მენინგიტი

კლინიკური ნიშნები

მიიტანეთ ეჭვი მენინგიტზე, თუ ვლინდება სერიოზული ბატქერიული ინფექციის ნიშნები (იხ. ნაწილი 3.8, გვ. 89-41), განსაკუთრებით, თუ გამოხატულია ყიფლიბანდის დაჭიმულობა და ამობურცვა:

ჩვეულებრივი ყიფლიბანდი



ამობურცული / დაჭიმული ყიფლიბანდი



ამობურცული/დაჭიმული ყიფლიბანდი — მენინგიტის ნიშანია ახალშობილებსა და მცირე ასაკის ჩვილებში

ბავშვებში გამოხატულია:

- ძილიანობა, ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა
- გულყრა
- დაჭიმული / ამობურცული ყიფლიბანდი
- აგზნება
- მაღალ ხმაზე კივილი/ტირილი.

მეტად მნიშვნელოვანია ბავშვის პირველადი სტაბილიზაციის შემდეგ ლუმბალური პუნქციის ჩატარება, იდეალურ შემთხვევაში ანტიბიოტიკოთერაპიის დაწყებიდან არაუგვიანეს 2 საათში. პუნქტატის ანალიზი ადასტურებს დიაგნოზს.

მკურნალობა

- პირველი რიგის ანტიბიოტიკები არის პენიცილინი და გენტამიცინი 1 კვირის განმავლობაში. გაუმჯობესების შემთხვევაში 2 კვირის განმავლობაში გრძელდება პენიცილინი. სხვა შემთხვევაში გადადით მეორე რიგის ანტიბიოტიკზე (ცეფალოსპორინი)
- ალტერნატივას წარმოადგენს მესამე თაობის ცეფალოსპორინის, მაგ. ცეფტრიაქსონის გამოყენება (50 მგ/კგ ყოველ 12 საათში თუ < 7 დღეზე და 75 მგ/კგ 1 კვირის შემდეგ) ან ცეფოტაქსიმი (50 მგ /კგ ყოველ 12 საათში თუ < 7 დღეზე ან ყოველ 6–8 საათში თუ > 7 დღეზე) და გენტამიცინი 1 კვირის განმავლობაში.
- ჰიპოქსემიის შემთხვევაში მიაწოდეთ ჟანგბადი (იხ.გვ. 93).
- თუ ბავშვი ძილიანია ან უგონო მდგომარეობაშია, შეაფასეთ ჰიპოგლიკემიის არსებობა (გვ. 39); თუ ჰიპოგლიკემია ვლინდება, მიაწოდეთ 2მლ/კგ 10% გლუკოზა IV.
- უმკურნალეთ გულყრას ფენობარბიტალით ინტრავენურად. მისი არსებობის შემთხვევაში ან დიაზეპამით, მას შემდეგ რაც დარწმუნდებით, რომ იგი არ არის გამოწვეული ჰიპოგლიკემიით ან ჰიპოქსიით) (გვ. 39).
- რეგულარულად აკონტროლეთ გლუკოზა.

3.10 დამხმარე თერაპია ნეონატალურ პაციენტებში

3.10.1 თერმული გარემო

- ახალშობილი და 2 თვემდე ასაკის ჩვილი უნდა იყოს მშრალი და გარემოს შესაბამისად ჩაცმული
- ქუდი ამცირებს სითბოს დაკარგვას. შეინარჩუნეთ ოთახის ტემპერატურა (მინიმუმ 25°). გამოიყენეთ დედასთან ახალშობილის კანი-კანთან კონტაქტი („კენგურუს“ მეთოდი, გვ. 95) 24 სთ-ის განმავლობაში, როგორც სითბოს შენარჩუნების ეფექტური გზა. სხვა

სითბური მოწყობილობა საჭირო ხდება იმ შემთხვევაში, როდესაც დედას სძინავს ან თავად არის ავად.

- მიაქციეთ ყურადღება, რომ არ გამოიწვიოთ ბავშვის გადაცივება გასინჯვის ან სხვადასხვა გამოკვლევის ან პროცედურის ჩატარებისას.
- შეაფასეთ რეგულარულად, რომ ჩვილის ტემპერატურა შენარჩუნებული იყოს შემდეგ ფარგლებში: 36.5–37.5 °C (97.7–99.5 °F) რექტალური ან 36.0–37.0 °C (96.8–98.6 °F) აქსილარული. გამოიყენეთ თერმომეტრი, რომლითაც შესაძლებელია დაბალი ტემპერატურების განსაზღვრა, რათა მოახდინოთ ჰიპოთერმიის დიაგნოსტიკა.

3.10.2 სითხის მიწოდების მენეჯმენტი

წაახალისეთ დედა ხშირად კვებოს ბავშვი ძუძუთი ჰიპოგლიკემიის თავიდან ასაცილებლად. თუ ბავშვს არ შეუძლია კვება, მიაწოდეთ დედის გამოწველილი რძე ნაზოგასტრალური ზონდით.

- არ განახორციელოთ ენტერალური კვება, თუ ვლინდება ნაწლავის ობსტრუქცია, ნეკროზული ენტეროკოლიტი, ან ბავშვი ვერ იღებს საკვებს, რაც გამოიხატება მუცლის მზარდი შებერილობით და ღებინებით ყველა კვებაზე.
- არ გამოიყენეოთ ორალური კვება ახლშობილებსა და ჩვილებში, რომელთაც აღენიშნებათ ძილიანობა ან უგონო მდგომარეობა და უვლინდებათ ხშირი გულყრა.

თუ ეძლევა სითხე ინტრავენურად, შეამცირეთ ორალურად ან ნაზოგასტრალურად მიღებული საკვების ზრდის ტემპი. ინტრავენურად სითხის მიწოდება საუკეთესოა ინფუზომატით, რათა ზუსტად აკონტროლოთ მიღებული სითხის რაოდენობა.

გაზარდეთ მიწოდებული სითხის რაოდენობა პირველი 3-5 დღის განმავლობაში (სითხის ჯამური რაოდენობა ორალურის + ინტრავენური).

დღე 1 -	60 მლ/კგ დღეში
დღე 2-	90 მლ/კგ დღეში
დღე 3-	120 მლ/კგ დღეში
შემდეგ იზრდება	150 მლ/კგ დღეში

როდესაც ბავშვი კარგ ტოლერანტობას იჩენს ორალური კვების მიმართ, მიღებული სითხის რაოდენობა შეიძლება გაიზარდოს 180 მლ/კგ დღეში რამდენიმე დღის შემდეგ. ინტრავენური სითხის მიწოდებისას გამოიჩინეთ სიფრთხილე, რათა არ გამოიწვიოთ სითხით გადატვირთვა. ინტრავენურად დღიურად არ გამოიყენოთ 100 მლ/კგ-ზე მეტი, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც ბავშვს აქვს დეჰიდრატაცია ან იმყოფება ფოტოთერაპიის ან სხივური გამათბობლის ქვეშ. ეს არის ბავშვის სითხეზე

სრული მოთხოვნილება, ინტრავენურად მისაწოდებელი სითხის რაოდენობის კალკულაციის დროს საჭიროა ორალურად მიღებული რაოდენობის გათვალისწინება.

- მიეცით მეტი სითხე, თუ ახალშობილი იმყოფება სხივური გამათბობლის ქვეშ (1.2–1.5 -ჯერ).

– პირველი 2 დღის განმავლობაში მიაწოდეთ 10% გლუკოზის ხსნარი ინტრავენურად. 2 დღის შემდეგ არ გამოიყენოთ მხოლოდ გლუკოზის ხსნარი ნატრიუმის გარეშე. სიცოცხლის პირველი 2 დღის შემდეგ ინტრავენურ სითხედ შესაძლებელია გამოყენებული იყოს ნახევარი ფიზიოლოგიური ხსნარი და 5 % დექსტროზა.

– ჩაატარეთ ინტრავენური ინფუზიის მონიტორინგი (საუკეთესოა ინფუზომატის გამოყენება).

- გამოიყენეთ მეთვალყურეობის შედგენილი ჩანაწერების ფურცელი.
- მოახდინეთ წვეთების სიჩქარის კალკულაცია.
- აკონატროლეთ წვეთების სიჩქარე და საათის განმავლობაში შესული სითხის რაოდენობა.
- აწონეთ ბავშვი ყოველდღე.
- დააკვირდით სახის შეშუპებას: თუ იგი გამოვლინდა, შემაცირეთ ინტრავენური სითხის რაოდენობა მინიმუმამდე ან შეაჩერეთ ინტრავენური გადასხმა. დაიწყეთ ძუძუთი კვება ან მიაწოდეთ ქალის რძე ოროგასტრული ან ნაზოგასტრული მილით, როგორც კი გახდება მისი მიწოდება უსაფრთხო.

3.10.3 ოქსიგენოთერაპია

- მიაწოდეთ ჟანგბადი ახალშობილებსა და მცირე ასაკის ჩვილებს, თუ მათ უვლინდებათ:
- ცენტრალური ციანოზი ან გასპინგი
- გრანტინგი (ხმაურიანი სუნთქვა) ყველა ჩასუნთქვაზე
- კვების გამძნელება რესპირაციული დისტრესის გამო
- გულმკერდის მკვეთრად გამოხატული რეტრაქცია
- თავის ქნევა (თავის ქნევითი მოძრაობა, რომელიც რესპირაციის სინქრონულია და მიუთითებს მძიმე რესპირაციულ დისტრესზე.)

გამოიყენეთ პულსოქსიმეტრი ჟანგბადის მიწოდების განსაზღვრისათის. ჟანგბადი უნდა მიაწოდონ პაციენტს თუ მისი სატურაცია ≤ 90%. ჟანგბადის ნაკადი ისე უნდა იყოს რეგულირებული, რომ შენარჩუნდეს სატურაცია > 90%. ჟანგბადის მიწოდება წყდება, როდესაც პაციენტი ინარჩუნებს სატურაციას > 90% ოთახის ჰაერის სუნთქვისას.

ნაზალური კანულები არის უკეთესი მეთოდი მოცემულ ასაკობრივ

ჯგუფში ჟანგბადის მიწოდებისათის, ნაკადის სიჩქარით 0.5–1 ლიტრი/წთ-ში, გაზარდეთ 2 ლ/წთ-ში მძიმე რესპირაციული დისტრესის დროს, რომ მიაღწიოთ ჟანგბადის სატურაციას > 90%. სქელი სეკრეტი უნდა ამოიქაჩოს პირდაპირი ვიზუალიზაციის ქვეშ, თუ ის ახდენს სასუნქი გზების ობსტრუქციას და ჩვილი არის სუსტად, რომ თავად მოახერხოს სეკრეტისგან გათავისუფლება. ჟანგბადი უნდა შეჩერდეს, როდესაც ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა უმჯობესდება და ზემოთ აღწერილი ნიშნები აღარ არის გამოხატული.

3.10.4 მაღალი ცხელება

არ გამოიყენოთ ანტიპირეტული საშუალებები ისეთები, როგორიცაა პარაცეტამოლი ახალშობილებსა და 2 თვემდე ასაკის ჩვილებში ცხელების დროს; მოხდინეთ გარემოს ტემპერატურის კონტროლი, თუ საჭიროა გახადეთ ბავშვს.

3.11 დღენაკლული და დაბადების მცირე წონის მქონე ბავშები

3.11.1 ახალშობილები, რომელთა დაბადების წონა 2.0–2.5 კგ-ია (გესტაციის 35–36 კვირა)

ეს ახალშობილები ჩვეულებრივ არიან საკმაოდ ძლიერები, რათა განახორციელონ ძუძუს წოვა და შეინარჩუნონ სხეულის ტემპერატურა. დაიწყეთ კვება დაბადებიდან 1 საათის განმავლობაში. ასეთი ბავშვების დედებს სჭირდებათ გარკვეული დახმარება ძუძუთი კვების ხელშეწყობისთვის. მცირე მასის ახალშობილები უნდა იყვნენ თბილ გარემოში მუდმივად. ყველა მცირე წონის ახალშობილი არის ინფექციის მაღალი რისკის ქვეშ და ამიტომ საჭიროებს დაკვირვებას და ინფექციის კონტროლს.

3.11.2 ახალშობილები, რომელთა დაბადების მასა < 2.0 კგ (გესტაციის < 35 კვირაზე)

ყველა ახალშობილი, რომლის გესტაციური ასაკი < 35 კვირაზე ან დაბადების მასა < 2.0 კგ საჭიროებს რეფერალს სპეციალურ განყოფილებაში. ასეთი ჩვილები არიან ჰიპოთერმიის, კვებითი პრობლემების, აპნოეს, რესპირაციული დისტრეს სინდრომის, და ნეკროზული ენტეროკოლიტის განვითარების მაღალი რისკის ქვეშ. რაც უფრო პატარაა ბავშვი მით მაღალია რისკი.

სტაციონარში ასეთი ბავშვების მოთავსების და უკეთესი მოვლის და ზრუნვის შეთავაზებისას უნდა გავითვალისწინოთ სტაციონარში ყოფნის რისკიც (ჰოპიტალური შტამებით განპირობებული ინფექცია) და შესაბამისად მივიღოთ გადაწყვეტილება. მნიშვნელოვანია ამ ბავშვების დღის განმავლობაში 2-ჯერ მაინც ნახვა, რათა შეფასდეს

კვებითი უნარი, მიღებული სითხის რაოდენობა, საშიშიროების ნიშნები (გვ.16-17) ან სპეციფიკური ბაქტერიული ინფექციის ნიშნები თუ ვლინდება რომელიმე ეს ნიშანი უნდა დაინიშნოს მეთვალყურეობა და შესაბამისი მოვლა. ძირითადი პრობლემების მართვის პრინციპები განხილულია ქვემოთ.

ჰიპოთერმიის პრევენცია

მცირე წონის ახალშობილებში (წონა < 2000 g), რომლეთა კლინიკური მდგომარეობა სტაბილურია, უნდა დაიწყოს მოვლა „კენგურუს“ მეთოდით დაბადებისთანავე და ხელი შეეწყოს მის მუდმივ განხორციელებას დღისა და ღამის განმავლობაში. „კენგურუს“ მეთოდის გამოსაყენებლად:

- ჩააცვით ახალშობილს მხოლოდ ერთჯერადი საფენი, ქუდი და წინდები.
- მოათავსეთ ახალშობილი - კანით-კანთან კონტაქტით დედის გულმკერდზე სარძევე ჯირკვლებს შორის, ახალშობილის თავი მობრუნებული უნდა იყოს გვერდზე.
- დააფიქსირეთ ბავშვი დედის სხეულზე.
- დედას ჩააცვით ტანსაცმელი.
- წაახალისეთ დედა ხშირად კვებოს ბავში ძუძუთი. ამ მეთოდის მიზანია ჩვილის სხეულის ტემპერატურის შენარჩუნება 36–37 °C, ფეხი უნდა იყოს თბილი და ვარდისფერი.



პოზიცია ”კენგურუს” მეთოდით მოვლისთვის შენიშვნა: ბავშვს დედის სხეულზე ფიქსირების და გადახვევის შემდეგ დააფარეთ ქუდი რათა თავიდან აიცილოთ სითბოს დაკარგვა

თუ დედა ვერ ახორციელებს “კენგურუს“ მეთოდს შესაძლებელია გამოყენებული იყოს სუფთა ინკუბატორი. ინკუბატორი უნდა გაირეცხოს სადეზინფექციო ხსნარით და ჰქონდეს ბაზისური დიზაინი, რაც აადვილებს მის გამოყენებას სამედიცინო პერსონალის მიერ.

კვება

მრავალი დაავადების დროს მცირე მასის მქონე ახალშობილს უნარი აქვს კარგად მიიღოს ძუძუ. ჩვილები, რომელთაც არ შეუძლიათ ძუძუს წოვა უნდა იკვებებოდნენ ქალის გამოწველილი რძით ჭიქის და კოვზის საშუალებით. როდესაც ბავშვი იწყებს ძუძუს წოვას

და კარგად იმატებს წონაში შეამცირეთ ჭიქით კვება. ჩვილები, რომლებიც ვერ იკვებებიან ჭიქით და კოვზით, საკვებს უნდა იღებდნენ პერიოდული ბოლუსის სახით ნაზო ან ოროგასტრალური ზონდის საშუალებით.

კვებეთ ბავშვი მხოლოდ მისი დედის რძით. განსაკუთრებულ შემთხვევებში, როდესაც არ არის საკუთარი დედის რძე შესაძლებელია ბავშვს მიეცეს დონორის რძე თუ არსებობს უსაფრთხო რძის ბანკი. ხელოვნური ფორმულა უნდა მიეცეს ბავშვს როდესაც არცერთი ზემოთ მოყვანილი საკვები (დედის ან დონორის უსაფრთხო რძე) არ არის ხელმისაწვდომი.

სპეციალური კვებითი რეკომენდაციები < 1,5 კგ-ზე ნაკლები მასის მქონე ახალშობილებისთვის

ამ ჯგუფის ახალშობილებში ყველაზე მაღალია კვების პრობლემების და ნეკროზული ენტეროკოლიტის განვითარების რისკი. რაც უფრო მცირე წონისაა ახალშობილი, მით მაღალია რისკი.

- პირველი დღიდან დაწყებული მიეცით 10 მლ/კგ-ზე დღეში ენტერალური საკვები, უმჯობესია დედის გამოწველილი რძე, შეავსეთ არსებული მოთხოვნილებიდან გამომდინარე დარჩენილი სითხის რაოდენობა 50 მლ/კგ დღეში ინტრავენური სითხით. თუ ახალშობილის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელია, იგი აქტიურია და არ იღებს ინტარვენურ სითხეს, მიეცით 2–4 მლ დედის გამოწველილი რძე ყოველ 2 საათში ნაზოგასტრალური მილით, ბავშვის წონიდან გამომდინარე (იხ.გვ. 57).
- თუ ბავშვი ვერ იღებს ენტერალურ საკვებს, მაშინ საჭიროა ინტრავენური ინფუზიით მივაწოდოთ სითხე 60 მლ/კგ დღეში, სიცოცხლის პირველ დღეს. უკეთესია იხმარონ პედიატრიული (100 მლ) ინფუზომატი; 60 წვეთი = 1 მლ, ამიტომ 1 წვეთი 1 წუთში = 1 მლ/სთ-ში.
- შეაფასეთ სისხლში შაქრის შემცველობა 6 სთ-ში ერთხელ, სანამ ჩამოყალიბდება ენტერალური კვება, განსაკუთრებით იმ შემთხვევაში თუ ახალშობილს უვლინდება აპნოე, ლეთარგია, ან გულყრა. ძლიერ მცირე წონის ახალშობილები საჭიროებენ გლუკოზის 10% ხსნარს.
- დაიწყეთ ენტერალური კვება, როდესაც ბავშვის მდგომარეობა სტაბილურია და არ ვლინდება მუცლის კედლის დაჭიმვა ან მუცლის შებერილობა, აუსკულტაციით შენარჩუნებულია და ისმის მუცლის ხმიანობა, მეკონიუმი გამოიყო და არ არის აპნოეს ეპიზოდები.
- გამოთვალეთ საკვების ზუსტი რაოდენობა და კვების ჯერადობა.
- გამოიყენეთ დანიშნულების ფურცელი.

- გაზარდეთ რაოდენობა ყოველდღიურად თუ ბავშვი კარგად იტანს საკვებს.
- როდესაც იწყებთ კვებას რძით, დაიწყეთ 2–4 მლ ყოველ 1-2 სთ-ში ოროგასტრალური ან ნაზოგასტრალური ზონდით. ზოგიერთ მეტად აქტიურ, მცირე წონის ახლშობილს შეუძლია იკვებებოდეს კოვზით ან პიპეტით, რომელიც უნდა გასტერილდეს ყოველი კვების წინ. გამოიყენეთ მხოლოდ გამოწველილი რძე თუ შესაძლებელია. თუ 2–4-მლ-ს ბავშვი იღებს კარგად, არ ვლინდება ღებინება, მუცლის შებერვა ან კუჭის ასპირატში არ არის მიღბული საკვების ნახევარზე მეტი, საკვების მოცულობა შეიძლება გაიზარდოს 1–2 მლ ყოველ კვებაზე ყოველდღე. შეამცირეთ საკვების რაოდენობა ან შეწყვიტეთ კვება თუ ბავშვი ვერ იღებს კარგად საკვებს. მიზანია პირველი 5-7 დღის განმავლობაში კვების ისე ჩამოყალიბება, რომ არ იყოს საჭირო ინტრავენური მიდგომა და შესაძლებელი იყოს კათეტერის ამოღება, რათა მაქსიმალურად შემცირდეს ინფექციის განვითარების რისკი.
- საკვების რაოდენობა შეიძლება გაიზარდოს პირველი 2 კვირის განმავლობაში 150–180 მლ/კგ-მდე დღეში (3-საათში ერთხელ კვება 19–23 მლ 1-კგ-მდე ჩვილისთვის და 28–34 მლ 1.5-კგ ჩვილისთვის). ბავშვის ზრდასთან ერთად გამოთვალეთ საკვების რაოდენობა ბავშვის გაზრდილი წონის მიხედვით.
- მიეცით ყოველდღე დამატებით მას შემდეგ, რაც ბავშვი გადავა და ადეკვატურად მიიღებს სრულ ენტერალური კვებას:
  - ვიტამინი D დოზით 400 IU
  - კალციუმი 120–140 მგ/კგ
  - ფოსფორი 60–90 მგ/კგ.
- დაიწყეთ რკინის საპლემენტაცია 2 კვირის ასაკიდან დოზით 2–4 მგ/კგ დღეში 6 თვემდე ასაკამდე.

აპნოეს პრევენცია

- მიეცით კოფეინის ციტრატი (caffeine citrate) ან ამინოფილინი (aminophylline) აპნოეს პრევენციისთვის დღენაკლულ ახალშობილებს. უპირატესობა ენიჭება კოფეინს მისი არსებობისას.
- კოფეინ ციტრატის გამაჯერებელი დოზაა 20 მგ/კგ ორალურად ან ინტრავენურად (ნელა შეყვანა დაახლოებით 30 წთ-ის განმავლობაში). შემანარჩუნებელი დოზა 5 მგ/კგ დღეში უნდა დაიწყოს 24 საათის შემდეგ და შესაძლებელია დოზა გაიზარდოს 5 მგ/კგ ყოველ 24 სთ-ში მაქსიმუმი 20 მგ/კგ დღეში, თუ არ განვითარდება გვერდითი მოვლენები. გააგრძელეთ 4–5 დღე აპნოეს შეწყვეტის შემდეგ (იხ. გვ 106).
- თუ კოფეინი არ არის ხელმისაწვდომი, მიეცით ამინოფილინი გამაჯერებელი დოზით 6 მგ/კგ ინტრავენურად, 20 წთ-ის განმავლობაში, რომელსაც მიაყოლებთ შემანარჩუნებელ

დოზას 2.5 მგ/კგ 12 საათში.

- თუ აპნოეს მონიტორი არსებობს საჭიროა მისი გამოყენება.
- თუ აპნოეს მონიტორი არ არის ხელმისაწვდომი, აპნოეს გამოვლინებაში დაგეხმარებათ განგაშის სისტემის მქონე პულსოქსიმეტრი, რომელიც განგაშს ტეხს ჰიპოქსემიის განვითარების შემთხვევაში.

3.11.3 მცირე წონის მქონე ახალშობილის უხშირესი პრობლემები რესპირაციული დისტრეს- სინდრომი

დღენაკლულ ახალშობილებს აქვთ რესპირაციული დისტრესის განვითარების მაღალი რისკი სურფაქტანტის დეფიციტის გამო. მისი შემცირება შესაძლებელია, თუ ორსულ დედებს, რომლებსაც აღენიშნებთ ვადაზე ადრე მშობიაროზის რისკი (მაგ: ვადაზე ადრე განვითარებული ჭინთვა ან წყლების ნაადრევი დაღვრა), გაუკეთებენ დექსამეტაზონს 2 ჯერადად დოზით 12 მგ 24 სთ ინტერვალით . რესპირაციული დისტრესი ჩვეულებრივ ვითარდება დღნაკლულ ახალშობილებში სიცოცხლის პირველი 3 დღის განმავლობაში. მშობიარობისას და მის შემდგომ პერიოდში ხდება სურფაქტანტის პროდუქციის გაზრდა, აქედან გამომდინარე მეტად მნიშვნელოვანია დავეხმაროთ ახალშობილს სიცოცხლის პირველი დღეების განმავლობაში, სანამ სურფაქტანტის დეფიციტი არ მოგვარდება.

ძირითადი კლინიკური ნიშნები ვლინდება ჩვეულებრივ დაბადებიდან პირველ 4 საათში. ეს ნიშნებია:

- ტაქიპნოე
- ექსპირაციული გრანტინგი - ხმაური
- ნეკნთაშუა კუნთების და ნეკნების ქვედა არის ჩადრეკა და
- ციანოზი.

მკურნალობა

მკურნალობის პრინციპებია:

- მინიმალური უხეში ჩარევა
- საჭიროების შემთხვევაში ოქსიგენოთერაპია, რათა შენარჩუნებული იყოს ჟანგბადის სატურაცია > 90% მაგრამ < 95% რომ მინიმუმამდე შემცირდეს თვალის დაზიანების რისკი
- დასაწყისში ორალური კვების აკრძალვა
- ინტრავენური სითხეები (იხ.ზემოთ)
- ნორმალური ტემპერატურის შენარჩუნება
- ახალშობილთა სეფსისის ინტრავენური ანტიბიოტიკოთერაპია, ვინაიდან ძნელია გამორიცხვა, რომ რესპირაციული დისტრესი განპირობებულია პნევმონიით

მუდმივი დადებითი წნევა სასუნთქ გზებში გამოიყენება, მათ შორის ამოსუნთქვისას, რომ თავიდან იყოს აცილებული სასუნთქი გზების

კოლაფსი, გაუმჯობესდეს ოქსიგენაცია და შემცირდეს სუნთქვის უკმარისობა. შემდგომი დეტალებისთვის იხ. ნაწილი 10.7
თუ გამოხატულია პერსისტული რესპირაციული დისტრესი ან ჰიპოქსემია, აუცილებელია გულმკერდის რენტგენოგრაფიის ჩატარება და პნევმოთორაქსის გამორიცხვა.

ნეკროზული ენტეროკოლიტი

ნეკროზული ენტეროკოლიტი (ნაწლავის ინფექცია) შესაძლებელია განვითარდეს მცირე წონის ახალშობილებში, განსაკუთრებით მას შემდეგ, როდესაც იწყება ენტერალური კვება. ნეკროზული ენტეროკოლიტი უფრო ხშირად გვხვდება ხელოვნური კვების შემთხვევაში, თუმცა შესაძლებელია განვითარდეს ძუძუთი კვებაზე მყოფ ბავშვებშიც.

ნეკროზული ენტეროკოლიტის ჩვეული სიმპტომებია:

- მუცლის შებერილობა და მტკივნეულობა
- კვების აუტანლობა
- ნაღვლის შემცველი ღებინება ან ნაღვლის შემცველი სითხე ნაზოგასტრალურ ზონდში
- განავალში სისხლის არსებობა

სისტემური დაავადების ზოგადი ნიშნებია:

- აპნოე
- ძილიანობა ან უგონო მდგომარეობა
- ცხელება ან ჰიპოთერმია

მკურნალობა

- შეწყვიტეთ ენტერალური კვება .
- ჩადგით ნაზოგასტრალური ზონდი და დატოვეთ თავისუფალი დრენაჟისთვის.
- დაიწყეთ ინტრავენურად გლუკოზის და მარილოვანი ხსნარების ინფუზია (გვ . 39 ინფუზიის სიჩქარე და დოზა).
- დაიწყეთ ანტიბიოტიკოთერაპია: ამპიცილინით (ან პენიცილინი) (ampicillin /penicillin) პლუს გენტამიცინი (gentamicin) პლუს მეტრონიდაზოლი (metronidazole) 10 დღის განმავლობაში.

თუ პაციენტს აღენიშნება აპნოე ან სხვა საშიშროების ნიშნები, მიაწოდეთ ჟანგბადი ნაზალური კათეტერის გამოყენებით. თუ აპნოე გრძელდება, გამოიყენეთ ამინოფილინი ან კოფეინი ინტრავენურად (იხ.გვ. 106).
თუ ბავშვი ფერმკრთალია განსაზღვრეთ Hb დონე, ჩაატარეთ ტრანსფუზია, თუ Hb < 10 გრ/დეცილ-ში.
გადაიღეთ მუცლის რენტგენოგრაფია სუპინალურ (ზურგზე წოლის) და ლატერალურ მწოლიარე პოზიციაში. თუ ვლინდება აირები მუცლის ღრუში, ნაწლავის გარეთ, შესაძლებელია იყოს ნაწლავის

პერფორაცია. კონსულტაციისთვის დაუყოვნებლივ მიმართეთ ქირურგს. ზედმიწევნით ყურადღებით გასინჯეთ ბავშვი ყოველდღე. თავიდან დაიწყეთ გამოწველილი რძის მიცემა ნაზოგასტრალური ზონდით, მას შემდეგ რაც ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა იქნება სტაბილური, მუცელი რბილი და უმტკივნეულო და ბავშვს ექნება ნორმალური დეფეკაცია, რომელიც არ შეიცავს სისხლს და არ იქნება ღებინება ნაღვლის შემცველი მასებით. დაიწყეთ კვება ძალიან ნელა და თანდათანობით გაზარდეთ რაოდენობა 1–2 მლ თითო კვებაზე ყოველ დღე.

3.11.4 მცირე წონის ახალშობილის გაწერა და შემდგომი მეთვალყურეობა

მცირე წონის ახალშობილის გაწერა შესაძლებელია მას შემდეგ, რაც:

- მათ არ აღენიშნებათ საშიშროების ნიშნები ან მძიმე ინფექციისთვის დამახასიათებელი სიმპტომები
- ისინი იმატებენ წონაში და იმყოფებიან ძუძუთი კვებაზე
- შეუძლიათ შეინარჩუნონ სხეულის ტემპერატურა ნორმის ფარგლებში (36–37 °C) ოთახის ტემპერატურაზე ღია ბავშვის საწოლში
- დედა არის თვითდაჯერებული და შეუძლია ბავშვის მოვლა ბინაზე.

მცირე წონის ახალშობილებში უნდა ჩატარდეს შესაბამისი ვაქცინაცია დაბადებისას და თუ ეკუთვნით განმეორებითი დოზა უნდა გაკეთდეს გაწერამდე.

კონსულტაცია გაწერისას

გაწერამდე ჩაუტარეთ დედას კონსულტაცია:

- ექსკლუზიური ძუძუთი კვების საკითხებზე
- ბავშვისთვის თბილი გარემოს შექმნის აუცილებლობაზე
- საშიშროების ნიშნებზე, რომელთა შემთხვევაში აუცილებელია ექიმთან დაუყოვნებლივ მიყვანა

დაბალი წონის ახალშობილის განმეორებითი ვიზიტები უნდა განხორციელდეს ყოველ კვირა, რათა შეფასდეს წონის ნამატი, კვება და ჯანმრთლობის მდგომარეობა ვიდრე იგი მიაღწევს 3 კგ-ს.

3.12 სხვა ხშირი ნეონატალური პრობლემები

3.12.1 სიყვითლე

დროულ ახალშობილთა 50% ზე მეტს და დღენაკლულ ახალშობილთა 80% უვლინდებათ გარკვეული ინტენსივობის სიყვითლე. სიყვითლე შეიძლება იყოს ფიზიოლოგიური ან პათოლოგიური:

ნორმალური (ფიზიოლოგიური)

- კანი და თვალის სკლერა ყვითელია, მაგრამ არ ვლინდება

პათოლოგიური სიყვითლისთვის დამახასიათებელი ნიშნები

პათოლოგიური (არა-ფიზიოლოგიური)

• სიყვითლის განვითარება სიცოცხლის პირველ დღეს

• სიყვითლე გრძელდება > 14 დღეზე დროულ და > 21 დღეზე დღენაკლულ ახალშობილებში

• ვლინდება ცხელება

• მკვეთრად გამოხატული სიყვითლე: ბავშვის ტერფები და მტევნები არის მკვეთრად ყვითელი

პათოლოგიური სიყვითლის მიზეზებია:

• სერიოზული ბაქტერიული ინფექცია

• ჰემოლიზური დაავადება - სისხლის ჯგუფობრივი ან რეზუს შეუთავსებლობის ან გლუკოზო 6 ფოსფატდეჰიდროგენაზას დეფიციტის გამო

• თანდაყოლილი სიფილისი (გვ. 104) ან სხვა საშვილოსნოსშიდა ინფექციები

• ღვიძლის დაავადებები, როგორიცაა ჰეპატიტი ან სანაღვლე გზების ატრეზია (აქოლიური განავალი და მუქი შარდი)

• ჰიპოთირეოზი

გამოკვლევები პათოლოგიური სიყვითლის შემთხვევაში

ყველა ახალშობილთან უნდა ტარდებოდეს სიყვითლეზე მეთვალყურეობა, რომლის დასადასტურებლად საჭიროა ბილირუბინის განსაზღვრა, თუ შესაძლებელია. ბილირუბინის განსაზღვრა მიზანშეწონილია, თუ:

- სიყვითლე ვლინდება სიცოცხლის 1 დღეს
- დღენაკლულ ახალშობილებში (< 35 კვირა), თუ სიყვითლე გამოხატულია მე-2 დღეს
- ნებისმიერი ასაკის ახალშობილი, რომელსაც უვლინდება ტერფების და მტევნების სიყვითლე.

გამოკვლევები დამოკიდებულია შესაძლო დიაგნოზზე და კვლევების ხელმისაწვდომობაზე. კვლევები შეიძლება მოიცავდეს:

• Hb და ჰემატოკრიტს Ht

• სისხლის საერთო ანალიზს სერიოზული ბაქტერიული ინფექციისთვის დამახასიათებელი ცვლილებების (მაღალი ან დაბალი ნეიტროფილების რაოდენობა და > 20% ახალგაზრდა ჩხირბირთვიანი ფორმები) და ჰემოლიზის ნიშნების დასადგენად

• ახალშობილის და დედის სისხლის ჯგუფის და რეზუსის განსაზღვრა და კუმბსის ტესტი

• სიფილისის სეროლოგია, როგორიცაა ვენეროლოგიური ლაბორატორიის ტესტები

• გლუკოზო-6 ფოსფატ-დეჰიდროგენაზას სკრინინგი, ფარისებრი ჯირკვლის ჰორმონები, ღვიძლის ულტრასონოგრაფია

მკურნალობა

- ფოტოთერაპია თუ
- სიყვითლე ვლინდება 1 დღეს
- მკვეთრი სიყვითლე ვრცელდება მტევნებსა და ტერფებზე
- დღენაკლულობა და სიყვითლე
- სიყვითლის მიზეზია ჰემოლიზი

სიყვითლის მკურნალობა ბილირუბინის დონის მიხედვით

ასაკი	ფოტოთერაპია		შენაცვლებითი ტრანსფუზია[1]	
	ჯანმრთელი დროული ახალშობილი ≥ 35 კვირაზე	დღენაკლული ახალშობილი < 35 კვირაზე ან რაიმე რისკ ფაქტორები[2]	ჯანმრთელი დროული ახალშობილი ≥ 35 კვირაზე	დღენაკლული ახალშობილი < 35 კვირაზე ან რაიმე რისკ ფაქტორები
დღე 1	ნებისმიერი შესამჩნევი სიყვითლე[3]		260 მმოლ/ლ (15 მგ/დეცილ)	220 მმოლ/ლ (10 მგ/დეცილ)
დღე 2	260 მმოლ/ლ (15 მგ/დეცილ)	170 მმოლ/ლ (10 მგ/დეცილ)	425 მმოლ/ლ (25 მგ/დეცილ)	260 მმოლ/ლ (15 მგ/დეცილ)
დღე ≥ 3	310 მმოლ/ლ (18 მგ/დეცილ)	250 მმოლ/ლ (15 მგ/დეცილ)	425 მმოლ/ლ (25 მგ/დეცილ)	340 მმოლ/ლ (20 მგ/დეცილ)

[1] შენაცვლებითი თერაპია არ არის აღწერილი მოცემულ "ჯიბის წიგნში", თუმცა მითითებულია ბილირუბინის დონე, როდესაც ბავშვი საჭიროებს შენაცვლებით თერაპიას და მიზანშეწონილია გადაყვანილ იქნას იმ დაწესებულებაში, სადაც შენაცვლებითი ტრანსფუზიის განხორციელება შესაძლებელია.

[2] რისკ-ფაქტორები მოიცავს მცირე ასაკს (< 2.5 კგ დაბადებისას ან დაბადებული გესტაციის 37 კვირამდე), ჰემოლიზს და სეფსისს.

[3] შესამჩნევი სიყვითლე სხეულის ნებისმიერ ადგილას, რომელიც ვლინდება 1 დღეს

გააგრძელეთ ფოტოთერაპია, სანამ შრატის ბილირუბინის დონე იქნება უფრო ნაკლები იმ მაჩვენებელზე, რომელზეც მიზანშეწონილია ფოტოთერაპიის ჩატარება ან მანამდე, სანამ ბავშვი არ იქნება კარგად და სიყვითლე ალაგდება ტერფების და მტევნების მიდამოდან.

თუ ბლირუბინის დონე ძალიან მაღალია (იხ. ცხრილი) და თქვენ

შეგიძლიათ უსაფრთხოდ ჩაატაროთ შენაცვლებითი თერაპია, მიიღეთ გადაწყვეტილება მისი ჩატარების შესახებ.

ანტიბიოტიკები

- თუ საეჭვოა ინფექციის ან სიფილისის არსებობა, უმკურნალეთ სერიოზულ ბაქტერიულ ინფექციას.

ანტიმალარიული საშუალებები

- თუ ვლინდება ცხელება და ახალშობილი არის რეგიონიდან, რომელშიც გავრცელებულია მალარია, ჩაატარეთ სისხლის წვეთის გამოკვლევა მალარიის დასადგენად, თუ იგი დადასტურდა, მიეცით მალარიის საწინააღმდეგო საშუალებები.
- წაახალისეთ ძუძუთი კვება.

3.12.2 კონიუქტივიტი

შეწებებული თვალები და მსუბუქი კონიუქტივიტი

- უმკურნალეთ ამბულატორიულად თუ ბავშვს არ უვლინდება სხვა სერიოზული პრობლემა.
- აჩვენეთ დედას, როგორ უნდა მოასუფთაოს თვალი წყლით და როგორ მოათავსოს მალამო ბავშვის თვალში. თვალში ჩაწვეთებამდე ან მალამოს მოთავსებამდე დედამ უნდა დაიბანოს ხელი.
- აუხსენით დედას, რომ მოასუფთაოს, მობანოს თვალი და მოათავსოს მალამო 4 -ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში.
- მიეცით დედას ტეტრაციკლინის (tetracycline) ან ქლორამფენიკოლის (chloramphenicol) თვალის მალამო კონიუქტივიტის სამკურნალოდ.

განმეორებით შეაფასეთ 48 საათის შემდეგ, თუ ბავშვის მდგომარეობა არ უმჯობესდება. მძიმე კონიუქტივიტი (დიდი რაოდენობით ჩირქი ან ქუთუთოების შესიება) ხშირად არის გონოკოკური ინფექციით განპირობებული. ასეთ შემთხვევაში უმკურნალეთ პაციენტს სტაციონარში, ვინაიდან მაღალია სიბრმავის განვითარების რისკი, ასეთი პაციენტი საჭიროებს დღეში 2 -ჯერ გასინჯვას.

- გამორეცხეთ თვალი, რომ მოაცილოთ რაც შეიძლება მეტი ჩირქი.
- დანიშნეთ ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) (50 მგ/კგ- დან მაქსიმალური სრული დოზა 150 მგ კუნთებში



ახალშობილთა ოფთალმია შესიებული, შეწითლებული თვალი ჩირქით.

ერთჯერადად) ან კანამიცინი (kanamycin) (25 მგ/კგ მაქსიმალური სრუილ დოზა 75 მგ კუნთებში ერთჯერადად), ნაციონალური გაიდლაინის შესაბამისად.
ასევე გამოიყენეთ, როგორც ეს აღწერილია ზევით:

- ტეტრაციკლინის თვალის მალამო ან
- ქლორამფენიკოლის თვალის მალამო

უმკურნალეთ დედას და მის პარტნიორს სექსობრივად გადამდებ ინფექციაზე: ამოქსიცილინი, სპექტინომიცინი ან ციპროფლოქსაცილინი გამოიყენება გონორეის, ტეტრაციკლინი ქლამიდიას სამკურნალოდ გამომდინარე რეზისტენტობიდან, რაც ვლინდება თქვენს ქვეყანაში. გამოიყენეთ სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციების მართვის გაიდლაინი.

3.12.3 თანდაყოლილი მალფორმაციები

იხ ნაწილი 9.2 (გვ. 318-319), რომელშიც მოცემულია:

- სასის და ტუჩის ნაპრალი
- ნაწლავის ობსტრუქცია
- მუცლის კედლის დეფექტი
- მიელომენინგოცელე
- მენჯის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა
- ექვინოვარუსული ტერფმრუდობა

3.13 ახალშობილები, რომელთა დედებს აღენიშნებათ ინფექციური დაავადებები

3.13.1 თანდაყოლილი სიფილისი

კლინიკური ნიშნები

- დაბადების მცირე წონა
- ტერფებზე და მტევნებზე: წითელი გამონაყარი, მონაცრისფერო ლაქები, ვეზიკულები ან კანის აქერცვლა.
- 'სრუტუნი': ქერქოვანი რინიტი და ცხვირის ობსტრუქცია
- მუცლის შებერვა, რაც განპირობებულია ღვიძლის და ელენთის გადიდებით
- სიყვითლე
- ანემია

ძლიერ მცირე წონის ზოგიერთ ჩვილს სიფილისით უვლინდებათ მძიმე სეფსისის კლინიკური ნიშნები: ლეთარგია, რესპირაციული დისტრესი, კანზე პეტექიები ან სხვა სისხლდენა.
თუ ეჭვი გაქვთ სიფილისზე, ჩაატარეთ სიფილისის სწრაფი სკრინინგული ტესტი (VDRL ტესტი), თუ შესაძლებელია.

მკურნალობა

➢ უმკურნალეთ დედას და მის პარტნიორს სიფილისზე და შეამოწმეთ სხვა სქესობრივადგადამდები ინფექციები.

3.13.2 ჩვილები, რომელთა დედებს აქვთ ტუბერკულოზი

თუ დედას აქვს ფილტვის აქტიური ტუბერკულოზი (TB) და მკურნალობდა ბავშვის დაბადებამდე 2 თვით ადრე ან TB დაუდგინდა დაბადების შემდეგ:

- დაარწმუნეთ დედა, რომ უსაფრთხოა ჩვილის ძუძუთი კვება.
- არ ჩაატაროთ ბცჟ (BCG) ვაქცინაცია დაბადებისას.
- მიეცით საპროფილაქტიკო იზონიაზიდი (isoniazid) 10 მგ/კგ დასალევად, ერთჯერ დღეში.
- განმეორებით შეაფასეთ ბავშვი 6 კვირის ასაკში, შეაფასეთ წონის ნამატი და გადაიღეთ გულმკერდის რენტგენოგრამა, თუ შესაძლებელია.
- თუ რომელიმე ნიშანი მიუთითებს აქტიურ დაავადებაზე, დაიწყეთ სრული ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა, ნაციონალური გაიდლიანის მიხედვით (იხ.გვ 153).
- თუ ჩვილის მდგომარეობა დამაკმაყოფილებილია და ტესტები უარყოფითი გააგრძელეთ საპროფილაქტიკო იზონიაზიდი, რომ შესრულდეს მკურნალობის სრული 6 თვიანი კურსი.
- ჩაატარეთ BCG ვაქცინაცია მკურნალობის სრული კურსის დასრულების 2 კვირის შემდეგ. თუ BCG აცრა უკვე გაკეთებულია, გაიმეორეთ იზონიაზიდით მკურნალობის დასრულებიდან 2 კვირის შემდეგ.

3.13.3 ახალშობილები დაბადებული HIV ინფექციის მქონე დედებისგან

3.14 დროული და მცირე მასის მქონე ახალშობილებში ხშირად გამოყენებული მედიკამენტების დოზირება

მედიკამენტი	დოზა	ფორმა	ბავშვის წონა კგ-ში						
			1–< 1.5	1.5–< 2	2–2.5	2.5–< 3	3–3.5	3.5–< 4	4–< 4.5
ამინოფილინი Aminophylline აპნოეს პრევენცია	დაიანგარიშეთ **ზუსტი** შემანარჩუნებელი დოზა	ორალური							
	გამაჯერებელი დოზა: ორალური ან ინტრავენურად მეტი 30წთ-ზე 6 მგ/კგ, შემდეგ	250 მგ/10 მლ ფლაკონი გამაჯერებელი დოზა განზავდეს 5 მლ სტერილურ წყალში, ნელა 15–30 წთ	0.6 მლ	0.8 მლ	1.0 მლ	ჩვეულებრივ ამ ახალშობილებში ამინოფილინი არ გამოიყენება.			
	შემანარჩუნებელი დოზა: სიცოცხლის 1 კვირა: ორალურად 2.5 მგ/კგ 12 სთ-ში ერთხელ;		0.1–0.15 მლ	0.15–0.20 მლ	0.20-0.25 მლ				
	კვირა 2–4: ორალურად: 4 მგ/კგ 12სთ-ში ერთხელ		0.15–0.2 მლ	0.25–0.3 მლ	0.30–0.4 მლ				
ამპიცილინი Aminophylline	კუნთებში/ინტრავენურად: 50 მგ/კგ პირველი კვირა: ყოველ 12 სთ-ში სიცოცხლის 2–4 კვირა: ყოველ 8 სთ	250 მგ ფლაკონი შე-რეული 1.3 მლ სტერილურ ხსნარში, რომ მივიღოთ 250 მგ/1.5 მლ	0.3–0.6 მლ	0.6–0.9 მლ	0.9–1.2 მლ	1.2–1.5 მლ	1.5–2.0 მლ	2.0–2.5 მლ	2.5–3.0 მლ
კოფეინ ციტრატი Caffeine citrate	გამოთვალეთ **ზუსტი** ორალური შემანარჩუნებელი დოზა								
	გამაჯერებელი		20–30 მგ	30–40 მგ	40–50 მგ	50–60 მგ	60–70 მგ	70–80 მგ	80–90 მგ

მედიკამენტი	დოზა	ფორმა	ბავშვის წონა კგ-ში						
			1–< 1.5	1.5–< 2	2–2.5	2.5–< 3	3–3.5	3.5–< 4	4–< 4.5
	დოზა: ორალურად: 20 მგ/კგ (ან ინტრავენურად მინიმუმ 30 წთ) **შემანარჩუნებელი დოზა:** 5 მგ/კგ დღიურად ორალური (ან IV მინიმუმ 30 წთ)		5–7.5 მგ	7.5–10 მგ	10–12.5 მგ	12.5–15 მგ	15–17.5 მგ	17.5–20 მგ	20–22.5 მგ
ცეფოტაქსიმი Cefotaxime	ინტრავენურად: 50 მგ/კგ დღენაკლულებში: ყოველ 12 სთ სიცოცხლის 1 კვირა: ყოველ 8 სთ კვირა 2–4: ყოველ 6 სთ	500 მგ ფლაკონი შერეული 2 მლ საინექციო წყალში, რომ გამოვიდეს 250 მგ/მლ	0.3 მლ	0.4 მლ	0.5 მლ	0.6 მლ	0.7 მლ	0.8 მლ	0.9 მლ
ცეფტრიაქსონი მენინგიტის დროს Ceftriaxone	ინტრავენურად: 50 მგ/კგ ყოველ 12 სთ	1-გრ ფლაკო-ნი გაიხსნას 9.6 მლ გამოხ-დილ წყალში, რომ გამოვი-დეს 1გ/10 მლ	0.5–0.75 მლ	0.75–1 მლ	1–1.25 მლ	1.25–1.5 მლ	1.5–1.75მლ	1.75–2მლ	2–2.5 მლ
ჩირქოვანი გამონადენი თვალიდან	კუნთებში/ინტრავენ ურად: 100 მგ/კგ ერთჯერ დღეში 50 მგ/კგ ერთჯერ კუნთებში (მქსიმუმ, 125 მგ)		1–1.5 მლ	1.5–2 მლ	2–2.5 მლ	2.5–3 მლ	3–3.5 მლ	3.5–4 მლ	4–4.5 მლ
კლოქსაცილინი	25–50 მგ/კგ დოზა	25-მგ ფლაკონი	25 მგ/კგ:	0.3–0.5 მლ	0.5–0.6 მლ	0.6–0.75	0.75–1.0 მლ	1.0–1.25 მლ	1.25–1.5 მლ

მედიკამენტი	დოზა	ფორმა	ბავშვის წონა კგ-ში						
			1–< 1.5	1.5–< 2	2–2.5	2.5–< 3	3–3.5	3.5–< 4	4–< 4.5
	სიცოცხლის პირველი კვირა : ყოველ12 სთ-ში	გაიხსნას 1.3 მლ საინექციო წყალში, რომ მივიღოთ 250 მგ/1.5 მლ	0.15–0.3 მლ			მლ			
	2–4 კვირა: ყოველ 8 სთ		50 მგ/კგ: 0.3–0.6 მლ	0.6–0.9 მლ	0.9–1.2 მლ	1.2–1.5 მლ	1.5–2.0 მლ	2–2.5 მლ	2.5–3.0 მლ
გენტამიცინი	უმჯობესია გამოთვალოთ ზუსტი დოზა ბავშის წონის მიხედვით								
Gentamicin	**სიცოცხლის 1 კვირა:** მცირე წონის ახალშობილები: კუნთებში/ინტრავენურად: 3 მგ/კგ ერთჯერ დღეში ნორმალური წონის ახალშობილები: კუნთებში/ინტრავენურად: 5 მგ/კგ დოზაზე ერთჯერადად დღეში	ფლაკონი 20 მგ/2 მლ ფლაკონი 80 მგ/2 მლ გაიხსნას 8 მლ საინექციო წყალში, რომ მივიღოთ 10 მგ/მლ	0.3–0.5 მლ	0.5–0.6 მლ	0.6–0.75 მლ	1.25–1.5 მლ	1.5–1.75 მლ	1.75–2 მლ	2–2.25 მლ
	კვირა 2–4: კუნთებში/ინტრავენურად: 7.5 მგ/კგ ერთჯერ დღეში		0.75–1.1 მლ	1.1–1.5 მლ	1.5–1.8 მლ	1.8–2.2 მლ	2.2–2.6 მლ	2.6–3.0 მლ	3.0–3.3 მლ
შენიშვნა: როდესაც იყენებთ 80 მგ/2 მლ-იან ფლაკონს გახსენით ის 8 მლ საინექციო წყალში, რომ მივიღოთ 10 მგ/მლ, შემდეგ გამოიყენეთ იგივე დოზა როგორც ზემოთაა მოყვანილი ცხრილში.									
კანამიცინი Kanamycin	კუნთებში/ინტრავენურად: 20 მგ/კგ ერთი დოზა	2-მლ ფლაკონში, რომ მიიღოთ 125 მგ/მლ	0.2–0.3 მლ	0.3–0.4 მლ	0.4–0.5 მლ	0.5–0.6 მლ	0.6–0.7 მლ	0.7–0.8 მლ	0.8–1.0 მლ

მედიკამენტი	დოზა	ფორმა	ბავშვის წონა კგ-ში						
			1–< 1.5	1.5–< 2	2–2.5	2.5–< 3	3–3.5	3.5–< 4	4–< 4.5
	თვალიდან ჩირქოვანი გამონადენისას)								
ნალოქსონი Naloxone	0.1 მგ/კგ	ფლაკონი 0.4 მგ/ მლ	0.25 მლ	0.25 მლ	0.5 მლ	0.5 მლ	0.75 მლ	0.75 მლ	1 მლ
პენიცილინი									
ბენზილპენიცილინი Penicillin benzyl-penicillin	50 000 U/კგ დოზა 1 კვირა: ყოველ 12 სთ-ში 2-4 კვირა და მეტი: ყოველ 6 სთ	ფლაკონი 600 მგ (1 000 000 U) გაიხსნას 1.6 მლ საინექციო წყალში, მივიღებთ 500 000 U/მლ	0.2 მლ	0.2 მლ	0.3 მლ	0.5 მლ	0.5 მლ	0.6 მლ	0.7 ml
ბენზათინ ბენზილპენიცილინი Benzathine benzylpenicillin	50 000 U/კგ ერთჯერ დღეში	IM: ფლაკონი 1 200 000 U შერეული 4 მლ საინექციო წყალში	0.2 მლ	0.3 მლ	0.4 მლ	0.5 მლ	0.6 მლ	0.7 მლ	0.8 ml
პროკაინ ბენზილპენიცილინი Procaine benzyl-penicillin	IM: 50 000 U/კგ ერთჯერ დღეში	3-გრ ფლაკო-ნი (3 000 000 U) შერეული 4 მლ საინექციო წყალში	0.1 მლ	0.15 მლ	0.2 მლ	0.25 მლ	0.3 მლ	0.3 მლ	0.35 მლ
ფენობარბიტალი Phenobarbital	გამაჯერებელი დოზა: კუნთებში/ინტრავენურად ან ორალური: 20 მგ/კგ	ფლაკონი 200 მგ/მლ გახსნილი 4 მლ საინექციო წყალში 30-მგ	Calculate the **exact** dose						
		ტაბლეტები	½	¾	1	1¼	1½	1¾	2
	შემანარჩუნებელი დოზა: ორალურად 5 მგ/კგ დღეში	30-მგ ტაბლეტი	¼	¼	½	½	½	¾	¾

ჩანაწერი

თავი 4. ხველა ან გაძნელებული სუნთქვა

4.1 ხველების მქონე ბავშვი	144
4.2 პნევმონია	118
4.2.1 მძიმე პნევმონია	119
4.2.2 პნევმონია	125
4.3 პნევმონიის გართულებები	127
4.3.1 პლევრაში სითხე და ემპიემა	127
4.3.2 ფილტვის აბსცესი	128
4.3.2 პნევმოთორაქსი	129
4.4 ხველა ან გაციება	130
4.5 მსტვენავი სუნთქვით მიმდინარე მდგომარეობები	131
4.5.1 ბრონქიოლიტი	133
4.5.2 ასთმა	136
4.5.3 მსტვენავი სუნთქვა ხველისა და გაცივების დროს	142
4.6 სტრიდორით მიმდინარე მდგომარეობები	143
4.6.1 ვირუსულიკრუპი	145
4.6.2 დიფთერია	147
4.6.3 ეპიგლოტიტი	148
4.6.4 ანაფილაქსია	150
4.7 ქრონიკული ხველით მიმდინარე მდგომარეობები	152
4.7.1 ყივანახველა	156
4.7.2 ტუბერკულოზი	160
4.7.3 უცხო სხეული სასუნთქ გზებში	162
4.8 გულის უკმარისობა	164
4.9 გულის რევმატული დაავადება	

ხველა და გაძნელებული სუნთქვა წარმოადგენს ხშირ პრობლემას პატარა ბავშვებში. მდგომარეობა ამ დროს შეიძლება იყოს მსუბუქიდან სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობამდე.

ამ თავში მოცემულია იმ მდგომარეობების მართვის გაიდლაინი, რომლებიც ყველაზე ხშირად იწვევენ ხველას ან/და გაძნელებულ სუნთქვას 2 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ამ მდგომარეობების დიფერენციული დიაგნოზი მოცემულია მე-2 თავში. ამ პრობლემების მართვა < 2 თვეზე ასაკში მოცემულია მე-3 თავში, ხოლო მძიმე კვების მოშლის დროს ამ პრობლემების მართვა მოცემული მე-7 თავში.

ხველის ეპიზოდების უმრავლესობა წლის განმავლობაში რამდენიმეჯერ შეესაბამება „გაციებას“, ანუ არამძიმე რესპირაციულ ვირუსულ ინფექციას. სიკვდილის უხშირესი მიზეზი, რომელსაც თან სდევს ხველა და სუნთქვის გაძნელება, არის პნევმონია, რომელიც პირველი უნდა მოისაზრებოდეს დიფერენციულ დიაგნოსტიკაში (ცხრილი 6, გვ.112).

4.1 ხველის მქონე ბავშვი

დაავადების ანამნეზი

მიაქციეთ განსაკუთრებული ყურადღება:

• ხველა

– ხველის ხანგრძლივობა დღეებში

– პაროქსიზმების არსებობა წამოყივლებით, ღებინება ან ცენტრალური ციანოზი

• TB-სთან (ან ქრონიკული ხველის მქონე პირთან) კონტაქტი ოჯახში

• სლოკინის არსებობა ან სიმპტომების უეცარი გამოვლენა

• ცნობილია თუ არა პაციენტის HIV სტატუსი

• ვაქცინაციის ისტორია: BCG; დიფთერია, ყივანახველა, ტეტანუსი (DPT); წითელა;

Haemophilus influenzae ტიპი b და პნევმოკოკური ვაქცინები

• ანამნეზში ასთმა პაციენტთან ან ოჯახში

გასინჯვა

ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომები და ნიშნები ხშირად ეხმარება კლინიცისტს დიაგნოსტიკაში. პაციენტს შეიძლება არ ჰქონდეს ყველა სიმპტომი.

ზოგადი ნიშნები

- ცენტრალური ციანოზი
- აპნოე, გახშირებული სუნთქვა, კვნესა, ცხვირის ნესტოების ბერვა, მსტვენავი სუნთქვა, რომელიც ისმის დისტანციიდან, სტრიდორი
- თავის უნებლიე მოძრაობა შესუნთქვასთან ერთად - მძიმე რესპირაციული დისტრესის ნიშანია
- ტაქიკარდია
- ხელისგულების მკვეთრად გამოხატული სიფერმკრთალე

შენიშვნა: ცენტრალური ციანოზი გულისხმობს ენისა და პირის ღრუს ლორწოვარის შეფერილობას.

გულმკერდი

- სუნთქვის სიხშირე წუთში (დაითვალეთ 1 წუთის განმავლობაში, როდესაც ბავშვი მშვიდ მდგომარეობაშია)
- ხშირი სუნთქვა: < 2 თვის ასაკის: ≥60 სუნთქვა წუთში

2–11 თვის: ≥50 სუნთქვა წუთში

1–5 წლის: ≥40 სუნთქვა წუთში

- გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა (რეტრაქცია)

- ჰიპერვენტილაციის ნიშანი
- გულის საძგერის გადანაცვლება ტრაქეის გადანაცვლება შუა ხაზიდან
- სისხლის წნევა მომატებულია საუღლე ვენებში
- აუსკულტაციისას უხეში ბუშტუკოვანი ხიხინი, ჰაერის მოძრაობა

არ ისმის, ბრონქული სუნთქვაა, ან მსტვენავი ხიხინი
- გულის აუსკულტაციისას არასწორი რითმი (ჭენების რიტმი)
- ფილტვების პერკუსიით ყრუ ხმა მიგვითითებს პლევრაში სითხის არსებობაზე, ხოლო ტიმპანიტი კი მიუთითებს პნევმოთორაქსზე

შენიშვნა: გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკად ითვლება გულმკერდის ქვედა ნაწილების ჩადრეკა ჩასუნთქვისას; თუ გამოხატულია მხოლოდ ნეკნთაშორის სივრცეების ჩადრეკა ან ლავიწის ზემოთ რბილი ქსოვილების ჩადრეკა, ეს არ ითვლება „გულმკერდის ჩადრეკად“.

მუცელი
- მუცლის ღრმა პალპაციით ისინჯება გამკვრივებული უბნები (მაგ. მეზენტერიული კვანძების ლიმფადენოპათიის გამო)
- ღვიძლის და ელენთის გადიდება

გამოკვლევები
- პულსოქსიმეტრია ჰიპოქსიის დასადგენად. პულსოქსიმეტრია ითვლება ოქსიგენოთერაპიის დაწყებისა და შეწყვეტის ინდიკატორად
- პერიფერიული სისხლის ანალიზი
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია გამოიყენება მხოლოდ იმ ბავშვებში, ვისთანაც ეჭვი მიტანილია მძიმე პნევმონიაზე, ან აქვთ პნევმონია, რომელიც არ ექვემდებარება მკურნალობას, ან აქვთ გართულება აგრეთვე დიაგნოზი გაურკვეველია და მდგომარეობა არის ასოცირებული აივ- ინფექციასთან.

ცხრილი 6. ხველის ან გაძნელებული სუნთქვის დროს დიფერენციული დიაგნოზი უნდა გატარდეს შემდეგ დაავადებებთან:

დიაგნოზი	სიმპტომები
პნევმონია	ხველა და სუნთქვის გახშირება
	გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა
	ცხელება
	უხეში ბუშტუკოვანი ხიხინი ან ბრონქული სუნთქვა ან მოყრუება პერკუსიის დროს
	მკვნესავი სუნთქვა
პლევრაში სითხე ან ემპიემა	გულმკერდის დაზიანებულ მხარეს მოძრაობის შეზღუდვა
	ფილტვის გამოხატული მოყრუება პლევრაში სითხის არსებობისას
	ჰაერის მოძრაობა სითხის არსებობის ადგილას არ ისმინება

დიაგნოზი	სიმპტომები
ასთმა ან მსტვენავი სუნთქვა	სუნთქვის გაძნელების ან მორეციდივე მსტვინავი სუნთქვის ეპიზოდი ღამის ხველა ან ხველა და მსტვენავი სუნთქვა დატვირთვის დროს დადებითი რეაქცია ბრონქოდილატატორებზე ოჯახში არის ალერგიის ან ასთმის შემთხვევები
ბრონქიოლიტი	ხველა მსტვენავი სუნთქვა ან ბუშტუკოვანი ხმები აუსკულტაციისას ასაკი, როგორც წესი, < 1 წელი
მალარია	ცხელების მქონე ბავშვში ხშირი სუნთქვა პარაზიტემია დადგენილი სისხლის წვეთში ან სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტით ანემია ან ხელისგულების სიფერმკრთალე ცხოვრობს ან მოგზაურობდა მალარიის ენდემურ ზონაში მძიმე მალარიის დროს ღრმა (აციდოზური) სუნთქვა ან გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა მოსმენისას გულმკერდში პათოლოგიური ნიშნები არ ვლინდება
მძიმე ანემია	სუნთქვის გაძნელება დატვირთვისას ხელისგულების ძლიერი სიფერმკრთალე Hb<6 g/dl
გულის უკმარისობა	წნევის მომატება საუღლე ვენებში მოზრდილ ბავშვებში გულის საძგერი გადახრილია მარცხნივ შუილი (ზოგ შემთხვევაში) ჭენების რითმი წვრილბუშტუკოვანი სველი ხიხინი ფილტვის ქვედა ნაწილებში პალპაციით გადიდებული ღვიძლი

დიაგნოზი	სიმპტომები
გულის თანდაყოლილი პათოლოგია (ციანოზით)	ციანოზი დოლის ჯოხების მსგავსი თითები შუილი გულის უკმარისობის ნიშნები
გულის თანდაყოლილი პათოლოგია (ციანოზის გარეშე)	ძუძუთი კვების პრობლემა ზოგადი განვითარების ჩამორჩენით შუბლის მიდამოში ოფლიანობა გულმკერდის დეფორმაცია. გულის არეში ისმის შუილი (ზოგიერთ შემთხვევაში) გულის უკმარისობის ნიშნები
ტუბერკულოზი	ქრონიკული ხველა (> 14 დღეზე) TB-ს მქონე პაციენტთან კონტაქტი ცუდი განვითარება, სხეულის მასის დაკლება Mantoux-ს რეაქცია დადებითი გულმკერდის რენტგენოგრამაზე პირველადი კომპლექსი ან მილიარული TB მოზრდილ ბავშვებში ნახველი დადებითი TB ჩხირზე
ყივანახველა	პაროქსიზმული ხველა, რომელსაც თან სდევს წამოყივლება, ღებინება, ციანოზი ან აპნოე ხველის შეტევებიდან თავისუფალ პერიოდში სიმპტომატიკა არ არის ცხელება არ არის არ აქვს ჩატარებული DPT ვაქცინაცია
უცხო სხეული	გადაცდენის ეპიზოდი, სუნთქვის უეცარი შეკვრა სტრიდორის ან რესპირაციული დისტრესის უეცარი გამოვლენა ლოკალურად მსტვენავი ხიხინი ან შესუსტებული სუნთქვა

დიაგნოზი	სიმპტომები
პნევმოთორაქსი	უეცარი შეტევა, როგორც წესი გულმკერდის საგრძნობი ტრავმის შემდეგ პერკუსიით ტიმპანიტი დაინტერესებულ მხარეზე შუასაყრის გადახრა საწინააღმდეგო მხარეზე.
პნევმოცისტური პნევმონია	2–6-თვის ასაკის მქონე ბავშვებში ცენტრალური ციანოზი შებერილი გულმკერდი ხშირი სუნთქვა (ტაქიპნოე) დოლისებრი თითები ცვლილებები რენტგენზე, მაგრამ აუსკულტაციური ცვლილებების გარეშე HIV-ტესტ დადებითი დედასთან და ბავშვთან
კრუპი	ინსპირაციული სტრიდორი ამჟამად წითელა მყეფავი ხასიათის ხველა უხეში ხმის ტემბრი
დიფთერია	DPT ვაქცინაცია არ აქვს ჩატარებული ინსპირაციული სტრიდორი მორუხო ფერის ნადები ხახაზე არითმია

4.2 პნევმონია

პნევმონია შეიძლება იყოს გამოწვეული ვირუსებით ან ბაქტერიებით. ჩვეულებრივ მისი მიზეზის გამოცნობა კლინიკური სიმპტომებით ან რენტგენოგრამით შეუძლებელია.

პნევმონია კლასიფიცირდება, როგორც მძიმე და არამძიმე და მისი მართვა ხდება ამ კლასიფიკაციით. უმეტეს შემთხვევებში აუცილებელია პნევმონიის ან მძიმე პნევმონიის მართვა ანტიბიოტიკებით. მძიმე პნევმონია ზოგჯერ საჭიროებს დამატებით მკურნალობას საავადმყოფოში ჟანგბადით.

4.2.1 მძიმე პნევმონია

დიაგნოზი

■ ხველას და სუნთქვის გაძნელებას, დაერთვის ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი სიმპტომთაგანი:

■ ცენტრალური ციანოზი ან ჟანგბადის სატურაცია < 90% პულსოქსიმეტრიით

■ მძიმე რესპირაციული დისტრესი (მაგ., კვნესა, გულმკერდის მკვეთრად გამოხატული ჩადრეკა)

■ საშიშროების ზოგადი ნიშნები:

– არ შეუძლია ძუძუთი კვება ან სითხის მიღება,

– ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა,

– გულყრა.

■ დამატებით რომელიმე ან ყველა სხვა ნიშანი ერთად გამოხატული:

– პნევმონიის ნიშნებიდან

● ხშირი სუნთქვა: ასაკი 2–11 თვე, ≥ 50/წუთში
ასაკი 1–5 წელი, ≥ 40/წუთში

გულმკერდის ჩადრეკა: გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა (გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა ხდება ჩასუნთქვის დროს)

– ფილტვის აუსცულტაციით:

● სუნთქვა ცუდად ტარდება

● ბრონქული სუნთქვა

● ხიხინი

● პერკუსიით ხმიანობის შეცვლა (მოყრუება პლევრაში სითხის არსებობის ადგილზე, მომატებული ხმიანობა ფილტვის კონსოლიდაციის ადგილას)

● პლევრის ხახუნის ხმა

ცხრილი 7. მძიმე პნევმონიის კლასიფიკაცია

ნიშნები და სიმპტომები	კლასიფიკაცია	მკურნალობა
ხველა ან სუნთქვის გაძნელება სიმპტომთან ერთად: ■ ჟანგბადის სატურაცია < 90% ან ცენტრალური ციანოზი ■ მძიმე რესპირაციული დისტრესი (მაგ, კვნესა, გულმკერდის ძლიერად გამოხატული ჩადრეკა) ■ პნევმონიის ნიშნები ზოგად საშიშროების ნიშნებთან ერთად (არ შეუძლია ძუძუთი კვება, სითხის დალევა, ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა, გულყრა)	მძიმე პნევმონია	გააგზავნე საავადმყოფოში მიეცით ჟანგბადი, თუ სატურაცია < 90%. სასუნთქი გზების გამავლობის უზრუნველყოფა შესაბამისად. მიეცით რეკომენდებული ანტიბიოტიკები. თუ არის მაღალი ცხელება, მართეთ შესაბამისად.

■ ხშირი სუნთქვა: ≥ 50 სუნთქვა/წუთში 2–11 თვის ასაკის ბავშვში ≥ 40 სუნთქვა/წუთში 1–5წლის ბავშვში ■ გულმკერდის ჩადრეკა	პნევმონია	მკურნალობა ბინაზე მიეცით შესაბამისი ანტიბიოტიკები მიეცით დედას რჩევა, როდის დაბრუნდეს სასწრაფოდ, თუ მდგომარეობა გაუარესდა და საჭიროა მძიმე პნევმონია შეაფასეთ მდგომარეობა 3 დღის შემდეგ
არ აქვს პნევმონიის ან მძიმე პნევმონიის ნიშნები	არ არის პნევმონია: ხველა ან გაცივება	ბინაზე მკურნალობა დაარბილეთ ყელი და შეამსუბუქეთ ხველა უსაფრთხო საშუალებებით. მიეცით დედას რჩევა, როდის დაბრუნდეს. შეამოწმეთ მდგომარეობა 5 დღის შემდეგ, თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება. თუ ახველებს 14 დღეზე მეტი, შეაფასეთ ქრონიკულ ხველაზე (გვ.112)

დიაგნოსტიკური პროცედურები

● პულსოქსიმეტრით გაზომეთ ჟანგბადის სატურაცია ყველა ბავშვთან, ვისთანაც საეჭვოა პნევმონიის არსებობა.

● თუ შესაძლებელია, გააკეთეთ გულმკერდის რენტგენი, რომ გამორიცხოთ პლევრაში სითხის, ემპიემის, პნევმოთორაქსის, პნევმატოცელეს, ინტერსტიციული პნევმონიის ან პერიკარდიუმში სითხის არსებობა.

მკურნალობა

> გააგზავნეთ ბავშვი საავადმყოფოში

ოქსიგენოთერაპია

უზრუნველყავით ჟანგბადის ხანგრძლივი მიწოდება ბალონით ან ჟანგბადის კონცენტრატორით მთელი მკურნალობის განმავლობაში.

> მიეცით ჟანგბადი ყველა ბავშვს, ვისაც სატურაცია აქვს < 90%

მიაწოდეთ ჟანგბადი ნაზალური კანულით ყველა ჩვილს; თუ შეუძლებელია ნაზალური კანულის გამოყენება, მაშინ გამოიყენეთ

ნაზალური ან ნაზოფარინგეული კათეტერი. ოქსიგენოთერაპიის სხვადასხვა მეთოდი მოცემულია სექციაში 10.7, გვ.369.

> გამოიყენეთ პულსოქსიმეტრიის გაიდლაინი (უზრუნველყავით ჟანგბადის სატურაცია > 90%).თუ პულსოქსიმეტრია არ არის მისაწვდომი, გააგრძელეთ ჟანგბადის მიწოდება, სანამ ჰოპიქსიის ნიშნები არ გაქრება (ჰიპოქსიის ნიშნებია: არ შეუძლია ძუძუთი კვება და სუნთქვა ≥ 70/წუთში).

> საცდელად შეწყვიტეთ ყოველ დღე ჟანგბადის მიწოდება პულსოქსიმეტრიის კონტროლით სტაბილურ პაციენტებში. შეწყვიტეთ ჟანგბადის მიწოდება, თუ სატურაცია რჩება სტაბილური > 90% (სულ მცირედ 15 წუთის განმავლობაში ოთახის ტემპერატურაზე).

ექთანმა უნდა შეამოწმოს ყოველ 3 საათში, რომ ჟანგბადის სასუნთქი ნაზალური კანულა არ არის დაბლოკილი და მიწოდება გრძელდება უსაფრთხოდ.

ანტიბიოტიკოთერაპია

> მიეცით ინტრავენურად ამპიცილინი (ან benzylpenicillin) და გენტამიცინი (gentamicin).

– ამპიცილინი, (Ampicillin) 50 მგ/კგ ან ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin) 50000 U/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 სთ სულ მცირე 5 დღე

– გენტამიცინი (Gentamicin) 7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთ ჯერ დღეში სულ მცირე 5 დღე.

> თუ ბავშვის მდგომარეობა არ უმჯობესდება 48 საათის განმავლობაში და საეჭვოა სტაფილოკოკური პნევმონიის არსებობა, გამოიყენეთ შემდეგი რეჟიმი გენტამიცინი (gentamicin) 7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთ ჯერ დღეში და კლოქსაცინი (cloxacillin) 50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში (გვ.119).

> გამოიყენეთ ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) (80 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთჯერადი დოზა) იმ შემთხვევაში, როდესაც პირველი რიგის ანტიბიოტიკები არ მოგვცემს შედეგს.

დამხმარე თერაპია

> ამოქაჩეთ სქელი სეკრეტი ნაზალური კანულიდან ან კათეტერიდან ან ხახიდან, რადგან ის უშლის სუნთქვას და ბავშვი თვითონ ვერ ამოიღებს.

თუ არის მაღალი ცხელება (≥ 39 °C), რომელიც იწვევს დისტრესს, მიეცით პარაცეტამოლი.

> თუ არის მსტვენავი სუნთქვა, მიეცით სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორი (გვ.98), და დაიწყეთ სტეროიდების გამოყენება, თუ ეს მკურნალობა შესაბამისია.

> უზრუნველყავით ასაკის შესაბამისად სითხეების მიცემა (სექცია 10.2, გვ.360), მაგრამ უფრთხილდით ჰიპერჰიდრატაციას.

– წაახალისეთ ძუძუთი კვება და დასალევად სითხეების მიღება.

– თუ ბავშვს არ შეუძლია დალევა, დააყენეთ ნაზოგასტრალური ზონდი და მიეცით სითხე ხშირად და მცირე ულუფებით. თუ დასალევად მიღებული სითხის რაოდენობა ადეკვატურია, არ გამოიყენოთ ნაზოგასტრალური ზონდი, ვინაიდან იზრდება ასპირაციული პნევმონიის და ნაზალური სასუნთქი გზების ობსტრუქციის საშიშროება. თუ ერთდროულად მიეწოდება ჟანგბადი და სითხეები, ორივესთვის გამოიყენეთ კათეტერების შესაყვანად ცხვირის ერთი და იგივე ნესტო.

– წაახალისეთ ბავშვი ჭამოს რაც შეიძლება ხშირად, თუ შეძლებს საკვების მიღებას.

მეთვალყურეობა

ექთანმა უნდა ნახოს ბავშვი სულ მცირე ყოველ 3 საათში და ექიმმა სულ მცირედ 2 ჯერ დღეში. თუ არ არის გართულებები, მაშინ გაუმჯობესება ჩანს მკურნალობის 2 დღის შემდეგ - სუნთქვა ნაკლები სიხშირისაა, გულმკერდის ჩადრეკა ნაკლებადაა გამოხატული, უკეთესად ჭამს და სვამს, სატურაცია უფრო მაღალია.

ალტერნატიული დიაგნოზი და მკურნალობა

თუ ბავშვის მდგომარეობა არ უმჯობესდება მკურნალობის 2 დღის შემდეგ ან პირიქით უარესდება, საჭიროა იფიქროთ გართულებებზე (სექცია 4.3) (გვ.124) ან განიხილოთ სხვა დიაგნოზი. თუ შესაძლებელია, გაუკეთეთ გულმკერდის რენტგენი. ყველაზე ხშირ მიზეზად ასეთ დროს ითვლება:

სტაფილოკოკური პნევმონია. ამ დიაგნოზზე უნდა იფიქროთ მაშინ, როდესაც მკურნალობის მიუხედავად ბავშვის მდგომარეობა სწრაფად უარესდება. რენტგენზე ხშირად ჩანს პნევმატოცელე ან პნევმოთორაქსი პლევრაში სითხესთან ერთად. ნახველის პრეპარატში ჩანს დიდი რაოდენობით გრამ-პოზიტიური კოკები ან ნახველის კულტურაში ან ემპიემიდან ამოღებულ სითხეში აღინიშნება S. aureus-ის უხვი ზრდა. კანზე სეპტიკური პუსტულების არსებობა მხარს უჭერს ამ დიაგნოზს.

> გამოიყენეთ კლოქაცილინი (cloxacillin) (50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში) და გესტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთ ჯერ დღეში). როდესაც ბავშვის მდგომარეობა უმჯობესდება (კუნთებში ან ინტრავენურად ანტიბიოტიკებით თერაპიის სულ მცირედ 7 დღის შემდეგ), გააგრძელეთ კლოქსაცილინი (cloxacillin) დასალევად 4 ჯერ დღეში. ანტიბიოტიკებით თერაპიის მთლიანი კურსი 3 კვირას შეადგენს. მხედველობაში მიიღეთ რომ კლოქსანი (cloxacillin)- შეიძლება შეიცვალოს სვა ანტისტაფილოკოკური ანტიბიოტიკით, როგორიც არის ოქაცილინი (oxacillin), ფლოკლოქსაცილინი (flucloxacillin) ან დიკლოქსაცილინი (dicloxacillin).

ტუბერკულოზი. როდესაც ბავშვს აქვს ხველა და ცხელება 2 კვირაზე

მეტი და პნევმონიის ნიშნები ადეკვატური ანტიბიოტიკთერაპიის მერეც, საჭიროა მდგომარეობის შეფასება TB-ზე. თუ გამოირიცხა მძიმე მდგომარეობის სხვა მიზეზი, მაშინ დიდი შანსია, რომ მალნუტრიციის დროს საქმე გვქონდეს TB-სთან. შესაძლებელია საჭირო გახდეს შემდგომი კვლევები და TB-ის მკურნალობა და შემდგომში მისი ეფექტურობის შეფასება(სექცია 4.7.2, გვ.153). თუ TB-ს მქონე ბავშვში არ არის ცნობილი HIV-სტატუსი, აუცილებელია კვლევის ჩატარება ამ მიმართულებით.

HIV-ინფექცია ან მასთან კონტაქტი. ანტიბიოტიკებით თერაპიის ასპექტი განსხვავებულია ბავშვებში, ვისთანაც საეჭვოა HIV-ინფექცია. თუმცა, ბევრ შემთხვევაში როგორც HIV-ინფიცირებულებში, ასევე არაინფიცირებულებში პათოგენი ხშირად იგივეა, ამიტომ 4-6 თვის ასაკში HIV-ინფიცირებულებში საჭიროა ვიფიქროთ პნევმოცისტურ პნევმონიაზე (Pneumocystis pneumonia (PCP), და ვუმკურნალოთ მას (გვ.122).

> უმკურნალეთ, როგორც აღწერილია მძიმე პნევმონის შემთხვევაში (აღწერილია ზევით); მიეცით ამპიცილინი (ampicillin) დამატებით გენტამიცინი (gentamicin) კუნთებში ან ინტრავენურად 10 დღის განმავლობაში.

> თუ ბავშვის მდგომარეობა არ უმჯობესდება 48 საათის განმავლობაში, შეცვალეთ მკურნალობა ცეფტრიაქსონით (ceftriaxone) 80 მგ/კგ ინტრავენურად წვეთოვნად 30 წუთის განმავლობაში. თუ ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) არ არის ხელმისაწვდომი, მიეცით გენტამიცინი (gentamicin) დამატებით კლოქაცილინი (cloxacillin), როგორც ეს მოწოდებულია ზევით.

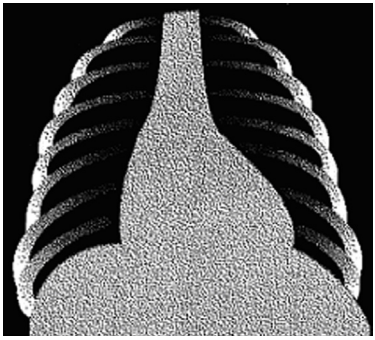
> < 12თვეზე ასაკის ბავშვებში ასევე მიეცით მაღალი დოზა კო-ტრიმაქსაზოლი (co-trimoxazole) (8მგ/კგ ტრიმეტოპრიმი (trimethoprim) და 40 მგ/კგ სულფამეთოქსაზოლი (sulfamethoxazole) ვენაში ყოველ 8 საათში ან დასალევად 3 ჯერ დღეში) 3 კვირის განმავლობაში. 12–59 თვის ასაკის ბავშვებში ეს მკურნალობა ჩაატარეთ მხოლოდ მაშინ, თუ არის PCP კლინიკური ნიშნები (რენტგენზე ინტერსტიციული პნევმონიის ნიშნები).

> ასეთი ბავშვის შემდგომი მართვა, PCP-ს პროფილაქტიკის ჩათვლით ნახეთ - თავი 8, გვ.271.

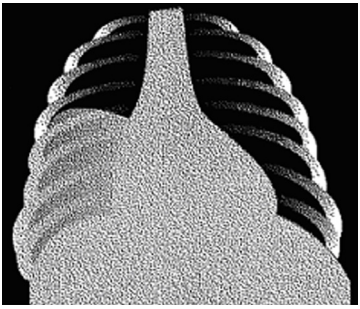
საავადმყოფოდან გაწერა

მძიმე პნევმონიის მკურნალობის შემდეგ შესაძლებელია ბავშვის გაწერა, თუ:

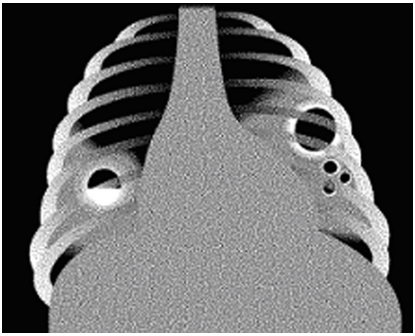
– მოიხსნა რესპირაციული დისტრესი.
– არ არის ჰიპოქსემია (ჟანგბადის სატურაცია >90%).
– ბავშვი კარგად ჭამს.
– ბავშვს შეუძლია მედიკამენტების დალევა, როდესაც პარენტერული ანტიბიოტიკების კურსი დამთავრების შემდეგ.
– მშობლებს ადეკვატურად ესმით პნევმონიის სიმპტომები და საშიშროების ნიშნები და იციან, როდის დაბრუნდნენ



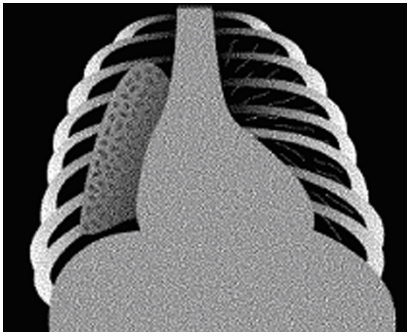
ნორმალური რენტგენოგრამა



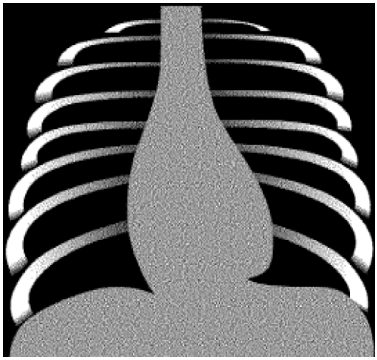
მარჯვენამხრივი ლობალური პნევმონია კონსოლიდაციის ნიშნებით რენტგენზე



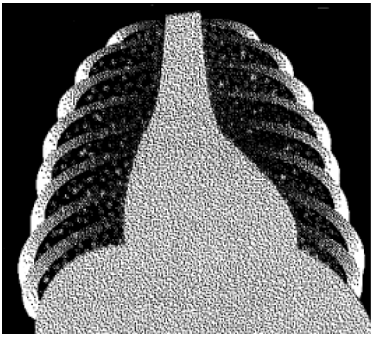
სტაფილოკოკური პნევმონია ტიპიური კლინიკა პნევმატოცელეს გამოხატვით (მარჯვნივ) და აბსცესით (ჰაერი-სითხე მარცხნივ)



პნევმოთორაქსი.მარჯვენა ფილტვის კოლაფსი (სურათზე მარცხნივ), რჩება გამჭვირვალე კუთხე ფილტვის ქსოვილის გარეშე . მარცხენა ფილტვი (სურათზე მარჯვნივ) ნორმალურია



გულმკერდის განივი დიამეტრის მომატება, ნეკნების ჰორიზონტალური დგომა, გულის ჩრდილის შემცირება დიაფრაგმის გუმბათის გაბრტყელება ემფიჰემატოზური ფილტვები



მილიალური ტუბერკულოზი, ფიჭისებური სურათი

საავადმყოფოში.

შემდგომი დაკვირვება

მძიმე პნევმონიის მქონე ბავშვებს ხველა შეიძლება დარჩეს რამდენიმე კვირის მანძილზე. მძიმე ინფექციის შემდეგ ისინი შესაძლოა იკვებებოდნენ ცუდად, დაიბარეთ შემდგომი დაკვირვებისათვის 2 კვირის შემდეგ. განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ მალნუტრიციას, ჰაერის დაბინძურებას და მშობლის სიგარეტის მოწევას.

4.2.2 პნევმონია

დიაგნოზი

ხველა ან გაძნელებული სუნთქვა პლუს ერთ-ერთი სიმპტომთაგანი:

- ხშირი სუნთქვა: ასაკი 2–11 თვე, ≥ 50/წუთში
  ასაკი 1–5 წელი, ≥ 40/წუთში
- გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა

ამასთან ერთად შესაძლებელია აუსკულტაციის დროს იყოს ხიხინი და პლევრის ხახუნი.

შეამოწმეთ, ხომ არ არის მძიმე პნევმონიის ისეთი ნიშნები, როგორიცაა:

- პულსოქსიმეტრიით ჟანგბადის სატურაცია < 90% ან ცენტრალური ციანოზი
- მძიმე რესპირაციული დისტრესი (კვნესით, გულმკერდის ქვედა ნაწილის ძალიან გამოხატული ჩადრეკით)
- ვერ წოვს ძუძუს, არ შეუძლია სითხის დალევა ან აქვს ღებინება ყოველი კვების შემდეგ
- კონვულსიები, ლეთარგია, ცნობიერების დაქვეითება
- აუსკულტაციით სუნთქვა ტარდება ცუდად, ბროქული სუნთქვა, პლევრაში სითხის ან ემპიემის ნიშნები

მკურნალობა

> უმკურნალეთ, როგორც ამბულატორიულ პაციენტს

> მიეცით დედას რეკომენდაცია მისცეს სითხის საკმარისი რაოდენობა, კვებოს ძუძუთი უფრო მეტ ხანს, ვიდრე ჩვეულებრივად თუ ბავშვს აქვს ცხელება. სითხის მცირე რაოდენობას ბავშვი შეითვისებს უფრო კარგად და ნაკლებად აღებინებს.

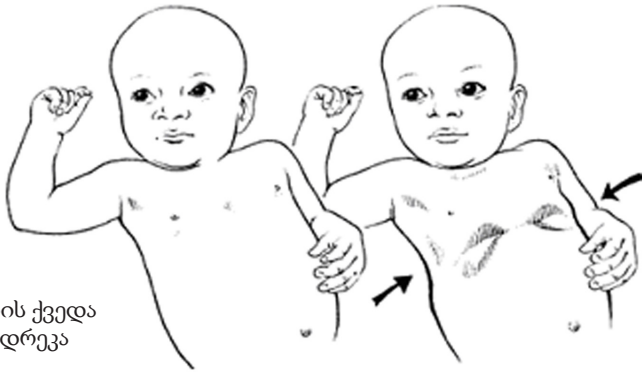
ანტიბიოტიკთერაპია

> მიეცით ანტიბიოტიკის პირველი დოზა კლინიკაში და ასწავლეთ დედას, როგორ მისცეს იგი შემდგომში ბინაზე.

> მიეცით დასალევად ამოქსიცილინი (amoxicillin):

- იმ შემთხვევაში, თუ ცხოვრობს სადაც HIV-ით დაინფიცირება

მაღალია, მიეცით დასალევად ამოქსიცილინი (amoxicillin) სულ მცირე 40 მგ/კგ ერთ მიღებაზე 2 ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში. იმ შემთხვევაში, თუ ცხოვრობს იქ, სადაც HIV-ით დაინფიცირება დაბალია, მიეცით დასალევად ამოქსიცილინი (amoxicillin) სულ 40 მგ/კგ ერთ მიღებაზე 2 ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში.



გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა

ამოსუნთქვა შესუნთქვა

> გამორიცხეთ მავნე მედიკამენტების მიცემა, რომლებიც შეიცავენ ატროპინს, კოდეინს ან ალკოჰოლს.

შემდგომი დაკვირება

წაახალისეთ დედა კვებოს ბავშვი. მიეცით რჩევა მოიყვანოს ბავშვი გასასინჯად 3 დღის შემდეგ ან უფრო ადრე, თუ ბავშვის მდგომარეობა გაუარესდება ან იგი არ ჭამს და არ სვამს.

როდესაც ბავშვი დაბრუნდება, შეაფასეთ:

- გაუმჯობესდა სუნთქვა თუ არა - უფრო იშვიათია, არ არის გულმკერდის ჩადრეკა, ცხელება უფრო დაბალია, ჭამს უკეთესად, ანტიბიოტიკის კურსი დამთავრდა.
- თუ სუნთქვის სიხშირე, გულმკერდის ჩადრეკა, საკვების მიღება არ გაუმჯობესდა, გამორიცხეთ მსტვენავი სუნთქვა. თუ არ არის მსტვენავი სუნთქვა, გააგზავნეთ საავადმყოფოში გართულების გამოსარიცხად ან დიფდიაგნოსტიკისათვის.
- თუ ნახეთ მძიმე პნევმონიის ნიშნები, გააგზავნეთ საავადმყოფოში და უმკურნალეთ შესაბამისად.
- შეეცადეთ მოაგვაროთ ისეთი ფაქტორები, როგორიცაა მალნუტრიცია, ჰაერის დაბინძურება, მშობლის მიერ სიგარეტის მოწევა.

HIV-ს მქონე ბავშვებში პნევმონია
გააგზავნეთ საავადმყოფოში და უმკურნალეთ მძიმე პნევმონიას (სექცია 4.2.1, გვ. 116).
ასეთი პაციენტების შემდგომი მართვა, PCP პროფილაქტიკის ჩათვლით იხილეთ თავი 8, გვ.225).

4.3 პნევმონიის გართულებები

სეპტიცემია ითვლება პნევმონიის ხშირ გართულებად, როდესაც (სექცია 6.5, გვ. 179). ინფექციის გენერალიზაციამ შეიძლება გამოიწვიოს სეპტიკური შოკი ან მეტასტაზური ინფექცია, როგორიცაა მეორადი მენინგიტი (განსაკუთრებით ჩვილებში), პერიტონიტი, ენდოკარდიტი (განსაკუთრებით სარქველების პათოლოგიის დროს) ან სეპტიკური ართრიტი. სხვა ხშირ გართულებად ითვლება პლევრაში სითხის ჩადგომა ემპიემა და ფილტვის აბსცესი.

4.3.1 პლევრაში სითხე და ემპიემა

დიაგნოზი
პნევმონიის მქონე ბავშვს შეიძლება განუვითარდეს პლევრაში სითხე ან ემპიემა.

- გასინჯვისას პერკუსიით ხმის მოყრუება, აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა ან და სუნთქვა დაინტერესებულ ადგილას არ ტარდება.
- პლევრის ხახუნი შეიძლება ისმინებოდეს ადრეულ სტადიაში, სანამ გამოვლინდება სითხის დაგროვების სიმპტომატიკა.
- ფილტვის რენტგენზე სითხე ჩანს ერთ- ან ორმხრივად
- ემპიემის დროს სიცხე გრძელდება ანტიბიოტიკოთერაპიის მიუხედავად, პლევრული სითხე მღვრიეა ან აშკარად ჩირქოვანი.

მკურნალობა
<u>დრენაჟი</u>
> პლევრული სითხის დრენირება ხდება ყოველთვის იმ შემთხვევების გარდა, როცა სითხის რაოდენობა ძალიან მცირეა. თუ სითხე წარმოდგენილია ორივე მხარეს, საჭიროა ორივე მხარის დრენაჟი. თუ სითხე კვლავ გროვდება, საჭიროა 2-3 ჯერ მისი დრენირება. სითხის დრენირების გაიდლაინი იხილეთ დანართში A1.5, გვ.348.

შემდგომი მართვა დამოკიდებულია დრენირებული სითხის ხასიათზე. როდესაც ეს შესაძლებელია, საჭიროა სითხის ანალიზი ცილის, გლუკოზის, უჯრედულ შემადგენლობაზე Gram-ის და Ziehl-Neelsen-ის მეთოდის შეღებვის მერე და მიკრობიოლოგიური კულტურის წარმოება ბაქტერიულ ფლორაზე და Mycobacterium tu-

berculosis.

<u>ანტიბიოტიკთერაპია</u>

> მიეცით ამპიცილინი (ampicillin) ან კლოქსაცილინი (cloxacillin) ან ფლოქსაცინი (flucloxacillin) (50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში) და გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 1 ჯერ დღეში). მდგომარეობის გაუმჯობესების შემდეგ (კუნთებში ან ინტრავენურად ანტიბიოტიკთერაპიის 7 დღის მერე), გააგრძელეთ კლოქსაცილინი (cloxacillin) დასალევად 4 ჯერ დღეში. ანტიბიოტიკთერაპიის მთლიანი კურსი შეადგენს 3 კვირას.

შენიშვნა: კლოქსაცილინი (Cloxacillin) გამოიყენება უპირატესად სტაფილოკოკური ინფექციის დროს; შესაძლებელია სხვა ანტისტაფილოკოკური ანტიბიოტიკის, როგორიცაა ოქსაცილინი (oxacillin), ფლოქსაცილინი (flucloxacillin) ან დიკლოქსაცილინი (dicloxacillin) გამოყენება. S. aureus-ზე საფიქრებელია მაშინ, როდესაც კლინიკაში ასევე ფიგურირებს პნევმატოცელე.

მდგომარეობა არ უმჯობესდება

თუ ცხელება და სხვა ნიშნები გრძელდება, მიუხედავად ადეკვატური დრენირებისა, ან ანტიმიკრობული მკურნალობისა, ჩაატარეთ HIV-ინფექციის ტესტი და იფიქრეთ ასევე შესაძლო TB-ზე.

> შესაძლოა ემპირიული მკურნალობის ჩატარება TB-ზე (იხ. სექცია 4.7.2, გვ.153).

4.3.2 ფილტვის აბსცესი

ფილტვის აბსცესი წარმოადგენს მომრგვალო ფორმის სქელკედლიან ღრუს, რომლის შიგნით არის ჩირქოვანი შიგთავსი, რომელიც წარმოადგენს დაჩირქებული ფილტვის პარენქიმის ნეკროზს. აბსცესი წარმოიშვება ხშირად პნევმონიის კერიდან. აბსცესი შეიძლება იყოს ასპირაციის, დაქვეითებული ბრძოლისუნარიანობის, ემბოლიის ან ინფექციის ჰემატოგენური გზით გავრცელების შედეგიც.

დიაგნოზი

ხშირი ნიშნები და სიმპტომები:

- ცხელება
- გულმკერდის პლევრული ტკივილი
- ნახველის პროდუქცია, ნახველი შეიძლება იყოს სისხლიანი.
- სხეულის მასის დაკარგვა
- გასინჯვისას: გულმკერდის მოძრაობის შეზღუდვა, სუნთქვის გამტარიანობის დაქვეითება, პერკუსიით მოყრუება, ხიხინი, ბრონქული სუნთქვა.

- გულმკერდის რენტგენზე: ერთეული, სქელკედლიანი ღრუ სითხით და ჰაერით, ან მათ გარეშე
- ულტრასონოგრაფიისა და კომპიუტერული ტომოგრაფიის კონტროლით დაზიანების ლოკალიზაციის დადგენა და დრენაჟის ან ნემსით ასპირაციის მართვა.

მკურნალობა

ანტიბიოტიკის არჩევა ხდება, როგორც წესი, ემპირიულად და არჩევა დამოკიდებულია პაციენტის მდგომარეობაზე და საეჭვო ეტიოლოგიურ მიზეზზე.

> მიეცით ამპიცილინი (ampicillin) ან კლოქსაცილინი (cloxacillin) ან ფლოქსაცილინი (flucloxacillin) (50 კგ/კგ კუნთებში/ ინტრავენურად ყოველ 6 საათში) და გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში/ ინტრავენურად ერთ ჯერ დღეში). გააგრძელეთ მკურნალობა, როგორც ნაჩვენებია ემპიემის დროს (სექცია 4.3.1) (გვ.124) 3 კვირამდე.

> ქირურგიული მკურნალობა მოისაზრება დიდი აბსცესების დროს, როდესაც ნახველი სისხლიანია ან კლინიკურად მდგომარეობა უარესდება, მიუხედავად სათანადო ანტიბიოტიკოთერაპიისა. დრენაჟი, როგორც წესი, პერკუტანურად ხდება ულტრასონოგრაფიის კონტროლით.

4.3.3 პნევმოთორაქსი

პნევმოთორაქსი ჩვეულებრივ მოისაზრება მეორად გართულებად, როდესაც ალვეოლების გარღვევის შედეგად ჰაერი გროვდება პლევრალურ სივრცეში, ან მის განვითარებაში მონაწილეობა მიიღო ანაერობულმა ინფექციამ.

დიაგნოზი

- ნიშნები და სიმპტომები ვარირებს და დამოკიდებულია რამდენად არის გამოხატული ფილტვის კოლაფსი, ინტრაპლევრული წნევა და სიმპტომატიკის განვითარების სისწრაფე.
- გასინჯვისას: შებერილი გულმკერდი დაზიანებულ მხარეს, გულის საძგერის გადახრა. დაზიანებულ ადგილას სუნთქვა ცუდად ტარდება, მძიმე რესპირაციული დისტრესი, ციანოზი მოგვიანებით სტადიაში.
- დიფერენციული დიაგნოზი მოიცავს ფილტვის კისტას, ლობალურ, ემფიზემას, ბულას, დიაფრაგმის თიაქარს.
- რენტგენოგრამა აუცილებელია დიაგნოზის დადასტურებისათვის.

მკურნალობა

> შეიყვანეთ ნემსი სასწრაფო დეკომპრესიისათვის, სანამ მოხდება ინტერკოსტალური დრენაჟის შეყვანა.
იხილეთ დრენაჟის გაიდლაინი დანართში A1.5, გვ.348.

4.4 ხველა ან გაციება

ხველა ან გაციება წარმოადგენს ხშირ, თვითგანკურნებად ვირუსულ ინფექციას, რომელსაც სჭირდება სიმპტომური მკურნალობა. ანტიბიოტიკები არ უნდა გამოვიყენოთ ამ მდგომარეობის დროს. ზოგიერთ ბავშვს აქვს მსტვენავი სუნთქვა ან სტრიდორი. ეპიზოდების უმრავლესობა მთავრდება 14დღის განმავლობაში. ხველა, რომელიც გრძელდება 14 დღე და მეტი შეიძლება იყოს გამოწვეული TB-ით, ასთმით, ყივანახველით ან სიმპტომური HIV-ინფექციით (თავი 8, გვ.271).

დიაგნოზი
ჩვეულებრივი სიმპტომები:
- ხველა
- ცხვირიდან გამონადენი
- პირით სუნთქვა
- ცხელება

არ არის შემდეგი სიმპტომები:
- საშიშროების ზოგადი ნიშნები
- მძიმე პნევმონიის ან პნევმონიის ნიშნები
- სტრიდორი მშვიდ მდგომარეობაში

მსტვენავი სუნთქვა შეიძლება იყოს გამოხატული პატარა ბავშვებში (იხილე ქვემოთ).

მკურნალობა
> უმკურნალეთ ამბულატორიულად
> დაარბილეთ ყელი და შეამსუბუქეთ ხველა უსაფრთხო საშუალებებით, როგორიცაა თბილი და ტკბილი სითხე
> უმკურნალეთ ცხელებას (≥ 39 °C ან ≥ 102.2 °F) პარაცეტამოლით, თუ სიცხე შემაწუხებელია ბავშვისათვის
> გაწმინდეთ ცხვირი სეკრეტისაგან საკვების მიღების წინ დანამული, ფითილის ფორმით დახვეული, რბილი ნაჭრით.
მიეცით საკმარისი რაოდენობით სითხე და დამატებით ძუძუთი კვება და სითხეები, თუ არის ცხელება. სითხის და საკვების მცირე ულუფებით მიღება დაეხმარება ბავშვს ღებინების გარეშე მის ათვისებაში
> არ მისცეთ შემდეგი:
- ანტიბიოტიკი (უეფექტოა პნევმონიის პროფილაქტიკისათვის)

– პრეპარატები, რომლებიც შეიცავენ ატროპინს, კოდეინს ან კოდეინის შემცველებს, მუკოლიზურ საშუალებებს
– ცხვირის წვეთები

შემდგომი დაკვირვება
მიეცით დედას რჩევა:
● კვებოს ბავშვი
● დაბრუნდეს სასწრაფოდ, თუ ბავშვს გამოეხატა ხშირი ან გაძნელებული სუნთქვა
● დაბრუნდეს სასწრაფოდ, თუ ბავშვის მდგომარეობა გაუარესდა ან არ შეუძლია სითხის მიღება და ძუძუთი კვება

4.5 მსტვინავი სუნთქვით მიმდინარე მდგომარეობები

მსტვინავი სუნთქვა წარმოადგენს ექსპირაციის დროს მაღალი ტონის ხმაურს. იგი გამოწვეულია სასუნთქი გზების დისტალურ ნაწილში არსებული შევიწროვებით. იმისათვის რომ გაარჩიოთ მსტვენავი სუთქვა, მიიტანეთ ყური ბავშვის პირთან და მოისმინეთ სანამ ბავშვი მშვიდ მდგომარეობაშია ან გამოიყენეთ სტეტოსკოპი.
მსტვენავი სუნთქვა 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში გამოწვეულია, როგორც წესი, ვირუსული ინფექციით და გამოვლინდება ბრონქიოლიტის, ხველის ან გაცივების დროს. 2 წლის ასაკის ზემოთ მსტვენავი სუნთქვა ხშირად ასთმის ნიშანია (ცხრილი 8, გვ.129). პნევმონიის მქონე ზოგიერთ ბავშვს ასევე აქვს მსტვენავი სუნთქვა. ამიტომ მნიშვნელოვანია მსტვენავი სუნთქვის დროს ყოველთვის განვიხილოთ პნევმონიის არსებობის შესაძლებლობა განსაკუთრებით 2 წლამდე ასაკის ბავშვებში. იმ ბავშვებთან, ვისაც არ აქვთ ცხელება, გულმკერდის ჩადრეკა ან საშიშროების ნიშნები ანტიბიოტიკის მიცემა არ არის საჭირო.

დაავადების ანამნეზი
■ მსტვენავი სუნთქვის ეპიზოდების არსებობა ანამნეზში
■ ღამით ან ადრე დილას გამოხატული სუნთქვის გაძნელება, ხველა, მსტვენავი სუნთქვა
■ ბრონქოდილატატორებზე პასუხი
■ ასთმის დიაგნოზი ან ანამნეზში ასთმის ხანგრძლივი მკურნალობა
■ ოჯახში ალერგიის ან ასთმის არსებობა

გასინჯვა
■ მსტვენავი ხმაური ამოსუნთქვის დროს
■ გახანგრძლივებული ექსპირაცია
■ პერკუსიი კოლოფისებური ხმიანობა

- შებერილი გულმკერდი
- ხიხინი აუსკულტაციის დროს
- სუნთქვის გაძნელება მშვიდ მდგომარეობაში ან დატვირთვის დროს
- თუ მდგომარეობა მძიმეა, გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა სწრაფმომქმედ ბრონქოდილატატორებზე პასუხი

> თუ მსტვენავი სუნთქვის მიზეზი ზედმიწევნით არ არის ცნობილი, ან თუ ბავშვი სუნთქავს სწრაფად, ან თუ ამავე დროს არის გამოხატული გულმკერდის ჩადრეკა, მიეცით სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორი და შეაფასეთ მდგომარეობა 15 წუთის შემდეგ. სწრაფადმომქმედ ბრონქოდილატატორზე პასუხი დაგვეხმარება გავერკვიოთ დიაგნოზში და დავნიშნოთ მკურნალობა.

> მიეცით სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორი ერთ-ერთი შემდეგი მეთოდით:

- სალბუტამოლი ნებულაიზერით
- სალბუტამოლის ინჰალაცია დოზირებულად სპეისერით
- თუ არცერთი ზემოთაღნიშნული არ გაქვთ ხელთ, გაუკეთეთ ადრენალინი კანქვეშ.

მკურნალობის ეს მეთოდები ნახეთ გვ.98–99.

- შეაფასეთ პასუხი მკურნალობაზე 15 წუთში. გაუმჯობესების ნიშნებია:

– რესპირაციული დისტრესი ნაკლებადაა გამოხატული (სუნთქავს უფრო მსუბუქად)
– გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა ნაკლებადაა გამოხატული
– ჰაერის მოძრაობა ფილტვში უკეთესია

ბრონქოდილატატორის მეორე დოზა უნდა მივცეთ, თუ ჰოპოქსიის ნიშნები კვლავ სახეზეა (ცენტრალური ციანოზი, სატურაცია ≤ 90%, არ შეუძლია სითხის დალევა რესპირაციული დისტრესის გამო, გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა). ასეთ შემთხვევაში სასწრაფოდ გავაგზავნოთ საავადმყოფოში შემდგომი მკურნალობისათვის.

ცხრილი 8. მსტვენავი სუნთქვის დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი	სიმპტომები
ასთმა	მორეციდივე მსტვენავი სუნთქვა ანამნეზში, რომელიც ხშირად არ არის დაკავშირებული გაციებასთან ან გაცივების დროს ან ეს სიმპტომები ჩნდება ფიზიკური დატვირთვის დროს.
	გულმკერდი ჰიპერვენტილირებულია გაფართოებულია
	ამოსუნთქვა (ექსპირაცია) გახანგრძლივებული
	აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა (ძალიან მძიმე შემთხვევაში სასუნთქი გზების ობსტრუქცია)

	ბრონქოდილატატორებზე დადებითი პასუხი, თუ მდგომარეობა ძალიან მძიმე არ არის
ბრონქიოლიტი	მსტვენავი სუნთქვის პირველი ეპიზოდი <2 წლის ასაკში
	მსტვენავი ეპიზოდი სეზონური რესპირაციული ვირუსების მატების დროს
	გულმკერდი ჰიპერვენტილირებულია გაფართოებულია
	ამოსუნთქვა (ექსპირაცია) გახანგრძლივებული
	აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა (თუ მკვეთრად გამოხატულია, გამოსარიცხია სასუნთქი გზების გაუალობა)
	ბრონქოდილატატორებზე ცუდი პასუხი ან პასუხი არ არის
	აპნოე პატარა პაციენტებში, განსაკუთრებით დღენაკლებში
მსტვენავი სუნთქვა ხველისა და გაციების დროს	მსტვენავი სუნთქვა ყოველთვის დაკავშირებულია ხველასთან ან გაციებასთან
	პაციენტთან ან მის ოჯახში არ აღინიშნება ასთმის, ეგზემის ან თივის ცხელება
	ექსპირაცია გახანგრძლივებული
	აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა (თუ მკვეთრად გამოხატულია გამოსარიცხია სასუნთქი გზების გაუალობა)
	ბრონქოდილატატორებზე კარგი პასუხი
	კლინიკური გამოვლინება უფრო მსუბუქია, ვიდრე ასთმის დროს
უცხო სხეული	ანამნეზში გადაცდენის ან ხველის უეცარი შეტევა
	მსტვენავი სუნთქვა მოისმინება ზოგჯერ ცალმხრივად
	ჰაერი იძლევა პერკუსიის კოლოფისებურ ხმიანობას და გამოხატულია შუასაყრის ცდომა
	ფილტვის კოლაფსის ნიშნები: აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა და პერფუსიით მოყრუება
	ბრონქოდილატატორებზე პასუხი არ არის
პნევმონია	ცხელება
	უხეში ხიხინი
	მკვნესარე სუნთქვა

4.5.1 ბრონქიოლიტი

ბრონქიოლიტი წარმოადგენს ქვედა რესპირაციული ტრაქტის ინფექციას, რომელიც განსაკუთრებით მძიმედ მიმდინარეობს პატარა ბავშვებში, გამოვლინდება ვირუსული ეპიდემიების დროს რესპირაციული ტრაქტის ობსტრუქციით და მსტვენავი სუნთქვით. უმეტეს შემთხვევაში იგი გამოწვეულია რესპირაციულ-სინციტიური ვირუსით. ზოგჯერ ხდება მეორადი ბაქტერიული ინფექციის დართვა. ამიტომ ბრონქიოლიტის მართვა, რომელიც ხასითდება

გახშირებული სუნთქვით ან რესპირაციული ტრაქტის სხვა მსგავსი ნიშნით, მსგავსია პნევმონიის მართვისა. მსტვენავი სუნთქვა შეიძლება გამოვლინდეს ბრონქიოლიტის შემდეგ ეპიზოდურად თვეების განმავლობაში, მაგრამ საბოლოოდ ის შეწყდება.

დიაგნოზი

გასინჯვისას ვლინდება ბრონქიოლიტის ტიპიური ნიშნები:

- მსტვენავი სუნთქვა, რომელიც არ იხსნება სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორის 3 დოზის შემდეგაც
- გულმკერდის შებერვა, ჰერკუსიით კოლოფისებური ხმიანობა
- გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა
- სველი წვრილბუშტუკოვანი ხიხინი გულმკერდის აუსკულტაციით დროს
- ძუძუთი კვებისა და სითხის მიღების გაძნელება რესპირაციული დისტრესის გამო
- ცხვირიდან გამონადენი, რომელიც იწვევს ნაზალურ ობსტრუქციას

მკურნალობა

ბავშვების უმეტესობას შეიძლება ვუმკურნალოთ ბინაზე, მაგრამ მძიმე პნევმონიის ნიშნები საჭიროებს ჰოსპიტალურ მკურნალობას: (სექცია 4.2.1): (გვ. 116)

- ჟანგბადის სატურაცია < 90% ან ცენტრალური ციანოზი.
- აპნოე ამჟამად ან ანამნეზში
- ძუძუთი კვების სიძნელეები, არ შეუძლია სითხის მიღება, ღებინება ყოველი კვების შემდეგ
- გულყრა, ლეთარგია, უგონო მდგომარეობა
- მოხრჩობა და მკვნესარე სუნთქვა (განსაკუთრებით პატარა ჩვილებში).

ჟანგბადი

> მიეცით ჟანგბადი ყველა ბავშვს, რომელსაც აქვს მძიმე რესპირაციული დისტრესი ან ჟანგბადის სატურაცია ≤90% (როგორც პნევმონიის დროს, სექცია 4.2.1) (გვ. 116). ჟანგბადის მიწოდების წესი ნაზალური კანულით, ან ნაზალური კათეტერით (იხ. გვ.370).

> ექთანმა პაციენტი უნდა შეაფასოს ჟანგბადის მიწოდების შეუფერხებლობაზე ყოველ 3 საათში, რათა დადგინდეს, რომ ყველა ნაწილი უსაფრთხოდ მუშაობს და არ არის ბლოკირებული სეკრეტით.

ანტიბიოტიკით მკურნალობა

თუ ბავშვი მკურნალობს ბინაზე, მიეცით ამოქსიცილინი (amoxicillin) (40 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში) დასალევად 5 დღის განმავლობაში, თუ ბავშვს აქვს პნევმონიის ნიშნები (ხშირი სუნთქვა და გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა)

თუ არის მძიმე პნევმონიის ნიშნები, მიეცით ამპიცილინი (ampicillin) 50 მგ/კგ ან ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin) 50 000 U/კგ კუნთებში/ ინტრავენურად ყოველ 6 საათში 5 დღის განმავლობაში მაინც და გენტამიცინი (gentamicin)7.5 მგ/კგ კუნთებში/ ინტრავენურად 1 ჯერ დღეში 5 დღის განმავლობაში მაინც (გვ. 118).

დამხმარე მკურნალობა

> თუ ბავშვს აქვს ცხელება (≥ 39 °C ან ≥ 102.2 °F), რომელიც იწვევს დისკომფორტს, მიეცით პარაცეტამოლი.

> დარწმუნდით, რომ ჰოსპიტალიზებული პაციენტი ღებულობს სითხეებს ასაკის შესაბამისად (სქემა 10.2, გვ.304), მაგრამ აარიდეთ ჰიპერჰიდრატაცია. წაახალისეთ ძუძუთი კვება და სითხის მიღება. დაარწმუნეთ საკვები მიიღოს რაც შეიძლება ხშირად. კვებეთ პაციენტი ზონდით, თუ მას არ შეუძლია სითხის ან საკვების საკმარისი რაოდენობით მიღება. დედის გამოწველილი რძე საუკეთესოა ამისათვის.

> გაწმინდეთ ცხვირი სეკრეტისაგან ნაზი მოძრაობით და აირიდეთ ცხვირით სუნთქვის ბლოკადა, რომელიც ხელს უწყობს რესპირაციულ დისტრესს.

მეთვალყურეობა

ჰოსპიტალიზებული პაციენტის შეფასება ექთნის მიერ საჭიროა ყოველ 6 საათში (ან ყოველ 3 საათში, თუ სახეზეა ძალიან მძიმე დაავადება), ხოლო ექიმმა უნდა ნახოს ბავშვი დღეში ერთხელ მაინც. აკონტროლეთ ჟანგბადის მიწოდება, როგორც ეს აღწერილია გვ.314. აკონტროლეთ სუნთქვის უკმარისობა, ჰიპოქსია და რესპირაციული დისტრესი.

გართულებები

თუ ბავშვი არ პასუხობს ოქსიგენოთერაპიაზე ან ბავშვის მდგომარეობა უეცრად გაუარესდა, გააკეთეთ რენტგენი პნევმოთორაქსის გამოსარიცხად.

პნევმოთორაქსის დროს წნევის მატება და გულის საძგერის გადაწევა საჭიროებს მყისიერ ქმედებებს და ნემსით პუნქციას - თორაკოცენტეზს - ჰაერის დაუყოვნებლივ გამოშვებას. ამის უზრუნველსაყოფად საჭიროა ჰაერის გამოშვება გულმკერდში სადრენაჟო მილის დაყენებით, სანამ ჰაერის გამოსვლა არ შეჩერდება სპონტანურად.

თუ განვითარდება რესპირაციული დისტრესი, ხანგრძლივი დადებითი წნევის შექმნამ რესპირაციულ ტრაქტში შეიძლება გააუმჯობესოს მდგომარეობა.

ინფექციის კონტროლი
ბრონქიოლიტი ძალიან გადამდები და საშიშია სხვა ბავშვებისათვის საავადმყოფოში. ინფექციის გავრცელება საავადმყოფოში შეიძლება შეაჩეროს შემდეგმა ქმედებებმა:
> სამედიცინო პერსონალის მიერ ხელის დაბანა ყოველი პაციენტის გასინჯვის წინ,
> იდეალურია ბავშვის იზოლაცია,
> ეპიდემიების დროს მინიმუმამდე დაიყვანეთ ბავშვთან მშობლების, ნათესავების ვიზიტები, როდესაც მათ აქვთ მწვავე რესპირაციული ინფექციის ნიშნები

საავადმყოფოდან გაწერა
ბრონქიოლიტის მქონე ბავშვის გაწერა ბინაზე შესაძლებელია, როდესაც გაქრება რესპირაციული დისტრესის და ჰიპოქსიის ნიშნები, არ არის აპნოეს ეპიზოდები და ბავშვი კარგად ჭამს. ჩვილებს შეიძლება გაუმეორდეს ბრონქიოლიტის კლინიკა, თუ ისინი ცხოვრობენ ოჯახში, სადაც ეწევიან ან ბავშვი არ იმყოფება ძუძუთი კვებაზე. გააფრთხილეთ მშობლები საშიშროების შესახებ.

შემდგომი დაკვირვება
ბრონქიოლიტის მქონე ბავშვი შეიძლება ახველებდეს და მას ჰქონდეს მსტვენავი სუნთქვა 3 კვირამდე. თუ ასეთ ბავშვს არ აქვს რესპირაციული დისტრესი, ცხელება ან აპნოე და საკვებს კარგად იღებს, მას არ სჭირდება ანტიბიოტიკი.

4.5.2 ასთმა
ასთმა არის ქრონიკული ანთებითი მდგომარეობა, რომელსაც ახასიათებს რესპირაციული ტრაქტის მორეციდივე ობსტრუქცია ხშირად ხველით, რომელიც კარგად პასუხობს ბრონქოდილატატორებით მკურნალობაზე და ანტი-ანთებით პრეპარატებზე. ანტიბიოტიკები ეძლევათ მხოლოდ პნევმონიის ნიშნების დროს.

დიაგნოზი
მორეციდივე მსტვენავი სუნთქვის დროს, რომელსაც ხშირად თან სდევს ხველა, სუნთქვის გაძნელება, მოჭერითი შეგრძნება გულმკერდში, განსაკუთრებით, თუ ეპიზოდები ხშირია და ღამით ან ადრე დილას უარესდება, უნდა ვიფიქროთ ასთმაზე
გასინჯვისას შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგი სიმპტომები:

- გახშირებული სუნთქვა
- გულმკერდის შებერილობა

- ჰიპოქსია (ჟანგბადის სატურაცია ≤90%)
- გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა
- დამხმარე კუნთების მონაწილეობა სუნთქვაში (განსაკუთრებით შესამჩნევია კისრის კუნთების მოძრაობა)
- გახანგრძლივებული ამოსუნთქვა შესამჩნევი სტვენით
- აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა ან სუნთქვა არ ტარდება (სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობა)
- ცხელება არ არის
- ბრონქოდილატატორებზე კარგი პასუხი.

თუ დიაგნოზი გაურკვეველია, მიეცით სწრაფი მოქმედების ბრონქოდილატატორი (იხ. სალბუტამოლი (salbutamol). ასთმის მქონე ბავშვის მდგომარეობა გაუმჯობესდება სწრაფად ასეთი მკურნალობის ფონზე, რაც გამოვლინდება სუნთქვის სიხშირის და გულმკერდის ჩადრეკის შემცირებით და რესპირაციული დისტრესის შემცირებით. მძიმე ასთმის მქონე ბავშვს შეიძლება დასჭირდეს სალბუტამოლის რამდენიმე დოზის მიღება, სანამ გამოვლინდება მკურნალობაზე დადებითი რეაქცია. (იხილე ქვემოთ).

მკურნალობა

> მსტვენავი სუნთქვის პირველი ეპიზოდის მართვა რესპირაციული **დისტრესის გარეშე** შესაძლებელია ბინაზე. ბრონქოდილატატორი აუცილებელი არ არის.

თუ ბავშვს აქვს **რესპირაციული დისტრესი (მწვავე მძიმე ასთმა) ან აქვს მორეციდივე მსტვენავი სუნთქვა**, მიეცით სალბუტამოლი (salbutamol) დოზირებული ინჰალატორით სპეისერით ან, თუ ეს შეუძლებელია, ნებულაიზერით (დეტალები იხილეთ ქვემოთ). თუ სალბუტამოლი არ არის ხელმისაწვდომი, გაუკეთეთ ადრენალინი კანქვეშ.

> შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა 15 წუთის მერე, რომ ნახოთ მკურნალობის ეფექტი:

– თუ რესპირაციული დისტრესი შეჩერდა და ბავშვს არ აქვს ხშირი სუნთქვა, ასწავლეთ დედას როგორ ჩაატაროს ინჰალაცია სალბუტამოლით ბინაზე დოზირებული ინჰალატორის ან სპეისერის მეშვეობით (რომელიც შეიძლება დამზადდეს პლასტიკური ბოთლისაგან).

– თუ რესპირაციული დისტრესი გრძელდება, გააგზავნეთ ბავშვი სტაციონარში და უმკურნალეთ ჟანგბადით, სწრაფად მოქმედი ბრონქოდილატატორებით და სხვა პრეპარატებით, როგორც ეს აღწერილია ქვემოთ.

მძიმე, სიცოცხლისათვის საშიში ასთმა

> თუ ბავშვს აქვს სიცოცხლისათვის საშიში ასთმა, რესპირაციული

დისტრესი ცენტრალური ციანოზით და ჟანგბადის სატურაციით ≤90%, „ჩუმი ფილტვი“ -შებერილი ფილტვი, რომელშიც არ შედის ჰაერი, ბავშვს არ შეუძლია ლაპარაკი, სითხის დალევა და აქვს დათრგუნული ცნობიერება, გააგზავნეთ პაციენტი სტაციონარში და უმკურნალეთ ჟანგბადით, სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორებით და სხვა პრეპარატებით, როგორც ეს არის აღწერილი ქვემოთ.

> საავადმყოფოში შემოსულ ბავშვებს მიეცით ჟანგბადი, სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორი და სტეროიდების პირველი დოზა.

ჟანგბადი

> მიეცით ჟანგბადი და შეინარჩუნეთ სატურაცია > 95% ყველა ბავშვთან, ვისაც აქვს ასთმა და გამოხატული ციანოზი (სატურაცია ≤90%) ან სუნთქვის გაძნელება კვების ან ლაპარაკის დროს.

სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორები

> მიეცით ბავშვს სწრაფად მომქმედი ბრონქოდილატატორი, როგორიცაა დოზირებული სალბუტამოლი ინჰალატორით ან სპეისერით. თუ სალბუტამოლი არ არის ხელმისაწვდომი, გააკეთეთ კანქვეშ ადრენალინი როგორც ეს აღწერილია ქვემოთ.

სალბუტამოლი ნებულაიზერით

გამფრქვევი ნებულაიზერი უნდა აპროდუცირებდეს სულ მცირედ 6–9 ლიტრს/წუთში. რეკომენდებული მეთოდები არის ჰაერის კომპრესია, ულტრასონური ნებულაიზერი ან ჟანგბადის ცილინდრი. თუ ესენი ხელმიუწვდომელია, გამოიყენეთ ინჰალატორი ან სპეისერი.

> ჩაასხით ბრონქოდილატატორის ხსნარის დოზა ნებულაიზერში, დაამატეთ ნატრიუმის ქლორიდის 0.9% ხსნარის 2-3 მლ და მიაწოდეთ ბავშვს შესასუნთქად, სანამ სითხე არ ამოშრება. სალბუტამოლის დოზა 2.5 მგ (მაგ., 0.5 მლ ნებულაიზერის ხსნარის - 5 მგ/მლ).

> თუ მკურნალობისადმი შედეგი ცუდია, მიეცით სალბუტამოლი უფრო ხშირად.

> მძიმე და სიცოცხლისათვის საშიში ასთმის დროს, როდესაც ბავშვს არ შეუძლია ლაპარაკი, არის ჰიპოქსიაში, იღლება და ცნობიერება ეცვლება, მიეცით ნებულაიზერით სალბუტამოლი ხანგრძლივად, სანამ მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება, ამავე დროს ჩადგით ინტრავენური კათეტერი. როგორც კი მიიღებთ გაუმჯობესებას, შესაძლებელი იქნება ნებულაიზერის მიცემა ყოველ 4 საათში, შემდეგ ყოველ 6–8 საათში.

სალბუტამოლის (salbutamol) მიცემა დოზირებული ინჰალატორით სპეისერით

სპეისერის მოწყობილობა 750 მლ მოცულობით არის კომერციულად



გამოიყენეთ სპეისერი და სახის ნიღაბი ბრონქოდილატატორის მისაცემად. შესაძლებელია სპეისერის ბოთლისაგან გაკეთება

ხელმისაწვდომი.

> სპეისერში ჩაასხურეთ 2 ჯერ (200 მგრ) სალბუტამოლი (salbutamol). შემდეგ სპეისერის ნიღაბი მოათავსეთ ბავშვის პირზე და მიეცით საშუალება შეისუნთქოს 3-5 ჯერ. ეს პროცედურა შეიძლება ჩაატაროთ 6 შესხურებამდე 5 წლამდე ასაკის ბავშვთან, 12 შესხურებამდე >5 წლის ასაკში. 6 ან 12 შესხურების მერე, ასაკის შესაბამისად, შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა და მკურნალობაზე პასუხი. მძიმე შემთხვევაში შესაძლებელია სალბუტამოლის (salbutamol) ასეთივე დოზით გამეორება რამდენიმეჯერ ერთი საათის განმავლობაში.

თუ კომერციული წარმოების სპეისერი არ არის ხელმისაწვდომი, გამოიყენება ბოთლისაგან გაკეთებული სპეისერი ან 1-ლიტრიანი ბოთლი. მათში შესაძლებელია სალბუტამოლის (salbutamol) 3-4 ჩასხურება და სუნთქვა 30 წამამდე.

კანქვეშა ადრენალინი

> თუ სალბუტამოლის (salbutamol) მიწოდების ზემოაღნიშნული 2 მეთოდი მიუწვდომელია, გაუკეთეთ კანქვეშ ადრენალინი (adrenaline) 0.01 მლ/კგ 1:1000 განზავებით (მაქსიმუმ 0.3 მლ), გაზომეთ აკურატულად 1-მლ-ანი შპრიცით (ინიექციის ტექნიკა ნახეთ, გვ.236). თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება, გაიმეორეთ დოზა კიდევ ერთხელ.

სტეროიდები

> თუ ბავშვს აქვს მძიმე ან სიცოცხლისათვის საშიში ასთმის შეტევა, მიეცით დასალევად პრედნიზოლონი (prednisolone), 1 მგ/კგ, 3–5 დღე (მაქსიმუმ 60 მგ) ან 20 მგ 2–5 წლის ასაკში. თუ ბავშვის მდგომარეობა რჩება ძალიან მძიმე, გააგრძელეთ მკურნალობა, მდგომარეობის გაუმჯობესებამდე.

გაიმეორეთ პრედნიზოლონის (prednisolone) დოზა ღებინების მქონე ბავშვებთანდაიფიქრეთსტეროიდებისინტრავენურადგამოყენებაზე, თუ ბავშვი ვერ ირგებს დასალევ პრეპარატებს. როგორც წესი, 3 დღის მკურნალობა საკმარისია, მაგრამ საჭიროა ხანგრძლივი დაკვირვება, რომ მივიღოთ სრული გამოჯანმრთელება. სტეროიდების მოკლე კურსის დროს დოზის თანდათანობით შემცირება (7–14 დღე) არ არის საჭირო. ინტრავენურად ჰიდროკორტიზონი (hydrocortisone)

(4 მგ/კგ ყოველ 4 საათსი) არ იძლევა კარგ ეფექტს და გამოიყენება მხოლოდ ღებინების მქონე ბავშვებში, ვისაც არ შეუძლია პრეპარატის დალევა.

მაგნიუმის სულფატი (Magnesium sulfate):

ინტრავენურად შეყვანილი მაგნიუმის სულფატი (magnesium sulfate) იძლევა დამატებით კარგ ეფექტს მძიმე ასთმის ბრონქოდილატატორებით და კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის დროს. მაგნიუმის სულფატი (Magnesium sulfate) მძიმე ასთმის მკურნალობის დროს უფრო უსაფრთხოა, ვიდრე ამინოფილინი (aminophylline). ეს პრეპარატი შეიძლება გამოვიყენოთ ბავშვებში, ვინც არ პასუხობს ზემოთ აღნიშნულ პრეპარატებს.

- მიეცით ბოლუსის სახით 50% მაგნიუმის სულფატი (magnesium sulfate) 0.1 მლ/კგ (50 მგ/კგ) ინტრავენურად 20 წუთის განმავლობაში.

ამინოფილინი (Aminophylline):

ამინოფილინი (Aminophylline) არ არის რეკომენდებული მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის მწვავე ასთმის დროს. მისი გამოყენება შესაძლებელია ბავშვებში, რომლებიც არ პასუხობენ სწრაფ ბრონქოდილატატორების რამოდენიმე დოზას მოკლე ინტერვალით და პლუს კორტიკოსტეროიდებს. ამინოფილინი (Aminophylline) გამოიყენება შემდეგ შემთხვევებში:

> ბავშვი მოთავსებულია ინტენსიურ პალატაში და იმყოფება მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ.

> კარგად აწონეთ ბავშვი და მიეცით ინტრავენურად ამინოფილინი (aminophylline) საწყისი დოზა 5–6 მგ/კგ (მაქსიმუმ 300 მგ) 20 წუთის განმავლობაში, მაგრამ უმჯობესია 1 საათის განმავლობაში. შემდეგ გააგრძელეთ შეყვანა 5 მგ/კგ ყოველ 6 საათში.

ინტრავენურად შეყვანილი ამინოფილინის ზედმეტი დოზა (aminophylline) შეიძლება იყოს საშიში. საშიშია აგრეთვე, მისი სწრაფი მიწოდებაც.

- დაივიწყეთ თავდაპირველი დოზა, თუ ბავშვმა უკვე მიიღო ამინოფილინი (aminophylline) ან კოფეინი (caffeine) წინა 24 საათის განმავლობაში.
- შეაჩერეთ პრეპარატის შეყვანა, თუ ბავშვმა დაიწყო ღებინება, პულსი >180/წთ, აქვს თავის ტკივილი ან დაეწყო გულყრა.

დასალევი ბრონქოდილატატორები

დასალევი სალბუტამოლი (salbutamol) (სიროფში ან ტაბლეტებში) არ არის რეკომენდებული მძიმე ან ხანგრძლივი მსტვენავი სუნთქვის მკურნალობისათვის. მისი გამოყენება შესაძლებელია, როდესაც საინჰალაციო სალბუტამოლი არ არის ხელმისაწვდომი ან ბავშვისათვის, რომლის მდგომარეობა გაუმჯობესდა და იგი ეწერება ბინაზე.

დოზა:
ასაკი 1 თვე - 2 წელი: 100 მგრ/კგ (მაქსიმუმ 2 მგ) მაქსიმუმ 4 ჯერ დღეში
ასაკი 2–6 წელი: 1–2 მგ მაქსიმუმ 4 ჯერ დღეში

ანტიბიოტიკები

> ასთმის სამკურნალოდ, როდესაც გახშირებულია სუნთქვა ცხელების გარეშე, ანტიბიოტიკები არ ინიშნება. თუ სახეზეა ხანგრძლივი ცხელება და პნევმონიის სხვა ნიშნები, მაშინ ანტიბიოტიკები გამოიყენება (სექცია 4.2, გვ.115).

დამხმარე მკურნალობა

> დარწმუნდით, რომ ასაკთან შესაბამისად ბავშვი ღებულობს სითხეების საკმარის რაოდენობას დღის განმავლობაში (გვ.304). წაახალისეთ ძუძუთი კვება და სითხეების მიღება. წაახალისეთ ბავშვი მიიღოს საკვები.

მეთვალყურეობა

ექთანმა უნდა შეაფასოს ჰოსპიტალიზებული ბავშვი ყოვლ 3 საათში ან შემდგომში 6 საათში და ნახოს, რომ აქვს გაუმჯობესება - სუნთქავს უფრო ნელა, გულმკერდის ჩადრეკა ნაკლებადაა გამოხატული. ექიმმა უნდა შეაფასოს ბავშვი 1 ჯერ დღეში მაინც. ჩაიწერეთ სუნთქვის სიხშირე და გამორიცხეთ სუნთქვის უკმარისობა - ჰიპოქსია, რესპირაციული დისტრესი. აკონტროლეთ ჟანგბადი, როგორც მიცემულია გვ. 93.

გართულებები

თუ ბავშვი ვერ პასუხობს აღწერილ მკურნალობაზე, გაუკეთეთ რენტგენი და გამორიცხეთ პნევმოთორაქსი. იყავით ფრთხილად, ვინაიდან ეს ორი დიაგნოზი - ჰიპერვენტილაცია და პნევმოთორაქსი ჰგავს ერთმანეთს რენტგენზე. უმკურნალეთ, როგორც აღწერილია გვ. 90.

შემდგომი დაკვირვება

ასთმა არის მორეციდივე და ქრონიკული მდგომარეობა.

> თუ ბავშვის მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდა, შესაძლებელია მისი გაწერა ბინაზე. საინჰალაციო სალბუტამოლი საინჰალაციო დოზატორის სახით უნდა ჰქონდეს გამოწერილი სპეისერისთვის და დედამ უნდა იცოდეს მისი გამოყენება.

> ხანგრძლივი მკურნალობის გეგმა გადაწყდება სიმპტომების და მათი სიხშირის შესაბამისად. მკურნალობა შესაძლოა საჭირო გახდეს კურსებით ან მუდმივად ბრონქოდილატატორების მეშვეობით,

რეგულარულად საინჰალაციო სტეროიდების ან დასალევი სტეროიდების გამოყენებით კურსობრივად. საერთაშორისო და ნაციონალური გაიდლაინების განახლება საჭიროა მეტი ინფორმაციისათვის.

4.5.3 მსტვენავი სუნთქვა ხველისა და გაცივების დროს

უმეტეს შემთხვევაში მსტვენავი სუნთქვის ეპიზოდები <2 წლის ასაკმდე ასოცირებულია ხველასთან ან გაცივებასთან. ასეთი ბავშვების ანამნეზში, როგორც წესი, არ არის ატოპია, თივის ცხელება, ეგზემა, ალერგიული რინიტი და მსტვენავი სუნთქვის ეპიზოდები ასაკის ზრდასთან ერთად მცირდება. მსტვენავი სუნთქვის მართვა ამ შემთხვევებში, როგორც წესი, შესაძლებელია ბინაზე საინჰალაციო სალბუტამოლით (salbutamol).

4.6 სტრიდორით მიმდინარე მდგომარეობები

სტრიდორი

სტრიდორი წარმოადგენს უხეშ ხმაურს ინსპირაციის (ჩასუნთქვის) დროს, რომელიც განპირობებულია ჰაერის გასვლით შევიწროებულ პირხახაში, ხმოვანი იოგების ქვეშ და ტრაქეაში. თუ ობსტრუქცია გამოხატულია ხორხის ქვემოთ, ბიფუზური სტრიდორი ასევე გამოხატულია ექსპირაციის ფაზაში ბიფუზური სტრიდორი.

სტრიდორის უმთავრეს მიზეზად რჩება ვირუსული კრუპი (გამოწვეული წითელათი და სხვა ვირუსებით), უცხო სხეული, რეტროფარინგული აბსცესი, დიფთერია, ხორხის ტრავმა (ცხრილი 9). ადრეულ ასაკში სტრიდორი შეიძლება იყოს თანდაყოლილი.

ავადმყოფობის ანამნეზი

- სტრიდორის პირველი ან მორეციდივე ეპიზოდი
- გადაცდენის უეცარი ეპიზოდი
- დაბადებიდან ცოტა ხნის შემდეგ სტრიდორის გამოვლენა

ცხრილი 9. სტრიდორის მქონე ბავშვთა დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი	სიმპტომები
ვირუსული კრუპი	მყეფავი ხასიათის ხველა რესპირაციული დისტრესი ხმის ტემბრის შეცვლა (უხეში ან ჩახლეჩილი ხმა) თუ დაკავშირებულია წითელასთან, იხილე წითელას ნიშნები (გვ. 217)

რეტროფარინგული აბსცესი	ხახის უკანა კედლის შეშუპება ყლაპვის გაძნელება ცხელება
უცხო სხეული	გადაცდენის უეცარი ეპიზოდი რესპირაციული დისტრესი
დიფთერია	„ხარის კისრის“ სურათი - გადიდებული ლიმფური კვანძების და კისრის შეშუპების გამო ყელის სიწითლე მორუხო ფერის ნადები ტონზილებზე და ხახაში ცხვირიდან სისხლიანი გამონადენი DPT ვაქცინაცია არ არის ჩატარებული ზომიერი სტრიდორი
ეპიგლოტიტი	„სეპტიკური ბავშვი“ ხველა უმნიშვნელო ან სულ არ არის ნერწყვის დენა სითხის დალევა არ შეუძლია
თანდაყოლილი სტრიდორი	სტრიდორი დაბადებიდან
ანაფლაქსია	ალერგენთან შეხების ანამნეზი მსტვენავი სუნთქვა შოკი ურტიკარია და ტუჩების და სახის შეშუპება
დამწვრობა	შეშუპებული ტუჩები ანამნეზში კვამლის შესუნთქვა

4.6.1 ვირუსული კრუპი

კრუპი იწვევს ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციას. როდესაც კრუპი მძიმეა, შესაძლებელია ის იყოს სიცოცხლისათვის საშიში. კრუპის გამოვლინებები უფრო ხშირია ≤ 2 წლის ასაკში. ამ სექციაში აღწერილია სხვადასხვა ვირუსული წარმოშობის კრუპი. წითელასთან დაკავშირებული კრუპი იხ. გვ. 217.

დიაგნოზი

მსუბუქ კრუპს ახასიათებს:
ცხელება
უხეში, მყეფავი, უეცრად დაწყებული, შეტევითი ხასიათის ხველა

სტრიდორი მოისმინება მაშინ როდესაც ბავშვი აგზნებულია

მძიმე კრუპის დამატებით ახასიათებს:
სტრიდორი მშვიდ მდგომარეობაში
გახშირებული სუნთქვა და გულმკერდის ქვედა ნაწილი ჩადრეკა
ციანოზი ან ჟანგბადის სატურაცია ≤90%.

მკურნალობა

მსუბუქი კრუპის მქონე ავადმყოფის მოვლა შესაძლებელია ბინაზე სითხეებით, ძუძუთი კვებით ან სპეციალური კვებით.

მძიმე კრუპის მქონე ბავშვი უნდა მოთავსდეს საავადმყოფოში. შეეცადეთ აარიდოთ ინვაზიური პროცედურები, ხოლო თუ ამის აუცილებლობაა, ჩაატარეთ ანესთეზიოლოგის თანდასწრებით, ვინაიდან შესაძლოა განვითარდეს სასუნთქი გზების ობსტრუქცია

> **სტეროიდებით მკურნალობა.** მიეცით დასალევად ერთი დოზა

– დექსამეტაზონი (dexamethasone) (0.6 მგ/კგ) ან სხვა სტერიოიდის ექვივალენტური დოზა: დექსამეტაზონი (dexamethasone) პრედნიზოლონი (prednisolone). თუ შესაძლებელია გამოიყენეთ ნებულაიზრით ბუდეზონიდი (budesonide) 2მგ. დაიწყეთ სტეროიდები რაც შეიძლება მალე.თუ ბავშვს ურჩევნია, გახსენით ტაბლეტი წყალში და დაალევინეთ. თუ ბავშვმა აღებინა, კვლავ გაიმეორეთ ერთი დოზის მიცემა.

> **ადრენალინი (Adrenaline).** საცდელად მიეცით ნებულაიზერით ადრენალინი adrenaline(2 მლ 1:1000 განზავებით). თუ ეს ეფექტურია, გაიმეორეთ ყოველ 4 საათში შემდგომი დაკვირვებით. ასეთი მკურნალობა იწვევს მდგომარეობის გაუმჯობესებას 30 წუთში. გაუმჯობესება დროებითია და შესაძლოა გაგრძელდეს დაახლოებით 2 სთ.

> **ანტიბიოტიკები.** ანტიბიოტიკები უეფექტოა და მათი გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი.

> აწარმოეთ დაკვირვება ბავშვზე და უზრუნველყავით ინტუბაცია და/ან ტრაქეოსტომია საჭიროების შემთხვევაში, ვინაიდან ობსტრუქცია შეიძლება ელვისებურად განვითარდეს.

იმ შემთხვევაში, როდესაც ბავშვის მდგომარეობა სწრაფად უარესდება, უზრუნველყავით შემდეგი:

> **ინტუბაცია და /ან ტრაქოესტომია:** თუ სახეზეა ობსტრუქციის საშიში ნიშნები, როგორიცაა მოუსვენრობა და გულმკერდის ჩადრეკა, მოახდინეთ ინტუბაცია სასწრაფოდ.

> თუ ეს შეუძლებელია, გადაიყვანეთ ბავშვი სასწრაფოდ იმ საავადმყოფოში, სადაც ინტუბაცია და ტრაქეოსტომია შესაძლებელია. ტრაქეოსტომია უნდა კეთდებოდეს გამოცდილი პერსონალის მიერ.

> არ გამოიყენოთ ჟანგბადი, თუ არ არის ობსტრუქციის საშიში ნიშნები. ისეთი ნიშნები, როგორიცაა მოუსვენრობა და გულმკერდის ჩადრეკა, მიგვითითებს უფრო ტრაქეოსტომიის აუცილებობაზე, ვიდრე ჟანგბადის მიწოდების აუცილებლობაზე. ჟანგბადის მიწოდების ნაზალურმა მოწყობილობებმა და კათეტერმა შეიძლება გამოიწვიონ ბავშვის უფრო მეტი მოუსვენრობა და ამ მოწყობილობების ობსტრუქცია სეკრეტით.

> თუ არ არის ობსტრუქციის საშიში ნიშნები ისეთი, როგორიცაა მოუსვენრობა და გულმკერდის ჩადრეკა, მიეცით ჟანგბადი, სანამ ჩატარდება ტრაქეოსტომია. დაუძახეთ სასწრაფოდ ანესთეზიოლოგს და ქირურგს ტრაქეოსტომოს ჩასატარებლად.

დამხმარე მკურნალობა

> შეეცადეთ ბავშვი იყოს მშვიდად, არ შეაწუხოთ იგი

თუ ბავშვს აქვს ცხელება (≥ 39 °C or ≥ 102.2 °F), რომელიც მას აწუხებს, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol).

> წაახალისეთ ძუძუთი კვება და სითხეების მიღება. შეეცადეთ ინტრავენური მანიპულაციებისაგან შეიკავოთ თავი, ვინაიდან ეს იწვევს დისტრესს და ხელს უწყობს ობსტრუქციას.

> წაახალისეთ ბავშვი მიიღოს საკვები ,

არ გამოიყენოთ დამატენიანებელი კარავი, ვინაიდან იგი უეფექტოა და განაცალკევებს ბავშვს მშობლებისაგან, რაც იწვევს დამატებით სტრესს და დაკვირვების გაძნელებას. არ მისცეთ სედაციური და ღებინების საწინააღმდეგო საშალებები.

მეთვალყურეობა

ბავშვის მდგომარეობა, განსაკუთრებით დისტრესის დროს, ექთნის მიერ უნდა შეფასდეს ყოველ 3 საათში, ხოლო ექიმის მიერ 2-ჯერ დღეში. ბავშვი უნდა მოთავსდეს სამანიპულაციოსთან ახლოს, რათა ობსტრუქციის ნიშნები შეფასდეს დროულად და მიიღოს ადეკვატური დახმარება რაც შეიძლება სწრაფად.

4.6.2 დიფთერია

დიფთერია არის ბაქტერიული ინფექცია, რომლის პრევენცია ხდება იმუნიზაციით. ზედა სასუნთქ გზებში ინფექცია იწვევეს მორუხო ფერის ნადების წარმოშობას, სტრიდორს და ობსტრუქციას. ცხვირის ლორწოვანის დაზიანებისას გამოვლინდება სისხლნარევი გამონადენი. დიფთერიის ტოქსინი იწვევს კუნთთა დამბლას და მიოკარდიტს, რომლებიც განაპირობებენ სიკვდილს.

დიაგნოზი

ფრთხლიად შეამოწმეთ ბავშვის ცხვირი და ხახა მორუხო ფერის,ქსოვილებთან მჭიდროდ შეკავშირებული ნადების არსებობაზე.

ხახის დათვალიერება უნდა ხდებოდეს ძალზე ფრთხილად, ვინაიდან ამ პროცედურამ შეიძლება გამოიწვიოს სასუნთქი გზების ობსტრუქცია. ხახის დიფთერიის მქონე ბავშვს აქვს კისრის გამოხატული შეშუპება და ე.წ. „ხარის კისერი“ შეშუპების გამო.



ხახაში მემბრანის არსებობა. შენიშვნა:მემბრანა ვრცელდება ტონზილების იქით და ფარავს ხახის კედელსაც

მკურნალობა

ანტიტოქსინი

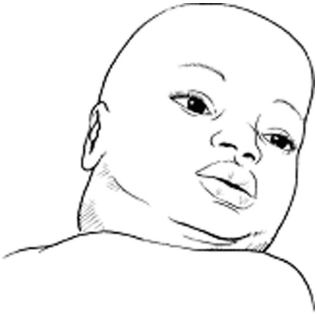
> მიეცით 40 000 (U) დიფტერიული ანტიტოქსინის(კუნთებშიანინტრავენურად) დაუყოვნებლივ, ვინაიდან ეს სასიცოცხლო ჩვენებაა. ვინაიდან ცხენის შრატის მიცემის დროს შესაძლებელია მძიმე ალერგიული რეაქცია ანაფილაქსიური შოკით, გამოიყენეთ თავდაპირველად კანის სინჯი, როგორც ეს არის აღწერილი ინსტრუქციაში, და უზრუნველყავით ანაფილაქსიის მკურნალობა, თუ დადგა ამის აუცილებლობა(გვ. 145).

ანტიბიოტიკები

> ყველა ბავშვს, ვისთანაც ეჭვია დიფთერიაზე, უნდა გაუკეთდეს ღრმად კუნთებში (კუნთებში) პროკაინ პენიცილინი procaine benzylpenicillin 50 მგ/კგ (მაქსიმუმ 1.2 გრ) ყოველდღიურად 10 დღის განმავლობაში. ეს პრეპარატი არ უნდა გაკეთდეს ინტრავენურად.

ჟანგბადი

> აარიდეთ ჟანგბადის მიცემა, თუ არ არის ობსტრუქციის საშიში ნიშნები. ისეთი ნიშნები, როგორიცაა მოუსვენრობა და გულმკერდის ჩადრეკა, მიგვითითებენ უფრო ტრაქეოსტომიის აუცილებობაზე, ვიდრე ჟანგბადის მიწოდების აუცილებლობაზე. ჟანგბადის მიწოდების ნაზალურმა მოწყობილობებმა და კათეტერმა შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის უფრო მეტი მოუსვენრობა და ამ მოწყობილობების ობსტრუქცია სეკრეტით.



„ხარის კისერი“:დიფთერიის ნიშანია. შეშუპება და ლიმფური კვანძების გადიდება

> თუ არ არის ობსტრუქციის საშიში ნიშნები, როგორიცაა მოუსვენრობა და გულმკერდის ჩადრეკა, მიეცით ჟანგბადი, სანამ ჩატარდება ტრაქეოსტომია. დაუძახეთ სასწრაფოდ ანესთეზიოლოგს და ქირურგს ტრაქეოსტომოს ჩასატარებლად.

ტრაქეოსტომია/ინტუბაცია

ტრაქეოსტომია უნდა ჩატარდეს მხოლოდ გამოცდილი პერსონალის მიერ რადგანაც არსებობს ობსტრუქციის საშიშროება - გამოიხატება გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა და მოუსვენრობა. ოროტრაქეალური ინტუბაცია წარმოადგენს ალტერნატივას, მაგრამ შესაძლებელია ამით მემბრანის დისლოკაცია და სასუნთქი გზების ობსტრუქცია.

დამხმარე მკურნალობა

> თუ აქვს ცხელება (≥ 39 °C or ≥ 102.2 °F), რომელიც აწუხებს ბავშვს, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol).

> წაახალისეთ ბავშვი მიიღოს საკვები და დალიოს სითხე.თუ ყლაპვა გაძნელებულია, კვებეთ ნაზოგასტრალური ზონდით. ნაზოგასტრალური ზონდი უნდა ჩაიდგას გამოცდილი კლინიცისტის ან ანესთეზიოლოგის მიერ. (გვ. 398).

გამორიცხეთ ხშირი გასინჯვები და ინვაზიური პროცედურები, რომელიც შეაწუხებს ბავშვს.

მეთვალყურეობა

ბავშვის მდგომარეობა უნდა შეფასდეს ექთნის მიერ ყოველ 3 საათში, ხოლო ექიმის მიერ 2 ჯერ დღეში. ბავშვი უნდა მოთავსდეს ახლოს სამანიპულაციოსთან, ისე, რომ კონტროლირდებოდეს სასუნთქი გზების ობსტრუქცია შესაბამისად სწრაფად.

გართულებები

■ მიოკარდიტი და დამბლები გამოვლინდება დაავადების დაწყებიდან 2–7 კვირის მანძილზე.

მიოკარდიტის ნიშნებში შედის სუსტი არითმული პულსი, გულის უკმარისობის ნიშნები. გამოიყენეთ პედიატრიის სტანდარტული გაიდლაინები მიოკარდიტის მართვისათვის.

პრევენციული ღონისძიებები

> ბავშვის მოთავსება ხდება იზოლირებულ ოთახში. სამედიცინო პერსონალი უნდა იყოს აცრილი დიფთერიაზე.

> ყველა კონტაქტში მყოფ არავაქცინირებულ პირს უნდა გაუკეთდეს დიფთერიის ტოქსოიდის ბუსტერული დოზა

> ყველა კონტაქტში მყოფს არავაქცინირებულ მიეცით1 დოზა ბენზათინ პენიცილინის (benzathine penicillin) (600 000 U ≤ 5 წლის ასაკში, ხოლო 1 200 000 U >5 წლის ასაკში).გაუკეთეთ მათ დიფთერიის ტოქსოიდი და ყოველ დღე გასინჯეთ 5 დღის მანძილზე დიფთერიის ნიშნებზე.

4.6.3 ეპიგლოტიტი

ეპიგლოტიტი წარმოადგენს გადაუდებელ მდგომარეობას, რომელიც

საშიშია სიცოცხლისათვის და შესაძლოა სწრაფად დამთავრდეს სიკვდილით, თუ არ მოხდება მისი მართვა დროულად. ეპიგლოტიტის პირველ მიზეზად ითვლება ბაქტერია H. influenzae ტიპი b, თუმცა გამომწვევი შეიძლება იყოს ნებისმიერი სხვა ბაქტერია ან ვირუსი. ეპიგლოტიტი იწყება ენის ფუძის და ხორხსარქველის ანთებითი მოვლენებით, ხოლო ასეთი ანთება იწვევს სასუნთქი გზების ობსტრუქციას.

დიაგნოზი

- ყელის ტკივილი და ლაპარაკის გაძნელება
- სუნთქვის გაძნელება
- ზომიერი სტრიდორი
- ცხელება
- ნერწყვის დენის გაძლიერება(ცრუ სალივაცია)
- ყლაპვის გაძნელება, სითხის და საკვების მიღების შეუძლებლობა

მკურნალობა

ამბულატორიული პაციენტების მკურნალობა მიმართულია ობსტრუქციის მოხსნაზე და ინფექციური აგენტის საწინააღმდეგოდ.

> არ შეაწუხოთ ბავშვი, მიაწოდეთ დატენიანებული ჟანგბადი და აკონტროლეთ მდგომარეობა.

> შეეცადეთ არ გასინჯოთ ყელი, როდესაც ნიშნები ტიპიურია და ამით აარიდოთ ობსტრუქციის განვითარება.

> სასწრაფოდ მიმართეთ ინტენსიურ სამსახურს, ვინაიდან სასუნთქი გზების ობსტრუქცია შეიძლება განვითარდეს სწრაფად. ინტუბაცია ითვლება საუკეთესო მეთოდად, მაგრამ მისი ჩატარება ძნელია. მხედველობაში გქონდეთ ქირურგიული ჩარევა.

> მიეცით ინტრავენური ანტიბიოტიკი, როდესაც ობსტრუქცია არ არის გამოკვეთილი: ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) 80მგ/კგ 1-ჯერ დღეში 5 დღე.

4.6.4 ანაფილაქსია

ანაფილაქსია არის მძიმე ალერგიული რეაქცია, რომელიც იწვევს ზედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციას სტრიდორით, ქვედა სასუნთქი გზების ობსტრუქციას მსტვენავი სუნთქვით ან შოკს ან სამივეს ერთად. ყველაზე ხშირ მიზეზად ითვლება ანტიბიოტიკის გამოყენება, ვაქცინის შეყვანა, სისხლის გადასხმა, საკვებისმიერი ალერგია (განსაკუთრებით თხილი).

იფიქრეთ ამ დიაგნოზზე, როდესაც გაქვთ ანამნეზში მძიმე რეაქცია, ასთმა, ეგზემა ან ატოპია.

სიმპტომები	სიმპტომები	ნიშნები
მსუბუქი	ქავილის შეგრძნება პირხახაში, გულისრევა	ურტიკარია სახის შეშუპება კონიუნქტივიტი ხახის გაწითლება
საშუალო სიმძიმის	ხველა, მსტვენავი სუნთქვა დიარეა ოფლიანობა	მსტვენავი სუნთქვა ტაქიკარდია სიფერმკრთალე
მძიმე	სუნთქვის მკვეთრი გაძნელება კოლაფსი ღებინება	მძიმე ობსტრუქცია ჰაერის ცუდი გამავლობა სასუნთქ გზებში ხორხის შეშუპება შოკი სუნთქვის გაჩერება გულის გაჩერება

ეს სიტუაცია პოტენციურად საშიშია სიცოცხლისათვის და შეიძლება გამოიწვიოს ცნობიერების დაბინდვა, კოლაფსი, სუნთქვის და გულის გაჩერება.
თუ ბავშვი არ სუნთქავს, დაიწყეთ დადებითი წნევით ვენტილაცია თვითშლადი ტომრის საშუალებით - განახორციელეთ 5 ჩასუნთქვა და 100% ჟანგბადი მიაწოდეთ, შეამოწმეთ ცირკულაცია.
– თუ არ არის პულსი, ნიღბით დაიწყეთ რეანიმაციული ღონისძიება.

მკურნალობა
მოაცილეთ ალერგენი, თუ შესაძლებელია.
> მსუბუქ შემთხვევაში (მხოლოდ გამონაყარი და ქავილი) მიეცით დასალევად ანტიჰისტამინური საშუალებები და პრედნიზოლონი (prednisolone) 1 მგ/კგ.
> საშუალო სიმძიმის ანაფილაქსიის დროს, რომელიც მიმდინარეობს სტრიდორით ან ობსტრუქციით:
– გაუკეთეთ ადრენალინი (adrenaline) 0.15 მლ 1:1000 განზავებით კუნთებში თეძოზე ან კანქვეშ; შესაძლებელია დოზის გამეორება ყოველ 5-15 წუთში.
> მძიმე ანაფილაქსიური რეაქცია:
– გაუკეთეთ ადრენალინი (adrenaline) 0.15 მლ 1:1000 განზავებით

კუნთებში თეძოზე ან კანქვეშ; შესაძლებელია დოზის გამეორება ყოველ 5-15 წუთში.

– მიეცით 100% ჟანგბადი.

– უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა, სუნთქვის სტაბილიზაცია, ცირკულაცია და უსაფრთხო ინტრავენური ხელმისაწვდომობა.

– თუ ობსტრუქცია მძიმეა, იფიქრეთ ინტუბაციის აუცილებლობაზე, დაუძახეთ ანესთეზიოლოგს ამის ჩასატარებლად ან მოუარეთ ქირურგიულად.

– უზრუნველყავით 20 მლ/კგ NaCl 0.9% ან რინგერის ლაქტატი (Ringer lactate) ხსნარი ინტრავენურად შეყვანა რაც შეიძლება სწრაფად. თუ ინტრავენურად შეუძლებელია, ჩააყენეთ ინტრაოსეალური კანულა.

4.7 ქრონიკული ხველით მიმდინარე მდგომარეობები

ქრონიკული ხველა გრძელდება ≥14 დღეზე. ქრონიკული ხველა გამოვლინდება TB-ის, ყივანახველას, უცხო სხეულის (ნახე ქვემოთ) ან ასთმის დროს (ცხრილი 10)

ანამნეზი

- ხველის ხანგრძლივობა
- ღამის ხველა

პაროქსიზმული ხველა, ან შეტევითი ხასიათის ხველა, რომელიც მთავრდება ღებინებით ან ყივილით

- სხეულის მასის დაქვეითება, განვითარების შეფერხება (ნახეთ განვითარების გრაფიკი, თუ ხელმისაწვდომია)
- ღამის ოფლიანობა
- ხანგრძლივი ცხელება
- TB-პოზიტიური ნახველის მქონე პირთან ან ყივანახველით დაავადებულთან მჭიდრო კონტაქტი
- ობსტრუქციის შეტევები ანამნეზში ან ოჯახში ალერგიის ან ასთმის ანამნეზი გადაცდენის ან უცხო სხეულის შესუნთქვის ისტორია
- საეჭვო ან დადასტურებული HIV – ინფექცია
- რა მკურნალობა ჩატარდა და რა შედეგით

ცხრილი 10. ქრონიკული ხველის დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი	სიმპტომები
TB	– სხეულის მასის დაკარგვა ან განვითარების შეფერხება – ანორექსია

დიაგნოზი	სიმპტომები
	— ღამის ოფლიანობა — ღვიძლისა და ელენთის გადიდება — ქრონიკული ან მორეციდივე ცხელება — TB-სთან კონტაქტი — რენტგენზე გულმკერდში პათოლოგიური ცვლილებები
ასთმა	— მორეციდივე მსტვენავი სუნთქვა — გულმკერდის შებერვა გახანგრძლივებული ექსპირაცია აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა (ძალიან მძიმე ობსტრუქციის დროს) ბრონქოდილატატორებზე კარგი პასუხი
უცხო სხეული	გადაცდენის ან სტრიდორის უეცარი შეტევა აუსკულტაციით ცალმხრივი ცვლილებების არსებობა (მაგ., მსტვენავი სუნთქვა ან შებერილობა) ლობალური მორეციდივე კონსოლიდაცია მედიკამენტურ მკურნალობაზე ცუდი პასუხი
ყივანახველა	ხველის პაროქსიზმები, რომელსაც სდევს წამოყივლება, ღებინება, ციანოზი ან აპნოე სუბკონიუნქტივალური ჰემორაგია DPT არასრული ვაქცინაცია ცხელება არ არის
HIV	ცნობილი ან საეჭვო HIV-ინფექცია დედასთან ან და-ძმასთან განვითარების შეფერხება პირის ან საყლაპავის სოკოვანი დაზიანება ქრონიკული პაროტიტი კანის ინფექცია herpes zoster (წარსულში ან ამჟამად) გენერალიზებული ლიმფადენოპათია ქრონიკული ცხელება პერსისტული დიარეა დოლის ჯოხისებრი თითები
ბრონქოექტაზია	ანამნეზში ძალიან მძიმე პნევმონიის ისტორია, TB ან უცხო სხეულის ასპირაცია სხეულის მასის ცუდი მატება ჩირქოვანი ნახველი, ცუდი სუნით პირში დოლის ჯოხისებრი თითები რენტგენზე ლოკალიზებული დაზიანებები
ფილტვის აბსცესი	აბსცესის ადგილას ხმიანობის შეცვლა და აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვა სხეულის მასის ცუდი ზრდა ან ქრონიკულად მოავადე ბავშვი

დიაგნოზი	სიმპტომები
	ცისტები ან ღრუს (კავიტაცია) სიმპტომები გულმკერდის რენტგენოგრამაზე

გასინჯვა

- ცხელება
- ლიმფადენოპათია (გენერალიზებული ან ლოკალური, მაგ., კისრის)
- სხეულის მასის დაკარგვა
- მსტვენავი სუნთქვა ან ექსპირაციის გახანგრძლივება
- დოლის ჯოხისებრი თითები
- აპნოეს ეპიზოდები (ყივანახველასთან დაკავშირებული)
- სუბკონიუნქტივური ჰემორაგიები
- უცხო სხეულის ასპირაციასთან დაკავშირებული სიმპტომები:

– ცალმხრივი მსტვენავი მოვლენები

– აუსკულტაციით შესუსტებული სუნთქვის უბნები მოყრუებით ან გაძლიერებული რეზონანსით - კოლოფისებრი ხმა

– ტრაქეის ან გულის საძგერის გადახრა

HIV-სთან ასოცირებული ინფექცია.

ქრონიკული ხველის მკურნალობის გაიდლაინები მოცემულია ქვემოთ:

- ასთმა (გვ. 133)
- ყივანახველა (გვ. 149)
- TB (გვ.153)
- უცხო სხეული (გვ.157).
- HIV ინფექცია

4.7.1 ყივანახველა

ყველაზე მძიმედ ყივანახველა მიმდინარეობს პატარა, არაიმუნიზირებულ, ბავშვებში. 7–10 დღიანი ინკუბაციური პერიოდის შემდეგ პაციენტს აქვს ცხელება, ხველა, ცხვირიდან გამონადენი, რომელიც პრაქტიკულად არ განსხვავდება ვირუსული რესპირაციული ინფექციისაგან. მეორე კვირას იწყება პაროქსიზმული ხველა, რომელიც ტიპიურია ყივანახველისათვის. ხველის ეპიზოდები გრძელდება 3



სუბკონიუნქტივური ჰემორაგიები სკლერაში

თვე და მეტი. ბავშვი კონტაგიოზურია პაროქსიზმული ხველიდან კიდევ 3 კვირა.

დიაგნოზი

იფიქრეთ ყივანახველაზე, როდესაც ბავშვს ძლიერად ახველებს 2 კვირაზე მეტხანს და გარშემო არის ყივანახველას შემთხვევები.
ყველაზე კარგი დიაგნოსტიკური ნიშნებია:

- პაროქსიზმული ხველა წამოყივლებით ჩასუნთქვის დროს და ღებინებით ხველის ბოლოში
- სუბკონიუნქტივური ჰემორაგიები
- ყივანახველას ვაქციანცია არ არის დასრულებული
- ზოგიერთ შემთხვევაში წამოყივლება არ არის, მაგრამ გამოხატულია აპნოე ან ციანოზი ხველის გარეშე.

შეაფასეთ ბავშვი პნევმონიის არსებობაზე და დასვით კითხვა გულყრის შესახებ.

მკურნალობა

უმკურნალეთ ≥ 6 თვის ასაკის ბავშვებს (ნახეთ ქვემოთ). მოათავსეთ < 6 თვის ასაკის პაციენტები საავადმყოფოში; ასევე მოათავსეთ სტაციონარში პნევმონიის, კონვულსიების, დეჰიდრატაციის, მძიმე მალნუტრიციის, გახანგრძლივებული აპნოეს ან ციანოზის მქონე ბავშვები.

ანტიბიოტიკები

- მიეცით დასალევად ერითრომიცინი (erythromycin) (12.5 მგ/კგ 4 ჯერ დღეში) 10 დღის განმავლობაში. ეს არ შეამოკლებს დაავადების ხანგრძლივობას, მაგრამ შეამოკლებს გადამდებლობის პეროდს.
- ალტერნატიულად მიეცით აზირომიცინი (azithromycin) 10მგგ/კგ (მაქსიმუმ 500მგ) პირველ დღეს, შემდეგ 5მგ/კგ (მაქსიმუმ 250 მგ) დღეში 1 ჯერ 4 დღის განმავლობაში.
- თუ არის ცხელება და ერითრომიცინი (erythromycin) ან აზირომიცინი (azithromycin) არ არის ხელმისაწვდომი ან არის პნევმონიის ნიშნები, უმკურნალეთ ამოქსიცილინით (amoxicillin), ვინაიდან მოსალოდნელია მეორადი პნევმონია. შეამოწმეთ მძიმე პნევმონიის არსებობაზე (სექცია 4.2.1, გვ. 115).

ჟანგბადი

> მიეცით ჟანგბადი ბავშვებს, რომელთაც აქვთ აპნოე, ციანოზი, მძიმე პაროქსიზმები, ჟანგბადის დაბალი სატურაცია პულსოქსიმეტრიით (≤90%)

გამოიყენეთ ნაზალური კანულაა, არა ნაზალური კათეტერი ან ნაზოფარინგული კათეტერი, ვინაიდან მათ შეუძლიათ პაროქსიზმების პროვოცირება. მოათავსეთ კანულა ცხვირის

ნესტოებში და დაამაგრეთ წებოვანი ლენტით ზედა ტუჩზე. შეამოწმეთ პერიოდულად, რომ ჟანგბადის მიწოდება არ შეფერხდეს სეკრეტის დაგროვების გამო. დააყენეთ ჟანგბადის ნაკადი 1–2 ლიტრი/ წუთში (0.5 ლიტრი/წუთში პატარა ასაკის ბავშვებისათვის). ნაზალური მილების გამოყენებისას ჟანგბადის დატენიანება არ არის საჭირო.

> გააგრძელეთ ჟანგბადის მიწოდება, სანამ იქნება ამის აუცილებლობა

> ექთანმა უნდა ნახოს ბავშვი ყოველ 3 საათში და უზრუნველყოს ჟანგბადის უსაფრთხო მოწოდება (გვ.93).

სუნთქვის უზრუნველყოფა

– პაროქსიზმების დროს მოათავსეთ ბავშვი ისეთ პოზიციაში, რომ არ გადასცდეს ამონაღები მასები და დაეხმარეთ წებოვანი სეკრეტისაგან განთავისუფლებაში.

– თუ ბავშვს აქვს ციანოზის ეპიზოდები, გაწმინდეთ ცხვირი და ხახა სეკრეტისაგან ნაზი ამოტუმბვით.

– თუ არის აპნოე, გაწმინდეთ დაუყოვნებლივ სასუნთქი გზები ნაზი ამოტუმბვით, გამოიყენეთ სარქვლიანი რესპირატორი ჟაგბადის მაღალი წნევით მისაწოდებლად.

დამხმარე მკურნალობა

■ აიცდინეთ ხველის მაპროვოცირებელი ფაქტორები, როგორიცაა ნახველის ამოქაჩვა, ყელის დათვალიერება ან ნაზოგასტრალური ზონდის გამოყენება (რომელიც გამოიყენეთ, თუ ბავშვი ვერ სვამს სითხეს).

■ არ გამოიყენოთ ხველის დამთრგუნველები, სედაცია, მუკოლიზური საშუალებები და ანტიჰისტამინები.

> თუ ბავშვს აქვს ცხელება (≥ 39 °C, ≥ 102.2 °F), რომელიც აწუხებს მას, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol).

> წაახალისეთ ძუძუთი კვება და სითხეების მიღება. თუ ბავშვს არ შეუძლია დალევა, მოათავსეთ ნაზოგასტრალური ზონდი და მიეცით სითხის მცირე და ხშირი ულუფები (იდეალურია დედის რძე), რომ გააკონტროლოთ ბავშვის დღიური მოთხოვნილება საკვებსა და სითხეზე. (გვ.348). თუ არის რესპირაციული მძიმე დისტრესი, სითხეების მიწოდება ნაზოგასტრალური ზონდით არ არის მიზანშეწონილი ხველის პროვოცირების ან პერსისტიული ღებინების გამო. მიაწოდეთ ინტრავენური სითხეები, რათა შეამციროთ ასპირაციის რისკი და ხველის პროვოცირება.

უზრუნველყავით კვება, მიეცით მცირე, ხშირი ულუფები. თუ სხეულის მასის კარგვა გრძელდება, კვებეთ ნაზოგასტრალური ზონდით.

მეთვალყურეობა

საჭიროა ბავშვის მდგომარეობის შეფასება ყოველ 3 საათში ექთნის მიერ და ერთხელ დღეში ექიმის მიერ. აპნოეს და ციანოზის ადრეული დიაგნოსტიკის მიზნით ბავშვი უნდა მოთავსდეს ინტენსიურ პალატასთან ახლოს, სადაც ხელმისაწვდომია ჟანგბადი და ვენტილაცია. ასწავლეთ დედას აპნოეს გამოცნობა და როდის უნდა დაუძახოს ექთანს.

გართულებები

პნევმონია: წარმოადგენს ყივანახველის უხშირეს გართულებას, რომელიც გამოწვეულია მეორადი ბაქტერიული ფლორით, ამონაღები მასების შესუნთქვით.

■ პნევმონიის ნიშნებად ითვლება სუნთქვის გახშირება ხველისაგან თავისუფალ პერიოდში, ცხელება, რესპირაციული დისტრესის სწრაფი განვითრება

> უმკურნალეთ პნევმონიას ბავშვებში ყივანახველის დროს შემდეგი საშუალებებით:

მიეცით პარენტერულად ამპიცილინი (ampicillin) (ან ბენზილპენ იცილინი(benzylpenicillin) და გენტამიცინი (gentamicin) 5 დღე, ან ალტერნატიულად მიეცით აზითრომიცინი (azithromycin) 5 დღე.

მიეცით ჟანგბადი, როგორც აღწერილია მძიმე პნევმონიის დროს (სექცია 4.2.1 და 10.7,გვ .116 და 369).

გულყრები. გულყრები შეიძლება გამოვლინდეს ანოქსიის გამო აპნოეს და ციანოზის ეპიზოდების შედეგად ან იყოს ტოქსინ-გამოწვეული ენცეფალოპათიის გამო.

> თუ გულყრები არ შეწყდება 2 წუთის განმავლობაში, მიეცით დიაზეპამი (diazepam), გაიდლაინების მიხედვით - თავი 1 , გრაფიკი 9, გვ.37).

მალნუტრიცია. ყივანახველის მქონე ბავშვს შეიძლება განუვითარდეს მალნუტრიცია როგორც საკვების მიღების შემცირების და ღებინების შედეგი.

> ჩაატარეთ მალნუტრიციის პრევენცია საკვების ადეკვატური მიწოდებით, როგორც ეს აღწერილია 'დამხმარე მკურნალობაში'.

ჰემორაგიები და თიაქარი

■ სუბკონიუნქტივური ჰემორაგიები და სისხლდენები ცხვირიდან ხშირია ყივანახველას დროს

> სპეციფიკური მკურნალობა არ არის საჭირო.

■ შესაძლოა ჭიპის ან საზარდულის თიაქრის გამოვლენა,რომელიც შეიძლება განვითარდეს ძლიერი ხველის შედეგად

> მათი მკურნალობა არ არის საჭირო, თუ ისინი არ იწვევენ ნაწლავის ობსტრუქციას, მაგრამ საჭიროა ქირურგიული დაკვირვება

მწვავე ფაზის შემდეგ.

ინფექციის კონტროლი კერაში

> ოჯახში გაუკეთეთ DPT ვაქცინა იმ ბავშვებს, რომლებიც არ არიან ვაქცინირებულები და ასევე ბავშვს, რომელსაც აქვს ყივანახველა.

> მიეცით DPT ბუსტერი ვაქცინირებულ ბავშვებს.

> მიეცით ერითრომიცინ ესთოლატი (erythromycin estolate) (12.5 მგ/კგ 4 ჯერ დღეში) 10 დღის განმავლობაში ყველა ბავშვს ოჯახში, ვინც არის < 6 თვის ასაკის, აქვს ცხელება ან რესპირაციული ინფექციის სხვა გამოვლინება.

4.7.2 ტუბერკულოზი

M. tuberculosis-ით ინფიცირებული ბავშვების უმრავლესობას ტუბერკულოზი არ უვითარდებათ. ინფიცირების დამადასტურებელ ნიშნად შეიძლება გამოყენებულ იყოს კანის დადებითი ტესტი. TB-ის განვითარება დამოკიდებულია ორგანიზმის იმუნოკომპეტენტურობაზე, რამდენად აღუდგება იგი წინ M. tuberculosis ინფექციას. იმუნოკომპეტენტურობა იცვლება ასკთან ერთად, ხოლო პატარა ასაკში იგი არ არის სრულყოფილი. HIV ინფექცია და მალნუტრიცია ასუსტებს სხეულის იმუნურ სისტემას, ხოლო წითელა და ყივანახველა ასევე დროებით აზიანებენ მას. ასეთ ბავშვებში TB ადვილად ვითარდება.

ყველაზე მძიმედ TB ვითარდება, როდესაც ლოკალიზდება ფილტვებში, თავის ტვინის გარსებში ან თირკმლებში. შესაძლებელია ლიმფური კვანძების, ძვლების მუცლის, ყურების, თვალების და ასევე კანის დაზიანება. ბევრი ბავშვი ჩამორჩება განვითარებაში, აქვს სხეულის მასის დაქვეითება ან გახანგრძლივებული ცხელება. ხველა >14 დღე ასევე წარმოადგენს ამ დაავადების ნიშანს, თუმცა ნახველში მიკობაქტერიის აღმოჩენა იშვიათად ხდება ფილტვის ტუბერკულოზის დროსაც.

დიაგნოზი

TB-ის რისკი იზრდება, როდესაც გარშემო, ან იმავე სახლში არის აქტიური,TB-პოზიტიური ფილტვის ტუბერკულოზის მქონე პირი, სადაც ცხოვრობს ცუდი კვების მქონე ბავშვი, ან ბავშვს აქვს HIV-ინფექცია ან ჰქონდა წითელა ბოლო თვეებში. იფიქრეთ TB-ზე, თუ ბავშვს აქვს:

ანამნეზში:

- სხეულის მასის გაურკვეველი დაქვეითება ან განვითარების შეფერხება
- კარგად გაურკვეველი ცხელება 2 კვირაზე მეტი ხნის განმავლობაში
- ქრონიკული ხველა (მაგ., >14 დღეზე მეტი მსტვენავი სუნთქვით ან მის გარეშე)

■ კონტაქტი მოზრდილთან, რომელსაც აქვს ფილტვის ღია ფორმის TB.

გასინჯვისას:

გულმკერდის ერთ მხარეს არის სითხე (ჰაერის შესვლა შეზღუდულია, აქვს მოყრუება პერკუსიით)

■ გადიდებული არამკვრივი ლიმფური კვანძები, განსაკუთრებით კისრის მიდამოში

■ მენინგიტის ნიშნები, როდესაც ის განვითარდება რამოდენიმე დღეში და თავზურგტვინის სითხეში უმთავრესად ვლინდება ლიმფოციტები და ცილის მომატება

■ მუცლის შებერვა, პალპაციით შეიძლება გაისინჯოს ლიმფური კვანძები

■ სახსრის ან ძვლის (ხერხემლის ჩათვლით) პროგრესირებადი დეფორმაცია

გამოკვლევები

■ შეეცადეთ გააკეთოთ მჟავაგამძლე მიკობაქტერიის მიკროსკოპული ანალიზი (Ziehl-Neelsen-ის წესით შეღებვა) და მიკობაქტერიის კულტურის მიღება. პოტენციურ მასალად გამოიყენეთ უზმოზე დილით მიღებული კუჭის ასპირატი, თავზურგტვინის სითხე, პლევრული და ასციტური სითხე. ვინაიდან დადებითი პასუხის მიღების შანსი მაღალია, ყველა დადებითი პასუხი ჩაითვლება დიაგნოზის დასტურად, ხოლო უარყოფითი პასუხი კვლავ არ გამორიცხავს ტუბერკულოზის დიაგნოზს.

■ ახალი სწრაფი ტესტები არის უფრო ზუსტი და ახლო მომავალში იქნება ადვილად მისაწვდომი.

■ გააკეთეთ გულმკერდის რენტგენი. TB-ს დიაგნოზი დასტურდება მილიარული ინფილტრაციით,
პლევრული სითხით ან პირველადი კომპლექსით.

■ ჩაატარეთ კანის ტუბერკულინის ტესტი (PPD ანუ Mantoux ტესტი). ეს ტესტი უმთავრესად დადებითია ფილტვის ტუბერკულოზის მქონე ბავშვებში (რეაქცია >10 მმადასტურებს TB-ის არსებობა; რეაქცია <10 მმ ადასტურებს, რომ სავარაუდოდ ბავშვი იყო ალბათ ვაქცინირებული BCG ვაქცინით). კანის ტუბერკულინის ტესტი შეიძლება იყოს უარყოფითი ტუბერკულოზის მქონე ბავშვებში, როდესაც მათ აქვთ HIV-ინფექცია, დაავადების მილიარული ფორმა, მძიმე მალნუტრიცია ან ახლახან გადაიტანეს წითელა.

■ Xpert MTB/RIF (თანამედროვე ტექნოლოგია) ტესტი უნდა გამოვიყენოთ, ეს როგორც თავდაპირველი დიაგნოსტიკა იმ ბავშვებში, სადაც საეჭვოა მულტი-რეზისტენტული TB (MDR-TB) ან HIV-ასოცირებული TB.

■ ყველა ბავშვს, ვისთანაც საეჭვოა TB, აუცილებლად ჩაუტარდეს HIV-დიაგნოსტიკაც.

მკურნალობა

> ჩაუტარეთ მკურნალობის სრული კურსი დადგენილ და ძლიერ საეჭვო შემთხვევებში.

> როდესაც ფიქრობთ, რომ საქმე გაქვთ ტუბერკულოზთან, ან სხვა დაავადების რუტინული მკურნალობა უეფექტოა, ჩაატარეთ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობა.

ასეთ შემთხვევებში ლაპარაკია სხვა ეტიოლოგიის პნევმონიის მკურნალობაზე მენინგიტის, პარაზიტების და ლამბლიოზის უშედეგო (როდესაც სახეზეა ქრონიკული დიარეა,) მკურნალობაზე.

> საეჭვო ან დადასტურებული ბავშვებისათვის TB-ს უნდა ვუმკურნალოთ ანტი-TB პრეპარატების კომბინაციით, მხედველობაში მივიღოთ HIV-სტატუსი და isoniazid-ის მიმართ რეზისტენტობა.

> ჩაატარეთ მკურნალობა TB პროგრამის ნაციონალური გაიდლაინით.

> პრეპარატებით გამოწვეული ჰეპატოტოქსიურობის შესამცირებლად ბავშვებში გამოიყენეთ შემდეგი დოზები:

იზონიაზიდი (Isoniazid) (H): 10 მგ/კგ (10–15 მგ/კგ); მაქსიმუმ 300 მგ/დღეში

რიფამპიცინი (Rifampicin) (R): 15 მგ/კგ (10–20 მგ/კგ); მაქსიმუმ600 მგ/კგ დღეში

პირაზინამიდი (Pyrazinamide) (Z): 35 მგ/კგ (30–40 მგ/კგ)

ეთამბუტოლი (Ethambutol) (E): 20 მგ/კგ (15–25 მგ/კგ).

მკურნალობის რეჟიმი:

თუ ნაციონალური გაიდლაინი არ არის ხელმისაწვდომი, არსებობს ჯანმოს რეკომენდაცია:

> 4-პრეპარატიანი რეჟიმი: HRZE 2 თვის განმავლობაში, შემდეგ 2-პრეპარატიანი რეჟიმი (HR) 4 თვის განმავლობაში ყველა ბავშვისათვის, ვისთანაც დადგინდა ან ძლიერ საეჭვოა ფილტვის TB. ასევე პერიფერიული ლიმფადენოპათია და ცხოვრობს მაღალი პრევალენციის HIV რეგიონში, სადაც რეზისტენტობა H არის მაღალი. აგრეთვე იმ შემთხვევაშიც თუ ფილტვის მძიმე დაავადების მქონე ბავშვი ცხოვრობს დაბალი HIV პრევალენციის ან H რეზისტენტობის რეგიონში

> 3-პრეპარატიანი რეჟიმი: HRZ 2 თვე 2, შემდეგ 2-პრეპარატებიანი რეჟიმი (HR) 4თვე ბავშვებთან, ვისთანაც დადასტურდა ან ძალზე საეჭვოა ფილტვის TB ან ტუბერკულოზური პერიფერიული ლიმფადენიტი და ცხოვრობენ რეგიონებში, სადაც არის HIV-

ინფექციის პრევალენცია და HრეზისტენტობაDაბალია ან არის HIV-ნეგატიური;

> როდესაც დადასტურებულია ან სავარაუდოა ტუბერკულოზური მენინგიტი, ხერხემლის ტუბერკულოზი ნევროლოგიური ნიშნებით ან ძვალ-სახსროვანი TB, უმკურნალეთ 12 თვის განმავლობაში: 2 თვე 4-პრეპარატიანი (HRZE), რასაც შემდეგ მოყვება 2-პრეპარატიანი რეჟიმით (HR) 10 თვე;

> 0-დან 3 თვემდე ბავშვებს , სადაც დადასტურდა ან ძლიერ საეჭვოა ფილტვის TB ან ტუბერკულოზური ლიმფადენოპათია, უმკურნალეთ სტანდარტულად ზემოთ მოწოდებული რეჟიმით, დოზის და ასაკის შესაბამისად და შესაძლო ტოქსიურობის გათვალისწინებით.

ჩვეულებრივი რეჟიმი: იმ რეგიონებში, სადაც კარგად ჩამოყალიბებულია DOT (directly observed therapy) პროგრამა, შესაძლებელია „3-ჯერ კვირაში“ რეჟიმის გამოყენება HIV-ნეგატიურ ბავშვებში. ეს რეჟიმი არ არის გამოსაყენებელი HIV-ის მაღალი პრევალენციის რეგიონებში, ვინაიდან არსებობს MDR TB-ის განვითარების რისკი.

სიფრთხილე: Streptomycin-ი არ უნდა გამოვიყენოთ, როგორც პირველი რიგის პრეპარატი ფილტვის TB-ს ან ტუბერკულოზური პერიფერიული ლიმფადენიტის მქონე ბავშვებში. ის უნდა შემოვინახოთ MDR TB-ის მკურნალობისათვის, როდესაც ცნობილია, რომ ბავშვი კარგად პასუხობს ამ პრეპარატზე.

მულტი-რეზისტენტული ტუბერკულოზი - Multidrug-resistant (MDR)TB

> უმკურნალეთ დადასტურებულ ან ძლიერ საეჭვო MDRTB ფილტვის ტუბერკულოზს ან ტუბერკულოზურ მენინგიტს ფტორქინოლონილთან სხვა მეორე რიგის არჩევის ანტი- TB პრეპარატით. გამოიყენეთ MDRTB-სთვის სათანადო რეჟიმის მომქმედი პროგრამა. მკურნალობის სქემა უნდა განხორციელდეს პედიატრიული TB-ს გამოცდილი სპეციალისტის მიერ.

მეთვალყურეობა

დარწმუნდით, რომ ყველა დოზა მიღებულია პირდაპირი დაკვირვებით. თვალი ადევნეთ ბავშვის სხეულის მასას დღიურად და გაზომეთ ტემპერატურა 2 ჯერ დღეში ცხელების კონტროლის მიზნით. ეს მკურნალობაზე პასუხის მაჩვენებელია. როდესაც მკურნალობთ საეჭვო შემთხვევას, გაუმჯობესება უნდა მიიღოთ 1 თვის განმავლობაში. თუ ეს არ მოხდება, შეამოწმეთ არის თუ არა მკაცრად დაცული პრეპარატების მიღების რეჟიმი, გამოიკვლიეთ სიტუაცია და შეაფასეთ დიაგნოზი კვლავ.

პრევენციული ღონისძიებები:

> შეატყობინეთ სათანადო ორგანოებს შემთხვევის შესახებ, როგორც

ეს საჭიროა ნაციონალური პროგრამის ფარგლებში. უზრუნველყავით მკურნალობის კონტროლი ნაციონალური პროგრამის ფარგლებში. შეამოწმეთ ოჯახის წევრები, (ბაღის ან სკოლის ფარგლებში კონტაქტები) და თუ ისინი ავად არიან, უმკურნალეთ სათანადოდ.
> 5 წლამდე ასაკის ბავშვის ოჯახის წევრებს ან მჭიდრო კონტაქტში მყოფ პირებს, თუ მათ არ აქვთ დაავადების აქტიური ფორმა, ენიშნებათ პროფილაქტიკის მიზნით იზონიაზიდი (isoniazid) 6 თვის განმავლობაში (10 მგ/კგ ი/დღეში, 7–15 მგ/კგ, მაქსიმუმ 300 მგ/დღეში).

შემდგომი დაკვირვება

აქტიური დაკვირვების პროგრამის ფარგლებში ჯანდაცვის მუშაკი აწარმოებს მეთვალყურეობას სახლში ვიზიტის მეშვეობით, რათა ამით ავიცილოთ მკურნალობის არაეფექტურობის შანსი.
სახლში ვიზიტის დროს დამკვირვებელს შეუძლია:

- შეამოწმოს, ეძლევა თუ არა პაციენტს მკურნალობა რეგულარულად. შეახსენოს ოჯახს მკურნალობის მნიშვნელობა, რომ ის მნიშვნელოვანია მაშინაც, როდესაც ბავშვი უკვე თავს გრძნობს კარგად და საჭიროა მკურნალობის დამთავრება.
- შეამოწმოს ოჯახის წევრები, სხვა ბავშვების ჩათვლით, ხველის არსებობაზე, დაიწყოს იზონიაზიდით (isoniazid) პროფილაქტიკური მკურნალობა.
- მისცეს რჩევა, როგორ გააუმჯობესოს სახლის პირობები, დაანებოს მოწევას თავი, გაანიავოს ბინა და დაიბანოს ხელი.
- აცნობოს მშობლებს კვების მნიშვნელობის შესახებ TB-ს მკურნალობაში.
- შეამოწმოს ბავშვის ზრდის მაჩვენებლები, შეაფასოს მისი კვების სტატუსი და გამოავლინოს ჯანმრთელობის სხვა პრობლემები, მისცეს მიმართვა პედიატრთან.
- შეახსენოს მშობლებს გეგმიური ვაქცინაციის შესახებ
- შეეკითხოს მშობლებს, თუ მათ აქვთ რაიმე პრობლემა ან შეკითხვა. გააგზავნეთ ოჯახის პედიატრთან.
- ჩაიწერეთ მონაცემები TB-ს მკურნალობის ბარათში.

4.7.3 უცხო სხეული სასუნთქ გზებში

ბავშვმა შეიძლება შეისუნთქოს თხილი ან სხვა პატარა ნივთი, უფრო ხშირად ეს ხდება წლამდე ასაკში. მზესუმზირა უცხო სხეული, როგორც წესი, ხვდება ბრონქში (უფრო მარჯვენაში) და შეუძლია გამოიწვიოს ფილტვის ატელექტაზი ან ფილტვის ნაწილის კონსოლიდაცია ობსტრუქციისკენ დისტალურ ნაწილში. გადაცდენა არის თავდაპირველი სიმპტომი. ამის შემდეგ სიმპტომი

შეიძლება არ გამოვლინდეს დღეების განმავლობაში, ხოლო შემდეგ იწყება ქრონიკული მსტვენავი სუნთქვა, ქრონიკული ხველა ან პნევმონია, რომელიც არ პასუხობს მკურნალობას. პატარა მჭრელი ობიექტები შეიძლება გაჩერდეს ხორხში და გამოიწვიოს სტრიდორი და მსტვენავი სუნთქვა. იშვიათად, დიდმა ობიექტმა ხორხში შეიძლება გამოიწვიოს სიკვდილი ასფიქსიის გამო, რაც მოითხოვს გადაუდებელ ტრაქეოსტომიას.

დიაგნოზი

უცხო სხეულზე იფიქრეთ, როდესაც გამოვლინდება შემდეგი სიმპტომები:

- ხველის, მოხრჩობის ან მსტვენავი სუნთქვის უეცარი შეტევა.
- სეგმენტური ან წილოვანი პნევმონია, რომელიც არ პასუხობს ანტიბიოტიკ-თერაპიას.

გასინჯეთ ბავშვი:

- ცალმხრივად გამოხატულ მსტვენავი სუნთქვის არსებობაზე
- ფილტვის ნაწილში მოისმინება შესუსტებული სუნთქვა, პერკუსიით მოყრუება ან პირიქით დოლისებრი ხმა
- გულმკერდის რენტგენზე ტრაქეის ან გულის საძგერის გადანაცვლება

რენტგენი საჭიროა ფილტვის ატელექტაზის ან ემფიზემის დასადგენად, შუასაყრის გადახრის დასანახად დაზიანებული ადგილიდან ან უცხო სხეულის დასადგენად, თუ იგი რადიოლოგიურად ვიზუალიზირდება

მკურნალობა

ჩაატარეთ პირველადი დახმარება მოხრჩობის მქონე ბავშვთან (გვ. 22): შეეცადეთ ამოაგდოთ უცხო სხეული. მართვა დამოკიდებულია ბავშვის ასაკზე.

ჩვილებისთვის:

> დააწვინეთ ჩვილი თავით ქვემოთ პოზიციაში თქვენს ერთ-ერთ ხელზე ან ბარძაყზე.

> მოახდინეთ ზურგზე ბეჭებს შორის ქვემოდან ზედა მიმართულებით ბიძგისებური დარტყმა 5 ჯერ ხელის გულით

> თუ ობსტრუქცია გრძელდება, შემოაბრუნეთ ბავშვი სახით და 2 თითით მკერდის ძვალზე განახორციელეთ სწრაფი წნევით 5 ჯერ შემორტყმა ქვემოდან ზემო მიმართულებით.

> თუ ობსტრუქცია გრძელდება, შეამოწმეთ პაციენტის პირი და, თუ შესაძლებელია, ამოიღეთ უცხო სხეული

> თუ საჭიროა გააგრძელეთ ზურგზე შემორტყმა.

უფროსი ასაკის ბავშვებში:

> სანამ ბავშვი ზის, იმყოფება მუხლებზე ან წევს, განახორციელეთ

ზურგზე ქვემოდან ზედა მიმართულებით ბიძგისებური დარტყმა 5 ჯერ ხელის გულით.

> თუ ობსტრუქცია გრძელდება, დადექით ბავშვის უკან, შემოახვიეთ ხელები სხეულის ირგვლივ, მკერდის ძვლის ქვემოთ გააკეთეთ მუშტი და სწრაფი ძლიერი მოძრაობით გააკეთეთ მოძრაობა ქვემოდან ზემო მიმართულებით, უცხო სხეულის გამოგდების მიზნით. გაიმეორეთ ეს 5 ჯერ.

> შეამოწმეთ ბავშვის პირი ობსტრუქციაზე და თუ შეიძლება ამოიღეთ საგანი

> თუ საჭიროა გააგრძელეთ ზურგზე შემორტყმა.

როდესაც ეს დაასრულეთ, შეამოწმეთ სასუნთქი გზები გამავლობაზე:

- შეამოწმეთ გულმკერდის მოძრაობა
- მოისმინეთ სუნთქვა და
- ნახეთ, როგორ სუნთქავს

სასუნთქი გზების გამავლობის და სუნთქვის მართვა იმის მერე, რაც უცხო სხეული ამოღებულია იხილეთ დიაგრამა-ზე 4, (გვ.25), სადაც აღწერილია როგორ მართოთ, რომ სასუნთქი გზები იყოს ღია და არ მოხდეს ენით ობსტრუქცია.,

> საეჭვოდ არსებული უცხო სხეულის მართვა. თუ საეჭვოა უცხო სხეულის არსებობა, საჭიროა საავადმყოფოში ბავშვის გაგზავნა სასწრაფო ბრონქოსკოპიისათვის. თუ არის პნევმონიის სურათი, დაიწყეთ ამპიცილინით (ampicillin) ან ბენზილპენიცილინით (benzylpenicillin) და გენტამიცინით (gentamicin) მკურნალობა, როგორც მოწოდებულია ძალიან მძიმე პნევმონიისათვის (გვ.116), სანამ შეეცდებით უცხო სხეულის ამოღებას.

4.8 გულის უკმარისობა

გულის უკმარისობა იწვევს გახშირებულ სუნთქვას და რესპირაციულ დისტრესს. ამ მდგომარეობას იწვევს თანდაყოლილი პათოლოგია (როგორც წესი სიცოცხლის პირველ თვეებში), მწვავე რევმატული ცხელება, გულის არითმია, მიოკარდიტი, ჩირქოვანი პერიკარდიტი, მწვავე გლომერულონეფრიტი, მძიმე ანემია, ძალიან მძიმე პნევმონია და მძიმე მალნუტრიცია. გულის უკმარისობა უფრო გამოვლინდება ან გაუარესდება სითხეებით გადატვირთვისას, განსაკუთრებით, როდესაც მიეწოდება სითხის დიდი მოცულობა ინტრავენურად.

დიაგნოზი

გასინჯვისას გამოხატული ნიშნებია:

- ტაქიკარდია (გულის ცემა >160/წუთში ბავშვში < 12 თვის ასაკის; >120/წუთში 12 თვის - 5 წლის ასაკის)
- ჭენების რიტმი, ფილტვის ქვედა წილებში ხიხინი



მკვეთრად გამოხატული საუღლე ვენები წარმოადგენს გულის უკმარისობის ნიშანს

- გადიდებული, რბილი კონსტიტუციის ღვიძლი
- ჩვილებში ხშირი სუნთქვა (ან ოფლიანობა), განსაკუთრებით საკვების მიღების დროს (სქემა 4.1, გვ.111) ხშირი სუნთქვის ნიშნები); მოზრდილ ბავშვებში ფეხის, ხელების, სახის შეშუპება, საუღლე ვენებში წნევის მომატება.

ხელისგულების ძლიერი სიფერმკრთალე შეიძლება იყოს მძიმე ანემიის დროს, რომელიც იწვევს გულის უკმარისობას.

გულის აუსკულტაციით შეიძლება იყოს გამოხატული გულის რევმატული დაზიანების დროს ან ენდოკარდიტის შემთხვევაში.

თუ დიაგნოზი ეჭვს ბადებს, გულმკერდის რენტგენი უნდა გაკეთდეს გულის ფორმის და გადიდების დადგენის მიზნით.

შეამოწმეთ სისხლის წნევა, თუ შესაძლებელია. თუ იგი აწეულია, იფიქრეთ გლომერულონეფრიტზე (განიხილეთ პედიატრიული სტანდარტული გაიდლაინები ამის მართვისთვის).

მკურნალობა

მკურნალობა დამოკიდებულია გულის დაზიანების მიზეზზე (ნახეთ ნაციონალური ან საერთაშორისო გაიდლაინები). თუ ბავშვს არ აქვს კვების მძიმე მოშლა მთავარი გულის დაზიანების მკურნალობაში არის:

> *ჟანგბადი.* მიეცით ჟანგბადი თუ რესპირაციის სიხშირე ≥ 70/წუთშია, გამოხატულია ცენტრალური ციანოზი, ჟანგბადის სატურაცია დაბალია. შეეცადეთ შეინარჩუნოთ ჟანგბადის სატურაცია > 90% .

> *დიურეტიკები.* მიეცით ფუროსემიდი (furosemide): დოზა 1 მგ/კგ დაეხმარება შარდის გამოყოფაში 2 საათის განმავლობაში. უფრო სწრაფი მოქმედებისათვის მიეცით პრეპარატი ინტრავენურად. თუ საწყისი დოზა არ აღმოჩნდა ეფექტური, მიეცით 2 მგ/კგდა გაიმეორეთ 12 საათში, თუ საჭიროა. მოგვიანებით მიეცით ეს პრეპარატი ერთჯერადად დღეში დოზით 1–2 მგ/კგ, რაც საკმარისია ხოლმე.

> *დიგოქსინი (Digoxin).* იფიქრეთ დიგოქსინის (digoxin) გამოყენებაზე (დანართი 2, გვ.404).

> *კალიუმის დამატება.* როდესაც ეძლევა მხოლოდ ფუროსემიდი რამოდენიმე დღის მანძილზე, კალიუმის დამატება მკურნალობაში არ არის საჭირო. თუ ეძლევა ფუროსემიდი და დიგოქსინი ან ფუროსემიდი 5 დღეზე მეტ ხანს, მიეცით დასალევად კალიუმი დოზით 3–5 მმოლ/კგ დღეში.

დამხმარე მკურნალობა

- ააცილეთ ინტრავენური სითხეების მიცემა, თუ შესაძლებელია
- უზრუნველყავით ბავშვისათვის ნახევრად წამომჯდარი პოზიცია, როდესაც თავი და ბეჭები ფეხებზე ზემოთაა
- აკონტროლეთ ყველანაირი ცხელება პარაცეტამოლით, რომ შეამციროთ გულის დატვირთვა.
- იფიქრეთ სისხლის ტრანსფუზიაზე, თუ გამოხატულია მძიმე ანემია.

მეთვალყურეობა

ბავშვი ექთნის მიერ უნდა გაისინჯოს ყოველ 6 საათში (ხოლო სანამ ჟანგბადზეა ყოველ 3 საათში), ექიმის მიერ კი 1 ჯერ დღეში მაინც. აკონტროლეთ პულსი, ღვიძლის ზომა და სხეულის მასა, რომ გაიგოთ მკურნალობაზე პასუხი. გააგრძელეთ მკურნალობა, სანამ სუნთქვა, პულსი ნორმალიზდება და ღვიძლი იქნება გადიდებული.

4.9 გულის რევმატული დაავადება

გულის სარქველების ქრონიკული რევმატული დაავადება არის მწვავე რევმატიული ცხელების გართულება, რომელიც აზიანებს გულის სარქველებს. ზოგიერთ ბავშვებში ანტისხეულების პროდუქცია A ჯგუფის β-ჰემოლიზურ სტრეპტოკოკზე იწვევს პანკარდიტის განვითარებას სხვადასხვა ხარისხით, რომელსაც თან სდევს სარქველების უკმარისობა მწვავე ფაზაში.

გულის რევმატიული დაავადების რისკი მეტია მწვავე რევმატიული ცხელების მორეციდივე ეპიზოდების დროს, როდესაც რეგურგიტაციის ხარისხი, არითმია, პარკუჭების დილატაცია და პარკუჭზედა დისფუნქცია გამოვლინდება სხვადასხვა ხარისხით. გულის ქრონიკული რევმატიული დაავადება არის მიტრალური სტენოზის პირველი მიზეზი ბავშვებში.

დიაგნოზი

გულის რევმატიულ დაავადებაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ, როდესაც ანამნეზში მქონე რევმატიული ცხელების ბავშვს განუვითარდა გულის უკმარისობა ან მოისმინება გულის შუილი. დიაგნოზის დასმა მნიშვნელოვანია, ვინაიდან პენიცილინით პროფილაქტიკამ

შესაძლოა შეაჩეროს რევმატიული ცხელების მომდევნო ეპიზოდები და აგვარიდოს გულის სარქველების დაზიანების საშიშროება.
დაავადების კლინიკა დამოკიდებულია სიმძიმეზე. მსუბუქი დაავადების დროს შეიძლება გამოხატული იყოს რამდენიმე ნიშანი, ამ დროს თუ გულის შუილი არ არის, ეჭვი იშვიათად მიიტანება დაავადებაზე. მძიმე დაავადების დროს სიმპტომატიკა დამოკიდებულია იმაზე, თუ რამდენადაა გამოხატული გულის დაზიანება და ინფექციური ენდოკარდიტის გამოვლინებები.

ანამნეზი

- გულის არეში ტკივილი
- გულისცემის აჩქარება
- გულის უკმარისობის მოვლენები (ქოშინი, ღამის პაროქსიზმული დისპნოე და შეშუპებები)
- ცხელება ან დაავადების გამოვლინებები ჩვეულებრივ დაკავშირებულია გულის სარქველების ინფექციასთან
- სუნთქვის უკმარისობა დატვირთვისას
- გულისწასვლები (სინკოპე)

გასინჯვა

- გულის უკმარისობის ნიშნები
- კარდიომეგალია გულის შუილით
- ინფექციური ენდოკარდიტის ნიშნები (მაგ., ჰემორაგიები ბადურაში, ჰემიპარეზები, ოსლერის კვანძები, როთის ლაქები და სპლენომეგალია)

გამოკვლევები

- გულმკერდის რენტგენი: კარდიომეგალია ფილტვებში შეგუბება
- ექოკარდიოგრამა, თუ ეს შესაძლებელია, ჩანს სარქველების დაზიანება და ინფექციური ენდოკარდიტის ნიშნები
- სისხლის საერთო ანალიზი
- სისხლის კულტურა

დაავადების მართვა

■ მოათავსეთ ბავშვი საავადმყოფოში, თუ ფიქრობთ გულის უკმარისობაზე და ბაქტერიულ ენდოკარდიტზე.

■ მკურნალობა დამოკიდებულია სარქველის დაზიანების ტიპზე და მის ხარისხზე.

■ გულის უკმარისობის მართვა მოწოდებულია (გვ. 160).

> მიეცით დიურეტიკები ფილტვის შეშუპების შესამცირებლად და ვაზოდილატატორები, როდესაც აუცილებელია

> გაუკეთეთ პენიცილინი (penicillin) ან ამპიცილინი (ampicillin) ან ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) გენტამიცინი (gentamicin) ინტრავენურად ან კუნთებში 4–6 კვირის განმავლობაში

ენდოკარდიტის სამკურნალოდ.

> გამოიყენეთ ექოკარდიოგრაფია და მიიღეთ გადაწყვეტილება ხანგრძლივი მართვის შესახებ. შესაძლებელია დადგეს ქირურგიული ჩარევის აუცილებლობა, თუ გამოხატულია სარქვლის მძიმე სტენოზი ან რეგურგიტაცია.

შემდგომი დაკვირვება

- გულის რევმატიული დაზიანების მქონე ყველა ბავშვს უნდა უტარდებოდეს რუტინულად ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა. მიეცით ბენზათინ ბენზილპენიცილინი benzathine benzylpenicillin 600000 ს. ე. კუნთებში ყოველ 3–4 კვირაში
- დაიწყეთ ენდოკარდიტისთვის ანტიბიოტიკოპროფილაქტიკა ყოველი სტომატოლოგიური ჩარევის ან ინვაზიური ქირურგიული პროცედურის წინ. უზრუნველყავით დროული ვაქცინაცია
- შეამოწმეთ პაციენტის მდგომარეობა ყოველ 3–6 თვეში სარქვლის დაზიანების ხარისხზე.

გართულებები

ინფექციური ენდოკარდიტი არის საკმაოდ ხშირი გართულება. იგი წარმოდგენილია ცხელებით, გულის შულით მძიმე ავადმყოფში. უმკურნალეთ ამპიცილინი (ampicillin) და გენტამიცინი (gentamicin) 6 კვირის განმავლობაში. მიტრალური სტენოზის დროს არსებობს პარკუჭთა ფიბრილაციის და თრომბოემბოლიის რისკი.

შენიშვნები

თავი 5. დიარეა

დიარეის მქონე ბავშვი	169
მწვავე დიარეა	170
5.2.1 მძიმე გაუწყლოება	172
5.2.2 ზომიერი გაუწყლოება	175
5.2.3 დიარეა გაუწყლოების გარეშე	179
პერსისტული დიარეა	182
5.3.1 მძიმე პერსისტული დიარეა	182
5.3.2 პერსისტული დიარეა (არამძიმე)	187

ამ თავში მოცემული მწვავე დიარეის მართვა (მძიმე, საშუალო სიმძიმის გაუწყლოებით და გაუწყლოების გარეშე), პერსისტული დიარეის და დიზენტერიის მართვა 1 კვირის ასაკიდან 5 წლამდე. მძიმე კვების მოშლის მქონე ბავშვის შეფასება მოცემულია სექციებში 7.2 და 7.4.3 (გვ.241 და 247). დიარეის მქონე ბავშვებთა მოვლის საკითხებში 3 მთავარი მიმართულებაა: **დეჰიდრატაციის მართვა, თუთიის დანამატის მიცემა და დედისთვის რჩევის მიცემა, როგორ გააგრძელოს კვება და შემდეგი ეპიზოდის პრევენცია.**

დიარეის დროს გამოხატულია წყლის, ელექტროლიტების (ნატრიუმის, კალიუმის და ბიკარბონატების) და თუთიის კარგვა თხელი განავლით.

დეჰიდრატაციის ხარისხი დაყოფილია ნიშნების და სიმპტომების მიხედვით, რომლებიც დაკავშირებულია სითხის რაოდენობის დაკარგვასთან (სექცია 2.3 (გვ.74) და 5.2 (გვ. 166). რეჰიდრატაციის მართვა დამოკიდებულია დეჰიდრატაციის ხარისხზე. დიარეის მქონე ყველა ბავშვს სჭირდება თუთიის დამატება.

დიარეის დროს საკვების შემცირებული მოხმარება და საკვების შემცირებული აბსორბცია იწვევს სხეულის მასის დაკარგვას და ზრდის შეფერხებას. მალნუტრიციის დროს დიარეა მიმდინარეობს უფრო მძიმედ და გახანგრძლივებულად, ვიდრე კარგი კვების მქონე ბავშვებთან. ამ მანკიერი წრის დარღვევა შესაძლებელია სხვადასხვა ინგრედიენტებით მდიდარი საკვების შემოღებით და გაძლიერებული კვებით დიარეის ეპიზოდის შემდეგ, როდესაც ბავშვი რეკონვალესცენტია.

ანტიბიოტიკების გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი, გარდა სისხლიანი დიარეის შემთხვევა, (ეჭვი შიგელოზზე), მძიმე დეჰიდრატაციით მიმდინარე ქოლერაზე ეჭვის შემთხვევებში და სხვა გართულებების დროს, რომელებიც არ არის დაკავშირებული ნაწლავთა პრობლემებთან და ასევე საშარდე გზების ინფექციის დროს.

ანტიპროტოზოული პრეპარატები ინიშნება იშვიათად. „ანტიდიარეული“ და ღებინების საწინააღმდეგო პრეპარატები მწვავე და პერსისტიული დიარეის დროს ან დიზენტერიის დროს

არ არის ნაჩვენები, ისინი არ ამცირებენ დეჰიდრატაციას და ზოგჯერ აქვთ საშიში, ფატალური ეფექტი.

5.1 დიარეის მქონე ბავშვი

დაავადების ანამნეზი

კარგად შეაგროვეთ ინფორმაცია კვების შესახებ იმ ბავშვზე, რომელსაც აქვს დიარეა.დააზუსტეთ:

- დეფეკაციის სიხშირე
- დიარეის ხანგრძლივობა
- სისხლი განავალში
- ქოლერის შემთხვევების არსებობა რეგიონში
- ანტიბიოტიკებით ან სხვა პრეპარატებით მკურნალობა ახლო წარსულში
- ჩვილებში შეტევითი ტირილი სიფერმკრთალის გამოვლინებით

გასინჯვა

შეაფასეთ:

- საშუალო ან მძიმე გაუწყლოების ნიშნები:
  - მოუსვენრობა ან გაღიზიანება
  - ღეთარგია ან ცნობიერების დაბინდვა
  - თვალების ჩაცვენა
  - კანის ნაოჭი სწორდება ნელა ან ძალიან ნელა
  - გამოხატული წყურვილი ან სვამს ხარბად, სვამს ცუდად ან არ შეუძლია დალევა
- სისხლი განავალში
- კვების მძიმე მოშლა
- მუცლის პალპაცით მომკვრივო წარმონაქმნის არსებობა
- მუცლის შებერილობა

რუტინული მიკროსკოპია ან განავლის კულტურის აღება სისხლის გარეშე მიმდინარე დიარეის დროს არ არის მიზანშეწონილი.

ცხრილი 11. დიარეის მქონე ბავშვთან დიფერენციული დიაგნოზი

დიაგნოზი	სიმპტომები
მწვავე (წყლისებური) დიარეა	– დიარეა 3-და მეტჯერ დღეში – განავალში სისხლი არ არის
ქოლერა	– პროფუზული წყლისებური დიარეა მძიმე გაუწყლოებით ქოლერის ეპიდაფეთქების დროს – განავლის კულტურა დადებითი *Vibrio cholerae* O1 ან O139
დიზენტერია	– განავალში შერეულია სისხლი (რომელიც თვალით ჩანს ან გვითხრა მშობელმა)

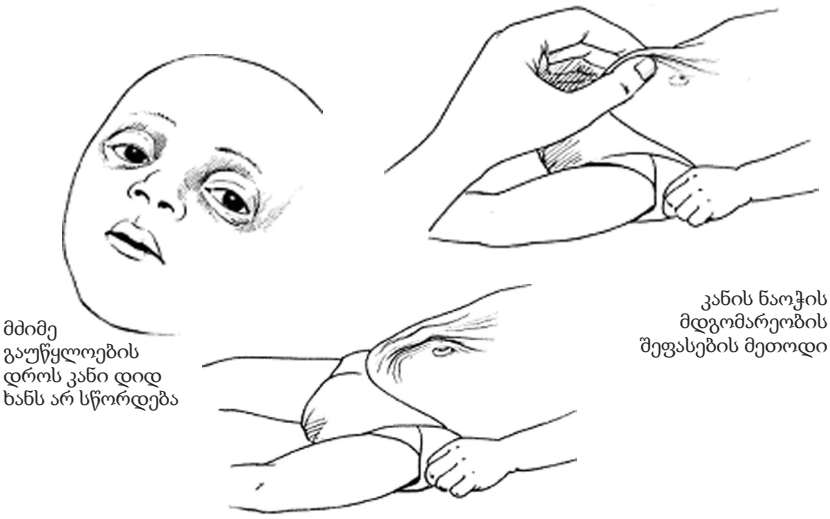
პერსისტიული დიარეა	დიარეა გრძელდება ≥ 14 დღე
დიარეა კვების მძიმე მოშლის დროს	ნებისმიერი დიარეა მძიმე კვების მოშლის ფონზე (სექცია 7.4, გვ.243)
დიარეა დაკავშირებული ანტიბიოტიკის გამოყენებასთან ახლო წარსულში	ახლო წარსულში ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკის გამოყენება
ინვაგინაცია	— სისხლი და ლორწო განავალში — მუცელში მომკვრივო წარმონაქმნის პალპირება — ჩვილის შეტევითი ტირილის დროს გამოხატული სიფერმკრთალე

5.2 მწვავე დიარეა

შეაფასეთ გაუწყლოების ხარისხი

ყველა ბავშვი უნდა შემოწმდეს გაუწყლოების ხარისხის დასადგენად, რათა (ცხრილი 12) გადაწყდეს სათანადო რეჟიმით სითხეების მიცემა დიარეს მქონე ბავშვთან გაუწყლოების ხარისხის დასადგენად ხდება შემდეგი ნიშნების შეფასებით :

- ზოგადი მდგომარეობა
- თვალების მდგომარეობა
- წყურვილის გრძნობა
- კანის ელასტიურობა



მძიმე გაუწყლოების დროს კანი დიდ ხანს არ სწორდება

კანის ნაოჭის მდგომარეობის შეფასების მეთოდი

ცხრილი 12. გაუწყლოების ხარისხის კლასიფიკაცია დიარეის დროს

კლასიფიკაცია	სიმპტომები	მკურნალობა
მძიმე გაუწყლოება	2 ან მეტი შემდეგი ნიშნებიდან: ■ ლეთარგია ან უგონო მდგომარეობა ■ თვალების ჩაცვენა ■ არ შეუძლია დალევა ან სვამს ცუდად ■ კანის ნაოჭი სწორდება ძალიან ნელა (≥ 2 წამი)	> მიეცით სითხეები მძიმე გაუწყლოების სამკურნალოდ საავადმყოფოში (იხილე გეგმა გ, გვ.169)
ზომიერი გაუწყლობა	2 ან მეტი შემდეგი ნიშნებიდან: ■ მოუსვენრობა, გაღიზიანება ■ ჩაცვენილი თვალები ■ სვამს ხარბად, სწყურია ■ კანის ნაოჭი სწორდება ნელა	> მიეცით სითხე ზომიერი გაუწყლოების შესაბამისად (გეგმა B, ბ გვ.174) > რეჰიდრატაციის შემდეგ მიეცით დედას რჩევა გააგრძელოს მკურნალობა ბინაზე და ურჩიეთ როდის დაბრუნდეს სასწრაფოდ (გვ.177) > შეაფასეთ 5 დღის შემდეგ, თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება
გაუწყლოება არ არის	არასაკმარისია ნიშნები როგორც ზომიერი, ასევე მძიმე გაუწყლოების კლასიფიკაციისათვის	> მიეცით სითხეები და საკვები-დიარეის მკურნალობა ბინაზე (გეგმა A, გვ.176) > აუხსენით დედას, როდის დაბრუნდეს დაუყოვნებლივ (გვ.176) > შეაფასეთ 5 დღის შემდეგ, თუ მდგომარეობა არ უმჯობესდება

5.2.1 მძიმე გაუწყლოება

მძიმე გაუწყლოების მქონე ბავშვთან აუცილებელია სწრაფად განხორციელდეს ინტრავენურად რეჰიდრატაცია, რასაც თან სდევს პერორალური რეჰიდრატაცია და თუთიის მიცემა, როგორც კი ბავშვი შეძლებს დალევას. იმ რეგიონებში, სადაც არის ქოლერის შემთხვევები, მიეცით ეფექტური ანტიბიოტიკები (გვ.125).

დიაგნოზი

დიარეის დროს მძიმე დეჰიდრატაციაზე მიგვითითებს 2 ან მეტი ნიშანი, რომელიც წარმოდგენილია ცხრილში 12.

მკურნალობა

მძიმე გაუწყლოების დროს სწრაფად მიეცით IV სითხეები, პერორალური რეჰიდრატაციასთან ერთად.

დაუყოვნებლივ დაიწყეთ IV სითხეები. პარალელურად შეეცადეთ მისცეთ ORS ხსნარი, თუ ბავშვს შეუძლია დალევა.

შენიშვნა საუკეთესო სარეჰიდრატაციო ინტრავენურ ხსნარად ითვლება იზოტონური ხსნარები: Ringer lactate- (რომელსაც ასევე ჰქვია Hartmann-ის ხსნარი და 0.9% NaCl. არ გამოიყენოთ 5% გლუკოზა glucose (dextrose) ხსნარი ან 0.18% მარილოვანი ხსნარი გლუკოზით, ვინაიდან ამ დროს იზრდება ჰიპონატრიემიის საშიშროება და შესაძლებელია განვითარდეს ტვინის შეშუპება

> მიეცით 100 მლ/კგ ამორჩეული ხსნარისა, როგორც ეს არის მოცემული ცხრილში 13.

ცხრილი 13. ინტრავენური ხსნარების შეყვანა მძიმე გაუწყლოების დროს

ასაკი(თვე)	პირველად 30 მლ/კგ დროში:	შემდეგ 70 მლ/კგ დროში:
<12	1 საათი[a]	5 საათი
≥ 12	30 წუთი[a]	2.5 საათი

[a] გაიმეორეთ, თუ რადიალური პულსი კვლავ ძალიან სუსტია ან არ ისინჯება.

მეტი ინფორმაცია ნახეთ გეგმა გ გვ.131,სადაც აღწერილია ORS მიწოდება ნაზოგასტრალური ზონდით ან დასალევად, როდესაც

ინტრავენური მკურნალობა შეუძლებელია.

ქოლერა

■ იფიქრეთ ქოლერაზე >2 წლის ასაკის ბავშვებში, რომელთაც აქვთ მწვავე წყლისებური დიარეა და მძიმე გაუწყლოების ნიშნები ან შოკი, როდესაც რეგიონში არის ქოლერის შემთხვევები.

> შეაფასეთ და უმკურნალეთ გაუწყლოებას ისე, როგორც სხვა მწვავე დიარეის დროს

> მიეცით დასალევად ანტიბიოტიკი, რომლის მიმართ მგრძნობიარეა V. cholerae შტამები რეგიონში. არჩევის პრეპარატებად შეიძლება ჩაითვალოს: ერითრომიცინი (erythromycin), ციპროფლოქსაცინი (ciprofloxacin) და კო-ტრიმოქსაზოლი co-trimoxazole) (დოზები იხილეთ დანართში 2, გვ.404).

> მიეცით თუთიის დანამატი როგორც კი შეწყდება ღებინება (გვ. 182).

ცხრილი 13. დიარეის მკურნალობის „გ" გეგმა: უმკურნალეთ მძიმე გაუწყლოებას დაუყოვნებლივ

გეგმა გ

თვალი ადევნეთ ნიშანს. თუ შეკითხვაზე პასუხობთ კი, გაყევით ისარს მარჯვნივ. თუ პასუხი არის არა, ნახეთ ქვემოთ.

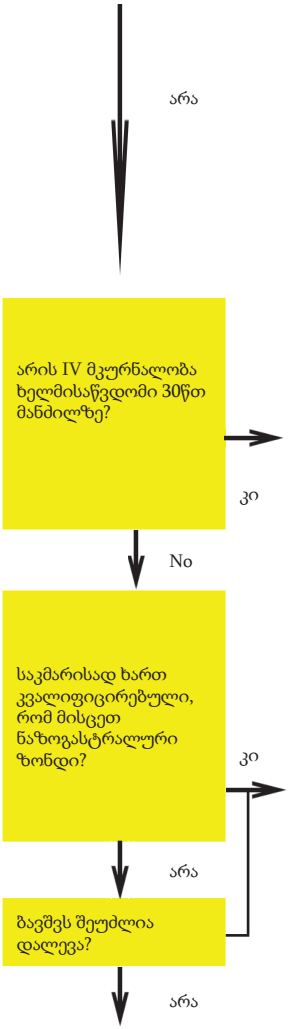
დაიწყეთ

შეგიძლიათ დაუყოვნებლივ დაიწყოთ ვენაში გადასხმა?

კი →

დაიწყეთ ინტრავენური სითხეების შეყვანა დაუყოვნებლივ. თუ ბავშვი სვამს, მიეცით ORS ხსნარი დასალევად, სანამ მზადდება ინფუზური სისტემა. მიეცით 100 მლ/კგ რინგერ ლაქტატი (Ringer lactate) ხსნარი ან, თუ არ არის მისაწვდომი, NaCL 0.9% ხსნარი:

ასაკი	პირველად	შემდეგ
	30 მლ/კგ:	70 მლ/კგ



ჩვილები (< 12 თვე)	1 სთ*	5სთ
ბავშვები (12 თვე- 5 წელი)	30 წუთი*	2.5 სთ

* გაიმეორეთ, თუ სხივის არტერიაზე პულსი სუსტია ან კვლავ არ ისინჯება

■ შეაფასეთ ბავშვი ყოველ 15–30 წუთში. თუ ჰიდრატაციის სტატუსი არ უმჯობესდება, დააჩქარეთ ინტრავენური წვეთები და უფრთხილდით ჰიპერჰიდრატაციას.

> დასალევად მიეცით ORS (დაახლოებით 5 მლ/კგ საათში) როგორც კი ბავშვი შეძლებს დალევას : როგორც წესი, ეს ხდება მკურნალობის დაწყებიდან 3–4 საათის შემდეგ (ჩვილები) და 1–2 სთ (უფროსი ასაკის ბავშვები).

■ შეაფასეთ ჩვილის მდგომარეობა 6 სთ, ხოლო მოზრდილი ბავშვის 3 სთ შემდეგ. შეაფასეთ გაუწყლოება, გამოიყენეთ შესაბამისი გეგმა ა, ბ ან გ მკურნალობის გასაგრძელებლად.

> სასწრაფოდ გააგზავნეთ საავადმყოფოში ინტრავენური მკურნალობისათვის

> თუ ბავშვს შეუძლია დალევა, მიეცით დედას ORS ხსნარი და აჩვენეთ, როგორ მისცეს ხშირი ყლუპებით მგზავრობის დროს.

> დაიწყეთ ზონდით რეჰიდრატაცია ORS ხსნარით: 20 ml/kg საათში 6 საათის განმავლობაში(სულ, 120 ml/kg).

■ შეამოწმეთ ბავშვის მდგომარეობა ყოველ 1–2 სთ:
_ თუ არის განმეორებით ღებინება ან მუცლის მზარდი შებერილობა, მიეცით სითხეები უფრო ნელა.

_ თუ ჰიდრატაციის სტატუსი არ უმჯობესდება 3 სთ შემდეგ, გააგზავნეთ ბავშვი საავადმყოფოში ინტრავენური რეჰიდრატაციისათვის.

■ 6 საათის შემდეგ კვლავ შეაფასეთ ბავშვი და მიეცით გაუწყლოებას კლასიფიკაცია. ამოირჩიეთ გეგმა ა, ბ ან გ შესაბამისად მკურნალობის გასაგრძელებლად

სასწრაფოდ გააგზავნეთ საავადმყოფოში IV ან ნაზოგასტრალური ზონდით მკურნალობისათვის

შენიშვნა: თუ შესაძლებელია, დააკვირდით ბავშვს რეჰიდრატაციის შემდეგ 6 საათის განმავლობაში, დარწმუნდით, რომ დედას შეუძლია პერორალური ჰიდრატაციის ჩატარება ORS ხსნარით

მეთვალყურეობა

შეაფასეთ ბავშვი ყოველი 15–30 წუთის შემდეგ, სანამ არ აღდგება პერიფერიული პულსი. შემდეგ შეაფასეთ კანის ნაოჭი, ცნობიერების დონე, სითხის მიღების შესაძლებლობა. დარწმუნდით ყოველ საათში, რომ ჰიდრატაცია გაუმჯობესდა. ჩაცვენილი თვალები აღდგება უფრო გვიან, ვიდრე სხვა ნიშნები და ნაკლებად გამოსადეგია დაკვირვებისათვის.

როდესაც მისცემთ სითხის მთლიან რაოდენობას გეგმის მიხედვით, შეამოწმეთ ბავშვის მდგომარეობა. დიაგრამა 7

- თუ მძიმე გაუწყლოების ნიშნები კვლავ გამოხატულია, გაიმეორეთ ინტრავენური სითხეების შეყვანა, როგორც ეს მოცემულია ზევით. მძიმე გაუწყლოების არსებობა ინტრავენური რეჰიდრატაციის შემდეგ უჩვეულოა და გამოვლინდება მხოლოდ ბავშვებში, რომლებიც კარგავენ დიარეით სითხის დიდ რაოდენობას.
- თუ ბავშვის მდგომარეობა უმჯობესდება, მაგრამ გამოხატულია ზომიერი გაუწყლოება, შეაჩერეთ ინტრავენური სითხეებით მკურნალობა და მიეცით ORS ხსნარი 4 საათის განმავლობაში (იხ/ სექცია 5.2.2გეგმა B, გვ.135). თუ ბავშვი იკვებება ძუძუთი, მიუთითეთ დედას, ძუძუ ხშირად მისცეს.

- თუ გაუწყლოების ნიშნები არ არის, იმოქმედეთ გაიდლაინით სექცია 5.1.3 და გეგმა ა, გვ.177. წაახალისეთ დედა მისცეს ხშირად ძუძუ. დააკვირდით ბავშვის მდგომარეობას 6 სთ-ის მანძილზე სანამ გაუშვებთ ბინაზე და დარწმუნდით, რომ დედას შუძლია ბავშვის რეჰიდრატაცია ORS ხსნარით.

ყველა ბავშვს მიეცით ჭიქით ORS ხსნარი (დაახლოებით 55მლ/ კგ საათში) როდესაც შეძლებენ დალევას (როგორც წესი 3–4 ს ჩვილებისთვის და 1–2 ს მოზრდილი ბავშვებისათვის). ORS უზრუნველყოფს კალიუმის მოწოდებას, რომელიც შეიძლება არაადეკვატური იყოს ინტრავენური სითხეების შეყვანისას.

როდესაც გაუწყლოება კორექტირდება, მიეცით თუთია (გვ.182, გვ.176).

5.2.ზომიერი გაუწყლოება

ზომიერი გაუწყლოების დროს მიეცით ORS ხსნარი საავადმყოფოს

პირობებში პირველი 4 სთ-ის განმავლობაში, დააკვირდით ბავშვს, ასწავლეთ დედას როგორ მისცეს ORS ხსნარი.

დიაგნოზი

თუ ბავშვს აქვს 2 ან მეტი ნიშანი, მას აქვს ზომიერი გაუწყლოება:

- მოუსვენრობა ან გაღიზიანება
- წყურია და სვამს ხარბად
- ჩაცვენილი თვალები
- კანის ნაოჭი სწორდება ნელა.

თუ ბავშვს აქვს ზომიერი გაუწყლოების ერთი ნიშანი და მძიმე გაუწყლოების ერთი ნიშანი (მაგ., მოუსვენრობა და ცუდად სვამს), მისი მდგომარეობა შეფასდება როგორც ზომიერი გაუწყლოება.

მკურნალობა

> პირველი 4 საათის განმავლობაში მიეცით ORS ხსნარი სხეულის მასის შესაბამისად (ან ასაკის შესაბამისად, თუ მასა არ არის ცნობილი) დიაგრამა 14-ის მიხედვით. თუ ბავშვს უნდა მეტის დალევა, მიეცით მეტი.

> აჩვენეთ დედას როგორ მისცეს ORS ხსნარი: კოვზით ყოველ 1–2 წუთში, თუ ბავშვი არის < 2 წლის ასაკში; ჭიქიდან ხშირი ყლუპებით, თუ უფროსი ასაკის ბავშვია.

> ხშირად შეამოწმეთ ბავშვი სხვა პრობლემების არსებობაზე.

– თუ აღებინებს, დაიცადეთ 10 წუთი და მიეცით ORS უფრო (მაგ., ჩაის კოვზით 2–3 წუთში) იშვიათად.

– თუ ბავშვის ქუთუთოები შეშუპდა, შეაჩერეთ ORS ხსნარი, შეამცირეთ სითხეების მიწოდება და გააგრძელეთ ძუძუთი კვება. აწონეთ ბავშვი და აკონტროლეთ შარდის რაოდენობა.

> მიეცით დედას რეკომენდაცია გააგრძელოს ძუძუთი კვება, მისცეს ძუძუ, როდესაც ბავშვს უნდა.

> შეამოწმეთ სისხლში გლუკოზა და ელექტროლიტები, თუ შესაძლებელია, მოუსვენარ მდგომარეობაში მყოფ ბავშვებთან ან ვისაც აქვს გულყრა. თუ გამოვლინდება ჰიპოგლიკემია ან ჰიპერნატრიემია, მართეთ შესაბამისად. მიეცით IV გლუკოზა, დასალევად შაქარი, თუ გლუკოზის განსაზღვრა შეუძლებელია.

თუ დედას არ შეუძლია სტაციონარში 4 საათი გაჩერება, ასწავლეთ, როგორ მოამზადოს ORS, მიეცით პაკეტების საკმარისი რაოდენობა - 2 დღის სამყოფი, რომ დაამთავროს რეჰიდრატაცია.

> შეაფასეთ ბავშვის მდგომაროება 4 საათის შემდეგ გაუწყლოების ნიშნებზე, როგორც ეს იყო ნათქვამი ადრე.

შენიშვნა: შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა 4 საათზე ადრე, თუ იგი არ სვამს ORS ხსნარს ან მდგომარეობა უარესდება.

● *თუ გაუჭყლოება არ არის, ასწავლეთ დედას სახლში მკურნალობის 4 წესი:*

1. მიეცით სითხე მეტი, ვიდრე ჩვეულებრივი რაოდენობით
2. მიეცით თუთიის დანამატები 10–14 დღე
3. გაავრძელეთ კვება (იხ.,თავი 10, გვ.348).
4. დაბრუნდეს სასწრაფოდ, თუ გამოვლინდება შემდეგი ნიშნები:
– *ცუდად სვამს სითხეს, არ შეუძლია დალევა ან ძუძუთი კვება*
– *გამოვლინდა საშიშროების ზოგადი ნიშნები*
– *მდგომარეობა გაუარესდა*
– *აქვს ცხელება*
– *განავალში სისხლის რაოდენობა მეტია, ვიდრე რამოდენიმე წვეთი და იგი ფიქსირდება განავლოვანი მასის გარეთ*

● *თუ ბავშვს აქვს ზომიერი გაუჭყლოება, გაიმეოროს ORS სითხით მკურნალობა შემდეგი 4 საათის განმავლობაში და შესთავაზოს ბავშვს საკვები, რძე, წვენები ან კვებოს ძუძუთი ხშირად.*

● *თუ გამოხატულია მძიმე გაუჭყლოების ნიშნები, იხ. სექცია 5.2.1 (გვ.171) მკურნალობისათვის.*

გეგმა ბ და ა-ში გვ.174 და 177 - მკურნალობის სხვა დეტალები.

მიეცით თუთიის დანამატი

თუთია წარმოადგენს მნიშვნელოვან მიკროელემენტს ბავშვის ჯანმრთელობისათვის და განვითარებისათვის, მაგრამ ხდება მისი დიდი რაოდენობით დაკარგვა დიარეის დროს
დანამატების სახით მისი მიწოდება ეხმარება ბავშვს გამოჯანმრთელებაში, ამოკლებს დიარეის ეპიზოდის ხანგრძლივობას და სიმძიმეს, ამცირებს შემდეგი ეპიზოდის განვითარების შანს მომდევნო 2-3 თვეში.

> მიეცით თუთია და რჩევა-დარიგება დედას როგორ მისცეს ბავშვს:

≤ 6 თვე: 1/2 ტაბ (10 mg) დღეში 10–14 დღე
≥ 6 თვე: 1 ტაბ (20 mg) დღეში 10–14 დღე

კვება

სწორი კვება ძალზე მნიშვნელოვანია დიარეის მართვაში.

> რეჰიდრატაციის პირველ 4-საათში არ მისცეთ საკვები გარდა ძუძუთი კვებისა. ძუძუზე მყოფი ბავშვები უნდა ღებულობდნენ დედის რძეს დიარეის მთელ პერიოდში. თუ მათ არ შეუძლიათ ძუძუს წოვა, მიეცით დედის რძე ჭიქით ან ნაზოგასტრალური

ზონდით.
> 4 საათის შემდეგ, თუ ბავშვს კვლავ აქვს ზომიერი გაუწყლოების ნიშნები, მიეცით საკვები ყოველ 3–4 საათში.
> ყველა ბავშვს < 6 თვის ასაკში მიეცით საკვები, სანამ გააგზავნით სახლში.
> თუ ბავშვი არ იმყოფება ძუძუთი კვებაზე, განიხილეთ რელაქტაციის საშუალება (ძუძუთი კვების აღდგენა, თუ იგი შეჩერებულია) გვ.349 ან მიეცით რძის ფორმულა. თუ ბავშვი ≥ 6 ასაკისაა ან უკვე იღებს სხვა საკვებს, მიეცით ახლადდამზადებული საკვები - თერმულად კარგად დამუშავებული, დაკეპილი ან გატარებული.
შემდეგი რეკომენდაციები:
მარცვლეული, ან სხვა სახამებლის შემცველი საკვები შერეული ბოსტნეულთან, ხორცთან ან თევზთან, ზეთის 1-2 კოვზთან
- დამატებითი კვების შესახებ რეკომენდაცია გააკეთეთ IMCI გაიდლაინის მიხედვით (იხ. სექცია 10.1.2, გვ. 349)
- ახალი წვენი ან დაჭყლეტილი ბანანი, კალიუმის მიღების მიზნით.
- წაახალისეთ ბავშვი საკვების მიწოდებით სულ მცირედ 6-ჯერ დღეში. მიეცით მსგავსი საკვები, როდესაც დიარეა შეწყდება და მიეცით ზედმეტი საკვები 2 კვირის განმავლობაში.

გეგმა ბ

დიაგრამა 14. დიარეის მკურნალობა, გეგმა ბ: უმკურნალეთ ზომიერ გაუწყლოებას ორალური სარეჰიდრატაციო მარილების ხსნარით

მიეცით ORS ხსნარი 4 საათის განმავლობაში

დაადგინეთ ORS ხსნარის რაოდენობა, რომელიც უნდა მისცეთ პირველ 4 სთ:

	ასაკი*	≤4 თვე	4 - ≤12 თვე	12 თვე -≤2 წელი	2 - ≤5 წელი
	სხეულის მასა	<6 კგ	6–<10 კგ	10–<12 კგ	12–19 კგ
		200–400მლ	400–700მლ	700–900მლ	900–1400მლ

*გამოიყენეთ ასაკი, როდესაც სხეულის მასა არ არის ცნობილი. ORS ხსნარის მიახლოებითი მოთხოვნილების (მლ) გამოთვლა შესაძლებელია ასევე ბავშვის სხეულის მასის გამრავლებით 75-ზე.

თუ ბავშვს უნდა ORS-ის მეტი დალევა, მიეცით მეტი.

აჩვენეთ დედას როგორ მისცეს ORS ხსნარი.

— მიეცით სითხე პატარა ულუფებით ჭიქიდან.

— თუ ბავშვს აქვს ღებინება, დაიცადეთ 10 წუთი და გააგრძელეთ სითხის მიცემა უფრო ნელა.

— დედამ გააგრძელოს ძუძუთი კვება ბავშვის მოთხოვნილებით.

24 საათის შემდეგ:

— კვლავ შეამოწმეთ ბავშვის გაუწყლოების ხარისხი.

— შეარჩიეთ მკურნალობის გეგმა.

— ძუძუთი კვება დედამ დაიწყოს საავადმყოფოშივე.

თუ დედა და ბავშვი ტოვებს საავადმყოფოს მანამდე, სანამ მკურნალობა დამთავრებულია:

— აჩვენეთ დედას როგორ დაამზადოს ORS ხსნარი ბინაზე.

— აჩვენეთ რამდენი ORS ხსნარია საჭირო, რომ დაამთავროს 4-საათიანი მკურნალობა ბინაზე.

— მიეცით დედას ORS პაკეტების საკმარისი რაოდენობა რეჰიდრატაციის დასამთავრებლად. მიეცით მას 2 პაკეტი, როგორც რეკომენდებულია გეგმა ა-ში.

— აუხსენით ბინაზე მკურნალობის 4 წესი:

1. მიეცეს მეტი სითხე.

2. მიეცეს თუთიის დანამატები. იხ. მკურნალობის გეგმა ა(გვ.177)

3. გააგრძელოს კვება. და დედის ბარათი (გვ.377)

4. იცოდეს, როდის დაბრუნდეს საავადმყოფოში.

5.2.3 გაუწყლოება არ არის

გაუწყლოების გარეშე დიარეის დროს ბავშვმა უნდა მიიღოს სითხე უფრო მეტი რაოდენობით გაუწყლოების პრევენციისათვის. უნდა გააგრძელონ ასაკის შესაბამისი კვება ძუძუთი კვების ჩათვლით.

დიაგნოზი

დიაგნოზი - დიარეა დეჰიდრატაციის გარეშე უნდა დაისვას მაშინ, როდესაც ბავშვს არ აქვს 2 ან მეტი მძიმე ან ზომიერი გაუწყლოების ნიშანი (ცხრილი 12, გვ. 167).

მკურნალობა

> უმკურნალეთ ბავშვს ამბულატორიულად.

> ასწავლეთ დედას ბინაზე მკურნალობის 4 წესი:

მიეცეს მეტი სითხე.
მიეცეს თუთიის დანამატები.
გააგრძელოს კვება.
იცოდეს, როდის დაბრუნდეს საავადმყოფოში.

იხილეთ გეგმა ა (დიაგრამა 15, გვ.177).

> მიეცით ზედმეტი რაოდენობის სითხე შემდეგნაირად:

– თუ ბავშვი ძუძუთი კვებაზეა, მისცეს ძუძუ უფრო ხშირად და წოვოს მეტ ხანს ყოველი კვების დროს. თუ ბავშვი ექსკლუზიურად ძუძუზეა, მისცეს ORS ან წყალი კვებასთან ერთად. იმის მერე, რაც დიარეა შეწყდება, ზედმეტი რაოდენობით ძუძუთი კვება არ არის საჭირო, თუ ბავშვის ასაკი იძლევა ამის საშუალებას.

– თუ ბავშვის არ არის ექსკლუზიურად ძუძუთი კვებაზე, მიეცით ერთ-ერთი ქვემოთ ჩამოთვლილი მაინც:

- ORS ხსნარი
- საკვებზე დამზადებული სითხეები (სუპი, ბრინჯის ნახარში, იოგურტის ნაწარმი)
- სუფთა წყალი.

დეჰიდრატაციის პრევენციისათვის მიეცით დედას რეკომენდაცია მისცეს იმდენი სითხე, რამდენსაც დალევს ბავშვი:

- <2 წლამდე ასაკისათვის დაახლოებით 50–100 მლ ყოველი დეფეკაციის შემდეგ
- ≥ 2 წლის ასაკში დაახლოებით 100–200 მლ ყოველი დეფეკაციის შემდეგ.

უთხარით დედას მისცეს სითხე პატარა ულუფებით ჭიქიდან. თუ ბავშვი აღებინებს, დაიცადოს 10 წუთი და მისცეს უფრო ნელა. მისცეს დამატებითი სითხე, სანამ დიარეა შეწყდება.

ასწავლეთ დედას როგორ განაზავოს და მისცეს ORS სითხე, მიეცით 2 ORS პაკეტი სახლში წასაღებად.

> მიეცით თუთიის დანამატი

– უთხარით დედას თუ რამდენი მისცეს თუთია:

- ≤ 6 თვე ასაკი: ტაბლეტის ნახევარი (10 მგ) დღეში
- ≥ 6 თვე: ერთი ტაბლეტი (20 მგ) დღეში 10–14 დღე

– აჩვენეთ დედას როგორ მისცეს თუთიის დანამატი:

● ჩვილებისათვის გახსნას ტაბლეტი სუფთა წყლის მცირე რაოდენობაში, რძეში ან ORS-ში.

მოზრდილ ბავშვებს შეუძლიათ დაღეჭონ ტაბლეტი ან დალიონ გახსნილი სითხე.

– შეახსენეთ დედას მისცეს თუთია 10–14 დღის განმავლობაში.

გააგრძელოს კვება: იხ. რეკომენდაციები თავებში 10 (გვ.348) და 12 (გვ.376).

> მიეცით დედას რეკომენდაცია, როდის დაბრუნდეს სასწრაფოდ (იხ. ქვემოთ).

შემდგომი დაკვირვება

> მიეცით დედას რჩევა დაბრუნდეს დაუყოვნებლივ საავადმყოფოში, თუ ბავშვის მდგომარეობა გაუარესდა, არ შეუძლია დალევა ან ძუძუთი კვება, აქვს სიცხე ან აქვს სისხლი განავალში. თუ ბავშვს არცერთი ამ ნიშნებიდან არ აქვს, მიეცით რჩევა დაბრუნდეს 5 დღის შედეგ.

ასევე აუხსენით, რომ იგივე მკურნალობა უნდა ჩატარდეს, თუ მომავალში ბავშვს ექნება დიარეის ეპიზოდი. იხ., გეგმა ა, (დიაგრამა 15, გვ.177).

გეგმა ა

დიაგრამა 15. დიარეის მკურნალობის ა გეგმა : ბინაზე მკურნალობის გეგმა

აუხსენით დედას ბინაზე მკურნალობის 4 წესი
მისცეს თუთიისდანამატი, გააგრძელოს კვება, იცოდეს როდეს დაბრუნდეს საავადმყოფოში.

1. დამატებითი სითხის მიცემა (რამდენსაც დალევს ბავშვი).

> უთხარით დედას:

– კვებოს ძუძუთი ხშირად და ხანგრძლივად

– თუ ბავშვი ექსკლუზიურად ძუძუზეა, მიეცით ORS ან სუფთა წყალი ძუძუსთან დამატებით

– თუ ბავშვი არ არის ექსკლუზიურ ძუძუთ კვებაზეა, მიეცით ერთ ერთი მაინც: ORS ხსნარი, საკვებზე დამზადებული სითხეები (სუპი, ბრინჯის ნახარში, იოგურტის ნაწარმი) ან სუფთა წყალი.

ძალზე მნიშვნელოვანია ბინაზე ORS ხსნარის მიცემა, როდესაც:

– ბავშვი მკურნალობს ბ ან გ გეგმით საავადმყოფოში ვიზიტის დროს,

– ბავშვის მოყვანა საავადმყოფოში შეუძლებელია და დიარეა უარესდება.

> ასწავლეთ დედას როგორ გახსნას და მისცეს ORS ხსნარი. მიეცით დედას ORS-ის 2 პაკეტი, რომ გააგრძელოს მკურნალობა სახლში.

> აჩვენეთ დედას რამდენი სითხე უნდა მისცეს დამატებით:

< 2 წლის ასაკი: 50–100 მლ ყოველი დეფეკაციის შემდეგ

≥ 2 წლის ასაკი: 100–200 მლ ყოველი დეფეკაციის შემდეგ

უთხარით დედას:

— მისცეს სითხე ხშირი ულუფებით ჭიქიდან.

— თუ აღებინებს, დაიცადოს 10 წუთი და მისცეს უფრო ნელა.

— მისცეს სითხის მეტი რაოდენობა სანამ გრძელდება დიარეა

2. მისცეს თუთიის დანამატი.

> უთხარით დედას რამდენი თუთიის დანამატი უნდა მისცეს :

— ≤ 6 თვე:ტაბლეტის ნახევარი (10 მგ) დღეში 10–14 დღე

— ≥ 6 თვე: ერთი ტაბლეტი (20 მგ) დღეში 10–14 დღე

> აჩვენეთ დედას როგორ მისცეს თუთიის დანამატი:

— ჩვილებისთვის გახსენით ტაბლეტი სუფთა წყლის მცირე რაოდენობაში, რძეში ან ORS ხსნარში პატარა კოვზში ან ჭიქაში.

— მოზრდილი ბავშვი ტაბლეტს დაღეჭავს ან გახსნილს დალევს ჭიქით ან კოვზით.

შეახსენეთ დედას მისცეს თუთიისდანამატი 10–14 დღის განმავლობაში.

3. გააგრძელოს კვება.

4. იცოდეს როდის დაბრუნდეს საავადმყოფოში

იხილეთ დედის სამახსოვრო ბარათი (გვ.322)

5.3 პერსისტული დიარეა

დიარეას სისხლის გარეშე ან სისხლით, რომელიც იწყება მწვავედ და გრძელდება ≥ 14 დღე, უწოდებენ პერსისტულ დიარეას. პერსისტული დიარეის დროს თუ გამოხატულია ზომიერი ან მძიმე გაუწყლოება, მას აძლევენ კლასიფიკაციას „მძიმე“.

აქ მოყვანილი გაიდლაინები გამოიყენება პერსისტული დიარეის მქონე ბავშვებში მძიმე მალნუტრიციის გარეშე. მძიმე პერსისტული დიარეის ფონზე მალნუტრიციის მართვა საჭიროებს ჰოსპიტალიზაციას და სპეციფიკურ მკურნალობას, როგორც ეს აღწერილია თავი 7 (სექცია 7.5.4, გვ.265).

იმ რეგიონებში, სადაც HIV პრევალირებს, იფიქრეთ HIV ინფექციაზე, თუ არის სხვა დამხმარე კლინიკური ნიშნებიც. შეაფასეთ ბავშვი ამ დაავადებაზე და ჩაატარეთ სათანადო ტესტი (იხ. თავი 8, გვ.271). ჩაატარეთ განავლის მიკროსკოპია პარაზიტებზე: Isospora და Cryptosporidium.

5.3.1 მძიმე პერსისტული დიარეა

დიაგნოზი

■ ≥ 14 დღეზე დიარეის მქონე ჩვილებს და ბავშვებს გაუწყლოების ნიშნებით (იხ. ცხრილი 12, გვ.167) აქვთ მძიმე პერსისტული დიარეა და საჭიროებენ ჰოსპიტალიზაციას.

■ შეამოწმეთ ბავშვი გაუწყლოების ნიშნებზე.

მკურნალობა

> მიეცით სითხეები B ან გ გეგმის მიხედვით (გვ.174 და169).

ORS ხსნარი ეფექტურია ბავშვების უმრავლესობისათვის, რომელთაც აქვთ პერსისტული დიარეა. იმ უმცირესობისათვის, ვისაც აქვს გლუკოზის აბსორბციის დარღვევა, ORS ხსნარი შეიძლება იყოს უეფექტო. ასეთ ბავშვებში ORS მიღების დროს განავლის რაოდენობა იზრდება მნიშვნელოვნად, ასევე იზრდება წყურვილი, გაუწყლოების ნიშნები უარესდება და განავალში აღინიშნება არააბსორბირებული გლუკოზის დიდი რაოდენობა. ასეთი ბავშვები საჭიროებენ ინტრავენური რეჰიდრატაციას, სანამ ORS-ს ხსნარის მიღება გახდება შესაძლებელი, რომ არ გააუარესოს დიარეა.

ანტიბიოტიკებით პერსისტული დიარეის მკურნალობა არ არის ეფექტური და არ უნდა გამოიყენებოდეს. ამავე დროს ზოგიერთ ბავშვს აქვს არანაწლავური ან ნაწლავური ინფექციები, რომელთაც სჭირდება სპეციფიკური ანტიბიოტიკთერაპია.

■ შეამოწმეთ პერსისტული დიარეის მქონე ყველა ბავშვი ისეთ ნაწლავგარეშე ინფექციებზე, როგორიცაა პნევმონია, სეფსისი, საშარდე გზების ინფექცია, ორალური კანდიდოზი, შუა ყურის ანთება და უმკურნალეთ პრობლემებს შესაბამისად.

მიეცით მიკრონუტრიენტები და ვიტამინები, როგორც მოცემულია გვ. 182.

> უმკურნალეთ სისხლიან პერსისტიულ დიარეას, Shigella-ს საწინააღმდეგო ორალური ანტიბიოტიკით, როგორც აღწერილია სექცია 5.4, გვ. 184.

> მიეცით ორალური მეტრონიდაზოლი (metronidazole) 10 მგ/კგ 3 ჯერ დღეში 5 დღე მხოლოდ მაშინ, თუ

ახალ განავალში ნახეთ ტროფოზოიტები Entamoeba histolytica ფამოციტირებული ერითროციტებით ან ლამბლიის ტროფოზოიტები და ცისტები ან

იმ შემთხვევაში, როდესაც 2 სხვადასხვა ანტიბიოტიკმა, რომელიც ჩვეულებრივ ეფექტურია Shigella -ს საწინააღმდეგოდ, არ მოგვცა კლინიკური ეფექტი ან

როდესაც განავლის ლაბორატორიულად შემოწმება შეუძლებელია, ხოლო დიარეა გრძელდება > 1 თვე.

კვება

აუცილებელია კვებისადმი განსაკუთრებული ყურადღების მიქცევა პერსისტული დიარეის მქონე ბავშვებთან. აუცილებელია ძუძუთი კვების გაგრძელება ხშირად და ხანგრძლივად, როგორც ეს ბავშვს უნდა. სხვა საკვების ამოღება მიზანშეწონილია მხოლოდ 4-6 საათით იმ ბავშვებთან, რომლებიც მკურნალობენ ბ ან გ გეგმებით.

დიეტა საავადმყოფოში

საავადმყოფოში მოხვედრილი ბავშვები საჭიროებენ სპეციალურ დიეტას, სანამ დიარეის სიმპტომები არ შემცირდება და ისინი არ დაიწყებენ სხეულის მასის მომატებას. მიზანია, რომ ბავშვმა მიიღოს სულ მცირე დღეში 110 კალორია/კგ-ზე.

ჩვილები < 6 ასაკის

- წაახალისეთ ექსკლუზიური ძუძუთი კვება. დაეხმარეთ იმ დედებს, ვინც არ კვებავს ძუძუთი ექსკლუზიურად, გადავიდნენ ექსკლუზიურ ძუძუთი კვებაზე.
- თუ ბავშვი არ იმყოფება დედის ძუძუზე, მიეცით შემცვლელები, რომლებშიც არის ლაქტოზის დაბალი შემცველობა - იოგურტი, ან არის ლაქტოზის გარეშე. გამოიყენეთ კვების დროს კოვზი ან ჭიქა. არ გამოიყენოთ ბოთლი. როდესაც ბავშვის მდგომარეობა გაუმჯობესდება, დაეხმარეთ დედას აღიდგინოს ლაქტაცია.
- თუ დედა არ კვებას ბავშვს იმის გამო, რომ HIV-დადებითია, ჩაუტარეთ მას კონსულტაცია, როგორ გამოიყენოს რძის შემცვლელი საკვები პროდუქტები.

ბავშვები ≥ 6 თვის ასაკის

დაიწყეთ კვება, როგორც კი ბავშვს შეეძლება საკვების მიღება. საკვები უნდა მისცეთ დღეში 6 ჯერ, რომ მიიღოს სულ მცირედ 110 კალორია/კგ დღეში. ბავშვების უმრავლესობა ჭამს ცუდად, განსაკუთრებით მძიმე ინფექციის დროს პირველი 24–48 საათში. ასეთ ბავშვებს სჭირდება ნაზოგასტრალური ზონდი თავდაპირველად.

2 რეკომენდებული დიეტა:

ცხრილი 14 და 15 აჩვენებს 2 რეკომენდებულ დიეტას ჩვილებისათვის და ბავშვებისთვის >6 თვის ასაკში, რომელთაც აქვთ მძიმე პერსისტული დიარეა. თუ კვება არაეფექტურია (იხ. ქვემოთ) ან ბავშვის მდგომარეობა არ უმჯობესდება მკურნალობის 7 დღის შემდეგ, პირველი დიეტა უნდა შევაჩეროთ და უნდა მივცეთ მეორე დიეტა შემდეგი 7 დღე.

მკურნალობა ეფექტურია, თუ:

- საკვებს იღებს ადეკვატური რაოდენობით
- იმატებს წონაში
- შემცირება დიარეული ეპიზოდები

■ არ არის ცხელება

ყველაზე მთავარი კრიტერიუმია სხეულის წონის მომატება. სხეულის წონის მატება უნდა აღინიშნებოდეს სულ მცირე 3 დღის განმავლობაში, რათა დავასკვნათ, არის თუ არა სხეულის მასის მატება.

დამატებით მიეცით ახალი ხილი და კარგად თერმულად დამუშავებული ბოსტნეული იმ ბავშვებს, რომლებიც კარგად იტანენ ამ საკვებს. მკურნალობის 7 დღის შემდეგ ბავშვები დააბრუნეთ ასაკის შესაბამის კვებაზე, რომელშიც შედის რძე და რომელიც უზრუნველყოფს დღეში სულ მცირედ 110 კალორიას/კილოგრამზე. ბავშვები შეიძლება დაბრუნდნენ სახლში, მაგრამ საჭიროა რეგულარული დაკვირვება, რათა დარწმუნდეთ, რომ ისინი მატულობენ წონაში და დედა კარგად ასრულებს კვების რეკომენდაციებს.

დიეტა არაეფექტურია, თუ

■ წყლიანი განავლის ეპიზოდების სიხშირე იზრდება (10-ჯერ 24 სთ-ში) და გამოიხატება გაუწყლოების ნიშნები, ან

■ არ აღენიშნება წონის მატება 7 დღის განმავლობაში.

ცხრილი 14. პერსისტული დიარეისთვის პირველი დიეტა დაფუძნებულია სახამებელზე, რძის შემცირებულ (ლაქტოზის დაბალი შემცველობა) რაოდენობაზე.

დიეტამ უნდა უზრუნველყოს სულ მცირე 70 კალორია/100 გ-ზე, შეიცავდეს რძეს ან იოგურტს, როგორც ცხოველური ცილის პროდუქტებს, მაგრამ არა უმეტესი 3.7 გ ლაქტოზა/კგ-ზე დღეში და უნდა უზრუნველყოს სულ მცირე, 10% კალორიას ცილის ხარჯზე. შემდეგი მაგალითი უზრუნველყოფს 83 კალორიას/100 გ-ზე, 3.7გ ლაქტოზას/კგ-ზე დღეში და 11% კალორიების მოდის ცილაზე:

ცხიმიანი მშრალი რძე (ან მთლიანი თხიერი რძე 85 ml)	11 გ
ბრინჯი	15 გ
ზეთი	3.5 გ
ლერწმის შაქარი	3.0 გ
წყალი მოსამზადებლად	200 მლ

ცხრილი 15. მეორე დიეტა პერსისტიული დიარეისათვის: შემცირებული სახამებელის შემცველობა (ხორბალი), რძე არ არის (ლაქტოზის გარეშე)

დიეტა უნდა უზრუნველყოფდეს სულ მცირე 70 კალორია/100 გ-ზე და 10% კალორიების მოდიოდეს ცილების ხარჯზე (კვერცხი ან ქათამი). საკვების შემდეგი მაგალითი უზრუნველყოფს 75 კალორიას/100 გ-ზე:

მთლიანი კვერცხი	64 გ
ბრინჯი	3 გ
ზეთი	4 გ
გლუკოზა	3 გ
წყალი მომზადებისათვის	200 მლ

თერმულად კარგად დამუშავებული დასრესილი ქათამი (12 გ) შეიძლება გამოვიყენოთ კვერცხის მაგივრად, რომ მივაღწიოთ 70 კალორიას/100 გრამზე.

მულტივიტამინების და მინერალების დანამატები

პერსისტიული დიარეის მქონე ყველა ბავშვს მიეცით მულტივიტამინები და მინერალები დანამატების სახით 2 კვირის განმავლობაში. ვიტამინები და მინერალები უნდა იყოს წარმოდგენილი ფართო სპექტრით, და შეიცავდნენ ასევე ფოლიუმის მჟავას, ვიტამინ A-ს, თუთიას,მაგნიუმს და სპილენძს.

დღიურად რეკომენდებული შემცველობა 1 წლის ასაკის ბავშვისთვის:

- ფოლიუმის მჟავა, 50 მგრ
- თუთია, 10 მგ
- ვიტამინი A, 400 მგრ
- რკინა, 10 მგ
- სპილენძი, 1მგ
- მაგნიუმი, 80 მგ

მეთვალყურეობა

- ყოველდღიურად ექთანმა უნდა შეამოწმოს:
- სხეულის მასა
- ტემპერატურა
- მიღებული საკვების რაოდენობა
- დიარეის სიხშირე

5.3.2 პერსისტული (არამძიმე) დიარეა

არამძიმე პერსისტული დიარეის დროს ბავშვებს არ სჭირდებათ ჰოსპიტალიზაცია, მაგრამ ესაჭიროებათ სპეციალური კვება და მეტი რაოდენობით სითხის მიღება ბინაზე.

დიაგნოზი

დიარეა 14 დღე და მეტი გაუწყლოების ნიშნების ან მძიმე მალნუტრიციის გარეშე

მკურნალობა

> უმკურნალეთ ამბულატორიულად.

> მიეცით მულტივიტამინების და მინერალების დანამატები, როგორც მოცემულია გვ. 182.

გაუწყლოების პრევენცია

მიეცით სითხეები ა გეგმის მიხედვით (გვ. 177). ORS ხსნარი უეფექტოა ბავშვების უმრავლესობისათვის პერსისტული დიარეის დროს. ზოგიერთში გამოხატულია გლუკოზის აბსორბციის დარღვევა და როდესაც ORS ვაძლევთ, განავლის მოცულობა იზრდება, გამოიხატება წყურვილი და გაუწყლოების ნიშნები უფრო ძლიერდება. განავალში არის არაბსორბირებული გლუკოზის დიდი რაოდენობა. ასეთ ბავშვებს სჭირდებათ ჰოსპიტალიზაცია და ინტავენური რეჰიდრატაცია სანამ ისინი არ შეძლებენ ORS ხსნარის დალევას დიარეის აგრავიაციის გარეშე.

შეამოწმეთ და უმკურნალეთ სხვა ინფექციებს

> არ გამოიყენოთ რუტინულად ანტიბიოტიკები, ვინაიდან ისინი უეფექტოა.

მიეცით ანტიბიოტიკები, როდესაც ბავშვებს აქვთ არაა ნაწლავური ინფექციები ან სპეციფიკური ნაწლავთა ინფექცია. ვიდრე ამ ინფექციებისსწორად არ ვუმკურნალებთ, დიარეის მიმდინარეობა არ გაუმჯობესდება.

> *არანაწლავური ინფექცია.* შეამოწმეთ პერსისტული დიარეის დროს პნევმონიის, სეფსისის, საშარდე გზების ინფექციების, ორალური კანდიდოზის და შუა ყურის ანთების არსებობა. უმკურნალეთ შესაბამისად.

> *ნაწლავთა ინფექცია.* უმკურნალეთ სისხლით მიმდინარე პერსისტულ დიარეას ორალური ანტიბიოტიკით, რომელიც ეფექტურია Shigella-სთან, სექცია 5.3.1. (გვ. 178-179).

კვება

კვებისადმი განსაკუთრებული ყურადღება ძალზე მნიშვნელოვანია პერსისტული დიარეის დროს. ასეთ ბავშვებს არ აქვთ ცხოველური რძის ათვისების უნარი, დედის რძეს კარგად იღებენ.

> ურჩიეთ დედას დროებით შეამციროს ცხოველური რძის მიცემა. გააგრძელოს ძუძუთი კვება და მისცეს შესაბამისი საკვები დამატებით
– თუ დედა ჯერ კიდევ კვებავს ძუძუთი, მისცეს ძუძუ ხშირად და ხანგრძლივად დღე-ღამის განმავლობაში.
– თუ ბავშვი ღებულობს ცხოველურ რძეს, ურჩიეთ შეცვალოს იგი ფერმენტირებული პროდუქტით (მაგ., იოგურტით), რომელიც შეიცავს ნაკლებ გლუკოზას და უკეთესად აითვისება.
– თუ ცხოველური რძის გამორიცხვა არ არის შესაძლებელი, შეამცირეთ მისი რაოდენობა 50 მლ/კგ-მდე დღეში. გამოიყენეთ ფაფის დასამზადებლად, მაგრამ არ განაზავოთ იგი.
– მიეცით ასაკის შესაბამისი კალორიულად საკმარისი სხვა საკვები.
>4 თვის ჩვილებს, რომლებიც იკვებებიან მხოლოდ ცხოველური რძით, დაუწყეთ მყარი საკვები.
– მიეცით საკვები ხშირად და პატარა ულუფებით, სულ მცირე 6 ჯერ დღეში.
მიეცით დამატებით მიკრონუტრიენტები, თუთიის ჩათვლით.
(გვ. 173-176)

შემდგომი დაკვირვება
> სთხოვეთ დედას მოიყვანოს ბავშვი გასასინჯად 5 დღის შემდეგ ან უფრო ადრე, თუ დიარეა ან მდგომარეობა გაუარესდა.
> მთლიანად შეაფასეთ ბავშვები, რომელთა სხეულის მასა არ იზრდება ან მათი მდგომარეობა არ გაუმჯობესდა, რომ გამოავლინოთ გაუწყლოება ან ინფექცია, რომელიც საჭიროებს საავადმყოფოში გადაყვანას.
> იმათთვის, ვინც მოიმატა წონაში ან აქვს დღე-ღამეში 3-ზე ნაკლები ნაწლავთა მოქმედება თხელი განავლით, შეუძლიათ დაუბრუნდნენ ნორმალურ კვებას.

5.4 დიზენტერია
დიზენტერია არის დიარეა, რომლის დროს განავალში არის სისხლის მინარევები (არა მხოლოდ რამოდენიმე წვეთი ზედაპირზე). ეპიზოდების უმრავლესობა დაკავშირებულია Shigella-სთან, და თითქმის ყველა შემთხვევა საჭიროებს ანტიბიოტიკს. შიგელოზმა შეიძლება გამოიწვიოს სიცოცხლისათვის საშიში გართულებები პერფორაციის, ტოქსიური მეგაკოლონის და ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომის სახით.

დიაგნოზი
დიზენტერიის დიაგნოზი ისმევა, როდესაც განავალში აღინიშნება სისხლის შესამჩნევი რაოდენობა. სხვა კლინიკური ნიშნები შეიძლება მოიცავდნენ:
- მუცლის ტკივილს
- ცხელებას

- გულყრას
- ლეთარგიას
- დეჰიდრატაციას (სექცია 5.2, გვ.171)
- სწორი ნაწლავის პროლაფსს

მკურნალობა
ბავშვების უმეტესობის მკურნალობა შესაძლებელია ბინაზე

> გააგზავნეთ სტაციონარში:
– ჩვილები (<2 თვის ასაკი)
– ბავშვები მძიმე მდგომარეობით, რომლებიც არიან ლეთარგიული, აქვთ მუცლის შებერილობა, დაჭიმულობა, გულყრა, ან
– სხვა პრობლემა, რომელსაც სჭირდება საავადმყოფოში მკურნალობა.
> მიეცით ორალური ანტიბიოტიკი (5 დღე), რომლის მიმართაც Shigella მგრძნობიარეა რეგიონში.
– მიეცით ciprofloxacin 15 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში 3 დღე, თუ ანტიბიოტიკისადმი მგრძნობელობა არ არის ცნობილი. თუ ადგილობრივად გავრცელებული შტამების მგრძნობელობა იცით, გამოიყენეთ ადგილობრივი გაიდლაინები.
– მიეცით ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) ინტრავენურად ან კუნთებში 50–80 მგ/კგ დღეში 3 დღე ყველა მძიმე ბავშვს ან მეორე რიგის პრეპარატები.
მიეცით თუთიის დანამატები ბავშვებს წყლისებური დიარეის დროს.
შენიშვნა: მსოფლიოში აღინიშნება Shigella რეზისტენტობა შემდეგ პრეპარატებზე: ამპიცილინი (ampicillin), კო-ტრიაქსაზოლი (co-trimoxazole), ქლორამფენიკოლი(chloramphenicol), ნალიდიქსის მჟავა (nalidixic acid), ტეტრაციკლინი (tetracycline), გენტამიცინი (gentamicin) და პირველი და მეორე თაობის ცეფალოსპორინებისადმი. ისინი უკვე ეფექტურები არ არიან. ასევე იზრდება რეზისტენტობა ციპროფლოქსანისადმი (ciprofloxacin) ზოგიერთ ქვეყანაში

შემდგომი დაკვირვება
შეამოწმეთ ბავშვის მდგომარეობა 2 დღის შემდეგ, ნახეთ გაუმჯობესების ნიშნები - ცხელების არ არსებობა, დიარეის ეპიზოდების გაიშვიათება, მადის გაუმჯობესება.
- თუ გაუმჯობესება არ არის 2 დღის შემდეგ:
> ეძებეთ სხვა პრობლემებიც (იხ., თავი 2), (გვ.72)
> გადადით მეორე რიგის ანტიბიოტიკზე ან ანტიბიოტიკზე, რომელიც ცნობილია როგორც ეფექტური რეგიონში Shigella -საწინააღმდეგოდ (იხ. დოზები დანართ 2-ში). (გვ. 404)
- თუ Shigella -ას საწინააღმდეგო 2 თანამიმდევრულად მიცემული ანტიბიოტიკი კვლავ არ იძლევა შედეგს, შეამოწმეთ სხვა პრობლემების არსებობა (ნახეთ ასეთი მდგომარეობის მართვა

პედიატრიის სტანდარტულ სახელმძღვანელოებში).

– თუ საეჭვოა ამებიაზი, მიეცით მეტრონიდაზოლი metronidazole 10 მგ/კგ 3 ჯერ დღეში 5 დღე.

> გააგზავნეთ ბავშვი საავადმყოფოში, თუ არის ამის ჩვენება.

ჩვილები და პატარა ბავშვები

იფიქრეთ ქირურგიულ მიზეზზე (მაგ., ინვაგინაციაზე; თავი 9,სექცია 9.4,გვ.281), და გააგზავნეთ ქირურგთან, თუ ეს საეჭვოა. დიზენტერია იშვიათია ნეონატალურ პერიოდში და პატარა ჩვილებში, ამიტომ იფიქრეთ სიცოცხლისათვის საშიშ ბაქტერიულ სეფსისზე.

> თუ ეჭვი მიიტანეთ სეფსისზე, მიეცით კუნთებში ან ინტრავენურად ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) 100 მგ/კგ ერთ ჯერ დღეში 5 დღე.

მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვები

თავი 7 - მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვების ზოგადი მოვლა.

> თავდაპირველად უმკურნალეთ Shigella -ს და მერე ამებიაზს, თუ დიაგნოზი დაისვა ლაბორატორიის გარეშე მხოლოდ კლინიკის საფუძველზე.

> თუ მიკროსკოპიულად სათანადო ლაბორატორიაში შესაძლებელია კვლევების ჩატარება, შეამოწმეთ ერითროციტებში ტროფოზოიტების (Entamoeba histolytica) არსებობა და უმკურნალეთ ამებიაზს, თუ აღმოაჩინეთ იგი. ასევე ნახეთ განავალში Giardia lamblia-ს არსებობა და უმკურნალეთ აღმოჩენის შემთხვევაში.

დამხმარე მკურნალობა

დამხმარე მკურნალობა მოიცავს დეჰიდრატაციის პრევენციასა და კორექციას და კვების გაგრძელებას. დამხმარე მკურნალობა მალნტურიციის, სისხლიანი დიარეის მქონე ბავშვებში იხილეთ თავი 7 (გვ.240).

არასოდეს არ მისცეთ სიმპტომატური საშუალებები ან ანტიდიარული პრეპარატები აბდომინური ან რექტალური ტკივილის მქონე ბავშვს ვინაიდან ყველა ეს პრეპარატი საშიშია და შეიძლება გაუარესოს მდგომარეობა.

გაუწყლოების მკურნალობა

შეამოწმეთ ბავშვი გაუწყლოების არსებობაზე და მიეცით სითხეები (გვ.174-177-169), როგორც შეესაბამება ა,ბ ან გ გეგმას.

კვების მართვა

კარგი კვების უზრუნველყოფა ძალზე მნიშვნელოვანია , ვინაიდან დიზენტერიის დროს გამოვლინდება ძლიერი უმადობა. კვება ხშირად გართულებულია, ვინაიდან ბავშვის მადა დაქვეითებულია. მადის დაბრუნება გაუმჯობესების მნიშვნელოვანი ნიშანია.

> ძუძუთი კვება უნდა შენარჩუნდეს მთელი დაავადების განმავლობაში. დედამ უნდა კვებოს უფრო ხშირად და უფრო ხანგრძლივად, ვიდრე ჩვეულებრივად.

> 6 და მეტი თვის ასაკის ბავშვები უნდა იღებდნენ ასაკის შესაბამის საკვებს. წაახალისეთ ბავშვი ჭამოს და მიეცით საკვები, რომელიც მას ურჩევნია.

გართულებები

- *გაუწყლოება.* დიზენტერიის ყველაზე ხშირი გართულება არის გაუწყლოება და საჭიროა ამ გართულებაზე ბავშვების შეფასება, მიუხედავად სხვა შესაძლო გართულებების არსებობისა.მიეცით სითხეები შესაბამისად ა, ბ ან გ გეგმებისა, საჭიროების მიხედვით.
- *კალიუმის ნაკლებობა.* კალიუმის დეფიციტი შეიძლება შეივსოს ORS-ით ან კალიუმით მდიდარი საკვებით, როგორიცაა ბანანი, ქოქოსის წყალი ან მუქი მწვანე ფოთლოვანი ბოსტნეული.
- *მაღალი ცხელება.* თუ ბავშვს აქვს მაღალი ცხელება (≥ 39 °C ანუ ≥ 102.2 °F), რომელიც აწუხებს მას, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol) და იფიქრეთ მძიმე ბაქტერიულ ინფექციაზე.
- *რექტალური პროლაფსი.* ფრთხილად ჩააბრუნეთ გამოვარდნილი სწორი ნაწლავის ნაწილი, გამოიყენეთ ქირურგიული ხელთათმანი ან სველი დოლბანდი. ალტერნატიულად მოამზადეთ მაგნიუმის სულფატის გაჯერებული თბილი ხსნარი და დააფარეთ კომპრესი, რომ შეამციროთ შეშუპება.
- *კონვულსიები.* ერთეული გულყრა შეიძლება იყოს საკმაოდ ხშირი სიმპტომი დიზენტერიის დროს. თუ კონვულსიები გახანგრძლივებულია ან მეორდება, გააკეთეთ კუნთებში დიაზეპამი (diazepam) (თავი 9,გვ.308). არ მისცეთ რექტალურად დიაზეპამი (diazepam). ყოველთვის შეამოწმეთ ჰიპოგლიკემიის არსებობა.
- *ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომი.* იმ შემთხვევაში იფიქრეთ ჰემოლიზურ-ურემიული სინდრომზე, როდესაც გამოხატულია სისხლჩაქცევები, სიფერმკრთალე, ცნობიერების შეცვლა, შარდის გამოყოფა შემცირებულია ან სულ არ გამოიყოფა და ლაბორატორიული კვლევა შეუძლებელია.
- *ტოქსიკური მეგაკოლონი.* ტოქსიკური მეგაკოლონის დროს გამოხატულია ცხელება, მუცლის შებერვა, ტკივილი, მუცელში პერისტალტიკის არ არსებობა, ტაქიკარდია აღინიშნება გაუწყლოება. მიეცით ინტრავენური სითხეები რეჰიდრატაციისათვის, გაუკეთეთ ნაზოგასტრალური ზონდი და დაიწყეთ ანტიბიოტიკები. შემდგომი მართვა ნახეთ პედიატრიის სტანდარტულ სახელმძღვანელოებში.

შენიშვნები

თავი 6. ცხელება

6.1	ცხელების მქონე ბავშვი		6.5	სეპტიცემია	226
	6.1.1 ცხელება 7 დღე ან ნაკლები	193	6.6	მუცლის ტიფი	228
	6.1.2 ცხელება 7 დღეზე მეტი	198	6.7	ყურის ინფექციები	230
6.2	მალარია			6.7.1 მასტოიდიტი	230
	6.2.1 მძიმე მალარია	200		6.7.2 ყურის მწვავე ინფექცია	231
	6.2.2 გაურთულებელი მალარია	209		6.7.3 ყურის ქრონიკული ინფექცია	232
6.3	მენინგიტი		6.8	საშარდე გზების ინფექცია	232
	6.3.1 ბაქტერიული მენინგიტი	213	6.9	სეპტიკური ართრიტი ან ოსტეომიელიტი	234
	6.3.2 მენინგოკოკური ეპიდემიები	217	6.10	დენგეს ცხელება	236
	6.3.3 ტუბერკულოზური მენინგიტი	218		6.10.1 მძიმე დენგეს ცხელება	237
	6.3.4 კრიპტოკოკური მენინგიტი	219	6.11	რევმატიული ცხელება	242
6.4	წითელა	222			
	6.4.1 მძიმე გართულებული წითელა	222			
	6.4.2 არამძიმე წითელა	225			

ამ თავში მოცემულია გაიდლაინები ცხელებით მიმდინარე მდგომარეობებისათვის 2-თვიდან 5 წლამდე ასაკის ბავშვებში. ჩვილებისათვის (<2 თვის ასაკი) მკურნალობა აღწერილია თავი 3, გვ.77.

ცხელების მქონე ბავშვი

6.1.1 ცხელება გრძელდება 7დღე ან ნაკლები

ცხელების მქონე ბავშვებს უნდა მივაქციოთ განსაკუთრებული ყურადღება. მთავარია განვასხვავოთ სერიოზული ინფექცია, რომელსაც სჭირდება მკურნალობა და მსუბუქი მდგომარეობა, რომელიც ალაგდება თვითონ.

დაავადების ანამნეზი

- ცხელების ხანგრძლივობა
- მალარიის ენდემურ ზონებში ცხოვრება ან მოგზაურობა ახლო წარსულში
- ინფექციური დაავადების მქონე პირთან კონტაქტი ახლო წარსულში
- ვაქცინაციის ისტორია

- კანზე გამონაყარი
- კისრის კუნთების რიგიდობა ან ზურგის ტკივილი
- თავის ტკივილი
- კონვულსიები/გულყრა
- შარდვის დროს ტკივილი
- ყურის ტკივილი

გასინჯვა

დეტალებისათვის ცხრილები 16–19.

- ზოგადად: ძილიანობა ან ცნობიერების შეცვლა, სიფერმკრთალე ან ციანოზი ან ლიმფადენოპათია
- თავი და კისერი: ყიფლიბანდის ამობურცვა, კისრის რიგიდობა, ყურიდან გამონადენი ან, ოტოსკოპით დაფის აპკის სიწითლე ან უძრაობა, დვრილისებური მორჩის ადგილას შეშუპება და მტკივნეულობა
- გულმკერდი: ხშირი სუნთქვა (პნევმონია, სეპტიცემია ან მალარია)
- მუცელი: გადიდებული ელენთა (მალარია) ან გადიდებული ღვიძლი
- კიდურები: სახრის ან კიდურის მოძრაობის შეზღუდვა(აბსცესი, სეპტიური ანთრიტი, ოსტეომიელიტი, რევმატიული ცხელება)

- გამონაყარი კანზე

– პუსტულები ან ინფექციის ნიშნები: სიწითელე, შეშუპება და შეხებით ცხელი,

– მტკივნეული (სტაფილოკოკური ინფექცია)

– ჰემორაგიული ცხელება: პურპურა, პეტექიები (მენინგოკოკური ცხელება, დენგე)

– მაკულურ-პაპულური გამონაყარი (წითელა, სხვა ვირუსული ინფექცია)

ლაბორატორიული მონაცემები

- ჟანგბადის სატურაცია
- სისხლის ნაცხი
- შარდის მიკროსკოპია და კულტურა
- პერიფერიული სისხლი
- ლუმბალური პუნქცია, თუ ეჭვია მენინგიტზე
- სისხლის კულტურა

დიფერენციული დიაგნოსტიკა

ცხელების შემთხვევები ბავშვებში 4 ძირითად კატეგორიად იყოფა:

- ინფექცია ლოკალური სიმპტომატიკის გარეშე (ცხრილი 16, გვ. 190)
- ინფექცია ლოკალური სიმპტომატიკით (ცხრილი 17, გვ. 191)
- გამონაყარით მიმდინარე ინფექცია (ცხრილი 18, გვ.192)
- ცხელება მიმდინარე 7დღეზე მეტი.

ეს კატეგორიები გადაჯვარედინდება ზოგიერთ კონტექსტში. ცხელების ზოგიერთი მიზეზი გვხვდება განსაზღვრულ რეგიონში მაგ., მალარია, დენგეს შებრუნებითი ტიფი). სხვა ინფექციები შეიძლება იყოს სეზონური (მაგ., მალარია, მენინგოკოკური მენინგიტი) ან გამოვლინდეს ეპიდემიების სახით (წითელა, დენგეს ცხელება, მენინგოკოკური მენინგიტი, ტიფი).

ცხრილი 16. ლოკალური სიმპტომატიკის გარეშე ცხელების დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი	სიმტომები
მალარია (ენდემიურ ზონებში)	_ სისხლის ნაცხში გამომწვევის აღმოჩენა ან სწრაფი ტესტი დადებითია მალარიის პარაზიტზე _ ანემია
სეპტიცემია	_ ელენთის გადიდება _ მძიმე მდგომარეობა _ პურპურა, პეტექიები
ტიფი	_ შოკი _ ჰიპოთერმია პატარა ჩვილებში ან მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვებში _ მძიმე მდგომარეობა
საშარდე გზების ინფექცია	_ მუცლის დაჭიმვა _ შოკი _ ცნობიერების შეცვლა _ მუცლის ტკივილი _ წელის ან სუპრაპუბიკური (ბოქვენი) მიდამოს და მტკივნეულობა _ ტირილი შარდვის დროს _ ხშირი შარდვა
HIV-თან ასოცირებული ცხელება	_ შარდის შეუკავებლობა(იგულისხმება,რომ მანამდე ამას ადგილი არ ჰქონია) _ შარდში ლეიკოციტები და/ან ბაქტერიები მიკროსკოპულად ან ტესტჩხირი (dipstick) პოზიტიური HIV ინფექციის ნიშნები (იხილე თავი 8, გვ.271)

ცხრილი 17. ცხელება ლოკალური სიმპტომატიკით -დიფერენციული დიაგნოზი

დიაგნოზი	სიმპტომები
მენინგიტი	_ მრავლობითი ან გართულებული კონვულსიები _ ცნობიერების შეცვლა _ ლუმბალური პუნქციის შედეგი _ კისრის რიგიდობა _ ყიფლიბანდის ამობურცვა ჩვილებში
შუა ყურის ანთება	_ მენინგოკოკური გამონაყარი (პეტექია ან პურპურა) _ წითელი უმოძრაო დაფის აპკი ოტოსკოპიით _ ყურიდან ჩირქოვანი გამონაჟონი _ ყურის ტკივილი
მასტოიდიტი	_ ყურის უკან შეშუპება
ოსტეომიელიტი	_ ადგილობრივად მტკივნეულობა _ დაზიანებული კიდურის მოძრაობის შეზღუდვა _ ცდილობს არ დააწვეს სხეულის სიმძიმე დაზიანებულ კიდურს
სეპტიური ართრიტი	_ ცხელი, მტკივნეული, შეშუპებული სახსარი
მწვავე რევმატიული ცხელება	_ მიგრაციული ართრიტი _ გულის შუილი(ები)
კანისა და რბილი ქსოვილების ინფექცია (იხ. სექცია კანის დაავადებები)	_ ცელულიტი _ გამომწვარი კანი _ პუსტულები _ პიომიოზიტი (კუნთების ჩირქოვანი ინფექცია)
პნევმონია	_ ხველა გახშირებული სუნთქვით _ გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა
(იხ თავი 4.2 და 4.3, გვ.115-125) სხვა კლინიკურ ნიშნებზე)	_ მკვნესარე სუნთქვა _ ნესტოების ბერვა _ უხეში ბუშტუკოვანი ხიხინი, კონსოლიდაცია, სითხე პლევრაში
ზედა რესპირაციული გზების ვირუსული ინფექცია	_ ხველა და „გაცივების“ სიმპტომები
რეტროფარინგეული აბსცესი	_ სისტემური დაზიანების ნიშნები არ არსებობა _ ყელის ტკივილი მოზრდილ ბავშვებში

	_ ყლაპვის სიძნელეები, ნერწყვის დენა _ კისრის ლიმფური კვანძების მტკივნეულობა
სინუსიტი	_ სახის პერკუსიის დროს ტკივილი დაზიანებულ მხარეს _ ცხვირიდან გამონადენი
ჰეპატიტი	_ მძიმე ანორექსია _ მუცლის ტკივილი _ სიყვითლე და მუქი შარდი

ცხრილი18. გამონაყრით მიმდინარე ცხელების დიფერენციული დიაგნოსტიკა

დიაგნოზი	სიმპტომები
წითელა	_ ტიპიური გამონაყარი (გვ.174) _ ხველა, ცხვირიდან გამონადენი, წითელი თვალები _ პირში წყლულები _ რქოვანას დაზიანება _ წითელასთან კონტაქტი ბოლო პერიოდში _ წითელას საწინააღმდეგო ვაქცინაცია არ არის ჩატარებული
ვირუსული ინფექციები	_ ზოგადი მდგომარეობა არ არის ძალიან შეცვლილი _ ხველა ან გაცივება _ ტრანზიტორული არასპეციფიკური გამონაყარი
შებრუნებითი ტიფი	_ პეტექიური გამონაყარი, კანზე ჰემორაგიები _ სიყვითლე _ მგრძნობიარე გადიდებული ღვიძლი და ელენთა _ ანამნეზში შებრუნებითი ტიფის ეპიზოდი _ სისხლის ნაცხი დადებითი Borrelia-ზე
ტიფი[a]	_ ტიფის ეპიდემია რეგიონში _ დამახასიათებელი მაკულური გამონაყარი _ კუნთების ტკივილი
დენგეს ჰემორაგიული ცხელება[b]	_ ცხვირიდან ან ღრძილებიდან სისხლიანი გამონადენი _ სისხლიანი განავალი ან შავი განავალი _ კანზე პეტექიები ან პურპურა _ გადიდებული ღვიძლი და ელენთა _ შოკი _ მუცლის დაჭიმულობა

a ზოგიერთ რეგიონში, სხვა რიკეთსიული ინფექცია შეიძლება იყოს შედარებით ხშირი

b ზოგიერთ რეგიონში, სხვა ვირუსული ჰემორაგიული ინფექციების გამოვლენა შეიძლება იყოს დენგეს მსგავსი

6.1.2 ცხელება გრძელდება 7 დღეზე მეტი

ვინაიდან არსებობს გახანგრძლივებული ცხელების სხვა მიზეზებიც, მნიშვნელოვანია ვიცოდეთ თუ რა მიზეზები იწვევს უხშირესად ცხელებას რეგიონში. საჭიროა დავადგინოთ ეს მიზეზი და დავიწყოთ სათანადო მკურნალობა.. ზოგჯერ არის საჭირო ემპირიული მკურნალობა, მაგ., როდესაც ძლიერ საეჭვოა TB ან Salmonella თი გამოწვეული ინფექციები. თუ მკურნალობის ფონზე მდგომარეობა უმჯობესდება, მაშინ ეს დიაგნოზის დამადასტურებელია.

ანამნეზი

გაარკვიეთ რამდენი ხანი აქვს ცხელება(გვ.194). დამატებით გამორიცხეთ HIV, TB ან ონკოლოგიური დაავადება, რომელთა დროს შეიძლება გვქონდეს გახანგრძლივებული ცხელება.

გასინჯვა

მთლიანად გახადეთ ბავშვს და დაათვალიერეთ შემდეგ ნიშნებზე:

- გახშირებული სუნთქვა ან გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა (პნევმონია)
- კისრის კუნთების რიგიდობა ან ყიფლიბანდის ამობურცვა (მენინგიტი)
- შეწითლებული მტკივნეული სახსარი (სეპტიური ართრიტი ან რევმატიული ცხელება)
- პეტექიური გამონაყარი ან პურპურა (მენინგოკოკური ინფექცია ან დენგეს ცხელება)
- მაკულურ-პაპულური გამონაყარი (ვირუსული ინფექცია ან პრეპარატზე რეაქცია)
- წითელი ყელი და ნადები ხახაში (ყელის ინფექცია)
- წითელი, მტკივნეული, უმობრაო დაფის აპკი (otitis media)

სიყვითლე ან ანემია (მალარია, ჰეპატიტი, ლეპტოსპიროზი ან სეპტიცემია)

- ხერხემლის, მენჯ-ბარძაყის ან სხვა სახსრის მტკივნეულობა (სეპტიკური ართრიტი)
- დაჭიმული მუცელი (ბოქვენის ან წელის არე მტკივნეულია - საშარდე გზების ინფექციის დროს)

ზოგჯერ ცხელების დროს არ არის ლოკალური ნიშნები, მაგ., სეპტიცემიის, სალმონელოზის, მილიარული TB, HIV-ინფექციების დროს ან საშარდე ინფექციების დროს.

ლაბორატორიული კვლევები

თუ შესაძლებელია, ჩაატარეთ შემდეგი კვლევები:

- სისხლის ნაცხი ან სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტი მალარიის პარაზიტზე (ენდემიურ ზონებში სისხლის პოზიტიური ტესტი არ

გამორიცხავს ცხელების გამომწვევი სხვა კო-ფაქტორებს)

- პერიფერიული სისხლის ანალიზი, რომელიც მოიცავს თრომბოციტების რაოდენობას და სისხლის უჯრედების მორფოლოგიებს

შარდის ანალიზი, მიკროსკოპიის ჩათვლით

Mantoux ტესტი (შენიშვნა: მილიარული TB-ს დროს მალნუტრიციის, HIV ინფექციის დროს ხშირად უარყოფითია)

- გულმკერდის რენტგენოგრაფია
- სისხლის კულტურა
- HIV-ზე ტესტი (თუ ცხელება გრძელდება > 30 დღეზე, არის მიზეზი იფიქროთ HIVინფექციაზე)
- ლუმბალური პუნქცია (მენინგიტის გამოსარიცხად, თუ არ არის დამხმარე ნიშნები).

დიფერენციული დიაგნოზი

განიხილეთ ყველა ნიშანი ცხრილებში 16–18 (გვ.151–3). დამატებით განიხილეთ > 7 დღეზე გახანგრძლივებული ცხელების მიზეზები ცხრილში 19.

ცხრილი 19. 7 დღეზე მეტი ხანგრძლივობის ცხელების დამატებითი დიფერენციული დიაგნოზი

დიაგნოზი	სიმპტომები
აბსცესი	_ ცხელება გამოკვეთილი ლოკალური სიპტომების გარეშე (ღრმა აბსცესი) _ მტკივნეული ან პალპაცი ფლუკტუაციური მასა _ ადგილობრივად ტკივილი _ სპეციფიკური სიმპტომები დამოკიდებულია ლოკალიზაციაზე - სუბდიაფრაგმული, რეტროპერიტონეალური, ფილტვი, თირკმელი
Salmonella ინფექციები (არა-ტიფოიდური)	_ ნამგლისებური ანემია _ ოსტეომიელიტი ან ართრიტი ჩვილებში
ინფექციური ენდოკარდიტი	_ სხეულის მასის დაკარგვა _ ელენთის გადიდება _ ანემია _ გულის შუილები ან დაავადება ანამნეზში _ პეტექიები _ სისხლდენები ფრჩხილის ნახეთქებიდან _ მიკროსკოპული ჰემატურია _ დოლის ჯოხისებრი თითები

რევმატიული ცხელება	_ გულის შუილი, რომლებიც იცვლება დროდადრო _ ართრიტი ან ართრალგია _ გულის უკმარისობა _ პერსისტული, სწრაფი პულსი _ პერიკარდიუმის ხახუნი _ ქორეა _ სტრეპტოკოკური ინფექცია ანამნეზში ახლო წარსულში
მილიარული TB	_ სხეულის მასის დაკარგვა _ ანორექსია, ღამის ოფლიანობა _ გადიდებული ღვიძლი ან/და ელენთა _ ხველა _ კანის ტუბერკულინის სინჯი უარყოფითი _ ოჯახში TB-ს შემთხვევები _ მილიარული სურათი გულმკერდის რენტგენოგრამაზე (გვ. 121)
ბრუცელოზი (ინფორმაცია ინფექციის ადგილობრივი გავრცელების შესახებ ძალიან მნიშვნელოვანია)	ქრონიკული მორეციდივე ან პერსისტული ცხელება სისუსტე ძვლების და კუნთების ტკივილი წელის ან თეძოს ტკივილი ელენთის გადიდება ანემია აუდუღარი რძის მიღება ანამნეზში
ბორელიოზი - Borreliosis (მორეციდივე ცხელება) (ადგილობრივი სიტუაციის ცოდნა პრევალენციის შესახებ მნიშვნელოვანია)	მტკივნეული კუნთები და სახსრები წითელი თვალები გადიდებული ღვიძლი და ელენთა სიყვითლე პეტექიური გამონაყარი, ცნობიერების დაქვეითება სისხლის ნაცხში სპიროქეტების აღმოჩენა

მალარია

6.2.1 მძიმე მალარია

მძიმე მალარია, როგორც წესი, გამოწვეულია Plasmodium falciparum-ით და არის საშიში სიცოცხლისათვის. დაავადება იწყება ცხელებით და, ხშირად, ღებინებით. ბავშვთა მდგომარეობა მძიმდება სწრაფად - 1–2 დღის განმავლობაში, მათ უვითარდებათ გართულებები - კომა (ცერებრული მალარია) ან ნაკლებად გამოხატული ცნობიერების დაქვეითება, არ შუძლიათ დაჯდომა, სითხის დალევა (პროსტრაცია). უვითარდებათ გულყრა, მძიმე ანემია, რესპირაციული დისტრესი (აციდოზის ფონზე) და ჰიპოგლიკემია

დიაგნოზი

ანამნეზი. მძიმე მალარიის მქონე ბავშვებს აღენიშნებათ ზოგიერთი

ქვემოთ ჩამოთვლილი ნიშანი - ქცევის შეცვლა, ცნობიერების დარღვევა, ზოგადი სისუსტე, რაც მიგვანიშნებს „ცერებრულ მალარიაზე“.

განთხვა. ჩაატარეთ სწრაფი კლინიკური შეფასება და განსაკუთრებული ყურადღება მიაქციეთ ცნობიერების მდგომარეობას, სისხლის წნევას, სუნთქვის სიღრმეს, სიფერმკრთალეს. ნახეთ კისრის რიგიდობა და გამონაყრის არსებობა, რომ გამორიცხოთ სხვა დიაგნოზი.

მთავარი ნიშნები, რომელიც მიგვითითებს მძიმე მალარიაზე:

- გენერალიზებული მრავალჯერადი გულყრა, 24 საათში 2 ეპიზოდზე მეტი.

ცნობიერების დარღვევა კომის განვითარებით

- ზოგადი ძლიერი სისუსტე (პროსტრაცია) ან ლეთარგია, როდესაც ბავშვს არ შეუძლია ჯდომა, სიარული სხვისი დახმარების გარეშე
- ღრმა ფორსირებული სუნთქვა და რესპირაციული დისტრესი (აციდოზური სუნთქვა)
- ფილტვის შეშუპება (ან რადიოლოგიური დადასტურება)
- სისხლდენა კუჭ-ნაწლავის ტრაქტიდან
- კლინიკურად გამოვლინდება სიყვითლე პლუს სხვა ვიტალური ორგანოების დისფუნქცია
- მძიმე სიფერმკრთალე
- ცირკულაციური კოლაფსი ან შოკი სისტოლური წნევით < 50 მმ Hg
- ჰემოგლობინურია (მუქი შარდით)

ლაბორატორიული დიაგნოსტიკა. შემდეგი სიმპტომების მქონე ბავშვებს აქვთ მძიმე მალარია:

- ჰიპოგლიკემია (გლუკოზა სისხლში <2.5 მმოლ/ლ ანუ <45 მგ/დლ). გაზომეთ გლუკოზა ყველა ბავშვთან, ვისთანაც ფიქრობთ მძიმე მალარიაზე.
- ჰიპერპარაზიტემია (სისხლის სქელ ნაცხში და სისხლის თხელ ნაცხში, თუ საჭიროა პარაზიტის ტიპის განსაზღვრა. ჰიპერპარაზიტემია >100 000/µლ (2.5%) დაბალი ტრანსმისიის რეგიონებში ან 20% პარაზიტემია მაღალი ტრანსმისიის რეგიონებში. იქ, სადაც მიკროსკოპი ხელმიუწვდომელია, გამოიყენეთ სწრაფი ტესტი.
- მძიმე ანემია (ერითროციტის მოცულობის ფრაქცია - (Ht),<15%; Hb,<5 g/dl)
- ლაქტატის მაღალი დონე სისხლში (> 5 მმოლ/ლ)

- მაღალი კრეატინინი სისხლის შრატში (თირკმლის უკმარისობა, კრეატინინი > 265 მმოლ/ლ))
- ლუმბალური პუნქცია კეთდება ბაქტერიული მენინგიტის გამოსარიცხად მძიმე მალარიის მქონე ბავშვებში, რომლებიც იმყოფებიან უგონოდ ან აქვთ ცნობიერების დაქვეითება. ლუმბალური პუნქცია კეთდება, თუ არ არის უკუჩვენება (გვ.399). თუ პუნქციის გაკეთება გვიანდება და ფიქრობთ მენინგიტზე, დაიწყეთ ანტიბიოტიკთერაპია ანტიმალარიულ მკურნალობასთან ერთად (იხ. ქვევით).

თუ ფიქრობთ მძიმე მალარიაზე უარყოფითი ნაცხის მქონე ბავშვთან, გააკეთეთ სწრაფი ტესტი, თუ შესაძლებელია. თუ ტესტი დადებითია, უმკურნალეთ მძიმე მალარიას, მაგრამ ასევე გამორიცხეთ სხვა დაავადებები, მძიმე ბაქტერიული ინფექციის ჩათვლით. თუ ტესტი უარყოფითია, ნაკლებად მოსალოდნელია მალარია, იფიქრეთ ალტერნატიულ დიაგნოზზე.

მკურნალობა
სასწრაფო ზომების მიღება საჭიროა პირველივე საათებში.

> თუ ბავშვი უგონოდაა, შეამცირეთ ასპირაციული პნევმონიის რისკი - დააყენეთ ნაზოგასტრალური ზონდი და ამოიღეთ კუჭის შიგთავსი. უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა და უზრუნველყავით გვერდული პოზიცია.

> თუ არის ჰიპოგლიკემია, ჩაატარეთ მისი კორექცია (გვ.201). თუ შეუძლებელია გლუკოზის გაზომვა და ფიქრობთ ჰიპოგლიკემიაზე, მიეცით გლუკოზა (ნახეთ ქვემოთ).

> უმკურნალეთ გულყრას რექტალურად ან ინტრავენურად დიაზეპამით (diazepam) (დიაგრამა 9, გვ.37). პროფილაქტიკისთვის ანტიკონვულსანტები არ მისცეთ.

> დაიწყეთ მკურნალობა ეფექტური ანტიმალარიული პრეპარატებით (იხილეთ ქვემოთ).

> თუ ჰიპერპირექსია რჩება, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol) ან იბუპროფენი (ibuprofen) ტემპერატურის დაწევისათვის < 39°C.

> შეამოწმეთ დეჰიდრატაციის ნიშნები და უმკურნალეთ შესაბამისად (იხ., სითხის ბალანსის დარღვევები გვ.42).

> უმკურნალეთ მძიმე ანემიას (გვ.201).

> აწარმოეთ ვიტალური და ნევროლოგიური ნიშნების რეგულარული დაკვირვება.

ანტიმალარიული მკურნალობა

თუ მალარიის სწრაფ ტესტს ან სისხლის ნაცხს სჭირდება 1 საათზე მეტი, მაშინ დაიწყეთ ანტიმალარიული მკურნალობა

დაუყოვნებლივ, არ დაელოდოთ ტესტის შედეგებს.
პარენტერული არტესუნატი (artesunate) არის არჩევის პრეპარატი მძიმე P. falciparum მალარიის სამკურნალოდ. თუ ეს პრეპარატი არ არის ხელმისაწვდომი, პარენტერულად არტემეტერი (artemether) ან ქინინი (quinine) უნდა გამოვიყენოთ. მიეცით ანტიმალარიული პრეპარატები პარენტერულად, სანამ ბავშვს არ შეეძლება პრეპარატების დალევა ან სულ მცირე 24 საათი, თუნდაც შეძლოს პრეპარატების დალევა.

არტესუნატი (Artesunate): მიეცით არტესუნატი (Artesunate) 2.4 მგ/კგ ინტავენურად ან კუნთებში საავადმყოფოში შემოსვლისას, შემდეგ 12 და 24 საათში, შემდეგ დღიურად, ვიდრე ბავშვი შეძლებს დასალევად პრეპარატების მიღებას, მაგრამ სულ ცოტა პირველი 24 საათი მაინც, რომც შეძლოს პრეპარატების დალევა.

ქინინი (Quinine): მიეცით ქინინი ჰიდროქლორიდის (quinine dihydrochloride) მარილი 20 მგ/კგ ინფუზიის სახით განზავებული 10 მლ/კგ ინტრავენურად ხსნარში 2–4 საათის განმავლობაში. შემდეგი 8 საათის მერე სასტარტო დოზის დაწყებიდან, მიეცით 10 მგ/კგ ქინინის (quinine-) მარილი ინტრავენური სითხის 2 საათის განმავლობაში და გაიმეორეთ ყოველ 8 საათში, სანამ ბავშვს შეეძლება პერორალურად მედიკამენტის მიღება. ქინინი დეჰიდროქლორიდი (quinine dihydrochloride) მარილის 5მგ/კგ საათში ინფუზიის სიჩქარემ არ უნდა გადააჭარბოს საერთო ჯამში.
Quinin-ის სასტარტო დოზა არასოდეს არ მისცეთ ინექციით სწრაფად, არამედ ინფუზია უნდა გაგრძელდეს 2–4-საათი მკაცრი კონტროლის ქვეშ. თუ ქინინი (quinine) ინტრავენური ინფუზიის მიცემა შეუძლებელია, მაშინ მიეცით ქინინი დეჰიდროქლორიდი (quinine dihydrochloride) გაზავებული და გაყოფილი ინექციების სახით კუნთებში. მიეცით სასტარტო დოზა გაყოფილი 2 ინექციაზე 10 მგ/კგ ქინინის (quinine) მარილი . შემდეგ გააგრძელეთ 10 მგ/კგ ყოველ 8 საათში, სანამ ბავშვი არ შეძლებს დალევას და აითვისებს კარგად. განზავებული პარენტერული ხსნარი უფრო კარგად აბსორბირდება და ნაკლებად მტკივნეულია.

არტემეტერი (Artemether): მიეცით ბავშვს არტმეტერი (artemether) 3.2 მგ/კგ კუნთებში საავადმყოფოში მოსვლისას, შემდეგ 1.6 მგ/კგ დღიურად, სანამ ბავშვი არ შეძლებს პრეპარატების დალევას. გამოიყენეთ 1-მლ-ანი ტუბერკულინის შპრიცი, რომ მისცეთ პრეპარატი პატარა მოცულობით. არტმეტერის (Artemether) აბსორბცია შეიძლება იყოს ქაოტური, და იგი უნდა გამოვიყენოთ მხოლოდ, თუ არტესუნატი (artesunate) ან ქინინი (quinine)არ არის ხელმისაწვდომი.
მიეცით პარენტერული ანტიმალარიული პრეპარატი სულ მცირე

24 საათის განმავლობაში, შემდეგ დაამთავრეთ სრული კურსი არტემისინინზე (artemisinin)დაფუძნებული კომბინირებული თერაპიით, როგორიც შეიძლება იყოს:
არტემეთერი-ლუმეფანტრინი (artemether–lumefantrine)
არტესუნატი (artesunate) დამატებული ამოდიაქინი amodiaquine
არტესუნატი (artesunate) დამატებული სულფადოქსინი-პირიმეთამინი (sulfadoxine–pyrimethamine),
დიჰიდროართემისინინი (dihydroartemisinin) დამატებული პიპერაქინი (piperaquine).

დამხმარე მკურნალობა

- შეუქმენით პაციენტს სკრუპულოზური მოვლა, განსაკუთრებით, თუ პაციენტი უგონოა.
- დარწმუნდით, რომ ისინი ღებულობენ სითხის დღიურ მოთხოვნილებას, აწარმოეთ მიღებული და გამოყოფილი სითხის კონტროლი.
- კვებეთ პაციენტები, რომელთაც კვება არ შეუძლია - ნაზოგასტრალური ზონდით, ეს მეთოდი უკეთესია, ვიდრე ხანგრძლივად ინტრავენურ-თერაპიაზე ყოფნა.

ეცადეთ არ მისცეთ დაავადებისთვის მავნე პრეპარატები, როგორიცაა კორტიკოსტეროიდები, დაბალმოლეკულური დექსტრანი და ანტიანთებითი პრეპარატები.
ხშირად შეამოწმეთ დეჰიდრატაციის ნიშნებზე (გვ.128) ან ჰიპერჰიდრატაციაზე და უმკურნალეთ შესაბამისად. სითხის ზედმეტი რაოდენობის შეყვანის უტყუარი ნიშანია ღვიძლის გადიდება. დამატებით ნიშნებს მიეკუთვნება ჭენების რიტმი, ფილტვებში შეგუბებითი ხიხინი, კისრის ვენების დაბერვა. ქუთუთოების შეშუპება არის ასევე ჰიპერჰიდრატაციის ნიშანი.
თუ ფრთხილი რეჰიდრატაციის შემდეგ შარდის გამოყოფა 24 საათში არის < 4 მლ/კგ, მიეცით ინტავენური ფუროსემიდი (furosemide), თავდაპირველად დოზით 2 მგ/კგ. თუ პასუხი არ არის, მიეცით ორმაგი დოზა საათობრივი ინტერვალით, დოზის მაქსიმუმ 8 mg/kg (მიცემული 15 წუთში). დიდი დოზების მიცემა უნდა ხდებოდეს სიფრთხილით, ვინაიდან ეს პრეპარატი ნეფროტოქსიურია.

უგონო პაციენტისათვის:

> შეინარჩუნეთ სასუნთქი გზების გამავლობა
> ასპირაციის აცილების მიზნით გადააბრუნეთ პაციენტი გვერდზე, თავი აუწიეთ 30° -ით ზევით.
> ჩადგით ნაზოგასტრალური ზონდი კვებისათვის და მინიმუმამდე დაიყვანეთ ასპირაციის რისკი.
> გადააბრუნეთ პაციენტი ყოველ 2 საათში.

- არ მისცეთ ბავშვს საშუალება იწვეს სველ საწოლში.
- მიაქციეთ ყურადღება რომ არ გაჩნდეს ნაწოლები.

გართულებები

კომა (ცერებრული მალარია)

ცერებრული მალარიის ყველაზე ადრეულ ნიშნად ითვლება დაავადების დაწყებიდან 1–2-დღეში ცხელების დაწყება და სითხისა და საკვების მიღების შეუძლებლობა, შემდეგ კი ქცევის შეცვლა, ცნობიერების შცვლა.

ცერებრული მალარია ბავშვებში:

- შეაფასეთ და აკონტროლეთ ცნობიერების დონე AVPU ან კომის ადგილობრივად მიღებული შკალის მიხედვით (გვ.18).
- გამორიცხეთ კომის სხვა მიზეზები (მაგ., ჰიპოგლიკემია, მენინგიტი) ყოველთვის გასინჯეთ გლუკოზის დონე, თუ ეს შეძლებელია, უმკურნალეთ შესაძლო ჰიპოგლიკემიას (გვ.201). თუ არ არის უკუჩვენებები, გააკეთეთ ლუმბალური პუნქცია მენინგიტის გამოსარიცხად. თუ პუნქციას ვერ აკეთებთ, მიეცით ანტიბიოტიკები (სექცია 6.3, გვ. 210).
- თვალი ადევნეთ ყველა სასიცოცხლო ნიშანს (ტემპერატურა, სუნთქვის სიხშირე, გულის ცემა, წნევა და შარდის გამოყოფა).
- მართეთ გულყრები.

გულყრა

გულყრა ხშირია კომამდე და კომის დროს. ისინი შეიძლება იყოს მსუბუქი, როგორც გარდამავალი ნისტაგმი, კიდურის ტრემორი, პირის მოქცევა გვერდზე ან სუნთქვის არასწორი რიტმი.

> მიეცით ანტიკონვულსანტი დიაზეპამი (diazepam) რექტალურად ან ნელა ინტრავენური ინექციით (თავი 9, გვ.308).

- შეამოწმეთ გლუკოზის დონე, ჰიპოგლიკემიის ასაცილებლად მოახდინეთ გლუკოზის კორექცია (გვ. 201).

> თუ კონვულსიები მეორდება, მიეცით ფენობარბიტალი (phenobarbital) (თავი 9, გვ. 308).

> თუ ტემპერატურა არის ≥ 39°C, მიეცით პარაცეტამოლის (paracetamol) დოზა.

შოკი

ზოგიერთი პაციენტი შეიძლება იყოს შოკში. მას აქვს ცივი კიდურები (წებოვანი კანი), ჩქარი პულსი, კაპილარული ავსება 3 წამზე მეტია, წნევა დაბალია. ეს შეიძლება სეპტიცემიის, დეჰიდრატაციის, ჰიპოტენზიის ნიშანი იყოს.

- მოახდინეთ ჰიპოგლიკემიის კორექცია, თუ საჭიროა.
- აიღეთ სისხლის კუტურა.
- გააკეთეთ შარდის ანალიზი.

> ჩაატარეთ ანტიმალარიული და ასევე ანტიბაქტერიული თერაპია სეპტიცემიის სამკურნალოდ (6.5, გვ.221).

მძიმე ანემია

მძიმე ანემიის დროს გამოხატულია ხელისგულების მძიმე სიფერმკრთალე, ხშირად ჩქარი პულსი, მოუსვენრობა ან დათრგუნვა. გულის ჭენების რიტმი, ღვიძლის გადიდება, უფრო იშვიათად ფილტვის შეშუპება (ხშირი სუნთქვა, შეგუბებითი ხიხინები აუსკულტაციით).

ჩაატარეთ სისხლის ტრანსფუზია რაც შეიძლება მალე ყველა ბავშვთან, ვისთანაც ჰემატოკრიტი≤ 12% ან Hb ≤ 4 გრ/დლ. (გვ.364)

ნაკლებად მძიმე ანემიური ბავშვები (ჰემატოკრიტი >12–15%; Hb4–5 4 გრ/დლ) წარმოადგენენ შემდეგ სიმპტომატიკას:

- შოკი ან კლინიკურად გამოხატული გაუწყლოება
- ცნობიერების შეცვლა
- რესპირაციული აციდოზი (მძიმე ფორსირებული სუნთქვა)
- გულის უკმარისობა
- ძალიან მაღალი პარაზიტემია (>20% ერითროციტებისა პარაზიტებით).

> მიეცით10 მლ/კგ ერითროციტული მასა ან 20 მლ/კგ სისხლი 3–4 საათის განმავლობაში.

– დიურეტიკი, როგორც წესი, ამ დროს არ არის საჭირო, ვინაიდან ბავშვების უმრავლესობა ჰიპოვოლემიაშია.

– შეამოწმეთ სუნთქვის სიხშირე და პულსი ყოველ 15 წუთში. თუ ერთერთი მათგანი აჩქარდა, გადაასხით უფრო ნელა. თუ არის ჰიპერჰიდრატაციის ნიშნები, მიეცით ინტრავენური ფუროსემიდი (furosemide) (1–2 მგ/კგ) მთლიანი დოზა 20 მგ-მდე.

ტრანსფუზიის მერე, თუ Hb რჩება დაბალი, გაიმეორეთ ტრანსფუზია კვლავ.

– მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვებში სითხით გადატვირთვა წარმოადგენს მძიმე გართულებას. გადაასხით სისხლი (10 მლ/კგ უკეთესია, ვიდრე 20 მლ/კგ) მხოლოდ ერთჯერ და არ გაიმეოროთ ტრანსფუზია.

> მიეცით დღიურად რკინა-ფოლატი ან რკინის სიროპი 14 დღე

ჰიპოგლიკემია

ჰიპოგლიკემია (გლუკოზა სისხლში <2.5 მმოლ/ლ ანუ <45 მგ/დლ-ზე) ხშირია <1 წლის ასაკის ბავშვებში, ვისაც აქვს გულყრები ან ჰიპერპარაზიტემია და არიან კომაში. ჰიპოგლიკემია შესაძლოა დიაგნოსტიკის მიღმა დარჩეს, ვინაიდან იგი გავს ცერებრულ კომას. საჭიროა ჰიპოგლიკემიის კორექცია, თუ მისი კონცენტრაცია არის <

3 მმოლ/ლ (54 მგ/დლ).

> მიეცით 5 მლ/კგ 10% გლუკოზის (glucose (dextrose) ხსნარი ინტავენურად სწრაფად (თავი 10, გვ.348).თუ ინტრავენური გადასხმა შეუძლებელია, დააყენეთ ინტრაოსეალური ნემსი ან მიეცით შაქარი ენის ქვეშ. შეამოწმეთ სისხლში შაქარი 30 წუთის შემდეგ და გაიმეორეთ დექსტროზა (dextrose)(5 მლ/კგ) თუ დონე დაბალი რჩება (<3.0 მმოლ/ლ (< 54 მგ/დლ).

შემდგომში ჰიპოგლიკემიის პრევენცია: 10%-ანი დექსტროზა (dextrose) ფიზიოლოგიურ ხსნარში ან რინგერ ლაქტატში (Ringer's lactate)დამატებით (დაამატეთ 20 მლ 50% გლუკოზა ფიზიოლოგიური ხსნარის რინგერ ლაქტატის (Ringer's lactate)80 მლ-ს). არ გადააჭარბოთ ბავშვის მოთხოვნილებას სხეულის მასის მიხედვით (სექცია10.2, გვ.360). შეამოწმეთ სისხლში გლუკოზა და ჰიპერჰიდრატაციის ნიშნები. თუ შეყვანილი სითხის რაოდენობა დიდია, ხოლო გლუკოზის დონემ არ აიწია, გააჩერეთ ინფუზია, გაიმეორეთ 10% გლუკოზა (glucose (5 მლ/კგ) და კვებეთ ბავშვი ნაზოგასტრული ზონდით.

როდესაც ბავშვს შეუძლია საკების მიღება, გააჩერეთ ინტრავენური მკურნალობა და კვებეთ ბავშვი ნაზოგასტრული ზონდით. მიეცით ძუძუ ყოველ 3 საათში, თუ შესაძლებელია ან მიეცით რძის ულუფები 15 მლ/კგ, თუ ბავშვს შეუძლია ყლაპვა. თუ ბავშვს არ შეუძლია კვება ასპირაციის რისკის გარეშე, განსაკუთრებით, თუ ღებინების რეფლექსი ჯერ არ არის სახეზე, მიეცით შაქარი და რძის პატარა ულუფები ნაზოგასტრალური ზონდით (თავი 10, გვ. 348). გააგრძელეთ სისხლში გლუკოზის განსაზღვრა და უმკურნალეთ შესაბამისად, თუ გლუკოზის დონე არის <2.5 მმოლ/ლ ან <45 მგ/დლ.

რესპირაციული დისტრესი (აციდოზი)

რესპირაციული დისტრესი წარმოადგენს ღრმა,გაძნელებულ სუნთქვას, როდესაც აუსკულტაციით ფილტვებში არ მოისმინება დიდი ცვლილებები. რესპირაციული დისტრესი ხშირად მიმდინარეობს გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკით. რესპირაციული დისტრესი ხშირად გამოწვეულია სისტემური მეტაბოლური აციდოზით (ხშირად ლაქტოაციდოზით). რესპირაციული დისტრესი შეიძლება განვითარდეს სრულ გონზე მყოფ ბავშვებში, მაგრამ უფრო ხშირად იგი გამოხატულია დაბინდული გონების, პროსტრაციის, ცერებრული მალარიის, მძიმე ანემიის ან ჰიპოგლიკემიის დროს. რესპირაციული დისტრესი გამოწვეული აციდოზით, უნდა განვასხვავოთ რესპირაციული დისტრესისაგან, რომელიც ვლინდება პნევმონიის (ასპირაციის ჩათვლით) ან ფილტვის შეშუპების დროს ფილტვების სითხით

გადატვირთვის გამო. თუ სახეზეა აციდოზი:

- მიეცით ჟანგბადი.
- მოახდინეთ აციდოზის კორექცია, ასევე დეჰიდრატაციის და მძიმე ანემიის კორექცია.:

– თუ Hb არის ≥ 5 გრ/დლ, მიეცით ნატრიუმის ქლორიდის 0.9% ხსნარი 20 მლ/კგ ან Ringer-ის ლაქტატი (Hartmann-ის ხსნარი) ინტრავენურად 30 წუთის განმავლობაში.

– თუ Hb არის <5 გრ/დლ, გადაასხით სისხლი (10 მლ/კგ) 30 წუთის განმავლობაში და შემდეგ 10 მლ/კგ 1–2 საათის განმავლობაში დიურეტიკების გარეშე. აკონტროლეთ სუნთქვის სიხშირე და პულსი ყოველ 15 წუთში. თუ ერთერთი მაინც არის მაღალი, გადაასხით უფრო ნელა და შეეცადეთ არ გამოიწვიოთ ფილტვის შეშუპება (იხ. ტრანსფუზიის გაიდლაინები სექცია 10.6, გვ.364).

> თვალი ადევნეთ კლინიკურ ნიშნებს (ჟანგბადის სატურაციას, Hb, ჰემატოკრიტს, გლუკოზას სისხლში და მჟავე-ტუტოვან წონასწორობას).

ასპირაციული პნევმონია

უმკურნალეთ ასპირაციულ პნევმონიას სასწრაფოდ, ვინაიდან ის შეიძლება ფატალური აღმოჩნდეს.

- მოათავსეთ ბავშვი გვერდზე, თავი სულ მცირედ 30° ზევით.
- მიეცით ჟანგბადი, თუ სატურაცია არის ≤90% ან პულსოქსიმეტრია არ არის ხელმისაწვდომი, ან თუ არის გამოხატული ციანოზი, ან გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა, ან სუნთქვის სიხშირე ≥ 70/წუთში.
- მიეცით ინტრავენურად ამპიცილინი (ampicillin) და გენტამიცინი (gentamicin) სულ 7 დღის განმავლობაში.

მეთვალყურეობა

საჭიროა ექთანმა დაკვირვება აწარმოოს ყოველ 3 საათში, ხოლო ექიმმა ნახოს ბავშვის დღეში 2 ჯერ მაინც. ინტრავენური ინფუზიების სიჩქარე და აუცილებლობა უნდა შეფასდეს ყოველ საათში. განსაკუთრებული ყურადღების ქვეშ უნდა იყვნენ ბავშვები, რომელთაც სტაციონარში შემოსვლისას აქვთ ცივი კიდურები, ჰიპოგლიკემია, რესპირაციული დისტრესი და ღრმა კომა, ვინაიდან შემთხვევა შეიძლება დამთავრდეს სიკვდილით.

- დააკვირდით და დოკუმენტურად შეაფასეთ ცნობიერების რაიმე ცვილებები, გულყრა და ბავშვის ქცევის ცვლილებები.
- შეამოწმეთ ტემპერატურა, პულსი, სუნთქვა (თუ შესაძლებელია სისხლის წნევა) ყოველ 6 საათში პირველი 48 საათის განმავლობაში მაინც.
- შეამოწმეთ სისხლში გლუკოზა ყოველ 3 საათში, სანამ ბავშვს

დაუბრუნდება ცნობიერება.

- შეამოწმეთ გადასხმის წვეთების სიხშირე, თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ გადასხმისათვის 100–150 მლ-ანი შეფუთვები. შეეცადეთ ჰიპერჰიდრატაციის აცილებას 500-მლ ან 1000ანი ბოთლიდან ან პაკეტიდან გადასხმით, თუ ბავშვზე დაკვირვება არ არის მუდმივი. გადასხმის წინ დაცალეთ ინტრავენური ბოთლი ან პაკეტი სითხისაგან იმ რაოდენობამდე, რომელიც უნდა გადაესხას ბავშვს. თუ ჰიპერჰიდრატაციას მაინც ვერ გამორიცხავთ, მაშინ უფრო უსაფრთხოა კვებოთ და სითხეები მისცეთ ნაზოგასტრული ზონდით.
- ყურადღებით შეამოწმეთ მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა (ინფუზიების გათვალისწინებით).

6.2.2 გაურთულებელი მალარია

გაურთულებელი მალარიის კლინიკა ძალზე ვარირებს და შეიძლება მიმდინარეობდეს ცხელებით სხვა დაავადებების მსგავსად.

დიაგნოზი

ბავშვს აქვს:

- ცხელება (ტემპერატურა ≥ 37.5°C ანუ ≥ 99.5 °F) ან ცხელება ანამნეზში.
- სისხლის ნაცხი ან სწრაფი დიაგნოსტიკური ტესტი დადებითია მალარიაზე.

და არ არის მძიმე მალარიის ნიშნები:

- დაბინდული ცნობიერება
- მძიმე ანემია (EVF<15% ან Hb<5 გრ/დლ)
- ჰიპოგლიკემია (სისხლში გლუკოზა <2.5 მმოლ/ლ ან <45 მგ/დლ)
- რესპირაციული დისტრესი
- სიყვითლე

შენიშვნა: თუ ბავშვი ცხოვრობს მალარიის ენდემურ ზონაში და აქვს ცხელება, რომლის მიზეზს ვერ ადგენთ, ხოლო სისხლის ნაცხის ან მალარიის სწრაფი ტესტის გაკეთება შეუძლებელია, უმკურნალეთ ბავშვს მალარიაზე.

მკურნალობა

უმკურნალეთ პირველი რიგის ანტიმალარიული საშუალებით, როგორც ეს მოცემულია ნაციონალურ გაიდლაინებში შემდეგი რეჟიმით:

გაურთულებელი მალარია, რომელიც გამოწვეულია: P. falciparum

უმკურნალეთ 3 დღე ქვემოთ მოყვანილი ერთ-ერთი კომბინაციით:

> არტემეტერ-ლუმეფანტრინი(Artemether–lumefantrine): კომბინირებული ტაბლეტები, რომელიც შეიცავენ 20მგ არტემეტერი (artemether) და 120მგ ლუმეფანტრინი (lumefantrine):
დოზირება კომბინირებული ტაბლეტებისთვის:
- ბავშვის სხეულის მასა 5–<15 კგ: 1ტაბ. 2 ჯერ დღეში 3 დღე
- ბავშვის სხეულის მასა 15–24 კგ: 2 ტაბ. 2 ჯერ დღეში 3 დღე
- ბავშვის სხეულის მასა > 25 კგ: 3 ტაბ. 2 ჯერ დღეში 3 დღე

> **არტესუმატი (Artesunate) დამატებული ამოდიაქუინი** (amodiaquine): ფიქსირებული დოზით ფორმულა ტაბლეტებში, რომელიც შეიცავს 25/67.5 მგ, 50/135 მგან 100/270 მგ არტესუმატი / ამოდიაქუინი (artesunate/amodiaquine).

დოზირება კომბინირებული ტაბლეტისათვის:
- მიზანია მივაღწიოთ არტესუნატის (artesunate) დღიურ დოზას 4 მგ/კგ და ამოდიაქინის (amodiaquine) დღიურ დოზას 10 მგ/კგ 3 დღის განმავლობაში.
- ბავშვის სხეულის მასა 3–<10 კგ: 1 ტაბ. (25 მგ/67.5მგ) 2 ჯერ დღეში 3 დღე
- ბავშვის სხეულის მასა 10–18კგ: 1 ტაბ. (50 მგ/135მგ) 2 ჯერ დღეში 3 დღე.

> **არტესუნატი (Artesunate) დამატებული სულფადოქსინი-პირიმეთამინი (sulfadoxine–pyrimethamine).** ცალცალკე ტაბლეტები - 50 მგ არტესუნატი (artesunate) და 500 მგ სულფადოქსინი (sulfadoxine)–25მგ პირიმეთამინი (pyrimethamine):
დოზა:
მიზანია მივაღწიოთ არტესუნატის (artesunate) დღიური დოზა 4 მგ/კგ 3 დღის განმავლობაში და 25 მგ/კგ სულფადოქსინი (sulfadoxine)–1.25 მგ/კგ პირიმეთამინი (pyrimethamine) პირველ დღეს.
არტესუნატი (Artesunate):
ბავშვის სხეულის მასა 3–<10 კგ: ტაბლეტის ნახევარი 1 ჯერ დღეში 3 დღე
ბავშვის სხეულის მასა ≥ 10 კგ:1 ტაბლეტი 1 ჯერ დღეში 3 დღე
სულფადოქსინი- პირიმეთამინი (Sulfadoxine–pyrimethamine):
ბავშვის სხეულის მასა 3–<10კგ: ნახევარი ტაბლეტი 1 ჯერ 1 დღე
ბავშვის სხეულის მასა ≥ 10kკგ: 1 ტაბლეტი 1 ჯერ დღეში 1 დღე
არტესუნატი (Artesunate) დამატებული მეფლოქუინი (mefloquine). ცალკე ტაბლეტები 50 მგ არტესუნატი და 250მგ მეფლოქუინი (mefloquine)-ბაზაზე:
დოზა:
მიზანია მივაღწიოთ მიიღოს არტესუნატის (artesunate)

ყოველდღიური დოზა 4 მგ/კგ 1 ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში და 25 მგ/კგ მეფლოქუინი (mefloquine) გაყოფილი 2-3 დოზაზე.

> **დიჰიდროართესინინი (Dihydroartemisinin) დამატებული პიპარაქინი (piperaquine).** ფიქსირებული დოზით კომბინაცია ტაბლეტებში, რომლებიც შეიცავენ 40 მგ დიჰიდროართესინინი (dihydroartemisinin) და 320 მგ პიპარაქინი (piperaquine).

დოზა:

მიზანია მივაღწიოთ დიჰიდროართესინინი (dihydroartemisinin) დღიური დოზა 4 მგ/კგ დაპიპარაქინი (piperaquine) 18 მგ/კგდღიური დოზა 1 ჯერ დღეში 3 დღე.

კომბინირებული ტაბლეტების დოზა:

- ბავშვის სხეულის მასა 5–<7 კგ: ნახევარი ტაბლეტი (20 მგ/160 მგ) 1 ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში
- ბავშვის სხეულის მასა 7–<13 კგ: ერთი ტაბლეტი (20 მგ/160 მგ) 1 ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში
- ბავშვის სხეულის მასა 13–<24 კგ: ერთი ტაბლეტი (320 მგ/40 მგ) 1 ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში

HIV-მქონე ბავშვები: მიეცით სათანადო ანტიმალარიული საშუალება, როგორც რეკომენდებულია ზევით. ზიდოვუდინი (zidovudine) ან ეფავირენზზე (efavirenz) მყოფ ბავშვებს შეეცადეთ არ მისცეთ ამოდიაქუინი (amodiaquine)შემცველი არტემისინი (artemisinin)-ბაზაზე კომბინირებული თერაპია, ხოლო მათთან, ვინც არის კო-ტრიმოქსაზოლის (co-trimoxazole) (ტრიმეთოპრიმი (trimethoprim) დამატებული სულფამეთოქსაზოლი (sulfamethoxazole) პროფილაქტიკაზე შეეცადეთ არ მისცეთ სულფადოქსინი-პირიმეთამინი (sulfadoxine–pyrimethamine).

გაურთულებელი P. vivax, ovale და malariae მალარია: მალარია, გამოწვეული ამ პარაზიტებით ჯერჯერობით არის მგრძნობიარე chloroquine-მკურნალობაზე, რომელსაც შემდეგ სჭირდება პრიმაქინის (primaquine) 14 დღიანი კურსი. P. Vivax მკურნალობისათვის ასევე შეიძლება გამოვიყენოთ არტემისინი (artemisinin)-ბაზისური კომბინირებული თერაპია.

> P. vivax-სისათვის მიეცით 3-დღიანი კურსი არტემისინი artemisinin-ბაზისური კომბინირებული თერაპიისა, როგორც რეკომენდებულია P. falciparum-ის დროს (გამონაკლისი არტესუნატი (artesunate) დამატებული სულფადოქსინი-პირიმეთამინი (sulfadoxine–pyrimethamine) კომბინირებული პირიმეთამინთან (primaquine) 0.25 მგბაზა /კგ. პრეპარატების მიღება არის საჭირო საკვებთან ერთად 14 დღის განმავლობაში.

ან

> მიეცით დასალევად ქლოროქუინი (chloroquine)მთლიანი დოზა 25 მგ -ბაზა/კგ, კომბინირებული პრიმაქუინთან.

დოზა:

- **ქლოროქუინი (Chloroquine) პირველი დოზა 10 მგ ბაზა/კგ, შემდეგ 10 მგ/კგმეორე დღეს და 5 მგ/კგ მესამე დღეს.**
- **პირიმაქუინი (Primaquine) 0.25 მგ -ბაზა/კგ საკვებთან ერთად დღეში 1 ჯერ 14 დღე.**

> ქლოროქუინი (Chloroquine)-რეზისტენტული vivax მალარიის მკურნალობა საჭიროა ამოდიაქუინით (amodiaquine), მეფლოქუინით (mefloquine) ან დიჰიდროართემისინინით (dihydroartemisinin) დამატებული პიპერაქუინით (piperaquine), როგორც არჩევის პრეპარატებით.

გართულებები

ანემია

თუ რომელიმე ბავშვს ხელისგულებს სიფერმკრთალით აქვს დაბალი Hb ან Hct - Hb 5–9.3 დლ , მას აქვს საშუალო სიმძიმის ანემია. დაიწყეთ რკინით და ფოლიუმის მჟავით მკურნალობა დაუყოვნებლივ ანტიმალარიული მკურნალობის დამთავრების შემდეგ ან ბინაზე გაწერის შემდეგ (მალნუტრიციის მქონე ბავშვებთან შეაჩერეთ რკინის მიცემა სანამ არ მოხდება ზოგადი მდგომარეობის გაუმჯობესება).



ხელისგულის სიფერმკრთალე არის ანემიის ნიშანი

> მიეცით ყოველდღიურად რკინა-შემცველი ტაბლეტები ან სიროპი 14 დღის განმავლობაში;

- სთხოვეთ მშობელს დაბრუნდეს მკურნალობის 14 დღის შემდეგ. უმკურნალეთ 3 თვე, თუ ეს შესაძლებელია, ვინაიდან ანემიის კორექციას სჭირდება 2–4 კვირა, ხოლო 1–3 თვე სჭირდება რკინის დეპოს შექმნას.

> თუ ბავშვი > 1 წლის ასაკისა და არ მიუღია მებენდაზოლი (mebendazole) წინა 6 თვის განმავლობაში, მიეცით 1 დოზა მებენდაზოლი (mebendazole) (500 მგ) შესაძლო ჰელმინთური ინფექციის

სამკურნალოდ (გვ გვ.365).
> მიეცით დედას რეკომენდაცია სწორი კვების შესახებ

შემდგომი დაკვირვება
თუ ბავშვი მკურნალობს, როგორც ამბულატორიული პაციენტი, სთხოვეთ დედას დაბრუნდეს, თუ ცხელება გრძელდება მკურნალობის 3 დღის მერე, ან სასწრაფოდ, თუ ბავშვის მდგომარეობა უარესდება. თუ ბავშვი დაბრუნდა, შეამოწმეთ რამდენად სწორად მიიღო ანტიმალარიული მკურნალობა და გაიმეორეთ სისხლის ნაცხი. თუ მკურნალობა არ ჩატარდა, გაიმეორეთ იგი. თუ მკურნალობა ჩატარდა, მაგრამ ნაცხი კვლავ დადებითია პარაზიტზე, უმკურნალეთ მალარიას მეორე რიგის პრეპარატით. შეამოწმეთ ბავშვი ცხელების სხვა მიზეზებზეც. (სექცია 6.1, გვ. 188).
თუ ცხელება გრძელდება მეორე რიგის ანტიმალარიული პრეპარატების მკურნალობის 3 დღის შემდეგაც, სთხოვეთ დედას დაბრუნდეს ცხელების სხვა მიზეზების შესაფასებლად და სამკურნალოდ.

მენინგიტი

ადრეული დიაგნოსტიკა აუცილებელია ეფექტური მკურნალობისათვის. ამ სექციაში განხილულია ეს პრობლემა > 2 თვის ასაკის ბავშვებთან. პატარა ჩვილებთან მენინგიტის მკურნალობა იხილეთ სექცია 3.9 (გვ.90).

6.3.1 ბაქტერიული მენინგიტი

ბაქტერიული მენინგიტი არის სერიოზული დაავადება, რომელიც პასუხისმგებელია ავადობასა და სიკვდილიანობაზე. მენინგიტზე უნდა ვიფიქროთ მაშინ, როდესაც ბავშვს აქვს ცხელება, გულყრები და გონების დაბინდვა.
ასევე შესაძლებელია, რომ საქმე გვქონდეს ვირუსულ ენცეფალიტთან ან ტუბერკულოზურ მენინგიტთან, რაც უნდა ვიგულისხმოთ დიფერენციული დიაგნოსტიკის დროს ბავშვებში, ვისაც აქვთ მენინგეალური ნიშნები.

დიაგნოზი
შეამოწმეთ თუ ჰქონდა/აქვს:
- გულყრა
- ღებინება
- არ შეუძლია დალევა და ძუძუთი კვება
- თავის ტკივილი ან კისრის ტკივილი
- გაღიზიანება

- თავის ტრავმა ახლო წარსულში



ჩანს ან იგრძნობა კისრის რიგიდობა

გასინჯვისას ნახეთ:

- ცნობიერების შეცვლა
- კისრის რიგიდობა
- განმეორებითი გულყრა
- ყიფლიბანდის ამობურცვა ჩვილებში
- პეტექიური გამონაყარი, რომელიც არ ქრება დაჭერისას ან პურპურა
- ლეთარგია
- გაღიზიანება
- თავის ქალის ტრავმა შეიძლება მიგვითითებდეს ქალას მოტეხილობაზე ახლოს წარსულში.

ასევე ნახეთ შესაძლო ინტრაკრანიული წნევის არსობობა:

- ცნობიერების შეცვლა
- გუგების არათანაბარი გაფართოება
- რიგიდული პოზა
- კიდურებში ფოკალურად გამოხატული დამბლები
- არათანაბარი სუნთქვა

ლაბორატორიული კვლევები

- დაადასტურეთ დიაგნოზი ლუმბალური პუნქციით და თავზურგტვინის სითხის (თზტ) შესწავლით. თუ თზტ არის მღვრიე, იფიქრეთ მენინგიტზე და დაიწყეთ მკურნალობა, სანამ მიიღებთ შემდგომ ლაბორატორიულ დადასტურებას.
- თზტ მიკროსკოპიული ანალიზი უნდა ადასტურებდეს მენინგიტის არსებობას, თუ თეთრი უჯრედების რაოდენობა (პოლიმორფული) არის < 100//მმ^3. მენინგიტის დროს ასევე შეიძლება იყოს დაბალი გლუკოზა თზტ-ში (დაბალი: < 1.5 მმოლ/ლ ან თზტ შეფარდება სისხლში გლუკოზასთან არის ≤ 0.4), თზტ ცილა მაღალია (მაღალი: >0.4 გრ/ლ) და Gram-ით შეღებვა და



გუგების არათანაბარი ზომა ინტრაკრანიული წნევის აწევის ნიშანი



ოპისტოტონუსი და რიგიდული პოზა თავის მაგარი გარსების გაღიზიანების ნიშანია

კულტურა ადასტურებს მენინგიტის გამომწვევს.

■ აუცილებლად აიღეთ სისხლის კულტურაც.

სიფრთხილე: თუ მომატებულია ინტრაკრანიალური წნევა, შეაფასეთ ლუმბალური პუნქციის დადებითი და უარყოფითი მხარეები, პროცედურის რისკი. თუ გართულებები არის მოსალოდნელი ან რისკს ვერ საზღვრავთ, ჯობია, რომ დაიწყოთ მენინგიტის მკურნალობა და გადადეთ ლუმბალური პუნქცია (გვ. 399).

მკურნალობა

დაიწყეთ ანტიბიოტიკებით მკურნალობა დაუყოვნებლივ, თუ კლინიკურად შეაფასეთ მენინგიტი და მიიღეთ მღვრიე თზრ სითხე. თუ ბავშვს აქვს მენინგიტის ნიშნები და პუნქციის ჩატარება შეუძლებელია, დაიწყეთ მენინგიტის მკურნალობა.

ანტიბიოტიკოთერაპია

> დაიწყეთ ანტიბიოტიკით მკურნალობა რაც შეიძლება მალე. ამოირჩიეთ ერთ-ერთი შემდეგი რეჟიმებიდან:

1. ცეფტრიაქსონი (Ceftriaxone): 50მგ/კგ შეყვანაზე კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 12 საათში; ან 100 მგ/კგ 1 ჯერ დღეში 7–10 დღე ღრმად კუნთებში ინიექციით ან ინტრავენურად 30–60 წუთის განმავლობაში.

ან

2. ცეფოტაქსიმი (Cefotaxime):50 მგ/კგ შეყვანაზე კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში 7–10 დღე.

ან

3. თუ ქლორომფენიკოლისადმი (chloramphenicol) და b- lactam-ანტიბიოტიკებისადმი რეზისტენტობა არ არის აღნიშნული რეგიონში, გამოიყენეთ ისინი ნაციონალური გაიდლაინების მიხედვით ან ქვემოთ მოცემული რეჟიმით:

● ქლორომფენიკოლი (Chloramphenicol): 25 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში დამატებული ამპიცილინი (ampicil-

lin): 50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში 10 დღის განმავლობაში
ან
- ქლორომფენიკოლი (Chloramphenicol): 25 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში დამატებული ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin): 60 მგ/კგ (100 000 U/კგ) ყოველ 6 საათში კუნთებში ან ინტრავენურად 10 დღის განმავლობაში.

> გადახედეთ მკურნალობას, როდესაც მიიღებთ თზტ-ის სითხის პასუხს.

თუ დიაგნოზი დადასტურდა, გააგრძელეთ პარენტერული ანტიბიოტიკების გამოყენება, როგორც რეკომენდებულია ზემოთ.
როდესაც ბავშვის მდგომარეობა გაუმჯობესდება, გააგრძელეთ მესამე გენერაციის ანტიბიოტიკების ყოველდღიურად შეყვანა მკურნალობის დამთავრებამდე., თუ ბავშვი ქლორომფენიკოლზეა (chloramphenicol), მიეცით დასალევად თუ არ არის ეჭვი პერორალურ აბსორბციის დარღვევაზე (მაგ, კვების მძიმე მოშლილობის დროს ან დიარეის დროს). ამ შემთხვევაში ანტიბიოტიკის სრული კურსი უნდა ჩატარდეს პარენტერალურად.

თუ მკურნალობაზე ცუდად პასუხობს:
– იფიქრეთ ისეთ ხშირ გართულებებზე, როგორიც არის სუბდურულ სივრცეში სითხის გაჟონვა (პერსისტიული ცხელება პლუს ფოკალური ნევროლოგიური ნიშნები ან ცნობიერების დაქვეითება) ან ტვინის აბსცესი. თუ საეჭვოა ეს გართულებები, გააგზავნეთ ბავშვი სპეციალური მკურნალობისათვის სათანადო სამედიცინო დაწესებულებაში (იხილეთ მკურნალობა პედიატრიის სტანდარტულ სახელმძღვანელოებში).
– შეაფასეთ ინფექციის სხვა ლოკალიზაციების არსებობა, რამაც შეიძლება ასევე გამოიწვიოს ცხელება (ცელულიტი ინექციების ადგილზე, ართრიტი, ოსტეომიელიტი).
გაიმეორეთ ლუმბალური პუნქცია 3–5 დღის შემდეგ, თუ ბავშვის მდგომარეობა არ უმჯობესდება (შეამოწმეთ ლეიკოციტების რაოდენობა და გლუკოზის დონე).

სტეროიდებით მკურნალობა
სტეროიდებს აქვთ გარკვეული დადებითი შედეგი ბაქტერიული მენინგიტის მკურნალობისას (H. influenzae, Tb და S. pneumoniae), ვინაიდან მოქმედებენ ანთების საწინააღმდეგოდ და გამოჯანმრთელების შანსი მეტია.
რეკომენდებული დოზა dexamethasone-ის გამოსაყენებლად ბაქტერიული მენინგიტის დროს არის 0.15 მგ/კგ ყოველ 6 საათში 2–4

დღე. სტეროიდები უნდა შევიყვანოთ ანტიბიოტიკების შეყვანამდე 10–20 წუთით ადრე ან ანტიბიოტიკების შეყვანის დროს. არ არის საკმარისად სარწმუნო ის ფაქტი, რომ განვითარებად ქვეყნებში ყოველთვის უნდა გამოვიყენოთ სტეროიდები მენინგიტის სამკურნალოდ.

არ გამოიყენოთ სტეროიდები:
- ახალშობილებში
- თუ ეჭვი გაქვთ ცერებრულ მალარიაზე
- ფიქრობით ვირუსულ ენცეფალიტზე.

ანტიმალარიული მკურნალობა
მალარიის ენდემიურ ზონებში აიღეთ სისხლის ნაცხი ან გააკეთეთ მალარიაზე სწრაფი ტესტი, ვინაიდან საჭიროა მძიმე მალარიის გამორიცხვა, როგორც -კო-ფაქტორისა.
> თუ დაადგინეთ მალარიის არსებობა, უმკურნალეთ ანტიმალარიული სათანადო პრეპარატებით. თუ რაიმე მიზეზით არ შეგიძლიათ სისხლის ნაცხის აღება, უმკურნალეთ მალარიას ემპირიულად.

6.3.2 მენინგოკოკური ეპიდემიები
დადასტურებული ეპიდემიების დროს შესაძლებელია ლუმბალური პუნქცია გაუკეთდეს ყველა ბავშვს, რომელსაც აქვს პეტექიები ან პურპურა და აქვს მენინგოკოკური ინფექციისათვის დამახასიათებელი ნიშნები.
- ყველა ბავშვს 0–23 თვის ასაკში მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს ასაკის შესაბამისად და გამორიცხოთ მენინგიტის სხვა მიზეზები.
- ბავშვებისთვის ≥ 2–5 წლის ასაკში, Neisseria meningitidis არის მენინგიტის ყველაზე ხშირი გამომწვევი და საჭიროა შესაბამისი მკურნალობის ჩატარება.

> მიეცით ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) 100 მგ/კგ/დღეში კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში 5 დღე ბავშვებისათვის 2 თვიდან 5 წლის ასაკში ან სულ მცირედ 7 დღე ბავშვებისათვის 0–დან 2 თვის ასაკამდე.
ან
> მიეცით ზეთოვანი ქლორომფენიკოლი (chloramphenicol) (100 მგ/კგ კუნთებში ერთ დოზაში, მაქსიმუმ 3 გ). თუ არ არის გაუმჯობესება 24 საათში, მიეცით მეორე დოზა 100 მგ/კგ, ან შეცვალეთ ცეფტრიაქსონზე (ceftriaxone), როგორც ეს მოცემულია ზემოთ. ზეთოვანი ქლორომფენიკოლი (chloramphenicol) სუსპენზია არის ბლანტი და შეიძლება შპრიციდან ნემსში ცუდად გადმოდინდებოდეს. თუ

დაგხვდათ ეს პრობლემა, გაყავით დოზა 2 შპრიცში და გაუკეთეთ სხვადასხვა დუნდულოში

6.3.3 ტუბერკულოზური მენინგიტი

ტუბერკულოზური მენინგიტი შეიძლება მიმდინარეობდეს მწვავედ ან ქრონიკულად. სიმპტომების ხანგრძლივობა შესაძლოა 1 დღიდან 9 თვემდე ვარირებდეს. შესაძლებელია გამოვლინდეს კრანიალური ნერვების დეფიციტი ან პაციენტს აწუხებდეს თავის ქრონიკული ტკივილი, მენინგიზმი და შეცვლილი ცნობიერება. თავდაპირველი სიმპტომები შეიძლება იყოს არასპეციფიკური და მოიცავდეს თავის ტკივილს, ღებინებას, ფოტოფობიას, ცხელებას. ნახეთ თანამედროვე საერთაშორისო და ნაციონალური გაიდლაინები შემდგომი დეტალებისათვის, როდესაც ტუბერკულოზურ მენინგიტზე არის ეჭვი. იფიქრეთ ტუბერკულოზურ მენინგიტზე, როდესაც არის შემდეგი ნიშნები:

- ცხელება გრძელდება 14 დღე და მეტი
- ცხელება პერსისტირებს > 7 დღე, და ოჯახის წევრს აქვს TB.
- გულმკერდის რენტგენზე არის TB-ს ნიშნები.
- პაციენტი უგონო მდგომარეობაშია და ასეთივე რჩება მიუხედავად იმისა, რომ მკურნალობს ბაქტერიული მენინგიტის დიაგნოზით.
- ცნობილია, რომ პაციენტს აქვს HIV-ინფექცია ან კონტაქტი HIV-სთან.
- თზტ სითხეში შედარებით მაღალი ციტოზია (ტიპიურად <500 თეთრი უჯრედია 1 მლ ლიმფოციტების ხარჯზე), ცილა მომატებულია (0.8–4 გრ/ლ) და გლუკოზა დაბალია (<1.5 მმოლ/ლ), და ეს მონაცემები რჩება უცვლელი მიუხედავად იმისა, რომ ბავშვი მკურნალობს ბაქტერიული მენინგიტის დიაგნოზით.

როდესაც დიაგნოზი არ არის ზუსტად დადგენილი, ტუბერკულოზური მენინგიტის საცდელი მკურნალობა უნდა დაემატოს ბაქტერიული მენინგიტის მკურნალობას. ნახეთ TB ნაციონალური გაიდლაინები.

მკურნალობა: ოპტიმალური რეჟიმი მოიცავს:

> 4 პრეპარატის რეჟიმს (HRZE) 2 თვის განმავლობაში, შემდეგ გაგრძელებას 2 პრეპარატით (HR) 10 თვე. მკურნალობის მთლიანი ხანგრძლივობა მოიცავს 12 თვეს.

იზონიაზიდი (I soniazid (H): 10 მგ/კგ (დოზის ვარირება 10–15 მგ/კგ); მაქსიმალური დოზა 300 მგ/დღეში

რიფამპიცინი (Rifampicin (R): 15 მგ/კგ (დოზის ვარირება10–20 მგ/კგ); მაქსიმალური დოზა 600 მგ/კგ დღეში

პირაზინამიდი (Pyrazinamide(Z): 35 მგ/კგ (დოზის ვარირება 30–40

მგ/კგ)
ეთამბუტოლი (Ethambutol (E): 20 მგ/კგ (დოზის ვარირება 15–25 მგ/კგ)
> დექსამეთაზონი (Dexamethasone) (0.6 მგ/კგ დღეში 2–3 კვირა, დოზის შემცირებით შემდეგ 2–3 კვირაში) უნდა მივცეთ ყველა შემთხვევაში ტუბერკულოზური მენინგიტის დროს.
> იმ ბავშვებს, ვისაც აქვთ MDR საეჭვო ან დადგენილი ტუბერკულოზური მენინგიტი, უმკურნალეთ ქინოლონებით ან სხვა მეორე რიგის პრეპარატებით, რომლებიც კარგად მუშაობენ MDRTB კონტროლისათვის და MDRTB-სთვის სათანადო დოზებით. მკურნალობის რეჟიმი უნდა გადაწყვიტოს კლინიცისტმა, რომელიც გამოცდილია პედიატრიულ TB-ში.
შენიშვნა: სტრეპრომიცინის (Streptomycin) გამოყენება ბავშვებში არ არის მიზანშეწონილი, მისი ოტოტოქსიურობის და ნეფროტოქსიურობის გამო, ხოლო ინიექციები მტკივნეულია.

6.3.4 კრიპტოკოკური მენინგიტი

იფიქრეთ კრიპტოკოკურ მენინგიტზე მოზრდილ ბავშვებში, რომლებსაც აქვთ დადასტურებული HIV-ინფექცია იმუნოსუპრესიით ან ეჭვია ამ ინფექციაზე. ბავშვებს ექნებათ მენინგიტის კლინიკა ცნობიერების შეცვლით.

- გააკეთეთ ლუმბალური პუნქცია. თზტ სითხის წნევა შეიძლება იყოს მომატებული, მაგრამ ციტოზი, გლუკოზა და ცილა შეიძლება იყოს ნორმალური.
- შეამოწმეთ თავზურგტვინის სითხე ინდური მელნის შეღებვით ან გააკეთეთ თზტ სითხის სწრაფი ტესტი კრიპტოკოკურ ანტიგენზე ლატექს-აგლუტინაციით ან გვერდითი ნაკადის ანალიზით.

მკურნალობა: ამფოტერიცინის (amphotericin) და ფლუკონაზოლი (fluconazole) კომბინაცია (გვ.246).

დამხმარე მკურნალობა
შეამოწმეთ გულყრის მქონე ყველა ბავშვი ცხელებაზე. შეამოწმეთ გლუკოზა სისხლში. აკონტროლეთ ცხელება, თუ ის მაღალია (≥ 39 °C ან ≥ 102.2 °F) მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol) და უმკურნალეთ ჰიპოგლიკემიას.
> ***კონვულსიები:*** თუ გამოვლინდება კრუნჩხვები, მიეცით ანტიკონვულსანტები ინტრავენურად ან რექტალურად - დიაზეპამი (diazepam) (დიაგრამა 9, გვ.37). უმკურნალეთ განმეორებად კრუჩხვებს ანტიკონვულსანტით, როგორიცაა ფენითიონი (phenytoin) ან ფენობარბიტონი (phenobarbitone).
> ***ჰიპოგლიკემია:*** თვალი ადევნეთ სისხლში გლუკოზას

რეგულარულად, განსაკუთრებით კრუნჩხვების მქონე ბავშვებში, ვინც არ იკვებება კარგად.

– თუ არის ჰიპოგლიკემია, მიეცით 5 მლ/კგ 10% გლუკოზა (glucose) (დექსტროზა) dextrose) ხსნარი ინტრავენურად ან ინტრაოსეალურად სწრაფად (დიაგრამა 10, გვ.39). შეამოწმეთ სისხლში გლუკოზა 30 წუთის შემდეგ. თუ დონე დაბალია (<2.5 მმოლ/ლ ან <45 მგ/დლ), გაიმეორეთ გლუკოზა glucose (5 მლ/კგ). თუ გლუკოზის დონის განსაზღვრა ვერ ხერხდება და ცნობიერება დათრგუნულია, ჩაატარეთ ჰიპოგლიკემიის პრევენცია პერორალური კვებით (იხ. ზემოთ).

– თუ ბავშვი ვერ ჭამს, დაამატეთ 10 მლ 50% გლუკოზა 90 მლ რინგერ ლაქტატის (Ringer lactate) ხსნარს ან ნატრიუმის ქლორიდის 0.9% ხსნარის. არ გადააჭარბოთ სითხის საჭირო რაოდენობა ბავშვის სხეულის მასის შესაბამის რაოდენობას (სექცია 10.2, გვ.360). თუ განვითარდა ჰიპერჰიდრატაციის ნიშნები, გააჩერეთ გადასხმა და კვებეთ ნაზოგასტრლი ზონდით.

> ***ბავშვი ცუდი მდგომარეობით:*** დარწმუნდით, რომ სასუნთქი გზები გამავალია და პაციენტი სუნთქავს ადეკვატურად.

- რეგულარურად გაასუფთავეთ სასუნთქი გზები.
- კვებეთ ბავშვი გვერდზე მწოლიარე პოზიციაში ასპირაციის ასაცილებლად.
- გადააბრუნეთ პაციენტი ყოველ 2 საათში.
- არ მისცეთ ბავშვს საშუალება იწვეს სველ საწოლში.
- მიაქციეთ ყურადღება ნაწოლების განვითარების შესაძლო ადგილებს.

> **ჟანგბადით მკურნალობა:** მიეცით ჟანგბადი, თუ ბავშვს აქვს კრუნჩხვა ან ასოცირებული მძიმე პნევმონია ჰიპოქსიით (ჟანგბადის სატურაცია ≤90% პულსოქსიმეტრიით),ან თუ ბავშვს აქვს ციანოზი, გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკა, სუნთქვის სიხშირე >70/წუთში. შეეცადეთ ჟანგბადის სატურაცია იყოს > 90% (სექცია 10.7, გვ.369).

> ***სითხეები და კვება:*** ბაქტერიული მენინგიტის დროს არსებობს ტვინის შეშუპების საშიშროება ანტიდიურეტული ჰორმონის სეკრეციის არასწორი პროდუქციის ან ინფუზიისას სითხით გადატვირთვის გამო. ჰიპერჰიდრატაციამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ტვინის ჰიპოპერფუზია. მოახდინეთ დეჰიდრატაცია, თუ იგი სახეზეა. მენინგიტის მქონე ბავშვებს ზოგჯერ სჭირდებათ სითხის დღიური ნორმის 50–75% ინტრავენურად შეყვანისათვის პირველ 2 დღეს, რომ შენარჩუნდეს სითხის ბალანსი; სითხის მეტმა რაოდენობამ შეიძლება გამოიწვიოს შეშუპება. გამორიცხეთ სითხით გადატვირთვა, დოკუმენტურად კარგად დააფიქსირეთ მიღებული

და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა დ ხშირად შეამოწმეთ ჰიპერჰიდრატაციის ნიშნები (ქუთუთოების შეშუპება, ღვიძლის გადიდება, ფილტვებში შეგუბებითი ხიხინი, კისრის ვენების დაბერილობა).

ჯეროვანიყურადღებაუნდამიექცესკვებისაღდგენასდარეაბილიტაციას (იხ. 294). როგორც კი შეძლებს ბავშვი საკვების მიღებას,მიიღოს ძუძუ ყოველ 3 სთ, თუ ეს შესაძლებელია, ან რძე 15 მლ/კგ., თუ ბავშვს არ შეუძლია ყლაპვა, გააგრძელეთ ინტრავენური სითხეები, წინააღმდეგ შემთხვევაში, გააგრძელეთ კვება ნაზოგასტრალური ზონდით (იხ. სქემა 10, გვ. 39). გააგრძელეთ სისხლში გლუკოზის მონიტორინგი და მკურნალობა, როდესაც გლუკოზის დონე იქნება (როგორც ზემოთ) თუ <2.5 მმოლ/ლ ან <45 45 მგრ/დლ.

მეთვალყურეობა

ექთანმა უნდა აწარმოოს დაკვირვება ბავშვის მდგომარეობაზე , მისი ცნობიერების ხარისხზე და სასიცოცხლო პარამეტრებზე (სუნთქვის სიხშირე, გუგების ზომა) ყოველ 3 საათში პირველი 24 საათის განმავლობაში (შემდეგ ყოველ 6 საათში), ხოლო ექიმმა უნდა ნახოს ბავშვი, სულ მცირე 2 ჯერ დღეში.

საავადმყოფოდან გაწერის დროს შეამოწმეთ ყველა ბავშვი ნევროლოგიურ პრობლემებზე, განსაკუთრებით სმენის პრობლემებზე. ჩვილებში გაზომეთ თავის გარშემოწერილობა.თუ არის ნევროლოგიური პრობლემები, გააგზავნეთ ფიზიოთერაპიაზე და მიეცით დედას რჩევები მარტივი ვარჯიშის შესახებ.

გართულებები

გართულებები შეიძლება გამოვლინდეს დაავადების მწვავე ფაზაში ან როგორც ხანგრძლივი ნევროლოგიური პრობლემა:

მწვავე ფაზის გართულებები: ხშირია გულყრა, ხოლო ფოკალური გულყრა უფრო ასოცირებულია ნევროლოგიურ პრობლემებთან. სხვა მწვავე გართულებებს მიეკუთვნება შოკი (სექცია 1.5.2, გვ. 48), ჰიპონატრიემია და სუბდურალურად სითხის დაგროვება, რომელიც იწვევს პერსისტიულ ცხელებას.

ხანგრძლივად მიმდინარე გართულებები: ზოგიერთ ბავშვს აღენიშნება სმენის დაკარგვა, მოტორული და ფსიქიკური განვითარების პრობლემები, ეპილეფსია.

შემდგომი დაკვირვება

ნეიროსენსორული სიყრუის განვითარება ხშირია მენინგიტის შემდეგ. ჩაუტარეთ ყველა ბავშვს მენინგიტის გადატანის შემდეგ სმენის ხარისხის შეფასება საავადმყოფოდან გაწერის 1 თვის

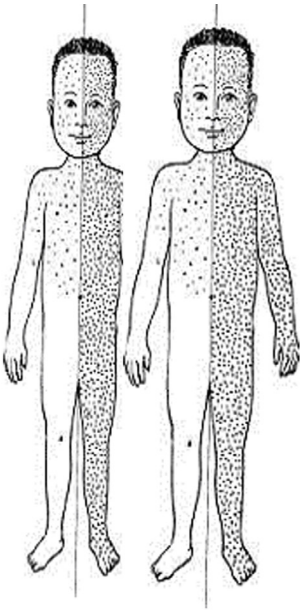
შემდეგ.

პრევენციული ღონისძიებები

მენინგოკოკური მენინგიტის ეპიდემიების დროს აცნობეთ ოჯახს, რომ შესაძლებელია ოჯახში სხვა შემთხვევების გამოვლენა და მიმართონ საავადმყოფოს დროულად. ქიმიოპროფილაქტიკა მიზანშეწონილია მხოლოდ მენინგოკოკურ ინფექციასთან მჭიდრო კონტაქტში მყოფ ადამიანებისათვის.

6.4 წითელა

წითელა არის მწვავე კონტაგიოზური ვირუსული ინფექცია, რომელსაც ახასიათებს სერიოზული გართულებები (როგორიცაა სიბრმავე, თუ ბავშვს აღენიშნებოდა მანამდე A ვიტამინის დეფიციტი). წითელას ახასიათებს სიკვდილიანობის მაღალი მაჩვენებლები. წითელა < 3 თვემდე ასაკში იშვიათია.



წითელას გამონაყარის გავრცელებამარცხენა გვერდზე გამონაყრის ადრეული ეტაპი ვრცელდება თავიდან ქვემოთ

დიაგნოზი

დიაგნოზი ისმება, თუ ბავშვს აქვს:

- ცხელება (ზოგჯერ ფებრილური გულყრით)
- გენერალიზებული მაკულურ-პაპულური გამონაყარი და ერთ-ერთი სიმპტომთაგანი მაინც: ხველა, ცხვირიდან გამონადენი, კონიუნქტივიტი.

HIV-ინფექციის მქონე ბავშვებთან შეიძლება ვერ ნახოთ რომელიმე ნიშანი, და წითელას დიაგნოსტიკა შეიძლება იყოს გართულებული.

6.4.1 მძიმე გართულებული წითელა

დიაგნოზი

ბავშვს წითელას აშკარა ნიშნებით (როგორც ეს აღწერილია ზემოთ) დაესმება მძიმე წითელას დიაგნოზი, თუ აქვს სიშიშროების რომელიმე ნიშანი:

- არ შეუძლია დალევა ან ძუძუთი კვება
- აქვს ღებინება ყოველი კვების შემდეგ
- გულყრა





რქოვანას დაბინდვა ვიტამინ A-დეფიციტის მქონე ბავშვში. ქსეროფთალმიის ნიშანი (მარცხნივ). მარჯვენა მხარეს ნორმა

გასინჯვისას ნახეთ გართულების ნიშნები, როგორიცაა:

- ლეთარგია, უგონო მდგომარეობა
- რქოვანას დაბინდვა
- პირის ღრუში ღრმა და გავრცელებული წყლულები
- პნევმონია (სექცია 4.2,გვ. 115)
- გაუწყლოება დიარეის გამო (სექცია 5.2, გვ.166)
- სტრიდორი კრუპის გამო
- ძიმე მალნუტრიცია

მკურნალობა

მძიმე წითელას მქონე ბავშვი საჭიროებს საავადმყოფოში მოთავსებას.

> *A ვიტამინით მკურნალობა.* მიეცით დასალევად ვიტამინი A ყველა ბავშვს, ვისაც აქვს წითელა, თუ მათ არ აქვთ იგი უკვე მიღებული ამბულატორიულად. მიეცით ორალურად ვიტამინი A 50 000 IU (<6 თვემდე ასაკში), 100 000 IU (6–11 თვის ასაკი) ან 200 000 IU (1–5 წელი). დეტალები გვ. 369. თუ ბავშვს აქვს კლინიკურად თვალის დაზიანება - ვიტამინ A დეფიციტის გამო, მიეცით მესამე დოზა 2–4 კვირის შემდეგ საკონტროლო გასინჯვის დროს.

დამხმარე მკურნალობა

ცხელება

> თუ ტემპერატურა არის ≥ 39 °C (≥ 102.2 °F) და იგი შემაწუხებელია, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol).

კვებითი რეკომენდაციები

შეამოწმეთ კვებითი სტატუსი აწონვით და ზრდის დიაგრამაზე მონაცემების მოთავსებით (აწონვის წინ აწარმოეთ რეჰიდრატაცია). წაახალისეთ ძუძუთი კვება . წაახალისეთ ბავშვი, რომ მიიღოს საკვები პატარა და ხშირი ულუფებით. შეამოწმეთ პირი წყლულებზე და უმკურნალეთ მათ (იხილეთ ქვემოთ). იმოქმედეთ გაიდლაინების მიხედვით (თავი 10 (გვ.348).

გართულებები

მოიქეცით გაიდლაინების მიხედვით, თუ გამოვლინდება შემდეგი გართულებები:

- *პნევმონია:* მიეცით ანტიბიოტიკი პნევმონიის სამკურნალოდ ყველა ბავშვს, ვისაც აქვს პნევმონია. წითელას დროს ბავშვების 50%

უვითარდებათ პნევმონია მეორადი ბაქტერიული ინფექციის გამო (სექცია 4.2, გვ.115).

● *შუა ყურის ანთება* (გვ. 183–4).

> *დიარეა:* უმკურნალეთ გაუწყლოებას, სისხლიან დიარეას ან პერსისტულ დიარეს (თავი 5, 164).

> *წითელასთი გამოწვეული კრუპი* (სექცია 4.6.1, გვ.217):დამხმარე მკურნალობა. არ მისცეთ სტეროიდები.

> *თვალის პრობლემები.* კონიუნქტივიტი ან რქოვანას დაზიანება შეიძლება გამოვლინდეს ინფექციის, A ვიტამინის დეფიციტის, ან ადგილობრივად გამოყენებული მავნე საშუალებების გამო. ვიტამინ A-თან ერთად (როგორც აღნიშნულია ზემოთ), უმკურნალეთ ინფექციას. თუ არის სუფთა წყლისებური გამონადენი, მკურნალობა არ არის საჭირო. თუ გამონადენი ჩირქოვანია, გაწმინდეთ თვალები გამოხარშული ბამბით ან ბამბის ქსოვილით და წყლით. გამოიყენეთ ტეტრაციკლინის თვალის (tetracycline) მალამო 3 ჯერ დღეში 7 დღე. არასდროს არ გამოიყენოთ სტეროიდული მალამო. გამოიყენეთ თვალისთვის დამცავი საფენი სხვა ინფექციის ასაცილებლად და გააგზავნეთ თვალის სპეციალისტთან.

> *პირში წყლულები.* თუ ბავშვს შეუძლია სითხის მიღება და ჭამა, გამოწმინდეთ პირი სუფთა მარილიანი წყლით (ცოტა მარილი 1 ჭიქის სუფთა წყალში) 4 ჯერ დღეში.

დაამუშავეთ წყლულები 0.25% გენციან ვიოლეტით გაწმენდის შემდეგ.

– თუ წყლულები ღრმაა ან სუნიანი გაუკეთეთ კუნთებში ან ინტრავენურად ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin) (50 000 U/კგ ყოველ 6 საათში) და მიეცით დასალევად მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (7.5 მგ/კგ 3 ჯერ დღეში) 5 დღე.

– თუ პირის წყლული იწვევს ტკივილს, რომელიც უშლის საკვების მიღებას, საჭიროა ნაზოგასტრალური ზონდით კვება.

> *ნევროლოგიური გართულებები.* გულყრა, მკვეთრად გამოხატული ძილიანობა, კომა შეიძლება იყოს ენცეფალიტის ნიშანი. შეაფასეთ ბავშვი დეჰიდრატაციაზე და უმკურნალეთ შესაბამისად (სექცია 5.2, გვ.166). იხ. დიაგრამა 9, გვ.37, კონვულსიების მკურნალობაზე და უგონო მდგომარეობაში მყოფ ბავშვის მოვლაზე.

> *მძიმე მალნუტრიცია:* იხ. გაიდლაინები (თავი 7, გვ.240).

მეთვალყურეობა

გაზომეთ ბავშვის სხეულის ტემპერატურა 2-ჯერ დღეში და ყოველდღიურად შეაფასეთ გართულებების გამოვლენაზე.

შემდგომი დაკვირვება

მწვავე წითელას გამოჯანმრთელებას ზოგჯერ სჭირდება კვირები ან თვეები, განსაკუთრებით, თუ ბავშვს აქვს კვების მძიმე მოშლა. მიაღწიეთ, რომ ბავშვმა მიიღოს A ვიტამინის მესამე დოზა, სანამ გაეწერება სტაციონარიდან, თუ მანამდე არ აქვს მიღებული.

პრევენციული ღონისძიებები:
თუ შესაძლებელია, მოახდინეთ ბავშვების იზოლაცია საავადმყოფოში გამონაყრიდან სულ მცირე 4 დღით მაინც. ბავშვი უნდა იყოს პალატაში იზოლირებული სხვა ბავშვებისაგან. იზოლაცია უნდა მოხდეს მთელი დაავადების მანძილზე.
თუ საავადმყოფოში მოხდა წითელას შემთხვევა, მოახდინეთ სხვა ბავშვების (>6 თვის ასაკში, ასევე ამბულატორიული პაციენტები, რომლებიც შემოვიდნენ წითელას შემოსვლიდან 1 კვირაში და HIV-დადებითი ბავშვები) ვაქცინაცია. თუ 6–9 თვის ბავშვებმა მიიღეს წითელას ვაქცინა, საჭიროა მეორე დოზის გაკეთება რაც შეიძლება მალე 9 თვის ასაკიდან.
შეამოწმეთ საავადმყოფოში მომუშავე სამედიცინო პერსონალის ვაქცინაციის სტატუსი და ჩაუტარეთ ვაქცინაცია, თუ საჭიროა.

6.4.2 არამძიმე წითელა

დიაგნოზი

დასვით წითელას დიაგნოზი, თუ დედამ გითხრათ, რომ ბავშვს ჰქონდა წითელას გამონაყარი ან ბავშვს აქვს:

- ცხელება და
- გენერალიზებული გამონაყარი და
- ერთ-ერთი სიმპტომი ქვემოთ ჩამოთვლილიდან: ხველა, ცხვირიდან გამონადენი ან კონიუნქტივიტი, თუმცა
- მძიმე წითელას ნიშანები არ გამოვლენილა (სექცია 6.4.1, გვ.217).

მკურნალობა

> უმკურნალეთ ამბულატორიულად.

ვიტამინი A. შეამოწმეთ, ბავშვმა მიიღო თუ არა ვიტამინი A ამ დაავადების დროს. თუ არა მიეცით 50 000 IU (<6 თის ასაკი), 100 000 IU (6–11 თვის ასაკი) ან 200 000 IU (1–5 წელი). ნახე გვ.369.

დამხმარე მკურნალობა

> *ცხელება.* თუ ბავშვს აქვს ≥ 39°C (≥ 102.2° F) და გრძნობს დისკომფორტს, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol).

> *კვებითი რეკომენდაციები.* შეაფასეთ კვების სტატუსი მხრის შუა ნაწილის გარშემოწერილობის გაზომვით (mid-upper arm cir-

cumference (MUAC). დაარწმუნეთ დედა გააგრძელოს ძუძუთი კვება და მისცეს ბავშვს ხშირი და პატარა ულუფები. შეამოწმეთ პირი წყლულებზე და უმკურნალეთ (როგორც აღწერილია ზემოთ).

> *თვალის მოვლა.* მსუბუქი კონიუნქტივიტისათვის, რომელსაც ახასიათებს წყლისებური გამონადენი, მკურნალობა არ არის საჭირო. თუ არის ჩირქოვანი გამონადენი, გაწმინდეთ გამოხარშული ბამბით ან ბამბის ნაჭრით და სუფთა წყლით. გამოიყენეთ ტეტრაციკლინი (tetracycline) მალამო 3 ჯერ დღეში 7 დღე. არასოდეს არ გამოიყენოთ სტეროიდული მალამო.

> *პირის ღრუს მოვლა.* თუ ბავშვს აქვს პირში წყლულები, სთხოვეთ დედას გამოუწმინდოს პირი მარილიანი ხსნარით (ცოტა მარილი 1 ჭიქა წყალში) სულ მცირედ 4 ჯერ დღეში. გააფრთხილეთ დედა არ მისცეს ბავშვს მარილიანი, წიწაკიანი და ცხელი საკვები.

შემდგომი დაკვირვება

სთხოვეთ დედას მოიყვანოს ბავშვი 2 დღის შემდეგ, რომ შეამოწმოთ რამდენად უმჯობესდება ბავშვის მდგომარეობა, მისი კვება და ზრდა და გამორიცხოთ მძიმე გართულებები.

6.5 სეპტიცემია

სეპტიცემიაზე უნდა ვიფიქროთ მაშინ, როდესაც არის მწვავე ცხელება და ბავშვი არის ძალიან მძიმე, ხოლო ინფექციის ლოკალური ნიშნები არ ვლინდება. სეპტიცემიამ ასევე შეიძლება გაართულოს მენინგიტი, პნევმონია, საშარდე გზების ინფექცია და სხვა ბაქტერიული ინფექცია. ყველაზე ხშირ ინფექციურ გამომწვევებად ითვლებიან: Streptococcus, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus და ნაწლავთა Gram-უარყოფითი ბაცილები (რომლებიც ხშირია მძიმე მალნუტრიციის დროს), ესენია: Escherichia coli და Klebsiella. არატიფოიდური Salmonella არის ხშირი მალარიის ენდემიურ ზონებში. იმ რეგიონებში, სადაც მენინგოკოკური ინფექცია ხშირია, დიაგნოზი ისმევა პეტექიების და პურპურის გამოვლენისას.

დიაგნოზი

ბავშვის დაავადების ისტორია გვეხმარება გამოვავლინოთ სეფსისის მიზეზი. ყოველთვის გახადეთ ბავშვს მთლიანად და შეაფასეთ ბავშვი ლოკალური ინფექციის არსებობაზე, სანამ გადაწყვიტავთ, რომ არ არის დაავადების სხვა მიზეზი.

გასინჯვისას გაამახვილეთ ყურადღება შემდეგ ნიშნებზე:

- ცხელება ლოკალური მიზეზის გარეშე
- უარყოფითი ნაცხი მალარიაზე
- არ არის კისრის კუნთის რიგიდობა ან მენინგიტის სხვა

სპეციფიკური ნიშანი ან ლუმბალური პუნქცია უარყოფითია
- ძილიანობა ან ლეთარგია
- ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები: (მაგ., არ შეუძლია ყლაპვა ან ძუძუთი კვება, გულყრა, ლეთარგია ან აღებინებს ყოველი კვების შემდეგ, ტაქიპნოე)
- შეიძლება იყოს გამოხატული პურპურა.

გამოკვლევები

გამოკვლევები დამოკიდებულია დაავადების ნიშნებზე, მაგრამ შეიძლება მოიცავდეს:
- პერიფერიული სისხლის სურათს
- შარდის ანალიზს (შარდის კულტურის ჩათვლით)
- სისხლის კულტურას
- გულმკერდის რენტგენს

ზოგიერთ მძიმე შემთხვევაში ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს სეფსისური შოკის სურათი: ცივი კიდურები, ცუდი პერიფერიული პერფუზიით და კაპილარული ავსებით (>3 წამზე), ჩქარი, სუსტი ავსების პულსი, ჰიპოტენზია და ცნობიერების დაქვეითება.

მკურნალობა

დაუყოვნებლივ დაიწყეთ ანტიბიოტიკები.

> მიეცით ინტრავენურად ამპიცილინი (ampicillin) 50 მგ/კგ ყოველ 6 საათში დამატებული ინტრავენური გენტამიცინი (gentamicin) 7.5 მგ/კგ 1 ჯერ დღეში 7–10 დღე; ალტერნატიულად - ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) 80–100მგ/კგ ინტრავენურად 1 ჯერ დღეში 30–60 წუთის განმავლობაში 7–10 დღე.

> როდესაც ფიქრობთ სტაფილოკოკზე, მიეცით ფლუკლოქსაცილინი (flucloxacillin) 50 მგ/კგ ყოველ 6 საათში ინტრავენურად დამატებული გენტამიცინი (gentamicin) 7.5 მგ/კგ 1 ჯერ დღეში.

მიეცით ჟანგბადი, თუ ბავშვს აქვს რესპირაციული დისტრესი ან შოკი.

> უმკურნალეთ სეფსისურ შოკს სწრაფი ინტრავენური ინფუზიით 20 მლ/კგ NaCL -ის 0.9% ხსნარით ან რინგერის ლაქტატი (Ringer lactate). შეაფასეთ - თუ ბავშვი ისევ შოკშია, კვლავ გაიმეორეთ 20 მლ/კგ სითხისა (60 მლ/კგ-მდე). თუ ბავშვი კვლავ შოკშია (სითხე-რეფრაქტერული შოკი), დაიწყეთ ადრენალინი (adrenaline) ან დოპამინი (dopamine) თუ ეს შესაძლებელია.

დამხმარე მკურნალობა

> თუ ბავშვს აქვს მაღალი ცხელება (≥ 39 °C ან 102.2 °F) რომელიც იწვევს დისკომფორტს, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol) ან

იბუპროფენი (ibuprofen).
> აკონტროლეთ Hb ან EVF,და, როდესაც საჭიროა, გადაუსხით ახალი სისხლი 20 მლ/კგ ან ერითროციტული მასა 10 მლ/კგ, გადასხმის სიჩქარე დამოკიდებულია ცირკულატორულ სტატუზზე.

მეთვალყურეობა
> ექთანმა უნდა შეამოწმოს ბავშვი ყოველ 3 საათში, ხოლო ექიმმა დღეში 2 ჯერ სულ მცირედ. შემოწმეთ ახალ გართულებებზე - შოკი, ციანოზი, შარდის შემცირებული გამოყოფა, სისხლდენა (პეტექია, პურპურა, სისხლდენა ვენეპუნქციის ადგილიდან ან კანის დაზიანებიდან)
აკონტროლეთ Hb ან EVF. თუ ეს მაჩვენებლები დაბალია ან ეცემა, იფიქრეთ სისხლის ტრანსფუზიაზე, მხოლოდ გახსოვდეთ სისხლით გადამდები ინფექციების განვითარების რისკი. (სექცია 10.6, გვ.367).

6.6 ტიფი

იფიქრეთ ტიფზე, თუ ბავშვს აქვს შემდეგი ნიშნები: ცხელება პლუს შეკრულობა, ღებინება, მუცლის ტკივილი, თავის ტკივილი, ხველა, ტრანზიტორული გამონაყარი, განსაკუთრებით, თუ ცხელება გრძელდება ≥ 7 დღე და მალარია გამოირიცხა.

დიაგნოზი
მთავარი დიაგნოსტიკური ნიშნებია:
- ცხელება ლოკალური სიმპტომატიკის გარეშე
- არ არის კისრის რიგიდობა ან მენინგიტის სხვა სპეციფიკური ნიშანი ან ლუმბალური პუნქცია უარყოფითია (შენიშვნა: ხანდახან ტიფის მქონე ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს კისრის რიგიდობა)
- ზოგადი ინტოქსიკაციის ნიშნები: მაგ, არ შეუძლია სითხის დალევა ან ძუძუთი კვება, გულყრა, ლეთარგია, დეზორიენტაცია, ღებინება ყოველი კვების შემდეგ.
- მუცლის წინა კედელზე ვარდისფერი ლაქები შეიძლება ნახოთ თეთრკანიან ბავშვებზე.
- ჰეპატომეგალია, შებერილი ან მტკივნეული მუცელი.

ტიფი პატარა ბავშვებში წარმოდგენილია როგორც მწვავე ფებრილური დაავადება შოკით და ჰიპოთერმიით. იმ რეგიონებში სადაც ტიფი ხშირია, ძნელია გაარჩიოთ მუცლის ტიფი და პარტახტიანი ტიპი მხოლოდ კლინიკური მონაცემებით (ნახეთ პედიატრიის სტანდარტული სახელმძღვანელოები პარტახტიანი ტიფის დიაგნოსტიკისათვის).

მკურნალობა

> უმკურნალეთ ორალური ციპროფლოქსაცინი (ciprofloxacin) 15 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში ან სხვა ქინოლონებით (გათიფლოქსაცინი (gatifloxacin), ოფლოქსაცინი (ofloxacin), პერფლოქსაცინი (perfloxacin) როგორც პირველი რიგის პრეპარატებით 7–10 დღე.
> თუ 48 საათის მკურნალობის შემდეგ ვერ მიიღეთ კარგი პასუხი, იფიქრეთ რეზისტენტულ ტიფზე და გადადით მეორე რიგის პრეპარატებზე: მიეცით ინტრავენურად ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) 80 მგ/კგ დღეში ან დასალევად აზითრომიცინი (azithromycin) 20 მგ/კგ დღეში ან ნებისმიერი სხვა მესამე თაობის ცეფალოსპორინის პრეპარატი 5–7 დღე.
> იქ, სადაც ცნობილია Salmonella რეზისტენტობა ანტიბიოტიკებისადმი, სამკურნალოდ გამოიყენეთ მგრძნობელობაზე დაფუძნებული ნაციონალური გაიდლაინები.

დამხმარე მკურნალობა

■ თუ ბავშვს აქვს ცხელება (≥ 39 °C or ≥ 102.2 °F), რომელიც იწვევს დისკომფორტს, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol).

მეთვალყურეობა

საჭიროა ბავშვის მდგომარეობის შეფასება ექთნის მიერ ყოველ 3 საათში, ხოლო ექიმმა შეაფასოს ბავშვი 2 ჯერ მაინც დღეში.

გართულებები

ტიფის გართულებებს მიეკუთვნება გულყრა, ცნობიერების დაქვეითება, კომა, გაუწყლოება, დიარეა, შოკი, გულის უკმარისობა, პნევმონია, ოსტეომიელიტი და ანემია. ჩვილებში დამახასიათებელია შოკი და ჰიპოთერმია.
შესაძლებელია გამოვლინდეს ნაწლავთა მწვავე პერფორაცია სისხლდენით და პერიტონიტით. ამას თან სდევს მუცლის მწვავე ძლიერი ტკივილი, ღებინება, პალპაციით მუცლის დაჭიმულობა, ძლიერი სიფერმკრთალე და შოკი. მუცლის გასინჯვისას შესაძლებელია სიმსივნის მსგავსი წარმონაქმნის პალპაცია, ვინაიდან ფორმირდება აბსცესი. ღვიძლი და ელენთა გადიდებულია.
თუ არის პერფორაციის ნიშნები, დააყენეთ ინტრავენური კანულა და ნაზოგასტრალური ზონდი, დატვირთეთ სითხეებით და მიმართეთ ქირურგიულ დახმარებას.

6.7 ყურის ინფექცია

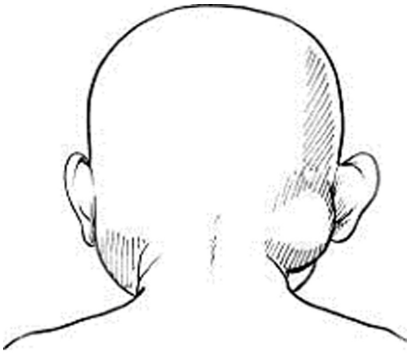
6.7.1 მასტოიდიტი

მასტოიდიტი არის დვრილისებრი მორჩის ბაქტერიული ინფექცია. მკურნალობის გარეშე ის შეიძლება გართულდეს მენინგიტით ან ტვინის აბსცესით.

დიაგნოზი

მთავარი სადიაგნოსტიკო ნიშნებია:

- მაღალი ცხელება
- მტკივნეული შეშუპება ყურის უკან.



მტკივნეული შეშუპება ყურის უკან, რომელიც წევს ყურს წინ

მკურნალობა

> მიეცით ინტრავენური ან კუნთებში კლოქსაცილინი (cloxacillin) ან ფლოკლოქსაცილინი (flucloxacillin) 50 მგ/კგ ყოველ 6 საათში ან ცეფტრიაქსონი (ceftriaxone) სანამ ბავშვის მდგომარეობა არ გაუმჯობესდება, სრული კურსით 10 დღე.

> თუ მკურნალობაზე პასუხი არ არის პირველ 48 საათში ან ბავშვის მდგომარეობა უარესდება, მიმართეთ ქირურგიულ სამსახურს დვრილისებრი მორჩის შესაძლო დრენირებისათვის ან ქასტოიდექტომიისათვის.

> თუ არის მენინგიტის ან თავის ტვინის აბსცესის ნიშნები, მიეცით ანტიბიოტიკები, როგორც ეს აღწერილია სექციაში 6.3 (გვ.208), და თუ შესაძლებელია სასწრაფოდ გააგზავნეთ სპეციალისტთან საავადმყოფოში.

დამხმარე მკურნალობა

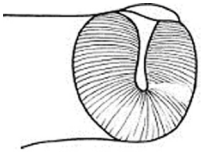
თუ ბავშვს აქვს მაღალი ცხელება (≥ 39 °C or ≥ 102.2 °F), რომელიც იწვევს დისკომფორტს, უმკურნალეთ პარაცეტამოლით (paracetamol).

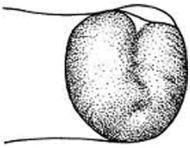
მეთვალყურეობა

საჭიროა ბავშვის მდგომარეობის შემოწმება ექთნის მიერ ყოველ 3 საათში, ხოლო ექიმის მიერ დღეში ერთხელ მაინც. თუ ბავშვი ცუდად პასუხობს მკურნალობაზე, აქვს ცნობიერების დაქვეითება, გულყრა ან ლოკალური ნევროლოგიური ნიშნები, იფიქრეთ მენინგიტის არსებობაზე ან ტვინის აბსცესზე (სექცია 6.3, გვ.208).

6.7.2 შუა ყურის მწვავე ანთება

დიაგნოზი





მწვავე შუა ყურის ანთება ამობურცული, წითელი დაფის აპკი (მარჯვნივ) და ნორმალურ დაფის აპკი მარცხნივ

დიაგნოზი ისმება ყურის ტკივილის ან ყურიდან ჩირქის დენის საფუძველზე (<2 კვირა). გასინჯვისას ოტოსკოპიით დაადასტურეთ ყურის ანთება. დაფის აპკი იქნება წითელი, ანთებითი და არ ბრწყინავს, ან პერფორირებულია და არის გამონადენი.

მკურნალობა

უმკურნალეთ ამბულატორიულად.

> მიეცით ორალური ანტიბიოტიკები შემდეგი რეჟიმით:-

პირველი რიგის პრეპარატი: ორალური ამოქსაცილინი (amoxicillin) 40 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში, 5 დღე.



ყურის ამოშრობა

ალტერნატიულად, თუ ცნობილია, რომ otitis media გამომწვევი პათოგენები მგრძნობიარეა კო-ტრიმოქსაზოლისადმი (co-trimoxazole),მიეცით კო-ტრიმოქსაზოლი (co-trimoxazole) (ტრიმეთოპრიმი (trimethoprim) 4 მგ/კგ და სულფამეთოქსოზოლი (sulfamethoxozole) 20 მგ/კგ) 2 ჯერ დღეში სულ მცირე 5 დღე.

> თუ ყურიდან გადმოდის ჩირქი, აჩვენეთ დედას, როგორ გააშროს ყური ტამპონით. ურჩიეთ დედას, რომ გააკეთოს ეს პროცედურა 3 ჯერ დღეში, სანამ ჩირქის დენა არ შეწყდება.

> უთხარით დედას, რომ მკურნალობის პერიოდში ყურში არაფერი არ ჩააწვეთოს. არ გაუშვათ ბავშვი ამ პერიოდში საცურაოდ და შეეცადოს ყური იყოს მშრალ მდგომარეობაში.

> თუ ბავშვს აქვს ტკივილი ან მაღალი ცხელება (≥ 39 °C ან ≥ 102.2 °F), რომელიც იწვევს დისკომფორტს, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol).

შემდგომი დაკვირვება

სთხოვეთ დედას დაბრუნდეს 5 დღეში.

თუ ყურის ტკივილი და გამონადენი გრძელდება, მიეცით იგივე

ანტიბიოტიკი კიდევ 5 დღე და გააგრძელოს ყურის ამოშრობა. კვლავ დაიბარეთ 5 დღეში.

6.7.3 შუა ყურის ქრონიკული ანთება

თუ ჩირქი გამოდის ≥ 2 კვირაზე, ბავშვს აქვს ყურის ქრონიკული ინფექცია

დიაგნოზი

დიაგნოზი დაფუძნებულია დაავადების ისტორიაზე (ჩირქდენა > 2 კვირაზე). გასინჯვისას ოტოსკოპიით დაადასტურეთ ყურის ქრონიკული ინფექცია (სადაც ეს შესაძლებელია).

მკურნალობა

უმკურნალეთ ამბულატორიულად.

> აწარმოეთ გამოშრობა (როგორც აღნიშნულია ზემოთ).

> გამოიყენეთ ტოპიკური ქინოლონის შემცველი ანტიბიოტიკის წვეთების შესხურება სტეროიდებით ან სტეროიდების გარეშე ციპროფლოქსანი, ნორფლოქსანი, ოფლოქსაცინი (ciprofloxacin, norfloxacin, ofloxacin) 2 ჯერ დღეში 2 კვირა. ქინოლონების წვეთები უფრო ეფექტურია, ვიდრე სხვა ანტიბიოტიკების წვეთები. ტოპიკური ანტისეპტიკები არ არის ეფექტური ყურის ქრონიკული ინფექციის დროს ბავშვებში.

შემდგომი დაკვირვება

სთხოვეთ დედას დაბრუნდეს 5 დღის შემდეგ. თუ გამონადენი ყურიდან გრძელდება:

- შეამოწმეთ, აგრძელებდა თუ არა დედა ყურის გამოშრობას. არ მისცეთ განმეორებით ანტიბიოტიკები გამონადენისათვის.
- იფიქრეთ სხვა გამომწვევზე, როგორიცაა Pseudomonas ან შესაძლო ტუბერკულოზურ ინფექციაზე. ურჩიეთ დედას გააგრძელოს ყურის ამოშრობა და მიეცით პაციენტს პარენტერული ანტიბიოტიკები, რომლებიც ეფექტურია Pseudomonas საწინააღმდეგოდ გენტამიცინი, აზლოცილინი ან ცეფტაზიდინი (gentamicin, azlocillin ან ceftazidine) ან უმკურნალეთ TB-ს მისი დადასტურების შემთხვევაში.

6.8 საშარდე გზების ინფექცია

საშარდე გზების ინფექცია ხშირია ბიჭებში ადრეულ ჩვილობის პერიოდში, ურეთრული უკანა სარქველების გამო. ის მოგვიანებით თავს იჩენს მდედრობითი სქესის ჩვილებშიც ან მოზრდილ ბავშვებში. როდესაც ბაქტერიული კულტურის მიღება შეუძლებელია, დიაგნოზი ისმება კლინიკურად და მიკროსკოპულად ბაქტერიის და

ლეიკოციტების აღმოჩენით შარდის კარგად აღებულ ნიმუშში (იხ. ქვემოთ).

დიაგნოზი

პატარა ბავშვებში საშარდე გზების ინფექცია ხშირად წარმოდგენილია არასპეციფიკური ნიშნებით. გამორიცხეთ საშარდე გზების ინფექცია ყველა ჩვილში და ბავშვში, როდესაც სახეზეა:

- ცხელება ≥ 38°C სულ მცირე 24 საათი და მიზეზი არ არის გამოვლენილი.
- ღებინება და უმადობა
- გაღიზიანება, ლეთარგია, განვითარების შეჩერება, მუცლის ტკივილი, სიყვითლე (ახალშობილებში)
- სპეციფიკური სიმპტომები, როგორიცაა გახშირებული შარდვა, ტკივილი შარდვის დროს; წელის, მუცლის ტკივილი აღენიშნება უფრო მოზრდილ ბავშვებს.

ბავშვების უმეტესობას საშარდე გზების ინფექციის დროს აწუხებს მხოლოდ ცხელება, ამიტომ დიაგნოზის დასმის ძირითადი გზა არის შარდის გამოკვლევა.

გამოკვლევები

- ნახეთ ახალი, არაცენტრიფუგირებული ნიმუში მიკროსკოპის ქვეშ. საშარდე გზების ინფექციების დროს ჩანს 5> უჯრედზე მეტი ლეიკოციტი ან dipstick-ით ლეიკოციტებზე ტესტი დადებითია.
- თუ მიკროსკოპულად არ არის ბაქტერიურია და პიურია და dipstick უარყოფითია, გამორიცხეთ საშარდე გზების ინფექცია.

თუშესაძლებელიამიიღეთ„სუფთა“შარდიურინოკულტურისათვის. ავადმყოფ ჩვილებში ნიმუში მიიღება კათეტერის მეშვეობით ან სუპრაპუბიკური ასპირაციით საშარდე ბუშტიდან (გვ.350).

მკურნალობა

უმკურნალეთ ამბულატორიულად. მიეცით ორალური ანტიბიოტიკი 7–10 დღე, გარდა:

- როდესაც არის ცხელება და ზოგადი ინტოქსიკაცია (არ შუძლია სითხის მიღება ან ძუძუთი კვება)
- როდესაც არის პიელონეფრიტის ნიშნები (წელის ტკივილი ან მომატებული მგრძნობელობა წელის არეში)
- როდესაცვ საქმე გვაქვს ჩვილებთან.

> მიეცით დასალევად კო-ტრიმაქსაზოლო (co-trimoxazole) (10 მგ/კგ ტრიმეთოპრიმი (trimethoprim) და 40 მგ/კგ სულფამეთოქსაზოლი (sulfamethoxazole) ყოველ 12 საათში) 5 დღე. ალტერნატიულად

ამპიცილინი, ამოქსიცილინი და ცეფალექსინი (ampicillin, amoxicillin და cefalexin) რაც დამოკიდებულია ადგილობრივად გავრცელებულ E. coli და სხვა Gram-ნეგატიურ ბაცილების მგრძნობელობაზე და ასევე ორალური ანტიბიოტიკების ხელმისაწვდომობაზე (გვ.404 რეჟიმის შესახებ).

> თუ პირველი რიგის ანტიბიოტიკებზე არის ცუდი პასუხი ან არის გართულებები, მიეცით გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთ ჯერ დღეში) დამატებული ამპიცილინი (ampicillin) (50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში) ან პარენტერულად ცეფალოსპრინი (გვ. 358). განიხილეთ პიელონეფრიტის (ტკივილი კოსტო-ვერტებრულ კუთხეში) ან სეპტიცემიის შესაძლებლობა.

> უმკურნალეთ პატარა ჩვილებს <2 თვის ასაკის გენტამიცინით (gentamicin) 7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთ ჯერ დღეში სანამ ცხელება გაქრება; შემდეგ კვლავ შეაფასეთ, გამორიცხეთ სისტემური ინფექცია და თუ ის არ არის, მიეცით ორალური ანტიბიოტიკი, როგორც ეს მოცემულია ზემოთ.

დამხმარე მკურნალობა

- წაახალისეთ ბავშვი სვას სითხე ან მიიღოს დედის ძუძუ, რომ სითხის ბალანსი მოწესრიგდეს, ეს კი დაეხმარება ინფექციისაგან განკურნებასა და დეჰიდრატაციის პრევენციაში.
- თუ ბავშვს აქვს ტკივილი, უმკურნალეთ პარაცეტამოლით (paracetamol); შეეცადეთ აიცდინოთ არასტეროიდული ანტიანთებითი პრეპარატების (non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDS) მიცემა.

შემდგომი დაკვირვება

გამოიკვლიეთ საშარდე ინფექციების ყველა ეპიზოდი ბავშვებთან, რომელთაც ჰქონდათ ერთ ეპიზოდზე მეტი, ვინაიდან საქმე შეიძლება გქონდეთ ანატომიურ დეფექტთან. ასეთი შემთხვევა კი საჭიროებს პაციენტის საავადმყოფოში გადაყვანას ულტრასონოგრაფიისათვის.

6.9 სეპტიური ართრიტი ან ოსტეომიელიტი

მწვავე ოსტეომიელიტი არის ძვლების ან სახსრების ინფექცია, რომელიც ბაქტერიის სისხლით გავრცელებით არის გამოწვეული. ზოგჯერ ძვლების და სახსრების ინფექცია ვრცელდება მიმდებარე ქსოვილებიდან ან პენეტრირებული ტრავმის ადგილიდან. ზოგჯერ პროცესში არის ჩართული რამდენიმე ძვალი ან სახსარი.

დიაგნოზი

ძვლის ან სახსრის მწვავე ინფექციის დროს ბავშვი გამოიყურება ძალიან ცუდად, მას აქვს ცხელება, იგი უარს ამბობს კიდურის მოძრაობაზე, არ ეყრდნობა მას. მწვავე ოსტეომიელიტის დროს ძვლის ზემოთ არის შეშუპება და ტკივილი. სეპტიური ართრიტის დროს სახსარი ცხელია, მტკივნეული, მოძრაობა შეზღუდული.
ეს დაავადებები ზოგჯერ მიმდინარეობს ქრონიკულად; ამ დროს ბავშვი გამოიყურება შედარებით უკეთ, ადგილობრივი ნიშნები ნაკლებადაა გამოხატული, ცხელება შეიძლება არ იყოს. გამორიცხეთ ტუბერკულოზი, როდესაც დაავადება მიმდინარეობს ქრონიკულად, ამ დროს არის სინუსებიდან გამონადენი ან TB-ს სხვა ნიშნები.

ლაბორატორიული ტესტები
დაავადების ადრეულ ეტაპზე რენტგენი არ არის ეფექტური დიაგნოზის დასასმელად. თუ სავარაუდოა სეპტიური ართრიტის არსებობა, ჩაატარეთ სტერილური ნემსით სახსრის ასპირაცია. სითხე შეიძლება იყოს მღვრიე. თუ სახსარში ჩირქია, გამოიყენეთ ფართო ნემსი (1% ლიგნოკაინი (lignocaine) ადგილობრივი ანესთეზიის მერე), რომ მიიღოთ ნიმუში და გამოიღოთ რაც შეიძლება მეტი ჩირქი. შეამოწმეთ მიღებული სითხე ლეიკოციტების არსებობაზე და დათესეთ კულტურა, თუ შესაძლებელია.
Staphylococcus aureus უფრო ხშირად გვხვდება >3 წლის ასაკის ბავშვებში. უფრო პატარა ბავშვებში ხშირი პათოგენებია H. influenzae ტიპი b, Streptococcus pneumoniae ან S. pyogenes ჯგუფი A. Salmonella არის ხშირი პათოგენი მალარიის რეგიონებში და ნამგლისებური ანემიის დროს.

მკურნალობა
ანტიბიოტიკის არჩევა დამოკიდებულია მიკროორგანიზმზე, შედეგზე, რა გამოვლინდება Gram-ის წესით შეღებვისას და მიღებულ კულტურაზე. თუ შესაძლებელია კულტურის მიღება, უმკურნალეთ გამომწვევ მიკროორგანიზმს და გამოიყენეთ ანტიბიოტიკისადმი მგრძნობელობა. თუ არადა:
> უმკურნალეთ კუნთებში ან ინტავენურად კლოქსაცილინით (cloxacillin) ან ფლოკლოქსაცილინით (flucloxacillin) (50 მგ/კგ ყოველ 6 საათში) ბავშვებს >3 წლის ასაკში. თუ ეს შეუძლებელია, მიეცით ქლორამფენიკოლი (chloramphenicol).
> შეიძლება გამოვიყენოთ კლინდამიცინი ან მეორე-მესამე გენერაციის ცეფალოსპორინები.
> თუ ბავშვის ტემპერატურა ნორმალიზაციას განიცდის, შეცვალეთ მკურნალობა შესაბამისი ორალური ანტიბიოტიკით და გააგრძელეთ მკურნალობა 3 კვირა სეპტიური ართრიტის დროს და 5 კვირა

ოსტეომიელიტის დროს.

> სეპტიური ართრიტის შემთხვევაში მოახდინეთ ჩირქის ასპირაცია სახსრიდან. თუ შეშუპება ასპირაციის მერე მეორდება ან ინფექციის მკურნალობა უშედეგოა 3 კვირის ანტიბიოტიკთერაპიის შემდეგ, მოახდინეთ ჩირქის დრენაჟი და მკვდარი ძვლის ამოღება. ეს პროცედურა უნდა გაკეთდეს ქირურგის მიერ. სეპტიური ართრიტის შემთხვევაში შესაძლოა საჭირო გახდეს ღია დრენაჟი. ანტიბიოტიკთერაპიის ხანგრძლივობა ამ შემთხვევაში უნდა გაგრძელდეს 6 კვირამდე.

> ტუბერკულოზურ ოსტეომიელტზე იფიქრეთ, როდესაც დაავადების ანამნეზში აღინიშნება დაავადების ნელი განვითარება და ქრონიკული მიმდინარეობა, რომელიც არ პასუხობს კარგად ზემოთ აღნიშნულ მკურნალობას. უმკურნალეთ TB ნაციონალური გაიდლაინების მიხედვით. ქირურგიული ჩარევა თითქმის არასოდეს არის საჭირო, ვინაიდან აბსცესები გაიწოვება ანტი-TB მკურნალობის ფონზე.

დამხმარე მკურნალობა

დაზიანებული კიდური ან სახსარი უნდა იყოს მოსვენებულ მდგომარეობაში. თუ ეს არის ფეხი, მაშინ აუკრძალეთ ბავშვს, რომ დაატანოს ძალა, სანამ ექნება ტკივილი. უმკურნალეთ ტკივილს ან მაღალ ცხელებას (თუ ის იწვევს დისკომფორტს პარაცეტამოლით (paracetamol).

6.10 დენგეს ცხელება

დენგეს ცხელება გამოწვეულია არბოვირუსებით და გადაეცემა მოსკიტებით Aedes. დაავადებას ახასიათებს მკვეთრი სეზონურობა. დაავადება გავრცელებულია აზიის ბევრ ქვეყანაში, სამხრეთ ამერიკაში, დაავადების რიცხვი იზრდება აფრიკაშიც. დაავადება ჩვეულებრივ იწყება ცხელებით მწვავედ, დამახასიათებელია რეტრო-ორბიტალური ტკივილი და მუდმივად მაღალი ტემპერატურა 2–7 დღე. ბავშვების უმრავლესობა გამოჯანმრთელდება, მაგრამ ზოგჯერ ვითარდება დაავადების მძიმე ფორმები. რეკონვალესცენციის პერიოდში ხშირად გამოვლინდება მაკულური ან შეერთებისაკენ მიდრეკილი მკრთალი გამონაყარი.

დიაგნოზი

იფიქრეთ დენგეზე რისკის რეგიონებში, თუ ბავშვთან ცხელება გრძელდება > 2 დღე.

■ თავის ტკივილი, ტკივილი თვალების უკან, სახსრების და კუნთების ტკივილი, მუცლის ტკივილი, ღებინება და/ან გამონაყარი,

თუმცა სიმპტომები ყოველთვის არ არის გამოხატული. ძნელია დენგეს განსხვავება ბავშვთა სხვა ინფექციებისაგან.

მკურნალობა

ბავშვების უმრავლესობას შეიძლება ვუმკურნალოთ ბინაზე.

> მიეცით მშობელს ინფორმაცია მოიყვანოს ბავშვი შემდგომი დაკვირვებისათვის ყოველ დღე ან დაბრუნდეს დაუყოვნებლივ, თუ გამოვლინდება შემდეგი: მძიმე მუცლის ტკივილი, ღებინება, ცივი, წებოვანი კიდურები, ლეთარგია, მოუსვენრობა, სისხლდენები (მაგ., შავი განავალი ან ყავისფერი მასებით ღებინება).

> წაახალისეთ სითხის დალევა,მიეცით სუფთა წყლი ან ORS ხსნარი, რომ აღიდგინოს სითხე, რომელიც იკარგება ცხელების და ღებინების დროს.

> მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol). მაღალი ცხელებისათვის, თუ ბავშვს აქვს დისკომფორტი. არ მისცეთ ასპირინი ან NSAIDs, იბუპროფენი (ibuprofen), ეს პრეპარატები იწვევენ სისხლდენას.

> ბავშვი იყოს დაკვირვების ქვეშ, ვიდრე ტემპერატურა არ იქნება ნორმალური. შეამოწმეთ EVF (ჰემატოკრიტი) დღიურად, თუ შესაძლებელია. შეამოწმეთ აქვს თუ არა დაავადების მძიმე ნიშნები.

> მოათავსეთ საავადმყოფოში ბავშვი, თუ მას აქვს მძიმე დაავადების ნიშნები (ლორწოვანიდან ან კანიდან მძიმე სისხლდენები, შოკი, ცნობიერების შეცვლა, კონვულსიები, სიყვითლე) ან ჰემატოკრიტის სწრაფი ან მნიშვნელოვანი მატება.

6.10.1 მძიმე დენგეს ცხელება

მძიმე დენგეს ახასიათებს სიმძიმის ერთი ან მეტი ნიშანი:

- პლაზმის დენა, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს შოკი (დენგეს შოკი) და სითხის აკუმულაცია
- სერიოზული სისლხდენა
- ორგანოს სერიოზული დაზიანება

პლაზმის დენა ხანდახან იწვევს შოკს, რომელიც არის დენგეს დროს ყველაზე მნიშვნელოვანი გართულება ბავშვებში. პაციენტს აქვს შოკი, თუ პულსური წნევა (სისტოლური და დიასტოლური განსხვავება) არის ≤ 20 მმ Hg ან მას აქვს კაპილარული ცუდი პერფუზია (ცივი კიდურები, სწრაფი სუსტი პულსი). სისტოლური ჰიპოტენზია, როგორც წესი, გვიანი ნიშანია. შოკი ვითარდება დაავადების 4–5 დღეზე. შოკის ადრეული განვითარება (დაავადების მე-2 ან მე-3 დღე), პულსის წნევის ძალიან პატარა სხვაობა (≤ 10 მმ Hg) ან პულსი, რომელიც არ ისინჯება, მიგვითითებს ძალიან მძიმე დაავადებაზე.

დენგეს სხვა გართულებებს მიეკუთვნება კანიდან ან ლორწოვანიდან სისხლდენები და უფრო იშვიათად ჰეპატიტი ან ენცეფალოპათია.

სიკვდილი ბავშვებში განპირობებულია შოკით, განსაკუთრებით, თუ არის სითხეებით გადატვირთვა (იხ. ქვემოთ).

დიაგნოზი

იფიქრეთ მძიმე დენგეზე რისკის რეგიონებში, თუ ბავშვს აქვს ცხელება > 2 დღე და ერთ-ერთი სიმპტომი მაინც:

■ პლაზმის დენის ნიშნები:
– მაღალი და პროგრესულად მზარდი ჰემატოკრიტი
– პლევრაში სითხე ან ასციტი
■ ცირკულაციური უკმარისობა ან შოკი:
– ცივი, წებოვანი კიდურები
– პროლონგირებული კაპილარული ავსება (> 3 წამი)
– სუსტი პულსი (შეიძლება არ იყოს სწრაფი პულსი მაშინაც, როდესაც აღინიშნება სისხლის მოცულობის მნიშვნელოვანი შემცირება)
– პულსური წნევის შემცირება (როგორც ეს ნათქვამია ზემოთ)
■ სპონტანური სისხლდენა ცხვირიდან ან ღრძილებიდან:
– შავი განავალი ან ღებინებისას ყავისფერი მასა.
– კანზე ჰემორაგიები ან მრავლობითი პეტექიები
■ ცნობიერების შეცვლა:
– ლეთარგია ან მოუსვენრობა
კომა
– კონვულსიები
■ გასტროინტესტინური ტრაქტის დაზიანება:
– პერსისტიული ღებინება
– მუცლის ტკივილი იზრდება დაჭიმულობით ზედა მარჯვენა კვადტრანტში
– სიყვითლე

მკურნალობა

> მოათავსეთ მძიმე დენგეს მქონე ყველა პაციენტი საავადმყოფოში სასწრაფო ინტრავენური სითხეებით მკურნალობისათვის, სისხლის წნევისა და ჰემატოკრიტის კონტროლისათვის.

სითხეებით სიტუაციის მართვა: შოკის გარეშე პაციენტებში (პულსური წნევა >20 მმHg)

> მიეცით ინტრავენური სითხეები განმეორებითი ღებინების დროს ან როდესაც ჰემატოკრიტი სწრაფად იზრდება.

> მიეცით მხოლოდ იზოტონური ხსნარები, როგორიცაა NaCL-0.9% ხსნარი და რინგერ ლაქტატი (Hartmann-ის ხსნარი) ან 5%-ანი გლუკოზა, რინგერ ლაქტატის (Ringer- lactate) ხსნარში.

> გადასხმა დაიწყეთ 6 მლ/კგ საათში 2 საათის განმავლობაში,შემდეგ შეამცირეთ გადასხმის დოზა 2–3 მლ/კგ საათში რაც შეიძლება მალე,

კლინიკური სურათის შესაბამისად.
მიეცით სითხის მინიმალური მოცულობა, რომ უზრუნველყოთ კარგი პერფუზია და შარდის გამოყოფა. ინტრავენური სითხეები საჭიროა ჩვეულებრივ მხოლოდ 24–48 საათი, ვინაიდან ამის შემდეგ კაპილარული ჟონვა სპონტანურად შეწყდება.

სითხეების მიწოდება შოკის დროს(პულსური წნევა ≤ 20 მმ Hg)
> უმკურნალეთ ურგენტულად. მიეცით 10–20 მლ/კგიზოტონური კრისტალოიდური ხსნარი, როგორიცაა Ringer-ის ლაქტატი (Hartmann-ის ხსნარი) ან NaCL-ის 0.9% ხსნარი 1 საათის განმავლობაში.
_ თუ ბავშვი პასუხობს ადექვატურად (კაპილარული შევსება და პერიფერიული პერფუზია დაიწყებს გაუმჯობესებას, პულსის წნევა მოიმატებს), შეამცირეთ გადასხმის ტემპი 10 მლ/კგ1 საათით და შემდეგ თანდათან 2–3 მლ/კგ საათში 6–8 საათის განმავლობაში.
> თუ ბავშვის მდგომარეობა არ უმჯობესდება (შოკის ნიშნები გრძელდება), მიეცით შემდეგში 20 მლ/კგკრისტალოიდური ხსნარისა 1 საათის განმავლობაში ან მიეცით 10 მლ/კგისეთი კოლოიდური ხსნარისა, როგორიცაა 6% dextran 70 ან 6% hetastarch (მოლეკულური მასა, 200000) 1 საათის განმავლობაში. დაუბრუნდით კრისტალოიდებს რაც შეიძლება მალე, როგორც ეს იყო აღწერილი ზემოთ.
> შემდგომი სითხის პატარა ბოლუსები (5–10 მლ/კგ1 საათის განმავლობაში) შეიძლება საჭირო იყოს 24–48 საათში.
> გადაწყვიტეთ სითხის კონტროლი კლინიკური პასუხის მიხედვით, მაგ., როგორია სასიცოცხლო ნიშნები საათობრივად, ჰემატოკრიტი და შარდის გამოყოფა. ჰემატოკრიტის ცვლილება შეიძლება იყოს კლინიკური პასუხისა კარგი ინდიკატორი. მაგ, როდესაც ჰემატოკრიტი იზრდება სასიცოცხლო ნიშნების გაუარესებასთან ერთად (განსაკუთრებით პულსური წნევის შემცირებასთან), ეს არის სითხეებით მკურნალობის აუცილებლობის მაჩვენებელი. იგივე მკურნალობაა საჭირო მაშინაც, როცა ჰემატოკრიტი არის ძალიან მაღალი (50–55%). ამ შემთხვევაში გააგრძელეთ ხანგრძლივი დაკვირვება. შემდეგ 24 საათში ჰემატოკრიტი უნდა დაქვეითდეს და იწყება რეაბსორბციის ფაზა.
> შემთხვევათა უმრავლესობაში ინტრავენური სითხეები შეიძლება შევაჩეროთ 36–48 საათის შემდეგ. გახსოვდეთ, რომ ზედმეტი სითხე იწვევს ჰიპერჰიდრატაციას.

ჰემორაგიული გართულებების მკურნალობა
■ ლორწოვანის სისხლდენები შეიძლება გამოვლინდეს დენგეთი დაავადებულ ნებისმიერ პაციენტში, მაგრამ ის უფრო ხშირად

მსუბუქია. ეს ხდება თრომბოციტების რიცხვის ვარდნის გამო, რაც ჩვეულებრივ აღდგება დაავადების მეორე კვირას.

■ ძალიან მძიმე და პროლონგირებული შოკის დროს, თუ გამოვლინდება მასიური სისხლდენა, ეს იწვევს გასტროინტესტინალური ტრაქტის დაზიანებას. შიდა ჰემორაგიები უცბად არ გამოვლენდება, სანამ არ შეიმჩნევა შავი განავლის პირველ ულუფა. თუ ბავშვი ძალიან ფერმკრთალია, თუ ჰემატოკრიტი ვარდება ან მუცელი შებერილი და მტკივნეულია და ამავე დროს ბავშვი იმყოფება შოკში, იფიქრეთ შინაგან ჰემორაგიებზე.

> ძლიერ გამოხატული თრომბოციტოპენიის მქონე ბავშვებში (<20 000 თრობოციტი/მმ^3), უზრუნველყავით მკაცრი წოლითი რეჟიმი, რომ აარიდოთ ტრავმა და სისხლდენები. არ გააკეთოთ IM ინექციები.
> დააკვირდით კლინიკურ სიტუაციას, ჰემატოკრიტს, თრომბოციტების რაოდენობას,თუ ეს შესაძლებელია.
> სისხლის ტრანსფუზია საჭიროა ძალზე იშვიათად და როდესაც იგი საჭიროა, ჩაატარეთ ძალიან ფრთხილად, რომ არ გამოიწვიოთ სითხეებით გადატვირთვა. თუ ეჭვი გაქვთ დიდ სისხლდენაზე, გადაასხით ახალი სისხლი 5–10 მლ/კგ ან 10 მლ/კგერითროციტული მასა 2–4 საათის განმავლობაში და დააკვირდით კლინიკურ სურათს. გაიმეორეთ იმ შემთხვევებში, თუ გაქვთ კარგი კლინიკური პასუხი და არის მნიშვნელოვანი სისხლდენა.
> თრომბციტარული მასა (თუ მისაწვდომია)უნდა გადაისხას მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ არის ძლიერი სისხლდენა. თრომბოციტოპენიის მკურნალობა არ არის საჭირო, თუ არ არის სისხლდენა და შეიძლება იგი პირიქით, იყოს მავნებელი.

სითხეებით გადატვირთვის მკურნალობა

შოკის ეფექტური მკურნალობის ხელშემშლელ მიზეზს წარმოადგენს ჰიპერჰიდრატაცია. ეს შეიძლება განვითარდეს შემდეგი მიზეზების გამო:

– ინტრავენურად სითხის ზედმეტი ან სწრაფი შეყვანა
– კრისტალოიდების მაგივრად ჰიპოტონური ხსნარისგამოყენება
– ინტრავენური სითხეების გახანგრძლივებული მიცემა (როდესაც პლაზმის ჟონვა შეჩერდა)
– ინტრავენური სითხის დიდი რაოდენობით შეყვანა ცუდი კაპილარული პერფუზიის მქონე ბავშვებში

ადრეული ნიშნები:

– ხშირი სუნთქვა
– გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკაა

_ პლევრაში სითხე
_ ასციტი
_ პერიორბიტული ან რბილი ქსოვილების შეშუპება

მოგვიანებითი ნიშნები:

_ ფილტვის შეშუპება
_ ციანოზი
_ შეუქცევადი შოკი (ხშირად ჰიპოვოლემიის და გულის უკმარისობის კომბინაცია)

სითხით გადატვირთვის მართვა დამოკიდებულია იმაზე არის თუ არა ბავშვი შოკში:

● ბავშვებში, ვინც რჩება შოკში და გამოხატულია მძიმე ჰიპერჰიდრატაციის ნიშნები, სიკვდილიანობის დონე მაღალია, ვინაიდან მათი მართვა რთულია.

გაიმეორეთ კოლოიდური სითხის პატარა ბოლუსებით შეყვანა ინოტროპულ მედიკამენტებთან ერთად, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს ცირკულაციის გაუმჯობესება (იხილეთ პედიატრიის სტანდარტული სახელმძღვანელოები).

> არ გამოიყენოთ დიურეტიკები, ვინაიდან ისინი ხელს უწყობენ სითხის განდევნას სისხლძარღვებიდან.

> თუ შესაძლებელია, გამოიყენეთ პოზიტიური წნევა ვენტილაციის დროს, სანამ განვითარდა ფილტვის შეშუპება.

_ თუ შოკის საშიშროებამ გაიარა, მაგრამ ბავშვს აქვს გაძნელებული სუნთქვა და ფილტვებში გამონაჟონი, მიეცით დასალევად ან ინტრავენური ფუროსემიდი (furosemide) 1 მგ/კგ ერთ ან ორ ჯერ დღეში 24საათის განმავლობაში და ჟანგბადი (იხ. გვ.369).

_ თუ შოკის მერე ბავშვის მდგომარეობა სტაბილურია, შეაჩერეთ ინტრავენური გადასხმა, გყავდეთ წოლით რეჟიმზე 24–48 საათი. ზედმეტი სითხე რეაბსორბირებს და გამოიყოფა შარდით.

დამხმარე მკურნალობა

> უმკურნალეთ მაღალ ცხელებას პარაცეტამოლით (paracetamol), თუ ბავშვს ის აწუხებს. არ მისცეთ ასპირინი ან NSAID, როგორც იბუპროფენი (ibuprofen), ვინაიდან ისინი აპროვოცირებენ სისხლდენას.

> არ მისცეთ სტეროიდები.

> მძიმე დენგეს დროს კონვულსიები არ არის დამახასიათებელი. თუ კონვულსიები დაერთო, მართეთ, როგორც დიაგარამაზეა 9, (გვ.37). თუ ბავშვი უგონო მდგომარეობაშია, მოიქეცით, როგორც არის მოცემული სექციაში 1.5.3, (გვ.50).

> შოკში მყოფ ან რესპირაციული დისტრესის მქონე ბავშვს მიეცით ჟანგბადი. უზრუნველყავით ნაზალური გზით პოზიტიური წნევა(როგორც ეს იყო ზემოთ).
> ჰიპოგლიკემია (სისხლში გლუკოზა <2.5 მმოლ/l ან <45 მგ/დლ) არის უჩვეულო. თუ არის ჰიპოგლიკემია, მიეცით ინტრავენურად გლუკოზა, როგორც ეს აღწერილია დიაგრამა 10, (გვ.39).
> თუ ბავშვს აქვს ღვიძლის დაზიანება, იხილეთ პედიატრიის სახელმძღვანელოებში სტანდარტული მართვა.

დაკვირვება
> აკონტროლეთ შოკში მყოფი ბავშვების სასიცოცხლო ნიშნები, განსაკუთრებით, პულსური წნევა, სანამ პაციენტი მდგომარეობა არ დასტაბილურდება, შეამოწმეთ ჰემატოკრიტი 3-4 ჯერ დღეში.
> ექიმმა უნდა ნახოს ბავშვი სულ მცირე 4 ჯერ დღეში და გაწეროს 6 საათის განმავლობაში ინტრავენურად მისაღები სითხის რაოდენობა.
> შოკის გარეშე პაციენტების დაკვირვება უნდა აწარმოოს ექთანმა -შეამოწმოს სასიცოცხლო პარამეტრები (ტემპრეატურა, პულსი და წნევა) სულ მცირე 4 ჯერ დღეში და ჰემატოკრიტი 1 ჯერ დღეში, ხოლო ექიმმა ნახოს ბავშვი 1 ჯერ დღეში.
> შეამოწმეთ თრომბოციტების რაოდენობა ყოველდღიურად მწვავე ფაზის დროს.

6. 11 რევმატიული ცხელება

რევმატიული ცხელება სდევს S. pyogenes - ით გამოწვეულ ყელის ან კანის ინფექციას. ზოგიერთ ბავშვში იგი წარმოდგენილია ცხელებით, ტკივილით სხვადასხვა სახსარში. ინფექციამ შეიძლება დააზიანოს გულის სარქვლები (განსაკუთრებით მიტრალური და აორტული სარქველები), და გამოიწვიოს რესპირაციული დისტრესი და გულის უკმარისობა. მსუბუქი დაავადების მქონე ბავშვებში შეიძლება გამოხატული იყოს მხოლოდ გულის შუილი. მძიმე შემთხვევებში გამოხატულია ცხელება, ხშირი და გაძნელებული სუნთქვა და ლეთარგია.
ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს გულმკერდში ტკივილი ან გულის წასვლა. უფრო ხშირად ავად ხდებიან > 5 წლის ბავშვები. გულის უკმარისობის მქონე ბავშვებს აქვთ ტაქიკარდია, რესპირაციული დისტრესი და გადიდებული ღვიძლი.

დიაგნოზი
რევმატიული ცხელების დიაგნოზის დროული დასმა მნიშვნელოვანია, ვინაიდან პენიცილინოპროფილაქტიკით შესაძლებელია მომავალი ეპიზოდების შეჩერება და გულის

სარქველების დაზიანების პრევენცია.
მწვავე რევმატიული ცხელების დიაგნოზი დაფუძნებულია ჯანმოს კრიტერიუმებზე, რომელსაც თავის მხრივ საფუძვლად უდევს Jones-ის რევიზირებული კლასიფიკაცია (ცხრილი 20). დიაგნოზი დაფუძნებულია 2 დიდ ნიშანზე ან 1 დიდ ნიშანზე+2 მცირე ნიშანი + A სტრეპტოკოკური ინფექციის ეპიზოდი წარსულში.

ცხრილი 20. რევმატიული ცხელების ჯანმოს კრიტერიუმები, რომლებიც თავის მხრივ დაფუძნებულია Jones-ის რევიზირებულ კლასიფიკაციაზე

დიაგნოსტიკური კატეგორია	კრიტერიუმი
რევმატიული ცხელების პირველადი ეპიზოდი ან რევმატიული ცხელების რეციდივი, გულის დაზიანების გარეშე	2 მთავარი[a] ან 1 მთავარი+2 მცირე ნიშანი[b] დამატებული A ჯგუფის სტრეპტოკოკური ინფექცია წარსულში[c]
რევმატიული ცხელების რეციდივი პაციენტებში გულის რევმატიული დაზიანებით	2 მთავარი ნიშანი დამატებული A ჯგუფის სტრეპტოკოკური ინფექცია წარსულში[d]
რევმატიული ქორეა ან რევმატიული კარდიტის დართვა	არ არის საჭირო სხვა გამოვლინებები ან A ჯგუფის სტრეპტოკოკური ინფექცია წარსულში

[a] დიდი ნიშნები
კარდიტი
პოლიართრიტი
ქორეა
კვანძოვანი ერითრემა
კანქვეშა კვანძები
[b] მცირე ნიშნები
კლინიკურად: ცხელება, პოლიართრალგია
ლაბორატორიულად:მწვავე ფაზის მომატებული რეაქტანტები (ედსი ან ლეიკოციტოზი)
[c] სტრეპტოკოკური ინფექცია ბოლო 45 დღის განვალობაში

– ეკგ: პროლონგირებული P–R ინტერვალი
– მომატებული ან მზარდი ანტისტრეპტოლიზინის ტიტრი (anti-streptolysin-O) ან სხვა ანტისტრეპტოკოკური ანტისხეულები, ან
– ყელის დადებითი კულტურა, ან
– A სტრეპტოკოკზე დადებითი სწრაფი ტესტი, ან
– ქუნთრუშა ახლო წარსულში

[d] ზოგიერთ პაციენტს მორეციდივე რევმატიული ცხელებით, არ აქვს ეს ნიშნები.

დიაგნოსტიკა

რევმატიული ცხელების დიაგნოზი დამოკიდებულია წარსულში სტრეპტოკოკური ინფექციის არსებობაზე.

- შრატში ანტისხეულების ტესტი (antistreptolysin-O და anti-deoxyribonuclease B ტესტი)
- მწვავე ფაზის რეაქტანტები (ედსი და C-რეაქტიული ცილა)
- პერიფერიული სისხლის ანალიზი
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია
- ექოკარდიოგრაფია Doppler-ით, თუ შესაძლებელია.

მეთვალყურეობა

მოათავსეთ პაციენტი საავადმყოფოში:
> მიეცით ასპირინი 20 მგ/კგ ყოველ 6 საათში, სანამ სახსრების ტკივილი არ შემცირდება (1–2 კვირა), და შემდეგ შეამცირეთ დოზა 15 მგ/კგდანარჩენი 3–6 კვირის მანძილზე.
თუ არის გულის უკმარისობა:
> წოლითი რეჟიმი მარილის მოხმარების შემცირებით
> ჟანგბადი
>ფუროსემიდი (furosemide)1მგ/კგყოველ 6 საათში
>პრედნიზოლონი (prednisolone) 1მგ/კგდღეში დასალევად 1 კვირა გულის მძიმე უკმარისობის დროს
>სისხლის გადასხმა Hb<8 მგ/დლ
>ანტიბიოტიკები ყელის სტრეპტოკოკური ინფექციისათვის

შემდგომი დაკვირვება
ყველა ბავშვს სჭირდება ანტიობიოტიკპროფილაქტიკა
მიეცით ყოველთვიურად ბენზათინ ბენზილპენიცილინი (benzathine benzylpenicillin) 600000 U კუნთებში ყოველ 3–4 კვირაში ან პენიცილინი (penicillin) V 250მგ 2 ჯერ დღეში.
უზრუნველყავით დროული ვაქცინაციები.
პაციენტი შეამოწმეთ ყოველ 3–6 თვეში.

შენიშვნა

თავი 7. მძიმე მწვავე მალნუტრიცია (კვების ნაკლებობა)

7.1 მძიმე მწვავე მალნუტრიცია 246
7.1 დიაგნოზი 247
7.3 მართვის ძირითადი პრინციპები 249
7.4 ზოგადი მკურნალობა 249
7.4.1 ჰიპოგლიკემია 250
7.4.2 ჰიპოთერმია 250
7.4.3 დეჰიდრატაცია 253
7.4.4 ელექტროლიტების დისბალანსი 257
7.4.5 ინფექცია მძიმე, მწვავე მალნუტრიციის შემთხვევაში, ბაქტერიული ინფექციებისათვის 257
7.4.6 მიკრონუტრიენტების დეფიციტი 259
7.4.7 საწყისი კვება 260
7.4.8 კვების შენარჩუნება 261
7.4.9 სენსორული სტიმულაცია 267
7.4.10 მძიმე მწვავე მალნუტრიცია <6 თვემდე ჩვილებში 268
7.5 მდგომარეობასთან ასოცირებული მკურნალობა 269
7.5.1 მხედველობის პრობლემები 269
7.5.2 მძიმე ანემია 270
7.5.3 კანის დაზიანება კვაშიორკორის დაავადების დროს 270
7.5.4 გახანგრძლივებული დიარეა 271
7.5.5 ტუბერკულოზი 272
7.6 სტაციონარიდან გაწერა და შემდგომი მეთვალყურეობა 272
7.6.1 გადაყვანა ამბულატორიულ მკურნალობაზე 272
7.6.2 ნუტრიციული მკურნალობის დასრულება 273
7.6.3 მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება 274
7.7 მოვლის და მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგი 274
7.7.1 სიკვდილიანობის აუდიტი 274
7.7.2 წონის მატება რეაბილიტაციის დროს 275

7.1 მძიმე მწვავე მალნუტრიცია

ამ სახელმძღვანელოში მძიმე მალნუტრიცია განმარტებულია, როგორც ორივე ქვედა კიდურის შეშუპება, ან წონის კლების მძიმე ხარისხი (წონა-სიგრძე <-3SD[1] ან მხრის გარშემოწერილობა <115მმ). კვაშიორკორის, მარაზმის და მარაზმული კვაშიორკორი ხასიათდება მსგავსი სიმპტომებით და მათი მკურნალობაც ერთმანეთის მსგავსია. ბავშვებს, რომელთა ასაკის შესაბამისი წონა არის <-3 SD შეიძლება ჰქონდეთ ზრდაში ჩამორჩენა (დაბალი სიმაღლე), მაგრამ არ

1 სტანდარტული გადახრა (Standart diviation).

ჰქონდეთ მკვეთრად გამოხატული სიგამხდრე. ასეთ ბავშვებს არ ესაჭიროებათ ჰოსპიტალური მკურნალობა, თუ მათ არ აწუხებთ სხვა უფრო სერიოზული დაავადება.



მალნუტრიციით დაავადებული ბავშვი

დიაგნოსტიკა

7.2 დიაგნოზი

დიაგნოსტირების მნიშვნელოვანი კრიტერიუმები:

- წონა-სიმაღლე <-3 SD (სიგამხდრე) (იხ. გვერდი 435) ან
- მხრის გარშემოწერილობა <115მმ ან
- ორივე კიდურის შეშუპება (კვაშიორკორი და მარაზმული კვაშიორკორი)

ბავშვები მძიმე მწვავე მალნუტრიციით, გამოკვლეული უნდა იყვნენ კლინიკაში, რათა გამოვლინდეს სხვა სახის პრობლემების არსებობა და დადგინდეს აქვთ თუ არა კვების სურვილი.

ბავშვებს მძიმე მწვავე მალნუტრიციით, რომელთაც აღენიშნებათ თანდართული დაქვეითებული მადა და სხვა სამედიცინო გართულებები, აქვთ მძიმე მწვავე მალნუტრიცია და საჭიროებენ სტაციონარულ მკურნალობას. ხოლო ბავშვებს, რომელთაც აქვთ კარგი მადა და არ აქვთ სხვა სამედიცინო გართულებები, შეიძლება მოვუაროთ ამბულატორიულად.

● მძიმე, მწვავე მალნუტრიციის მქონე ბავშვების თავდაპირველი შეფასება

ანამნეზის შეკრებისას ყურადღება უნდა გამახვილდეს საშიშროების ნიშნებზე, ასევე ყურადღებით უნდა იქნეს შესწავლილი ავადმყოფობის ისტორია:



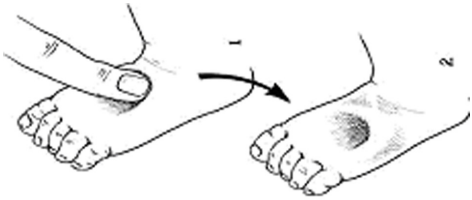
შეშუპება მძიმე მალნუტრიციით დაავადებულ ბავშვებში

- ბოლოს მიღებული საკვები და სითხე
- ბავშვის ჩვეული კვებითი რეჟიმი (დაავადების ბოლო ეპიზოდამდე)
- ძუძუთი კვება
- დიარეისა და გულისრევის სიხშირე და ხანგრძლივობა
- დიარეის ხასიათი (უმეტესად თხიერი/სისხლიანი)
- კვების სურვილის დაკარგვა

- ოჯახური პირობები
- ხველა > 2 კვირა
- კონტაქტი ტუბერკულოზით დაავადებულებთან
- ბოლო კონტაქტი წითელათი დაავადებულებთან
- ბავშვის აივ სტატუსი

შესწავლილი უნდა იყოს შემდეგი სიმპტომები:

- შოკი: (ლეთარგია ან გულყრა, ცივი ხელები, სუსტი კაპილარული ავსება (>3წმ), ან სუსტი და აჩქარებული პულსი და დაბალი არტერული წნევა
- დეჰიდრატაციის ნიშნები
- ძლიერ გამოხატული ხელისგულების სიფერმკრთალე
- გამოხატული A ვიტამინის დეფიციტი
- მშრალი კონიუქტივა ან რქოვანა, ბიტოტის ლაქები, (კერატინიზებული ეპითელიუმის სამკუთხა ფორმის მონაცრისფრო ლაქები კონიუქტივაზე).



ტერფის ზედა ნაწილის შეშუპება. თითით რამდენიმე წამიანი ზეწოლის შემდეგ რჩება ჩაღმავება ზეწოლის მოხსნის შემდეგ

- რქოვანას წყლული
- კერატომალაცია

ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ A ვიტამინის დეფიციტი ახასიათებთ ფოტოფობია და ხშირად თვალები აქვთ დახუჭული. ამიტომ თვალები უნდა იყოს ძალზე ფრთხილად გამოკვლეული, იმისათვის რომ თავიდან ავიცილოთ რქოვანას დაზიანება.

- ყურადღება უნდა მიექცეს ინფექციის ლოკალიზების ადგილებს; ინფექცია შეიძლება გამოხატული იყოს ყურის, ყელის და კანის ინფექციების ან პნევმონიის სახით
- აივ ინფექციის ნიშნები (იხ. თავი 8, გვერდი 271)
- ცხელება (ტემპერატურა მეტი ან ტოლი 37.5 ^{0}C ან მეტი ან ტოლი 99.5 ^{0}F) ან ჰიპოთერმია (რექტალური ტემპერატურა <35.5 ^{0}C ან <95.9 ^{0}F)
- წყლული პირის ღრუში
- კანის ცვლილება დამახასიათებელი კვაშიორკორისათვის
- ჰიპო ან ჰიპერპიგმენტაცია
- აქერცლა (დესქუამაცია)
- წყლულები (გავრცელებული კიდურების, ბარძაყების,

გენიტალიების, საზარდულისა და ყურების წინ)
- ექსუდაციური დაზიანებები (მძიმე დამწვრობის მსგავსი) ხშირად მეორადი ინფექციით (კანდიდოზის ჩათვლით)
- მადის ტესტის ჩატატება
- შეამოწმეთ ბავშვს აქვს თუ არა საკვების მიღების სურვილი, სამკურნალო საკვების მიწოდებით.

ლაბორატორიული კვლევა უნდა ჩატარდეს Hb და EVF შესწავლის მიზნით, განსაკუთრებით თუკი მკვეთრად არის გამოხატული ხელისგულების სიფერმკრთალე.

7.3 მართვის ძირითადი პრინციპი

ბავშვებს, რომელთაც აქვთ კვების სურვილი (მადის დადებითი ტესტი) და კლინიკურად არიან კარგად, სასწრაფოდ უნდა დაეწყოთ ამბულატორიული მკურნალობა. ბავშვებს, რომელთაც აქვთ, მძიმე შეშუპება +++ ან ცუდი მადა (მადის უარყოფითი ტესტი) ან აღენიშნება ერთი ან მეტი საშიშოების ნიშანი ან სხვა სამედიცინო პრობლემები, უნდა უმკურნალონ ჰოსპიტალში.

➢ კლინიკაში მოთავსებისას ბავშვები, რომელთაც აქვთ მძიმე მალნუტრიცია უნდა იყვნენ განცალკევებული ინფექციით დაავადებული ბავშვებისაგან. ისინი უნდა იყვნენ განთავსებული თბილ ოთახში (25-30 ^{0}C, დაცული უნდა იყოს ორპირი ქარისაგან) და უნდა იყვნენ მუდმივი მეთვალყურეობის ქვეშ.

დაწესებულება და თანამშრომლები უნდა უზრუნველყოფდნენ სამკურნალო საკვების მომზადებას, და ახორციელებდნენ რეგულარულ კვებას დღისა და ღამის განმავლობაში. ასევე ბავშვის წონის კონტროლისათვის აუცილებელია სასწორი ან მხრის გარშემოწერილობის (MUAC) საზომი. უნდა მოხდეს მიღებული საკვების, ბავშვის წონის და ანთროპომეტრიული მონაცემების ზუსტი აღწერა ადექვატური მოვლისა და ზედამხედველობისთვის.

7.4 ზოგადი მკურნალობა

ჰოსპიტალური მკურნალობის დაგეგმვა

ტრიაჟის შეფასებისა და შოკის მენეჯმენტისათვის იხილეთ თავი 1, გვერდი 15, 16.

თუ ბავშვს აღენიშნება რქოვანას დაწყლულება დაუნიშნეთ A ვიტამინი, ჩააწვეთეთ ქლორამფენიკოლი (chloramphenicol) ან ტეტრაციკლინის (tetracycline) თვალის წვეთები და ატროპინის (atropine) წვეთები. ჩაწვეთების შემდეგ თვალზე დააფარეთ მარილხსნარით გაჟღენთილი რბილი საფენი და შემდეგ დაადეთ ნახვევი (იხ. სექცია 7.5.1 გვერდი 263). მძიმე ანემიის არსებობისას აუცილებელია მკურნალობის სასწრაფოდ დაწყება (იხ. თავი 7.5.2.,

გვერდი 264). ზოგადი მკურნალობა მოიცავს ორ ფაზას (საწყისი სტაბილიზაცია და რეაბილიტაცია) და 10 საფეხურს (იხ. ცხრილი 21).

ცხრილი 21. მძიმე მწვავე მალნუტრიციის მართვა ბავშვებში გაწერილი დროში

	სტაბილიზაცია		რეაბილიტაცია
	1-2 დღე	3-7 დღე	2-6 კვირა
1.	ჰიპოგლიკემი		
2.	ჰიპოთერმი		
3.	დეჰიდრატაცია		
4.	ელექტროლიტები		
5.	ინფექციები		
6.	მიკრონუტრიენტები	რკინის გარეშე	რკინით
7.	საწყისი კვება		
8.	ზრდის შეფერხების დაძლევა		
9.	სენსორული სტიმულაცია		
10.	მკურნალობის შემდგომი მონიტორინგისათვის მზადება		

7.4.1 ჰიპოგლიკემია

ყველა მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვს, აქვს ჰიპოგლიკემიის რისკი და ამიტომ დიაგნოზის დასმისას აუცილებელია საკვების ან 10% გლუკოზის (glucose) ან საქაროზის (sucrose) მიცემა (იხ. ქვემოთ). კვება აუცილებელია ყოველ 2 საათში ერთხელ.

დიაგნოზი

თუ არსებობს ეჭვი ჰიპოგლიკემიაზე უნდა მოხდეს სისხლში გლუკოზის შემცველობის სასწრაფო შესწავლა ტესტ-ჩხირების (Dextrostix) მეთოდით შესაძლებლობის ფარგლებში. ჰიპოგლიკემია აღინიშნება, მაშინ როცა სისხლში გლუკოზის შემცველობა ნაკლები 3 მმოლ/ლიტრზე (<54 მგ/დლ). თუ სისხლში გლუკოზის შემცველობის გაზომვა ვერ ხერხდება, მაშინ უნდა დავუშვათ, რომ მძიმე მწვავე მალნუტრიციის მქონე ყველა ბავშვს აქვს ჰიპოგლიკემია და უნდა დაეწყოს მკურნალობა.

მკურნალობა

- მიეცით 50 მლ 10%-იანი გლუკოზი ან საქაროზის (sucrose)

ხსნარი (ერთი ჩაის კოვზი შაქარი გაზავდეს 3 ჩაის კოვზ წყალზე) ორალურად, ან ნაზოგასტრალური ზონდით, კვება უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება სწრაფად.

- პირველ საკვებად უნდა მიეცეს F-75 თერაპიული რძე, თუკი ის ხელმისაწვდომია და შემდეგ გაგრძელდეს კვება ყოველ 2 საათში ერთხელ მომდევნო 24 საათის განმავლობაში. ამის შემდეგ კვება გრძელდება ყოველ 2 ან 3 საათში ერთხელ დღე ღამის განმავლობაში.

თუ ბავშვი უგონო მდგომარეობაშია. მკურნალობა უნდა დაიწყოს ინტრავენურად 10% გლუკოზით (glucose) 5მლ/კგ, თუკი ინტრავენური გადასხმა შეუძლებელია, მაშინ მიეცით 10% გლუკოზის ან საქაროზას ხსნარი (glucose ან sucrose) ნაზოგასტრილური ზონდის საშუალებით (გვ. 369). თუკი გლუკოზა ხელმიუწვდომელია, მაშინ მიეცით ერთი ჩაის კოვზი შაქარი დასველებული 1-2 წვეთი წყლით
ენის ქვეშ და გაიმეორეთ ყოველ 20 წუთში. ბავშვის მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს ყოველი ყლაპვისას. თუკი რაიმე ფაქტორი ამცირებს აბსორბციას, ასეთ შემთხვევაში შაქრის ახალი დოზა უნდა იქნეს მიწოდებული. შემდეგ გააგრძელეთ 2 საათიანი ორალური ან ნაზოგასტრილური კვება უგონო მდგომარეობის დროს.

- დაიწყეთ შესაფერისი ანტიბიოტიკის ინტრავენური გადასხმა ან კუნთებში ინექციის სახით გაუკეთეთ (იხ. გვ. 87)

მონიტორინგი

თუ სისხლში გლუკოზის შემცველობა თავიდან იყო დაბალი, განმეორებით გაზომეთ 30 წუთის შემდეგ (სისხლი აიღეთ თითიდან ან ტერფიდან და გაზომეთ ტესტჩხირების (dextrostix) მეთოდით, თუკი ეს შესაძლებელია.

- თუ სისხლის გლუკოზა დაიწევს <3მმოლ/ლიტრზე (<54 მგ/დლ) ქვემოთ, ისევ მიეცით 10% გლუკოზის (glucose) ან ორალურად შაქრის ხსნარი.
- თუ რექტალური ტემპერატურა დაიწევს <35.5 ^{0}C ან თუ მდგომარეობა გაუვარესდება, მაშინ განმეორებით უნდა გაკეთდეს გაზომვა dextrostix-ის მეთოდით და შესაბამისი მკურნალობა.

პრევენცია

- ბავშვი კვებეთ ყოველ 2 საათში, კვება დაიწყეთ დაუყოვნებლივ (იხ. დასაწყისი კვება გვ. 349). დეჰიდრატაციის შემთხვევაში ჩაატარეთ რეჰიდრატაცია. კვება უნდა გაგრძელდეს მთელი ღამის განმავლობაში.
- სთხოვეთ დედებს ყურადღებით იყვნენ და დაგიკავშირდეთ

ნებისმიერი გართულების შემთხვევაში. ასევე ისინი უნდა მიეხმარონ სამედიცინო პერსონალს ბავშვის კვებისას და დაიცვან ბავშვი დაბალი ტემპერატურისაგან.

- შეამოწმეთ მუცლის ღრუს შებერილობა

7.4.2 ჰიპოთერმია

ჰიპოთერმია მანუტრიციის ყველაზე ხშირი გამოვლინებაა. მას ხშირად თან ახლავს ჰიპოგლიკემია ან სერიოზული ინფექცია.

დიაგნოზი

- ჰიპოთერმია ვლინდება თუ იღლიის ტემპერატურა <<35 ^{0}C (<95 ^{0}F) ან არ რეგისტრირდება ჩვეულებრივი თერმომეტრით, როცა ხელმისაწვდომია ისეთი თერმომეტრი, რომელიც აჩვენებს დაბალ ტემპერატურას, მაშინ გაზომეთ რექტალური ტემპერატურა, თუ ტემპერატურა არის <35.5 ^{0}C ან <95.9 ^{0}F და დასვით ჰიპოთერმიის დიაგნოზი.

მკურნალობა

ყველა ბავშვს ჰიპოთერმიით უნდა ჩაუტარდეს რუტინულად მკურნალობა ჰიპოგლიკემიასა და ინფექციაზე.

- დაუყოვნებლივ მიეცით საკვები ბავშვს ყოველ 2 საათში, მიუხედავად აბდომინალური პრობლემებისა. დეჰიდრატაციის პრობლემებისას, დაიწყოთ რეჰიდრატაცია დაუყოვნებლივ.
- გაათბეთ ბავშვი, ჩააცვით თბილად (განსაკუთრებით თავზე დაახურეთ ქუდი); დააფარეთ თბილი საბანი და გაათბეთ ოთახი (სითბოს წყარო არ მიმართოთ ბავშვისაკენ) ან სითბოს წყარო განათავსეთ ახლოს ან მოათავსეთ ბავშვი დედის მკერდზე ან მუცელზე (კანით კანთან კონტაქტი) და დააფარეთ მათ თბილი საბანი.
- მოათავსეთ ბავშვი ფანჯრისა და კარებისაგან მოშორებით
- დაიწყეთ შებამისი ანტიბიოტიკების მიწოდება ინტრავენურად ან კუნთებში (იხ გვ. 89; გვ. 125)

მონიტორინგი

- გაზომეთ ბავშვის რექტალური ტემპერატურა ყოველ 2 საათში, სანამ ის გახდება >36.5 ^{0}C. თუკი ოთახი თბება გამათბობლით, მაშინ ტემპერატურა გაზომეთ ყოველ 30 წუთში.
- უზრუნველყავით, რომ ბავშვს ეფაროს თბილი საბანი ყოველთვის, განსაკუთრებით ღამით. თავი მუდამ თბილად ჰქონდეს, სასურველია თბილი ქუდით, რითაც შეამციერებთ სითბოს გაცემას.
- ჰიპოთერმიის შემთხვევაში ყოველთვის გადაამოწმეთ

ჰიპოგლიკემია

პრევენცია

- მაშინვე მიეცით საკვები და შემდეგ კვებეთ ყოველ 2-3 საათში ერთხელ
- საწოლი განათავსეთ თბილ და ორპირისაგან დაცულ ადგილას, დააფარეთ ბავშვს თბილი საბანი.
- გამოყენეთ ე. წ. „კენგურუ“ მეთოდი“ ჩვილებისათვის (იხ. გვ. 95), დააფარეთ ბავშვს თბილი საბანი და დედას სთხოვეთ, რომ დაიძინოს ბავშვთან ერთად, რათა ბავშვმა შეინარჩუნოს ტემპერატურა.
- დაიცავით ბავშვი სიცივისაგან (განსაკუთრებით აბაზანის მიღებისა და სამედიცინო გამოკვლევებისას).
- გამოუცვალეთ სველი საფენები, ტანსაცმელი. ბავშვი და მისი საწოლი ყოველთვის უნდა იყოს მშრალი. აბაზანის შემდეგ დაიცავით ბავშვი და თუკი ძალიან ავად არის, არ აბანაოთ.
- გამოთბობელი გამოიყენეთ სიფრთხილით
- არ გამოიყენოთ ცხელწყლიანი ბოთლი ან ფლუროსცენციული ლამფა.

7.4.3 დეჰიდრატაცია

დიაგნოზი

დეჰიდრატაციის დიაგნოსტირებისას ხშირად ხდება დიაგნოზის დამძიმება ბავშვებში, რომელთაც აქვთ მძიმე მწვავე მალნუტრიცია, რადგან ძალიან ძნელია განსაზღვრო დეჰიდრატაცია ზუსტად მხოლოდ კლინიკური ნიშნების მიხედვით. თავიდანვე უნდა დავუშვათ, რომ ყველა ბავშვს წყლიანი დიარეით ან შემცირებული შარდის გამოყოფით აქვს დეჰიდრატაცია. აუცილებელია გაითვალისწინოთ, რომ სისხლის მოცირკულირე მოცულობას ან ჰიპოპერფუზიას შეიძლება თან ახლდეს შეშუპება.

მკურნალობა

მძიმე მალნუტრიციისას არ გამოიყენოთ რეჰიდრატაციას ინტრავენური გზა გარდა შოკის შემთხვევისა (იხ. გვ.48). დაიწყეთ რეჰიდრატაცია ნელ-ნელა, ორალური ან ნაზოგასტრალური ზონდით. გამოიყენეთ ორალური რეჰიდრატაციული ხსნარი მალნუტრიციული პრობლემის მქონე ბავშვებისათვის (5-10 მლ/კგ/სთ-ში მაქსიმუმ 12 სთ-ის განმავლობაში). ჯანმო-ს სტანდარტულ ორალურ სარეჰიდრატაციო ხსნარს აქვს ნატრიუმის მაღალი და კალიუმის დაბალი შემცველობა. ასეთი ხსნარის გამოყენება მალნუტრიციის მქონე ბავშვებისათვის არ შეიძლება. სანაცვლოდ

გამოიყენება სპეციალური ხსნარი მალნუტრიციისათვის, ე.წ. ReSoMal.

- მიეცით ReSoMal რეჰიდრატაციული ხსნარი ორალურად ან ნაზოგასტრალური ზონდით, ხსნარი უნდა მიეწოდოს უფრო ნელა, ვიდრე მალნუტრიციის არ მქონე ბავშვების რეჰიდრატაციის შემთხვევაში.
  - მიეცით 5 მლ/კგ ყოველ 30 წუთში პირველი 2 საათის განმავლობაში
  - შემდეგ მიეცით 5-10 მლ/კგ.საათში შემდეგი 4-10 საათის განმავლობაში მონაცვლეობით F-75 ფორმულასთან. მისაღები სითხის მოცულობა დამოკიდებულია ბავშვის მოთხოვნილებაზე, ნაწლავთა მოქმედების სიხშირეზე და გულისრევისა და ღებინების არსებობაზე.
- თუ ზემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდაციების შესრულება შეუძლებელია, მაშინ მიეცით ბავშვს ჯანმოს სტანდარტით მოწოდებული ორალური სარეჰიდრატაციო ხსნარი. დაუმატეთ მას კალიუმი და გლუკოზა ქვემოთ მოწოდებული რეცეპტის მიხედვით, იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვს არ აქვს ქოლერა ან პროფუზული წყლიანი დიარეა.
- თუ 10 საათის შემდეგ რეჰიდრატაცია კვლავ საჭიროა, მაშინ ბავშვს მიეცით F-75 (იხ. რეცეპტი გვ.222) ReSoMal-ის ნაცვლად. გამოიყენეთ იგივე მოცულობა საწყისი F-75-სათვის, როგორც ReSoMal-სათვის.
- თუკი შოკის ან მძიმე დეჰიდრატაციისას შეუძლებელია ორალური ან ნაზოგასტრალური ზონდის გამოყენება, მაშინ სითხე გადაასხით ინტრავენურად, რინგერის ლაქტატის (Ringer- lactate) ხსნარი 5% დექსტროზით ან ნახევრად გაზავებული დაროუს ხსნარი 5% დექსტროზით. თუ რეკომენდებული არცერთი ხსნარი არ არის ხელმისაწვდომი, მაშინ შეიძლება გამოიყენოთ 0.45% მარილიან ხსნარს დამატებული 5% დექსტროზა (იხ. თავი 1, დიაგრამა 8).

მონიტორინგი

ადეკვატების რეჰიდრატაციისას რესპირაცის და პულსის სიხშირე უნდა შემცირდეს და დაიწყოს შარდის გამოყოფა. ასევე უნდა აღინიშნოს ცრემლის გამოყოფა, სისველე პირის ღრუში, ნაკლებად ჩაცვენილი თვალები და ყიფლიბანდი. კანის ელასტიურობის გაუმჯობესება მიუთითებს, რომ რეჰიდრატაცია მიმდინარეობს წარმატებით. მალნუტრიციის მქონე ბავშვებში ეს ნიშნები შეიძლება არ იყოს თვალნათელი წარმატებით განხორციელებული რეჰიდრატაციის მიუხედავად. ამიტომ საჭიროა ბავშვის წონის კონტროლი.

რეჰიდრატაცია აკონტროლეთ ყოველ 30 წუთში, პირველი 2 საათის განმავლობაში. შემდეგ ყოველ 1 საათში ერთხელ მომდევნო 4-10 საათის განმავლობაში. ყურადღება გაამახვილეთ, რომ რეჰიდრატაციისას არ გამოგრჩეთ დოზის გადაჭარბების ნიშნები, რაც ძალიან საშიშია და შეიძლება გამოიწვიოს გულის უკმარისობა. შეამოწმთ შემდეგი მონაცემები:

ReSoMal რეცეპტი ჯანმოს სტანდარტის მიხედვით	
ინგრედიენტები	მოცულობა
წყალი	2 ლიტრი
ჯანმო ORS	1 ლიტრიანი პაკეტი [1]
საქაროზა (Sucrose)	50 გრ
ელექტროლიტი/მინერალური ხსნარი[2]	40 მლ

ReSoMal შეიცავს დაახლოებით 45 მმოლ მარილს, 40 მმოლ კალიუმს და 3 მმოლ მაგნიუმს 1 ლიტრ წყალზე.

ფორმულა კონცენტრირებული ელექტროლიტი/მინერალური ხსნარისათვის		
ეს ხსნარი გამოიყენება საწყისი და შემანაჩუნებელი კვების ფორმულის და ReSoMal-ის მოსამზადებლად. ელექტროლიტები და მინერალების ფხვნილი არის ნაწარმოები სხვადასხვა საწარმოს მიერ. თუკი არ არის ხელმისაწვდომი, მაშინ მოამზადეთ ხსნარი (2500მლ) შემდეგი ინგრედიენტების გამოყენებით.		
ინგრედიენტები	გრ	მოლ/20მლ
კალიუმის ქლორიდი (KCl)	224	24 მმოლ
ნატრიუმის ციტრატი	81	2 მმოლ
მაგნიუმის ქლორიდი ($MgCl_2.6H_2O$)	76	3 მმოლ
თუთიის აცეტატი($Zn\ acetate.2H_2O$)	8.2	300 µმოლ
სპილენძის სულფატი ($CuSO_4.5H_2O$)	1.4	45 µმოლ
წყალი	2500 მლ	

[1] 2.6 გ. ნატრიუმის ქლორიდი, 2.9 გ. ნატრიუმის ციტრატი, 1.5 გ. კალიუმის ქლორიდი, 13.5 გ. გლუკოზა.

[2] იხ. ქვემოთ რეცეპტი ელექტროლიტი/მინერალური ხსნარისათვის. თუ თქვენ ამზადებთ ელექტროლიტს და მინერალურ ფხვნილს, მაშინ მიჰყევით მწარმოებლის მიერ მოწოდებულ ინსტრუქციას. თუ ეს შეუძლებელია, მაშინ გამოიყენეთ 45 მლ კალიუმის ქლორიდი (100გ კალიუმის ქლორიდი 1ლიტრა წყალზე).

თუ ხელმისაწვდომია, ასევე დაამატეთ სელენი (0.028 გ. სელენის ხსნარი) და კალიუმის იოდატი (0.012გ. KI) 2500 მლ-ზე.

- განაზავეთ აღნიშნული ინგრედიენტები გაციებულ, ანადუღარ წყალში
- ჩაასხით ხსნარი სტერილურ ბოთლში, მოათავსეთ მაცივარში. არ გამოიყენოთ სითხე იმ შემთხვევაში, თუ კი სითხე გახდება ნალექიანი და ბლანტი. განაახლეთ სითხის მარაგი ყოველთვიურად.
- დაამატეთ 20 მლ კონცენტრირებული ელექტროლიტ/მინერალური ხსნარი ყოველ 1000 მლ რძეს. თუ შეუძლებელია ელექტროლიტი/მინერალური ხსნარის მომზადება, მაშინ მიეცით კალიუმი, მაგნიუმი და თუთია ცალცალკე. მოამზადეთ 10%-იანი კალიუმის ქლორიდის ხსნარი (100 გ 1 ლიტრ წყალზე) და 1.5% თუთიის აცეტატი (15გ 1 ლიტრ წყალზე) და შეინახეთ მარაგის სახით.

ორალური რეჰიდრატაციის ReSoMal ხსნარისათვის, გამოიყენეთ 45 მლ კალიუმის ქლორიდი 40 მლ ელექტროლიტი/მინერალური ხსნარის ნაცვლად.

რძით კვებისას გამოიყენეთ F-75 და F-100, 20 მლ ელექტროლიტი/მინერალური ხსნარის ნაცვლად დაამატეთ კალიუმის ქლორიდის ხსნარი 22.5 მლ 1000 მილილიტრ საკვებზე. მიეცით 1.5% თუთიის აცეტატის ხსნარი ორალურად 1 მლ/კგ დღიურად. გაუკეთეთ 0.3 მლ/კგ 50%-იანი მაგნიუმის სულფატის ინექცია კუნთებში ერთჯერადად, მაქსიმალური დოზა 2 მლ.

გაკონტროლებისას დროს ასევე უნდა შემოწმდეს:

- სუნთქვის სიხშირე (მოიმატა თუ არა სუნთქვის სიხშირემ)
- მაჯისცემის სიხშირის მომატება
- შარდვის სიხშირე (მოშარდა თუ არა ბავშვმა ბოლო გასინჯვის შემდეგ)
- პალპაციით ღვიძლის ზომები (მოიმატა თუ არა)
- კუჭის მოქმედებისა და გულისრევის სიხშირე
- თუკი დაადგენთ ნიშნებს, რომლებიც მიუთითებენ სარეჰიდრატაციის სითხის დოზის გადაჭარბებაზე (სუნთქვის სიხშირე მომატება 5/წთ და მაჯისცემის მომატება 25/წთ-ში), მაშინ შეწყვიტეთ ReSoMal მიწოდება დაუყოვნებლივ და გააგრძელეთ 1 საათის შემდეგ.

პრევენცია

წყლიანი დიარეის პრევენცია მალნუტრიციის მქონე ბავშვებში ისეთივეა, როგორც კარგი კვების მქონე ბავშვებში (იხ. მკურნალობის გეგმა A გვ. 177) ერთი გამონაკლისის გარდა, ReSoMal გამოიყენება სტანდარტული ORS-ის ნაცვლად.

- თუ ბავშვი იკვებება დედის რძით საჭიროა გაგრძელება ძუძუთი კვება
- გააგრძელეთ კვება F-75-ით
- მიეცით ReSoMal საკვების მიღებას შორის, იმითვის რომ მოხდეს დიარეით დაკარგული მინერალური ნივთიერებების აღდგენა. მიეცით 50-100მლ ReSoMal დიარეის ყველა შემთხვევის

შემდეგ.

7.4.4 ელექტროლიტების დისბალანსი

ყველა მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვს აქვს კალიუმისა და მაგნიუმის დეფიციტი, ასეთი სახის დისბალანსის აღდგენას დაახლოებით 2 კვირა სჭირდება. კალიუმისა და მაგნიუმის დეფიციტი ასევე ხასიათდება შეშუპებით. არ უმკურნალოთ შეშუპებას დიურეტიკებით, რადგან ნატრიუმის დამატებით მიღებამ შეიძლება ბავშვის დაღუპვა გამოიწვიოს.

მკურნალობა

- მიეცით დამატებითი კალიუმი (3-4 მმოლ/კგ დღეში)
- მიეცით დამატებითი მაგნიუმი (0.4-0.6 მმოლ/კგ დღეში)

ზედმეტი კალიუმი და მაგნიუმი უნდა დაემატოს საკვებს მისი მომზადების დროს, თუკი მანამდე არ არის შერეული. იხ.გვ. 249 ელექტროლიტ/მინერალური ხსნარის რეცეპტისათვის. დაამატეთ 20 მლ ეს ხსნარი 1 ლიტრ საკვებს, იმისათვის რომ ორგანიზმი მომარაგდეს საჭირო კალიუმითა და მაგნიუმით. ალტერნატიულად, შეგიძლიათ გამოიყენოთ ქარხნულად დამზადებული სპეციალური ფხვნილი მალნუტრიციის მქონე ბავშვებისათვის.

- რეჰიდრატაციისას მიეცით სითხე ნატრიუმის დაბალი შემცველობით (ReSoMal) (იხ. რეცეპტი გვ. 249).
- საკვები მოამზადეთ მარილის დამატების გარეშე.

7.4.5 ინფექცია

მძიმე, მწვავე მალნუტრიციის დროს, იმ შემთხვევაშიც როდესაც ვლინდება ბაქტერიული ინფექცია შეიძლება არ გამოვლინდეს ცხელება. ამიტომ აუცილებელია ინფექციის ნიშნების მქონე ბავშვების სტაციონარში მოთავსება და ანტიბიოტიკოთერაპიის დაუყონებელი დაწყება. ჰიპოგლიკემია და ჰიპოთერმია ხშირად მძიმე ინფექციის ნიშანებია.

მკურნალობა

ყველა მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვს

- მიეცით ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკები
- ჩაატარეთ ვაქცინაცია წითელაზე თუ ბავშვი 6 თვეზე მეტი ასაკისაა და არ არის აცრილი, ან ბავშვი 9 თვეზე მეტია და აცრილია ადრე. ვაქცინაციაზე თავი უნდა იქნას შეკავებული თუ ბავშვი შოკშია
- ***ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკის შერჩევა***
- თუ ბავშვს არ აღენიშნება რაიმე გართულება მიეცით დასალევად ამოქსიცილინი (დოზა იხ. გვ. 356) 5 დღის განმავლობაში

- თუკი ადგილი აქვს გართულებებს (ჰიპოგლიკემია, ჰიპოთერმია ან ბავშვი გამოიყურება ლეთარგიულად) ან გამოხატულია სხვა გართულებები, მაშინ მიეცით ბავშვს ანტიბიოტიკები პარენტერალურად:
  - ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin) (50 000 U/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში) ან ამპიცილინი (ampicillin) (50მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ყოველ 6 საათში) 2 დღის განმავლობაში, შემდეგ ორალური ამპიცილინი (ampicillin) (25-40 მგ/კგ ყოველ 8 საათში 5 დღის განმავლობაში)

დამატებით

- გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად) დღეში ერთხელ 7 დღე

რეჟიმი უნდა იყოს ადაპტირებული ადგილზე არსებულ შესაძლებლობებზე.

გაითვალისწინეთ: მეტრონიდაზოლი (Metronidazole) 7.5 მგ/კგ ყოველ 8 საათში 7 დღის განმავლობაში შეიძლება მიეცეს ფართო სპექტრის ანტიბიოტიკებთან ერთად. თუმცა აღნიშნული მეთოდის ეფექტურობა კლინიკური კვლევებით არ არის დადასტურებული.

- უმკურნალეთ ინფექციებს შესაბამისი მეთოდებით
  - მენინგიტზე ეჭვისას, ჩაატარეთ ლუმბალური პუნქცია, შეისწავლეთ პუნქტატი უმკურნალეთ ანტიბიოტიკებით (სექცია 6.3.1 გვ.208)
  - თუ გამოავლენთ სხვა ინფექცია (მაგალითად პნევმონია, დიზენტერია, კანის ან რბილი ქსოვილების ინფექცია) მიეცით შესაფერისი სპექტრის ანტიბიოტიკები
  - თუ ბავშვს აქვს დადებითი ტესტი მალარიაზე მაშინ დაუმატეთ ანტიმალარიული მკურნალობა
  - ტუბერკულოზი ფართოდ გავრცელებული ინფექციაა, თუმცა ანტი-ტუბერკულოზული მკურნალობა ბავშვს უნდა მიეცეს მაშინ, როცა ტუბერკულოზის დიაგნოზი დადასტურებულია ან სერიოზული ეჭვი არსებობს (იხ. სექცია 7.5.5 გვ.266)
  - აივ ინფიცირებული ბავშვების მკურნალობა იხ.თავში 8

ჰელმინთოზის მკურნალობა

თუკი დადასტურდა პარაზიტული ჭიებით ინვაზია, მაშინ მკურნალობა უნდა გადაიდოს რეაბილიტაციის ფაზამდე. მიეცით ალბენდაზოლის (albendazole) ერთჯერადი დოზა და მებენდაზოლი (mebendazole) 100 მგ ორალურად 2-ჯერ დღეში 3 დღის განმავლობაში. იმ ქვეყნებში, სადაც პარაზიტული ინფექციების პრევალენტობა მაღალია, მიეცით მებენდაზოლი (mebendazole)

ბავშვებს 7 დღის განმავლობაში გაწერის შემდეგ იმ შემთხვევაშიც კი, თუ პარაზიტული ჭიების არსებობა დადასტურებული არ არის.

აივ ინფექცია

თუ ქვეყნაში აივ ინფექციის პრევალენტობა მაღალია, მაშინ ყველა ბავშვი მალნუტრიციით, უნდა იქნეს ტესტირებული აივ ინფექციაზე, იმისათვის რომ გამოვლინდეს ანტირეტროვირუსული თერაპიის (ART) ჩატარების აუცილებლობა. თუ ბავშვი ინფიცირებულია, მაშინ დაიწყეთ ART თერაპია მეტაბოლური პრობლემების მოწესრიგებისა და სეფსისის მკურნალობის შემდეგ. ასეთი ბავშვების მონიტორინგი უნდა განხორციელდეს ყურადღებით (ჰოსპიტალში ან ამბულატორიულად) პირველი 6-8 კვირის განმავლობაში ART-ის დაწყებიდან. ეს საშუალებას იძლევა დროულად გამოვლინდეს მეტაბოლური პრობლემები და ოპორტუნისტული ინფექციები (იხ. თავი 8 გვ. 271).

მეთვალყურეობა

თუკი ანტიბიოტიკებით 7 დღიანი მკურნალობის შემდეგაც ბავშვს აქვს ანორექსია, გააგრძელეთ კურსი 10 დღის განმავლობაში. ასეთ შემთხვევაში გაიმეორეთ მკურნალობა.

7.4.6 მიკრონუტრიენტების დეფიციტი

მალნუტრიციის მქონე ყველა ბავშვს აღენიშნება ვიტამინებისა და მინერალების დეფიციტი. ასევე ხშირია ანემიის შემთხვევები, არ მისცეთ თავიდანვე რკინა, მოიცადეთ სანამ ბავშვს მადა გაუუმჯობესდება და დაიწყებს წონაში მატებას (ეს ჩვეულებრივ 2 კვირაში ხდება), რადგან რკინის ზედმეტმა რაოდენობამ შეიძლება გაამწვავოს ინფექცია.

A ვიტამინი და ფოლიუმის მჟავა, თუთია და სპილენძი უკვე არსებობს F-75-ში, F-100-სა და სამკურნალო საკვების პაკეტში. როცა ქარხნულად დამზადებული პაკეტი გამოიყენება, მაშინ ვიტამინების დამატება არ არის საჭირო.

თუ არ არის გამოხატული მხედველობის მხრივი პრობლემები ან არ აქვს გადატანილი წითელა, მაშინ არ არის საჭირო დამატებით A ვიტამინის მიწოდება, რადგან მას უკვე შეიცავს მომზადებული საკვები.

მკურნალობა

- თუ არსებობს A ვიტამინის დეფიციტის ნიშნები მაშინ მიეცით A ვიტამინი პირველ, მეორე და მე-14 დღეს (იხ. სექცია 7.5.1 გვ. 263)
  - <6 თვეზე, 50 000 ს.ე

- 6-12 თვეზე, 100 000 ს.ე
- >12 თვეზე, 250 000 ს.ე

• დაიწყეთ რკინის მიცემა 3 მგ/კგ-ით დღეში F-100 ფორმულის მიცემიდან 2 დღის შემდეგ. არ მისცეთ რკინა ბავშვს სტაბილიზაციის ფაზაში და არ მისცეთ რკინა იმ შემთხვევაშიც, თუკი ბავშვი იღებს მზა სამკურნალო საკვებს.

თუკი ბავშვი არ იღებს მზა სამკურნალო საკვებს, მაშინ მიეცით შემდეგი მიკრონუტრიენტები ყოველდღიურად 2 კვირის განმავლობაში:

- ფოლიუმის მჟავა 5მგ პირველ დღეს, შემდეგ 1მგ დღიურად
- მულტივიტამინების სიროპი 5მლ
- თუთია 2მგ/კგ დღიურად
- სპილენძი 0.3 მგ/კგ დღიურად

7.4.7 საწყისი კვება

საწყისი საკვების მიცემისას უნდა გაითვალისწინოთ შემდეგი:

- მიეცით საკვები ყოველ 2-3 საათში ერთხელ, მცირე ულუფით, დაბალი ოსმოსური კონცენტრაციითა და ლაქტოზის დაბალი შემცველობით.
- ნაზოგასტრალური ზონდით ბავშვი, ორჯერ ერთმანეთის მიყოლებით მიცემული საკვების 80%-ს ან ნაკლებს იღებს
- საკვების კალორიულობა უნდა იყოს 100კილოკალ/კგ დღიურად.
- საკვები უნდა შეცავდეს 1-1.5გ/კგ ცილას დღიურად
- საკვები უნდა შეცავდეს სითხეს 130მლ/კგ დღიურად ან 100მლ/კგ დღიურად, თუ ბავშვს აქვს მძიმე შეშუპება
- ამასთან, თუ ბავშვი იკვებება დედის რძით, ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს, მაგრამ უნდა იქნეს უზრუნველყოფილი საწყისი ფორმულის მიღება:

დღე	სიხშირე	მოცულობა/კგ საკვები	მოცულობა/კგ დღიური
1–2	2 სთ	11 მლ	130 მლ
3–5	3სთ	16 მლ	130 მლ
≥ 6	4 სთ	22 მლ	130 მლ

კვების დაწყების რეკომენდებული ფორმულა და კვების რეჟიმი გათვლილია შედეგის მიღებაზე. რძეზე დამზადებული ფორმულა, როგორიცაა F-75 (75კკალ-ითა და 0.9გ პროტეინი/100მლ), არის საკმარისი ბავშვთა უმრავლესობისათვის (რეცეპტი იხ. გვ 256).

მარცვლეულზე დამზადებული F-75 ფაქტიურად ანაცვლებს

შაქარს ფქვილით, აღნიშნულს აქვს გარკვეული უპირატესობა დაბალი ოსმოსურობის გამო, რაც სასარგებლო იქნება ზოგიერთი ბავშვისათვის, რომელთაც აქვთ ხშირი დიარეა, მაგრამ ასეთ საკვებს მომზადება სჭირდება.

კვების რეკომენდებული წესი, რომელიც ითვალისწინებს საკვების მოცულობის თანდათანობით გაზრდასა და კვების სიხშირის შემცირებას, მოცემულია გვ. 256. კარგი მადის მქონე ბავშვებში, რომელთაც არ აქვთ შეშუპება 2-3 დღის შემდეგ შესაძლოა შეწყვიტოთ რეკომენდირებული რეჟიმი.

გაითვალისწინეთ: თუ თანამშრომელთა რაოდენობა არ არის საკმარისი, მაშინ ყოველ 2 საათში ერთხელ კვებეთ მხოლოდ სერიოზული პრობლემის მქონე ბავშვები, დანარჩენები კი კვებეთ 3 საათში ერთხელ მაინც. თხოვეთ დედებს ან ბავშვის სხვა ნათესავებს დახმარება ბავშვის კვებისას. აჩვენეთ მათ, როგორ უნდა მოიქცნენ და თხოვეთ კვებონ ბავშვი თქვენი ზედამხედველობის ქვეშ. ღამით კვება აუცილებელია, ამიტომ თუკი არსებობს მინიმალური შესაძლებლობა, აუცილებლად კვებეთ ბავშვი ნებისმიერი შესაფერისი საკვებით. საკვები უნდა იყოს თანაბრად განაწილებული, რომ ბავშვი დიდი ხანი არ დარჩეს საკვების გარეშე, განსაკუთრებით ღამე (წინააღმდეგ შემთხვევაში გაიზრდება ჰიპოგლიკემიისა და სიკვდილიანობის ალბათობა).

თუ ბავშვის მიერ მიღებული საკვები (ღებინების შემდეგ) ნაკლებია ვიდრე 80 კკალ/კგ დღიურად, მიუხედავად ხშირი კვებისა, დამატებით მიეცით კვება, თუ საჭირო იქნება, მიეცით ნაზოგასტრალური ზონდით. საწყის ფაზაზე არ გადააჭარბოთ 100 კკალ-იას დღიურად.

ძალიან ცხელი კლიმატის შემთხვევაში, ბავშვებს უნდა მისცეთ დამატებით წყალი, რადგან შესაძლოა საკვები არ შეიცავდეს საკმარის წყალს, თუკი ბავშვი ოფლიანობს.

მეთვალყურეობა

მონიტორინგისას დააფიქსირეთ შემდეგი მონაცემები:

- შეთავაზებული და დარჩენილი საკვების მოცულობა
- ღებინება
- ნაწლავთა მოქმედების სიხშირე და კონსისტენცია
- ბავშვის დღიური წონა

7.4.8 კვების შენარჩუნება

კვების შენარჩუნების ფაზაზე შესაძლებელია ბავშვების მკურნალობა და კონტროლი ამბულატორიულ დონეზე. ნიშნები, რომლებიც

მეტყველებენ, რომ ბავშვი გადავიდა კვების შენარჩუნების ფაზიდან რეაბილიტაციის ფაზაზე, შემდეგია:

- კვების სურვილის დაბრუნება
- ჰიპოგლიკემიის ეპიზოდების არ არსებობა (მეტაბოლური სტაბილურობა)
- შეშუპების შემცირება ან გაქრობა

ცხრილი 22. F-75-ის მოცულობა თითოეული კვებისათვის მალნუტრიციის მქონე ბავშვებში (დაახლოებით 130მლ/კგ დღიურად)

ბავშვის წონა (კგ)	2საათიანი (მლ/საკვები)	3საათიანი (მლ/საკვები)	4 საათიანი (მლ/საკვები)
2.0	20	30	45
2.2	25	35	50
2.4	25	40	55
2.6	30	45	55
2.8	30	45	60
3.0	35	50	65
3.2	35	55	70
3.4	35	55	75
3.6	40	60	80
3.8	40	60	85
4.0	45	65	90
4.2	45	70	90
4.4	50	70	95
4.6	50	75	100
4.8	55	80	105
5.0	55	80	110
5.2	55	85	115
5.4	60	90	120
5.6	60	90	125
5.8	65	95	130
6.0	65	100	130
6.2	70	100	135
6.4	70	105	140

6.6	75	110	145
6.8	75	110	150
7.0	75	115	155
7.2	80	120	160
7.4	80	120	160
7.6	85	125	165
7.8	85	130	170
8.0	90	130	175
8.2	90	135	180
8.4	90	140	185
8.6	95	140	190
8.8	95	145	195
9.0	100	145	200
9.2	100	150	200
9.4	105	155	205
9.6	105	155	210
9.8	110	160	215
10.0	110	160	220

რეცეპტი F-75 და F-100 ფორმულებისათვის		
	F-75[a]	F-100[b]
	(სასტარტო ნარევი)	(შემანარჩუნებელი კვება, დამატებითი კვება)
მშრალი მოხდილი რძე (გ)	25	80
შაქარი (გ)	70	50
ხორბლის ფქვილი	35	—
მცენარეული ზეთი (გ)	27	60
ელექტროლიტ/ მინერალური ხსნარი (მლ)	20	20
წყალი გასაზავებლად (მლ)	1000	1000
შემადგენლობა 100 მლ-ისათვის		
კილოკალორია	75	100
ცილები (გ)	1.1	2.9
ლაქტოზა (გ)	1.3	4.2
კალიუმი (მმოლ)	4.2	6.3
ნატრიუმი (მმოლ)	0.6	1.9
მაგნიუმი (მმოლ)	0.46	0.73
თუთია (მგ)	2.0	2.3
ალუმინი (მგ)	0.25	0.25
% პროტეინის კკალორია	6	12
% ცხიმების კკალორია	32	53
სითხის ოსმიური შემცველობა	334	419

[a] მოამზადეთ 4 განმავლობაში და დაამატეთ მინერალები/ვიტამინები მომზადების შემდეგ. ასეთი სახის საკვები კარგია ბავშვებისათვის, რომელთაც აწუხებთ დიზენტერია და პერსისტული დიარეა.

[b] სასტარტო კვება შეიძლება დამზადებული იყოს 35 გრ მშრალი რძისაგან, 100 გრ შაქარი, 20 გრ ზეთი, 20 მლ ელექტროლიტი/მინერალი ხსნარი და 1000 მლ წყალი. თუ იყენებთ ახალ ძროხის რძეს, გამოიყენეთ 880 მლ რძე, 75გრ შაქარი, 20 მლ ზეთი, 20 მლ ელექტროლიტი/მინერალი ხსნარი და 1000 მლ წყალი.

რეცეპტი ხელახალი კვების F-75 და F-100 ფორმულებისათვის

თუკი რძე მიუწვდომელია F-75-ის ალტერნატივა შეიძლება იყოს:

გამოიყენეთ წინასწარ მოხარშული სიმინდის-სოიოს ნაზავი

სიმინდის-სოიოს ნაზავი ან ხორბლის-სოიოს ნაზავი, 50გრ
შაქარი, 85გრ

ზეთი 25 გრ

ელექტროლიტი - მინერალების ნარევი, 20მლ

გააზავეთ 1000 მლ ანადუღარი წყლით

თუკი რძე მიუწვდომელია F-100-ის ალტერნატივა შეიძლება იყოს:

გამოიყენეთ წინასწარ მოხარშული სიმინდის-სოიოს ნაზავი

სიმინდის-სოიოს ნაზავი ან ხორბლის-სოიოს ნაზავი, 150გრ
შაქარი, 25გრ

ზეთი 40 გრ

ელექტროლიტი - მინერალების ნარევი, 20მლ

გააზავეთ 1000 მლ ანადუღარი წყლით

მკურნალობა

უზრუნველყავით თანდათანობითი გადასვლა F-75-ის საწყისი ფორმულიდან F-100 ფორმულაზე ან გამზადებულ თერაპიულ საკვებზე 2-3 დღის განმავლობაში, იმის მიხედვით, თუ რამდენად აიტანს ბავშვი.

- ჩაანაცვლეთ F-75 შესაბამისი რაოდენობის F-100-ით 2 დღის განმავლობაში. მიეცით რძეზე დამზადებული ფორმულა, F-100 შეიცავს 100 კკალ/100მლ და 2.9გ ცილა 100 მლ-ზე (იხ.რეცეპტი გვ.256) ან მზა სამკურნალო საკვები (იხ. ქვემოთ).
- მესამე დღეს F-100 რაოდენობა ყველა წარმატებული კვებისას გაზარდეთ 10 მლ-ით მანამ, სანამ საკვები არ დარჩება შეუჭმელი. ზოგადად, საკვები რჩება შეუჭმელი, როცა მისი რაოდენობა აღწევს 200 მლ/კგ დღეში.

თანდათანობითი ცვლილების შემდეგ, მიეცით:

- ხშირი კვება, შეუზღუდავი რაოდენობა
- 150-200 კილოკალ/კგ დღეში
- 4-6გ ცილა/კგ დღეში

- ხოლო მზა სამკურნალო კვების შემთხვევაში:
  - დაიწყეთ მცირე ულუფით, მაგრამ რეგულარული კვებით, გამზადებული სამკურნალო საკვებით (RUTF) და წაახალისეთ ბავშვი, რომ ხშირად იკვებოს დღის განმავლობაში (პირველად 8-ჯერ დღეში, შემდეგ 5-6 ჯერ დღეში). თუკი ბავშვს გარდამავალ ფაზაში არ

შეუძლია გამზადებული სამკურნალო საკვების მთლიანად მიღება, მაშინ ისევ მიეცით F-75-ი, მანამ სანამ არ შეძლებს გამზადებული სამკურნალო საკვების მთლიანად მიღებას.

- თუ ბავშვი ვერ იღებს რეკომენდებული გამზადებული თერაპიული საკვების ნახევარს 12 საათის განმავლობაში, მაშინ შეწყვიტეთ გამზადებული სამკურნალო საკვების მიცემა და დაუბრუნდით F-75-ს. შემდეგი 1-2 დღის განმავლობაში ისევ სცადეთ გამზადებული სამკურნალო საკვების მიცემა, სანამ ბავშვი არ მიიღებს მას ადექვატური რაოდენობით.
- თუ ბავშვი იკვებება დედის რძით, მაშინ კვება დაიწყეთ ძუძუთი და შემდეგ მიეცით გამზადებული სამკურნალო საკვები

- გარდამავალი ფაზის შემდეგ, რეაბილიტაციის ფაზაში ბავშვის მოვლა განახორციელეთ ამბულატორიულად.

მზა სამკურნალო **საკვების (500კკალ) რეკომენდებული რაოდენობა**

	გარდამავალი ფაზა 150კკალ/კგ/დღეში	რეაბილიტაციის ფაზა 200კკალ/კგ/დღეში
ბავშვის წონა (კგ)	პაკეტების რაოდენ. დღეში (92გ პაკეტი შეიცავს 500 კკალ)	პაკეტების რაოდენ. დღეში (92გ პაკეტი შეიცავს 500 კკალ)
4.0–4.9	1.5	2.0
5.0–6.9	2.1	2.5
7.0–8.4	2.5	3.0
8.5–9.4	2.8	3.5
9.5–10.4	3.1	4.0
10.5–11.9	3.6	4.5
³ 12.0	4.0	5.0

- დაიბანეთ ხელები, სანამ ბავშვს მისცემთ საკვებს

- დაისვით ბავშვი მუხლებზე და ფრთხილად შესთავაზეთ საკვები
- გაამხნევეთ ბავშვი, რომ მიიღოს გამზადებული თერაპიული საკვები საკუთარი სურვილით და არა დაძალებით
- შეთავაზეთ ფინჯანით სუფთა წყალი, როცა ბავშვი ჭამს გამზადებულ სამკურნალო საკვებს.

მეთვალყურეობა

ერიდეთ გულის უკმარისობის განვითარებას. განახორციელეთ გულის უკმარისობის განვითარების პროგნოზული ნიშნების კონტროლი (პულსის გახშირება, სუნთქვის გახშირება, კრეპიტაცია, ფილტვის ქვეშა წილებში, ღვიძლის გადიდება, (ჭენების რითმი),

ვენური წნევის მომატება). თუკი პულსის და სუნთქვის გახშირება შეინიშნება (სუნთქვა 5/ წთ-ში და პულსი 25/წთ-ში) და ეს მატება შეინიშნა 4-ჯერ საათის განმავლობაში, მაშინ:

- შეამცირეთ მიწოდებული საკვების მოცულობა 100 მლ/კგ დღეში, 24 საათის განმავლობაში.
- ამის შემდეგ თანდათანობით გაზარდეთ
  - 115მლ/კგ დღეში, მომდევნო 24 საათის განმავლობაში
  - 130 მლ/კგ დღეში, მომდევნო 48 საათის განმავლობაში
- შემდეგ კი გაზარდეთ ყოველი მომდევნო კვება 10 მლ-ით ისევე, როგორც აღწერილია ზემოთ.

შეაფასეთ პროგრესი: გარდამავალი პერიოდის შემდეგ, რეგულარულად შეამოწმეთ წონის მატება

- აწონეთ ბავშვი ყოველ დილით კვების წინ და შეადგინეთ წონის დიაგრამა
- გამოიანგარიშეთ და ჩაიწერეთ წონის მატება ყოველ 3 დღეში ერთხელ, თუ რამდენი გრ მოიმატა ბავშვმა თითოეულ დღეს.

გამოიანგარიშეთ წონის მატება

აქ განხილულია მაგალითი წონის 3 დღიანი მატების:

- ბავშვის წონა გრამებში არის =6300გრ
- სამი დღის წინ მისი წონა იყო =6000გრ

ნაბიჯი 1: გამოიანგარიშეთ წონის მატება გრამებში 6300გრ-6000გრ=300გრ

ნაბიჯი 2: გამოიანგარიშეთ საშუალო დღიური წონის მატება 300გრ : 3 დღე=100 გრ/დღეში

ნაბიჯი 3: გაყავით ბავშვის საშუალო წონა კგ-ში: 100გრ/დღეში : 6.15კგ=16.3 გრ/კგ დღეში

არადამაკმაყოფილებელი წონის მატება არის:

- (<5გრ/კგ დღეში), მაშინ ბავშვი საჭიროებს ხელახალ შეფასებას
- საშუალო (5-10 გრ/კგ დღეში), შეამოწმეთ იყო თუ არა საკვების ადეკვატური მიღება ან ხომ არ გამოგრჩათ ინფექცია
- კარგი (>10გრ/კგ დღეში)

7.4.9 სენსორული სტიმულაცია

უზრუნველყავით

- უსაფრთხო, მხიარული სიყვარულით სავსე გარემო
- 15-30 წთ/ დღეში ჩაუტარეთ სტიმულაცია
- ჩართეთ ფიზიკური აქტიობები, როგორც კი ბავშვი კარგად იგრძნობს თავს
- ხელი შუწყვეთ დედის ჩართულობას პროცესებში (მოვლაში,

კვებაში, დაბანაში და თამაშებში)
ბავშვი უზრუველყავით შესაფერისი სათამაშოებით და შეუქმენით სათამაშო პირობები (იხ.გვ 371)

7.4.10 მძიმე მწვავე მალნუტრიცია <6 თვემდე ჩვილებში

მძიმე მწვავე მალნუტრიცია <6 თვემდე ჩვილებში უფრო ნაკლებად გვხვდება, ვიდრე მომდევნო თვეებში. ასეთ დროს საჭიროა მალნუტრიციის ორგანული მიზეზების გამოკვლევა და შესწავლა. საჭიროების შემთხვევაში უნდა დაიწყოთ მკურნალობა. <6 თვემდე ასაკის ჩვილები, რომელთაც აღენიშნებათ მძიმე, მწვავე მალნუტრიცია ნებისმიერი თანმხლები გართულებით უნდა იყვნენ ჰოსპიტალიზებული:

- შესწავლილი უნდა იყოს საშიშროების ნიშნები და კლინიკური მდგომარეობა
- შესწავლილი უნდა იყოს წონის მატება თუ კლება
- არაეფექტური ძუძუთი კვებისას შეაფასეთ (მოჭიდება, პოზიცია და წოვა), დააკვირდით კვების პროცესს 15-20 წუთის განმავლობაში,
- არის თუ არა შეშუპება ფეხებზე
- დეტალურ შეფასებას საჭიროებს სხვა სამედიცინო პრობლემების არსებობა.
- სოციალური საკითხები ასევე მოითხოვენ დეტალურ შეფასებას ან ინტენსიურ ჩარევას (მაგალითად, უნარშეზღუდულობა ან დეპრესია ბავშვის მომვლელის, ან სხვა სოციალური გარემოებები)

მკურნალობა

- ჩვილი ზემოთ აღნიშნული პრობლემებით უნდა იქნეს მოთავსებული სტაციონარში
- მიეცით პარენტერალურად ანტიბიოტიკები შესაძლო სეფსისის მკურნალობისათვის და შესაფერისი მკურნალობა სხვა გართულებების შემთხვევაში.
- უზრუნველყავით ეფექტური ექსკლუზიური ძუძუთი კვება. თუ ეს შეუძლებელია მაშინ ჩაანაცვლეთ კვება ხელოვნური ფორმულით, ოღონდ მომვლელს მიეცით დეტალური ინსტრუქცია საკვების უსაფრთხოდ მომზადებისა და გამოყენების შესახებ.
- ჩვილებს მძიმე მწვავე მალნუტრიციითა და შეშუპებით, მიეცით ჩვილის საკვები ფორმულა ან F-75 ან განზავებული F-100 იმის მიხედვით, რომელია უმჯობესი მოცემულ მომენტში.

კვებითი რეაბილიტაციის დროს, შეიძლება გამოიყენოთ ბაზისური რეკომენდაციები რომელიც მოწოდებულია უფრო დიდი ბავშვებისათვის; მაგრამ 6 თვეზე ნაკლები ასაკის ჩვილებს

ნაკლებად აქვთ უნარი გამოყონ მარილები და შარდოვანა შარდით, განსაკუთრებით ცხელ კლიმატის პირობებში. ქვემოთ შემოთავაზებულია დიეტა, რომელიც გამოიყენება სტაბილიზაციის ფაზისას:

- ძუძუთი კვება (თუ შესაძლებელია ხშირად)
- კვების ფორმულა

შეაფასეთ დედის ან მომვლელის ფიზიკური და მენტალური სტატუსი, საჭიროების შემთხვევაში უზრუნველყავით მისი მკურნალობა ან დახმარება.

ბინაზე გაწერა

6 თვეზე მცირე ასაკის მქონე ჩვილი, რომელიც იმყოფებოდა კლინიკაში შეიძლება გადაყვანილ იქნეს ამბულატორიულ მკურნალობაზე, თუ:

- ყველა კლინიკური გართულება, შეშუპების ჩათვლით, ალაგებულია ან მკურნალობა წარმატებით მიმდინარეობს
- ძუძუთი კვება ეფექტურია ან ბავშვი კარგად იკვებება
- წონაში იმატებს, ჯანმოს მასის მატების სტრანდარტზე მეტად ან 5გრ/კგ/დღეში 3 დღის განმავლობაში.

გაწერის წინ ბავშვის ვაქცინაციის სტატუსი უნდა იყოს შეფასებული და საჭიროების შემთხვევაში ჩაუტარდეს. ვაქცინაცია დედა ან მომვლელი ჩართული უნდა იყოს მონიტორინგისა და მოვლის პროცესში. ხოლო ამბულატორიული მკურნალობიდან მოხსნა უნდა მოხდეს მას შემდეგ, როდესაც:

- ძუძუთი კვება და ჩანაცვლებითი კვება წარმატებული
- გამოვლინება წონის ადექვატური მატება
- წონისა და სიგრძის შეფარდება იქნება ასაკის შესაბამისი ან მეტია ვიდრე -2 z-ქულა (სტანდარტული გადახრა)

7.5 მალნუტრაციასთან ასოცირებული მკურნალობა

7.5.1 მხედველობის პრობლემები

თუ ბავშვს აქვს A ვიტამინის დეფიციტის ნიშნები

- მიეცით A ვიტამინი ორალურად პირველ მე-2 და მე-14 დღეს (ასაკი <6 თვე, 50 000 ს.ე.; ასაკი 6-12 თვე, 100 000 ს.ე; უფრო მეტი ასაკის ბავშვებში 200 000 ს.ე). თუკი პირველი დოზა მიცემული იყო რეფერალის განმახორციელებელ სამედიცინო დაწესებულებაში, მაშინ მიეცით A ვიტამინი მხოლოდ პირველ და მე-14 დღეს.

თუკი არსებობს რქოვანას შემღვრევის ან დაწყლულების საშიშროება, დაიცავით რქოვანა დაზიანებისაგან და ბროლი ამოვარდნისაგან.

- ჩააწვეთეთ ქლორამფენიკოლის (chloramphenicol) ან ტეტრაციკლინის (tetracycline) თვალის წვეთები 4-ჯერ დღეში,

საჭირეობის მიხედვით, 7-10 დღე

- ჩააწვეთეთ ატროპინის თვალის წვეთები, ერთი წვეთი დღეში სამჯერ, 3-5 დღე
- დააფარეთ თვალებზე მარილწყალში დასველებული ტამპონი
- გადაუხვიეთ

7.5.2 მძიმე ანემია

სისხლის გადასხმა უნდა განხორციელდეს მხოლოდ პირველ 24 საათის განმავლობაში თუ;

- Hb არის <4გრ/დლ
- Hb არის <4გრ/დლ და ბავშვს აქვს რესპირაციული დისტრესი

მძიმე მწვავე მალნუტრიციისას სისხლის გადასხმა უნდა მოხდეს ნელნელა და მცირე მოცულობით, ვიდრე ნორმალურად ნაკვებ ბავშვებში

- სისხლის მოცულობა 10მლ/კგ, ნელა 3 საათის განმავლობაში
- ფუროსემიდი (furosemide), 1 მგ/კგ IV ტრანფუზიის დაწყებისას

თუ ბავშვი აქვს გულის უკმარისობის ნიშნები მიეცით 10მლ/კგ ერითროციტარული მასა, რადგან სისხლის გადასხმამ შეიძლება გააუარესოს მდგომარეობა. ბავშვებს, რომელთაც აქვთ მძიმე მწვავე მალნუტრიცია და შეშუპება შეიძლება ჰქონდეს სითხის გადანაწილების გამო დაბალი Hb, რაც არ მოითხოვს სისხლის გადასხმას.

მეთვალყურეობა

აწარმოეთ პულსისა და სუნთქვის სიხშირის კონტროლი, მოისმინეთ ფილტვები, გამოიკვლიეთ მუცელი, ღვიძლის ზომა და გაზომეთ ღრუ ვენის წნევა სისხლის გადასხმიდან 15 წუთის შემდეგ.

- თუ პულსის ან სუნთქვის სიხშირე გაიზარდა (სუნთქვის სიხშირე გაიზარდა 5-ით წუთში ან პულსი 25-ით წუთში), სისხლი გადაუსხით ნელა.
- თუ ფილტვის ქვედა წილებში კრეპიტაცია მოისმინება ან ღვიძლმა მოიმატა ზომაში, შეწყვიტეთ ტრანსფუზია და მიეცით ბავშვს ფუროსემიდი 1მგ/კგ ინტრავენურად.

გაითვალისწინეთ: ტრანსფუზიის შემდეგ, მიუხედავად იმისა, Hb დაბალია თუ არა, არ გაიმეოროთ ტრანსფუზია Hb დონის მიხედვით ან 4 დღის განმავლობაში

7.5.3 კანის დაზიანება კვაშიორკორის დაავადების დროს

თუთიის დეფიციტი ხშირად გვხვდება ბავშვებში კვაშიორკორის

დაავადების დროს, თუთიის მიცემის შემდეგ მათი კანის მდგომარეობა სწრაფად უმჯობესდება. დამატებით:

- აბანავეთ ან დაუსველეთ დაზიანებული ადგილების 0.01%-იანი კალიუმის პერმაგანატის ხსნარით (potassium permanganate solution) დღეში 10 წუთით
- წაუსვით მალამო (თუთიის და აბუსალათინის მალამო, ვაზელინი) უხეშ ადგილებზე და კალიუმის პერმაგანატით და ნისტატინის მალამოთი დაამუშავეთ დაზიანებულ ადგილები

მოერიდეთ საფენების გამოყენებას. შორისი, ყოველთვის უნდა იყოს მშრალი

7.5.4 გახანგრძლივებული დიარეა

მკურნალობა

ლამბლიოზი

თუ შესაძლებელია გააკეთეთ განავლის ანალიზი

- თუ გიარდია ლამბლიის ცისტები ან ტროპოზოიტები განავალში აღმოჩნდა, მიეცით მეტრონიდაზოლი (7.5მგ/კგ ყოველ 8 საათში) 7 დღის განმავლობაში. თუ შეუძლებელია ანალიზის გაკეთება, ან კლინიკური ნიშნები მიუთითებს ლამბლიოზის არსებობაზე უმკურნალეთ მეტრონიდაზოლით.

ლაქტოზის აუტანლობა

იშვიათად დიარეის მიზეზი შეიძლება გახდეს ლაქტოზის აუტანლობა. ლაქტოზის აუტანლობის დიაგნოზი შეძლება დაისვას, თუკი მწვავე წყლიანი დიარეა აღინიშნა ძუძუთი კვების დაწყებისთანავე და თუ მდგომარეობა უმჯობესდება, როცა წყდება ძუძუთი კვება. საწყისი F-75 შეიცავს დაბალი რაოდენობით ლაქტოზას. გამონაკლის შემთხვევებში:

- ჩაანაცვლეთ რძით კვება იოგურტით ან ისეთი კვების ფორმულით, რომელიც არ შეიცავს ლაქტოზას.
- თანდათანობით დაიწყეთ ლაქტოზით კვება რეაბილიტაციის სტადიაში

ოსმოსური დიარეა

ოსმოსური დიარეა მოსალოდნელია, თუ დიარეა უარესდება ჰიპეროსმალური F-75-ის ფონზე, როცა შაქრის შემცველობა და ოსმოსურობა მცირდება. ამ შემთხვევაში:

- გამოიყენეთ ხორბლით მომზადებული F-75 (იხ. რეცეპტი, გვ. 256) ან თუ აუცილებელია, ქარხნულად დამზადებული იზოტონური F-75-ი.
- თანდათანობით მიეცით ბავშვს შემანარჩუნებელი F-100 ან

გამზადებული სამკურნალო საკვები

7.5.5 ტუბერკულოზი

თუ ეჭვი გაქვთ ტუბერკულოზზე, მაშინ:

- ბავშვს ჩაუტარეთ მანტუს ტესტი (გაითვალისწინეთ, რომ ხშირია ცრუ-უარყოფითი შედეგები)
- გაუკეთეთ გულმკერდის რენტგენი, თუ შესაძლებელია.

თუ მიღებული შედეგები დადებითია ან ტუბერკულოზზე სერიოზული ეჭვი გაქვთ, მაშინ უმკურნალეთ ბავშვს ტუბერკულოზის ნაციონალური გაიდლაინით.

7.6 სტაციონარიდან გაწერა და შემდგომი მეთვალყურეობა

7.6.1 გადაყვანა ამბულატორიულ მკურნალობაზე

ბავშვები, რომლებიც მკურნალობდნენ სტაციონარში მძიმე მწვავე მალნუტრიციის გამო შეიძლება გადაყვანილი იქნან ამბულატორიულ მეთვალყურეობაზე რეაბილიტაციის ფაზაში. სოციალური ფაქტორები, რომლებიც დაკავშირებულია ოჯახთან, დედასთან და ოჯახის სხვა ბავშვებთან უნდა იქნეს გათვალიწინებული და ის ბავშვები, რომელთაც სოციალურ ფაქტორებთან დაკავშირებული პრობლემები არ აქვთ შეიძლება გადაყვანილი იქნან ამბულატორიულ მეთვალყურეობაზე. სიფრთხილით შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა და თემის დახმარების შესაძლებლობა. ბავშვს ესაჭიროება მზრუნველობა რეაბილიტაციის დასრულებისათვის, ამასთან ზომები უნდა იქნეს გატარებული პრევენციისათვის.

გადაწყვეტილება ბავშვის ამბულატორიულ მკურნალობაზე გადაყვანასთან დაკავშირებით არ უნდა მიიღოთ, მხოლოდ ანთროპომეტრიულ მონაცემებსა და წონის შესაბამისობაზე სიგრძესა და სიმაღლესთან დაყრდნობით. ბავშვის გადაყვანა ამბულატორიულ მკურნალობაზე ან სპეციალურ ნუტრიციულ პროგრამაზე უნდა მოხდეს, თუკი:

- პარენტერელური ანტიბიოტიკური მკურნალობა დამთავრებულია, კლინიკურად ბავშვი არის კარგად
- თანმხლები სამედიცინო პრობლემები ნამკურნალებია
- კვების სურვილი სრულად დაუბრუნდა და ბავშვი იკვებება კარგად
- შეშუპება შემცირებული ან მთლიანად ალაგებულია (თუ ბავშვს ჰქონდა შეშუპება)

აუცილებელია მშობლების მომზადება ამბულატორიული მკურნალობისათვის ან სპეციალური ნუტრიციული პროგრამისათვის (სადაც ეს შესაძლებელია). თხოვეთ

ბავშვის მომვლელს, რომ ბავშვი რეგულარულად მოიყვანოს შემოწმებისათვის, სამკურნალო საკვების მისაღებად და ასევე თხოვეთ მას რომ ყურადღება გაამახვილოს ბავშვის ვაქცინაციასა და საკმარისი რაიდენობით იღებს თუ არა ბავშვი A ვიტამინს.
დედამ ან მომვლელმა უნდა:

- უზრუნველყონ ბავშვის მოვლა
- გაიარონ სპეციალური კონსულტაცია ბავშვის კვების შესახებ (საკვების სახეობა, რაოდენობა, სიხშირე)
- ჰქონდეთ რესურსი ბავშვის კვებისათვის. მშობლებს უნდა მიაწოდონ ინფორმაცია, როგორ უნდა მოიქცეს

7.6.2 ნუტრიციული მკურნალობის დასრულება

ბავშვებმა, რომელთაც აქვთ მძიმე მწვავე მალნუტრიცია, უნდა დაასრულონ ნუტრიციული მკურნალობა, როცა:

- წონა შეესაბამება სიმაღლეს/სიგრძეს ან მეტია ვიდრე -2 Z-score და მათ არ აღენიშნებათ შეშუპება ბოლო 2 კვირის მანძილზე.
- მხრის შუა ნაწილის გარშემოწერილობა არის ტოლი ან 125 მმ-ზე მეტი და მათ არ აღენიშნებათ შეშუპება ბოლო 2 კვირის მანძილზე.

გადაწყვეტილება დამყარებული უნდა იყოს იგივე ანთროპომეტრიულ ინდიკატორებზე, რაც იყო პაციენტის მიღებისას. თუ კი იყო მხრის გარშემოწერილობა გამოყენებული, მაშინ მისი გამოყენება ისევ შეიძლება ინდიკატორად, იგივე შეიძლება ითქვას წონის შესაბამისობაზე სიმაღლე/სიგრძესთან. ბავშვები, რომელთაც მკურნალობა დაეწყოთ ბილატერალური შეშუპების ფონზე მათი გაწერის კრიტერიუმი შეიძლება იყოს მხრის გარშემოწერილობა ან წონის შესაბამისობა სიმაღლე/სიგრძესთან. ინიკატორები უნდა იყოს გამოყენებული ნაციონალური გაიდლაინებზე დაფუძნებით. წონაში მატების პროცენტული მაჩვენებელი არ შეიძლება გამოყენებული იქნას, როგორც გაწერის კრიტერიუმი.
ბავშვის კვება უნდა განხორციელდეს სულ მცირე, 5-ჯერ დღეში. საკვები უნდა შეიცავდეს 100 კკალ და 2-3 გრ ცილას ყოველ 100 გრამ საკვებზე. აუცილებელია ხშირი კვება მაღალი კალორიულობის და ცილის შემცველობის საკვებით. დედა უნდა იქნეს კონსულტირებული შესაფერისი საკვების მიწოდებაზე.

- მიეცით შესაფერისი საკვები (შესაფერისი ხარისხის საკვები) სულ მცირე 5-ჯერ დღში
- წაახალისეთ ბავშვი, რომ საკვების ყოველი ულუფა მიირთვას ბოლომდე.
- კვებეთ ძუძუთი, რამდენჯერაც მოითხოვს

7.6.3 მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება

ამბულატორიული მკურნალობის დასრულების წინ შეადგინეთ ბავშვის ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის გეგმა მის სრულ გამოჯანმრთელებამდე. დაუკავშირდით ამბულატორიულ გამყოფილებას და ნუტრიციული რეაბილიტაციის ცენტრს (თუკი ასეთი არსებობს), ადგილობრივ სამედიცინო კლინიკას ან მედიცინის მუშაკს, რომელიც აიღებს ბავშვის ჯანმრთელობაზე მეთვალყურეობის პასუხისმგებლობას. ჩვეულებრივ, გაწერის შემდეგ ბავშვი უნდა აიწონოს კვირაში ერთხელ.

თუკი ბავშვმა წონაში არ მოიმატა 2 კვირის განმავლობაში ან მოიკლო წონაში ორ გაზომვას შორის, განუვითარდა შეშუპება ან დაუქვეითდა საკვების მიღების სურვილი, მაშინ ისევ უნდა მოხდეს მისი ჰოსპიტალიზაცია. ნუტრიციული მკურნალობის დასრულების შემდეგ, გართულებების თავიდან აცილების მიზნით, ბავშვი პერიოდულად უნდა გაკონტროლდეს.

7.7 მოვლის და მკურნალობის ხარისხის კონტროლი

7.7.1 სიკვდილიანობის აუდიტი

სტაციონარში აუცილებელია სტატისტიკური მონაცემების წარმოება, როგორც საავადმყოფოში მოთავსებისა და გაწერის, ასევე ბავშვთა სიკვდილის ზუსტი შემთხვევების აღრიცხვა. რეგისტრირებისას უნდა იყოს მითითებული ზუსტი ინფორმაცია ბავშვის შესახებ (წონა, ასაკი და სქესი), საავადმყოფოში მოთავსების დრო, გაწერის ან გარდაცვალების თარიღი და დრო.

მალნუტრისტის შემთხვევაში ბავშვის სიკვდილი ყველაზე ხშირად შეიძლება გამოიწვიოს შემდეგმა მდგომარეობებმა:

- 24 საათის განმავლობაში: ჰიპოგლიკემიის მკურნალობის დაგვიანება, ჰიპოთერმია, სეპტიცემია ან მძიმე ანემია, რეჰიდრატაციისას არასწორი სითხის ან სითხის არასწორი მოცულობით მიწოდება ან ინტრავენური სითხეების ჭარბი გამოყენება.
- 72 საათის განმავლობაში: შეამოწმეთ ხომ არ იყო ბავშვისათვის მიწოდებული კვების არასწორი ფორმულა ან მიცემული საკვების მოცულობა იყო მცირე. შეამოწმეთ, იყო თუ არა მიცემული კალიუმი და ანტიბიოტიკები
- 72 საათის შემდეგ: შეამოწმეთ ხომ არ ჰქონდა ბავშვს ნოზოკომური ინფექციები, გულის უკმარისობა და აივ ინფექცია.
- ღამით: ღამით შესაძლებელია დაიღუპოს ბავშვი ჰიპოთერმიის ან საკვების ნაკლებობის გამო
- როცა იწყება F-100 ან RUTF-ი, მაშინ ბავშვის სიკვდილის მიზეზი შეიძლება გახდეს საკვების ცვლილება.

7.7.2 წონის მატება რეაბილიტაციის დროს

ჩვეულებრივ აწონა უნდა მოხდეს სტაციონარში. სასწორის კალიბრაცია უნდა გააკეთოთ ყოველდღიურად. აწონეთ ბავშვი ყოველდღიურად ერთსადაიმავე დროს (მაგალითად, დილით). ტანსაცმლის გახდის შემდეგ (მაგრამ დაიცავით ბავშვი გადაცივებისაგან).

წონის მატება შეიძლება დავყოთ შემდეგნაირად:

- არადამაკმაყოფილებელი: < 5 გრ/კგ დღეში
- საშუალო: 5-10 გრ/კგ დღეში
- კარგი: >10 გრ/კგ დღეში

თუ წონის მატება <5 გრ/კგ დღეში, მაშინ გამოარკვიეთ მიზეზები:

- განიხილეთ ჩატარებული მკურნალობის მეთოდები
- საჭიროების შემთხვევაში დაიწყეთ ბავშვის მკურნალობა თავიდან.

ქვემოთ განხილულია ზოგადი რეკომენდაციები, რომლებზედაც უნდა გაამახვილოთ ყურადღება იმ შემთხვევაში, თუ ბავშვი ცუდად იმატებს წონაში.

არაადეკვატური კვება

შეამოწმეთ:

- მიეცა თუ არა ბავშვს საკვები ღამით
- მიცემული კალორიებისა და ცილების რაოდენობა. არის თუ არა სწორად გაკეთებული ჩანაწერები შეთავაზებული და დარჩენილი საკვების შესახებ? არის თუ არა საკვების რაოდენობა გამოანგარიშებული ისე, რომ ბავშვმა წონაში მოიმატოს? აქვს თუ არა ბავშვს გულისრევა ან ღეჭავს თუ არა დიდი ხანი საკვებს?
- კვების ტაქტიკა: მიეცა თუ არა ბავშვს საკვები შეუზღუდავი რაოდენობით და სიხშირით?
- მზრუნველობის ხარისხი: არის თუ არა სამედიცინო პერსონალი მომთმენი, ფრთხილი, მოტივირებული და მოსიყვარულე?
- საჭმლის მომზადების ასპექტები: სასწორი, ინგრედიენტების აწონა, შერევა, გასინჯვა, ჰიგიენური შენახვის პირობები, ადეკვატური შეზავება.
- არის თუ არა საკვები რომელიც ეძლევა ბავშვს საკმაოდ კალორიული?
- არის თუ არა მულტივიტამინებით საკმაოდ გაჯერებული? და შეამოწმეთ საკვების ვარგისიანობის ვადა.
- მოამზადეთ მინერალური მიქსი. შეამოწმეთ, სწორად არის მომზადებული თუ არა. თუ იმყოფებით ჩიყვის ენდემურ რეგიონში, შეამოწმეთ კალიუმის იოდატი თუ არის დამატებული

ელექტროლიტ/მინერალების მიქსში (12 მგ/2500მლ), ან მიეცით ყველა ბავშვს ლუგოლის ხსნარი (5-10 წვეთი დღეში).

- თუ ბავშვს ეძლევა დამატებითი საკვები, შეამოწმეთ, შეიცავს თუ არა საკვები ელექტრო/მინერალურ სითხეს.

ინფექცია, რომლის მკურნალობა განხორციელდა არასრულყოფილად

თუკი კვება არის ადეკვატური და არ არის დარღვეული ადსორბცია, მაშინ ივარაუდეთ ფარული ინფექციის არსებობა, მით უმეტეს თუ ადგილი აქვს განმეორებით შეშუპებას, ჰიპოგლიკემიასა და ჰიპოთერმიას. ეს შეიძლება იყოს ისეთი ინფექცია, როგორიცაა საშარდე გზების ინფექცია, ოტიტი, ტუბერკულოზი და ჟიარდიოზი. ამ შემთხვევაში:

- გამოიკვლიეთ ბავშვი ხელახლა
- გამოიკვლიეთ შარდი სისხლის თეთრ უჯრედებზე (ლეიკოციტებზე)
- გამოიკვლიეთ განავალი
- თუ შესაძლებელია, ბავშვს გაუკეთეთ რეტგენოლოგიური გამოკვლევა

გააგრძელეთ მკურნალობა დადასტურებული დიაგნოზის მიხედვით

აივ ინფექცია/ შიდსი

აივ ინფიცირებული ან შიდს-ით დაავადებული ბავშვი შეიძლება განიკურნოს მალნუტრიციისაგან, მაგრამ განკურნება საჭიროებს ხანგრძლივ პერიოდს. ამასთან მკურნალობისას წარუმატებლობა ძალზე ხშირია. თავდაპირველი მკურნალობა აივ ინფექცირებული ან შიდსის დაავადებული ბავშვისათვის იგივეა, რაც აივ-ნეგატიური ბავშვებისთვის.

სხვა აივ ინფექციასთან დაკავშირებული საკითხები იხ. მე-8 თავში

ფსიქოლოგიური პრობლემები

დააკვირდით ბავშვის ნორმიდან გადახრილ ქცევას. სტერეოტიპულ მოძრაობებს (რხევა), თვითსტიმულაცია რეგურგიტაციის საშუალებით) და ყურადღების მიპყრობის სურვილს. მოექეცით ბავშვს ყურადღებითა და მზრუნველობით. დაარიგეთ დედა, რომ მეტი დრო გაატაროს ბავშვთან ერთად და ეთამაშოს მას.

შენიშვნა

თავი 8 ბავშვები აივ ინფექციით/შიდსით

8.1 აივ სტატუსის დადგენა ავადმყოფ ბავშვებში 279
8.1.1 კლინიკური დიაგნოზი 279
8.1.2 კონსულტაცია აივ ინფექციაზე 281
8.1.3 აივ ინფექციის ტესტირება და დიაგნოსტირება 283
8.1.4 კლინიკური საფეხურები 284
8.2 როდის დავიწყოთ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა 288
8.2.1 ანტირეტროვირუსული წამლები 288
8.2.2 როდის უნდა დაიწყოს ანტირეტროვირუსული თერაპია 291
8.2.3 გვერდითი ეფექტები და მეთვალყურეობა 292
8.2.4 როდის უნდა შეიცვალოს მკურნალობა 295
8.3 აივ ინფიცირებული ბავშვის მოვლა 297
8.3.1 ვაქცინაცია 297
8.3.2 პროფილაქტიკა კო–ტრიმოქსაზოლით 298
8.3.3 კვება 300
8.4 აივ ინფექციასთან დაკავშირებული მდგომარეობების მენეჯმენტი 301
8.4.1 ტუბერკულოზი 301
8.4.2 პნევმოცისტური პნევმონია 302
8.4.3 ინტერსტიციული პნემონია 304
8.4.4 სოკოვანი ინფექცია 304
8.5 დედიდან შვილზე შიდს-ის გადაცემის პრევენცია და ჩვილთა კვება 306
8.5.1 დედიდან შვილზე შიდს-ის გადაცემის პრევენცია 306
8.5.2 ჩვილის კვება აივ ინფექციისთან კონტექსში 307
8.6 შემდგომი დაკვირვება 309
8.6.1 ჰოსპიტალიდან გაწერა 309
8.6.2 რეფერალი 309
8.6.3 შემდგომი კლინიკური დაკვირვება 310
8.7 პალიატური და ცხოვრების ბოლო წლების მზრუნველობა 310
8.7.1 ტკივილის კონტროლი 311
8.7.2 ანორექსიის, გულისრევის და ღებინების მართვა 312
8.7.3 ნაწოლების პრევენცია და მკურნალობა 312
8.7.4 პირის ღრუს მოვლა 312
8.7.5 სასუნთქი სისტემის მენეჯმენტი 313
8.7.6 ფსიქოლოგიური დახმარება 313

ზოგადად, აივ ინფიცირებულ ბავშვებში სპეციფიკური სამედიცინო პრობლემების მოგვარება ისეთივე სქემით უნდა მოხდეს, როგორც არა ინფიცირებულ ბავშვებში (იხ. თავი 3-7). აივ ინფიცირებულ ბავშვებში ინფექციები იგივე პათოგენებით არის გამოწვეული, რომლითაც ინფიცირდებიან აივ ნეგატიურ ბავშვები. თუმცა აივ ინფექციის შემთხვევაში ინფექციები უფრო ხშირად გვხვდება და გაცილებით სერიოზული გართულებებით მიმდინარეობს. ასევე უნდა აღინიშნოს, რომ აივ ინფიცირებულ ბავშვებში ზოგიერთი ინფექცია გამოწვეულია ისეთი პათოგენებით, რომლებიც იშვიათად გვხვდება.

ბევრი აივ ინფიცირებული ბავშვი იღუპება ბავშვთა ასაკში გავრცელებული დაავადებებით, ზოგიერთი ამ დაავადებების პრევენცია შეიძლება მათი დროული დიაგნოსტიკისა და სწორი მენეჯმენტის შემთხვევაში ან რუტინული გეგმიური ვაქცინაციითა და კვების გაუმჯობესებით. აივ ინფიცირებულ ბავშვებს აქვთ გაზრდილი რისკი სტაფილოკოკური და პნევმოკოკური ინფექციებისა და ტუბერკულოზის. ბავშვების სიცოცხლის გადარჩენა შესაძლებელია აივ ინფექციის დროული გამოვლენითა და ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დროული დაწყებით. ასევე აივ ინფიცირებულთა კო-ტრიმოქსაზოლით პროფილაქტიკით. ყველა ჩვილისა და ბავშვის აივ სტატუსი უნდა იქნეს დადგენილი სამედიცინო დაწესებულებასთან მისი პირველი კონტაქტისთანავე. საუკეთესო შემთხვევაში უმჯობესია ბავშვის აივ სტატუსი დადგინდეს დაბადებისთანავე.
მე-8 თავში მოცემულია საკითხები, რომლებიც მოიცავს აივ ინფექცია/შიდსის მენეჯმენტის მთავარ საკითხებს ბავშვებში. მათ შორის; აივ ინფექციის დიაგნოსტიკა, კონსულტირება და ტესტირება, დაავადების მიმდინარეობის სტადიები, ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, აივ ინფექციასთან დაკავშირებული პრობლემების მენეჯმენტი, მზრუნველობა, ძუძუთი კვება, კლინიკიდან გაწერის გეგმა და პალიატიური მკურნალობა ტერმინალურ მდგომარეობაში მყოფი ბავშვებში.

8.1 აივ სტატუსის დადგენა ავადმყოფ ბავშვებში

8.1.1 კლინიკური დიაგნოზი

აივ ინფექციის კლინიკა სხვადასხვანაირად ვლინდება ბავშვებში. ჩვეულებრივ, აივ ინფიცირებულ ბავშვებს კლინიკური ნიშნები ცხოვრების პირველ წელს უვლინდებათ. ზოგიერთ შემთხვევაში იგი მიმდინარეობდეს ასიმპტომურად ან 1 წლის განმავლობაში

დუნედ და ასეთ შემთხვევაში ბავშვის სიცოცხლე ხანგრძლივდება რამდენიმე წლით.

კლინიკური გამოცდილება გვიჩვენებს, რომ აივ ინფექციით პერინატალურად დაინფიცირებული ბავშვები, რომლებიც არ ღებულობენ ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას, იყოფიან შემდეგ კატეგორიებად.

- აივ ინფექციის სწრაფი პროგრესირებისას (25-35%) ბავშვები იღუპებიან სიცოცხლის პირველ წელს. ასეთ შემთხვევებში, შესაძლებელია ბავშვები დაინფიცირდნენ მუცლად ყოფნის პერიოდში ან პოსტნატალურ პერიოდში,
- ბავშვებს, რომელთაც სიმპტომები უვითარდებათ სიცოცხლის პირველ წელს, იღუპებიან 3-5 წლის ასაკში (50-60%)
- ბავშვები, რომელთაც სიმპტომები გვიან უვითარდებათ, ჩვეულებრივ ცოცხლობენ 8 წლამდე (25%). მათ უვითარდებათ ლიმოიდური ინტერსტიციალური პნევმონია და ზრდაში ჩამორჩენა, აქვთ დაბალი წონა და სიმაღლე ასაკთან შედარებით.

აივ ინფექციაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ იმ შემთხვევაში თუ ბავშვს აღენიშნება ისეთი ნიშნები ან სიმპტომები, რომლებიც ჩვეულებრივ არ გვხვდება აივ პოზიტიურ ბავშვებში.

აივ ინფექციაზე ეჭვი შეიძლება მივიტანოთ:

- განმეორებითი ინფექციის შემთხვევაში: ბაქტერიული ინფექციის სამი ან მეტი ეპიზოდი (როგორიცაა, პნევმონია, მენინგიტის, სეფსისი, შემაერთებელი ქსოვილის ანთება) ბოლო 12 თვის განმავლობაში.
- პირის ღრუს დაზიანება: ერითემა და თეთრი-რძისფერი ფსევდომემბრანული ფოლაქი სასაზე, ღრძილებზე და პირის ღრუს ლორწოვან გარსზე. ნეონატალური პერიოდის შემდეგ აივ ინფიცირებულ ბავშვებში, პირის ღრუს დაზიანებები ხშირად გრძელდება 30 დღეზე მეტი ხნის განმავლობაში, მიუხედავად ანტიბიოტიკებით მკურნალობისა. შეიძლება გავრცელდეს ენის მთელ სიგრძეზე ან განვითარდეს ოსტეოფარეგეალური კანდიდა.
- ქრონიკული პაროტიტი: უნილატერალური ან ბილატერალური ყბაყურა ჯირკვლის შეშუპება (ყურის წინ) 14 ან მეტი დღის განმავლობაში, რომელიც არის ან არ არის ასოცირებული ტკივილთან ან ცხელებასთან.
- გენერალიზებული ლიმფოადენოპათია: ლიმფური ჯირკვლების გადიდება საზარდულის მიდამოებში ორივე მხარეს, სხვა დაზიანების ნიშნების გარეშე.
- ჰეპატომეგალია სხვა ხილული დაზიანებების გარეშე: კონკურენტული ვირუსული ინფექციის არსებობის გარეშე,

როგორიცაა ციტომეგალოვირუსი.

- პერსისტული ან პერიოდულად განმეორებადი ტემპერატურა (>38 ^{0}C), რომელიც გრძელდება 7 ან მეტი დღის განმავლობაში ან ვლინდება 7 დღეში ერთხელ.
- ნევროლოგიური დისფუნქცია: პროგრესირებადი ნევროლოგიური გართულებები, მიკროცეფალია, ნერვული ღეროს განვითარების დარღვევები, ჰიპოტონია ან მენტალური დარღვევები.
- ჰერპეს ზოსტერი: მტკივნეული პაპულოზური გამონაყარი. ტიპიური კანის წყლულოვანი გამონაყარი სხეულის ერთ მხარეს.
- აივ დერმატიტი: ერითემული გამონაყარი: ტიპიური გამონაყარი მოიცავს ასევე სოკოვან ინფექციას კანზე, ფრჩხილებსა და თავის კანზე, რასაც თან ახლავს კონტაგიოზური მოლუსკის განვითარება.
- ფილტვის ქრონიკული ჩირქოვანი დაავადებები.

ნიშნები და მდგომარეობები, რომლებიც დამახასიათებელია აივ ინფიცირებული ბავშვებისათვის

აივ ინფექციაზე ეჭვი უნდა მიიტანოთ თუკი სახეზეა:

- პენვმოცისტური პნევმონია (PCP)
- პირის ღრუს კანდიდოზი
- ლიმფოციტური ინტერსტიციალური პნევმონია
- კაპოშის სარკომა
- შეძენილი რექტო-ვაგინალური ფისტულა გოგონებში

ნიშნები და მდგომარეობები, რომლებიც დამახასიათებელია აივ ინფიცირებული ბავშვებისათვის, მაგრამ ასევე გვხვდება იმ დაავადებულ ბავშვებში, რომლებიც არ არიან აივ ინფექციით დავადებულნი

- შუა ყურის ქრონიკული ანთება: ყურიდან გამონადენი გრძელდება 14 ან მეტი დღის განმავლობაში
- პერსისტული დიარეა: დიარეა გრძელდება 14 ან მეტი დღის განმავლობაში
- საშუალო ან მძიმე მწვავე მალნუტრიცია: წონის დაკარგვა ან მდგომარეობის თანდათანობით გაუარესება, წონის კლება, რაც დასტურდება ბავშვის ზრდის დიაგრამიდან. აივ ინფექციაზე ეჭვი მიიტანეთ, თუკი <6 თვის ჩვილი ძუძუთი იკვებება და არ აღენიშნება წონაში მატება.

8.1.2 კონსულტაცია აივ ინფექციაზე

აივ ინფექციაზე ტესტირება და კონსულტაცია უნდა ჩაუტარდეს ყველა ბავშვს, რომელიც მიმართავს კლინიკას სამედიცინო სერვისებისათვის. იმ შემთხვევაში თუკი ქვეყანაში აივ ინფექციის

პრევალენტობა ორსულ ქალებში შეადგენს 1%-ს. თუ ბავშვის აივ სტატუსი უცნობია, მაშინ კონსულტირება ჩაუტარეთ ოჯახს და შესთავაზეთ აივ ინფექციაზე ტესტირება.

ბავშვების უმრავლესობას აივ ინფექცია გადაეცემათ დედისაგან ვერტიკალური გზით, სავარაუდოდ მათი მშობლები აივ ინფიცირებულები არიან, თუმცა შეიძლება არ იცოდნენ ამის შესახებ. იმ ქვეყნებშიც კი, სადაც აივ ინფექციის პრევალენტობა მაღალია, ინფიცირებულთა სტიგმატიზაციაც მაღალია. ამიტომ მშობლები შეიძლება ენთუზიაზმით არ შეხვდნენ აივ ინფექციაზე ტესტის გაკეთების იდეას.

აივ ინფექციაზე კონსულტირებისას უნდა გაითვალისწინოთ, რომ ბავშვს უნდა უმკურნალოთ, როგორც ოჯახის ნაწილს და გაითვალისწინოთ აივ ინფექციასთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური პრობლემები, რომელიც აღენიშნება ბავშვებს, მშობლებსა და ოჯახის სხვა წევრებს. კონსულტირების გამწევმა პიროვნებამ უნდა გაითვალისწინოს, რომ: შეუძლებელია აივ ინფექციისაგან სრული გამოჯანმრთელება, წახალისებული უნდა იქნეს ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ადრეული დაწყება. ბავშვისათვის აუცილებელია თანადგომა და მზრუნველობა, რაც მნიშვნელოვნად ზრდის ბავშვისა და მშობლების ცხოვრების ხარისხს.

კონსულტირების გაწევას ესაჭიროება დრო და მას უნდა ატარებდეს სპეციალურად გადამზადებული პერსონალი. თუ ასეთი პერსონალი ადგილზე არ არსებობს, მაშინ მოწვეული უნდა იყოს აივ ინფცირებულთა დამხმარე ადგილობრივი ორგანიზაციებისაგან. აივ ინფექციაზე ტესტის ჩატარება უნდა იყოს ნებაყოფლობითი და დაფუძნებული ინფორმირებულ თანხმობაზე.

კონსულტაცია და ტესტირება აივ ინფექციაზე

ქვეყნებში, სადაც აივ ინფექციის პრევალენტობა მაღალია, ყველა ჩვილი თუ ბავშვი, რომელთა აივ სტატუსი უცნობია, უნდა იყოს კონსულტირებული და ტესტირებული აივ ინფექციაზე. ხშირად, ბავშვის აივ სტატუსი დგინდება, მაშინ როცა კითხულობთ დედის აივ სტატუსს ორსულობის, მშობიარობისა და მელოგინეობის ხანის დროს ან ამოწმებთ ბავშვისა ან დედის სამედიცინო ბარათს. თუ აივ სტატუსი უცნობია, მაშინ კონსულტირება და ტესტირება უნდა იქნეს შეთავაზებული შემდეგ შემთხვევებში:

- თუ ბავშვები ცხოვრობენ მაღალი აივ პრევალენტობის გარემოში (ორსულებში აივ პრევალენტობა > 1%)
- ყველა ჩვილი, რომელთაც აქვთ აივ ინფექციის რისკი უნდა იყოს ტესტირებული დაბადებისთანავე ან პირველივე

შესაძლებლობისთანავე.

- ყველა ჩვილი ან ბავშვი, რომელთაც აქვთ აივ ინფექციისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები, სიმპტომები ან მდგომარეობები უნდა იყოს გამოკვლეული აივ ინფექციაზე,
- ყველა ორსული და მათი პარტნიორები უნდა იყვნენ ტესტირებული, ქვეყანაში აივ ინფექციის მაღალი აივ ინფექციის პრევალენტობის შემთვევაში.

8.1.3 აივ ინფექციის ტესტირება და დიაგნოსცირება

პერინატალურ პერიოდში დაინფიცირებულ ჩვილების ან 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში აივ ინფექციის დიაგნოსტირება რთულია, რადგან დედის ორგანიზმიდან მემკვიდრეობით მიღებული ანტისხეულები ჯერ კიდევ შეიძლება არსებობდეს ბავშვის სისხლში. დამატებითი სირთულეები წარმოიქმნება, თუკი ბავშვი აგრძელებს ძუძუთი კვებას ან ძუძუთი იკვებებოდა. ბავშვების უმრავლესობა ანტისხეულებს კარგავს 9-18 თვეში, ამ შემთხვევაში მხოლოდ ვირუსული დატვირთვის ტესტის საშუალებით შეიძლება 18 თვემდე ბავშვის აივ სტატუსი დადგინდეს.

როცა დედას ან ბავშვს სეროლოგიური აივ ტესტი აქვს დადებითი, ამასთან ბავშვს აღენიშნება აივ ინფექციისათვის დამახასიათებელი კლინიკური ნიშნები მაგრამ ვირუსული დატვირთვის ტესტის გაკეთება არ არის ხელმისაწვდომი, ბავშვი შეიძლება იყო დიაგნოსტირებული, როგორც აივ ინფიცირებული, ხოლო ვირუსული დატვირთვის ტესტი უნდა გაკეთდეს პირველივე შესაძლებლობისთანავე.

ტესტის პასუხი უნდა იყოს კონფიდენციური და თან ახლდეს კონსულტირებისა და ინფორმირებული თანხმობის ჩანაწერები.

აივ სეროლოგიური ანტისხეულების ტესტი (ELISA ან სწრაფი ტესტი)

სწრაფი ტესტები ფართოდ ხელმისაწვდომია, იგი გამოირჩევა მაღალი მგძნობიარობით და გამოიყენება ბავშვებში 18 თვის შემდეგ დიაგნოსტირებისათვის. 18 თვემდე ბავშვებში სწრაფი აივ ტესტი არის მგძნობიარე და სარწმუნო მეთოდი აივ ინფექციის გამოვლენისათვის, თუ ბავშვი ძუძუთი არ იკვებება.

სწრაფი ტესტი გამოიყენება აივ ინფექციის სტატუსის დასადგენად მძიმე მწვავე მალნუტრიციის მქონე, ტუბერკულოზით ან სხვა აივ ინფექციისათვის დამახასიათებელი სიმპტომების მქონე ბავშვებში. 18 თვემდე ბავშვების აივ სტატუსი უნდა იყოს გამოკვლეული ვირუსული დატვირთვის ტესტების გამოყენებით რაც შეიძლება სწრაფად (იხ. ქვემოთ). თუ ეს შეუძლებელია, მაშინ გამოიყენეთ

მარტივი ტესტები 18 თვის ასაკში.

ვირუსული დატვირთვის ტესტი

ვირუსული დატვირთვის ტესტი აივ სპეციფიკური რნმ-ისა და დნმ-ის დადასტურების ყველაზე სარწმუნო მეთოდია. ამისათვის შეიძლება საჭირო იყო სისხლის ნიმუშის შესწავლისათვის გადაგზავნა სპეციალიზებულ ლაბორატორიაში. დღეისათვის, ვირუსული დატვირთვის ტესტი და აივ სპეციფიკური ტესტი ხელმისაწვდომია მრავალ ქვეყანაში. ტესტი შედარებით იაფი და სტანდარტულია და შეიძლება გაკეთდეს სისხლის მშრალი წვეთითაც. ის შეიძლება განხორციელდეს:

- აივ სპეციფიკური დნმ-ის შესწავლა სისხლის ნიმუშში ან სისხლის მშრალ წვეთში
- აივ სპეციფიკური რნმ-ის შესწავლა პლაზმაში ან სისხლის მშრალ წვეთში
- ულტრასენსიტიური p24 ანტიგენის შესწავლა პლაზმაში ან სისხლის მშრალ წვეთში.

ერთი პოზიტიური ვირუსული დატვირთვის ტესტი 4-8 კვირის ჩვილებში, წარმოადგენს დიაგნოსტირებისათვის სარწმუნო მონაცემს. ანტირეტროვირუსული მკურნალობა უნდა დაიწყოს დაუყოვნებლივ, ამასთან, საჭიროა მეორე ნიმუშის გამოკვლევა იმისათვის, რომ საბოლოოდ დარწმუნდეთ აივ ინფექციის არსებობაში.

თუკი ბავშვი ჯერ კიდევ ძუძუთი იკვებება და ვირუსული დატვირთვის ტესტი არის უარყოფითი, ტესტი უნდა განმეორდეს 6 კვირაში ძუძუთი კვების შეწყვეტიდან.

ვირუსული დატვირთვის ტესტის შედეგები უნდა იყოს მიწოდებული კლინიკისათვის, ბავშვისა და დედისათვის ან მომვლელისათვის რაც შეიძლება სწრაფად ან ტესტის გაკეთებიდან 4 კვირის განმავლობაში.

აივ ინფექციის დიაგნოსტიკა ბავშვებში, რომლებიც ძუძუთი იკვებებიან

ძუძუთი კვებისას ბავშვი იმყოფება აივ ინფიცირებული დედიდან დაინფიცირების რისკის ქვეშ. ძუძუთი კვება არ უნდა შეწყდეს აივ ტესტის გაკეთების მიზნით. ნეგატიური ტესტის ინტერპრეტაციისას უნდა გვახსოვდეს, რომ ძუძუთი კვების აკრძალვიდან 6 კვირაა საჭირო, იმისათვის, რომ დარწმუნებით ვიმსჯელოთ ბავშვის აივ სტატუსზე.

8.1.4 კლინიკური საფეხურები

ბავშვებში, აივ ინფექციის დადასტურებული დიაგნოზით ან ეჭვით ინფექციაზე, კლინიკური მზრუნველობისას შეიძლება დადგინდეს იმუნური სისტემის დაზიანების ხარისხი, შეიქმნას მკურნელობის და მზრუნველობის გეგმა.

კლინიკური საფეხურები მოიცავს მთელ რიგ მიდგომებს, რომელიც მიმართულია მდგომარეობის გასაუმჯობესებლად. ანტირეტროვირუსული მკურნალობის ადრეული დაწყება მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პროგნოზს. ამ დროს შესაძლებელია დადგინდეს, თუ როგორ პასუხობს ორგანიზმი ანტირეტროვირუსულ მკურნალობას. იმ შემთხვევაში, თუ შეუძლებელია ვირუსული დატვირთვის შესწავლა და CD4 დათვლა, იხელმძღვანელეთ კლინიკური ნიშნებით.

ცხრილი 23. აივ ინფექციის პედიატრიული საფეხურები, ჯანმო

13 წელზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში ლაბორატორიულად დადასტურებული აივ ინფექციით (აივ ანტისხულების შემსწავლელი ტესტი 18 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებისათვის, ვიროსული დატვირთვის ტესტი 18 თვის ბავშვებისათვის)
საფეხური 1
○ სიმპტომების არ არსებობა ○ პერსისტენტული გენერალიზებული ლიმფოადენოპათია
საფეხური 2

- ჰეპატოსპენომეგალია
- პაპულოზური გამონაყარი
- სებორეული დერმატიტი
- ფრჩხილების სოკოვანი ინფექცია
- ანგულარული სტომატიტი
- რძიანა
- ფართოდ გავრცელებული ადამიანის პაპილომავირუსული ან მოლუსკური ინფექცია (>5% სხეულის ზედაპირის)
- რეციდიული პირის ღრუს წყლულები (ორი ან მეტი ეპიზოდი 6 თვეში)
- გახანგრძლივებული პაროტიტი
- ჰერპეს ზოსტერი
- რეციდიული ან ქრონიკული ზედა სასუნთქი გზების ინფექციები (შუა ყურის ოტიტი, ოტორეა, სინუსიტი, ორი ან მეტი ეპიზოდი 6 თვის პერიოდში).

საფეხური 3

- აუხსნელი მალნუტრიცია, რომელიც არ ექვემდებარება სტანდარტულ მკურნალობას.
- აუხსნელი პერსისტიული დიარეა (> 14 დღეზე)
- აუხენელი პერსისტიული ცხელება (>1 თვე)
- პირის ღრუს თმოვანი ლეიკოპლაკია
- ფილტვის ტუბერკულოზი
- მძიმე ბაქტერიული პნევმონია (ორი ან მეტი ეპიზოდი 6 თვეში)
- მწვავე ნეკროზული წყლულოვანი გინგივიტი ან პერიოდონიტი
- ლიმფოიდური ინტერსტიციალური პნევმონია
- აუხსნელი ანემია (<8გრ/დლ), ნეუტროპენია (500/მმ^3), ან თრომბოციტოპენია (< 30 000/მმ^3) 1 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში.
- აივ ინფექციასთან დაკავშირებული კარდიომიოპათია
- აივ ინფექციასთან დაკავშირებული ნეფროპათია

საფეხური 4

- აუხსნელი მძიმე წონის კლება ან მძიმე მალნუტრიცია, რომელიც არ ექვემდებარება სტანდარტულ მკურნალობას
- PCP
- რეციდიული მძიმე ბაქტერიული ინფექცია (ორი ან მეტი ეპიზოდი 1 წლის განმავლობაში, ერიტრემა, პიომიელიტი, ძვლებისა და სახსრების ინფექცია, მენინგიტი, პნევმონიის გარეშე)
- ქრონიკული ნეუტროპენია ან მარტივი ჰერპესის ინფექცია (გრძლედება 1 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში)
- ფილტვის გარეთა ტუბერკულოზი.
- კაპოშის სარკომა
- ეზოფარინგიული კანდიდოზი
- 18 თვეზე ნაკლები ასაკის მქონე ბავშვებში გამოვლენილია აივ ინფექციებისათვის დამახასიათებელი შემდეგი სიმპტომები: რძიანა პირის ღრუში, მძიმე პნევმონია, განვითარების შეფერხება, მძიმე სეფსისი
- ციტომეგალო ვირუსული რეტინიტი
- ცენტრაალური ნერვული სისტემის ტოქოპლაზმოზი
- ენდემური მიკოზი სხვადასხვა ლოკალიზაციის, კრიპტოკოკური მენინგიტის ჩათვლით (ფილტვის გარეთა კრიპტოკოკოზი, ჰისტოპლაზმოზი, პენიცილილოზი)
- კრიპტოსპორიდიოზი ან იზოსპოიაზი (დიარეა, რომელიც გრძელდება 1 თვეზე მეტი)
- ციტომეგალოვირუსული ინფექცია (ვლინდება 1 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებში)
- დისიმინირებული მიკობაქტერიული დაავადება ტუბერკულოზის გარდა
- ტრაქეის, ბრონქების ან ფილტვის კანდიდა
- აივ ინფექციასთან დაკავშირებული რექტოვეზიკალური ფისტულა
- ცერებრალური ან B უჯრედების არაჰოჯკინის ლიმფომა
- პროგრესული მულტიფოკალური ლეიკოენცეფალოპათია
- აივ ენცეფალოპათია

---

[a] ტუბერკულოზი შეიძლება განვითარდეს CD4 ნებისმიერ რაოდენობაზე, CD4-ს პროცენტი შეიძლება დაითვალოს პირველივე შესაძლებლობისას.

[b] საფეხურის დაავადებების შემთხვევაში აუცილებელია 18 თვემდე ბავშვებში აივ ვირუსული დატვირთვის ტესტის გაკეთება, ხოლო 18 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვებში აივ ანტისხეულების შესწავლა.

8.2 როდის დავიწყოთ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა

60 თვეზე ნაკლები ასაკის აივ ინფიცირებულ ბავშვებში ანტირეტროვირუსული მკურნალობა უნდა დაიწყოს დიაგნოზის დასმისთანავე, მიუხედავად კლინიკური და იმუნოლოგიური სტატუსისა. ანტირეტროვირუსული წამლები არ იწვევენ სრულ განკურნებას, ისინი მხოლოდ მკვეთრად ამცირებენ სიკვდილიანობას, ავადობას და აუმჯობესებენ ბავშვის სიცოცხლის ხარისხს.

აივ ინფექციის მკურნალობის პირველი არჩევის სამკურნალო საშუალებას წარმოადგენს სამი ანტირეტროვირუსული პრეპარატი, რომლებიც აფერხებენ ვირუსის რეპლიკაციას, რაც თავისთავად აივ ინფექციის პროგრესისათვის ბარიერს წარმოადგენს. ამჟამად ხელმისაწვდომია ერჯერადი ფიქსირებული დოზის მიღება, სიროფის ან ტაბლეტის ფორმით. ასეთი მიდგომა ამცირებს მკურნალობის ხარჯსა და ამასთან, პაციენტებისათვის გაცილებით ადვილია ერთი ფიქსირებული დოზის მიღება.

აუცილებელია, რომ ექიმები იცნობდნენ ნაციონალურ აივ ინფექციის გაიდლაინებს. პრინციპები და პირველი არჩევის პრეპარატები ბავშვებისათვის იგივეა რაც მოზრდილებისათვის. ზოგიერთი ანტირეტროვირუსული პრეპარატის შესაფერისი ფორმულა ბავშვებისათვის შეიძლება მიუწვდომელი იყოს (მაგალითად პროტეაზ ინფიბიტორების კლასი). ასევე აუცილებელია გავითვალისწინოთ:

- ხელმისაწვდომი ანტირეტროვირუსული პრეპარატი უნდა იყოს ბავშვისათვის მიწოდებული შესაფერისი დოზით
- დოზირება უნდა იყოს ადეკვატურად გაწერილი
- წამლის გემო უნდა იყოს სასიამოვნო ბავშვისათვის

8.2.1 ანტერეტროვირუსული წამლები

ანტერეტროვირუსული წამლები იყოფა სამ მთავარ კლასად:

- ნუკლეოზიდის ანალოგი შებრუნებული ტრანსკრიპტაზას ინფიბიტორი (NRTIs)
- არანუკლეოზიდური შებრუნებული ტრანსკრიპტაზას ინფიბიტორი (NNRTIs)
- პროტეაზას ინჰიბიტორი (იხ ცხრილი 24)

სამი პრეპარატით მკურნალობა წარადგენს მკურნალობის სტანდარტულ მეთოდს. პირველი ხაზის მკურნალობა უნდა იყოს დაფუძნებული ორი (NRTIs)-ს დამატებული ერთი (NNRTIs) ან პროტაზის ინჰიბიტორი.

3 წელზე ნაკლები ასაკის ყველა ჩვილის ან ბავშვის მკურნალობა უნდა დაიწყოს ლოპინავირ/რიტონავირით (LPV/r) დამატებული ორი

(NRTIs)-ი, მიუხედავად იმისა გადავიდა თუ არა დედიდან შვილზე აივ ინფექცია პრევენციის მიზნით ნევირაპინი (NVP). იქ სადაც შესაძლებელია ვირუსული დატვირთვის კონტროლი უპირატესობა უნდა მიენიჭოს (LPV/r)-ის ჩანაცვლებას NNRTIs-ით მას შემდეგ, რაც ვირუსული დატვირთვის სუპრესია გახდება შესაძლებელი.

3 ან მეტი წლის ბავშვებისათვის ეფავირენზი (EFV) უმჯობესია NNRTIs პირველი ხაზის მკურნალობისათვის ყოველდღიურად, დღეში ერთხელ მკურნალობისათვის, ასევე NVP შეიძლება გამოყენებული იყოს როგორც ალტერნატიული საშუალება, განსაკუთრებით იმ ბავშვებისათვის რომლებიც მკურნალობას დღეში ორჯერ იღებენ. ეფავირენზი ასევე NNRTI-ია იმ ბავშვებისათვის, რომელიც რიფამპიცინს იღებენ, თუკი მკურნალობა დაიწყო ანტიტუბერკულოზური თერაპიის დამთავრებამდე.

წამლების დოზირებისა და მკურნალობის რეჟიმისათვის იხ. დანართი 2, გვ. 404

წამლის დოზის გამოთვლა

ზოგადად, ბავშვებში მეტაბოლიზ პრიტეაზას ინჰიბიტორისა და NNRTI-ის ეფექტი უფრო სწრაფად მიიღწევა ვიდრე მოზრდილებში, ამიტომ დიდი მნიშვნელობა აქვს წამლის შესაბამისი დონის მიღწევას ბავშვის ორგანიზმში. ამასთან არსებობს წამლის დაბალი დოზით მიწოდების და წამლისმიერი რეზისტენტობის განვითარების რისკი.

წამლის დოზები მოცემულია გვ. 404-ზე, მისი გაანგარიშება ზოგიერთი წამლისათვის ხდება ყოველ კილოგრამზე, ხოლო ზოგ შემთხვევაში, ბავშვის სხეულის ზედაპირის ფართობით. ცხრილი, რომელშიც მოცემულია სხეულის ზედაპირისა და წონის შესაბამისობა მოცემულია დანართ 2-ში (გვ. 404) ეს ინფორმაცია აუცილებელია დოზის გამოთვლისათვის. წონის გამოყენება პედიატრიული დოზების გამოთვლისათვის ამარტივებს მკურნალობის რეჟიმს.

ფორმულირება

ჩვეულებრივ დოზირება დაფუძნებულია ბავშვის წონასა თუ სხეულის ზედაპირის ფართობზე. ბავშვის ზრდასთან ერთად აუცილებელია დოზების დაზუსტება და უნდა იყოს თავიდან აცილებული დოზის მცირე რაოდენობა.

ცხრილი 24. ბავშვებისათვის რეკომენდირებული ანტირეტროვირუსული წამლების კლასიფიკაცია

---

[1] 36 თვეზე ნაკლები ასაკის ბავშვებისათვის მისაღები რეჟიმი, მიუსედავად იმისა მიიღო თუ არა ნევირაპინი ან NNRTI-ის ან დედის მკურნალობის დედიდან შვილზე [illegible] გადაცემის პრევენციის [illegible]

[2] PC = EFV არსებობა ან [illegible] ასაკის და ასევე 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში.

ნუკლეოზიდის ანალოგი შებრუნებული ტრანსკრიპტაზას ინფიბიტორი (NRTIs)	
ზიდოვუჯინი	ZDV (AZT)
ლამივუდინი	3TC
აბაკავირი	ABC
ემტრიკიტაბინი	FTC
ტენოფოვირი	TDF
არანუკლეოზიდური შებრუნებული ტრანსკრიპტაზას ინფიბიტორი (NNRTIs)	
ნევირაპინი	NVP
ეფავირენზი	EFV
პროტეაზას ინჰიბიტორი	
ლოპინავირი/რიტონავირი	LPV/RTV
ატაზანავირი	ATZ

ცხრილი 25. პირველი ხაზის მკურნალობის რეჟიმი ბავშვებისათვის

ჯანმო-ს მიერ რეკომენდირებული პირველი ხაზის ანტირეტროვირუსული რეჟიმი ჩვილებისა და ბავშვებისათვის	
პირველი ხაზის რეჟიმი 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში	პირველი ხაზის რეჟიმი 3 ან მეტი წლის 12 წლამდე ასაკის ბავშვებში
აბაკავირი (ABC)[3] ან ზიდოვუდინი (ZDV) დამატებული ლამივუდინი (3TC) დამატებული ლოპინავირი/ რიტონავირი (LPV/RTV)	აბაკავირი (ABC)[4] ან ზიდოვუდინი (ZDV) დამატებული ლამივუდინი (3TC) დამატებული ეფავირენზი (EFV) ან ნევირაპინი (NVP)
აბაკავირი (ABC) ან ზიდოვუდინი (ZDV) დამატებული ლამივუდინი (3TC) დამატებით ნევირაპინი (NVP)	ტენოფოვირი (TDF) დამატებით ემტრიციტაბინი (FTC) ან ლამივუდინი (3TC) დამატებით ეფავირენზი (EFV) ან ნევირაპინი (NVP)

8.2.2 როდის უნდა დაიწყოს ანტირეტროვირუსული თერაპია

ყველა 60 თვემდე აივ ინფიცირებულმა ჩვილმა და ბავშვმა უნდა

დაიწყოს ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, მიუხედავად კლინიკური და იმუნოლოგიური სტატუსისა.

60 თვემდე აივ ინფიცირებული ჩვილები და ბავშვები

- 60 თვემდე აივ ინფიცირებული ჩვილს და ბავშვს უნდა დაეწყოს ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, მიუხედავად კლინიკური და იმუნოლოგიური სტატუსისა.
- სადაც ვირუსული ტესტი არ არის ხელმისაწვდომი, 18 თვემდე ასაკის ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ აივ ინფექციისათვის დამახასიათებელი ნიშნები, უნდა დაეწყოს ანტირეტროვირუსული მკურნალობა. აივ ინფექციის კონფირმაცია უნდა მოხდეს რაც შეიძლება ადრე.

60 ან მეტი თვის ასაკის ბავშვები

60 ან მეტი თვის ასაკის ბავშვებში ინიცირებული უნდა იყოს ანტირეტროვირუსული მკურნალობა იმ შემთხვევაში თუ:

- CD4-ის რაოდენობა <500 უჯრედი/მმ^3 მიუხედავად ჯანმოს მიერ მოწოდებული კლინიკური საფეხურისა
- CD4-ის რაოდენობა ნაკლები ან ტოლი 350 უჯრედი/მმ^3

შემთხვევაში განსაზღვრული უნდა იყოს პრიორიტეტები ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყების გადაწყვეტილების მიღებისას, გათვალიწინებული უნდა იყოს ბავშვის სოციალური გარემო, მომვლელს ზუსტად უნდა განესაზღვროს აივ ინფექციის მკურნალობის მნიშვნელობა და პროგნოზი. ზოგი შემთხვევაში ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყება შეიძლება გადაიდოს, ვიდრე ბავშვი მკურნალობს სხვა მწვავე ინფექციებზე. თუ ტუბერკულოზის ინფექციის დადასტურებისას, ტუბერკულოზის მკურნალობის დაწყება ითვლება პრიორიტეტად. ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ მწვავე ტუბერკულოზური ინფექცია, დაუყოვნებლივ უნდა დაეწყოთ ანტიტუბერკულოზური მკურნალობა. ხოლო ანტირეტროვირუსული მკურნალობა უნდა დაიწყოს მაშინ, როცა ბავშვის ორგანიზმს შეეძლება დამატებითი მკურნალობის მიღება, მაგრამ არა უგვიანეს პირველი 8 კვირისა. ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო მკურნალობაზე მყოფ ბავშვებს იმ შემთხვევაში უნდა დაენიშნოთ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, თუკი

- ბავშვის ასაკი მეტია 3 წელზე და იწონის 10 კგ-ს მაინც, მკურნალობის რეჟიმი უმჯობესია მოიცავდეს EFV-ს.
- 3 წელზე უმცროსი ბავშვები. თუ ბავშვი მკურნალობს LPV/r-ით. უნდა დაემატოს ანტირეტროვირუსული მკურნალობა 1:1 პროპორციით LPV: ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, იმისათვის

რომ მიღწეული იყოს LPV სრული თერაპიული დოზა.

- სამმაგი NNRTI-ის შემცველი რეჟიმი შეიძლება გამოყენებული იყოს როგორც ალტერნატივა.

8.2.3 გვერდითი ეფექტები და მეთვალყურეობა

ანტირეტროვირუსული პრეპარატების ეფექტურობის და მათი გვერდითი ეფექტების შეფასება უნდა ხდებოდეს მუდმივად ყველა ბავშვთან, რომელიც იმყოფება ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე. ბავშვის ორგანიზმის პასუხი ანტირეტროვირუსული თერაპიაზე (კლინიკური საფეხურების შეფასებით), ლაბორატორიული პარამეტრები და სიმპტომები უნდა ფასდებოდეს წამლების ტოქსიკურობის გათვალისწინებით მკურნალობის წარუმატებლობის შეფასება უნდა ხდებოდეს მუდმივად.

უნდა აღინიშნოს, რომ კლინიკური შეფასება უნდა ხდებოდეს ბავშვის და მომვლელის მეთვალყურეობით და იმის მიხედვით საჭიროა თუ არა დამატებითი დახმარება. კლინიკური მონიტორინგის სიხშირე დამოკიდებულია ანტირეტროვირუსული მკურნალობის პასუხზე. ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყების შემდეგ მეთვალყურეობის ვიზიტები უნდა განხორციელდეს ქვემოთ ჩამოთვლილი რეკომენდაციების გათვალისწინებით:

- 12 თვეზე ნაკლები ასაკის ჩვილებს მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს 2, 4 და 8 კვირაში, შემდეგ ყოველ 4 კვირაში 1 წლის განმავლობაში.
- 12 თვეზე ნაკლები ასაკის ჩვილებსათვის მეთვალყურეობა უნდა განხორციელდეს 2, 4 8 და 12 კვირაში, შემდეგ ყოველ 2-3 კვირაში. ვიდრე ანტირეტროვირუსული თერაპიაზე მოხდება ბავშვის მდგომარეობის სტაბილიზაცია
- ყოველთვის როცა მომვლელის დარწმუნება მკურნალობის აუცილებლობაში პრობლემას წარმოადგენს, ან ვლინდება საყურადღებო თანმხლები დაავადებები.

ანტირეტროვირუსული თერაპიის დროს ბავშვის რეაქციაზე დაკვირვება

- ბავშვის ზრდის ტემპის გაუმჯობესება, თუ მათ აღენიშნებოდათ ზრდაში ჩამორჩენა
- ნევროლოგიური სიმპტომების და განვითარების გაუმჯობესება ბავშვებში ენცეფალოპათიით ან განვითარების შეფერხება.
- ინფექციების განვითარების სიხშირის შემცირება (ბაქტერიული ინფექციები, პირის ღრუს რძიანა და სხვა

ოპორტუნისტული ინფექციები)
ცალკეული ანტირეტროვირუსული პრეპარატების გვერდითი ეფექტები შეფასებულია ცხრილში 26

ბავშვის ჯანმრთელობაზე ხანგრძლივი მეთვალყურეობა

- ექიმმა ბავშვი უნდა შეაფასოს 3 თვეში ერთხელ მაინც
- არა კლინიკური შეფასება (იდეალურ შემთხვევაში ანტირეტროვირუსული პრეპარატების მიმწოდებელი ფარმაცევტი) მოიცავს დაკვირვებას მკურნალობის მიმდინარეობაზე და საჭიროების შემთხვევაში კონსულტაციის ჩატარებას.
- ბავშვები, რომლებსაც აღენიშნებათ არასტაბილური მდგომარეობა უფრო ხშირად უნდა იყვნენ შეფასებული ექიმის მიერ. მომდევნო ზედამხედველობის ორაგანიზება დამოკიდებულია ადგილობრივ ექპერტიზაზე და უნდა იყოს დეცენტრალიზებული შესაძლებლობის მიხედვით:

მეთვალყურეობის დროს უნდა შეფასდეს შემდეგი კრიტერიუმები:

- წონა და სიმაღლე
- ნეიროგანვითარება
- მკურნალობაზე დაკვირვება
- CD4-ის რაოდენობა, თუ შესაძლებელია ყოველ 6 თვეში
- სტანდარტული Hb ან Ht (თუკი ღებულობენ ZDV/AZT) და ალანინი ამინოტრასფერაზას აქტივობა, თუ შესაძლებელია
- ლაბორატორიული ტესტები სიმპტომების მიხედვით: Hb, EVF, სისხლის საერთო ანალიზი, ალანინ ამინოტრასფერაზას აქტივობა

ცხრილი 26. ანტირეტროვირუსული პრეპარატების ყველაზე ხშირი გვერდითი ეფექტები

წამალი	აბრ	გვერდითი ეფექტები	კომენტარები
ნუკლეოზიდის ანალოგი შებრუნებული ტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი (NRTIs)			
ლამივუდინი	3TC	თავის ტკივილი, მუცლის ტკივილი, პანკრეატიტი	კარგი ამტანობა
სტავუდინი[5]	d4T	თავის ტკივილი, მუცლის ტკივილი, ნეიტროპენია	დიდი რაოდენობით სუსპენზიაში შეიძლება გახსნილი იყოს კაფსულები.
ზიდოვუდინი	ZDV	თავის ტკივილი, ანემია, ნეიტროპენია	არ გამოიყენოთ d4T-თან ერთად (ანტაგონისტური ენტირეტროვირუსული ეფექტი)

აბაკავირი	ABC	ჰიპერსენსიტიური რეაქცია, სიცხე, გამონაყარი, თუ ეს მოხდება შეწყვიტეთ წამლის მიცემა	
ემტრიციტაბინი	FTC	თავის ტკივილი, დიარეა, გულისრევა და გამონაყარი, შეიძლება იყოს ჰეპატოტოქსიურობის ან ლაქტაციური აციდოზის შედეგი	
ტენოფოვირი	TDF	თირკმლის უკმარისობა, ძვლებში მინერალების შემცველობის შემცირება	
არანუკლეოზიდური შებრუნებული ტრანსკრიპტაზას ინჰიბიტორი (NNRTIs)			
ეფავირენზი	EFV	უცნაური სიზმრები, უძილობა და გამონაყარი	მიიღეთ ღამით, მოერიდეთ ცხიმიანი საკვების მიღებას
ნევირაპინი	NVP	გამონაყარი, ღვიძლზე ტოქსიური ზემოქმედება	როცა აძლევთ რიფამპიცინს, გაზარდეთ ნევირაპინის დოზა 30%-ით ან საერთოდ ნუ მისცემთ კომბინაციაში
პროტეაზას ინფიბიტორი			
ლოპინოვირი/ რიტონავირი	LPV/ RTV	დიარეა, გულისრევა	მიიღეთ საკვებთან ერთად, მწარე გემო
ატაზანავირი		ATZ	სიყვითლე, პროლონგირებული PR ინტერვალი, ნეფროლითიაზი

[3]გრძელვადიანი ანტირეტროვირუსული თერაპიის ეფექტი შეიძლება იყოს ლიპოდისტროფიას.

იმუნიტეტის აღდგენის სინდრომი

იმუნიტეტის აღდგენის სინდრომი (IRIS) არის კლინიკური ნიშნებისა სიმპტომების ერთობლიობა, რომელიც ასოცირებულია ანტირეტროვირუსულ მკურნალობასთან და იმუნიტეტის აღდგენასთან. ამასთან, უხშირეს შემთხვევაში აივ ინფიცირებულ ბავშვში ანტირეტროვირუსული მკურნალობის შედეგი სწრაფად მიიღება.ზოგიერთს აღენიშნება კლინიკური მდგომარეობის გაუარესება. ეს შეიძლება იყოს ლატენტური ან სუბკლინიკური ინფექციების, ან ნამკურნალები დაავადების გამწვავების (ინფექციური ან არა-ინფექციური დაავადებები) შედეგი.

IRIS-ის ხშირად ვითარდება ბავშვებში ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყებიდან პირველი კვირეების განმავლობაში და უმეტესად გვხვდება ბავშვებში, რომელთა ანტირეტროვირუსული მკურნალობა დაიწყო ძალიან დაბალი დონის (<15%) CD4+-ის შემთხვევაში. ყველაზე ხშირად გვხვდება შემდეგი ოპორტუნისტული

ინფექციები:
- (ყველაზე ხშირია) ტუბერკულოზი
- პნევმოცისტური პნევმონია (PCP) ან კრიპტოსპორიდიოზი
- მარტივი ჰერპესვირუსი (HSV)
- სოკოვანი, პარაზიტული და სხვა ინფექციები

იქ, სადაც BCG ჩვილებისა და ბავშვების იმუნიზაცია ხდება რუტინულად, ხშირად გვხვდება BCG-ასოცირებული IRIS-ი (ლოკალური და სისტემური).

IRIS-ის შემთხვევების ნაწილის ალაგება ხდება სპონტანურად ან არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო წამლებით, ასევე ზოგიერთი ეპიზოდი შეიძლება იყოს მძიმე და გახდეს სიკვდილია მიზეზი:

- დაიწყეთ ოპორტუნისტული ინფექციების საწინააღმდეგო მკურნალობა
- დაიწყეთ ანთების საწინააღმდეგო მკურნალობა

ზოგჯერ IRIS-ი შეიძლება იმდენად გართულდეს, რომ საჭიროებდეს კორტიკოსტეროიდებით მკურნალობის მოკლე კურსს და ანტირეტროვირუსული პრეპარატების დროებით შეწყვეტას. გაუმჯობესების შემთხვევაში ისევ უნდა დაიწყოს ანტირეტროვირუსული მკურნალობა.

8.2.4 როდის უნდა შეიცვალოს მკურნალობა

როდის უნდა ჩანაცვლდეს

თუკი ტოქსიკური ეფექტი გამოწვეულია წამლებით, რომელსაც იღებს პაციენტი, მაშინ იგი ჩანაცვლებული უნდა იყოს სხვა წამლებით იგივე კლასიდან, რომელთაც არ აქვთ იგივე გვერდითი ეფექტი. თუკი ანტირეტროვირუსული წამლები ხელმისაწვდომია შეზღუდული რაოდენობით, მაშინ წამლების ჩანაცვლება ასევე ლიმიტირებულია:

- შეიძლება განვითარდეს მძიმე ან სიცოცხლესთან შეუთავსებელი ტოქსიური მდგომარეობა, როგორიცაა:
  - სტივენს–ჯონსის სინდრომი
  - მძიმე ჰემატოლოგიური მდგომარეობა
- ასევე მნიშნელოვანია წამლების ურთიერთქმედება (ტუბერკულოზის - რიფამპიცინის საწინააღმდეგო მოქმედება ნევირაპინთან ან პროტეაზების ინჰიბიტორებთან)
- გასათვალისწინებელია თუ პაციენტი ხდება უყურადღებო მკურნალობის რეჟიმის მიმართ და თუ მას ექმნება პრობლემები მკურნალობისას.

როდის შეწყვიტოთ

ანტირეტროვირუსული მკურნალობა შეიძლება წარუმატებელი

იყოს:

- რეჟიმის დარღვევისას
- წამლის არაადეკვატური დოზის გამო
- წამლის მიმართ რეზისტენტობის გამო
- წამლის არაადეკვატურობის გამო

მიწოდებული ანტირეტროვირუსული თერაპიის დეტალური შესწავლა საჭიროა, თერაპიის წარუმატებლობის საბოლოო მიზეზის დასადგენად.

- ბავშვი უნდა ღებულობდეს მელკამენტს აღნიშნული რეჟიმით სულ მცირე, 24 საათის განმავლობაში
- მიცემული თერაპია უნდა იყოს ოპტიმალური
- უნდა გამოირიცხოს IRIS-ის არსებობა
- ბავშვი უნდა ღებულობდეს ადეკვატურ კვებას

მკურნალობის წარუმატებლობა შეიძლება იდენტიფიცირებული იყოს, როგორც:

- კლინიკური წარუმატებლობა (კლინიკური კრიტერიუმები): ჯანმოს მიერ მოწოდებული მე-4 კლინიკური საფეხურით გათვალისწინებული შემთხვევების არსებობა, ანტირეტროვირუსული მკურნალობის დაწყებიდან 4 კვირის შემდეგ.
- იმუნური გაუარესება (CD4 კრიტერიუმები): რაოდენობა <200 უჯრედი/მმ^3 ან CD4 <10% 5 წლამდე ბავშვებში და 5 წლის ზემოთ ასაკის ბავშვებში პერსისტენტული CD4-ის დონე <100 უჯრედი/მმ^3.
- ვირუსული დატვირთვის გაუარესება (ვირუსული დატვირთვის კრიტერიუმი): პერსისტენტული ვირუსული დატვირთვა >100 რნმ/მლ სულ მცირე 24 კვირის ანტირეტროვირუსული მკურნალობის შემდეგ, დაფუძნებული ორ თანმიმდევრულ გაზომვაზე 3 თვის ინტერვალით მკურნალობის ფონზე.

როცა მკურნალობა წარუმატებელია, მაშინ ბავშვი გადაიყვანეთ მეორე რიგის რეჟიმზე.

მეორე რიგის მკურნალობის რეჟიმი

იმ შემთხვევაში, თუ პირველი რიგის მკურნალობა წარუმატებელია, მაშინ აუცილებელია შეიცვალოს იგი მეორე რიგის კომბინაციით. მეორე რიგის რეჟიმი უნდა მოიცავდეს სულ მცირე სამ ახალ წამალს, ერთი ან მეტი წამალი უნდა იყოს ახალი კლასიდან. ძლიერ მოქმედი, ეფექტური მეორე რიგის წამლების რეკომენდირება ბავშვებში რთულია, რადგან არ არსებობს მტკიცებულება მეორე რიგის წამლების ბავშვთა ასაკში გამოყენების შესახებ. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ბავშვებისათვის შექმნილია მცირე

რაოდენობით სამკურნალო ანტირეტროვირუსული საშუალება. პირველი ხაზის NNRTI-ზე დაფუძნებული რეჟიმის წარუმატებლობის შემთხვევაში, მეორე რიგის ანტირეტროვირუსული მკურნალობისათვის რეკომენდებულია დამატებით პროტეაზინჰიბიტორისა და ორი NRTI-ის მიცემა. LPV/RTV არის პირველი არჩევის დამატებით პროტეაზი ნჰიბიტორი მეორე რეჟიმის ანტირეტროვირუსული მკურნალობისათვის, პირველი რიგის NNRTI-ზე დაფუძნებული რეჟიმის წარუმატებლობის შემთხვევაში.

ცხრილი 27. ბავშვებში მეორე რიგის მკურნალობის რეკომენდებული რეჟიმი

პირველი რიგის მკურნალობა		რეკომენდირებული მეორე რიგი მკურნალობა	
		<3 წლის ბავშვები	3 წლისა და მეტი ბავშვები (12 წლამდე ბავშვები)
LPV/r-- დაფუძნებული პირველი რიგი	ABC + 3TC + LPV/r	ცვლილების გარეშე[a]	ZDV + 3TC + EFV
	ZDV + 3TC + LPV/r	No change[a]	ABC or TDF + 3TC + EFV
NNRTI-დაფუძნებული პირველი რიგი	ABC + 3TC + EFV (or NVP)	ZDV + 3TC + LPV/r	ZDV + 3TC + LPV/r
	TDF + XTC[b] + EFV (or NVP)	-	ZDV + 3TC + LPV/r
	ZDV+ 3TC + EFV (or NVP)	ABC + 3TC + LPV/r	ABC or TDF + 3TC + LPV/r

[a] შესაძლებელია გადასვალა NVP-ზე დაფუძნებულ რეჟიმზე თუკი წარუმატებლობა განპირობებული LPV/r-ის ცუდ გემოთი.

[b] ლამივუდინთან (3TC) ან ემტრიციტაბინთან (FTC)

8.3 აივ ინფიცირებული ბავშვის მოვლა

8.3.1 ვაქცინაცია

აივ ინფიცირებული ახალშობილებისა და ბავშვების ვაქცინაცია ხდება ეროვნული კალენდრის მიხედვით, H. influenza B ჯგუფისა და პნევმოკოკური ვაქცინაციის ჩათვლით. ვაქცინაცია უნდა იყოს გაწერილი ეროვნული კალენდრის მიხედვით.

ზოგიერთ შემთხვევაში აივ ინფიცირებული ახალშობილებისა

და ბავშვებისათვის ვაქცინაციის გრაფიკი უნდა იყოს მოდიფიცირებული.

- წითელა: აივ ინფიცირებული ბავშვებს აქვთ წითელას ნაადრევი ინფექციისა და ინფექციასთან დაკავშირებული გართულებების განვითარების მაღალი რისკი. აივ ინფიცირებულმა ბავშვებმა უნდა მიიღონ ვაქცინაციის სტანდარტული დოზა 6 თვის ასაკში, ხოლო მეორე დოზა რაც შეიძლება მალე, შესაძლებელია მისი მიცემა 9 თვის ასაკში, იმის მიუხედავად, არიან თუ არა ისინი იმუნოკომპრომენტირებულები ამ პერიოდში.
- პნევმოკოკური ვაქცინაცია: პნევმოკოკური კომბინირებული ვაქცინა უნდა მიეცეს ყველა ბავშვს, მაგრამ თუ ბავშვი ძლიერ იმუნოკომპრემენტირებულია, მაშინ მას შეიძლება მიეცეს ვაქცინა დაგვიანებით.
- H. influenzae: H. influenzae B ტიპის კომბინირებული ვაქცინა უნდა მიეცეს ყველა ბავშვს, მაგრამ თუ ბავშვი ძლიერ იმუნოკომპრემენტირებულია მას შეიძლება მიეცეს ვაქცინა მოგვიანებით.
- BCG: ახალი მტკიცებულებების მიხედვით აივ ინფიცირებულ ახალშობილებს აქვთ BCG დაავადებების განვითარების მაღალი რისკი. ამიტომ, BCG ვაქცინა არ უნდა მიეცეთ აივ ინფიცირებულ ბავშვებს. მაგრამ რადგანაც ახალშობილის აივ სტატუსის გარკვევა არ ხდება დაბადებისთანავე, ამიტომ BCG ვაქცინაცია უნდა გაუკეთდეს ყველა ბავშვს, რომელიც იმყოფება ტუბერკულოზისა და აივ ინფექციის მიხედვით მაღალი პრევალენტობის გარემოში, გარდა იმ ბავშვებისა, რომელთა აივ სტატუსი დადებითია.
- ყვითელი ცხელება: ყვითელი ცხელების საწინააღმდეგო აცრა არ უნდა გაუკეთდეს ბავშვებს, რომელთაც აივ ინფექციის სიმპტომები აქვთ გამოხატული.

8.3.1 პროფილაქტიკა კო–ტრიმოქსაზოლით (co-trimoxazole)

კო-ტრიმოქსაზოლი ახდენს PCP-ის პროფილაქტიკას ახალშობილებში, ასევე ამცირებს ავადობასა და სიკვდილიანობას აივ ინფიცირებულ ახალშობილებსა და ბავშვებში. კო-ტრიმოქსაზოლი ასევე იცავს ბაქტერიული ინფექციების, ტოქსოპლაზმოზისა და მალარიისაგან.

ვინ უნდა მიიღოს კო-ტრიმოქსაზოლი (co-trimoxazole)?

- ყველა ახალშობილმა, რომელიც დაიბადა აივ ინფიცირებული დედისაგან, უნდა მიიღოს კო-ტრიმოქსაზოლი 4-6 კვირის განმავლობაში დაბადებიდან ან სამედიცინო დაწესებულებაში მათი აღრიცხვისთანავე. მათ უნდა განაგრძონ

მიღება მანამ, ვიდრე მათი აივ ინფიცირება არ გამოირიცხება ან იმ შემთხვევაში, თუკი ისინი არ იმყოფებიან აივ ინფექციის გადადების რისკის ქვეშ ძუძუთი კვებისაგან.

- ყველა ინფიცირებულმა ბავშვმა უნდა გააგრძელოს კო-ტრიმოქსაზოლი მიღება იმ შემთხვევაშიც, თუკი იმყოფება ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზე.

რამდენი ხნის განმავლობაში უნდა მიიღოს ბავშვმა კო-ტრიმოქსაზოლი (co-trimoxazole)

მიღების ხანგრძლიობა უნდა იყოს განსაზღვრული საწყისს ეტაპზე და ასევე უნდა მოხდეს მისი კონტროლი ყოველ ვიზიტზე.

- აივ ინფექციის რისკის ქვეშ მყოფი ბავშვები: პირველი წლისათვის ან აივ სტატუსზე უარყოფით შედეგამდე ან მას შემდეგ, რაც ბავშვი არ იკვებება ძუძუთი.
- როცა ბავშვი ანტირეტროვირუსულ მკურნალობაზეა: კო-ტრიმოქსაზოლის მიღება შეიძლება შეწყდეს მაშინ, როცა კლინიკური და იმუნური ინდიკატორები მიუთითებენ იმუნური სისტემის აღდგენაზე 6 და მეტი თვის ბავშვებში (იხ. ქვემოთ). არ არის ცნობილი, უზრუნველყოფს თუ არა კო-ტრიმოქსაზოლი დაცვას იმუნური სისტემის ნორმალური ფუნქციონირების აღდგენის შემდეგ.
- ბავშვებში, რომელთაც აღენიშნებოდათ PCP, კო-ტრიმოქსაზოლის მიღება უნდა გაგრძელდეს მუდმივად

რა შემთხვევაში უნდა შეწყდეს კო-ტრიმოქსაზოლის მიღება?

- თუ ბავშვს განუვითარდა კანის მძიმე რეაქცია, როგორიცაა სტივენს–ჯონსის სინდრომი, თირკმლის ან ღვიძლის უკმარისობა ან მძიმე ჰემატოლოგიური ტოქსიურობა.
- მას შემდეგ, რაც აივ ინფექციაზე მიღებული იქნება უარყოფითი პასუხი
  - 18 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვებში, რომლებიც არ იკვებებიან ძუძუთი და აივ ვირუსული დატვირთვის ტესტი უარყოფითი აქვთ
  - 18 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვებში, რომლებიც იკვებებოდნენ ძუძუთი და ძუძუთი კვების შეწყვეტიდან 6 თვის შემდეგ აივ ვირუსული დატვირთვის ტესტი უარყოფითი აქვთ
  - 18 თვეზე მეტი ასაკის ბავშვებში, რომლებიც იკვებებოდნენ ძუძუთი და ძუძუთი კვების შეწყვეტიდან 6თვის შემდეგ აქვთ აივ სეროლოგიური ტესტი უარყოფითი
- აივ ინფიცირებულ ბავშვებში, კო-ტრიმოქსაზოლის (co-trimoxazole) მიღება უნდა გაგრძელდეს 5 წლის ასაკამდე
- კო-ტრიმოქსაზოლის მიღება არ უნდა შეწყდეს, თუ კი ბავშვი იმყოფება ანტირეტროვირუსული მკურნალობაზე.

კო-ტრიმოქსაზოლის (co-trimoxazole) რა დოზა უნდა იქნეს გამოყენებული?

ο რეკომენდირებული დოზა შეადგენს 6-8 მგ/კგ ტრიმეტოპრიმს დღეში ერთხელ, იგი გამოყენებული უნდა იქნეს

ο <6 თვეზე ბავშვებში: მიეცით ერთი პედიატრიული ტაბლეტი (ან მეოთხედი მოზრდილთა ტაბლეტი, (20 მგ ტრიმეტოპრიმი (trimethoprim) - 100 მგ სულფამეტოქსაზოლი (sulfamethoxazole)

ο 6 თვიდან 5 წლამდე ბავშვებში, მიეცით ორი პედიატრიული ტაბლეტი ან ნახევარი მოზრდილთა ტაბლეტი, (40 მგ ტრიმეტოპრიმი (trimethoprim) - 200 მგ სულფამეტროქსაზოლი (sulfamethoxazole)

ο 5 წლიდან ბავშვებს მიეცით ერთი მოზრდილთა ტაბლეტი

ο თუ ბავშვი ალერგიულია ტრიმეთოპრიმზე (trimethoprim), მაშინ დეპსონი წარმოადგენს საუკეთესო ალტერნატივას. იგი შეიძლება მიცემული იყოს 4 კვირის ასაკიდან 2 მგ/კგ დღეში ერთხელ ორალურად.

• როგორი შემდგომი დაკვირვებაა განსახორციებელი? უნდა იქნეს შეფასებული ტოლერანტობა და შეფასდეს დაცულია თუ არა მიღების წესები. ტრიმეტოპრიმით (trimethoprim) პროფილაქტიკა უნდა იყოს აივ ინფიცირებულ ბავშვზე მზრუნველობის რუტინული ნაწილი. უნდა იყოს შეფასებული კლინიკაში მიმართვიანობისას, სამედიცინო პერსონალის ან ბავშვზე მზრუნველი გუნდის წევრის მიერ. კლინიკური შეფასება თავიდან უნდა განხორციელდეს თვეში ერთხელ, შემდეგ 3 თვეში ერთხელ, თუკი ტრიმეტოპრიმისადმი (trimethoprim) ამტანობა კარგია.

8.3.3 კვება

თუ ცნობილია რომ ბავშვი არის აივ დადებითი, მაშინ დედა წახალისებული უნდა იყოს ექსკლუზიური ძუძუთი კვებისაკენ პირველი 6 თვის განმავლობაში და უნდა გაგრძელდეს ძუძუთი კვება 1 წლამდე. შედარებით უფროსი ასაკის ბავშვები შეიძლება იკვებონ სხვადასხვა მაღალ კალორიული საკვებით, უზრუნველყოფილი უნდა იყოს მიკრონუტრიენტების ადექვატური მიღება.

პერიოდულად, გეგმიური ვიზიტების დროს, უნდა იქნეს შეფასებული ბავშვის ნუტრიციული სტატუსი, წონისა და სიმაღლის ჩათვლით. თუ ბავშვი კარგავს წონას და სიმაღლეში აქვს ცუდი მატება, მაშინ საკვების კალორიულობა უნდა იყოს გაზრდილი 25-30%-ით.

აივ ინფიცირებულ ბავშვები, რომელთაც აღენიშნებათ მძიმე მალნუტრიცია უნდა იყვნენ ნამკურნალევი მალნუტრიციის გაიდლაინის მიხედვით, რომელიც გამოიყენება არაინფიცირებული

ბავშვებისათვის. ამასთანავე დამატებით უნდა მიიღონ 50-100% მაღალი კალორიულობის საკვები.

8.4 აივ ინფექციასთან დაკავშირებული მდგომარეობების მენეჯმენტი

აივ ინფიცირებულ ბავშვებში სხვადასხვა ინფექციების (პნევმონია, დიარეა და მენინგიტი) მკურნალობა იგივეა, რაც არა ინფიცირებული ბავშვების შემთხვევაში. მკურნალობის წარუმატებლობის შემთხვევაში მათ უნდა მიეცეთ მეორე რიგის ანტიბიოტიკები. ხელახალი რეციდივის შემთხვევაში მკურნალობა იგივეა, მიუხედავად იმისა, თუ მერამდენე რეციდივია.

აივ ინფექციასთან დაკავშირებული ზოგი მდგომარეობები მოითხოვს შემდეგ მკურნალობას:

8.4.1 ტუბერკულოზი

ბავშვებში ეჭვით აივ ინფექციაზე ან დადასტურებული აივ ინფექციით, მოსალოდნელია განვითარდეს ტუბერკულოზი, ამასთან რთულია დიაგნოზის დასმა. აივ ინფექციის ადრეულ სტადიაზე, როცა იმუნიტეტი არ არის კომპრომენტირებული, ტუბერკულოზური ინფექციის ნიშნები ისეთია, როგორიც ჯანმრთელ ბავშვებში. ფილტვის ტუბერკულოზი ყველაზე ხშირად გავრცელებული დაავადებაა აივ ინფიცირებულ ბავშვებში. აივ ინფექციის პროგრესირებისა და იმუნიტეტის დაქვეითებისას, ტუბერკულოზის განვითარების ალბათობა იზრდება, ასევე იზრდება ტუბერკულოზური მენინგიტის, მილიალური ტუბერკულოზისა და ტუბერკულოზური ლიმფოადენოპათიის გავრცელების სიხშირე.
აივ ინფიცირებულ ახალშობილებსა და ბავშვებში აქტიური ტუბერკულოზის ფორმით დაუყოვნებლივ უნდა დაიწყოს მისი მკურნალობა. თუ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა ჯერ არ დაწყებულა, იგი უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება სწრაფად, 8 კვირის განმავლობაში ტუბერკულოზური მკურნალობის დაწყებიდან, CD4 რაოდენობისა და კლინიკური საფეხურის მიუხედავად (იხ. სექცია 8.2.2 გვ.284).

- ტუბერკულოზის მკურნალობა აივ ინფექციით დაავადებული ბავშვებისათვის ანტი-ტუბერკულოზური მკურნალობა იგივეა, რაც არაინფიცირებული ტუბერკულოზით

დაავადებული ბავშვებისათვის. (იხილეთ ტუბერკულოზის მკურნალობის ნაციონალური გაიდლაინი, ან იხ. სექცია 4.7.2, გვ.153).

პრევენციული თერაპია იზონიაზიდით

ყველა აივ ინფიცირებული ბავშვი უნდა იქნეს გამოკვლეული ტუბერკულოზურ ინფექციაზე, რადგან მათ აქვთ ტუბერკულოზის განვითარების მაღალი რისკი. თუ ბავშვს აქვს ხველა, ტემპერატურა ან წონის კლება, ისინი უნდა იქნენ გამოკვლეული ტუბერკულოზზე. თუ ბავშვს არ აქვს ტუბერკულოზი, მიეცით პრევენციული თერაპია იზონიაზიდით (IPT) დღეში ერთხელ 6 თვის განმავლობაში.

- პრევენციული თერაპია იზონიაზიდით (IPT), ტარდება:
  - ყველა აივ ინფიცირებულ ახალშობილს და ბავშვს, რომელიც ექსპოზირებულია აივ ინფექციაზე საოჯახო კონტაქტებიდან გამომდინარე, მაგრამ დაავადების არსებობა არ არის დადასტურებული და თავს გრძნობს კარგად.
  - >12 თვეზე ბავშვს, რომელსაც აქვს აივ ინფექცია, და ასევე იმათ, რომლებმაც უკვე გაიარეს ტუბერკულოზის მკურნალობის კურსი, რომელთაც არ აქვთ აქტიური ტუბერკულოზი და არ არიან ექსპოზირებული ტუბერკულოზზე.
- მიეცით 10მგ/კგ იზონიაზიდი (IPT) დღეში ერთხელ 6 თვის განმავლობაში. განახორციელეთ ბავშვის მეთვალყურეობა ყოველთვიურად და მიეცით 1 თვის იზონიაზიდი (IPT) წინასწარ.

გაითვალისწინეთ: ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ აივ ინფექცია მაგრამ არ აქვთ აქტიური ტუბერკულოზის ფორმა, ამასთან არ არიან ექსპოზირებულნი ტუბერკულოზზე, არ უნდა დაუნიშნოთ ტუბერკულოზის საწინააღმდეგო პრევენციული მკურნალობა.

8.4.2 პნევმოცისტური პნევმონია

PCP-ი შეიძლება ჰქონდეს ყველა აივ პოზიტიურ ბავშვს, რომელსაც აქვს მძიმე პნევმონია. თუკი PCP-ი არ არის ნამკურნალები, მაშინ იზრდება სიკვდილიანობის რისკი. ამიტომ აუცილებელია მკურნალობა დაიწყოს რაც შეიძლება ადრე.

მოცემული დაავადებისთვის დამახასიათებელია შემდეგი ნიშნები:

უფრო მეტად ვითარდება <12 თვეზე ასაკის ბავშვებში (პიკური ასაკია 4-6 წელი)

- ხველა და სუნთქვის დარღვევების ქვემწვავე და მწვავე პრობლემები

- დაბალი ცხელება
- ციანოზი ან პერსისტული ჰიპოქსია.
- პნევმონიის 48 საათის განმავლობაში ანტიბიოტიკებით მკურნალობისას ორგანიზმის ცუდი რეაქცია
- ლაქტოზის დეჰიდროგენაზის მომატებული დონე

თუ დაავადება კლინიკური და რადიოლოგიური ნიშნებით არ არის დიაგნოსტირებული, ასეთ შეთხვევაში მძიმე რესპირაციული დისტრესი (ტაქიპნოე, სუთქვის გაძნელება და ციანოზი), აუსკულტაციისას გაფანტული ხიხინი და დაბალი ჟანგბადის სატურაცია წამოადგენს PCP ინფექციის ტიპიურ ნიშნებს.

- PCP-ის შემთხვევაში გულმკერდის რენტგენოგრამა 10-20%-ში არის ცრუ დადებითი. მაგრამ ჩვეულებრივ წარმოდგენილია ბილატერალურად დიფუზური ფიჭისებური დაზიანების ინტერსტიციული სურათი (ground glass), ჰიალინური ლიმფური ჯირკვლების გადიდებისა და გამონაჟონის გარეშე. PCP-ი ასევე შეიძლება წარმოდგენილი იყოს პნევმოთორაქსით.

ასევე აუცილებელია ლორწოს ან ნაზოფარინგეალური გამონადების შესწავლა.

მკურნალობა

- სასწრაფოდ მიეცით ორალურად ან უმჯობესია, ინტრავენურად მაღალი დოზით კო-ტრიმოქსაზოლი (co-trimoxazole) (8მგ/კგ ტრიმეტოპრიმი (trimethoprim) -40მგ/კგ სულფამეთოქსაზოლი (sulfamethoxazole) სამჯერ დღეში, 3 კვირის განმავლობაში.
- თუ ბავშვს აქვს ძლიერი რეაქცია წამლებზე, შეცვალეთ ინტრავენური პენტამიდინით (pentamidine) (4მგ/კგ ერთჯერ დღეში) 3 კვირის განმავლობაში. მაღალი აივ პრევალენტობის ქვეყნებში ბავშვებში კლინიკური პნევმონიის მენეჯმენტისათვის (იხ. გვ. 115-116).
- მძიმე ჰიპოქსია და მძიმე რესპირაციული დისტრესის დროს მიეცით პრედნიზოლონი 1-2 მგ/კგ დღეში 1 კვირის განმავლობაში. პრედნიზოლონის მიცემამ შეიძლება განაპირობოს პაციენტის მდგომარეობის გაუმჯობესება.
- გააგრძელეთ კო-ტრიმოქსაზოლის (co-trimoxazole) მიცემა გამოჯანმრთელებამდე და უზრუნველყავით ანტირეტროვირუსული მკურნალობა.

8.4.3 ინტერსტიციული პნევმონია

დიაგნოზი

დაავადების ადრეულ ეტაპზე ხშირად ბავშვები ასიმპტომატურები არიან, ხოლო მოგვიანებით უვითარდებათ შემდეგი სიმპტომები:

- ხანგრძლივი ხველა, სუნთქვის გაძნელებით ან ასეთი გაძნელების გარეშე
- ყურის უკანა პაროტიდული ჯირკვლების ბილატერალური შეშუპება
- გახანგრძლივებული გენერალიზებული ლიმფოადენოპათია
- ჰეპატომეგალია და გულის უკმარისობის სხვა ნიშნები
- თითების შეშუპება
- გულმკერდის რენტგენოგრაფია: ინტერსტიციული პნევმონიაზე ეჭვი უნდა მივიტანოთ, თუკი გულმკერდის რენტგენოგრაფია ბილატერალურად უჩვენებს რეტიკულური ფიჭისებურ სურათს, რომელის დიფერენცირება უნდა მოხდეს პულმონარული ტუბერკულოზთან და ჰილუსის ბილატერალურ ადენოპათიასთან (იხ. სურათი ქვემოთ).

მკურნალობა

- ვიდრე დაიწყებთ პრედნიზოლონით მკურნალობას, მიეცით ანტიბიოტიკები, რომელიც მოწოდებულია ბაქტერიული პნევმონიის სამკურნალოდ (იხ. სექცია 4.2 გვ. 15)
- სტეროიდებით მკურნალობა დაიწყეთ მხოლოდ მაშინ, თუ გულმკერდის რენტგენოგრაფია აჩვენებს ინტერსტიციულ პნემონიას და თან ბავშვს აქვს:
  - აჩქარებული ან გაძნელებული სუნთქვა
  - ციანოზი
  - პულსოქსიმეტრია უჩვენებს 90% ან ნაკლებ ჟანგბადის სატურაციას
- მიეცით ორალური პრედნიზოლონი 1-2 მგ/კგ დღეში 2 კვირის განმავლობაში. მკურნალობაზე რეაქციის მიხედვით დოზა შეამცირეთ 2-4 კვირის განმავლობაში. თავიდან უნდა აიცილოთ ტუბერკულოზის რემისია.
- დაიწყეთ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა.

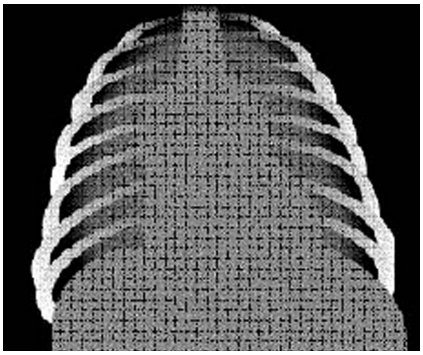
8.4.4 სოკოვანი ინფექცია

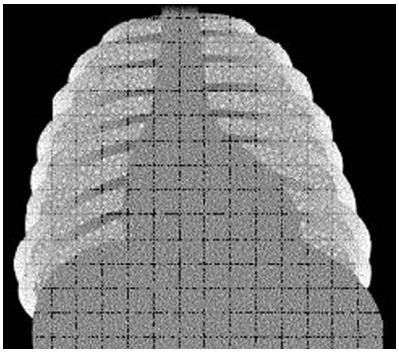
პირის ღრუს და საყლაპავის კანდიდოზი

- ორალური ატროფიული სტომატიტს უმკურნალეთ

ნისტატინის (nystatin) (100 000 ს.ე/მლ) სუსპენზიით. მიეცით 1-2 მლ ორალურად 4-ჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში. თუ ეს შეუძლებელია, გამოიყენეთ 1%-იანი კალიუმის პერმანგანატის ხსნარი (gentian violet solution.). თუ ეს მეთოდი არაეფექტური იქნება, მაშინ გამოიყენეთ 2%-იანი მიკონაზოლის (miconazole) მალამო, 5მლ ორჯერ დღეში.

- ეჭვი მიიტანეთ საყლაპავის კანდიდოზზე, თუ ბავშვს აღენიშება ტკივილი, ღებინების და ყლაპვის გაძნელების გამო თავს იკავებს საჭმელის მიღებისაგან. ასევე ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს მოჭარბებული სალივაცია, ხოლო კვებისას ტიროდეს. ასეთი მდგომარეობა შეიძლება აღინიშნებოდეს ასევე ორალური ატროფიული სტომატიტისას. გამორიცხეთ ყლაპვის გაძნელების





სხვა მიზეზები (როგორიცაა ციტომეგალოვირუსი, მარტივი ჰერპესი, ლიმფომა და კაპოშის სარკომა). საჭიროების შემთხვევაში განახორციელეთ რეფერალი იმ ჰოსპიტალში, სადაც შესაფერისი გამოკვლევის ჩატარება იქნება შესაძლებელი.

- მიეცით ორალური ფლუკონაზოლი (fluconazole) (3-6მგ/კგ ერთხელ დღეში) 7 დღის განმავლობაში, გარდა იმ შემთხვევისა თუ ბავშვს აქვს ღვიძლის დაავადება
- იმ ბავშვებს, რომლებიც არ ექვემდებარებიან ორალურ მკურნალობას, ან ვერ იღებენ ორალურ მედიკამენტებს ან აქვთ კანდიდოზის ფართოდ გავრცელების რისკი (მაგალითად, ლეიკოპენიით დაავადებული ბავშვები), მიეცით ამფოტერიცინი (amphotericin) B (0.5 მგ/კგ ერთხელ დღეში) ინტრავენური ინფუზიის სახით 10-14 დღის განმავლობაში.

კრიპტოკოკური მენინგიტი

- ეჭვი მიიტანეთ კრიპტოკოკურ მენინგიტზე იმ შემთხვევაში, თუ აივ ინფიცირებულ ბავშვს აქვს მენინგიტის ნიშნები. დაავადება ხშირად ვლინდება ქვემწვავე ფორმით, თავის ქრონიკული ტკივილით ან მხოლოდ მენტალური სტატუსის შეცვლით. დიაგნოზის დადასტურება ხდება თავზურგ-ტვინის სითხის „ინდური მელნით“ შეფერადებით. მკურნალობა დაიწყეთ ამფოტერიცინით (amphotericin) - 0.5-1.5მგ/კგ დღეში, 14 დღის განმავლობაში, შემდეგ გააგრძელეთ ფლუკონაზოლით (fluconazole) 6-12 მგ/კგ (მაქსიმუმ 800მგ), 8 კვირის განმავლობაში.
- მკურნალობის შემდეგ გააგრძელეთ ფლუკონაზოლით (fluconazole) პროფილაქტიკა 6მგ/კგ დღეში (მაქსიმუმ 200მგ)

კაპოშის სარკომა

ბავშვებს, კაპოშის სარკომის დროს აქვთ კანის კეროვანი დაზიანება, დიფუზური სასის დაზიანება და შემაერთებელი პერიორბიტალური ქსოვილის დაზიანება. კლინიკური დიაგნოზი შეიძლება დადასტურდეს კანის ან ლიმპოიდური ჯირკვლის ქსოვილის ბიოფსიით. ეჭვი მიიტანეთ კაპოშის სარკომაზე იმ ბავშვებში, რომელთაც აქვთ დიარეა, წონის კლება, ნაწლავების ობსტრუქცია, მუცლის ტკივილი ან აღენიშნებათ პლევრული სითხის არსებობა. უზრუნველყავით რეფერალი უფრო მაღალი დონის ჰოსპიტალში.
ინტერსტიციული პნევმონია: Pneumocystis jiroveci pneumonia (PCP): typical ‘ground glass’ appearance typical hilar lymphadenopathy and lace-like infiltrates

8.5 დედიდან შვილზე შიდს-ის გადაცემის პრევენცია და ჩვილთა კვება

8.5.1 დედიდან შვილზე შიდს-ის გადაცემის პრევენცია

აივ ინფექცია შეიძლება დედიდან შვილს გადაეცეს ორსულობის, მშობიარობისა და ძუძუთი კვების პერიოდში. ვერტიკალური გზით აივ ინფექციის გადაცემის პრევენციის საუკეთესო გზაა აივ ინფექციის გავრცელების პრევენცია ზოგადად, განსაკუთრებით ორსულ ქალებში. ამასთან აივ ინფიცირებულმა ქალებმა თავი უნდა დაიცვან არასასურველი ორსულობისაგან. თუკი აივ ინფიცირებული ქალი დაორსულდება, მან უნდა ჩაიტაროს პრევენციული

ანტირეტროვირუსული თერაპია, უსაფრთხო ანტენატალური მეთვალყურეობა, კონსულტირება და დახმარება ჩვილის კვებისას.
აივ ინფიცირებულმა ორსულმა ქალმა უნდა მიიღოს პრევენციული ანტირეტროვირუსული თერაპია საკუთარი ჯანმრთელობის გამო და ასევე ინფექციის გადაცემის პრევენციისათვის ორსულობისა და ძუძუთი კვებისას.

- დაუნიშნეთ ყველა ორსულ ქალს ანტირეტროვირუსული თერაპია მთელი ცხოვრების განმავლობაში, მიუხედავად აივ ინფექციის სიმპტომებისა. იმისათვის, რომ თავიდან ავიცილოთ პედიატრიული აივ ინფექცია არსებობს ორი გზა, მკურნალობა უნდა დაიწყოს ორსულობის ადრეულ ეტაპზე ან პირველივე შესაძლებობისას. ეს მეთოდი მნიშვნელოვნად ამცირებს დედიდან შვილზე შიდსის გადაცემას.
- ვარიანტი B: სამი წამლის კომბინაციის რეჟიმი პროფილაქტიკის მიზნით აივ ინფიცირებულმა ქალმა უნდა მიიღოს როგორც ორსულობის ასევე, ძუძუთი კვებისას, ახალშობილებს უნდა მიეცეთ პროფილაქტიკის მიზნით დაბადებიდან 6 კვირის შემდეგ, მიუხედავად იმისა, ახალშობილი იკვებება ძუძუთი თუ არა.
- ვარიანტი B+: სამი პრეპარატით ანტირეტროვირუსული მკურნალობის რეჟიმი დაიწყეთ ორსულობისას და გააგრძელეთ მთელი ცხოვრების განმავლობაში, ასევე ჩვილებს უნდა ეძლეოდეს პროფილაქტიკური მიზნით დაბადებიდან 6 კვირის შემდეგ, მიუხედავად იმისა, ბავშვი ძუძუთი იკვებება თუ არა.

ვარიანტი B+ ყველაზე მეტად გავრცელებული მეთოდია.

8.5.2 ჩვილის კვება აივ ინფექციისთან კონტექსში

პრევენციული ჩარევის გარეშე დედიდან შვილზე აივ ინფექციის გადაცემის ალბათობა იზრდება 15-25%-ით ორსულობისას ან მშობიარობისას, ხოლო თუ ჩვილი იმყოფება ძუძუთი კვებაზე მაშინ რისკი იზრდება 5-20%-ით. ძუძუთი კვებაზე უარის თქმა ამცირებს აივ ინფექციის გადაცემას დედიდან შვილზე დედის რძის საშუალებით, მაგრამ ხელოვნური საკვების გამოყენება ზრდის ჩვილთა ავადობასა და სიკვდილიანობას.
ექსკლუზიური ძუძუთი კვება პირველი თვის განმავლობაში წარმოადგენს ნაკლებ რისკს აივ ინფექციის გადაცემის თვალსაზრისით, ვიდრე შერეული კვება (ძუძუთი კვება და ხელოვნური კვება ერთად), ამასთან ძუძუთი კვება იცავს ინფექციური დაავადებებისაგან და უზრუნველყოფს ჩვილის იმუნურ დაცვას.
ანტირერტოვირუსული მკურნალობა მნიშვნელოვნად ამცირებს აივ ინფექციის დედიდან შვილზე გადაცემას,

ამავე დროს იგი აუმჯობესებს დედის ჯანმრთელობას. თუკი ანტირერტოვირუსულ მკურნალობას ღებულობს დედა ძუძუთი კვების დროს, მაშინ იგი ჩვილს ყოველდღიურად გადასცემს ვირუსის საწინააღმდეგო წამლებს, რაც ამცირებს ვირუსის გადაცემას 2%-ით, თუკი ძუძუთი კვება გრძელდება 6 თვე, 4%-ით. თუ ძუძუთი კვება გრძელდება 12 თვის განმავლობაში. აუცილებელია გაითვალისწინოთ:

- გაამხნევეთ დედები და მიაწოდეთ ინფორმაცია იმის შესახებ, თუ როგორ უზრუნველყოს საკუთარი შვილის დაცვა აივ ინფექციისაგან, ამასთან მათ შეუძლიათ იზრუნონ თავიანთ ჯანმრთელობაზე.
- დააბალანსეთ კვების და აივ ინფექციის დედიდან შვილზე გადაცემის მეთოდები, ამასთან დაიცავით ბავშვი სხვა არა აივ ინფექციასთან დაკავშირებული ავადობისა და სიკვდილიანობისაგან.
- აივ პოზიტიურმა დედამ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა უნდა მიიღოს მთელი სიცოცხლის მანძილზე, ხოლო ჩვილი ძუძუთი კვების პარალელურად უნდა იღებდეს პროფილაქტიკის მიზნით ანტირეტროვირუსულ პრეპარატებს.

ჩვილების კვება

აივ ექსპოზირებული ჩვილების კვების შესახებ ნაციონალური გაიდლაინები უნდა ეფუძნებოდეს შემდეგ პრინციპებს: ძუძუთი კვება უნდა ხდებოდეს ანტირეტროვირუსულ მკურნალობასთან ერთად (დედის და ახალშობილების შემთხვევაში) ან ძუძუთი კვება უნდა აიკრძალოს.

- როცა ნაციონალური გაიდლაინი აივ ინფიცირებულ დედებს რეკომენდაციას უწევს, რომ ძუძუთი კვებონ თავიანთი ჩვილები და მიიღონ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა, მათ უნდა მიუთითონ, რომ ძუძუთი კვება უნდა იყოს ექსკლუზიური პირველი 6 თვის განმავლობაში, შემდეგ უნდა დაიწყოს შესაფერისი დამატებითი საკვების მიცემა და ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს 12 თვის განმავლობაში.
- თუკი ჩვილის აივ სტატუსი არის დადებითი, მაშინ ძუძუთი კვება უნდა გაგრძელდეს. ხოლო ანტირეტროვირუსული მკურნალობის და ჩვილის კვების საკითხი უნდა გადაწყდეს მომავალი ორსულობის გათვალისწინებით.
- თუ დედა აივ პოზიტიურია და ჩვილის სტატუსი არ არის ცნობილი, მაშინ დედას უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ძუძუთი კვების რისკისა და სარგებლის შესახებ, უნდა გამახვილდეს ყურადღება ჩვილის ტესტირების აუცილებლობაზე. თუ ხელოვნური კვების

ფორმულა ხელმისაწვდომია, უსაფრთხოა და შეიძლება მიიღოს წყვეტის გარეშე, მაშინ რეკომენდაცია უნდა გაეწიოს ძუძუთი კვების შეწყვეტას. სხვა შემთხვევაში, ექსკლუზიური ძუძუთი კვება უნდა განხორციელდეს 6 თვის განმავლობაში, ხოლო 12 თვემდე ძუძუთი კვება შეიძლება გაგრძელდეს ხელოვნურ კვებასთან ერთად.

ამ პერიოდში დედებს დასჭირდებათ დახმარება როგორც კონსულტირების სახით, ასევე ჩვილის კვებასთან დაკავშირებით. კონსულტირება ტრენირებული, გამოცდილი პერსონალისაგან უნდა იყოს გაწეული. ადგილობრივი თემის წევრები ასევე შეიძლება გამოყენებული იქნეს, როგორც კონსულტირების გამწევი, გარკვეული გადამზადების შემდეგ. თუ დედა ჩვილის კვებისათვის იყენებს დედის რძის შემცველს, მაშინ მას კონსულტირება გაუწიეთ, თუ როგორ უნდა გამოიყენოს და მიაწოდოს ბავშვს საკვები სწორად.

8.6 შემდგომი დაკვირვება

8.6.1 ჰოსპიტალიდან გაწერა

აივ ინფიცირებული ბავშვების ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუმჯობესება არის ძალიან ხანგრძლივი პროცესი. მათ შეიძლება ჰქონდეთ ხანგრძლივი ცხელება, ხანგრძლივი დიარეა და ქრონიკული ხველება. თუ ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა არის კარგი, მათ არ ესაჭიროებათ სტაციონარული მკურნალობა, მაგრამ აუცილებელია აივ ინფიცირებული ბავშვები იმყოფებოდნენ ამბულატორიულ მეთვალყურეობაზე.

8.6.2 რეფერალი

თუ შესაბამისი სერვისი არ არის ხელმისაწვდომი ადგილობრივად, ასეთ შემთხვევაში უნდა განხორციელდეს ბავშვის რეფერალი:

- პრე და პოსტ კონსულტირების და აივ ტესტირებისათვის
- უახლოეს სამედიცინო ცენტრში გამოკვლევებისა ან მეორე რიგის მკურნალობისათვის და იმ შემთხვევაში, თუ დანიშნული მკურნალობა ნაკლებად წარმატებულია.
- აივ ინფექციასა და ჩვილის კვებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე კონსულტირებისათვის, თუკი ადგილობრივი ჯანდაცვის მუშაკი ვერ ახორციელებს კონსულტირებას.
- სპეციალური ოჯახური მოვლის პროგრამაში მონაწილეობისათვის, ფსიქოლოგიური დახმარების ან სოციალური პროგრამებისათვის.

ობლები გადაყვანილი უნდა იქნენ სპეციალურ სერვისების მიმწოდებელ ორგანიზაციებში, დაბადების რეგისტრაციისა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდებისათვის.

8.6.3 შემდგომი კლინიკური დაკვირვება

აივ ინფიცირებული ბავშვთა მეთვალყურეობა, თუ ისინი ავად არ არიან, უნდა ხორციელდებოდეს იმავე კლინიკაში, სადაც ხორციელდება სხვა ბავშვების მკურნალობა. დამატებით, მათ სჭირდებათ რეგულარული კლინიკური მეთვალყურეობა პირველი დონის სამედიცინო დაწესებულებაში, რათა შეფასდეს:

- კლინიკური მდგომარეობა
- ზრდა-განვითარება
- ნუტრიციული სტატუსი
- ვაქცინაციის სტატუსი

მათ ასევე ესაჭიროებათ ფსიქოსოციალური დახმარება, თუ შესაძლებელია სათემო პროგრამების სახით.

8.7 პალიატური მზრუნველობა

აივ ინფიცირებული, იმუნოკომპრომენტირებული ბავშვები ხშირად განიცდიან დისკომფორტს, ამიტომ აუცილებელია ადეკვატური პალიატიური მზრუნველობის უზრუნველყოფა. ნებისმიერი ჩარევა უნდა იყოს შეთანხმებული ბავშვის მშობლებთან ან მომვლელთან და გადაწყვეტილება კარგად უნდა იყოს ახსნილი თანამშრომლებისათვის (ღამის მორიგეების ჩათვლით). ამასთან განიხილეთ სახლში პალიატიური მკურნალობის უპირატესობა, სტაციონარულ პალიატიურ მკურნალობასთან შედარებით. მკურნალობის ზოგიერთი მეთოდი მათ შორის ტკივილის კონტროლისათვის განკუთნილი და დისტრესს სინდრომის შემამსუბუქებელი მედიკამენტები, მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს ბავშვის სიცოცხლის ხარისხს.

ბავშვს ტერმინალურ მდგომარეობასთან დაკავშირებული მზრუნველობა უნდა გაეწიოს თუკი:

- ბავშვის მდგომარეობა პროგრესულად უარესდება
- ყველა საშუალება იქნა გამოყენებული დაავადების მკურნალობისათვის.

უზრუნველყავით, რომ ოჯახმა მიიღოს შესაბამისი დახმარება ბავშვის გარდაცვალების შემთხვევაში, რაც მნიშვნელოვან ნაწილს წარმოადგენს აივ ინფიცირებულთა მკურნალობის ბოლო ეტაპზე. მშობლების უნდა დაეხმაროთ სახლში პალიატიურ მკურნალობისას, იმისათვის რომ ბავშვი საჭიროების გარეშე არ იმყოფებოდეს სტაციონარულ პალიატიურ მკურნალობაზე.

8.7.1 ტკივილის კონტროლი

ტკივილის მენეჯმენტი აივ ინფექცირებულ ბავშვებში ისეთივეა,

როგორიც სხვა ქრონიკული დაავადებებისას, როგორიცაა ავთვისებიანი დაავადებები და ნამგალუჯრედოვანი ანემია. მზრუნველობა იყოს ადეკვატური და მგრძნობიარე.

- მიეცით ანალგეტიკები ორ საფეხურად იმის მიხედვით, ტკივილი არის მსუბუქი, საშუალო თუ ძლიერი.
- მიეცით ანალგეტიკები რეგულარულად (საათობრივად), ისე რომ ბავშვს არ ჰქონდეს პერიოდი, როცა მას ექნება ტკივილის შეგრძნება.
- წამლის ადმინისტრირება განახორციელეთ შემდეგი სქემის მიხედვით: წამალი იყოს მარტივი, ეფექტური და ნაკლებად მტკივნეული მიღებისას, მიეცით წამალი ორალურად (ინექციური წამლები იქნება მტკივნეული).
- დოზის შერჩევა უნდა მოხდეს ინდივიდუალურად, რადგანაც სხვადასხვა ბავშვს შეიძლება დასჭირდეს სხვადასხვა დოზა, ერთი და იგივე ეფექტის მისაღწევად და დაავადების პროგრესთან ერთად შეიძლება საჭირო გახდეს წამლის შეცვლა.

გამოიყენეთ შემდეგი წამლები ტკივილის კონტროლისათვის.

მსუბუქი ტკივილი: მაგალითად, თავის ტკივილი

- მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol) ან იბუპროფენი (ibuprofen) > 3 თვის ბავშვებს, რომელთაც შეუძლიათ მიიღონ ორალური მედიკამენტები. ხოლო < 3თვის ბავშვებისათვის გამოიყენეთ მხოლოდ პარაცეტამოლი.
- პარაცეტამოლი (paracetamol) 10-15 მგ/კგ ყოველ 4-6 საათში
- იბუპროფენი (ibuprofen) 5-10 მგ/კგ 6-8 საათში

საშუალო და ძლიერი ტკივილი. თუ ტკივილის მართვა არ ხერხდება ზემოთ აღნიშნული სქემით: მიეცით ოპოიდები

- მიეცით მორფინი (morphine) ორალურად ან ინტრავენურად ყოველ 4-6 საათში ან მიაწოდეთ ინფუზიურად
- თუკი მორფინი (morphine) ვერ ახდენს ტკივილის კრუპირებას, მიეცით ალტერნატიული ოპოიდი, როგორიცაა ფენტანილი ან ჰიდრომორფინი.

გაითვალისწინეთ: ყურადღებით აკონტროლეთ სუნთქვა თუ წამლის მიმართ შეჩვევა განვითარდა, მაშინ უნდა გაიზარდოს დოზა ტკივილის მოხსნამდე.

დამხმარე მედიკამენტები: არ არსებობს საკმარისი მტკიცებულებები, რომ დამხმარე მედიკამენტებს შეუძლიათ ადეკვატურად მოხსნას ხანგრძლივი ტკივილი ან ისეთი სახის ტკივილის მოხსნა, როგორიცაა ნევრალგიური ტკივილი, ძვლების ტკივილი და კუნთოვან სპაზმთან დაკავშირებული ტკივილი ბავშვებში. ყველაზე ხშირად გამოყენება შემდეგი წამლები: დიაზეპამი კუნთების სპაზმთან დაკავშირებით, კარბამაზეპინი

ნერვალგიური ტკივილისათვის და კორტიკოსტეროიდები (როგორიცაა დექსამეტაზონი) ანთებით. შეშუპებულ ნერვზე ზეწოლის ტკივილის შემსუბუქებისათვის.

ტკივილის კონტროლი პროცედურებისას:

მტკივნეული პროცედურების დროს უნდა იყოს გამოყენებული 1-2%-იანი ლიდოკაინი:

- ლიდოკაინი (lidocaine): დააფარეთ (ხელთათმანებით) ლიდოკაინით (lidocaine) გაჟღენთილი ბინტი მტკივნეულ დაწყლულებულ ადგილზე კვების წინ: მოქმედებს 2-5 წუთში.
- ტეტრაკაინი (tetracaine), ადრენალინი (adrenaline) და კოკაინი (cocaine): გაჟღენთილი ბინტი დააფარეთ ღია ჭრილობაზე, გამოიყენება ნაკერების დადებისას

8.7.2 ანორექსიის, გულისრევის და ღებინების მართვა

ტერმინალურ სტადიაზე კვების სურვილის დაკარგვის მკურნალობა ძალზე ძნელია.

- მიეცით მცირე ულუფებად საკვები ხშირად, დილაობით, როცა ბავშვს კვების სურვილი უფრო მეტად აქვს.
- ცივი საკვების მიცემა უმჯობესია, ვიდრე ცხელის
- თავი აარიდეთ მარილიან ან სუნელებით გაჯერებულ საკვებს.
- მიეცით ორალურად მეტოკლოპრამიდი (metoclopramide) (1-2 მგ/კგ) ყოველ 2-4 საათში, თუ ბავშვს აქვს დისტრესული გულისრევა და ღებინება.

8.7.3 ნაწოლების პრევენცია და მკურნალობა

ყოველ 2 საათში ერთხელ გადააბრუნოს ბავშვი საწოლში. თუკი ნაწოლები განვითარდება, დაიცვას მათი სიმშრალე და სისუფთავე. გამოიყენოს ადგილობრივი ანესთეზიისათვის ტეტრაკაინი (tetracaine), ადრენალინი (adrenaline) და კოკაინი (cocaine).

8.7.4 პირის ღრუს მოვლა

ასწავლეთ მომვლელს, რომ პირის ღრუ გამოუსუფთავოს ბავშვს ყოველი კვების შემდეგ. თუ წყლულები განვითარდება პირის ღრუში, მაშინ პირის ღრუ გამოასუფთავოს 4-ჯერ დღეში სუფთა წყლით ან მარილიანი სხნარით და სუფთა ტამპონით. გამოიყენეთ 0.25% ან 0.5% კალიუმის პერმანგანატი დაზიანებულ ადგილებზე თუ შესაძლებელია. პირის ღრუს დასამუშავებლად შეიძლება გამოვიყენოთ იგივე კონცენტ. გენტანვიოლეტის ან მეთილენის ლილის ხსნარი. თუ ბავშვს აქვს მაღალი ტემპერატურა ან ტკივილი, მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol). მიეცით ბავშვს ხილის წვენის

ყინულის ბურთულები და სთხოვეთ რომ წუწნოს, ამ პროცესმა შეიძლება შეღავათი მისცეს ბავშვს. თუ ბავშვი ბოთლით იკვებება, ურჩიეთ მომვლელს საკვები მისცეს ბავშვს კოვზით და ჭიქით. თუ ბოთლით კვება გაგრძელდება, ურჩიეთ მომვლელს გარეცხოს საწოვარა ყოველი მოხმარების წინ.

თუ პირის ღრუში განვითარდება რძიანა, გამოიყენეთ მიკონაზოლის (miconazole) გელი დაზიანებულ ადგილებზე, სულ მცირე 3-ჯერ დღეში, 5 დღის განმავლობაში, ან მიეცით 1 მლ ნისტატინის (nystatin) სუსპენზია 4-ჯერ დღეში 7 დღის განმავლობაში, წაუსვით ნელნელა პირის ღრუში ისე რომ მთლიანად დაიფაროს დაზიანებული ადგილები.

თუკი ჩირქოვანი პროცესის გამომწვევი არის ბაქტერიული ინფექცია, გამოიყენეთ ტეტრაციკლინის (tetracycline) ან ქლორამფენიკოლის (chloramphenicol) მალამო. თუკი პირის ღრუში არის ცუდი სუნი, გაუკეთეთ ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin) კუნთებში (50 000 U/კგ ყოველ 6 საათში), დამატებით მეტრონიდაზოლის (metronidazole) სუსპენზია (7.5მგ/კგ ყოველ 8 საათში) 7 დღის განმავლობაში.

8.7.5 სასუნთქი სისტემის მენეჯმენტი

მიანიჭეთ პრიორიტეტი ბავშვისათვის მაქსიმალური კომფორტის შექმნას.

8.7.6 ფსიქოლოგიური დახმარება

მშობლებისა და და-ძმების ფსიქოლოგიური დახმარება აივ ინფიცირებული ბავშვის ცხოვრების ბოლო დღეებში და გარდაცვალების შემდეგ ერთ–ერთი მნიშვნელოვანი ასპექტია ტერმინალურ სტადიაზე. აღნიშნული პროცესი მნიშვნელოვნად დამოკიდებული იმაზე, თუ სად ხორციელდება მზრუნველობა სახლში, სტაციონარში თუ ბავშვთა სახლში. სახლში ფსიქოლოგიური დახმარება ესაჭიროებათ ოჯახის წევრებს, ნათესავებსა და მეგობრებს.

გაითვალიწინეთ, თუ არსებობს სპეციალური სათემო ან აივ ინფექციასთან დაკავშირებული კონსულტირების პროგრამა, აუცილებელია ოჯახის წევრების ამ პროგრამაში ჩართვა.

შენიშვნა

თავი 9
ზოგადი ქირურგიული პრობლემები

9.1 სამედიცინო ღონისძიებები ქირურგიულ ჩარევამდე, ჩარევისას და ჩარევის შემდეგ შორის;	316
9.1.1 სამედიცინო ღონისძიებები ქირურგიულ ჩარევამდე	316
9.1.2 ოპერაციული ჩარევა	318
9.1.3 ოპერაციის შემდგომი მოვლა	322
9.2 თანდაყოლილი ანომალიები	326
9.2.1 ტუჩის და სასის ნაპრალი	326
9.2.2 ნაწლავების ობსტრუქცია	327
9.2.3 მუცლის კედელის დეფექტი	328
9.2.4 მიელომენინგოცელე	329
9.2.5 ბარძაყის თავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა	330
9.2.6 ბრტყელტერფიანობა, ტერფების დეფორმაცია (club foot)	330
9.3 დაზიანებები	331
9.3.1 დამწვრობა	331
9.3.2 თავის დაზიანება	335
9.3.3 გულმკერდის დაზიანება	336
9.3.4 მუცლის დაზიანება	338
9.3.5მოტეხილობა	338
9.3.6 ჭრილობის მკურნალობის მეთოდები	341
9.4 აბდომინური პრობლემები	344
9.4.1 აბდომინური ტკივილები	344
9.4.2 აპენდიციტი	345
9.4.3 ნაწლავის ობსტრუქცია	346
9.4.4 ნაწლავების გაუვალობა	347
9.4.5 ჭიპის თიაქარი	348
9.4.6 საზარდულის თიაქარი	348
9.4.7 ჩაჭედილი თიაქარი	349
9.4.8 სათესლეს შემოგრეხვა	350
9.4.9 რექტალური პროლაპსი	350
9.5 ინფექციები, რომლებიც მითხოვენ ქირურგიულ ჩარევას	350
9.5.1 აბსცესი	350
9.5.2 ოსტეომიელიტი	351
9.5.3 სეპტიური ართრიტი	352
9.5.4 პიომიოზიტი	353

ქირურგიული პრობლემების შემთხვევაში ჩვილებსა და ბავშვებს ესაჭიროებათ სპეციალური მომზადება. მე-9 თავში მოცემულია გაიდლაინი ქირურგიული პრობლემების მქონე ბავშვების მოვლის შესახებ და მოკლედ არის აღწერილი ქირურგიული ჩარევის გზები.

დეტალური ქირურგიული და ანესთეზიის გაიდლაინი შეიძლება იხილოთ ჯანმოს სახელმძღვანელოში „ქირურგიული მზრუნველობა რაიონულ ჰოსპიტალში“ ან სახელმძღვანელოთა კრებულში გადაუდებელი სამედიცინო დახმარებისა და ქირურგიული ჩარევის შესახებ.

9.1 სამედიცინო ღონისძიებები ქირურგიულ ჩარევამდე, ჩარევისას და ჩარევის შემდეგ

სწორი ქირურგიული მიდგომა არასდროს შემოიფარგლება მხოლოდ პროცედურით. იგი მოიცავს მთელ რიგ ეტაპებს, მათ შორის, ოპერაციისათვის მზადება, ანესთეზია და პოსტოპერაციული მოვლა.

9.1.1 სამედიცინო ღონისძიებები ქირურგიულ ჩარევამდე

ბავშვი, ისევე როგორც მშობლები, უნდა მოამზადოთ პროცედურებისათვის და მათ უნდა ჩაუტაროთ კონსულტირება.

- აუხსენით პროცედურების საჭიროება. ყურადღება გაამახვილეთ ოპერაციის გამოსავალზე, აუხსენით ოპერაციის რისკი და სარგებელი.
- შეამოწმეთ, არის თუ არა ბავშვი მომზადებული მედიკალიზაციის თვალსაზრისით.
- ოპერაციული ჩარევის წინ შეამოწმეთ, ადეკვატურად არის თუ არა ბავშვი მომზადებული (გადაუსხით 10-20მლ/კგ იზოტონური ხსნარი ინტრავენურად, საჭიროების შემთხვევაში გაიმეორეთ). შარდის გამოყოფის ადეკვატურობის უზრუნველსაყოფად აუცილებელია შესაბამისი რაოდენობის სითხის მიწოდება.

- ანემიის კორეგირება. მძიმე ანემიის შემთხვევაში უარესდება ჟანგბადით მომარაგება, ამიტომ, გულს ესაჭიროება უფრო მეტი რაოდენობით სისხლის გადასროლა სისტემაში. ქირურგიულმა ჩარევამ შესაძლოა გამოიწვიოს დიდი რაოდენობით სისხლის დაკარგვა, ხოლო ანესთეზიამ შეიძლება გამოიწვიოს ჟანგბადით მომარაგების გაუარესება. იდეალურ შემთხვევაში, ქირურგიულ ჩარევამდე უნდა იქნეს შემოწმებული ბავშვის Hb-ის დონე სისხლში და მისი შესაბამისობა ასაკთან და პოპულაციასთან.
- ანემიური მდგომარეობის დროს სასწრაფოდ გადაუსხით სისხლი, განსაკუთრებით იჩქარეთ გადაუდებელი ქირურგიული ოპერაციების შემთხვევაში.
- ბავშვებს, რომელთაც უკეთდებათ გეგმიური ოპერაცია, ანემიის მკურნალობა უნდა ჩაუტარდეს ორალური სამკურნალო

საშუალებით (გვ. 207).

- ბავშვებს ჰემოგლობინოპათიით (HbSS, HbAS, HbSC და თალასემია) რომლებსაც ესაჭიროებათ ქირურგიული ჩარევა და ანესთეზია, აუცილებლად უნდა ჩაუტარდეთ მკურნალობა. მათ ესაჭიროებათ სპეციალური პედიატრიული ტესტი.

○ უზრუნველყავით, რომ ბავშვი კალორიულ კვებაზე იმყოფებოდეს. კალორიული კვება აუცილებელია დაზიანებების მკურნალობისათვის.

- **ზოგადი ანესთეზიის გაკეთებამდე ბავშვი მშიერი უნდა იყოს.**

○ < 12 თვის ჩვილები: ბავშვს არ მისცეთ მყარი საკვები ოპერაციამდე 8 საათით ადრე, ხოლო თხიერი საკვები 6 საათით ადრე. სითხეები და ძუძუთი კვება 4 საათით ადრე.

○ თუ საკვების გარეშე ბავშვის ყოფნა გახანგრძლივდება (>6 საათი), მიეცით მას სითხეები ინტრავენურად.

- ლაბორატორიული მონაცემების შემოწმება არ არის ყოველთვის აუცილებელი, თუმცა შესაძლებლობის შემთხვევაში ჩაუტარეთ შემდეგი კვლევები:

✓ <6 თვის ჩვილებში: შეამოწმეთ Hb და EVF.

✓ 6-დან 12 წლამდე ბავშვებში:

○ მცირე ქირურგიული ჩარევისას (მაგ. თიაქარის ჩაბრუნებისას) კვლევები საჭირო არ არის.

○ გაფართოებული ქირურგიული ჩარევისას: შეამოწმეთ Hb და EVF, სისხლის ჯგუფი და შედედების ფაქტორები იმ შემთხვევაში, თუ საჭირო იქნება სისხლის გადასხმა.

✓ სხვა სახის კვლევები შეიძლება საჭირო გახდეს მოგვიანებით, კლინიკური სიტუაციის სრულად შესწავლის შემდეგ.

- პრეოპერაციულად ანტიბიოტიკების მიცემა უნდა ხდებოდეს იმ შემთხვევაში, თუკი ადგილი აქვს:

✓ ინფიცირებას და დაბინძურებას (მაგალითად, თუ საჭიროა ნაწლავისა და შარდის ბუშტის ქირურგიული მკურნალობა).

- ნაწლავების ქირურგიული მკურნალობისას: ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ კუნთებში ან ვენაში 4-ჯერ დღეში), გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ|კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) და მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10 მგ/კგ სამჯერ დღეში) ოპერაციამდე და 3-5 დღე ოპერაციის შემდეგ.

- შარდის ბუშტის ქირურგიული მკურნალობისას: გაუკეთეთ ამპიცილინი (ampicillin) (50 მგ/კგ კუნთებში ან ვენაში 4-ჯერ დღეში),

გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ.კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) ოპერაციამდე და 3-5 დღე ოპერაციის შემდეგ.

- ბავშვებს, რომლებსაც აქვთ ენდოკარდიტის რისკი (ბავშვები, გულის თანდაყოლილი დაავადებებით და გულის სარქვლოვანი დაავადებები და ესაჭიროებათ სტომატოლოგიური, ორალური, რესპირაციული და ნაზოფარინგეალური პროცედურები:
- მიეცით ამოქსიცილინი (amoxicillin) 50 მგ/კგ ორალურად ოპერაციამდე ან თუ ბავშვი ვერ ღებულობს წამლებს ორალურად, გაუკეთეთ ამპიცილინი (ampicillin) 50 მგ/კგ ინტრავენურად ოპერაციამდე 30 წუთით ადრე.
- გაფართოებული ქირურგიული ჩარევის წინ ჩაატარეთ პრემედიკაცია, მოუხსენით შიში.

9.1.2 ოპერაციული ჩარევა

წარმატებული ოპერაცია მოითხოვს გუნდურ მუშაობასა და სიზუსტეს ოპერაციის დაგეგმვისას. საოპერაციო ბლოკის სამედიცინო პერსონალი უნდა მოქმედებდეს, როგორც ერთი გუნდი. მათ შორის, ქირურგი, ანესთეზიოლოგიის ჯგუფი, მედდები, ტექნიკური პერსონალი და სხვა. შეამოწმეთ ყველა საჭირო ნივთი თუ იარაღი არის თუ არა მზად ოპერაციული ჩარევისათვის.

ანესთეზია

ბავშვები ისევე აღიქვამენ ტკივილს როგორც მოზრდილები, თუმცა სხვაგვარად გამოხატავენ მას.

- პროცედურები გახადეთ რაც შეიძლება უმტკივნეულო.
- მცირე პროცედურებისას ბავშვებს გაუკეთეთ ლოკალური ანესთეზია ადგილობრივად ინფილტრაციის სახით:
  - ლიდოკაინი (lidocaine) 3მგ/კგ (0.3 მლ/კგ 1%-იანი ხსნარი და 0.15 მლ/კგ 2%-იანი ხსნარი; მაქსიმალური დოზა 200მგ), არ გაიმეოროთ იგივე დოზა 2 საათის განმავლობაში.
  - ბუპივაკაინი (bupivacaine) 0.5-0.25 მგ/კგ 0.25-იანი ან 0.5%-იანი ხსნარი: მაქსიმალური დოზა 1 მლ/კგ 0.25%-იანი ხსნარი, 0.5 მლ/კგ 0.5%-იანი ხსნარი (2.5მგ/კგ).
- **მიეცით ზოგადი ანესთეზია**

კეტამინი არის საუკეთესო ანესთეზიური საშუალება მაშინ, როცა არ არის საჭირო კუნთების რელაქსაცია.

- მცირე პროცედურებისათვის შეიძლება გამოიყენოთ შემდეგი საანესთეზიო და ანალგეტიკური პროცედურები:

- კეტამინი (ketamine) 5-8 მგ კუნთებში ან 1-2 მგ/კგ ინტრავენურად 60-წუთიანი ქირურგიული ანესთეზიისათვის, საჭიროების შემთხვევაში გაზარდეთ დოზა. ბავშვი უნდა იყოს ჩარევისათვის მზად ინტრავენურად წამლის მიცემიდან 2-3 წუთის შემდეგ, ხოლო კუნთებში წამლის შეყვანიდან 3-5 წუთის შემდეგ.
- თუკი ბავშვს ტკივილზე აქვს რეაქცია, მიეცით კეტამინის (ketamine) დამატებითი დოზა: 1-2 მგ/კგ კუნთებში ან 0.5-1 მგ/კგ ინტრავენურად.

○ ხანგრძლივი პროცედურებისას აუცილებელია ანესთეზია მიმდინარეობდეს ინტრავენური გადასხმის ფონზე:

- ახალშობილები: თავიდან მიეცით 0.5-2 მგ/კგ დაწყებითი დოზა, შემდეგ ინტრავენური გადასხმა გააგრძელეთ 500 მკგრ/კგ საათში ერთხელ, გაზარდეთ დოზა საჭიროების მიხედვით; 2 მგ/კგ-მდე საათში შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ღრმა ანესთეზიისათვის.
- ჩვილები და ბავშვები: თავიდან მიეცით 0.5-2 მგ/კგ დაწყებითი დოზა, შემდეგ ინტრავენური გადასხმა გააგრძელეთ 0.5-2 მგ/კგ საათში, გაზარდეთ დოზა საჭიროების მიხედვით.

○ პროცედურის დამთავრებისას დააწვინეთ ბავშვი გვერდზე და მშვიდად დააკვირდით ანესთეზიიდან გამოსვლას.

განსაკუთრებული მდგომარეობები

ვენტილაცია

- სასუნთქი გზების მცირე დიამეტრის გამო მაღალია ობსტრუქციის განვითარების ბავშვების რისკი. ამიტომ ქირურგიული ოპერაციების დროს ესაჭიროებათ ინტუბაცია.
- სანარკოზე ნივთიერებების ამაორთქლებელი საშუალებები არ გამოიყენება ბავშვთა ასაკში. 28-ე ცხრილში მოცემულია ენდოტრაქეალური მილის ზომები (გვ. 313).

28 ცხრილი. ენდოტრაქეალური მილის ზომა ასაკის მიხედვით

ასაკი (წლები)	მილის ზომა (მმ)
დღენაკლული	2.5–3.0
ახალშობილი	3.5
1	4.0
2	4.5
2–4	5.0
5	5.5
6	6
6–8	6.5
8	მანჟეტი 5.5
10	მანჟეტი 6.0

2 წლის ზემოთ ასაკის ბავშვებში შეიძლება გამოვიყენოთ შემდეგი ფორმულა:

$$\text{მილის შიდა დიამეტრი (მმ)} = \frac{\text{ასაკი (წელი)}}{4} + 4$$

ამასთან, იდეალურ შემთხვევაში მილის შიდა დიამეტრი ბავშვის ნეკა თითის ტოლია. ყოველთვის გქონდეთ ერთი ზომით დიდი და პატარა მილი მარაგის სახით. მილი უნდა იყოს მანჟეტის გარეშე. ინტუბაციის შემდეგ მოუსმინეთ ფილტვებს სტეტოსკოპით რათა დარწმუნდეთ, რომ სუნთქვა ფილტვის ორივე მხარეს თანაბარია.

ჰიპოთერმია

პატარა ბავშვები სითბოს უფრო სწრაფად კარგავენ, ვიდრე მოზრდილები. ეს აუცილებლად უნდა იყოს გათვალისწინებული, რადგან ჰიპოთერმიამ შეიძლება იმოქმედოს წამლების მეტაბოლიზმზე, ანესთეზიაზე და სისხლის კოაგულაციაზე.

- ჰიპოთერმიის პრევენცია საოპერაციო ბლოკში შესაძლებელია >28^{0}C ტემპერატურული რეჟიმის დაცვით. ოპერაციის მიმდინარეობისას ასევე აუცილებელია დათბუნება, თუ ეს შესაძლებელია.
- გამოიყენეთ თბილი სითხეები (მაგრამ არა ცხელი).
- მოერიდეთ ხანგრძლივ პროცედურებს (>1საათი), თუკი სითბური რეჟიმის დაცვა შეუძლებელია.
- მეთვალყურეობა გაუწიეთ ბავშვის ტემპერატურას რაც

შეიძლება ხშირად, შეამოწმეთ იგი ოპერაციის დასრულების შემდეგაც. გამოიყენეთ დაბალი ციფრების მაჩვენებელი თერმომეტრი.

ჰიპოგლიკემია

ჩვილები და ბავშვები არიან ჰიპოგლიკემიის რისკის ქვეშ. მათ აქვთ შეზღუდული შესაძლებლობები, რომ გამოიყენონ ცხიმი და ცილა გლუკოზის სინთეზისათვის.

- ანესთეზიის დროს გადაუსხით გლუკოზა, რათა შენარჩუნებული იქნეს სისხლში შაქრის შემცველობა. პედიატრიული ოპერაციების დროს, გარდა პატარა ოპერაციებისა, გამოიყენეთ რინგერლაქტატი (Ringer- lactate) ან იზოტონური ხსნარი 5%-იანი, 5მლ/კგ საათში, დამატებით შეამოწმეთ მიღებული სითხისა და დაკარგული სითხის ბალანსი.
- შეამოწმეთ სისხლში გლუკოზის შემცველობა რეგულარულად, რადგანაც ჰიპერგლიკემია შეიძლება შეუმჩნეველი იყოს ანესთეზიის ფონზე.

სისხლის დანაკარგი

ბავშვებს აქვთ ნაკლები სისხლის მოცულობა, ვიდრე მოზრდილებს, ამიტომ მცირე რაოდენობით სისხლის დაკარგვა შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში იყოს, განსაკუთრებით მაშინ, თუ ბავშვი ანემიურია.

- ოპერაციისას აკურატულად გაზომეთ სისხლის დანაკარგი გადაუსხით სისხლი, თუ დანაკარგი აჭარბებს სისხლის მოცულობის 10%–ს (იხ. ცხრილი 29).
- აუცილებელია გქონდეთ სისხლის მარაგი საოპერაციო ბლოკში, თუკი სისხლის დანაკარგი მოსალოდნელია.

ცხრილი 29 სისხლის მოცულობა ბავშვებში ასაკის მიხედვით

	მლ/კგ სხეულის წონა
ახალშობილები	85–90
ბავშვები	80
ზრდასრულები	70

9.1.3 ოპერაციის შემდგომი დაკვირვება

შეატყობინეთ ოჯახს ოპერაციის გამოსავლის შესახებ, განიხილეთ ნებისმიერი მოსალოდნელი პრობლემა მათთან ერთად.

დაუყოვნებლივ ოპერაციის შემდეგ

დარწმუნდით, რომ ბავშვი სრულად გამოვიდა ანესთეზიიდან. პაციენტი უნდა იყოს მოთავსებული პალატაში ან ინტენსიურ ბლოკში, სადაც სრულყოფილად განხორციელდება მისი მეთვალყურეობა. ბავშვის მდგომარეობა შეამოწმეთ შემდეგი თანმიმდევრობით:

- მეთვალყურეობა გაუწიეთ სასუნთქ გზებს, სუნთქვას და ცირკულაციას.
- დააკვირდით სასიცოცხლო ნიშნებს, როგორებიცაა: ტემპერატურა, პულსი (იხ. ცხრილი 30), სუნთქვის სიხშირე და სისხლის წნევა (შესაბამისი ზომის მანჟეტით). დაკვირვება უნდა განხორციელდეს ხშირად, თუკი მონაცემები შეიცვლება.
- გაუწიეთ მეთვალყურეობა ჟანგბადის სატურაციას (ნორმალური, >94%) ზოგადი ანესთეზიის შემდეგ. მიეცით ჟანგბადი, თუკი საჭიროა.
- დააკვირდით პაციენტს მანამ, სანამ ჯერ კიდევ იმყოფება ანესთეზიის ქვეშ.

ცხრილი 30 ნორმალური პულსი და სისხლის წნევა ბავშვებში

ასაკი (წლები)	პულსი (საშუალო)	სისტემური სისხლის წნევა (მმ Hg)
0–1	100–160	> 60
1–3	90–150	> 70
3–6	80–140	> 75

გაითვალისწინეთ: როცა ბავშვს სძინავს, პულსი 10%-ით ნაკლებია ფიზიოლოგიურზე.

ჩვილებსა და ბავშვებში ძლიერი პულსის არსებობა ან, პირიქით, არარსებობა უფრო მნიშვნელოვანი მარკერია შოკის არსებობის, ვიდრე სისხლის წნევა.

სითხის რაოდენობის მენეჯმენტი

- ოპერაციის შემდეგ ბავშვებს ესაჭიროებათ სითხით დატვირთვა. ბავშვებს, რომელთაც გაუკეთდათ აბდომინალური ოპერაციები, ესაჭიროებათ ჩვეულებრივზე 150%-ით მეტი სითხე, (გვ. 316) და კიდევ უფრო მეტი პერიტონიტის განვითარების შემთხვევაში. პირველი არჩევის ინტრავენურად გადასასხმელი

სითხეები: რინგერის ლაქტატი (Ringer-lactate) 5%-იან გლუკოზასთან ერთად; იზოტონური ხსნარი 5%-იან გლუკოზასთან ან ნახევრად იზოტონური ხსნარი 5%-იან გლუკოზასთან ერთად. გაითვალისწინეთ, რომ იზოტონური ხსნარი და რინგერის ლაქტატი არ შეიცავენ გლუკოზას და შეიძლება გამოიწვიონ ჰიპოგლიკემია. დიდი რაოდენობით 5%-იანი გლუკოზა არ შეიცავს ნატრიუმს და შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპონატრინემია და ტვინის შეშუპება (იხ. დანართი 4, გვ. 431).

ყურადღებით შეამოწმეთ სითხეების რაოდენობა

- ჩაიწერეთ მიღებული და გამოყოფილი სითხეების რაოდენობა (ინტრავენურად და ნაზოგასტრალური დრენაჟით მიცემული სითხეები, ღებინებითა და შარდით გამოყოფილი სითხეები) ყოველ 4-6 საათში.

შარდვით გამოყოფილი სითხის რაოდენობა ბავშვებში ყველაზე მგრძნობიარე ინდიკატორია:

- გამოყოფილი შარდის ნორმალური რაოდენობაა ჩვილებში-1-2 მლ/კგ საათში, ბავშვებში-1 მლ/კგ საათში. თუკი შარდის გამოყოფა შეფერხდა, გამოიყენეთ კათეტერი. ასევე გაზომეთ შარდის გამოყოფა საათების მიხედვით. ეს ინფორმაცია განსაკუთრებით საჭიროა ავადმყოფი ბავშვების შემთხვევაში. შარდის შეკავებაზე ეჭვი მიიტანეთ, თუ პალპაციისას ისინჯება შარდის ბუშტი ან გამოყოფილი შარდის ვიზუალიზაციას ვერ ახდენთ.

ტკივილის კონტროლი

შეადგინეთ ტკივილის პოსტოპერაციული კონტროლის გეგმა.

- საშუალო სიძლიერის ტკივილი
- მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol) (10-15 მგ/კგ ყოველ 4-6 საათში) ორალურად ან რექტალურად. ორალური პარაცეტამოლი (paracetamol) შეიძლება მიეცეს ოპერაციამდე რამდენიმე საათით ადრე ან რექტალურად ოპერაციის დასრულების შემდეგ.
- ძლიერი ტკივილი
- მიეცით ნარკოტიკული საშუალება ინტრავენურად (კუნთებში ინექცია მტკივნეულია).
  - მორფინის სულფატი (Morphine sulfate), 0.05-0.1 მგ/კგ ინტრავენურად ყოველ 2-4 საათში.

კვება

ოპერაციული ჩარევების უმრავლესობა ზრდის საჭირო კალორიების მიღების რაოდენობას და ადეკვატური საკვების აუცილებლობას. ბავშვებს, რომელთაც აქვთ ქირურგიული პრობლემები, უვითარდებათ საერთო სისუსტე. ცუდი კვება

აუარესებს ორგანიზმის პასუხს დაზიანებაზე და ხელს უშლის ჭრილობის შეხორცებას.

- მიეცით საკვები ბავშვს რაც შეიძლება მალე ქირურგიული ოპერაციის შემდეგ.
- უზრუნველყავით მაღალკალორიული ადეკვატური დიეტა რაოდენობის პროტეინებით და ვიტამინებით გაჯერებული.
- უზრუნველყავით საკვების მიღება ნაზოგასტრალურად, თუ ბავშვი ცუდად იკვებება.
- აკონტროლეთ ბავშვის წონა.

გართულებების პრევენცია

- გაამხნევეთ ბავშვი, რათა რაც შეიძლება მალე დაიწყოს მოძრაობა:
  - ღრმა სუნთქვა და ხველა,
  - აქტიური ვარჯიშები ყოველდღიურად,
- სახსრებისათვის პასიური ადაპტაციის მოძრაობები,
  - კუნთების დაჭიმვა,
  - უზრუნველყავით სიარულისათვის დამხმარე მოწყობილობით, როგორიცაა საყრდენი ჯოხი, ყავარჯნები; მიაწოდეთ ინსტრუქცია, თუ როგორ გამოიყენოს ისინი.
- დაიცავით კანი დაზიანების და ნაწოლებისაგან:
  - ხშირად გადააბრუნეთ პაციენტი საწოლში,
  - დაიცავით კანი შარდისა და ფეკალიების ზემოქმედებისაგან.

ყველაზე ხშირი პოსტოპერაციული პრობლემები

- ტაქიკარდია (მომატებული პულსის სიხშირე, იხ. ცხრილი 30) შეიძლება იყოს გამოწვეული ტკივილით, ჰიპოვოლემიით, ანემიით, ცხელებით, ჰიპოგლიკემიითა და ინფექციით.

შეაფასეთ ბავშვი

- განიხილეთ თავიდან ბავშვის პრეოპერაციული მოვლა. ოპერაციული ჩარევა
- შეამოწმეთ ბავშვის რეაქცია ტკივილგამაყუჩებელ მედიკამენტებზე, ინტავენურად გადასხმული სითხეების სახეობასა და რაოდენობაზე, ასევე მიწოდებული ჟანგბადის რაოდენობაზე.

ბავშვებში ბრადიკარდიისას უპირველეს ყოვლისა უნდა ვივარაუდოთ ჰიპოქსია.

- **ცხელება აღინიშნებოდეს**

შეიძლება ქსოვილების დაზიანების, ჭრილობის ინფიცირების, პნევმონიის, შინაგანი აბსცესის, საშარდე სისტემის ინფექციის (მაგ. კათეტერის დაინფიცირების), ფლებიტის (ინტრავენური კათეტერის ზომის) ან სხვა თანმხლები ინფექციის (მაგ. მალარია) შემთხვევაში.

- იხ. სექცია 9.3.6, გვ. 335 ჭრილობის ინფექციების

დიაგნოსტირებისა და მკურნალობის შესახებ.

- შარდის გამოყოფის შემცირების მიზეზი შეიძლება იყოს ჰიპოვოლემია, შარდის შეკავება ან თირკმლის უკმარისობა; ასევე მიზეზი შეიძლება იყოს სითხის არაადეკვატური მიღება.

o შეაფასეთ ბავშვი

○ შეისწავლეთ ბავშვის მიერ მიღებული და გამოყოფილი სითხის რაოდენობა.

○ თუ ჰიპოვოლემია მოსალოდნელია, მიეცით იზოტონური ხსნარი (10-20 მლ/კგ) და გაიმეორეთ ისევ (მაქსიმალური დოზა 40 მლ/კგ; პირველი 20 მლ/კგ-ის შემდეგ კარგად დააკვირდით ბავშვის მდგომარეობას), თუ საჭირო იქნება.

○ თუ შარდის შეკავებაა მოსალოდნელი (ბავშვი არის არაკომფორტულად და პალპაციისას ისინჯება სავსე შარდის ბუშტი), გამოიყენეთ კათეტერი.

- ჭრილობის აბსცესი

○ თუკი ჭრილობა არის ღია და ასევე მასში არის ჩირქი და ინფილტრატი, მაშინ მოაცილეთ დაზიანებული კანი ან დაზიანებული ქსოვილი და გაასუფთავეთ ჭრილობა. არ მოაცილოთ ჭრილობას უკვე შეხორცებული ქსოვილი.

○ ანთებითი კერის არარსებობის შემთხვევაში ანტიბიოტიკები არ არის საჭირო.

○ ჭრილობას დააფარეთ სტერილურ იზოტონურ ხსნარში დასველებული საფენი, შეცვალეთ საფენი ყოველ 24 საათში ერთხელ.

○ თუ ინფექცია არის ზედაპირული და არ არის დაზიანებული ღრმა ქსოვილები, გაუწიეთ მეთვალყურეობა ღრმა აბსცესის განვითარებას და მიეცით ანტიბიოტიკები:

○ გაუკეთეთ ამპიცილინი (ampicillin) (25-50მგ/კგ კუნთებში ან ვენაში 4-ჯერ დღეში) და მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10მგ/კგ სამჯერ დღეში) ოპერაციის წინ და 3-5 დღის შემდეგ ოპერაციიდან.

○ თუ ინფექცია არის ღრმა, ჩართულია კუნთები და დაწყებულია ნეკროზი (ნეკროზული ფასცია), მიეცით ანტიბიოტიკები, სანამ ნეკროზულ ქსოვილებს მოაცილებთ და თუ პაციენტს არ აქვს სიცხე ბოლო 48 საათის განმავლობაში.

○ გაუკეთეთ ამპიცილინი (ampicillin) (25-50მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში), დამატებით მიეცით გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად დღეში ერთხელ) და მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10 მგ/კგ სამჯერ დღეში).

9.2 თანდაყოლილი ანომალიები

თანდაყოლილი ანომალიები არის სხვადასხვა სახის, მაგრამ ზოგიერთი მათგანი ფართოდაა გავრცელებული. ნაწილი მოითხოვს სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას, ხოლო სხვა შემთხვევაში ჩარევა შეიძლება გაკეთდეს მოგვიანებით. ადრეული ინფორმირება ქირურგიული ჩარევის გამოსავალის შესახებ, საშუალებას აძლევს მშობლებს, რომ იფიქრონ მკურნალობის სხვა შესაძლო მეთოდებზე.

9.2.1 ტუჩის და სასის ნაპრალი

ეს ორი ანომალია შეიძლება არსებობდეს ერთდროულად (იხ. სურათი). დარწმუნდით, რომ მშობლები აცნობიერებენ პრობლემას. მათ შეიძლება
ყურადღება გაამახვილონ მხოლოდ ვიზუალურ მხარეზე.



ცალმხრივი უნილატერული, ორმხრივი ბილატერული, ტუჩის და სასის ნაპრალი.

მკურნალობა

ჩვილები, რომელთაც აქვთ იზოლირებულად მხოლოდ ტუჩის ნაპრალი, შეიძლება იკვებონ ნორმალურად, ხოლო როცა იგი ასოცირებულია სასის ნაპრალთან, მაშინ წარმოიქმნება კვების პრობლემა. ბავშვს შეიძლება ჰქონდეს ნორმალური ყლაპვა, მაგრამ ვერ წოვდეს ადეკვატურად, რძის რეგურგიტაცია ხდებოდეს ცხვირიდან და შეიძლება მოხდეს ასპირაცია ფილტვებში. თუკი ეს დეფექტი ასოცირებულია პიერ რობინის სინდრომთან (პატარა ქვედა ყბა და ქვედა ყბის შიგნით შეწევა), ბავშვს შეიძლება განუვითარდეს სასუნთქი გზების ობსტრუქცია ძილის დროს.

- მიეცით ბავშვს მკერდიდან გამოწველილი რძე ჭიქით და კოვზით ან ბოთლით. თუ ხელმისაწვდომია და ადეკვატური სტერილურობა უზრუნველყოფილია. შეიძლება სპეციალური მკურნალობა იქნეს გამოყენებული. კვების ტაქტიკა არის შემდეგი: მიაწოდეთ რძის წვეთები ენის უკან ხახაში კოვზით, პიპეტით ან სხვა საშუალებით. ამის შემდეგ ბავშვს ექნება საშუალება, რომ გადაყლაპოს ნორმალურად.

ძილის დროს განვითარებული სასუნთქი გზების ობსტრუქცია შეიძლება იყოს ჰიპოქსიისა და ზრდაში შეფერხების მიზეზი, რაც მოითხოვს მკურნალობას.

- განახორციელეთ მეთვალყურეობა ბავშვის კვებასა და ზრდაზე ადრეულ ასაკში.
- ტუჩის ქირურგიული დახურვა შეიძლება გაკეთდეს 6 თვის ასაკში, ხოლო სასის ნაპრალისა - 1 წლის ასაკში. ტუჩი შეიძლება მალე შეხორცდეს. ტექნიკურად აღდგენა სწრაფად იქნება შესაძლებელი, თუკი გამოიყენებთ ანესთეზიას.
- ქირურგიული ჩარევის შემდეგ აუცილებელია სმენის (ხშირია შუა ყურის ინფექცია) და მეტყველების განვითარების მეთვალყურეობა.

9.2.2 ნაწლავების ობსტრუქცია

ახალშობილებში შეიძლება განვითარდეს ჰიპერტროფიული პილორული სტენოზი, ნაწლავების ატრეზია, ნაწლავის ნაწილობრივი შემოგრეხა, მეკონიური ილეუსის სინდრომი, ჰირშპრუნგის დაავადება (მსხვილი ნაწლავის აგანგლიოზი) ან ანუსის ატრეზია.

დიაგნოზი

- კლინიკური სიმპტომატიკა დამოკიდებულია ობსტრუქციის დონეზე. პროქსიმალური ობსტრუქცია ხასიათდება ღებინებით და მუცლის ზომიერი შებერვით, ხოლო დისტალური-მუცლის ძლიერი შებერვით და მოგვიანებითი ღებინებით.
- ნაღვლის შემცველი ამონაღები მასა ჩვილებში მეტყველებს ნაწლავთა გაუვალობაზე და საჭიროებს სასწრაფო ქირურგიული ჩარევას.
- პილოროსტენოზი გამოვლინდება სიცოცხლის მე-3 - მე-6 კვირას შადრევნისებური ღებინებით. ამონაღები მასა არ შეიცავს ნაღველს.
  - ხდება დეჰიდრატაცია და ელექტროლიტური ცვლის მოშლა.
  - მუცლის ზედა ნაწილში შეიძლება გაფართოებული პილორუსი პალპირებულია.

მუცლის დაჭიმულობას შეიძლება ჰქონდეს სხვა მიზეზები, როგორიცაა ნაწლავის გაუვალობასთან დაკავშირებული სეფსისი, ნეკროზული ენტეროკოლიტი, თანდაყოლილი სიფილისი და ასციტი.

მკურნალობა

- სასწრაფოდ უნდა დაიწყოს რეანიმაციული ღონისძიებები და

ჩატარდეს ქირურგის (რომელსაც აქვს გამოცდილება პედიატრიაში) კონსულტაცია .

- არაფერი მისცეთ ბავშვს ორალურად. გამოიყენეთ ნაზოგასტრალური ზონდი, თუკი ბავშვს აქვს ღებინება ან მუცლის დაჭიმულობა.
- ინტრავენური სითხეები: გამოიყენეთ ნახევრად ძლიერი დაროუს ხსნარი ან იზოტონურ ხსნარს დამატებული 5%-იანი გლუკოზა (დექსტროზა).

○ შოკის შემთხვევაში ბავშვს მიეცით იზოტონური ხსნარი ბონუსურად (20 მლ/კგ) ან რინგერ ლაქტატი, როგორც სწრაფი ინტრავენური ბონუსი.

○ თუკი შოკი არ არის, მაგრამ ადგილი აქვს დეჰიდრატაციას, მიეცით 10-20 მლ/კგ ნახევრად ძლიერი დაროუს ხსნარი (Darrow) ან იზოტონური ხსნარი 5% გლუკოზასთან ერთად 20 წუთის განმავლობაში.

○ მიეცით სითხეები (გვ.316), დამატებით მიეცით იმავე რაოდენობის სითხე, რომელსაც კარგავს ნაზოგასტრალური ზონდით და ღებინებით.

- გაუკეთეთ ამპიცილინი (ampicillin) (25-30 მგ/კგ ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში), დამატებით - გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ ინტრავენურად ერთხელ დღეში), ასევე მიეცით მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (15 მგ/კგ როგორც ერთჯერადი დოზა, ხოლო შემდეგ 7.5 მგ/კგ ყოველ 12 საათში; მისი მიცემა იწყება ერთჯერადი დოზის მიღებიდან 24 საათში).

9.2.3 მუცლის კედლის დეფექტი



მუცლის კედელი არ არის სრულად განვითარებული და რჩება ღია.

დიაგნოზი

ნაწლავი შესაძლებელია ჩანდეს (გასტროშიზი) ან თხელი ფენა ფარავდეს ნაწლავს (ომფალოცელე).

(იხ. სურათი).

ახალშობილი ომფალოცელეთი

მკურნალობა

- დააფარეთ სტერილური საფენი, დაამაგრეთ პლასტირით. საფენი ისე დააკარით, რომ მოახდინოთ სითხის დაკარგვის

პრევენცია. ღია მუცლის შემთხვევაში შესაძლებელია სითხის სწრაფი დაკარგვა და ჰიპოთერმია.

- არ მისცეთ წამლები ორალურად. მიეცით წამლები ნაზოგასტრალური ზონდით.
- მიეცით ხსნარები ინტრავენურად: იზოტონური ხსნარი 5%-იან გლუკოზასთან ერთად (დექსტროზა) ან ნახევრად ძლიერი დაროუს ხსნარი.
  - შოკის შემთხვევაში მიეცით 20 მლ/კგ იზოტონური ხსნარი ან ჰარტმანის ხსნარი სწრაფი წვეთების სახით, ინტრავენურად.
  - თუკი შოკი არ არის, მაგრამ ადგილი აქვს დეჰიდრატაციას, მიეცით 10-20 მლ/კგ ნახევრად ძლიერი დაროუს ხსნარი ან იზოტონური ხსნარი 5%-იან გლუკოზასთან ერთად 20 წუთის განმავლობაში.
  - მიეცით სითხეები ადეკვატური რაოდენობით (გვ.316), დაუმატეთ სითხეების რაოდენობა, თუკი ნაზოგასტრალური ზონდიდან სითხე გამოდის.
- გაუკეთეთ ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში), დამატებით მიეცით გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ ინტრავენურად ერთხელ დღეში), ასევე მიეცით მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (15 მგ/კგ როგორც ერთჯერადი დოზა, რასაც მოჰყვება 7.5 მგ/კგ ყოველ 12 საათში; მისი მიცემა იწყება ერთჯერადი დოზის მიღებიდან 24 საათში).

ასეთ ბავშვს სასწრაფოდ ესაჭიროება ქირურგის კონსულტაცია, რომელსაც აქვს პედიატრიული ქირურგიის გამოცდილება.

9.2.4 მიელომენინგოცელე

დიაგნოზი

- პატარა თიაქარი შეიძლება ჩამოყალიბდეს თავის ქალის ან ხერხემლის ძვლოვანი დეფექტის გამო. იგი ყველაზე ხშირად გავრცელებულია წელის არეში.
- შეიძლება გამოიწვიოს ნევროლოგიური დარღვევები (ნაწლავის მოტორიკის მოშლა, შარდის ბუშტის ფუნქციის მოშლა, მოძრაობითი აქტივობების დარღვევა ქვედა კიდურებში), ასევე ჰიდროცეფალია.

მკურნალობა

დააფარეთ სტერილური საფენი

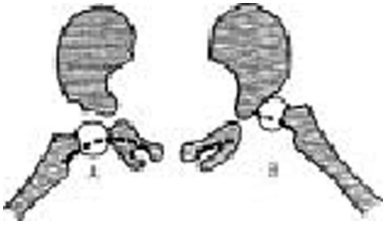
თუკი დაზიანებულია (გაგლეჯილია), გაუკეთეთ ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin) (100-150 მგ/კგ დღიურად ორ გაყოფილ დოზად) ან ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ კუნთებში ან ვენაში 4-ჯერ დღეში), დამატებით მიეცით გენტამიცინი (genta-

micin) (7.5 მგ/კგ ერთხელ დღეში) 5 დღის განმავლობაში.
ასეთ ბავშვს ესაჭიროება ნეროქირურგიის კონსულტაცია, რომელსაც აქვს პედიატრიული გამოცდილება.

9.2.5 ბარძაყის ძვლის თავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა

დიაგნოზი

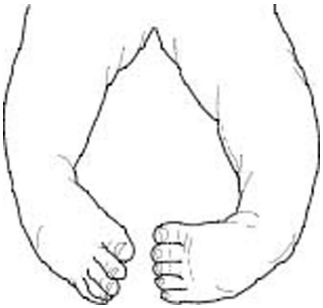
- რთული შემთხვევები შეიძლება გამოვლენილი იყოს ობიექტური გამოკვლევის შედეგად.
- ცალმხრივი ამოვარდნილობის დროს კიდური დამოკლებულია, გაშლა შეზღუდულია. კანის ნაკეცი ბარძაყზე არ არის სიმეტრიული. თანდაყოლილი ამოვარდნილობის ყველაზე ხშირი სიმპტომია ,,ტკაცანის" სიმპტომი, რომელიც ვლინდება ბარძაყის გაშლისას, - როცა მოხრილი ბარძაყის გაშლა ხდება, ბარძაყის ძვლის თავი შედის ტაბუხის ფოსოში ორთოლანის ნიშანი.
- დიაგნოსტირებისათვის საჭიროა რენტგენოგრაფია და სპეციალიზებული ექოსკოპია (იხ. პედიატრიის სახელმძღვანელო დეტალებისათვის).



მენჯ-ბარძაყის სახსრის თანდაყოლილი ამოვარდნილობის რენტგენოლოგიური სურათი

მკურნალობა

- საშუალო სიმძიმის შემთხვევებისას ფეხები უნდა იყოს მოხრილი და რაც შეიძლება მეტად განზიდული საფენის მეშვეობით ან ბავშვის ფეხები გაშლილ მდგომარეობაში უნდა დაფიქსირდეს სპეციალური საფიქსაციო საშუალებით 2-3 თვის განმავლობაში.
- უფრო მძიმე შემთხვევებში ბარძაყი გაშლილ მდგომარეობაში დააფიქსირეთ მყარად.
- ასეთ ბავშვს ესაჭიროება ქირურგის ან ორთოპედის კონსულტაცია.



ტერფის ექვივარიუსი

9.2.6 ტერფის დეფორმაციები, ტერფმრუდობა

დიაგნოზი

- ტერფის მყარი ანორმალური მდებარეობა ჩვეულებრივ ვლინდება სამი ფორმით: ტერფის წინა ნაწილის

შიგნით შებრუნება, ქუსლის გარეთ მიბრუნება, ტერფის გასწვრივი და განივი თაღების გაბრტყელება;

მკურნალობა

- დეფორმაციის საწყისი დონე (ტერფი შეიძლება გასწორდეს პასიურად): ტერფის მარტივი გაჭიმვა დაბადების პირველივე დღეებში.
- საშუალო დონის დეფორმაციისას მანიპულაციები უნდა დაიწყოს დაბადებისთანავე.
  - დააფიქსირეთ ტერფი სწორ პოზიციაში სპეციალური ან ორთოპედიული სახვევით. სახვევი დაადეთ ისე, როგორც მოცემულია სურათზე.
  - ეს მანიპულაცია უნდა გამეორდეს ყოველ 2 კვირაში მანამ, სანამ დეფორმაცია არ გამოსწორდება.
  - სპეციალური არტაშანის გამოყენება საჭირო იქნება მანამ, სანამ ბავშვი დაიწყებს სიარულს.
- მძიმე დეფორმაციის შემთხვევაში ან გვიანი გამოვლენისას საჭიროა ქირურგიული ჩარევა.

9.3 დაზიანებები

დაზიანებები ყველაზე გარცელებული პრობლემაა ბავშვთა ქირურგიაში. შესაბამისი მკურნალობის პირობებში შესაძლებელია სიკვდილის და ინვალიდობის თავიდან აცილება.

- იხ. თავი 1, სექცია 1.10, გვ. 69 ბავშვის შეფასება მძიმე დაზიანებებით. უფრო მეტი ქირურგიული დეტალებისათვის იხ ჯანმოს სახელმძღვანელო „ქირურგიული მოვლა რაიონულ ჰოსპიტლებში“.

9.3.1 დამწვრობა

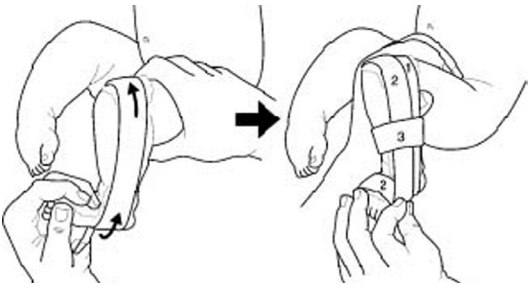
დამწვრობა წარმოადგენს ბავშვთა სიკვდილობის ერთ–ერთ ძირითად მიზეზს. დამწვრობის ხასიათის მიხედვით შესაძლებელია ადგილი ჰქონდეს სხვა სახის დაზიანებებსაც, მაგალითად, როგორიცაა სასუნთქი გზების დამწვრობა ცხელი აირებით. გადარჩენის შემთხვევაში ბავშვს შეიძლება აღენიშნებოდეს სიმახინჯეები და ფსიქოლოგიური ტრავმა, რაც შეიძლება ხანგრძლივ სტაციონარულ მკურნალობას საჭიროებდეს.

შეფასება

დამწვრობა შეიძლება იყოს ნაწილობრივი ან სრული. სრული დამწვრობისას ადგილი აქვს კანის ზედაპირის სრულ დამწვრობას. კანი ამ შემთხვევაში არ აღდგება. ისმის ორი კითხვა:

რამდენად ღრმაა დამწვრობა?

- კანის ორმაგი დამწვრობისას დამწვარი ადგილები არის შავი ან თეთრი, არის მშრალი, არ აქვს მგრძნობელობა და თეთრდება ზეწოლისას.
- ნაწილობრივი დამწვრობისას დამწვარ ადგილებს აქვს ვარდისფერი ან წითელი შეფერილობა, ცხელია შეხებისას, გამოიყოფა სითხე და მტკივნეულია.



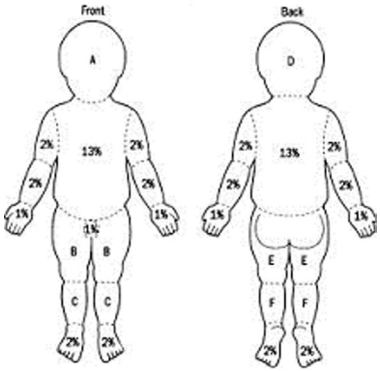
ტერფის ფიქსაცია სახვევით

სხეულის რა ნაწილია დამწვარი?

- გამოიყენეთ სხეულის ზედაპირის გეგმა, რომელიც მოცემულია ქვემო სურათზე.
- სხვა შემთხვევაში, ბავშვის ხელისგულით დაადგინეთ დამწვრობის ზედაპირის ფართობი. ბავშვის ხელისგული წარმოადგენს მთელი სხეულის ზედაპირის დაახლოებით 1%-ს.

მკურნალობა

- თუ ბავშვის სხეულის ზედაპირის >10% არის დამწვარი, ის მოიცავს სახეს, ხელებს, ფეხებს, შუასაყარს და სახსრებს. ასეთი დამწვრობის მკურნალობა ამბულატორიულ დონეზე შეუძლებელია.
- დასაწყისში დამწვრობა სტერილურია. გააკეთეთ ფოკუსი სწრაფ გამოჯანმრთელებაზე და ინფექციის პრევენციაზე.
- შეამოწმეთ, აქვს თუ არა ბავშვს მიღებული გამონაბოლქვისაგან რესპირატორული დაზიანებები.



- თუკი არსებობს საფუძველი რესპირაციული დისტრესისათვის, მიეცით ჟანგბადი (გვ. 312) და უზრუნველყავით სასუნთქი გზების დაცულობა. მიაწოდეთ ინფორმაცია ანესთეზიოლოგს, თუ არსებობს სასუნთქი გზების ობსტრუქცია.

სურათი. სხეულის დაზიანებული ფართის მიახლოებითი პროცენტული გაანგარიშება დამწვრობის შემთხვევაში.

ფართობი	ასაკი			
	0	1	5	10
თავი (A/D)	10%	9%	7%	6%
ბარძაყი (B/E)	3%	3%	4%	5%
ფეხი (C/F)	2%	3%	3%	3%

დავუშვათ, რომ სხეულის დამწვარი ზედაპირი არის დაზიანებული ისე, როგორც წარმოდგენილია სურათზე, შესაბამისად A-F არეებია ნაჩვენები, რაც შეიძლება შეიცვალოს ბავშვის ასაკის მიხედვით.

- მძიმე დამწვრობა სახეზე და ინჰალაციური დაზიანება მოითხოვს ადრეულ ინტუბაციას ან ტრაქეოტომიას იმისათვის, რომ მოხდეს სასუნთქი გზების მკურნალობა ან დაზიანების პრევენცია.

- სითხით მომარაგება საჭიროა მაშინ, როცა სხეულის ზედაპირის 10%–ზე ნაკლები არის დამწვარი. გამოიყენეთ რინგერ ლაქტატი ან იზოტონური ხსნარი 5%-იან გლუკოზასთან ერთად. შენარჩუნებისათვის გამოიყენეთ რინგერ ლაქტატი ან იზოტონური ხსნარი 5%-იან გლუკოზასთან ან ნახევრად იზოტონური ხსნარი 5%-იან გლუკოზასთან.

- პირველი 24 საათის განმავლობაში: გამოითვალეთ აუცილებელი სითხის რაოდენობა, დაამატეთ სითხე, რომლებიც საჭიროა მდგომარეობის შესანარჩუნებლად (მოცულობა უნდა იყოს შემდეგი: 4მლ/კგ დამწვარ ზედაპირის ყოველ 1%-ზე.

- გადაუსხით სითხის ნახევარი პირველ 8 საათში, დანარჩენი კი შემდეგ 16 საათში. მაგალითად: 20 კგ ბავშვისათვის, რომელსაც სხეულის 25% აქვს დამწვარი:

სითხის მთლიანი მოცულობა პირველ 24 საათში = (60მლ/სთ X 24სთ)+4მლ X20კგ X25% დამწვარი ზედაპირი=1440მლ +2000მლ = 3440მლ (1720 მლ პირველი 8 სთ-ის განმავლობაში).

- მომდევნო 24 საათის განმავლობაში: მიეცით სითხის აუცილებელი მოცულობის ნახევარი ან ორი მესამედი პირველი დღის მანძილზე

- გაუწიეთ მონიტორინგი ბავშვის მდგომარეობას სითხის გადასხმის პერიოდში (პულსი, სუნთქვის სიხშირე, სისხლის წნევა და გამოყოფილი შარდის რაოდენობა), ერიდეთ ზედმეტი რაოდენობით სითხის გადასხმას.

- სისხლის გადასხმა შეიძლება საჭირო გახდეს ანემიის პრევენციისათვის.

- აუცილებლობის შემთხვევაში განახორციელეთ ტეტანუსის პროფილაქტიკა.

- ინფექციების პრევენცია:

- თუ კანი დაბინძურებულია, გაასუფთავეთ ანტისეპტიკური

ხსნარით

- თუ კანი დასვრილი არ არის, ფრთხილად მოაცილეთ დამწვარი მკვდარი ქსოვილები. გარდა მცირე დამწვრობისა, მოაცილეთ ყველა წყლულოვანი ბუშტუკი და ყველა ნეკროზული ქსოვილი პირველ დღეებში.
- მიეცით ანტიბიოტიკები და ანტისეპტიკები ადგილობრივად (არჩევანი დამოკიდებულია ხელმისაწვდომობაზე: ვერცხლის ნიტრატი, ვერცხლის სუფადიაზინი, იგივე დერმაზინის მალამო, კალიუმის პერმანგანატი, ბეტადინი და ასევე გახეხილი პაპაია).
- დაამუშავეთ და გადაახვიეთ ყოველდღიურად
- პატარა დამწვრობა, ხოლო ის არე, რომელიც ძნელია დასაფარად, დატოვეთ ღიად, მაგრამ დაიცავით მისი სისუფთავე და სიმშრალე.

- უმკურნალეთ მეორად ინფექციას.
  - თუკი არსებობს ლოკალური ინფექცია (ჩირქი, დაბინძურება ან შემაერთებელი ქსოვილის ანთება), უმკურნალეთ ამოქსიცილინით (amoxicillin) (15 მგ/კგ ორალურად 3-ჯერ დღეში), დაუმატეთ კლოქსაცილინი (cloxacillin) (25მგ/კგ ორალურად 4-ჯერ დღეში). თუ მოსალოდნელია სეპტიცემიის განვითარება, გამოიყენეთ გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში და ინტრავენურად დღეში ერთხელ) და ასევე მიეცით კლოქსაცილინი (cloxacillin) (25-50 მგ/კგ კუნთებში და ინტრავენურად დღეში 4-ჯერ). თუ მკვდარი ქსოვილის ქვეშ მოსალოდნელია ინფექციის განვითარება, მაშინ მოაცილეთ მკვდარი ქსოვილი, ფუფხი.

- **ტკივილის კონტროლი**

დარწმუნდით, რომ ტკივილის კონტროლი ადეკვატურია, პროცედურების დაწყების წინ მოახდინეთ ტკივილის მენეჯმენტი.

- მიეცით პარაცეტამოლი (paracetamol) (10-15 მგ/კგ ყოველ 6 საათში) ორალურად, ან მიეცით ინტრავენურად ნარკოტიკული საშუალებები (კუნთებში ინექცია მტკივნეულია), როგორიცაა მორფინის სულფატი (0.05-0.1 მგ/კგ ინტრავენურად ყოველ 4 საათში), თუკი ტკივილი არის სერიოზული.

- შეამოწმეთ, ჩატარებულა თუ არა ტეტანუსზე ვაქცინაცია.
  - თუ არ არის ვაქცინირებული, შეიყვანეთ ტეტანუსის იმუნო გლობულინი.
  - **თუ ვაქცინირებულია, შეიყვანეთ ტეტანუსის ანატოქსინის მეორადი დოზა.**

- **კვება**
  - დაიწყეთ კვება რაც შეიძლება მალე პირველი 24 საათის განმავლობაში.

- ბავშვები უნდა იღებდნენ მაღალკალორიულ საკვებს. საკვები უნდა შეიცავდეს ადეკვატური რაოდენობით ცილას, ვიტამინებს და რკინის შემცველებს (მძიმე მალნუტრიციის შემთხვევაში არ მისცეთ რკინა).
- ბავშვებს მძიმე დამწვრობით ესაჭიროებათ ნორმაზე 1.5 - ჯერ მეტი კალორიულობის და 2-3-ჯერ მეტი ნორმალური ცილის შემცველი საკვები.

• დამწვრობის კონტრაქტურები: დამწვრობის შემდგომი ნაწიბური შეიძლება დარჩეს სახსრის მოხრის ადგილებში. ეს შეიძლება მოხდეს თუნდაც საუკეთესო პროგრესით მიმდინარე მკურნალობისას (ყოველთვის ხდება ცუდი მკურნალობისას).

- მისი პრევენცია შეიძლება პასიური მობილიზაციით, რომ კუნთი იყოს გაშლილი. მისი ფიქსირება ხდება თაბაშირის საშუალებით. ფიქსატორი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ღამით.

• ფსიქოთერაპია და რეაბილიტაცია

- უნდა დაიწყოს რაც შეიძლება ადრე და გაგრძელდეს მკურნალობის მთელი კურსის განმავლობაში.
- თუ ბავშვის მკურნალობა გრძელდება დიდხანს, უზრუნველყავით იგი სათამაშოებითა და წაახალისეთ, რომ ითამაშოს.

9.3.2 თავის დაზიანება

ლეტალურ შემთხვევებში ჭარბობს თავის ტრავმები. მკურნალობის მთავარი მიზანია, განხორციელდეს თავის ტვინის მეორადი ჰიპოქსიის, ჰიპოტენზიის ან ჰიპოგლიკემიის პრევენცია. შეიძლება იყოს თავის ქალის დაზიანება (ღია, დახურული ან ზეწოლითი) ან ტვინის დაზიანება. ტვინის დაზიანება არის სამი კატეგორიის (სამი Cs):

• შერყევა: მსუბუქი დაზიანება, ტვინის ნორმალური ფუნქციონირების დროებითი დაკარგვა.

• კონტუზია: ტვინის დაზიანება (სისხლის მიმოქცევის მოშლა), რომლის დროსაც შეიძლება შეფერხდეს მისი ფუნქციონირება საათების, დღეებისა და კვირების განმავლობაში.

• კომპრესია: შეიძლება იყოს ტვინის შეშუპების, თრომბის ან მზარდი ჰემატომის (ეპიდურალური ან სუბდურალური ჰემატომა) გამო. თუ კომპრესია გამოწვეულია მზარდი თრომბის გამო, საჭიროა სასწრაფო ოპერაცია.

ბავშვებს ხშირად აღენიშნებათ ტვინის მძიმე შეშუპება და თავის მძიმე დაზიანება.

დიაგნოზი

- ანამნეზში თავის ტრავმა

- შეისწავლეთ ჭრილობა, სისხლდენა და ჰემატომა, პალპაციით შეისწავლეთ დაზიანება და დეფორმაცია.
- შეისწავლეთ დაზიანების ნიშნები თავის ქალაზე: პერიორბიტალური ჰემატომა, სისხლი ყურიდან, ცერებრული სითხის ან სისხლის დენა ცხვირიდან და ყურიდან.
- გაუკეთეთ რენტგენოგრაფია.

მკურნალობა

უზრუნველყავით რეანიმაციის საფეხური ABC და ჩაუტარეთ რეანიმაცია. საუკეთესო გზა, რომ შეამოწმოთ შენარჩუნებულია თუ არა ტვინის ფუნქცია თავის დაზიანების შემდეგ არის ნორმალური სუნთქვის რიტმი, სასუნთქი გზების ადეკვატური გამავლობა, შოკური მდგომარეობის ჰიპოტენზიის არ არსებობა. თუ ბავშვი არ პასუხობს ტკივილის შეგრძნებას ან უგონოდაა (P ან U AVPU შკალით), სასწრაფოდ დახმარებისათვის მიმართეთ ანესთეზიოლოგს რომ დაიცვათ სასუნთქი გზები. პატარა ბავშვებში შეამოწმეთ ჰიპოგლიკემია და საჭიროების მიხედვით მოახდინეთ ჩარევა (იხ. გვ 16).

- არ მისცეთ სამკურნალო საშუალებები ორალურად, გამოიყენეთ ოროგასტრალური (ვიდრე ნაზოგასტრალურად) ზონდი, თუ თავის ქალის ფუძე დაზიანებულია (იხ. ქვემოთ).
- შეამცირეთ სითხის მიღება (ორი მესამედი საჭირო სითხეების, იხ. ქვემოთ რეკომენდირებული ინფორმაცია სითხეებზე და გვ. 304 სითხეების მოცულობისათვის).
- საწოლის თავის ნაწილი მოათავსეთ 30^0 -ით მაღლა, ბავშვი მოათავსეთ ჩვეულებრივ მდგომარეობაში, თუკი ცნობიერების დონე იკლებს.
- მოახდინეთ სხვა დაზიანებების დიაგნოსტირება და მკურნალობა. სასწრაფოდ ჩაუტარეთ ბავშვს ქირურგის კონსულტაცია, რომელსაც აქვს პედიატრიული ქირურგიის გამოცდილება.

9.3.3 გულმკერდის დაზიანება

გულმკერდის დაზიანება შეიძლება სიცოცხლისათვის საშიში იყოს. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს ბლაგვი ან გამჭოლი დაზიანებით. ბავშვის გულმკერდის ყაფაზი უფრო დრეკადია, ვიდრე მოზრდილის, ამიტომ ბავშვებში გულმკერდის დაზიანება შესაძლებელია ნეკნების დაზიანების გარეშეც. გულმკერდის დაზიანება მოიცავს ნეკნების მოტეხილობას, ფილტვის დაზიანებას, პლევროთორაქსს და ჰემოთორაქსს. გულმკერდის ყველა აღნიშნული დაზიანება მოითხოვს სასწრაფო ქირურგიულ ჩარევას.

პნევმოთორაქსი

დაჭიმული პნევმოთორაქსი ვითარდება, როცა ჰაერი შედის პლევრის ღრუში. ასეთ შემთხვევაში ბავშვს აქვს სუნთქვის მძიმე უკმარისობა, ციანოზი (ჰიპოქსემია), გულმკერდის მოძრაობის შეზღუდვა და პერკუსიით კოლოფისებური ხმიანობა (იხ. გვ. 90).

- სასწრაფო დეკომპრესიისათვის შეიყვანეთ ნემსი, სანამ ჩადგამთ დრენაჟს. მიაწოდეთ დაახლოებით 100%–იანი ჟანგბადი ნიღბის საშუალებით.
- ჩაუდგით გულმკერდის დრენაჟი.
- სასწრაფო დახმარებისათვის მიმართეთ ქირურგს.

ჰემოთორაქსი

ჰემოთორაქსი უფრო ხშირად ვითარდება გულმკერდის გამჭოლი დაზიანების დროს, ვიდრე არაგამჭოლი დაზიანებისას. ამ დროს ხდება სისხლის ჩაქცევა პლევრის ღრუში. თუ ჰემორაგია მძიმეა, შეიძლება განვითარდეს ჰიპოვოლემიური შოკი; ფილტვის დაზიანებულ მხარეს კომპრესიის გამო ასევე შეიძლება განვითარდეს სუნთქვის უკმარისობა. ბავშვს შეიძლება განუვითარდეს სუნთქვის უკმარისობა ციანოზით, გულმკერდის მოძრაობის შეფერხებითა და ჰაერის შესვლით დაზიანებულ მხარეს; მაგრამ ამ დროს პერკუსიისას აღენიშნება მოყრუებული ხმა და არა კოლოფისებური.

- ჩაუდგით გულმკერდის მსხვილი დრენაჟი (იხ.გვ. 348)
- სასწრაფოდ მიმართეთ კონსულტაციისათვის ქირურგს, სისხლის დენის გახანგრძლივების გამო საჭირო გახდეს თორაკოტომია.
- დასაწყისში მიეცით ინტრავენურად 10-20 მლ/კგ იზოტონური ხსნარი, შემდეგ სასწრაფო გადაუსხით სისხლი 20 მლ/კგდ.
- მიეცით დაახლოებით 100%–იანი ჟანგბადი ნიღბის საშუალებით.

ფილტვის კონტუზია

ფილტვის კონტუზია (მძიმე დაზიანება) ხშირია გულმკერდის ტრავმების დროს. იგი წარმოადგენს სიცოცხლისათვის საშიშ მდგომარეობას. სიმპტომების გამოვლენა შეიძლება მოხდეს თანდათანობით ან 24 საათის განმავლობაში. სიმპტომები და დაავადების ნიშნები მოიცავს ზედაპირულ სუნთქვას, ჰიპოქსემიას და ნეკნის მოტეხილობას.

- მიაწოდეთ ნიღბის საშუალებით დაახლოებით 100%–იანი ჟანგბადი. კონსულტაციისათვის სასწრაფოდ მიმართეთ ქირურგს.

ნეკნის მოტეხილობა

ნეკნის მოტეხილობა შეიძლება განვითარდეს ზეწოლის შედეგად, იგი საშიშროებას უქმნის ფილტვებს, შეიძლება გამოიწვიოს მათი გაგლეჯა ანდა გახვრეტა. ჩვეულებრივ, ნეკნი შეხორცდება 10 დღეში ან 2 კვირის შემდეგ; ბავშვებში ნეკნის შეხორცება დასტურდება 4-6 კვირის შემდეგ რენტგენოლოგიურად.

9.3.4 მუცლის დაზიანება

მუცლის დაზიანება ხშირად ხდება მულტიტრავმების დროს. ბლაგვი ან გამჭოლი ტრავმებისას შეიძლება დაზიანდეს მუცლის ღრუს სხვადასხვა ორგანო. ბლაგვი ტრავმებისას ხშირია ელენთის დაზიანება, ხოლო პენეტრირებული ტრავმებისას კი ღვიძლის დაზიანება. ყველა ბავშვი სერიოზული ტრავმის შემდეგ უნდა იყოს გამოკვლეული მუცლის ღრუს ორგანოების დაზიანებაზე. მუცლის ღრუს ორგანოების მძიმე დაზიანება საშიშია სიცოცხლისათვის, რადგან მათ შეიძლება გამოიწვიონ მძიმე შინაგანი სისხლდენა.

- მუცლის კედლის გამჭოლი (პენეტრირებული) ჭრილობისას შეიძლება ჭრილობა შედიოდეს ღრმად მუცლის ღრუში და აზიანებდეს ასევე მუცლის ღრუს ორგანოებს. ნებისმიერი ნაწლავის პენეტრირებული ჭრილობისას შეიძლება განვითარდეს პერიტონიტი ერთ-ორ დღეში, ამიტომ აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა.
- განსაკუთრებით ფრთხილად იყავით ანუსის დაზიანებისას, პენეტრირებული რექტალური დაზიანებისას შეიძლება გამოგეპაროთ მცირე ზომის დაზიანებები.
- ყურადღება გაამახვილეთ ნაწლავის პენეტრირებულ ჭრილობაზე, მოუსმინეთ ნაწლავების ხმას, შეამოწმეთ შარდის ბუშტის კუთხე და გამოიკვლიეთ შარდი სისხლზე. გამოიკვლიეთ ექოსკოპიურად იმისათვის, რომ დაადგინოთ მუცლის შიდა სისხლდენა და შინაგანი ორგანოების დაზიანება.
- შეაფასეთ პაციენტის სუნთქვითი შესაძლებლობები, მიეცით ჟანგბადი, შეაფასეთ ცირკულაცია, მობილიზაცია გაუკეთეთ ვენას, შეამოწმეთ სისხლში ჰემოგლობინის შემცველობა, შეამოწმეთ ამილაზას აქტივობა.
- განახორციელეთ ტრანსფუზია, თუ შესაძლებელია.
- კონსულტაციისათვის სასწრაფოდ მიმართეთ ქირურგს.

9.3.5 მოტეხილობა

შეხორცებითი პროცესი მიმდინარეობს, თუ ძვლები სწორადაა განლაგებული ერთმანეთის მიმართ.

დიაგნოზი

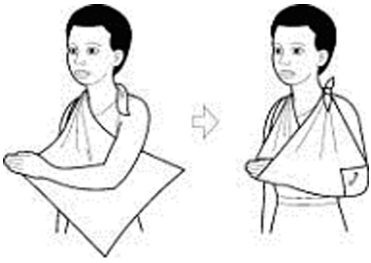
- ტკივილი, შეშუპება, დეფორმაცია, კრეპიტაცია, არაბუნებრივი მოძრაობა და ფუნქციის მოშლა.
- მოტეხილობა შეიძლება იყოს დახურული (კანი არ იყოს დაზიანებული) ან ღია (ასეთ შემთხვევაში კანი დაზიანებული). ღია მოტეხილობა ხშირად ძვლის სერიოზული ინფექციის მიზეზი ხდება. ეჭვი მიიტანეთ ღია მოტეხილობაზე, თუკი ჭრილობა სახეზეა.



არტაშანის დადება

მკურნალობა

- დასვით ორი შეკითხვა:
  - არის თუ არა მოტეხილობა?
  - რომელი ძვალია მოტეხილი (გამოიკვლიეთ კლინიკურად ან რენტგენოლოგიურად)?
  - განახორციელეთ რეფერალი ქირურგთან, რომელსაც აქვს გამოცდილება პედიატრიულ ქირურგიაში. საჭიროების შემთხვევაში, თუკი ძვლები ერთმანეთის მიმართ არის გადანაცვლებული, გამოიყენეთ მეტალით პლასტიკა.
  - ღია მოტეხილობისას აუცილებელია ანტიბიოტიკები: კლოქსაცილინი (cloxacillin) (25-50მგ/კგ ინტრავენურად ან ორალურად 4-ჯერ დღეში) და გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში); ოსტეომიელიტის თავიდან აცილების მიზნით განსაკუთრებით დაიცავით ჭრილობის სისუფთავე (იხ.სექცია 9.3.6, გვ. 335, ჭრილობის მოვლის პრინციპებისათვის).



Sling to support an injured arm

- ქვემოთ მოცემულ სურათებზე გამოსახულია ბავშვთა მოტეხილობის ყველაზე გავრცელებული შემთხვევები. მოტეხილობის მენეჯმენტის დეტალებისათვის იხილეთ ჯანმოს სახელმძღვანელო ,,ქირურგიული მკურნალობა რაიონულ ჰოსპიტლებში", სტანდარტული წიგნი (ქირურგიული) პედიატრიისათვის.

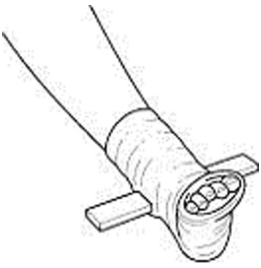
უკანა არტაშანი შეიძლება გამოყენებულ იქნეს ზედა და ქვედა კიდურის მოტეხილობისას. პირველ ფენად უნდა იყოს გამოყენებული ნაზი ქსოვილი (მაგ. ბამბა), შემდეგ თაბაშირი, რომ





A: Lower extremity skin traction

B: Prevention of rotational deformity can be achieved by adding a piece of wood to a foot plaster.



დაცული იყოს ნეიტრალური პოზიცია. ნახვევი გაუკეთეთ ისე, რომ არ იყოს ძალიან მჭიდროდ მიმაგრებული და არ იყოს დარღვეული სისხლის მიმოქცევა. მოტეხილობის მკურნალობა გამოსახულია სურათზე A, გვ.334. ასეთივე მეთოდი გამოიყენება ბარძაყის მოტეხილობისას 3-დან 15 წლამდე ასაკის ბავშვებში. თუკი ბავშვი ფეხს მაღლა სწევს საწოლიდან, მაშინ მას შეუძლია ყავარჯნებით გადაადგილდეს (ჩვეულებრივ ეს ხდება 3 თვის შემდეგ).

იდაყვის სახსრის მოტეხილობის მკურნალობა მოცემულია წინა გვერდზე. ამ მოტეხილობის ერთ-ერთი საშიში გართულებაა იდაყვის არტერიის დაზიანება. ეს არტერია ამარაგებს ხელს სისხლით. თუ არტერია დაზიანებულია, მაშინ ხელი ცივია. კაპილარების ავსება დარღვეულია და პერიფერიული პულსი არ ისინჯება. თუკი არტერიაში სისხლის მიმოქცევა დარღვეულია, მისი აღდგენა უნდა მოხდეს დაუყოვნებლივ. წვივის შუა მოტეხილობისას <3 წლის ბავშვებში მკურნალობა უნდა მოხდეს დაკიდებული არტაშანის საშუალებით (გვ. 333). ყოველ საათში უნდა შეამოწმოთ, არის თუ არა სისხლის ცირკულაცია ადეკვატური, ტერფი არის თუ არა თბილი. 3 წლამდე ასაკის ბავშვებში ბარძაყის დიაფიზალური მოტეხილობის

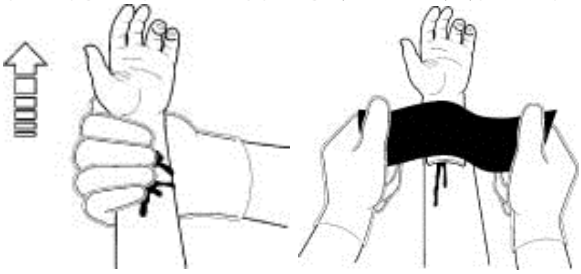
მართვა ხდება ძვლების დაჭიმვით. აუცილებელია რამოდენიმე საათში ერთხელ ტერფზე სისხლმიმოქცევის შეფასება. ტერფი უნდა იყოს თბილი.
3 წლის და ზევით ასაკის ბავშვებში ბარძაყის დიაფიზალური მოტეხილობის დროს საკმარისია კანზედა დაჭიმვები. ეს არის ბარძაყის მოტეხილობის მოვლის ეფექტური და მარტივი მეთოდი 3 -15 წლის ასაკის ბავშვებში

9.3.6 ჭრილობის მკურნალობის მეთოდები

ჭრილობა ბავშვთა ასაკის ხშირი პრობლემაა. ჭრილობის მკურნალობისას, უპირველეს ყოვლისა, უნდა შეწყდეს სისხლდენა, მოხდეს ინფექციის პრევენცია. უფრო დეტალური რეკომენდაციები იხილეთ ჯანმო-ს სახელმძღვანელოში რეგიონალურ ჰოსპიტალებში ქირურგიული მოვლის შესახებ.

სისხლდენის შეწყვეტა

- პირდაპირი ზეწოლა მოგცემთ სისხლდენის კონტროლის საშუალებას
- გარეგანი სისხლდენის გაკონტროლება შეიძლება წნევის აპარატის მანჟეტის საშუალებით მაქსიმუმ 10 წუთის განმავლობაში, განსაკუთრებით არტერიული სისხლდენის შემთხვევაში.



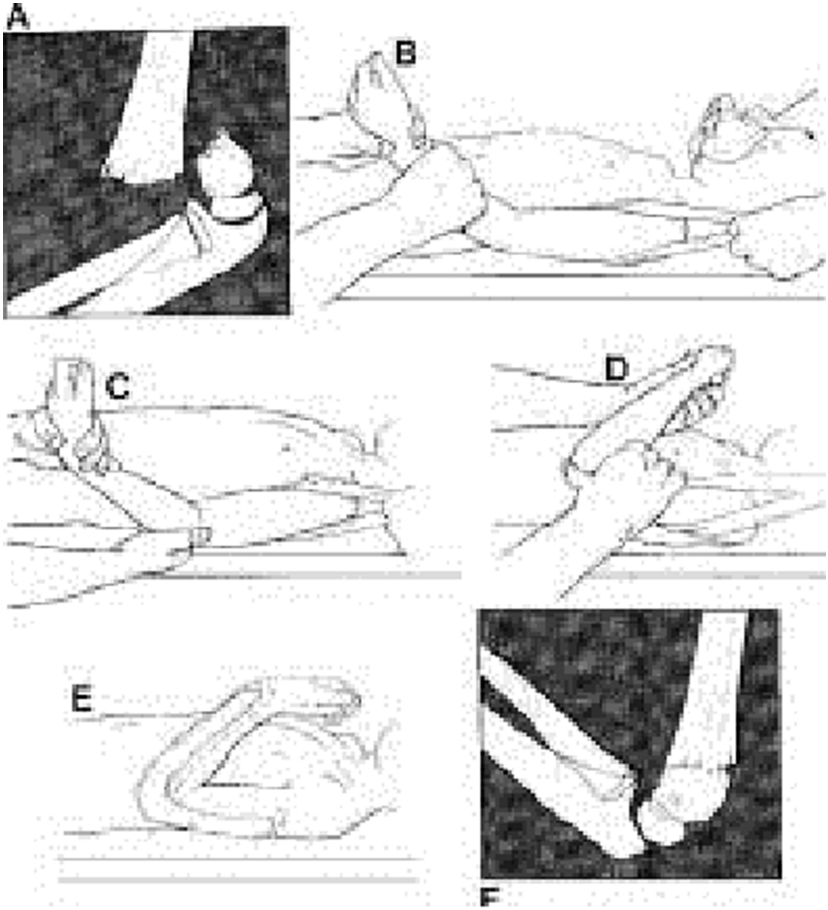
- დიდი ხნის **გარეგანი სისხლდენის შეჩერება: აწიეთ კიდური, მოახდინეთ ზეწოლა ჭრილობაზე და შემდეგ დაადეთ სახვევი**

განმავლობაში მანჟეტის გამოყენებამ (>10 წთ) შეიძლება დააზიანოს ქსოვილები. არ გამოიყენოთ მანჟეტი ბავშვებში ანემიით.

ინფექციის პრევენცია

- გაასუფთავეთ ჭრილობა. ჭრილობაში შეიძლება იყოს სისხლის კოლტები, ჭუჭყი, მკვდარი ქსოვილი ან უცხო სხეული. გაასუფთავეთ ჭრილობის ირგვლივი ქსოვილი საპნითა და წყლით ან ანტისეპტიური ხსნარით. დაასხით წყალი ან ანტისეპტიური ხსნარი ჭრილობას.

- ადგილობრივი ანესთეზიის შემდეგ; ლიდოკაინით (li-



იდაყვის სახსრის თავის მოტეხილობის მკურნალობა

A. იდაყვის სახსრის თავის მოტეხილობის რენტგენოგრაფია
B. კიდურის დაჭიმვა მოტეხილი ძვლების აცილების დროს.
C. იდაყვის ფრთხილი მოხრა მოტეხილობის ფიქსაციისათვის.
D. იდაყვის დაფიქსირება მოხრილ მდგომარეობაში
E. გამოიყენეთ არტაშანი
I. არტაშანის დადების შემდეგ შეამოწმეთ კიდური რენტგენის საშუალებით.

docaine) (3მგ/კგ) ან 0.25% (bupivacaine) ბუპივაკაინით (1მგ/კგ) ინფილტრაცია ჭრილობის ირგვლივ, კარგად დააკვირდით ხომ არ არის ჭრილობაში უცხო სხეული, ამასთან შეგიძლიათ მოაცილოთ მკვდარი ქსოვილი. ზოგიერთ შემთხვევაში ჭრილობის მკურნალობისათვის შეიძლება საჭირო იყოს ზოგადი ანესთეზია.

თუ ჭრილობა კარგადაა გასუფთავებული, ანტიბიოტიკები არ არის საჭირო. ამავე დროს ანტიბიოტიკები საჭიროა თუ: ასეთ შემთხვევაში სავარაუდოა მიყენებული

- შემთხვევიდან გასული 12 საათია, ჭრილობის დაბინძურება.
- ჭრილობა არის ღრმა, აგრეთვე, ნაკბენის, დანით დაჭრის ან ნაჩხვლეტი ჭრილობისას.

ტეტანუსის პროფილაქტიკა

- ბავშვი ვაქცინირებული არ არის, მაშინ გაუკეთეთ ანტიტეტანური ვაქცინა.

ჭრილობის დახურვა

- თუკი ჭრილობა არის 1-ზე მეტი დღის ხანგრძლივობის და კარგი გაწმენდილია, მისი დახურვა შეიძლება.
  - ჭრილობა არ უნდა დაიხუროს, თუკი იგი არის >24 საათის ხანგრძლივობის, თუ ჭრილობა დაბინძურებულია და მასში უცხო სხეულია ან ჭრილობა არის ცხოველის კბენის შედეგი.
  - ჭრილობა უნდა დაფარული იყოს სტერილური საფენით. თუ ჭრილობა სუფთაა ის უნდა დაიხუროს 48 საათის განმავლობაში. თუ ჭრილობა ინფიცირებულია, შეახვიეთ მსუბუქად სახვევის საშუალებით და აცალეთ, რომ შეხორცედეს თავისით.
- ჭრილობის ინფექციები
  - კლინიკური ნიშნები: ტკივილი, შეშუპება, სიწითლე, ტემპერატურა და ჩირქი
  - მკურნალობა
- გახსენით ჭრილობა, თუკი მასში ჩირქია
- გაასუფთავეთ ჭრილობა სადეზიფექციო საშუალებით
- შეახვიეთ ჭრილობა მსუბუქად სტერილური სახვევით. გამოცვალეთ სახვევი ყოველდღიურად, საჭიროების შემთხვევაში უფრო ხშირად.
- მიეცით ანტიბიოტიკები ვიდრე ანთებითი პროცესია.
- მიეცით კლოქსაცილინი (cloxacillin) (25-50 მგ/კგ ორალურად 4-ჯერ დღეში) სტაფილოკოკური ინფექციის პროფილაქტიკისათვის.
- მიეცით ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ ორალურად 4-ჯერ დღეში), გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) დამატებული მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (7.5 მგ/კგ სამჯერ დღეში).

9.4 აბდომინური პრობლემები

9.4.1 აბდომინური ტკივილი

აბდომინური ტკივილი ყოველთვის არ არის გამოწვეული გასტროინტესტინალური ინფექციებით. თუკი აბდომინური ტკივილი გრძელდება >4 საათი, მაშინ დაუყონებლივ უნდა იქნეს გამოკვლეული.

შეფასება

- **დაუსვით თქვენს თავს სამი კითხვა**

○ არის თუ არა სხვა ასოცირებული სიმპტომები? აქვს თუ არა ღებინება და გულისრევა, დიარეა, შეკრულობა, სიცხე, ხველება, თავის ტკივილი, ყელის ტკივილი ან დიზურია (ტკივილი შარდვისას). ყველა ეს სიმპტომი იძლევა საშუალებას დავასკვნათ პრობლემის სერიოზულობა და გვეხმარება დიაგნოზის დასმაში.

○ სად აქვს ტკივილი? კითხეთ ბავშვს სად სტკივა ზუსტად. ეს მნიშვნელოვანია დიაგნოსტიკისთვის. ჭიპის არეში ტკივილი არასპეციფიურია.

○ აქვს თუ არა ბავშვს პერიტონიტი? ეს არის კრიტიკული კითხვა, უმთავრეს შემთხვევაში პერიტონიტის დროს აუცილებელია ქირურგიული ჩარევა.

○ პერიტონიტის დროს პალპაციისას გამოხატულია ტკივილი, მუცელი მტკივნეულია განსაკუთრებით მოძრაობისას, პალპაციისას გამოიხატება მუცლის მუსკულატურის რიგილაცია. რიგიდული მუცელი პერიტონიტის ერთ-ერთი ნიშანია, სუნთქვისას გამოხატული არ არის მუცლის მუსკულატურის მოძრაობა. სტეტოსკოპით მოსმენისას არ ისმის ნაწლავების პერისტალტიკის ხმა, რაც წარმოადგენს ერთ-ერთ მნიშვნელოვან ინდიკატორს.

მკურნალობა

- არ მისცეთ ბავშვს საკვები ორალურად.
- ღებინების და მუცლის შებერვის დროს გამოიყენეთ ნაზოგასტრალური ზონდი
- მიეცით ინტრავენურად სითხეები

o გამოიყვანეთ შოკური მდგომარეობიდან, თუ ასეთი არსებობს, 20 მლ/კგ იზოტონური ხსნარი ან ჰარტმანის ხსნარი სწრაფად ინტრავენური ბოლუსის სახით თუკი შოკი გრძელდება ხანგრძლივად, გაიმეორეთ ინტრავენური ბოლუსის სახით 20 მლ/კგ-ზე, მაგრამ მიეცით სითხეები დიდი სიფრთხილით, რათა დაცული იქნეს ზომიერება. თუკი არ არის შოკი, მაგრამ ბავშვს აქვს დეჰიდრატაცია, მიეცით 10-20 მლ/კგ ნახევრად კონცენტრირებული დაროუს ხსნარი ან იზოტონური ხსნარი, დაუმატეთ 5% გლუკოზა 20 წთ-ის განმავლობაში.

o მიეცით ტკივილ დამაყუჩებელი საშუალება ძლიერი ტკივილის დროს (ეს არა თუ შეგიშლით ხელს, არამედ დაგეხმარებათ

გასინჯვისას, რათა დროულად დასვათ დიაგნოზი)
o გაიმეორეთ შეფასება თუ ეჭვი გეპარებათ დიაგნოზში
o მას შემდეგ, რაც დიაგნოზი დადასტურდება, მიეცით ანტიბიოტიკები: ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში), გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) და მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10მგ/კგ სამჯერ დღეში).
o სასწრაფოდ მიმართეთ კონსულტაციისათვის ქირურგს.

9.4.2 აპენდიციტი

აპენდიციტი ვითარდება აპენდიქსის ობსტრუქციის შედეგად. მყარი წარმონაქმნი, ლიმფოიდური ჰიპერპლაზია და გასტროინტესტინალური პარაზიტები შეიძლება იყოს ობსტრუქციის მიზეზი. აპენდიციტის დიაგნოზი თუკი დროულად არ იქნება დასმული, შეიძლება გახდეს პერიტონიტისა და აბსცესის განვითარების მიზეზი.

დიაგნოზი

დიაგნოსტირება საკმაოდ რთულია, განაკუთრებით პატარა ბავშვებში. გამოხატულია:

- ცხელება, ანორექსია, პერიოდული ღებინება
- ტკივილი ჭიპის არეში, მაგრამ ყველაზე გამოხატული ნიშანი არის მუდმივი ტკივილი და დაჭიმულობა მუცლის მარჯვენა ქვედა კვადრატში.
- აუცილებელია დიფერენციალური დიაგნოსტიკა საშარდე გზების ინფექციასთან, თირკმლის კენჭოვან დაავადებასთან, საკვერცხის პრობლემებთან და მეზენტერიალურ ადენიტთან (ლიმფური ჯირკვლის ანთება).

სისხლის ლეიკოციტური ფორმულის შესწავლა და ექოსკოპიური კვლევის ჩატარება გამოცდილი სპეციალისტის მიერ დაგეხმარებათ დიაგნოზის დასმაში.

მკურნალობა

- არ მისცეთ ბავშვს არაფერი ორალურად.
- მიეცით ინტრავენური სითხეები

o გამოიყვანეთ შოკური მდგომარეობიდან, თუ იგი არსებობს, შეიყვანეთ 20 მლ/კგ იზოტონური ხსნარი ან ჰარტმანის (Hartmann) ხსნარი სწრაფად ინტრავენური ბოლუსის სახით (იხ. გვ.13). თუკი შოკი გრძელდება ხანგრძლივად, გაიმეორეთ ინტრავენური ბოლუსის სახით 20 მლ/კგ-ზე, მაგრამ მიეცით სითხეები დიდი სიფრთხილით, რათა დაცული იქნეს ზომიერება. თუკი არ არის შოკი, მაგრამ ბავშვი არის დეჰიდრირებული, მიეცით 10-20 მლ/კგ ნახევრად კონცენტრირებული დაროუს ხსნარი ან იზოტონური

ხსნარი, დაუმატეთ 5% გლუკოზა 20 წთ-ის განმავლობაში.
o მას შემდეგ, რაც დიაგნოზი დადასტურდება, მიეცით ანტიბიოტიკები: ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში), გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) და მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10მგ/კგ სამჯერ დღეში).
o სასწრაფოდ მიმართეთ კონსულტაციისათვის ქირურგს. აპენდექტომია უნდა ჩატარდეს რაც შეიძლება სწრაფად იმისათვის, რომ მოხდეს პერფორაციის, პერიტონიტის და აბსცესის პროფლაქტიკა. უმჯობესია მოხდეს ჰიპერდიაგნოსტიკა და ოპერაცია, ვიდრე დაგვიანება და პერიტონიტის განვითარება.

9.4.3 ნაწლავის ობსტრუქცია პოსტნეონატალურ პერიოდში

ნაწლავების ობსტრუქცია შეიძლება განვითარდეს ჩაჭედილი თიაქრის, შეხორცებების (შეხორცებები წინა ოპერაციის შედეგად), ასკარიდული ინვაზიის და ნაწლავთა გაუვალობის (იხ. სექცია 9.4.4) შედეგად.

დიაგნოზი

- კლინიკური ნიშნები დამოკიდებულია ობსტრუქციის ხარისხზე. პროქსიმალური ობსტრუქციისას ადგილი აქვს ღებინებასა და მუცლის ზომიერ შებერვას. დისტალური დაჭიმულობისას წარმოდგენილია მუცლის ძლიერი შებერილობა, ღებინება კი იწყება მოგვიანებით.
- ჩვეულებრივ, ადგილი აქვს სპაზმურ ტკივილებსა და მუცლის კედლის დაჭიმულობას, მეტეორიზმის გარეშე.
- ზოგჯერ, ნაწლავების პერისტალტიკა შეიძლება შესამჩნევი იყოს.
- აბდომინალური რენტგენოგრაფია აჩვენებს გადიდებულ ნაწლავების ნერვულ განგლიებს მომატებული გაზების ფონზე.

მკურნალობა

- არ მისცეთ ბავშვს საკვები ორალურად.
- მიეცით დიდ რაოდენობით სითხეები. უმეტეს შემთხვევაში ბავშვებს, რომელთაც აღენიშნებათ ნაწლავების ობსტრუქცია, აქვთ ღებინება, რაც თავისმხრივ იწვევს დეჰიდრატაციას.

○ გამოიყვანეთ შოკური მდგომარეობიდან, თუ ასეთი არსებობს, შემდეგი მკურნალობის საშუალებით 20 მლ/კგ იზოტონური ხსნარი ან ჰარტმანის ხსნარი სწრაფი ინტევენური ბოლუსის სახით (იხ. გვ.13). თუკი შოკი გრძელდება ხანგრძლივად, გაიმეორეთ ინტრავენური ბოლუსის სახით 20მლ/კგ-ზე, მაგრამ მიეცით სითხეები დიდი სიფრთხილით, რათა დავიცვათ ზომიერება. თუკი ბავშვი არ არის შოკურ მდგომარეობაში, მიეცით მას10-20 მლ/

კგ ნახევრად კონცენტრირებული დაროუს ხსნარი ან იზოტონური ხსნარი დაუმატეთ 5% გლუკოზა 20წთ-ის განმავლობაში.

○ ჩადგით ნაზოგასტრალური ზონდი, რომ გამოირიცხოს გულისრევა და ღებინება. შეამციროს ნაწლავებზე ზეწოლა და მათი პერფორირების პრევენცია.

○ სასწრაფოდ მიმართეთ კონსულტაციისათვის ქირურგს, რომელსაც აქვს პედიატრიული ქირურგიის გამოცდილება.

9.4.4 ნაწლავთა ინვაგინაცია

ნაწლავების გაუვალობა წარმოადგენს ნაწლავების ობსტრუქციის ფორმას, როდესაც ნაწლავის ერთი სეგმენტი ჩაეჭედება მეორე სეგმენტში. ეს უფრო ხშირად ხდება ბრმანაწლავისა და წვრილი ნაწლავის შეერთების ადგილას.

დიაგნოზი

- აღნიშნული დაავადება ხშირად გვხვდება <2 წლის ასაკის ბავშვებში, ასევე შეიძლება განვითარდეს უფრო მოზრდილებშიც.
- **კლინიკური პრეზენტაცია:**

○ ადრეული: ნაწლავთა კოლიკა ღებინებასთან ერთად. ბავშვი ტირის ტკივილისაგან და ფეხებს იშვერს მაღლა

○ მოგვიანებით: სიფერმკრთალე, მუცლის დაჭიმულობა, სისხლიანი დიარეა (წითელი მეწამული ფერის განავალი) და დეჰიდრატაცია

- პალპირებისას შეიგრძნობა აბდომინალური მასა (იწყება მარჯვენა ქვედა კავადრატიდან და შეიძლება გავრცელდეს მსხვილი ნაწლავის გასწვრივ).

მკურნალობა

- სასწრაფოდ მიმართეთ კონსულტაციისათვის ქირურგს, რომელსაც აქვს პედიატრიული ქირურგიის გამოცდილება. მიმართეთ ოპერაციული მკურნალობის მეთოდს თუ აიროვანი ან ბარიუმის ოყნა არ არის ეფექტური. თუ ნაწლავი არის იშემიური ან ნეკროზული, აუცილებელი ხდება ნაწლავის რეზექცია.
- გადაიყვანეთ პაციენტი რეფერელით თუ ადგილზე არ არის გამოცდილი სპეციალისტი. აიროვანი ან ბარიუმის ოყნის გამოყენების და თუ დაწესებულებაში არ არის რენტგენის აპარატი.
- იმისათვის, რომ შემცირდეს გაუვალობა ჩაატარეთ შემდეგი პროცედურა: გაუპოხავი 35-მლ ფოლის კათეტერი შეიყვანეთ რექტალურად, გაბერეთ აირის საშუალებით და ბავშვის დუნდულები შეატყუპეთ. თბილი იზოტონურ ხსნარში განზავებული ბარიუმი გაუშვით წნევის ქვეშ 1 მ სიმაღლიდან, დააკვირდით მსხვილ ნაწლავში სითხის შესვლას რეტგენოსკოპით. დიაგნოზი დადასტურებულად ითვლება, როცა ბარიუმის კონტური

მიიღებს ჩაზნექილი „მენისკის“ ფორმას. ბარიუმის ხსნარის წნევა ნელნელა ამცირებს გაუვალობას; კორექცია არის დასრულებული როცა წვრილი ნაწლავის რამდენიმე მარყუჟი აივსება ბარიუმის ხსნარით ჩაუდგით ნაზოგასტრალური ზონდი

- მიეცით სითხეები რეანიმაციისათვის. გამოიყვენეთ შოკური მდგომარეობიდან, საჭიროების შემთხვევაში, შემდეგი მკურნალობის მიზნით შეიყვანეთ 20 მლ/კგ იზოტონური ხსნარი ან ჰარტმენის (Hartmann) ხსნარი სწრაფად ინტრავენური ბოლუსის სახით (გვ.48). თუკი შოკი გრძელდება ხანგრძლივად, გაიმეორეთ ინტრავენური ბოლუსის სახით 20მლ/კგ-ზე, მაგრამ მიეცით სითხეები დიდი სიფრთხილით, იმისათვის რომ თავიდან აიცილოთ ზედმეტი სითხეების მიცემა. თუკი ბავშვი არ არის შოკურ მდგომარეობაში, მიეცით მას 10-20 მლ/კგ ნახევრად კონცენტრირებული დაროუს (Darrow) ხსნარი ან იზოტონური ხსნარი დაუმატეთ 5% გლუკოზა 20წთ-ის განმავლობაში.
- მიეცით ანტიბიოტიკები, თუ ინფექციის ნიშნები არსებობს (ცხელება, პერიტონიტი). მიეცით ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში), გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) და მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10მგ/კგ სამჯერ დღეში). ოპერაციის შემდეგი ანტიბიოტიკებით მკურნალობა დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე: არა გართულებულ შემთხვევაში, როცა გაუვალობის შემცირება ხდება აირების საშუალებით, ანტიბიოტიკები მიეცით 24-48 საათის განმავლობაში. იმ ბავშვებს, რომელტაც აქვთ ნაწლავის პერფორაცია და გაუკეთდათ რეზექცია, მიეცით ანტიბიოტიკები 7-14 დღის განმავლობაში, დააკვირდით ბავშვის რეაქციას.

9.4.5 ჰიპის თიაქარი

დიაგნოზი

- ჭიპთან რბილი შეშუპება

მკურნალობა

ხშირად იხურება სპონტანურად

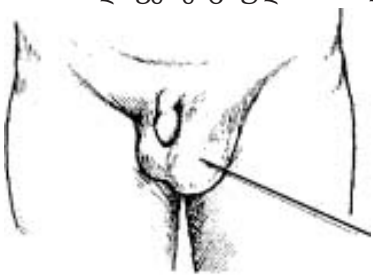
- აღადგინეთ, თუკი არ ხდება მისი დახურვა 6 წლის ასაკში, ამასთან თუკი ერთხელ უკვე განვითარდა თიაქარი ძნელია მისი ისევ განვითარების თავიდან აცილება.

9.4.6 საზარდულის თიაქარი

დიაგნოზი

- ბავშვის ტირილის ან გაჭინთვის დროს საზარდულის არეში ვითარდება შეშუპება, რომელიც პერიოდულდ მცირდება
- ეს ხდება იქ, სადაც სათესლის იოგი შედის მუცლის

ღრუში (საზარდულის არხი)



- დიფერენციული დიაგნოსტიკა უნდა მოხდეს ჰიდროცელესთან (სათესლე პარკში ჯირკვლის ირგვლივ დაგროვილი სითხე). ჰიდროცელე გამჭირვალეა და ჩვეულებრივ არ ადის საზარდულის არხამდე.
- გოგონებში გვხვდება იშვიათად.

საზარდულის თიაქარი

მკურნალობა

- გართულებულ შემთხვევაში საჭიროა ქირურგიული ჩარევა რათა მოხდეს ჩაჭედილი თიაქარის პრევენცია.
- ჰიდროცელე: თუ მისი განკურნება არ მოხდება 1 წლის ასაკამდე, მაშინ არანამკურნალევი შემთხვევა შეიძლება გადაიზარდოს საზარდულის თიაქარში.

9.4.7 ჩაჭედილი თიაქარი

ხდება მაშინ, როცა ხდება დეფექტის არეში ნაწლავის ჩაჭედვა.

დიაგნოზი

- რბილი წარმონაქმნი საზარდულის ან იშვიათად ჭიპის თიაქრის რგოლში, რომელიც არ სწორდება
- შეიძლება იყოს ნაწლავის ობსტრუქციის ნიშნები (ღებინება და მუცლის დაჭიმულობა) თუკი ნაწლავია ჩაჭედილი თიაქარში.

მკურნალობა

- სასწრაფოდ მიმართეთ კონსულტაციისათვის ქირურგს, რომელსაც აქვს პედიატრიული ქირურგიის გამოცდილება.
- შეეცადეთ შეძლოთ თიაქარის ჩაბრუნება ფრთხილი ზეწოლით, უზრუნველყავით, რომ არ გამოიწვიოთ პერფორაციისა და დაზიანების ნიშნები.
- არ მისცეთ ბავშვს ორალურად საკვები ან სითხეები
- მიეცით სითხეები ინტრავენურად
- ჩაუდგით ნაზოგასტრული ზონდი, თუკი ადგილი აქვს ღებინებას და მუცლის შებერვას.
- მიეცით ანტიბიოტიკები, თუკი ნაწლავის დაზიანებაზე გაქვთ ეჭვი: ამპიცილინი (ampicillin) (25-50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში), გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) და მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10მგ/კგ სამჯერ დღეში).

9.4.8 სათესლეს შემოგრეხვა

სათესლეს შემოგრეხვისას ვითარდება მწვავე შეშუპება იმ მხარეს, სათესლეს შემოგრეხვისას ტკივილი ძლიერია და სათესლე შეხებისას რბილია.

ასეთ შემთხვევაში საჭიროა სასწრაფო ქირურგიული მკურნალობა (თუკი ქირურგიული ჩარევა განხორციელდება 6 საათში, მაშინ წარმატების 90%-ი გარანტირებულია).

დიფერენციული დიაგნოსტიკა განახორციელეთ სათესლის თიაქართან (რომელიც ვითარდება საძარდულის იოგის არასრულფასოვნების გამო) და ეპიპიდიმო-ორქიტთან (რომელიც იშვიათია პატარა ბავშვებში).

9.4.9 რექტალური პროლაპსი

რექტალური პროლაპსის მიზეზი შეიძლება იყოს გაჭინთვა (ნაწლავების მოძრაობა) და ასოცირებული იყოს ქრონიკულ დიარეასთან და ცუდ კვებასთან. გამომწვევი ფაქტორები შეიძლება იყოს პარაზიტები და კისტოფიბროზი.

დიაგნოზი

- პროლაფსი შეიძლება მოხდეს დეფეკაციისას. თავიდან, პროლაფსი შეიძლება თავისით ჩასწორდეს, მაგრამ მოგვიანებით დასჭირდება ხელით ჩასწორება.
- შეიძლება გართულდეს სისხლდენით ან ზეწოლის შედეგად განვითარდეს განგრენა.

მკურნალობა

- თუკი რექტალური პროლაფსი არ არის ნეკროზული (არის ვარდისფერი ან წითელი და სისხლმდენი), ფრთხილად შეამცირეთ ზეწოლა
- გამოიყენეთ პლასტირი დუნდულების მჭიდროდ შეერთებისათვის გასწვრივ რათა შემცირდეს ზეწოლა
- უმკურნალეთ გამომწვევ მიზეზებს: როგორიცაა დიარეა და მალნუტრიცია
- უმკურნალეთ ჰელმითებით ინვაზიას (მიეცით მებენდაზოლი 100 მგ ორალურად, ორჯერ დღეში, 3 დღის განმავლობაში ან 500 მგ ერთხელ)
- სასწრაფოდ მიმართეთ კონსულტაციისათვის ქირურგს, რომელსაც აქვს პედიატრიული ქირურგიის გამოცდილება. პროლაფსის მკურნალობისას შეიძლება საჭირო გახდეს ტირშის (Thiersch) ნაკერი.

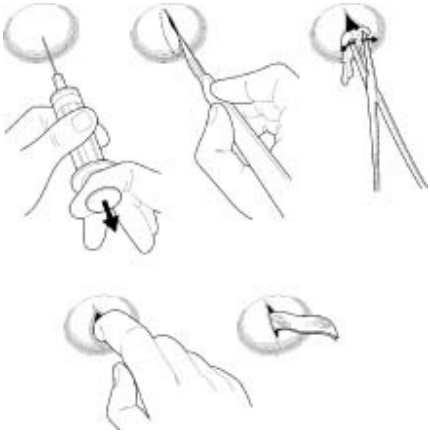
9.5 ინფექციები, რომლებიც მითხოვენ ქირურგიულ ჩარევას

9.5.1 აბსცესი

აბსცესი შეიძლება გამოწვეული იყოს ჩირქის დაგროვებით ორგანიზმის სხვადასხვა ადგილას

დიაგნოზი

- ცხელება, შეშუპება, სისუსტე და ჩირქოვანი მასა.
- გაარკვიეთ აბსცესის მიზეზი (ინექცია, უცხო სხეული ან ძვლის ინფექცია). ინექციის შედეგად განვითარებული აბსცესი ვითარდება ინექციის გაკეთებიდან 2-3 კვირაში.
- ანტიბიოტიკები: კლოქსაცილინი (cloxacillin) (25-50 მგ/კგ 4-ჯერ კვირაში) 5 დღის განმავლობაში ან მანამდე, ვიდრე ირგვლივ ანთებით პროცესი არ ჩაქრება. თუკი ნაწლავური ფლორითაა გამოწვეული (პრერექტალური აბსცესი), მიეცით ამპიცილინი (ampicillin)(25-50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ -ჯერ დღეში),



გენტამიცინი (gentamicin) (7.5 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად ერთხელ დღეში) დამატებით მიეცით მეტრონიდაზოლი (metronidazole) (10 მგ/კგ სამჯერ დღეში)

აბსცესის გაკვეთა და დრენირება. ა. ჩირქის ასპირაცია (გამოკვლევის მიზნით, თუ შესაძლებელია გამოიკვლიეთ კულტურა ასევე ტუბერკულოზზე). ბ. elliptica incision გ-დ.დაყავით loculation. ი. მოათვსეთ დრენაჟი აბსცესში.

9.5.2 ოსტეომიელიტი

ძვლოვანი ქსოვილის ინფექცია ჩვეულებრივ ვრცელდება სისხლის საშუალებით. ის შეიძლება განვითარდეს ძვლის მოტეხილობისას. ყველაზე ხშირი გამომწვევებია S.aureus, სალმონელა, (წამგალუჯრედოვანი ანემია და ტუბერკულოზი.

დიაგნოზი:

მწვავე ოსტეომიელიტი

- ტკივილი და პალპაციით მტკივნეულობა
- როგორც წესი ხანგამოშვებითი ცხელება
- დაზიანებული კიდურის მოძრაობის შეზღუდვა
- ბავშვი არ ეყრდნობა კიდურს

ოსეომიელიტის ადრეულ ეტაპზე რენტგენოლოგიური სურათი ნორმალურია; როგორც წესი რენტგენოლოგიურად პათოლოგიური ცვლილებები ვლინდება 12-14 დღეს

ქრონიკული ოსტეომიელიტი

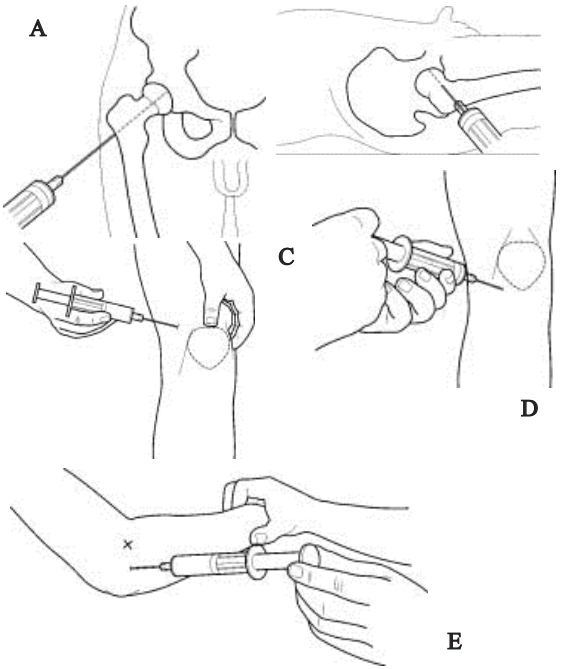
- ძვლის დაზიანებულ უბანზე ქრონიკული კავერნოზული დაზიანება
- რენტგენოლოგიურად: გასქელებული ძვლისსაზრდელა და სეკვესტრის არსებობა (ნეკროზირებული ძვლოვანი ქსოვილი)

მკურნალობა:
აუცილებელია პედიატრიული გამოცდილების მქონე ქირურგის კონსულტაცია
ადრეულ სტადიაზე სიმპტომები გამოხატულია ცხელების და ინტოქსიკაციის სახით.
>3 წლის ბავშვებს და მათ ვისაც აქვს ნამგალუჯრედოვანი ანემია მიეცით ქლორამფენიკოლი (chloramphenicol) (25მგ/კგ სამჯერ დღეში) ან >3 წლის ბავშვებს, სულ მცირე 5 კვირის განმავლობაში მიეცით კლოქსაცილინი (cloxacillin) (50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში). მიეცით პარენტერალური ანტიბიოტიკები კლინიკურ გაუმჯობესებამდე, შემდეგ დაასრულეთ კურსი ორალური მედიკამენტებით.
ქრონიკული ოსტეომიელიტისას სექვესტრექტომია (მკვდარი ძვლის მოცილება) აუცილებელია ისევე, როგორც ანტიბიოტიკებით მკურნალობა, ზემოთ მოცემული სქემის მიხედვით.

9.5.3 სეპტიური ართრიტი
სურათი იგივეა რაც ოსტეომიელიტისას, მაგრამ პროცესში ჩართულია ასევე სახსრები (იხ. გვ. 229)

დიაგნოზი
სახსრის ტკივილი და შეშუპება. როგორც წესი ხანგამოშვებითი ცხელება.
კლინიკურად გამოხატულია ორი მნიშვნელოვანი ნიშანი: შეშუპება და დაჭიმულობა სახსრის არეში. ამასთან, შეზღუდულია სახსარში მოძრაობა.

მკურნალობა
სახსრის პუნქცია და შიგთავსის ასპირაცია დიაგნოზის დასაზუსტებლად
ყველაზე ხშირად გამოწვეულია S. aureus-ით. პუნქციისას დაცული უნდა იყოს სტერილობა.
აუცილებელია პედიატრიული გამოცდილების მქონე ქირურგის კონსულტაცია.
ჩირქის არსებობა ზრდის ზეწოლას სახსარზე.
მიეცით ქლორამფენიკოლი 3 წელზე ნაკლები ასაკის და ნამგალუჯრედოვანი ანემიის მქონე ბავშვებს
ქლორამფენიკოლი (chloramphenicol) (25მგ/კგ სამჯერ დღეში)



ან <3 წლის ბავშვებს, სულ მცირე 5 კვირის განმავლობაში მიეცით კლოქსაცილინი (cloxacillin)(50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში. 3 წლის ზევით ასაკის ბავშვებს. მიეცით პარენტერალური ანტიბიოტიკები კლინიკურ გაუმჯობესებამდე, შემდეგ დაასრულეთ კურსი ორალური მედიკამენტებით.

9.5.4 პიომიოზიტი

ამ შემთხვევაში, ჩირქოვანი კერა არსებობს თავად კუნთში.

დიაგნოზი

ადგილი აქვს კუნთის დაჭიმულობას, შეშუპებასა და ცხელებას. ინფექციის კერის მიგნება შესაძლებელია გართულდეს, თუკი იგი მდებარეობს ღრმად კუნთში.
დაავადება ხშირად ვითარდება ბარძაყის კუნთში.

მკურნალობა

კერის გაკვეთა და დრენირება (ხშირად საჭიროა ზოგადი ანესთეზია). ჩატოვეთ დრენაჟი 2-3 დღის განმავლობაში. რენტგენოგრაფიის საშუალებით გამორიცხოთ ოსტეომიელიტის არსებობა. მიეცით კლოქსაცილინი (cloxacillin)((50 მგ/კგ კუნთებში ან ინტრავენურად 4-ჯერ დღეში) 5-10 დღის განმავლობაში. მიეცით პარენტერალური ანტიბიოტიკები კლინიკურ გაუმჯობესებამდე, შემდეგ დაასრულეთ კურსი ორალური მედიკამენტებით, რადგანაც ხშირად გამომწვევი არის S. aureus.

შენიშვნა

თავი 10. მოვლის პრინციპები

10.1.1 ძუძუთი კვების ხელშეწყობა	356
I „რძის ნაკლებობა“	356
II როგორ გავზარდოთ რძის გამომუშავება	358
III ძუძუთი კვებისაგან ტავშეკავება	358
10.1.2 ავადმყოფ ბავშვთა კვების მართვა	361
10.2 ინფუზიური თერაპია	366
10.3 ცხელების მართვა	367
10.4 ტკივილის მართვა	368
10.5 ანემიის მართვა	369
10.6 სისხლის გადასხმა	370
10.7 ოქსიგენოთერაპია	374
10.8 თამაშით თერაპია	377

სტაციონარში ხარისხიანი სამედიცინო მომსახურების მიწოდების უზრუნველსაყოფად აუცილებელია სამედიცინო პერსონალის ყოველდღიური საქმიანობა დამყარებული იყოს შემდეგ პრინციპებზე:

- მშობლებთან კომუნიკაცია

პედიატრიული განყოფილების პერსონალის სამუშაოს ისეთი ორგანიზება, რომ მძიმე პაციენტებს ჰქონდეთ მაქსიმალური ყურადღება მოვლისა და მკურნალობის თვალსაზრისით

- ბავშვისთვის კომფორტული გარემოს შექმნა, და ტკივილის გაკონტროლება, განსაკუთრებით ინვაზიური პროცედურების დროს
- ნოზოკომური (საავადმყოფოს შიდა) ინფექციის პრევენცია მომსახურე პერსონალის მიერ, ხელის რეგულარული დაბანის და სხვა საშუალებების მეშვეობით
- სითბური გარემოს შექმნა იმ პალატებში, სადაც იმყოფებიან ახალშობილები და მალნუტრიციის მქონე ბავშვები, რათა თავიდან ავიცილოთ ისეთი გართულებები, როგორიცაა ჰიპოთერმია

10.1 კვების მართვა

ჯანდაცვის მუშაკებმა უნდა გაითვალისწინონ რჩევები 12.3 და 12.4 ქვეთავებიდან (გვ. 378-379). სურათებით გაფორმებული, ინფორმაცია სასარგებლო იქნება დედებისათვის (იხილე დანართი 6, გვ. 403).

10.1.1 ძუძუთი კვების ხელშეწყობა

ძუძუთი კვება ახალშობილებისა და შვილების ინფექციისაგან დაცვის ყველაზე უფრო ძლიერი დამცავი საშუალებაა.

- ექსკლუზიური ძუძუთი კვება რეკომენდებულია დაბადებიდან 6 თვემდე.
- ძუძუთი კვების გაგრძელება, ადეკვატური დანამატებით რეკომედებულია 6 თვიდან ≥ 2 წლამდე.

ავადმყოფ ბავშვებთან მომუშავე ჯანდაცვის მუშაკი ვალდებულია დედებს მიუთითოს ძუძუთი კვების აუცილებლობის შესახებ და ხელი შეუწყოს მას სირთულეების დაძლევისას.

ძუძუთი კვების შეფასება

ძუძუთი კვების ანამნეზი შეადგინეთ ახალშობილთა კვების და ქცევის შესახებ ინფორმაციის მიღების საფუძველზე. შეაფასეთ ძუძუთი კვების პროცესი და გადაწყვიტეთ საჭიროებს თუ არა დედა დახმარებას. დააკვირდით:

- როგორაა ახალშობილი მოჭიდებული ძუძუს (იხ გვ. 350). კარგი მოჭიდების ნიშნებია:
  – არეოლას მეტი ნაწილი მოჩანს ზედა ტუჩიდან ვიდრე ქვედადან
  – პირი ფართოდ არის ღია
  – ქვედა ტუჩი გადმობრუნებულია
  – ახალშობილის ნიკაპი მკერდზეა მიბჯენილი
- როგორ უჭირავს დედას ახალშობილი(იხ გვ. 350)
  – ბავშვის სხეული დედასთან ახლოს უნდა იყოს
  – ბავშვი მთლიანად მკერდისკენ უნდა იყოს მიბრუნებული
  – ტანი თავის გასწვრივ (მთელი სხეული ერთ ხაზზეა)
- როგორ უჭირავს მკერდი დედას
- ტანი მთლიანადაა ფიქსირებული.

სიძნელეების დაძლევა

1. „რძის ნაკლებობა“

თითქმის ყველა დედას შეუძლია ერთი ან ორი ახალშობილისათვის საკმარისი რძის გამომუშავება;

თუმცა, ზოგიერთ შემთხვევაში, ახალშობილი ვერ იღებს სათანადო რაოდენობით დედის რძეს. ამ მდგომარეობის ნიშნებია:

• წონაში მცირე ნამატი (< 500 გრ/თვეში ან < 125 გრ/კვირაში ან ახალშობილი 2 კვირის შემდეგ იწონის უფრო ნაკლებს ვიდრე დაბადებისას)
• შარდის მცირე რაოდენობა (შარდვა დღეში არაუმეტეს 6-ჯერ, ყვითელი, მძაფრი სუნის სითხე)
რძის ნაკლებობის უმთავრესი მიზეზებია:
• ძუძუთი კვების არასწორი პრაქტიკა: არასწორი მოჭიდება (ყველაზე ხშირი მიზეზი), ძუძუთი კვების გვიან დაწყება, ერთსა და იმავე დროზე კვება, ღამით კვების გარეშე, ხანმოკლე კვება, ბოთლის, საწოვარას, სხვა საჭმლის და სითხის გამოყენება
• დედის ფსიქოლოგიური მდგომარეობა: თვითდაჯერებულობის სიმცირე, ნერვიულობა, სტრესი, დეპრესია, ძუძუთი კვების სიძულვილი, ახალშობილის უარყოფა, დაღლილობა
• დედის ფიზიკური მდგომარეობა: ქრონიკული დაავადებები (მაგ. ტუბერკულოზი, ძლიერი ანემია ან გულის რევმატული დაავადება), კონტრაცეპტული აბები, შარდმდენი პრეპარატები, ორსულობა, კვების ნაკლებობა, ალკოჰოლი, მოწევა, პლაცენტის ნარჩენი (იშვიათად)
ახალშობილის მდგომარეობა: დაავადება ან თანდაყოლილი ანომალია (როგორიცაა, ტუჩის ნაპრალი ან თანდაყოლილი გულის დაავადება), რომელიც ხელს უშლის კვების პროცესს
• დედებმა, რომელთაც რძის გამოყოფა შეუმცირდათ უნდა მოუმატონ ძუძუთი კვებას, ხოლო მათ, ვინც ძუძუთი კვება შეწყვიტა, სასურველია დაუბრუნდეს მას.
• ხელი შეუწყეთ დედას განაახლოს ძუძუთი კვება:
• ახალშობილის დედასთან მოთავსება
• დედისა და ახალშობილის კანით კანთან კონტაქტის უზრნველყოფა
• ძუძუთი კვება თავისუფალი რეჟიმით,როდესაც ახალშობილს ამის სურვილი აქვს არა ნაკლებ 8, 24 საათში
• ახალშობილისათვის სწორი მიჭიდებისა და პოზიციის შერჩევა ხელის შეწყობა
• ერიდეთ საწოვარების და ბოთლების გამოყენებას. თუ საჭიროა, რძე გამოიწველეთ და ახალშობილს ჭიქით მიეცით. თუ ყოველივე ეს შეუძლებელია, ან მიუხედავად აღნიშნულისა ბავშვი არ იმატებს წონაში, მაშინ ხელოვნური რძის დამატებაა საჭირო, ვიდრე დედას ლაქტაცია აღუდგება.

2. როგორ გავზარდოთ რძის გამომუშავება

რძის პროდუქციის გაზრდის უმთავრესი მეთოდი ხშირი ძუძუთი კვება და ძუძუს წოვაა.

დედის რძის მოსვლის ლოდინში სხვა საკვები ჭიქით მიეცით. ნუ იხმართ ბოთლსა და საწოვარას. შეამცირეთ სხვა რძის რაოდენობა 30–60 მლ დღეში, დედის რძის რაოდენობა ამ დროში მოიმატებს. თვალი ადევნეთ ახალშობილის წონის მატებას.

3. ძუძუთი კვებისაგან თავშეკავება

ახალშობილის მიერ ძუძუთი კვებაზე თავშეკავების მთავარი მიზეზებია:

• ახალშობილი ავადაა, რაიმე სტკივა ან მედიკამენტების ზემოქმედების ქვეშაა.

– თუკი ახალშობილს წოვა შეუძლია, ხელი შეუწყეთ დედას უფრო ხშირად კვებოს ძუძუთი. თუ ახალშობილი ძლიერ ავადაა, დედამ შესაძლოა რძე ჭიქით ან ზონდით მიაწოდოს იქამდე, სანამ ახალშობილს წოვის უნარი დაუბუნდება.

– თუ ახალშობილი საავადმყოფოში იმყოფება ხელი შეუწყეთ დედას ბავშვთან სიახლოვეში, რათა ძუძუთი კვება შეძლოს.

ხელი შეუწყეთ დედას ახალშობილის დაჭერისას ტკივილი არ მიაყენოს მას.

– აუხსენით დედას, როგორ გაუწმინდოს ახალშობილს ცხვირი. ურჩიეთ უფრო ხანმოკლე და უფრო ხშირი კვება რამდენიმე დღის განმავლობაში.

პირის ღრუს ტკივილი შესაძლოა გაპირობებული იყოს სოკოვანი ინფექციით (რძიანა) ან კბილების ამოჭრით. სამკურნალოდ გამოიყენეთ ნისტატინის (100 000 ს.ე/მლ) სუსპენზია. პირში ჩაუწვეთეთ 1–2 მლ დღეში 4-ჯერ 7 დღის განმავლობაში. თუ ნისტატინი არ გაქვთ, გამოიყენეთ 1% კალიუმის პერმანგანატი. მოუწოდეთ დედას მოთმინებისაკენ და ურჩიეთ განაგრძოს ძუძუთი კვება.

თუ დედა რეგულარულად იღებს სედატიურ პრეპარატს შეამცირეთ მედიკამენტის დოზა ან შეცვალეთ ნაკლებად ძლიერი მედიკამენტით.

• ძუძუთი კვების ტექნიკური სირთულეები

დაეხმარეთ დედას ძუძუთი კვების პროცესში: ბავშვი უნდა იმყოფებოდეს სწორ მდგომარეობაში და სწორად უნდა ეჭიდებოდეს მკერდს, ახალშობილის თავზე ზეწოლის გარეშე.

– ურჩიეთ დედას ერიდოს ბოთლებსა და საწოვარას, საჭიროების შემთხვევაში იხმაროს ჭიქა.

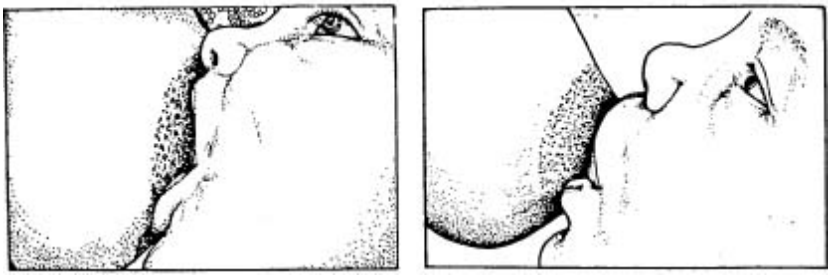
– რძის დაგროვებისას გამოიწველეთ რძე, რათა არ წარმოიშვას

მასტიტი ან ჩირქგროვა. თუ ბავშვი ვერ წოვს, დაეხმარეთ დედას რძის გამოწურვაში.
ხელი შეუწყვეთ რძის რაოდენობის გაზრდას. თუ ახალშობილი არასწორად ეჭიდება მკერდს და უშედეგოდ წოვს, ის ხშირად და დიდი ხნის განმავლობაში იმყოფება ძუძუზე, რაც განაპირობებს რძის გამოყოფის სტიმულაციას. რძის გამოყოფის სტიმულაცია შესაძლებელია გამოიწვიოს მორიგეობით ორივე ძუძუს წოვით ყოველი კვებისას. ცვლილებამ შეიძლება ბავშვი გააღიზიანოს.
ისეთმა ცვლილებებმა, როგორიცაა დედასთან განშორება, ახალი მომვლელი, დედის ავადმყოფობა, ოჯახური რეჟიმის დაღვევა ან დედის სუნის ცვლილება (ახალი საპონი, საკვები, მენსტრუალური ციკლი) შესაძლოა ახალშობილი გააღიზიანოს და მან უარი თქვას ძუძუთი კვებაზე.

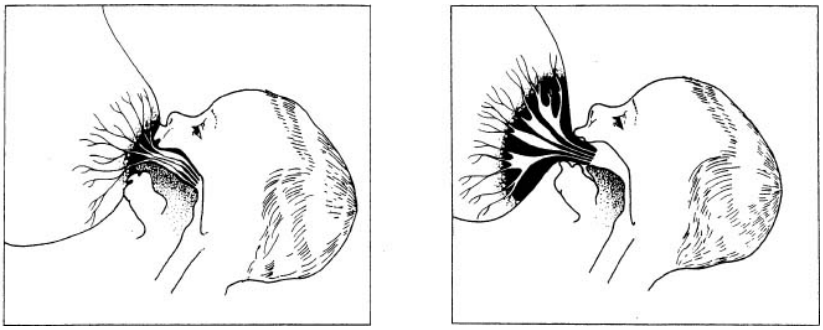
დაბადებისას მცირეწონიანი და ავადმყოფი ახალშობილები
ახალშობილები, რომელთა წონა არ აღემატება 2.5 კგ დაბადებისას, საჭიროებენ ძუძუთი კვებას კიდევ უფრო მეტად, ვიდრე დიდი წონის მქონე ახალშობილები; თუმცა, ძალიან პატარა ახალშობილების დაბადებიდანვე ძუძუთი კვება შეუძლებელია.
თავდაპირველად, შესაძლოა ვერ მოხერხდეს ახალშობილის ორალური/ენტერალური კვება საჭიროა მათი პარენტერულარული კვება. ძუძუთი კვება შეგიძლიათ დაიწყოთ მცირე ულუფებით პირველ დღეს ან მაშინ, როდესაც ახალშობილის ენტერული გზით კვება შესაძლებელია.

მცირე წონის მქონე ბავშვების (< 1.5 კგ) კვება პირველ დღეებში შესაძლოა საჭირო გახდეს ნაზო ან ოროგასტრული ზონდის მეშვეობით. სასურველია დედის გამოწველილი რძის მიწოდება. დედას შეუძლია ზონდით კვებისას ბავშვს სუფთა თითი აწოვოს. ეს ხელს შეუწყობს წოვის რეფლექსის ჩამოყალიბებას და კვების სტიმულაციას.
გესტაციის 32 კვირის ასაკში დაბადებულებს, შეუძლიათ ძუძუს წოვა. დედამ შეიძლება ახალშობილი მკერდზე მიიწვინოს, მაშინ როდესაც ის უკვე კარგადაა. მიზანშეწონილია ხშირად აიყვანოს, გააგრძელოს გამოწველილი რძის ჭიქით ან ზონდით მიცემა, რათა ახალშობილმა სათანადო რაოდენობის საკვები მიიღოს.
გესტაციის ≥ 34–36 კვირის ასაკში დაბადებულ ახალშობილებში შესაძლოა საკვების ძუძუდან მიღება.

ახალშობილები, რომელთა ძუძუთი კვება შეუძლებელია
ამ ახალშობილებმა უნდა მიიღონ



სწორი (მარცხნივ) და არასწორი(მარჯვნივ) მოჭიდება მკერდზე



სწორი (მარცხნივ) და არასწორი (მარჯვნივ) მოჭიდება:მკერდისა და ახალშობილის განივი სურათი



სწორი (მარცხნივ) და არასწორი (მარჯვნივ) მდებარეობა ძუძუთი კვების დროს

• გამოწველილი რძე (სასურველია საკუთარი დედის)ან დონორის რძე, იქ, სადაც მისი შენახვის სათანადო პირობებია.
ან
• ხელოვნური საკვები, რომელიც მზადდება სუფთა წყლით და ინსტრუქციების გათვალისწინებით, ან ხელოვნური საკვები უკვე მზა თხევადი ფორმით
ან
• თუ არც ერთი ზემოთჩამოთვლილი ვარიანტი არ არსებობს, საქონლის რძე. გაურიეთ 50 მლ წყალი 100 მლ ძროხის რძეს, დაამატეთ 10 გ შაქარი, შესაძლებლობის შემთხვევაში ელემენტების ნარევი. სასურველია, დღენაკლული ახალშობილებისათვის ეს ვარიანტი ნაკლებად სასურველია.

გამოწველილი რძე საუკეთესო არჩევანია, შემდეგი რაოდენობით:
– ახალშობილები ≥ 2.0 კგ: მიეცით 150 მლ/კგ ყოველდღიურად, 8 მიღება 3 საათიანი ინტერვალით.
– ახალშობილები < 2.0 კგ: იხილეთ გვ. 60 დეტალური ინფორმაციისათვის.
– თუ ბავშვი ძალიან სუსტია და ვერ წოვს, მაგრამ ყლაპავს, შეგიძლიათ ჭიქის საშუალებით მიაწოდოთ რძე. ნაზო და ოროგასტრული ზონდი გამოიყენეთ, მაშინ, როდესაც ბავშვი ლეთარგიული, მძიმედ ანორექსიულია ან ვერ ყლაპავს.



გამოწველილი რძის ახალშობილისათვის ჭიქით მიცემა

10.1.2 ავადმყოფი ბავშვის კვების მართვა

ავადმყოფ ჩვილთა და ბავშვთა კვების პრინციპებია:
• ძუძუთი კვების გაგრძელება.
• არ შეზღუდოთ კვება
• ხშირი კვება, ყოველ 2-3 საათში

• კვება მცირე ულუფებით
• დარწმუნება, ხელის შეწყობა და მოთმინება.
• მადის დაბრუნებით კვების ხელშეწყობა
• მძიმედ ანორექსიული ნაზოგასტრული ზონდი გამოიყენება ბავშვის კვებისას.
• კვების ხელშეწყობა მადის დაბრუნების შემდეგ.

საკვები უნდა იყოს:

• გემრიელი (ბავშვისათვის)
• ადვილად მისაღები (რბილი ან თხევადი კონსისტენციის)
• ადვილად მოსანელებელი
• ნოყიერი: მდიდარი საკვებიპროდუქტებით და მაღალკალორიული კვების მზრუნველობის მთავარი პრინციპი მაღალკალორიული და მაღალხარისხოვანი პროტეინების მქონე დიეტის ჩამოყალიბებაა. ასევე რეკომენდებულია ცხიმის შემცველი საკვები; კალორიების საერთო რაოდენობის 30–40% შესაძლოა ცხიმებს დაეთმოს. ხშირი კვება ენერგიის მიღებას უზრუნველყოფს. ავადმყოფ ბავშვები ხშირად საჭიროებენ მულტივიტამინებისა და მინერალური დანამატების მიწოდებას.

ბავშვმა მცირე ულუფებით და ხშირად უნდა ჭამოს. თუ ბავშმა საკვები და-ძმასთან უნდა გაიყოს, შესაძლოა საკმარისი ულუფა ვერ მიიღოს.

მშრალი ან სქელი ლორწოთი გაჭედილმა ცხვირმა შესაძლოა ხელი შეუშალოს კვების მიღებას. ლორწოვანი მასის დასარბილებლად საჭიროა მარილიანი წვეთების ჩაწვეთება ცხვირში.

ბავშვები, რომელნიც რამდენიმე დღის განმავლობაში ვერ ახერხებენ კვებას (მენინგიტის ან მწვავე რესპირატორული დაავადების, პნევმონიის გამო) ნაზოგასტრული ზონდის მეშვეობით იკვებებიან.

გამოჯანსაღების პერიოდში ბავშვის კვების სიხშირე რეკომენდებულია გაიზარდოს, რაც ხელს შეუწყობს დაკარგული წონის აღდგენას. (დღეში სულ მცირე ერთი დამატებითი კვება).

აღდგენითი კვება

მოცემული რეცეპტები შეიცავს 100 კკალ და 3 გ ცილებს/100 მლ. თითოეული ულუფა შეიცავს 200 კკალ და 6 გ ცილებს. 24 საათის განმავლობაში ბავშვმა საკვები 7-ჯერ უნდა მიიღოს.

რეცეპტი 1 (შვრიის ფაფა რძის გარეშე)

ინგრედიენტი	1 ლიტრისათვის	ერთი ულუფა
მარცვლეულის ფქვილი	100 გ	20 გ
მიწის თხილის ან ზეთისხილის მასა	100 გ	20 გ
შაქარი	50 გ	10 გ

სქელ ფაფას შეურიეთ მიწის თხილის ან ზეთისხილის მასა და შაქარი. დაამზადეთ 1 ლიტრის ოდენობის.

რეცეპტი 2 (შვრიის ფაფა რძით, ან ბრინჯის პუდინგი)

ინგრედიენტი	1 ლიტრისათვის	ერთი ულუფა
მარცვლეულის ფქვილი	125 გ	25 გ
რძე (ახალი ან პასტერიზებული რძე)	600 მლ	120 მლ
შაქარი	75 გ	15 გ
ზეთი ან მარგარინი	25 გ	5 გ

დაამზადეთ სქელი ფაფა რძით და მცირე წყლით (ან გამოიყენეთ 75 გ პასტერიზებული რძის ფხვნილი 600 მლ თხევადი რძის მაგივრად), დაამატეთ შაქარი და ზეთი. დაამზადეთ 1 ლიტრის ოდენობის.
ბრინჯის პუდინგისათვის შეცვალეთ მარცვლეულის ფქვილი იმავე რაოდენობის ბრინჯით.
ამ რეცეპტებს, შესაძლოა, ვიტამინებისა და მინერალების დამატება დასჭირდეს.

რეცეპტი 3 (ბრინჯიანი საჭმელი)

ინგრედიენტი	600 გ დასამზადებლად	ერთი ულუფა
ბრინჯი	75 გ	25
ოსპის სახეობა (დალი)	50 გ	20 გ
გოგრა	75 გ	25 გ
მწვანილი	75 გ	25 გ
ზეთი ან მარგარინი	25 გ	10 გ
წყალი	800 მლ	

ბრინჯი, ოსპი, გოგრა, ზეთი, სანელებლები და წყალი თავდახურულ ქვაბში ხარშეთ. ბრინჯის მოხარშვის წინ, ჩააჭერით მწვანილი და ხარშვა კიდევ რამოდენიმე წუთით განაგრძეთ.

რეცეპტი 4 (ბრინჯიანი საჭმელი ოჯახური ტიპის კვებასთან ერთად)

ინგრედიენტი	ერთი ულუფა
მოხარშული ბრინჯი	90 გ (ოთხნახევარი სუფრის კოვზი)[a]
მოხარშული, გასრესილი ლობიო, ბარდა ან ოსპი	30 გ (ერთნახევარი სუფრის კოვზი)
მოხარშული, გასრესილი გოგრა	30 გ (ერთნახევარი სუფრის კოვზი)
მარგარინი ან ზეთი	10 გ (ორი ჩაის კოვზი)[b]

გასრესილი ინგრედიენტები ზეთით ან მარგარინით დაარბილეთ

რეცეპტი 5 (სიმინდიანი საჭმელი ოჯახური ტიპის კვებასთან ერთად)

ინგრედიენტი	ერთი ულუფა
სიმინდის სქელი ფაფა (მოხარშული)	140 გ (ექვსი სუფრის კოვზი)[a]
მიწის თხილის მასა	15 გ (სამი ჩაის კოვზი)[b]
კვერცხი	30 გ (ერთი კვერცხი)
მწვანილი	20 გ (ერთი მუჭი)

მიწის თხილის მასა და უმი კვერცხი ფაფას შეურიეთ. ხარშეთ რამდენიმე წუთი. ხახვი და პამიდორი მოშუშეთ და დაამატეთ მწვანილი. ჩაამატეთ ფაფაში ან ცალკე მიართვით.

a სუფრის კოვზი = 10 მლ

b ჩაის კოვზი = 5 მლ

ჯანმრთელი და ავადმყოფი ბავშვის კვება

6 -თვემდე ასაკის ბავშვი

- კვებეთ ბავშვი მოთხოვნისამებრ, არა ნაკლებ 8 ჯერ დღე-ღამეში
- არ მიაწოდოთ სხვა საკვები ან სითხეები
- მიეცით დამატებითი კვება თუ ბავშვი 4 თვეზე მეტისაა და ის:
  - არ იმატებს წონაში ან
  - გამოხატავს დაინტერესებას სხვა საკვების მიმართ

6 - 12 თვის ასაკის ბავშვი

- კვებეთ ბავშვი მოთხოვნისამებრ, არა ნაკლებ 8 ჯერ დღე-ღამეში
- მიეცით საკმარი ოდენობის დამატებითი საკვები
  - 3 ჯერ დღეში თ უ ბავშვი ძუძუთი კვებაზეა
  - 5 ჯერ დღეში თუ ძუძუთი კვება შეწყვეტილია

12 თვიდან - 2 წლამდე ასაკის ბავშვი

- კვებეთ ბავშვი მოთხოვნისამებრ
- კვებეთ დღეში 5 ჯერ საკმარი ოდენიობის ულუფით რომელიც გათვალისწინებულია მოცემული ადგილისათვის

2 წლის და ზევით ასაკის ბავშვი

- მიეცით საკვები საერთო მაგიდიდან დღეში 3 ჯერ და 2 კვება წახემსების სახით

შენიშვნა: საკვები უნდა იყოს მაღალკალორიული და ახალმომზადებული

10.2 ინფუზიური თერაპია

ბავშვის დღიური მოთხოვნილება სითხეზე გამოითვლება შემდეგი ფორმულით:
100 მლ/კგ პირველ 10 კგ-ზე, შემდგომ 50 მლ/კგ მომდევნო 10 კგ-ზე, 25 მლ/კგ ყოველ მომდევნო კგ-ზე. მაგალითად, 8 კგ ჩვილი იღებს 8 x 100 მლ = 800 მლ დღეში, 15 კგ ბავშვი (10 x 100) + (5 x 50) = 1250 მლ დღეში.

ცხრილი 32. მისაღები სითხის რაოდენობა ასაკის მიხედვით

ბავშვის სხეულის მასა (კგ)	სითხე (მლ/დღეში)
2	200
4	400
6	600
8	800
10	1000
12	1100
14	1200
16	1300
18	1400
20	1500
22	1550
24	1600
26	1650

სითხის მიღების მონიტორინგი

კარგად დააკვირდით ავადმყოფი ბავშვის მიერ სითხის მიღების პროცესს. სითხის მიღება სასურველია მოხდეს ორალურად (პირით ან ნაზოგასტრული ზონდით).
თუ სითხის მიღება ხდება ინტრავენურად აუცილებელია სითხის მიღების კონტროლი, რათა არ მოხდეს ორგანიზმის გადატვირთვა, რამაც შესაძლოა გამოიწვიოს გულის უკმარისობა ან ცერებრალური პრობლემები.

ინტრავენური სითხის გადასხმა ხდება მხოლოდ ძლიერი

დეჰიდრატაციის, სეპტიკური შოკის, ინტრავენურად ანტიბიოტიკების შეყვანის დროს და იმ ბავშვებისათვის, რომელთვისაც ორალური სითხის მიღება არ არის მიზანშეწონილი (მაგალითად, როდესაც კუჭ-ნაწლავი პერფორირებულია ან მუცლის ღრუში სხვა ტიპის ქირურგიული პრობლემების დროს). სითხის შესანარჩუნებელი შესაძლო ინტრავენური საშუალება შეიცავს მარილს 5% და 10% გლუკოზას. არ მისცეთ მხოლოდ 5% გლუკოზა, რამაც შესაძლოა ჰიპონატრიემია გამოიწვიოს. იხილეთ, დანართი 4, გვ. 431.

10.3 ცხელების მართვა

ამ კრებულში უმეტესად გამოყენებულია რექტალური ტემპერატურა. ორალური და იღლიის ფოსოს ტემპერატურა დაახლოებით 0.5 °C და 0.8 °C უფრო დაბალია რექტალურ ტემპერატურაზე.

ცხელება არაა ანტიბიოტიკებით მკურნალობის აუცილებლობის მაჩვენებელი. ცხელება ორგანიზმის დამცავი რეაქციის მჩვენებელია და ეხმარება ბავშვს ინფექციასთან ბრძოლაში. მაღალმა სიცხემ (> 39 °C ან > 102.2 °F) შესაძლოა განაპირობოს:

- მადის შემცირება
- ბავშვის გაღიზიანება
- გულყრა 6 თვიდან 5 წლამდე ასაკის ზოგიერთ ბავშვთან
- ჟანგბადის მოხმარების გაზრდა (მაგალითად მძიმე პნევმონიის, გულის უკმარისობის ან მენინგიტის მქონე ბავშვებში).

სიცხიანი ბავშვების მკურნალობა ცხელების გამომწვევი მიზეზების დადგენის საფუძველზე უნდა მოხდეს (იხილე თავი 6, გვ. 188).

ანტიპირეტული მკურნალობა

პარაცეტამოლი

ორალურად პარაცეტამოლით მკურნალობა უნდა მოიცავდეს ბავშვებს ≥ 2 თვიდან, რომელთა ტემპერატურაა ≥ 39 °C (≥ 102.2 °F) და თავს არაკომფორტულად გრძნობენ. ბავშვები, რომლებიც საკმაოდ აქტიურად და ფხიზლად იქცევიან დიდ სარგებელს პარაცეტამოლისაგან ვერ მიიღებენ. პარაცეტამოლის დოზაა 10-15 მგ/კგ ყოველ 6 საათში.

იბუპროფენი

იბუპროფენი და პარაცეტამოლი ანალოგიური სიცხის დამწევი საშუალებებია, იმ განსხვავებით, რომ იბუპროფენმა, ისევე როგორც არასტეროიდული ანთების საწინააღმდეგო პრეპარატებმა (NSAID), შესაძლოა გასტრიტი გამოიწვიოს, და ამასთან უფრო ძვირადღირებული საშუალებაა. იბუპროფენის დოზაა 10 მგ/კგ

ყოველ 6–8 საათში.

სხვა აგენტები

ასპირინის, როგორც პირველადი ანტიპირეტიული საშუალების, გამოყენება არ არის მიზანშეწონილი, რამდენადაც მას უკავშირებენ რეის სინდრომის განვითარებას - იშვიათი და ამასთანავე სერიოზული დაავადება, რომელიც აზიანებს ღვიძლს და თავის ტვინს . ერიდეთ ასპირინის მიცემას ჩუტყვავილას, დენგეს ცხელების და სხვა ჰემორაგიული დარღვევების დროს

სხვა აგენტების მიღება არ არის რეკომენდირებული მათი ტოქსიურობის და არაეფექტურობის გამო (დიპირონი, ფენილბუტაზონი).

დამხმარე თერაპია

სიცხიან ბავშვებს თხლად უნდა ჩააცვათ და თბილ, კარგად განიავებულ ოთახში მოათავსოთ და ხელი შეუწყოთ მათ მიერ სითხის მიღებას.

10.4 ტკივილის მართვა

ტკივილის მართვის პრინციპები შემდეგია:

- გამოიყენეთ ორალური ტკივილდამაყუჩებელი საშუალებები (კუნთშიდა ინფექცია თავად იწვევს ტკივილს)
- რეგულარულად (დროის გარკვეული შუალედების დაცვით) მიეცით ტკივილდამაყუჩებლები. ნუ დაელოდებით ტკივილის დაწყებას
- ტკივილდამაყუჩებელი მიეცით მზარდი დოზით თუ მიღებული დოზა უეფექტოა, ან მსუბუქი ტკივილდამაყუჩებლებიდან გადაიყვანეთ ძლიერ ტკივილდამაყუჩებელზე
- შეაჩერეთ ტკივილდამაყუჩებელის ინდივიდუალური დოზის, ვინაიდან სასურველი შედეგი სხვადასხვა ბავშვში სხვადასხვა დოზით მიიღება

ტკივილის ეფექტური მართვისათვის შემდეგი მედიკამენტები:

მსუბუქი ტკივილი: როგორიცაა თავის ტკივილი, პოსტ-ტრავმატული ტკივილი, სპაზმური ტკივილი

მიეცით პარაცეტამოლი ან იბუპროფენი > 3 თვის ასაკის ბავშვებს, რომელთაც წამლის ორალურად მიღება შეუძლიათ. < 3 თვის ასაკის ჩვილთათვის გამოიყენეთ მხოლოდ პარაცეტამოლი.

– პარაცეტამოლი 10–15 მგ/კგ ყოველ 4–6 საათში
– იბუპროფენი 5–10 მგ/კგ ყოველ 6–8 საათში

საშუალოდან ძლიერი ტკივილი და მაშინ, როდესაც ტკივილი არ პასუხობს ზემოთხსენებულ მკურნალობას: ძლიერი ოპიოდები:

■ მიეცით მორფინი ორალურად ან ინტრავენურად ყოველ 4–6 საათში ან მუდმივი ინტრავენური გადასხმით.

■ თუ მორფინი არასათანოდ ხსნის ტკივილს, მაშინ გამოიყენეთ ალტერნატიული ოპოდები, როგორიცაა ფენტანილი ან ჰიდრომორფონი.

შენიშვნა:

ყურადღებით დააკვირდით პაციენტს, რათა არ გამოგეპაროთ სუნთქვის ცენტრის დათრგუნვის ნიშნები. თუ ორგანიზმი ეჩვევა პრეპარატს, დოზა უნდა გაიზარდოს

დამხმარე მედიკამენტები: არ არსებობს მტკიცებულება იმის შესახებ, რომ დამხმარე თერაპია ტკივილს ხსნის ან მოქმედებს ისეთ შემთხვევებში, როგორიცაა ნეიროპათიული ტკივილი, ძვლის ტკივილი და კუნთის ტკივილი ბავშვებში. ჩვეულებრივ იყენებენ დიაზეპამს კუნთების სპაზმის დროს, კარბამაზეპინს ნევრალგიური ტკვილისას და კორტიკოსტეროიდებს (როგორიცაა დექსამეტაზონი) ანთების დროს, შეშუპებისას, ნერვის ტკივილის დროს.

ტკივილის კონტროლი პროცედურებისას:

ადგილობრივი ანესთეზია: კანის ან ლორწოვანის მტკივნეულობის ან მტკივნეული პროცედურის დროს (ლიდოკაინი 1-2%)

ლიდოკაინი: წაუსვით (ხელთათმნით) სველი დოლბანდით პირის მტკივნეულ წყლულებზე ჭამის წინ; მოქმედებას იწყებს 2–5 წუთში

ტეტრაკაინი, ადრენალინი და კოკაინი: წაუსვით სველი დოლბანდით ღია ჭრილობებზე; განსაკუთრებით სასარგებლოა ნაკერების დადების დროს

10.5 ანემიის კონტროლი

საშუალო ანემია

ბავშვებს (< 6 ასაკის) ანემია აქვთ, მაშინ თუ მათი ჰემოგლობინი < 9.3 გ/დლ (Ht დაახლოებით< 27%). თუ სახეზეა ანემია, დაიწყეთ მკურნალობა, იმ შემთხვევაში თუ ბავშვი არასათანადოდ იკვებება იხილეთ გვ. 207.

სახლში ჩაუტარეთ რკინით მკურნალობა (ყოველდღიურად რკინის ფოლატის ტაბლეტი ან რკინის სიროფის დოზა) 14 დღის მანძილზე.

• თხოვეთ მშობელს 14 დღის შემდეგ ბავშვი მოიყვანოს შესამოწმებლად. უმკურნალეთ, თუ შესაძლებელია, 3 თვის მანძილზე, 2–4 კვირა ანემიის გამოსწორებას სჭირდება, 1-3 თვეში აღდგება რკინის მარაგი.

თუ ≥ 1 წლის ასაკის ბავშვს 6 თვის მანძილზე არ მიუღია

მებენდაზოლი, მიეცით ერთი დოზა (500 მგ) შესაძლო პარაზიტული, ნემატოდების ან ტრიქოცეფალოზის ინვაზიის დროს.
დედას მიეცით რჩევები კარგი კვების შესახებ.

ძლიერი ანემია

შემლებისდაგვარად ადრე გადაუსხით სისხლი:

■ ყველა ბავშვს, რომელთაც აქვთ ჰემატოკრიტი ≤ 12% ან Hb ≤ 4 გ/დლ

■ ნაკლებად ძლიერ ანემიურ ბავშვებს ჰემატოკრიტი 13–18%; Hb, 4–6 გ/დლ) შემდეგი კლინიკური მახასიათებლით:

– კლინიკურად გამოვლენილი დეჰიდრატაცია
– შოკი
– ცნობიერების დარღვევა
– გულის უკმარისობა
– ღრმა, გაძნელებული სუნთქვა
– ძალიან მაღალი მალარიული პარაზიტემია (წითელი უჯრედების > 10% შეიცავს პარაზიტს).

• თუ ერითროციტარული მასის გამოყენებაა შესაძლებელი მიეცით 10 მლ/კგ 3–4 საათის მანძილზე. არქონის შემთხვევაში ახალი სისხლი გადაუსხით (20 მლ/კგ) 3–4 საათის მანძილზე.

• შეამოწმეთ სუნთქვა და პულსი ყოველ 15 წუთში. თუ შეიმჩნევა გულის უკმარისობა, ღვიძლის გადიდება და ასე შ. გადასხმის პროცესი შეანელეთ. თუ შეიმჩნევა ჰიდრატაცია სისხლის გადასხმისას, მიეცით ფუროსემიდი 1–2 მგ/კგ ინტრავენურად, მაქსიმუმ 20 მგ-მდე.

თუ სისხლის გადასხმის შემდეგ კვლავ დაბალია Hb, გაიმეორეთ პროცედურა.

• არასათანადოდ ნაკვებ ბავშვებში სითხის მატება სერიოზული პრობლემაა. იხმარეთ ერითროციტული მასა ან სისხლი 10 მლ/კგ (და არა 20 მლ/კგ), არ გაიმეოროთ სისხლის გადასხმა ჰემოგლობინის დონეზე დაყრდნობით, ან სისხლის გადასხმიდან 4 დღის განმავლობაში
(იხ. გვ. 207).

10.6 სისხლის გადასხმა

10.6.1 სისხლის შენახვა

გამოიყენეთ სისხლი, რომელიც ტესტირებულია სისხლით გადამდებ ინფექციებზე

. არ იხმაროთ ვადაგასული ან მაცივრიდან 2 სთ-ზე მეტხანს გამოღებული სისხლი.

4^0C ტემპერატურაზე შენახული სისხლის დიდი რაოდენობით სწრაფმა გადასხმაამ (15 მლ/კგ/სთ) შეიძლება გამოიწვიოს ჰიპოთერმა,

განსაკუთრებით ჩვილებში

10.6.2 სისხლის გადასხმასთან დაკავშირებული პრობლემები

გადასხმული სისხლი შეიძლება გახდეს ისეთი ინფექციების მიზეზი როგორიცაა: მალარია, ჰეპატიტი B და C, სიფილისია, აივ. აუცილებელია დონორების შემოწმება ამ ინფექციებზე. დაინფიცირების რისკის შესამცირებლად სისხლის გადასხმა გამოიყენეთ განსაკუთრებულ შემთხვევებში

10.6.3 სისხლის გადასხმისს ჩვენებები

სისხლის გადასხმის ჩვენებაა:

• • ძლიერი სისხლდენა, როდესაც მთლიანი სისხლის მოცულობის 20–30% იკარგება და სისხლდენა გრძელდება

• მძიმე ანემია

• სეპტიური შოკი (უზრუნველყავით სითხეების ადექვატური რაოდენობით გადასხმა ინტრავენურად, დამატებით ჩაუტარეთ ანტიბიოტიკოთერაპია)

• სისხლის შემადედებელი ფაქტორების (პლაზმისა და თრომბოციტების) უზრუნველყოფა, როცა მათი შეყვანის საშუალება არ არსებობს

• სისხლის ჩანაცვლებითი გადასხმა ახალშობილებში ჰემოლიზური დაავადების დროს

10.6.4 სისხლის გადასხმა

სისხლის გადასხმის წინ, შეამოწმეთ:

• სისხლის ჯგუფის შესაბამისობა პაციენტის სახელი და საიდენტიფიკაციო ნომერი

გადაუდებელ შემთხვევაში რისკის შესამცირებლად გააკეთეთ ჯგუფის შეთავსების ჯვარედინი ტესტი ან გადაასხით პირველი ჯგუფის რეზუს უარყოფითი სისხლი

სისხლის პაკეტი არ არის დაზიანებული

• სისხლის შემცველი პაკეტი მაცივრიდან არა უმეტეს 2 საათის წინ გამოიღეს, პლაზმა არ არის ვარდისფერი, და შედედებული, წითელ უჯრედებს არ დაკრავს იისფერი ან შავი

• ბავშვში არ შეინიშნება გულის უკმარისობის ნიშნები. თუ შეიმჩნევა, მიეცით 1 მგ/კგ ფუროსემიდი ინტრავენური გადასხმის დასაწყისში. ჩაინიშნეთ ბავშვის ტემპერატურა, სუნთქვის და პულსის მაჩვენებლები.

გადასხმული მთლიანი, სისხლი, თავდაპირველად, არ უნდა აღემატებოდეს 20 მლ/კგ, გაიმეორეთ ყოველ 3–4 საათში.

გადასხმის დროს:

- სისხლი გადაასხით სისტემით რომელსაც აქვს სიჩქარის მარეგულირებელი (თუ ეს შესაძლებელია)
- აკონტროლეთ გადასხმის სიჩქარე
- დააკვირდით ნიშნებს, რომელიც შეიძლება გამოვლინდეს გადასხმის პირველი 15 წუთის განმავლობაში ტრანსფუზიაზე რეაქცის სახით
- ყოველ 30 წუთში შეაფასეთ ბავშვის ზოგადი მდგომარეობა, სხეულის ტემპერატურა, პულსის და სუნთქვის სიხშირე
- აუცილებლად დააფიქსირეთ ჩანაწერის სახით გადასხმის დაწყება-დამთავრების დრო, გადასხმული სისხლის რაოდენობა, რეაქცია ტრანსფუზიაზე და ყველა ის მონაცემი რომელსაც ითხოვს ქვეყანაში არსებული კანონმდებლობა

სისხლის გადასხმის შემდეგ:

- ხელახლა შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა. თუ პროცედურა უნდა განმეორდეს გადაასხით იგივე მოცულობის სისხლი და გაიმეორეთ ფუროსემიდის დოზა (furosemide)

10.6.5 რეაქციები სისხლის გადასხმაზე

თუ სისხლის გადასხმაზე რეაქცია მოხდა, პირველად შეამოწმეთ სისხლის პაკეტის ეტიკეტები და პაციენტის ვინაობა. თუ რაიმე შეუსაბამისობაა, მაშინვე შეაჩერეთ გადასხმის პროცესი და ამის შესახებ სისხლის ბანკს შეატყობინეთ.

მსუბუქი რეაქციები (მსუბუქი ჰიპერ სენსიტიურობის გამო)

ნიშნები და სიმპტომები:

ქავილის გამომწვევი გამონაყარი

მართვა

შეანელეთ სისხლის გადასხმა,

- შეიყვანეთ ქლორფენამინი 0,1 მგ/კგ ინტრამუსკულურად
- თუ 30 წუთის შემდეგ მდგომარეობა არ უარესდება გააგრძელეთ სისხლის გადასხმა ჩვეული სიჩქარით
- თუ ნიშნები არ ქრება უმკურნალეთ, როგორც ზომიერ რეაქციას (იხ. ქვემოთ)

ზომიერი რეაქციები (ზომიერი ჰიპერსენსიტიურობის გამო, გამოწვეული არაჰემოლზური რეაქციებით, პიროგენებით და ბაქტერიებით დაბინძურებული სისხლით)

ნიშნები

- ძლიერი გამონაყარი (ურტიკარია)
- სისხლის მიწოლა სახეზე
- ცხელება 38 გრადუსზე მეტი (გაითვალისწინეთ: გაამახვილეთ ყურადღება იმაზე ხომ არ ქონდა ბავშვს ცხელება გადასხამდე)
- შემცივნება
- აგზნება, მოუსვენროება
- გულისცემის გახშირება

კონტროლი

- შეაჩერეთ სისხლის გადასხმა, მაგრამ გაგრძელეთ ფიზიოლოგიური ხსარის გადასხმა
- შეიყვანეთ ინტრავენურად 200 მგ ჰიდროკორტიზონი ან 0.25 მგ/კგ ქლორფენამინი
- მიეცით ბრონქოდილატატორები ბრონქოსპაზმის დროს (იხ. გვ 135)
- სისხლის ბანკს გაუგზავნეთ შემდეგი: გამოყენებული სისხლის გადასხმის კომპლექტი, მეორე ვენიდან აღებული სისხლის ნიმუში, 24 საათის განმავლობაში გამოყოფილი შარდის სინჯები.
- თუ შეიმჩნევა გაუმჯობესება განაახლეთ სისხლის გადასხმა და დაკვირდით პაციენტს
- თუ 15 წუთის შემდეგ მდგომარეობა არ უმჯობესდება უმკურნალეთ, როგორც სიცოცხლისათვის საშიშ რაქციას, შეატყობინეთ პასუხისმგებელ პირს და სისხლის გადასხმის ბანკს

სიცოცხლისათვის საშიში რეაქცია (გამოწვეული ჰემოლიზით, ბაქტერიული დაბინძურებით და სეპტიკური შოკით, ჰიპერჰიდრატაციით ან ანაფილაქსიური შოკით)

ნიშნები და სიმპტომები

- სიცხე > 38 °C (> 100.4 °F) (შენიშვნა: სიცხე შესაძლოა აღინიშნებოდეს სისხლის გადასხმამდეც.)
- შემცივნება
- მოუსვენროება



სისხლის გადასხმა. გაითვალისწინეთ: სისხლის მოცულობის გასაზომად იყენებენ ბიურეტს და იდაყვის მოღუნვა რომ არ მოხდეს, მკლავი არტახითაა შეკრული. ჩაინიშნეთ გადასხმის დაწყების და დასრულების დრო, სისხლის მოცულობა და ნებისმიერი სახის რეაქცია.

- აჩქარებული გულისცემა
- გახშირებული სუნთქვა
- შავი ან მუქი წითელი შარდი (ჰემოგლობინურია)
- გაურკვეველი სისხლდენა
- ცნობიერების შეცვლა
- კოლაფსი

გაითვალისწინეთ, რომ უგონო მდგომარეობაში მყოფ ბავშვთან მხოლოდ გაურკვეველი სისხლდენა ან შოკი შეიძლება იყოს სიცოცხლისათვის საშიში მდგომარეობის გამომხატველი

მართვა

შეაჩერეთ ინტრავენური გადასხმა, დაუტოვეთ კათეტერი და მოამზადეთ ფიზილოგიური ხსნარის გადასასხმელად.

- უზრუნველყავით სასუნთქი გზების გამავლობა და მიაწოდეთ ჟანგბადი
- გააკეთეთ ადრენალინი 0.15 მლ 1 :1000 ხსნარი ინტრამუსკულურად

ჩაატარეთ შოკის საწინააღმდეგო ღონისძიებები (იხილეთ გვ. 32).

შეიყვანეთ 200 მგ ჰიდროკორტიზონი (hydrocortisone) ინტრავენურად ან ქლორფენამინი (chlorphenamine) 0.1 მგ/კგ კუნთებში ინექციის სახით, თუ შესაძლებელია.

- მიეცით ბრონქოდილატატორი ბრონქოობსტრუქციის დროს
- სწრაფად შეატყობინეთ ამ შემთხვევის შესახებ პასუხისმგებელ პირს და სისხლის ბანკს
- შეინარჩუნეთ თირკმლების გამოყოფითი ფუნქცია ფურასემიდის furosemide) ინტრავენურად შეყვანით 1მგ/კგ
- დაიწყეთ ანტიბიოტიკი, როგორც სეპტიცემიის დროს (იხ.გვ 222)

10.7 ოქსიგენოთერაპია

მითითებები

ოქსიგენოთერაპია უნდა ჩატარდეს პულსოქსიმეტრიით თუ ეს შესაძლებელია (იხილეთ გვ. 93). ბავშვს მიაწოდეთ ჟანგბადი, როდესაც ჟანგბადის სატურაცია < 90%. როდესაც პულსოქსიმეტრის გამოყენება შეუძლებელია, ოქსიგენოთერაპია კლინიკური ნიშნების მიხედვით უნდა ჩატარდეს,თუმცა ნაკლებად საიმედოა. ჟანგბადი უნდა მიეწოდოს მძიმე პნევმონიის, ბრონქოლიტის ან ასთმის მქონე ბავშვებს, შემდეგი ნიშნებით:

- ცენტრალური ციანოზი
- სითხის (სასუნთქი პრობლემების დროს) მიღების შეუძლებლობა

- გულმკერდის რეტრაქცია
- სუნთქვის სიხშირე ≥ 70/წთ
- მსტვენავი სუნთქვა (ჩვილებში)
- შეცვლილი ცნობიერება.

წყაროები

ჟანგბადი ყოველთვის ხელმისაწვდომი უნდა იყოს. ჟანგბადის მთავარი წყაროებია ჟანგბადის ბალონი და ჟანგბადის კონცეტრატორები. ყველა მოწყობილობა უნდა შემოწმდეს შეთავსებებადობაზე.

ჟანგბადის ბალონები და ჟანგბადის კონცენტრატები

გაეცანით რეკომენდირებული მოწყობილობების სიას და ჯანმო-ს სახელმძღვანელოს ოქსიგენოთერაპიის კლინიკური გამოყენებისა და ჟანგბადის სისტემების შესახებ.

ჟანგბადის მიწოდება

ნაზალური კანულა საუკეთესო და ყველაზე უსაფრთხო მეთოდია. ნაზალური ან ნაზოფარინგული კათეტერების გამოყენება მიზანშეწონილია კანულების არქონის დროს. კარავის ჟანგბადის გამოყენება არაა რეკომედებული. სახის ნიღბების გამოყენება რეანიმაციის დროსაა შესაძლებელი.

ნაზალური კანულები მოკლე ზონდებია, რომლებიც ნესტოებში თავსდება და ღაწვებსა და ცხვირის ახლოს ლენტით მაგრდება იხილეთ სურათი).

ყურადღებით იყავით, რომ ნესტოები ლორწოსაგან იყოს თავისუფალი, რათა ჟანგბადის მიწოდებას ხელი არ შეეშალოს.

ჟანგბადის ნაკადის სიჩქარე 1–2 ლიტრი/წუთში (0.5 ლ/წთ-ში ჩვილებისათვის), ჟანგბადის კონცენტრაცია 40%-მდე. დატენიანება არაა აუცილებელი ნაზალური კანულების ხმარებისას.

ნაზალური კათეტერი: 6 ან 8 ზომის კათეტერი ცხვირის ღრუს უკანაა გატარებული. ჟანგბადის ნაკადის სიჩქარე 1–2 ლიტრი/წუთში. დატენიანება არაა აუცილებელი.

ნაზოფარინგული კათეტერი. 6 ან 8 ზომისკათეტერი ხახაშია გატარებული (იხილეთ სურათი ქვემოთ) სასის ნაქის ქვეშ. კათეტერის ღრმად შეყვანამ შიძლება ღებინება და კუჭის კედლების დაჭიმვა გამოიწვიოს

ჟანგბადის ნაკადის სიჩქარე უნდა იყოს 1-2 ლიტრი/წუთში, რაც უზრუნველყოფს ჩასუნთქვის დროს 45-60% ჟანგბადის კონცენტრაციას

მეთვალყურეობა

შეასწავლეთ მედდებს ნაზალური კანულისა და კათეტერის

სწორედ ჩაყენება და დამაგრება. რეგულარულად შეამოწმეთ მათი ფუნქციონირება. დღეში 2-ჯერ მაინც გაასუფთავეთ ისინი. შეაფასეთ ბავშვის მდგომარეობა ყოველ 3 საათში, რათა მოახდინოთ ამ პერიოდში გამოვლენილი ნებისმიერი პრობლემის კორექცია

- ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა პულსოქსიმეტრით
- ნაზალური კანულისა და კათეტერის მდებარეობის შეფასება
- ჟანგბადის მიმწოდებელი სისტემის ჰერმეტულობის დარღვევა
- ჟანგბადის მიწოდების სიჩქარის დარღვევა
- სასუნთქი გზების დახშობა ლორწოვანი სეკრეტით (გამოასუფთავეთ ცხვირი სველი ტამპონით ან ელექტრო ამომქაჩით)

პულსოქსიმეტრია

ბავშვებში ჟანგბადის ნორმალური სატურაციის მაჩვენებელია 95–100%-ია; მძიმე პნევმონიის მქონე ბავშვებში ეს მაჩვენებელი უფრო დაბალია. ჟანგბადის მიწოდება აუცილებელია, თუ სატურაცია ეცემა < 90% (ოთახის ტემპერატურაზე). ოქსიგენოთერაპიაზე პასუხის შეფასება ასევე შესაძლებელია პულსოქსიმეტრით, რადგან ჟანგბადის სატურაციამ უნდა მოიმატოს, თუ ბავშვს ფილტვების დაავადება აქვს (გულის ციანოზით მიმდინარე დაავადების დროს ჟანგბადის სატურაცია არ იცვლება ჟანგბადის მიწოდებისას). ჟანგბადის მიწოდების ტიტრის დადგენა შესაძლებელია პულსოქსიმეტრით, რათა ჟანგბადის სატურაციის სტაბილური მაჩვენებელი სატურაციის მაჩვენებელი > 90% მივიღოთ ჟანბადის ზედმეტი ხარჯვის გარეშე.

ოქსიგენოთერაპიის ხანგრძლივობა

მიაწოდეთ ჟანგბადი ბავშვს, სანამ ჟანგბადის სატურაცია არ აღდგება ოთახის ჰაერის >90% მაჩვენებლის დონეზე. როდესაც ბავშვის მდგომარეობა სტაბილურია და ბავშვს ჟანგბადის მიწოდება შეუჩერეთ რამდენიმე წუთით, ხოლო სატურაციის მაჩვენებელი არ შეიცვლება და დარჩება > 90%, შეწყვიტეთ ჟანგბადის მიწოდება და გადაამოწმეთ მდგომარეობა ნახევარი საათის შემდეგ, შემდგომ ყოველ 3 საათში. როდესაც პულსოქსიმეტრი არ გაქვთ ჟანგბადის თერაპიის ხანგრძლივობა კლინიკურ ნიშნებზეა დამოკიდებული



სწორად მოთავსებული და დამაგრებული ნაზალური კანულები



(იხილეთ გვ. 369), მაგრამ ისინი ნაკლებად სანდო მაჩვენებლებია.

10.8 თამაშით თერაპია

თამაში უნდა მოიცავდეს სალაპარაკო და მოტორულ აქტივობებს.ასწავლეთ ბავშვს ადგილობრივი სიმღერები. ხელი შეუწყვეთ ბავშვს იცინოს, ხმები გამოსცეს და აღწეროს, თუ რას აკეთებს. ყოველთვის დაეხმარეთ თამაშის და მოტორიული აქტივობის დროს.

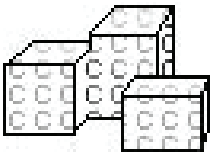
სათამაშოები

ძაფის მძივი (6 თვიდან) ძაფის კოჭები და სხვა მცირე ზომის საგნები ძაფზე აცვით და შეკარით, დიდი სიგრძის ძაფი ბოლოში დატოვეთ.



სათამაშო კუბები
(9 თვიდან)

მცირე ზომის კუბების ზედაპირი ზუმფარას ქაღალდით გააპრიალეთ და ნათელი ფერებით შეღებეთ, თუ შესაძლებელია.



ჩასადები სათამაშო (9თვიდან)

გადაჭერით ორი იდენტური ფორმის, მაგრამ განსხვავებული ზომის პლასტმასის ბოთლი და პატარა ზომის ბოთლი დიდ ბოთლში ჩადეთ.

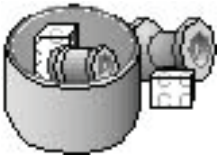
სათამაშო შიგნით და გარეთ
(9 თვიდან)

ნებისმიერი მუყაოს ან პლასტმასის სათავსი და მცირე ზომის საგნები (არც ისეთი მცირე, რომ ბავშვმა გადაყლაპოს)



საჩხარუნო (12 თვიდან)

ფერადი პლასტმასის ბოთლები ზოლებად დაჭერით

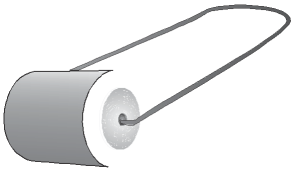


და გამჭვირვალე პლასტმასის ბოთლში მოათავსეთ, თავსახური წებოთი მჭიდროდ მოუჭირეთ.



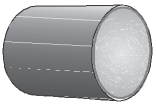
დოლი (12 თვიდან)

ნებისმიერი ქილა კარგად მორგებული თავსახურით



თოჯინა (12 თვიდან)

ორი ნაჭერი გამოჭერით და თოჯინის ფორმა მიეცით, ერთმანეთს გადააკერეთ, მაგრამ დატოვეთ პატარა ადგილი. გაკერილი ნაჭერი გადმოაბრუნეთ და ღია ადგილში ნაჭრები ჩატენეთ. მთლიანად გაკერეთ და სახე დაახატეთ.



საფოსტო ბოთლი (12 თვიდან)

დიდ, გამჭვირვალე, პლასტმასის წვრილყელიან ბოთლში მოათავსეთ მცირე ზომის გრძელი ნივთები (არც ისე პატარა, რომ ბავშვმა გადაყლაპოს)



თან სატარებელი სათამაშო (12 თვიდან) ცილინდრული ფორმის ქილას შუაში ხვრელი გაუკეთეთ და გაუყარეთ მავთული, (დაახლოებით 60 სმ სიგრძის). ჩაყარეთ მცირე ზომის რკინის თავსახურები.

თან სატარებელი სათამაშო (12 თვიდან) როგორც ზემოთ, მავთულის მაგივრად გამოიყენება ბაწარი.



ბოთლის პირამიდა (12 თვიდან)

სამი ერთნაირი მრგვალი პლასტმასის ბოთლი შუაზე გაჭერით და ერთმანეთში მოათავსეთ.

სარკე (18თვიდან)

თუნუქის კოლოფი მჭრელი კიდეების გარეშე



პაზლი (18თვიდან)

მრგვალ ან მართკუთხედ ფურცელზე ან მუყაოზე



დახატეთ ფიგურა (მაგ. თოჯინა) ფანქრით და ნახევრად ან ოთხ ნაწილად დაჭერით.

წიგნი (18 თვიდან)



მუყაო გაყავით სამ მართკუთხა ნაწილად. დააკარით ან დაახატეთ ნახატი ორივე გვერდზე. გაუკეთეთ ორი ხვრელი და ბაწრით შეკარით წიგნის ფორმა რომ მიიღოს.

შენიშვნა

თავი 11
ბავშვის განვითარების მონიტორინგი

11.1 მეთვალყურეობის მეთოდიკა 381
11.2 ავადმყოფის მეთვალყურეობის რუკა 381
11.3 პედიატრიული მოვლის აუდიტი 382

11.1 მეთვალყურეობის მეთოდიკა

იმისათვის, რომ მეთვალყურეობა ეფექტური იყოს, ჯანდაცვის მუშაკმა უნდა იცოდეს:

- მკურნალობის ადეკვატური კონტროლი
- ბავშვის მდგომარეობის მოსალოდნელი ცვლილებები
- ჩატარებული მკურნალობის გვერდითი ეფექტური
- შესაძლო გართულებები და მათი იდენტიფიკაცია

შესაძლო ალტერნატიული დიაგნოზი მათთვის, ვინც მკურნალობაზე არ რეაგირებს.

სავადმყოფოში მყოფი ბავშვების მდგომარეობის შეფასება რეგულარულად უნდა ხდებოდეს, რათა დროულად გამოვლინდეს გაუარესების, ასევე გართულების, გვერდითი მოვლენების და არაეფექტური მკურნალობის ნიშნები. მდგომარეობის შეფასების სიხშირე დამოკიდებულია დაავადების სიმძიმეზე და ხასიათზე (იხილეთ სათანადო ნაწილები 3-8 თავებში).

აუცილებელია ბავშვის მდგომარეობის დეტალების ჩაწერა, რათა პერსონალის სხვა წევრებს ჰქონდეთ მათი გადახედვის საშუალება მედპერსონალმა, ვინც პასუხისმგებელია ბავშვის მდგომარეობაზე და აქვს უფლებამოსილება მკურნალობა შეცვალოს, უნდა რეგულარულად შეამოწმოს ჩანაწერები და გასინჯოს ბავშვი.

სერიოზულად ავადმყოფი ბავშვების გასინჯვა ექიმის (ან სხვა მედპერსონალის) მიერ საავადმყოფოში მოთავსების შემდეგ მალევე უნდა მოხდეს. ამგვარი გასინჯვები ავადმყოფი ბავშვის ოჯახსა და ჯანდაცვის მუშაკთა შორის კომუნიკაციის გაუმჯობესების ერთ-ერთი საშუალებაა.

11.2 ავადმყოფის მეთვალყურეობის რუქა

პაციენტის მეთვალყურეობის რუკა უნდა მოიცავდეს:

- პაციენტის საპასპორტო მონაცემებს

სასიცოცხლო მაჩვენებლებს (პულსი, სუნთქვის სიხშირეს და გულმკერდის ქვედა ნაწილის ჩადრეკის არსებობა, კომის არსებობა ან ცნობიერების დონე [AVPU], ტემპერატურა და წონა)

- სითხის ბალანსი(შარდვა, ღებინება, ფეკალური მასა)

• კლინიკური ნიშნების და გართულებების ჩამონათვალს, დამატებითი კვლევის შედეგებს. ბავშვის ყველა შეფასების შემდეგ შეიტანეთ მონაცემები რუკაზე ჩაინიშნეთ ნებისმიერი ახალი ნიშანი ან გართულება.
• ჩატარებულ მკურნალობას
• კვებასა და ნუტრიციას. აღნიშნეთ ბავშვის წონა საავადმყოფოში მოსვლისას და მკურნალობის მანძილზე. უნდა ჩაინიშნოთ ბავშვის მიერ სითხის მიღების, ძუძუთი კვებისა და კვების შესახებ ინფორმაცია. აღნიშნეთ მიღებული საკვების რაოდენობა და კვებასთან დაკავშირებული პრობლემები.
იხილეთ დანართი 6 მონიტორინგის რუკის შესახებ.

11.3 პედიატრიული მოვლის აუდიტი

პედიატრიული მომსახურების ხარისხის გაუმჯობესება შესაძლებელია თუ სტაციონარში დაინერგება თითეული მოთავსებული ბავშვის გამოსავალის ანალიზის სისტემა
სულ მცირე, უნდა არსებობდეს ჩანაწერი ყველა გარდაცვლილი ბავშვის შესახებ. სიკვდილიანობის მაჩვენებლების წლების მანძილზე შედარებამ და მკურნალობის მეთოდების სამედიცინო განხილვამ შესაძლოა პრობლემებისა და ახალი გზების ამოცნობას ჩაუყაროს საფუძველი. კლინიკური აუდიტის შეხვედრები, რომელზეც განიხილება სიკვდილიანობის ან მძიმე შემთხვევები, ასევე, სასარგებლო შეიძლება იყოს. ამ ტიპის შეხვედრების მიზანია მურნალობის გაუმჯობესება და პრობლემების გადაჭრაა.
აუდიტი შეიძლება ჩატარდეს
ჯანმო-ს მიერ მოწოდებული სტანდარტების შესაბამისად
. წარმატებული აუდიტი მოითხოვს მომსახურე სამედიცინო და მომვლელი პერსონალის კონსტრუქციულ მონაწილეობას. აუდიტი უბრალო და მოკლევადიანი უნდა იყოს. უპრიანი იქნება სამედიცინო და მომვლელი პერსონალისათვის ხარისხის გაუმჯობესების შესახებ საკუთარი შეხედულების გამოხატვა და მათ მიერ აღნიშნული პრობლემებისათვის პრიორიტეტის მიცემა.

შენიშვნა

თავი 12
კონსულტაცია და საავადმყოფოდან გაწერა

12.1 საავადმყოფოდან გაწერის განსაზღვრა	384
12.2 კონსულტაცია	385
12.3 კვების შესახებ კონსულტაცია	386
12.4 ბინაზე მკურნალობა	387
12.5 დედის ჯანმრთელობის შემოწმება ვაქცინაციის რეკომენდებული განრიგი	387
12.6 იმუნიზაციის სტატუსის შემოწმება	388
12.7 პირველი რგოლის სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაცია	388
12.8 შემდგომი მოვლის უზრუნველყოფა	390

ბავშვების საავადმყოფოდან გაწერის პროცესი უნდა მოიცავდეს:

- მშობლის (მომვლელის) კონსულტაციას ბავშვის ბინაზე მოვლის, მკურნალობის, კვების და შემდგომი ვაქცინაციის საკითხზე
- ბავშვის მდგომარეობაზე პასუხისმგებელ უბნის პედიატრის მიერ მშობლის ინფორმირებას საშიშროებების ნიშნების შესახებ, რომელთა არსებობა მოითხოვს ექიმთან დაუყონებლივ ვიზიტს შემდგომი შემოწმებისათვის საავადმყოფოში დაბრუნების, საავადმყოფოში გადაუდებლად დასაბრუნებელი სიმპტომებისა და ნიშნების შესახებ რეკომენდაციების მიცემას
- ოჯახებისათვის სპეციალური დახმარების მიწოდებას, მაგ. შეზღუდული უნარების მქონე ბავშვებისათვის სათანადო მოწყობილობის უზრუნველყოფა, აივ/შიდსის მქონე ბავშვების სათანადო საზოგადოებრივ ორგანიზაციებთან დაკავშირება.

12.1 საავადმყოფოდან გაწერის განსაზღვრა

როგორც წესი, მძიმე ინფექციების დროს, ბავშვის გაწერა შესაძლებელია მას შემდეგ, რაც ბავშვის კლინიკური მდგომარეობა საგრძნობლად გაუმჯობესდება (არ აქვს სიცხე, აქტიურია, იკვებება და იღებს სითხეს) და დაწყებულია ორალური მკურნალობა.
საავადმყოფოდან გაწერის გადაწყვეტილება ინდივიდუალურად უნდა იქნეს მიღებული, ისეთი ფაქტორების გათვალისწინებით, როგორიცაა:

- ბავშვის ოჯახური მდგომარეობა და ოჯახის შესაძლებლობა უზრუნველყოს ბავშვის მოვლა ბინაზე

• მომსახურე პერსონალის მოსაზრება, თუ რამდენად შესაძლებელია სახლში დასრულება

• მედპერსონალის მოსაზრება მდგომარეობის დამძიმების შემთხვევაში ოჯახის მიერ ბავშვის საავადმყოფოში დაბრუნების შესაძლებლობის შესახებ.

განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კვების მძიმე დარღვევის მქონე ბავშვთა გაწერის საკითხი, რომელიც განხილულია მე-7 თავში, (გვ. 240). მშობლებს, შეძლებისდაგვარად, წინასწარ უნდა ეცნობოს გაწერის შესაძლო თარიღი, სათანადო პირობების მოსამზადებლად.

თუ ოჯახი ბავშვის წაყვანას დროზე ადრე გადაწყვეტს, დედას უნდა ჩაუტარდეს კონსულტაცია სახლში მკურნალობის, 1-2 დღეში შესამოწმებლად მიყვანის მიზანშეწონილობის, ასევე უბნის ექიმთან ვიზიტის შესახებ.

12.2 კონსულტაცია სამახსოვრო ბარათი

თითოეულ დედას მიზანშეწონილი მიეწოდოს ინფორმაციული ბარათი, რომელშიც მოცემულია ავადმყოფის ბინაზე მოვლის, საშიში სიმპტომების აღმოჩენისა და საჭიროების შემთხვევაში სტაციონარში დაბრუნების შესახებ, ინფორმაცია ბარათით. ამ ბარათში, ასევე, ჩამოთვლილი იქნება სათანადო საკვებისა და სითხეების სია, შემდგომი ვიზიტის თარიღი.

სამახსოვრო დედასთან განხილვა:

• ისე დაიჭირეთ სამახსოვრო, რომ დედამ ადვილად შეძლოს სურათების დანახვა ან სამახსოვრო მას დააჭერინეთ

• მიანიშნეთ სურათებზე საუბრისას და აუხსენით თითოეული მათგანი; ეს ხელს შეუწყობს ინფორმაციის დამახსოვრებაში.

• დედისათვის მნიშვნელოვან ინფორმაციას ხაზი გაუსვით. მაგალითად, შემოხაზეთ კვების შესახებ ინფორმაცია, საავადმყოფოში დასაბრუნებელი სიმპტომები. თუ ბავშვს აქვს დიარეა, ნიშანი დაუსვით სათანადო სითხეს/სითხეებს. ჩანიშნეთ შემდეგი ვაქცინაციის თარიღი.

• დააკვირდით, დედა ანერვიულებული ან დაბნეული ხომ არ არის და ურჩიეთ, რომ კითხვები დასვას.

• სთხოვეთ დედას, საკუთარი სიტყვებით ახსნას, თუ რა უნდა გააკეთოს სახლში. აუხსენით, რომ სამახსოვრო ბარათი ინფორმაციის დამახსოვრებაში დაეხმარება.

- გადაეცით ბარათი და შესთავაზეთ აჩვენოს იგი ოჯახის დანარჩენ წევრებისაც. (თუ სამახსოვრო ბარათები ცოტა გაქვთ, რამდენიმე ცალი საავადმყოფოში დატოვეთ, რათა სხვა დედებიც გაეცნონ მას)
- თუ ენის ბარიერი არსებობს დახმარება თარჯიმანს თხოვეთ.

12.3 კვების შესახებ კონსულტაცია

აივ კონსულტაციისათვის, იხილეთ გვ. 294.

კვების პრობლემების იდენტიფიკაცია

თავდაპირველად, აღნიშნეთ კვების პრობლემები, რომელთა გადაჭრაც ვერ მოხერხდა. დაუსვით შემდეგი შეკითხვები:

- კვებავთ თუ არა ბავშვს ძუძუთი?
  - დღეში რამდენჯერ?

- იღებს თუ არა ბავშვი სხვა საკვებსა და სითხეს?
  - რა სახის საკვებსა და სითხეს?
  - დღეში რამდენჯერ?
  - რას იყენებთ ბავშვის საკვებად?
  - რა მოცულობისაა ულუფა?
  - იღებს თუ არა ბავშვი საკუთარ ულუფას?
  - ვინ კვებავს ბავშვს და როგორ?

შეადარეთ ბავშვის კვების მონაცემები სახელმძღვანელოში მოცემულ რეკომენდაციებს (იხილეთ პარაგრაფი 10.1.2, გვ. 349). განსხვავებები აღნიშნეთ, როგორც კვების პრობლემები.

ამასთანავე,გაითვალისწინეთ:

- ძუძუთი კვების სიძნელეები
- არასრულფასოვანი/არასაკმარისი კვება
- არაადეკვატური კვება ავადობის პერიოდში

ურჩიეთ დედას, როგორ დაძლიოს პრობლემები. გაითვალისწინეთ ადრეული ასაკის ბავშვთა კვების ადგილობრივი რეკომენდაციები, რაც შეიცავს ინფორმაციას სათანადო მაღალკალორიული და ნოყიერი საკვების შესახებ.

კვების სპეციფიკური პრობლემების არქონის დროსაც, შეაქეთ დედა თავისი მოქმედებებისათვის. მიეცით რჩევები:

- ძუძუთი კვების პრინციპებსა და ტექნიკაზე
- დამატებითი კვების შესახებ, ადგილობრივი საკვების გათვალისწინებით
- ≥ 2 ასაკის ბავშვის კვების და მათ შორის სამხარის მიწოდების შესახებ.

სათანადო კვებითი დიეტების ნიმუშები (იხილეთ რუკა 15, გვ. 181)

სერიოზული ინფექციების და კვების პრობლემების მქონე ბავშვების შესახებ ჯანმო-ს სახელმძღვანელოში შესაძლებელია დედის სამახსოვროს უკანა გვერდზე დაიბეჭდოს.

12.4 ბინაზე მკურნალობა

- კონსულტაცია ჩაატარეთ მარტივი ენით.
- გამოიყენეთ ნაცნობი დამხმარე სასწავლო მასალა (მაგ. ორალური რეჰიდრატაციის მარილის პაკეტი და სათანადო ჭურჭელი პრაქტიკულად განახორციელებინეთ).
- ორალური რეჰიდრატაციის მარილის მომზადება ან წამლის ორალურად მიწოდება, ურჩიეთ, რომ კითხვები დაგისვათ.
- რჩევები კონსტრუქციულად, თავაზიანად მიაწოდეთ, და შეაქეთ სწორი პასუხის გაცემის შემთხვევაში.
- დედების სწავლება მხოლოდ ინსტრუქციების მიცემა როდია. ის უნდა მოიცავდეს:

– ინფორმაციის მიცემისას. აუხსენით, დედას როგორ უმკურნალოს ბავშვს ბინაზე მაგ. როგორ დაამზადოს რეჰიდრატაციის საშუალება, ასწავლეთ ორალური ანტიბიოტიკის მიცემა ან თვალის მალამოს წასმა.

– უჩვენეთ მაგალითი. უჩვენეთ დედას, როგორ მიაწოდოს სამკურნალო საშუალება.

– ხელი შეუწყვეთ პრაქტიკისას. სთხოვეთ დედას დაამზადოს ან მისცეს სამკურნალო საშუალება თქვენს თვალწინ. დაეხმარეთ საჭიროების შემთხვევაში.

– შეამოწმეთ რამდენად კარგად გაიგო ყველაფერი. სთხოვეთ დედას საკუთარი სიტყვებით გადმოსცეს ინსტრუქციები ან სათანადო კითხვები დაუსვით.

12.5 დედის ჯანმრთელობის შემოწმება

დედის ავადმყოფობის შემთხვევაში ხელი შეუწყვეთ მას მიმართოს უახლოეს კლინიკას შემოწმებისა და მკურნალობისათვის.

შეამოწმეთ დედის კვებითი მდგომარეობა და სათანადო კონსულტაცია ჩაუტარეთ. შეამოწმეთ მისი იმუნიზაციის სტატუსი და, თუ საჭიროა, მიეცით ტეტანუსის ტოქსოიდი. დედისათვის მისაწვდომი უნდა იყოს ინფორმაცია ოჯახის დაგეგმარების და სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, აივ ინფექციების პრევენციის შესახებ. თუ ბავშვს ტუბერკულოზი აქვს, დედამ და ოჯახის სხვა წევრებმა უნდა ჩაუტაროს რენტგენოგრაფა და ჩაიტარონ მანტუს სინჯი. მიაწოდოს დედას ინფორმაცია ანალიზების ჩატარების აუცილებელობის და ადგილის შესახებ.

12.6 იმუნიზაციის სტატუსის შემოწმება

შეამოწმეთ ბავშვის იმუნიზაციის ჩანაწერები, რომ ნახოთ ჩატარდა თუ არა ყველა რეკომენდებული ვაქცინაცია. აღნიშნეთ, თუ რომელი ვაქცინა აკლია ბავშვს და დედას შეატყობინეთ

ვაქცინაციის რეკომენდებული განრიგი

33 ცხრილი - ვაქცინაციის ეროვნული კალენდარი

- BCG აცრა კეთდება დაბადებიდან 0-5 დღის განმავლობაში
- Hep B (მონო) - დაბადებიდან 12 საათის განმავლობაში
- DPT-HIb-HepB - 2.3.4 თვის ასაკში
- OPV - 2, 3, 4, 18 თვის, 5 წლის ასაკში
- ROTA - 2, 3 თვის ასაკში
- MMR - 12 თვის და 5 წლის ასაკში
- DT – 5 წლის ასაკში
- Td - 14 წლის ასაკში და შემდეგ ყოველ 5 წელიწადში 55 წლის ასაკამდე

ვაქცინაციის უკუჩვენებები

აუცილებელია ყველა, მათ შორის ავადმყოფ და არასათანადოდ ნაკვები ბავშვის, ვაქცინაცია თუ ამას უკუჩვენებები არ ახლავს თან. ვაქცინაციის საწინააღმდეგოდ **მხოლოდ სამი უკუჩვენება არსებობს:**

- არ აცრათ ბავშვი BCG და ყვითელ ცხელებაზე აივ/შიდსის კლინიკური გამოვლინებით
- არ აცრათ ბავშვი DPT-2 და DPT -3 თუ მას პირველი ვაქცინაციის შემდეგ განუვითარდა გულყრა ან შოკი
- არ აცრათ ბავშვი პროგრესირებადი ნევროლოგიური დაზიანებით

ბავშვს, რომელსაც დიარეა აქვს და პოლიოს ორალური ვაქცინაცია ეკუთვნის, უნდა აიცრას, მაგრამ ეს დოზა გრაფიკში არ უნდა იყოს გათვალისწინებული. ჩანაწერებში აღნიშნეთ, რომ ვაქცინაცია დიარეას დაემთხვა და ჯანდაცვის მუშაკი ბავშვს დამატებით დოზას მისცემს.

12.7 პირველი რგოლის სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაცია

პირველი დონის (ამბულატორიის) მედპერსონალმა, რომელმაც

გააგზავნა ბავშვი სტაციონარში, უნდა მიიღოს ინფორმაცია ჩატარებული მკურნალობის შესახებ (ფორმა 100), რაც მოიცავს:

- დიაგნოზს ან დიაგნოზებს

საავადმყოფოში დაყოვნების ხანგრძლიობას და ჩატარებულ მკურნალობას

- მკურნალობის ეფექტურობას
- რეკომენდაციებს ბინაზე მკურნალობისა და მოვლის შესახებ

შემდგომი დაკვირვების სხვა საკითხებს
(მაგ. ვაქცინაცია).

თუ ბავშვს ჯანმრთელობის ბარათი აქვს, ყველა სახის ინფორმაცია მასში უნდა განთავსდეს და დედამ ბარათი მედპერსონალს უნდა გააცნოს. იმ შემთხვევაში თუ ბარათი არ არსებობს, ყოველივე მოკლედ უნდა იქნეს ჩამოწერილი დედისა და მედპერსონალისათვის.

ცხრილი 33. პირველადი ვაქცინაცია, რომელიც რეკომენდირებულია ახალშობილებში

ვაქცინა		ასაკი				
		დაბადება		დაბადება		დაბადება
BCG		x				
პოლიო	პოლიოს ორალური ვაქცინა	x[a]	x	x	x	
	ინაქტივ. პოლიოს ვაქცინა		8 კვირა		x	5 თვე
DPT დტყ			x	x	x	
ჰეპატიტი B	ვარიანტი1[b]	x	x		x	
	ვარიანტი 2[b]	x	x	x	x	
H. infl uenzae type b			x	x	x	
პნევმოკოკური	ვარიანტი 1		x	x	x	
	ვარიანტი 2		x		x	x
როტავირუსი	როტარიქსი		x	x		
	Rota Teq		x	x	x	
ყვითელი ცოება						x[c]
წითელა						x[d]
წითურა						x

[a] პოლიო ენდემურ ქვეყნებში

b ვარიანტი 1 რეკომენდირებულია ისეთ ქვეყნებში, სადაც B

ჰეპატიტის ვირუსის გადატანა ხშირია (მაგ. ჩრდ.-აღმ. აზიაში). ვარიანტი 2 რეკომედირებულია იქ, სადაც პერინატალური გადაცემა უფრო იშვიათია (მაგ. სუბ-საჰარული აფრიკა).

c იმ ქვეყნებში, სადაც ყვითელი ციება რისკ ფაქტორია

d ისეთ სიტუაციებში, როდესაც < 9 თვის ასაკის ჩვილთა სიკვდილიანობა 15%-ზე მაღალია, მიეცით ექსტრა დოზა 6 თვის ასაკში. დაგეგმილი დოზა უნდა იქნეს მიცემული 9 თვის ასაკის შემდეგაც. ექსტრა დოზის მიცემა მიზანშეწონილია რისკ ჯგუფებისათვის, როგორიცაა ლტოლვილთა ბანაკებში მყოფი, საავადმყოფოში მყოფი, აივ პოზიტიური ჩვილები და ასე შ. წითელას ვაქცინების ერთი დოზა ყველა ბავშვისათვის უნდა იქნას გამოყოფილი, რაც შესაძლოა გეგმის ან კამპანიის ფარგლებში მოხდეს.

12.8 შემდგომი მოვლის უზრუნველყოფა

ურჩიეთ დედებს, როდის მიაკითხონ მედპერსონალს შემდგომი შემოწმებისათვის. დედების საავადმყოფოში დაბრუნება შესაძლოა აუცილებელი გახდეს:

- შემდგომი შემოწმებისათვის განსაზღვრული დროის შემდეგ (მაგ. როდესაც შესამოწმებელია ანტიბიოტიკებით მკურნალობაზე რეაქცია)
- თუკი შეინიშნება მდგომარეობის ან საშიშროების ნიშნები გაუარესება (მაგ. თავის დაზიანებისას)

შემდგომი დაკვირვება კვების პრობლემების შემთხვევაში შემოწმება

თუ ბავშვს აქვს კვებასთან დაკავშირებული პრობლმები და თქვენ მოახდინეთ მათი კორექტირება დაიბარეთ იგი 5 დღის შემდეგ, რათა შეაფასოთ დედის მიერ განხორციელებული ცვლილებები და საჭიროების შემთხვევაში ჩაუტაროთ კონსულტაცია

თუ ბავშვს აქვს ანემია დაიბარეთ იგი 14 დღის შემდეგ, შეაფასეთ Hb მაჩვენებელი და გააგრძელეთ რკინის პრეპარატებით მკურნალობა

- თუ ბავშვი დაბალი წონისაა დაიბარეთ იგი 30 დღის შემდეგ. აწონეთ, შეაფასეთ კვების პრაქტიკა და მიეცით რეკომენდაციები კვების საკითხებთან დაკავშირებით

როდის დაბრუნდეს დაუყოვნებლივ სტაციონარში

ურჩიეთ დედას სასწრაფოდ დაბრუნდეს საავადმყოფოში, თუ ბავშვი:

- ვერ იღებს სითხეს და ვერ იკვებება ძუძუთი

- ზოგადი მდგომარეობა უარესდება
- გამოიხატა ცხელება
- კვლავ გამოვლინდა დაავადების ნიშნები
- ხველა ან გაციება : გაუხშირდა ან გაუძნელდა სუნთქვა
- დიარეა: სისხლი განავალში ან სითხეს სვამს ცუდად

გამოჯანმრთელებული ბავშვის მომდევნო ვიზიტი შეახსენეთ დედას შემდგომი აცრის თარიღი და შეიტანეთ ის იმუნიზაციის ბარათში.

შენიშვნა

ლიტერატურა

წიგნი განახლებული იყო ბოლო რეკომენდაციების მიხედვით. This Pocket bookwas updated on the basis of recommendationsand guidelines derived from published guidelines that are regularly reviewed and updated by the Guidelines Review Committee. These can be accessed on the WHO website athttp://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/. The second edition of the Pocket bookhas been revised to be consistent with current WHO guidelines and recommendations as of June 2012.

WHO(2012).Recommendations for management of common childhood conditions: Evidence for technical update of pocket book recommendations. Geneva. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/management_childhood_conditions/en/index.html.

WHO(2012).Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/basic_newborn_resuscitation/en/index.html.

WHO(2012). Technical note: Supplementary foods for the management of moderate acute malnutrition in infants and children 6–59 months of age. Geneva. http://www.who.int/nutrition/publications/moderate_malnutrition/9789241504423/en/index.html.

WHO(2012). WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva. http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_perspainchild/en/index.html.

WHO(2012). Care for child development: improving the care for young children. Geneva. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/index.html.

WHO(2012). HIV and infant feeding 2010: an updated framework for priority action. Geneva.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590777/en/index.html.

WHO(2012). Integrated Management for Emergency and Essential Surgical Care (IMEESC) tool kit. Geneva. http://www.who.int/surgery/publications/imeesc/en/index.html.

WHO(2011). Manual on paediatric HIV care and treatment for district hospitals. Geneva. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241501026/en/index.html.

WHO(2011). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.html.

WHO(2011).Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in

low- and middle-income countries. Geneva. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/infant_feeding_low_bw/en/index.html.
WHO(2011). Priority medicines for mothers and children 2011. Geneva(WHO/EMP/MAR/2011.1).http://www.who.int/medicines/publications/emp_mar2011.1/en/index.html
WHO(2011). Third model list of essential medicines for children. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/a95054_eng.pdf.
WHO(2010).Guidelines on HIV and infant feeding 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/index.html.
WHO(2010).Antiretroviral therapy for HIV infection in infants and children: Towards universal access. Geneva.http://www.who.int/hiv/pub/paediatric/infants2010/en/index.html.
WHO(2010).WHO recommendations on the management of diarrhoea and pneumonia in HIV-infected infants and children. Geneva.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548083/en/index.html
WHO(2010).Guidelines for the treatment of malaria, 2nd ed. Geneva. http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241547925/en/index.html
WHO(2010).Rapid advice: treatment of tuberculosis in children. Geneva. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500449_eng.pdf.
WHO(2010).Guidelines for treatment of tuberculosis, 4th ed. Geneva. http://www.who.int/tb/publications/2010/9789241547833/en/index.html.
WHO(2010). Essential newborn care course. Geneva. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborncare_course/en/index.html.
WHO(2009). Training course on the management of severe malnutrition, update 2009.Geneva. http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/training_inpatient_MSM/en/index.html.
WHO(2009).WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241598163/en/index.html.
WHO Multicentre Growth Reference Study Group(2009). WHO child growth standards: growth velocity based on weight, length and head circumference: methods and development. Geneva.http://www.who.int/childgrowth/en/index.html.
WHO, World Food Programme and UNICEF(2007).Community-based management of severe acute malnutrition. A joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United

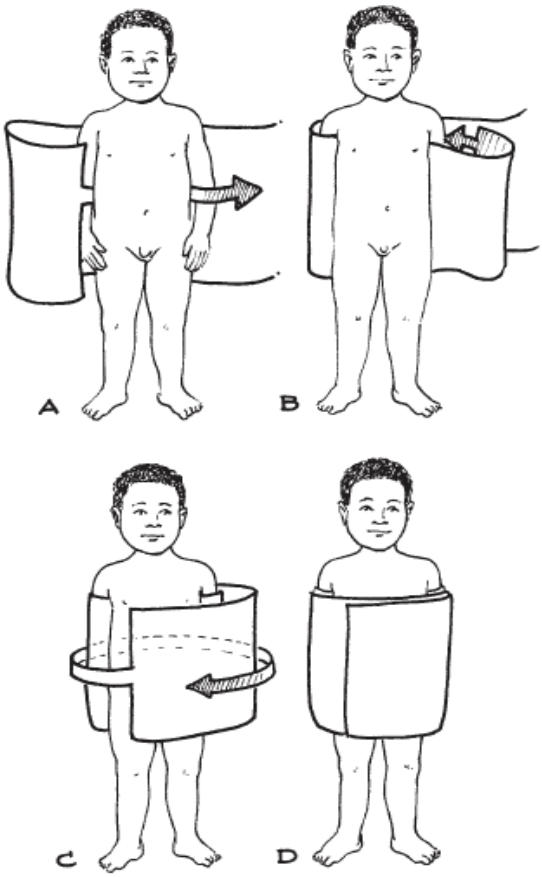
Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund. Geneva.http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789280641479/en/index.html.
WHO(2007).Report of the WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Geneva. http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/essentialmedicines/15_MAY_TRSreport.pdf.
WHO(2005).The treatment of diarrhoea: A manual for physicians and other senior health workers. Geneva.http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593180/en/index.html.
WHO(2003).Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives. Geneva. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9241546220/en/index.html.
WHO(2003).Surgical care at the district hospital. Geneva. http://www.who.int/surgery/publications/en/.
WHO(2003).Rheumatic fever and rheumatic heart disease: report of a WHO expert consultation.Geneva. http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/trs923/en/.
WHO(2001).Clinical use of blood. Geneva. http://www.who.int/bloodsafety/clinical_use/en/index.html

დანართი 1

პრაქტიკული პროცედურები

A1.1 ინექციები
A1.1.1 კუნთებში ინექციები
A1.1.2 კანქვეშა ინექციები
A1.1.3 კანშიდა ინექციები
A1.2 სითხის პარენტერალური შეყვანა
A1.2.1 პერიფერიულ ვენაში ინტრავენური კანულის ჩადგმა
A1.2.2 ძვალშიდა გადასხმა
A1.2.3 ცენტრალურ ვენაში კანულის ჩადგმა
A1.2.4 ვენასანქცია
A1.2.5 ჭიპლარის ვენის კათეტერიზაცია
A1.3 ნაზოგასტრალუერი ზონდის ჩადგმა
A1.4 ლუმბალური პუნქცია
A1.5 გულმკერდის ღრუს დრენაჟის ჩადგმა
A1.6 ბოქვენსზედა პუნქცია
A1.7 სისხლში გლუკოზის შემცველობის განსაზღვრა

ნებისმიერი პროცედურის ჩატარების წინ აუცილებელია მიაწოდოთ ინფორმაცია მშობელს ჩასატარებელი მანიპულაციის, მოსალოდნელი გართულებისა და რისკების შესახებ, რათა მიიღოთ მათგან თანხმობა. ასევე მიაწოდეთ ინფორმაცია მოზრდილ ბავშვს. თუკი ის იმ ასაკისაა, რომ გაანალიზოს თქვენი ნათქვამი
ჩვილი ბავშვების შემთხვევაში პროცედურები უნდა ჩატარდეს თბილ გარემოში, რომ თავიდან ავიცილოთ ჰიპოთერმია. კარგი განათება აუცილებელია. საჭიროების შემთხვევაში გამოიყენეთ გაუტკივარება.
ზოგიერთი პროცედურისათვის საჭირო სედაციური და ტკივილ-დამაყუჩებელი პრეპარატები (გულმკერდის ღრუს დრენაჟის ჩადგმის ან ბარძაყის ვენის კათეტერიზაცია), სედაცია განახორციელეთ დიაზეპამით ხოლო ზედაპირული ანესთეზიისათვის შეიძლება გამოყენებულ იქნას კენტამინი (იხ. სექცია 9.1.2, გვ.311)
სედაციისათვის გამოიყენეთ 0.1-0.2 მგ/კგ დიაზეპამი ინტრავენურად. ხოლო კუნთებში გაუკეთეთ კეტამინი 2-4 მგ/კგ. მოქმედება იწყება 5-10 წთ-ის შემდეგ და გრძელდება 20 წთ-ის განმავლობაში.



Wrapping the child to hold securely during a practical procedure

One end of a folded sheet should be pulled through under the arms on both sides (A and B). The other end is then brought across the front and wrapped around the child (C and D)

ბავშვის შეხვევა პროცედურის დაწყების წინ უზრუნველყოფს პროცედურის მშვიდად მიმდინარეობას. სახვევის ერთი ბოლო შემოახვიეთ მკლავს ქვემოთ ორივე მხარეს (A და B). მეორე ბოლო კი შემოახვიეთ სხეულს წინიდან მთელ სხეულზე (C და D).



Restraining the child for examination of eyes, ears or mouth

სედაციური ან ზედაპირული ანესთეზიის მიცემისას, დაიცავით ბავშვის სასუნთქი სისტემა და განახორციელეთ ჟანგბადის სატურაციის მონიტორინგი პულსოქსიმეტრის საშუალებით. დაწმუნდით პროცედურის ჩატარებამდე, რომ სასუნთქი ტომარა და ჟანგბადის წყარო ხელმისაწვდომია.

A1.1 ინექციები

უპირველეს ყოვლისა გაარკვიეთ წარსულში ბავშვს ხომ არ ჰქონდა რეაქცია წამლებზე. დაიბანეთ ხელები ინსტრუქციის მიხედვით. გამოიყენეთ სტერილური შპრიცი და ნემსი.

ნემსის გაკეთების ადგილი გაასუფთავეთ ანტისეპტიკური ხსნარით. ყურადღებით შეამოწმეთ წამლის დოზა. ინექციის გაკეთებამდე გამოვდევნეთ ჰაერი შპრიციდან. ყოველთვის ჩაიწერეთ იმ წამლის

სახელი, რომელსაც აკეთებთ. გამოყენებული შპრიცი და ნემსი მოათავსეთ სპეციალურ კონტეინერში.



Intramuscular injection into the thigh

A1.1 ინექციები კუნთებში

>2 წლის ბავშვებს გაუკეთეთ ინექცია ბარძაყის კუნთის ზედა ნაწილში ან საჯდომი კუნთის ზედა, გარეთა კვანდრატში, საჯდომი ნერვისაგან კარგად მოცილებით. ჩვილებში ან მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვებში ინექცია გააკეთეთ ბარძაყის კუნთის გარეთა ნაწილში ბარძაყის სახსარსა და მუხლს შუაში ან წინა მხარის ზედა ნაწილში, დელტისებური კუნთის ზემოთ. შეიყვანეთ ნემსი კუნთში 90^0 კუთხით (45^0 კუთხით ბარძაყზე). ამოწიეთ შპრიცის დგუში ცოტა ზემოთ, იმისათვის რომ დარწმუნდეთ რომ მასში სისხლი არ შედის (თუ ასეა მაშინ გამოიღეთ ნემსი ფრთხილად და სცადეთ ნემსის გაკეთება ისევ). წამალი კუნთში შეიყვანეთ ნელა. ნემსის გაკეთების შემდეგ მსუბუქად დააწექით ნემსის გაკეთების ადგილს.

A1.1.2 კანქვეშა ინექცია

ნემსის გაკეთებისათვის შეარჩიეთ იგივე ადგილები, რაც კუნთებში ნემსის გაკეთებისას. გააკეთეთ ნემსი 45^0 კუთხით

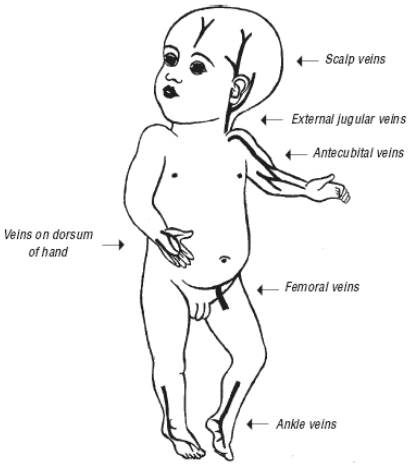


ხელის უკანა ზედაპირზე ინტრავენური კათეტერის ჩადგმა. ხელი მოხრილია, იმისათვის რომ ვენა კარგად იყოს ფიქსირებული.

კანქვეშ განლაგებულ ცხიმოვან ქსოვილში. არ გააკეთოთ ცხიმოვან ქსოვილის ქვეშ განლაგებულ კუნთებში. ამოწიეთ შპრიცის დგუში ცოტა ზემოთ, იმისათვის რომ დარწმუნდეთ რომ მასში სისხლი არ შედის (თუ ასეა მაშინ გამოიღეთ ნემსი ფრთხილად და სცადეთ ნემსის გაკეთება ისევ). შეიყვანეთ წამალი ნელა დასრულებამდე. გამოიღეთ ნემსი და დააფარეთ ბამბა ნემსის გაკეთების ადგილს.

A1.1.2 კანშიდა ინექცია

კანის შრეში ინექციებისათვის კანზე შეარჩიეთ სუფთა, დაუზიანებელი ადგილი (მაგალითად დელტისებური კუნთის მიდამო ზედა მხარზე). საჩვენებელ თითსა და ცერს შორის მოსწიეთ კანი, ნელა შეიყვანეთ ნემსი ისე დახარეთ რომ ზემოთ იყოს მიმართული, დაახლოებით 2მმ-ის სიგრძეზე შეიყვანეთ თითქმის კანის პარალელურად. კანის შრეში ნემსის გაკეთებისას თუ კანის ზედაპირი მაღლა ამოიბურცება თმის ფოლიკულებთან ერთად და მიიღებს ღია ფერს, მაშინ ინექცია სწორად არის გაკეთებული.



Sites for IV access in infants and young children

A1.2 სითხეების პარენტერალური შეყვანა

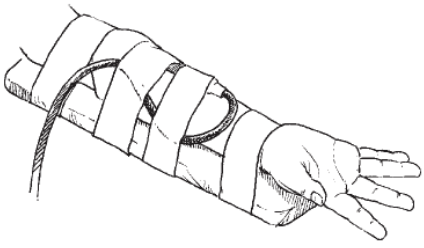
A1.2.1 პერიფერიული ვენაში ინტერავენური მუდმივი კათეტერის ჩადგმა

შეარჩიეთ ვენა კანულის ან ვენური პეპელას მაგვარი ნემსის ჩასადგმელად

პერიფერიული ვენა

- აირჩიეთ ვენა, >2 თვის ბავშვებში ჩვეულებრივ ეს შეიძლება იყოს თავის ქალის ვენა ანტეკუბიტალურ ფოსოში ან მეოთხე თითთა შუა ვენა ხელის უკანა ზედაპირზე.
- ასისტენტმა უნდა უზრუნველყოს კიურის დ ვენის (ჟგუტის მეშვეობით) ფიქსაცია

გაასუფთავეთ კანი ირგვლივ ანტისეპტიკის საშუალებით (როგორიცაა სპირტი, იოდი, იზოპროპილის სპირტი ან 70% სპირტის



Splinted arm for IV infusion to prevent bending of the elbow

ხსნარი), შემდეგ ჩადგით კათეტერი ვენაში და ჩადგით მთელი სიგრძით. დააფიქსირეთ კათეტერი პლასტირით. პლასტირის საშუალებით დააფიქსირეთ კიდური და გადასასხმელი სისტემის მილი

- მილი შესაბამის მდგომარეობაში (მაგალითად, იდაყვი გაშლილ მდგომარეობაში და მაჯა თავისუფალ მდგომარეობაში).

თავის ქალი ვენა

<2 წლის ბავშვებში ხშირად გამოიყენება, მაგრამ ჩვილებში მისი გამოყენება უფრო მოსახერხებელია.

- მოძებნეთ შესაფერისი ვენა თავის თმიან ადგილზე (ხშირად შეიძლება მოიძებნოს შუბლის შუა ხაზზე, საფეთქლის არეში ან ყურის უკან).

- თუ საჭიროა გაპარსეთ ადგილი და გაასუფთავეთ კანი ანტისეპტიური ხსნარით. ასისტენტმა უნდა ზეწოლა მოახდინოს ვენაზე პუნქციის პროქსიმალური მხრიდან. აავსეთ შპრიცი იზოტონური ხსნარით და შეუერთეთ „პეპელასმაგვარი“ ნემსი. შეიყვანეთ



Inserting a butterfly needle into a scalp vein to set up an IV infusion in a young infant

ნემსი ისე როგორც აღწერილია ზემოთ. სისხლი შემოდის მილში ნელა რაც მიუთითებს იმაზე, რომ ვენაში ხართ.

იზრუნეთ იმაზე, რომ არ მოხდეს არტეტიაში კათეტერის ჩადგმა, არტერიის განსხვავება შესაძლებელია პულსაციის შეგრძნებით. თუ ასეთი რამ მოხდა მაშინ სასწრაფოდ გამოიღეთ შპრიცი არტერიიდან და არტერიაზე ზეწოლით შეაჩერეთ სისხლი, ხოლო შემდეგ ისევ

მონახეთ ვენა.

კათეტერის მოვლა

დაიცავით კათეტერი მისი ჩადგმის შემდეგ. შეიძლება საჭირო იყოს კათეტერთან ახლოს მდებარე სახსრების დაფიქსირება, იმისათვის რომ შეიზღუდოს კათეტერის მოძრაობა. ირგვლივ კანი დაიცავით დაზიანებისა და დაბინძურებისაგან. ყოველი გადასხმის შემდეგ დაუყოვნებლივ აავსეთ კათეტერი იზოტონური ხსნარით.

ყველაზე ხშირი გართულებები

ყველაზე ხშირი გართულებაა კანის ინფექციები. ინფექციები შეიძლება გახდეს თრომბოფლებიტის გამომწვევი, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს კათეტერის დაცობა ან მაღალი სიცხე. კანის გარშემო ვლინდება კანის ჰიპერემია. ასეთ შემთხვევაში ამოიღეთ კათეტერი, რაც შეამცირებს ინფექციის ფართოდ გავრცელებას. დააფარეთ თბილი, სველი კომპრესი 30 წუთის განმავლობაში ყოველ 6 საათში ერთხელ. თუ ცხელება გახანგრძლივდა 24 საათზე მეტი დაიწყეთ ანტიბიოტიკებით მკურნალობა (სტაფილოკოკური ინფექციის საწინააღმდეგო მკურნალობა).

ინტრავენურად მედიკამენტების შეყვანა მუდმივი კათეტერის მეშვეობით

ინტრავენური პრეპარატით სავსე შპრიცი შეუერთეთ კათეტერის და შეიყვანეთ იგი. მას შემდეგ რაც წამალს შეიყვანთ, აავსეთ კათეტერი იზოტონური ხსნარით.

თუ პერიფერული და თავის ქალის ვენის საშუალებით გადასხმის განხორციელება შეუძლებელია, მაგრამ ინტრავენურად სითხეების მიცემა აუცილებელია ბავშვის სიცოცხლისათვის, მაშინ:

- ააწყვეთ სისტემა ძვალშიდა ინფუზიისათვის, ან
- გამოიყენეთ ცენტრალური ვენა ან ჩაატარეთ ვენა სექცია

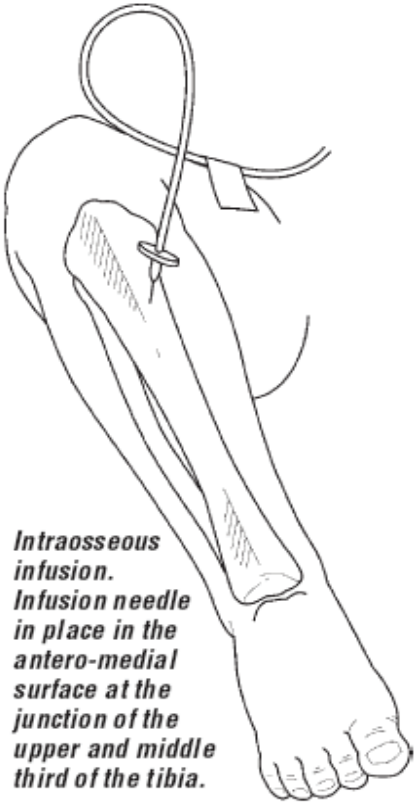
A1.2.2 ძვალშიდა ინფუზია

- ძვალშიდა ინფუზია უსაფრთხო, მარტივი, საიმედო მეთოდია სითხეების მიწოდებისათვის, როცა ვენის მობილიზაცია შეუძლებელია.
- პირველი არჩევის ადგილი არის დიდი წვივის ძვლის პროქსიმალური ნაწილი. შეიყვანეთ ნემსი წერტილში, რომელიც მდებარეობა დიდი წვივის ძვლის წინა მედიალური ზედაპირის შუა ხაზზე ზედა და შუა მესამედის საზღვარზე, ეს უკანასკნელი თავიდან აგაცილებთ დიდი წვივის ძვლის ეპიფიზალური ფირფიტის დაზიანებას, რომელიც მდებარეობს მაღლა. გადასხმის

განხორციელება ალტერნატიული ადგილია ბარძაყის დისტალური ნაწილი, ლატერალური ციბრუტის 2 სმ-ით ზემოთ.

- მოამზადეთ აუცილებელი ინსტრუმენტები
- ჩვილი ბავშვებისათვის შეიძლება გამოიყენოთ ძვლის ტვინის ასპირატორი ან ძვალშიდა ინექციის ნემსი (15-18 ან უკიდურეს შემთხვევაში 21 ზომის თუ ზემოთ აღნიშნული მიუწვდომელია ძვლის ტვინის ნემსი ან მსხვილი კანქვეშა ნემსი ან ე. წ. ნემსი „პეპელა“.

- ანტისეპტიკური ხსნარი და სტერილური საფენი
- სტერილური 5მლ-იანი შპრიცი იზოტონური ხსნარით
- დამატებითი სტერილური 5მლ-იანი შპრიცი
- ინტრავენური ინფუზიისათვის სისტემა
- სტერილური ხელთათმანები



Intraosseous infusion. Infusion needle in place at the antero-medial surface at the junction of the upper and middle third of the tibia.

- მოათავსეთ რბილი საფენი ბავშვის მუხლს ქვემოთ ისე რომ დახრილი იყოს 30^0 კუთხით სწორი (180^0) პოზიციიდან, ისე რომ ქუსლი დადებული იყოს მაგიდაზე.
- შეარჩიეთ საჩხვლეტი ადგილი როგორც მოცემულია სურათზე.
- დაიბანეთ ხელი და ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანი
- გაასუფთავეთ კანი ანტისეპტიური ხსნარით.
- მარცხენა ხელის მუხლზე და ნაწილობრივ ბარძაყზე ზეწოლით დააფიქსირეთ წვივის ძვალი (ეს ხელი უკვე არ არის სტერილური) კანულაციის მხრიდან ლატერალურად, ცერა და დანარჩენი თითები განალაგეთ ისე, რომ თავისუფლი დატოვოთ ჩხვლეტის ადგილი.
- სტრილური ხელით (მარჯვენა ხელით) გააკეთეთ პალპაცია და მონიშნეთ ის ადგილი სადაც უნდა ჩაიროთ პროცედურა.

- შეიყვანეთ ნემსი 90^0 კუთხით ისე რომ დაქანება ჰქონდეს ფეხის მიმართულებით. შეიყვანეთ ნემსი ნელი თუმცა მტკიცე, ბიძგისებური მოძრაობით.
- შეწყვიტეთ მოძრაობა, როცა შეიგრძნობთ რომ წინააღმდეგობა აღარ გხვდებათ ან როცა სისხლი შევა ნემსში. ასეთ მდგომარეობაში ნემსი უნდა დააფიქსიროთ.
- მოხსენით ნემსს ზონდი
- ამოიღეთ 1მლ ძვლის ტვინი (ძალიან ჰგავს სისხლს), გამოიყენეთ 5მლ-იანი შპრიცი, დარწმუნდით რომ ნემსი იმყოფება ძვლის ტვინის ღრუში.
- ნემსს შეუერთეთ 5 მლ იზოტონური ხსნარით სავსე მეორე შპრიცი. ნელ-ნელა შეიყვანეთ 3მლ-ი ხსნარი თან დააკვირდით ხომ არ ხდება ინფილტრაცია პალპირებულ არეში. თუ ინფილტრირება არ ხდება მაშინ დაიწყეთ ინფუზია.
- დააფიქსირეთ ნემსი ასეთ მგომარეობაში.
- გაითვალისწინეთ: თუკი ძვლის ტვინის ასპირაცია არ მოხდება ეს არ ნიშნავს, რომ ნემსი არასწორ ადგილზეა.
- ინფუზიის კონტროლი განახორციელეთ სითხის დინებისა და პაციენტის კლინიკური ნიშების მიხედვით.
- დააკვირდით ხომ არ შეშუპდა კიდური
- ინფუზია არ უნდა გაგრძელდეს 8 საათზე მეტ ხანს.

გართულებები:

- არასრული პენეტრაცია ძვლის შრეში

ნიშნები: ნემსი არ არის კარგად დაფიქსირებული; ინფილტრაცია მოხდა კანის ქვეშ

- პენეტრაცია ძვლის უკანა შრეში (ძალიან ხშირია)

ნიშნები: ინფილტრაცია მოხდა და მუხლის სახსარი არის დაჭიმული

- ინფექცია ნიშნები: ცხიმოვანი გრანულომა ინფუზიის არეში

A1.2.3 ცენტრალური ვენის კათეტერიზაცია

ეს პროცედურა არ გამოიყენება რუტინულად; მხოლოდ იმ შემთხვევაში მიმართეთ როცა გადაუდებელი საჭიროებაა. მოხსენით კანულა ცენტრალური ვენიდან დაუყონლებლივ (როცა ინტავენური ხსნარის გადასხმა აღარ იქნება საჭირო ან როცა პერიფერიული ვენით შესაძლებელია კათეტერიზაციის განხორციელება).

- **გარეთა საუღლე ვენა** ბავშვი მოათავსეთ ისე, რომ პროცედურა განახორციელოთ თავისუფლად. თავი მიაბრუნებინეთ პუნქციის საწინააღმდეგო მხარეს. ოდნავ დაბლა დაახრევინეთ თავი (15-300 თავი დაახრევინეთ ქვემოთ). დაიჭირეთ ბავშვი ასეთ პოზიციაში.
- ანტისეპტიური ხსნარით კანის გაწმენდის შემდეგ, მოძებნეთ

ვენა. აღნშნული ვენა გადის სტერნოკლეიდომასტოიდური კუნთის ქვეშ კისრის შუა და ქვედა მესამედში. აუცილებელია, რომ ასისტენტმა ზეწოლით დააფიქსიროს ვენა პუნციის ადგილიდან პროქსიმალურად ლავიწის ზემოთ, რათა მოხდეს მისი სტაბილიზაცია და გაფართოება. ისევე განახორციელეთ კათეტერიზაცია, როგორც პერიფერიული ვენის შემთხვევაშია აღწერილი.

ბარძაყის ვენა

- ბავშვი უნდა დააწვინოთ ზურგზე, დუნდულები ააწევინოთ 5 სმ მაღლა დახვეული პირსახოცის საშუალებით, ისე რომ მენჯი ცოტათი მაღლა იყოს წამოწეული.
- მაქსიმალურად გააშლევინეთ ბავშვს მუხლმოხრილი ფეხი მენჯ-ბარძაყის სახსარში ისე რომ ფეხი იყოს როტირებული გარეთ და ასეთ პოზიციაში დააფიქსირებინეთ ასისტენტს. ტკივილის შესამცირებლად გააკეთეთ პუნქციის არის ადგილობრივი ანესთეზია ლიგნოკაინის 1% ხსნარით.
- პალპაციით დაადგინეთ ბარძაყის არტერიის მდებარეობა (საზარდულის იოგის ქვეშ თეძოს სამკუთხედის შუა ნაწილში).
- ბარძაყის ვენა მდებარეობს ბარძაყის არტერიის მედიალურად
- გაასუფთავეთ კანი ანტისეპტიკით. ნემსი შეაყვანეთ კანში 10-20^0 კუთხით. 1-2სმ-ით დისტალურად საზარდულის იოგიდან, და 0.5-1 სმ მედიალურად ბარძაყის არტერიიდან.
- შპრიცში ვენური სისხლი მაშინვე შევა, როგორც კი ნემსი ვენაში მოხვდება.
- გააგრძელეთ კათეტერიზაცია 10^0 კუთხის დახრილობით.
- დააფიქსირეთ კათეტერი ადგილზე, კათეტერის ქვეშ მოათავსეთ სტერილური საფენი, კათეტერის ზემოთ ასევე დააფარეთ სტერილური საფენი. საჭიროების მიხედვით დააფიქსირეთ ასევე ბავშვის ფეხი, რომ თავიდან აიცილოთ ფეხის მოხრა.
- ყურადღებით დაათვალიერეთ კათეტერის ჩადგმის ადგილი, ამოიღეთ კათეტერი მას შემდეგ რაც დაასრულებთ ინტავენური სითხეების მიწოდებას, კათეტერის ამოღების შემდეგ 2-3 წთ ზეწოლა მოახდინეთ კათეტერის ადგილზე.

A1.2.4 ვენასექცია

ვენასექციის განხორციელება ნაკლებადაა შესაძლებელი სასწრაფოდ ჩარევის შემთხვევაში.

- ბავშვის წვივი დააფიქსირეთ და გაწმინდეთ კანი ისე როგორც ზემოთ არის აღწერილი. ფეხის კანქვეშა ვენა დაფიქსირეთ

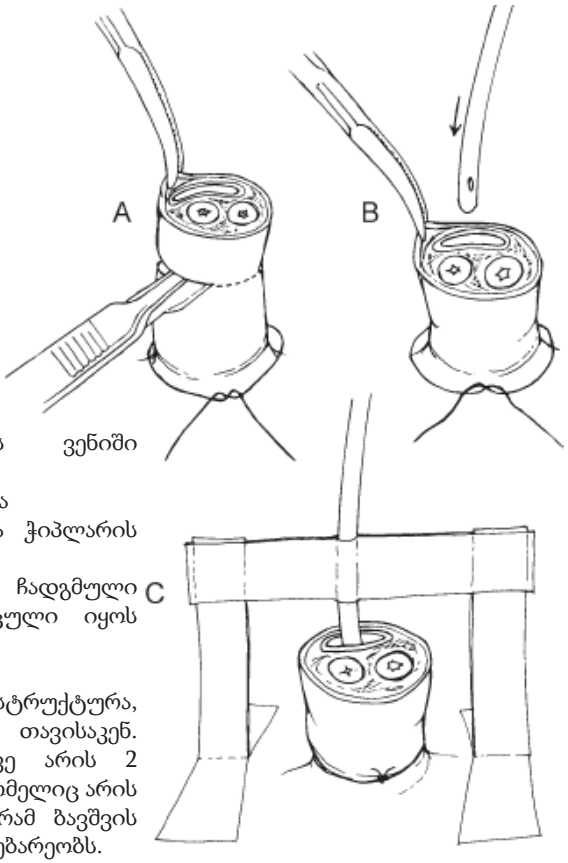
მთელ სიგრძეზე, იგი მდებარეობს ზედაპირულად, ტერფის შიდა ზედაპირიდან დაახლოებით ნახევარი თითის დაშორებით ახალშობილებში და 1 თითის დაშორებით მოზრდილ ბავშვებში.

- 1%-იანი ლიგნოკაინით განახორციელეთ კანის ინფილტრაცია, და გაკვეთეთ კანი ვენის პერპენდიკულარულად. გადაიწიეთ კანქვეშა ქსოვილი კოხერის მაშებით.
- 1-2 სმ-ზე გააცალკევეთ ვენა. დაადეთ პროქსიმალური და დისტალური ლიგატურები.
- დაადეთ ზედა და ქვედა კვანძები. კვანძები შეინარჩუნეთ რაც შეიძლება დიდი ხნის განმავლობაში.
- გააკეთეთ მცირე ნახვრეტი ვენის ზედა ნაწილში და ჩადგეთ კათეტერი, დისტალური კვანძი ისევ უნდა გეჭიროთ, ვენის პოზიციის დაფიქსირებისათვის.
- დააფიქსირეთ ეს კაფსულა ზედა ლიგატურაზე.
- მიამაგრეთ იზოტონური ხსნარით სავსე შპრიცი და თუ სითხე თავისუფლად შევიდა ვენაში ეს ნიშნავს, რომ კათეტერი ვენაში სწორად არის მოთავსებული. თუ არა, შეამოწმეთ არის თუ არა მოთავსებული კანულა სწორად.
- მიამაგრეთ დისტალური ლიგატურა კათეტერთან და დახურეთ ჭრილობა ნაკერის საშუალებით. დააფიქსირეთ კანულა კანზე და დააფარეთ ჭრილობას სტერილური საფენი.

A1.2.5 ჭიპლარის ვენის კათეტერიზაცია

ეს პროცედურა შეიძლება გამოყენებული იქნას ახალშობილებში რეანიმაციისა და შენაცვლებითი ჰემოტრანსფუზიისათვის. ჩვეულებრივ განხორციელება შესაძლებელია ახალშობილებში სიცოცხლის პირველ დღეებში. განსაკუთრებულ შემთხვევაში მეთოდის გამოყენება შეიძლება 5 დღემდე.

- სტერილური 5 ფრენჩი ზომის კათეტერი მიამაგრეთ შპრიცს და აავსეთ 0.9%-იანი ნატრიუმის ქლორიდით, გამოდევნეთ ჰაერის ბუშტუკები შპრიციდან (ემბოლიის პრევენციისათვის).
- გაასუფთავეთ ჭიპლარი და მის ირგვლივ კანი ანტისეპტიური ხსნარის საშუალებით, დადეთ კვანძი ჭიპლარის ფუძესთან
- გადაკვეთეთ ჭიპლარი სტერილური სკალპელის საშუალებით. დაადგინეთ ჭიპლარის ვენისა (ფართო არხის მქონე სისხლძარღვი) და ჭიპლარის არტერიების მდებარეობა (თხელი კედლის მქონე სისხლძარღვები, რომლებიც მდებარეობენ ჭიპლარის ვენის ქვემოთ). ჭიპლარი დაიჭირეთ სტერილური მაშის საშუალებით.
- სტერილური კათეტერი 4-6 სმ-ზე ჩადგით ჭიპლარის ვენაში
- შეამოწმეთ კათეტერი სწორად არის თუ არა ჩადგმული,



ჩადგით ჭიპლარის ვენიში კათეტერი
ა. ჭიპლარის მომზადება
ბ. კათეტერის ჩადგმა ჭიპლარის ვენაში. ეს არის ფართო
გ. დააფიქსირეთ ჩადგმული კათეტერი, რომ დაცული იყოს გამოვარდნისაგან.

თხელკედლებიანი სტრუქტურა, მდებარეობს ბავშვის თავისაკენ. გაითვალისწინეთ იქვე არის 2 ჭიპლარის არტერია, რომელიც არის თხელკედლიანი მაგრამ ბავშვის ქვედა ნაწილისაკენ მდებარეობს.

ხდება თუ არა სისხლის უკუდინება სრულყოფილად, თუ არა შეასწორეთ კათეტერი, გამოიღეთ იგი ნაწილობრივ და ისევ ჩადგით.

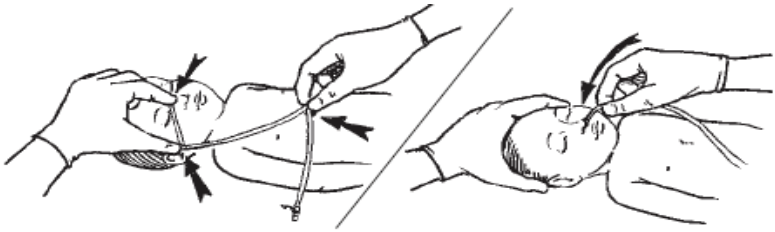
- დაიცავით კათეტერი ორი ნაკერით, ნაკერების დაბოლოებების სიგრძე დატოვეთ დაახლოებით 5 სმ-ი (იხ. დიაგრამა).
- ამოღების შემდეგ 5-10 წთ-ის გამავლობაში მოახდინეთ ზეწოლა ჭიპლარზე.

A1.3 ნაზოგასტრალური ზონდის ჩადგმა

- დაიჭირეთ ზონდი ბავშვის ცხვირის წინ, გაზომეთ დისტანცია ცხვირის ძგიდისა და ყურის ბიბილოს, ხოლო შემდეგ ეპიგასტრუმს შორის. მონიშნეთ ზონდი ამ სიგრძეზე.
- დაიჭირეთ ბავშვი კარგად. დაასველეთ ზონდის წვერი წყლით და ნელა შეიყვანეთ ერთ-ერთ ნესტოში. ის ადვილად უნდა

ჩავიდეს კუჭში. როცა მიაღწევთ უკვე განსაზღვრულ სიგრძეს დაამაგრეთ მილი ცხვირზე.

- მცირე რაოდენობით ამოიღეთ კუჭის შიგთავსი შპრიცის საშუალებით და დარწმუნდით, რომ ზონდი სწორად არის ჩადგმული (ლაკმუსის ქაღალდი უნდა გახდეს ვარდისფერი). თუ ასპირაცია არ არის განხორციელებული, მაშინ შეიყვანეთ ჰაერი მილში და სტეტოსკოპის საშუალებით მოუსმინეთ კუჭის არეს.
- თუ ზონდის ადგილმდებარეობა ეჭვს იწვევს, მაშინ ამოიღეთ იგი და ხელახლა ჩადგით.
- როცა ზონდი სწორად არის ჩადგმული, მიამაგრეთ 20 მლ შპრიცი (დგუშის გარეშე) ზონდის ბოლოზე, შეიყვანეთ ზონდში საკვები ან სითხეები მილის საშუალებით კუჭში.



Inserting a nasogastric tube. The distance is measured from the nose to the ear and then to the epigastrium, and then the tube is inserted to the measured distance.

ჩადგით ნაზოგასტრალური მილი. გაზომეთ დისტანცია ცხვირსა და ყურის ბიბილოს, ხოლო შემდეგ ეპიგასტრუმს შორის. მილი ჩადგით აღნიშნულ სიგრძეზე.

თუ ოქსიგენოთერაპია ხორციელდება ნაზოგასტრალური მილის საშუალებით, მაშინ ორივე ზონდი ერთ ნესტოში მოათავსეთ, ხოლო მეორე ნესტო დატოვეთ თავისუფლად სეკრეციისათვის, ან ჩადგით საკვები ზონდი პირის ღრუდან.

A1.4 ლუმბალური პუნქცია

უკუჩვენება:

- ინტრაკრანიალური წნევის მატების ნიშნები (არათანაბარი გუგები, რიგიდული პოზა ან კიდურების ან სხეულის პარეზი, არითმული სუნთქვა)
- კანის ინფექცია, იმ არეში სადაც უნდა გაკეთდეს პუნქცია

თუ უკუჩვენებები სახეზეა, მაშინ შეფასებული უნდა იყოს პროცედურის რისკი და სარგებელი. თუ საეჭვოა, უმჯობესია პუნქცია გადაიდოს.

ბავშვის პოზიცია

ბავშვის დაწვენა შესაძლებელია ორ სხვადასხვა პოზიაში:

- დააწვინეთ მარცხენა გვერდზე (პატარა ბავშვები)
- დამჯდარ პოზიციაში (მოზრდილი ბავშვები).
- ლუმბალური პუნქცია, როცა ბავშვი წევს მარცხენა გვერდზე
- დააწვინეთ ბავშვი მაგარ ზედაპირზე. ისე, რომ ხერხემალი ზედაპირის პარალელურად იყოს განთავსებული.
- ასისტენტმა უნდა მოხაროს ბავშვის ხერხემალი, მკერდისაკენ მოხაროს მუხლები და დაიჭიროს ბავშვი დუნდულებითა და მხრებით. ბავშვი დაიჭირეთ ისე რომ პროცედურა წარმატებით წარიმართოს. შეამოწმეთ, რომ სუნთქვა არ იყოს შეზღუდული. ასისტენტმა პატარა ბავშვი არ უნდა დაიჭიროს კისრით.

შეამოწმეთ ანატომიური ორიენტირი

მონიშნეთ ადგილი მესამე და მეოთხე ან მეოთხე და მეხუთე წელის მალას შორის. (მესამე წელის მალა მდებარეობს ხერხემლისა და თეძოს ძვლების კიდეებზე გამავალი ხაზის გადაკვეთის ადგილზე)

მომზადება

- გამოიყენეთ ასეპტიკური ხსნარი, დაიბანეთ ხელები, ჩაიცვით სტერილური ხელთათმანი.
- ანტისეპტიკური ხსნარით გაწმინდეთ კანი
- ასევე შეიძლება გამოყენებული იყოს სტერილური პირსახოცი
- უფრო მოზრდილ ბავშვებს გაუკეთეთ ადგილობრივი ანესთეზია (1%-იანი ლიგნოკაინი).

ლუმბალური პუნქციის ჩატარება

- ლუმბალური პუნქციისათვის გამოიყენეთ ნემსი მანდრენით (22 ზომის ჩვილებისათვის, 20 ზომის უფრო დიდი ბავშვებისათვის; თუ ასეთი სახის ნემსები მიუწვდომელია, მაშინ გამოიყენეთ ნემსი კანქვეშა ინექციებისათვის. ნემსი შეიყვანეთ მალებს შორის სივრცეში ნელა, ჭიპის მიმართულებით. ნემსი იმოძრავეს თავისუფლად მაგარ გარსთან შეხებამდე. დამატებითი ზეწოლაა საჭიროა იმისათვის რომ მაგარი გარსი იქნას გადალახული, ნაკლები რეზისტენტობა გხვდება როცა ტვინის მაგარ გარსში ხდება პენეტრაცია. ყოველთვის ამოძრავეთ ნემსი ნელა.
- მოაძვრეთ ზონდი და ზურგის ტვინის სითხე წვეთწვეთად გამოედინება ნემსიდან. თუ ზურგის ტვინის სითხე არ გამოდის მაშინ ნემსი ოდნავ წინ წაწიეთ.



raining an older child in
ng position in order to
r out a lumbar puncture

- აიღეთ 0.5-1მლ ზურგის ტვინის სითხე, და მოათავსეთ სტერილურ კონტეინერში.
- გამოიღეთ ნემსი და ზონდი მთლიანად და რამდენიმე წუთით ზეწოლა განახორციელეთ ნაჩხვლეტზე. შემდეგ დააფარეთ სტერილური საფენი.

- თუ ნემსი ძალიან ღრმად არის შეყვანილი, შეიძლება წელის ვენა დაზიანდეს, ე.წ. „ტრავმული“ ვენის დაზიანება. ასეთ დროს და ზურგის ტვინის სითხე შეიძლება იყოს სისხლიანი. მაშინ ნემსი უნდა გამოიღოთ და ისევ გააკეთოთ პუნქცია სხვა მალათა შორის სივრცეში.

გულმკერდის ღრუს დრენირება

შეარჩიეთ პროცედურის ადგილი და მოამზადეთ ბავშვი ისე როგორც აღწერილია ზემოთ.

- ნეკნებშორის არეში გააკეთეთ 1-2 სმ-იანი განაკვეთი, ნეკნის ქვეშ (მოერიდეთ სისხლძარღვების დაზიანებას, რომლებიც განლაგებულია ქვედა ნეკნის ზედა კიდესთან)
- გამოიყენეთ სტრილური მაშა შეიყვანეთ კანქვეშ ზედა ნეკნის ქვედა კიდესთან, და გახვრიტეთ პლევრა.
- ხელთათმანიანი თითით გააფართოვეთ ჭრილობა. (ამის განხორციელება შეუძლებელია ჩვილებთან).

გამოიყენეთ მაშა, რომ დაიჭიროთ დრენაჟი (16 ზომის) და შეიყვანეთ გულმკერდის ღრუში რამდენიმე სანტიმეტრზე, მიმართეთ მაღლა. დარწმუნდით, რომ დრენაჟის ბოლო არის გულმკერდის ღრუში.

- მიუერთეთ დრენაჟის ბოლო ბოთლს
- დატოვეთ დრენაჟი ადგილზე. დააფიქსირეთ მილი და დააფარეთ სტრილური საფენი.

ნემსი თორაკოცენტეზისათვის

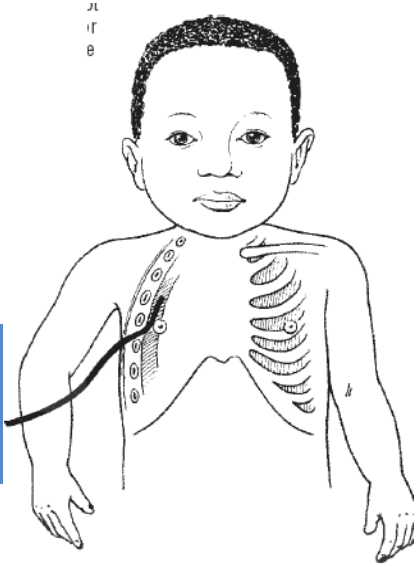
ეს პროცედურა გამოიყენება იმ პაციენტების მკურნალობისათვის, რომელთაც აქვთ დაჭიმული სიცოცხლესთან შეუთავსებელი

პნევმოთორაქსი (იხ. სექცია 4.3.3 გვ. 126). ამ შემთხვევაში თორაკალური დრენაჟის ჩადგმა გადაუდებელ აუცილებლობას წარმოადგენს

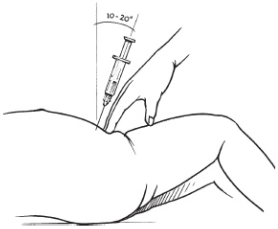
- დააფიქსირეთ მეორე ნეკნეთა შუა სივრცე ლავიწის შუა ხაზზე პნევმოთორაქსის მხარეს, სადაც ვლინდება კოლოფისებრი ხმიანობა.
- გაწმინდეთ გულმკერდის არე ანტისეპტიკით ან სპირტით
- მიამაგრეთ შპრიცი ნემსზე ან ინტრავენურ კათეტერზე.
- ჩადგით კანულა მკერდის კედელში, ზუსტად ზედა ნეკნის ქვედა კიდესთან, და განახორციელეთ ასპირაცია.
- თუ ჰაერი გამოდის, ჩატოვეთ პლასტიკური კათეტერი ადგილზე.
- დაამაგრეთ კათეტერი ადგილზე, და ჩადგით დრენაჟი რაც შეიძლება სწრაფად.

A1.6 შარდის ბუშტის პუნქცია

ასპირაცია განახორციელეთ 3 სმ სიღრმეზე ბოქვენზედა არეში, შუა ხაზზე 23 კალიბრის ნემსით სტერილურ პირობებში. პროცედურა განახორციელეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ბავშვს შარდის ბუშტი გადავსებული აქვს, რის დადასტურებაც შეგიძლიათ პერკუსიის საშუალებით. შარდი არ შეაგროვოთ ჩვეულებრივ ჭურჭელში, რადგან ნიმუში შეიძლება დაბინძურდეს. პროცედურის დროს გამოყოფილი შარდის შესაგროვებლად უნდა გქონდეთ სპეციალური სუფთა ჭურჭელი.

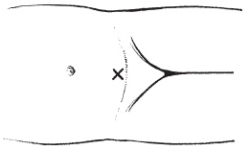


ბავშვის პოზიცია სიმფიზს ზედა აასპირაციის დროს- გვერდითი ხედი. დააკვირდით ასპირაციისას ნემსის დახრილობის კუთხეს.



Position for carrying out suprapubic aspirate—side view. Note the angle of insertion of the needle.

ასპირაციისათვის შეარჩიეთ ადგილი სწორად. საშარდე ბუშტის პუნქცია ხორციელდება შუა ხაზზე, ზუსტად სიმფიზის მაღლა.

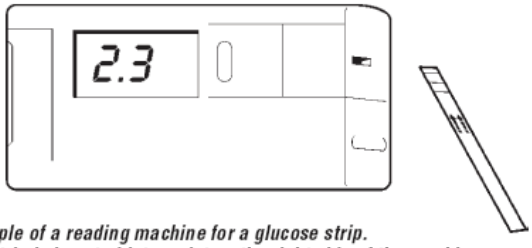


Selecting the place for a suprapubic aspirate. The bladder is punctured in the midline, just above the symphysis.

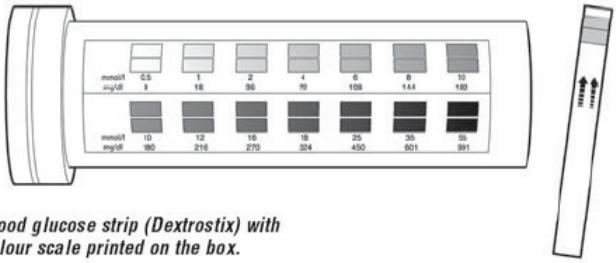
A1.7 სისხლში გლუკოზის შემცველობის გაზომვა.

სისხლში გლუკოზის შემცველობის გაზომვა შეიძლება განხორციელდეს სწრაფი ტესტის საშუალები (მაგ.Dextrostix®), რომელიც რამდენიმე წუთში იძლევა პასუხს. რამდენიმე ბრენდი მუშაობს ბაზარზე ამ სფეროში, მათ შორის არის მცირე სხვაობა გამოყენების თვალსაზრისით. ამიტომ გამოყენების წინ უნდა ყურადღებით წაიკითხოთ ინსტრუქცია.

ჩვეულებრივ, ტესტზე უნდა დააწვეთოთ სისხლის ერთი წვეთი და დატოვოთ 30 წმ-იდან 1 წთ-მდე, იმის მიხედვით თუ რომელი ბრენდის რეაქტივია. შემდეგ სისხლი უნდა გადაიწმინდოს და დაახლოებით 1 წთ-ის შემდეგ ტესტის ფერი შეიცვლება, ამ დროს უკვე მზადაა ტესტი წასაკითხად. შეადარეთ ფერი ყუთზე მოცემულ ფერებს. ეს საშუალებას იძლევა მიახლოებით გამოთვალოთ გლუკოზის დონე სისხლში, 2-დან 5 მმოლამდე/ლ მაგრამ არ იძლევა ზუსტ მონაცემს. ზოგიერთი ტესტის მოთავსება შეიძლება ელექტრონულ ხელსაწყოში, რომელიც კითხულობს მას და იძლევა შედეგს. ხელსაწყოს აქვს ბატარეები და ასევე მისი მიერთება შეიძლება ელექტროდენთანაც. მას შემდეგ რაც გადაწმენდთ სისხლს, რეაქტივი მოათავსეთ ხელსაწყოში წასაკითხად, იგი იძლევა უფრო ზუსტ მონაცემებს. რეაქტივები უნდა იყოს მოთავსებული დახურულ ყუთში, რომ სინესტემ არ დააზიანოს. ყუთი ტესტის ამოღებისთანავე დახურეთ.



Example of a reading machine for a glucose strip.
The strip is inserted into a slot on the right side of the machine.



Blood glucose strip (Dextrostix) with colour scale printed on the box.

შენიშვნა

მედიკამენტების დოზირება და რეჟიმი

მედიკამენტების დოზირება და მიღების რეჟიმი დანართი 2

მოცემულ თავში განხილულია წამლების დოზირება და რეჟიმი, რომლებიც მისაღებია ახალშობილებისა და ბავშვებისათვის. დოზები მოცემულია ბავშვის წონის შესაბამისად. დოზების გამოანგარიშებისას ხშირად ხდება შეცდომის დაშვება, ამიტომ დამოუკიდებლად გამოთვლა თავიდან უნდა იყოს აცილებული. დოზები მოცემულია სხეულის მასის მიხედვით, 3 კგ-დან 29 კგ-მდე. 2 თვემდე ახალშობილთათვის წამლების დოზირება მოცემულია მე-3 თავში, გვ. 77).

ზოგიერთი წამალი (მაგალითად, ანტირეტროვირუსული წამლები), უმჯობესია გამოანგარიშებული იყოს ზუსტი წონის მიხედვით, სადაც შესაძლებელია, უნდა გავითვალისწინოთ რომ თერაპიული ეფექტის მისაღწევად და ტოქსიკურობის თავიდან ასაცილებლად ზოგიერთი წამლის დანიშვნა აუცილებელია ზუსტი წონების მიხედვით. ასეთებია: დიგოქსინი, ქლორამფენიკოლი, ამპიცილინი და ანტირეტროვირუსული წამლები.

$$\sqrt{(10 \times \frac{72}{3600} = 0.45\ მ^2}$$

ზოგიერთი ანტირეტროვირუსული წამალის რეკომენდირებული დოზა ხშირად მოცემულია ბავშვის სხეულის ზედაპირის ფართობის მიხედვით. ბავშვის სხეულის ზედაპირის ფართობის მიხედვით წამლის დოზის გამოანგარიშების ფორმულა მოცემულია ქვემოთ. ცხრილში მოცემული დოზირება შეიძლება გამოყენებული იქნეს შესამოწმებლად, სწორია თუ არა გამოთვლილი დოზა.

$$\sqrt{= \frac{\{სიმაღლე\,(სმ) \times წონა\,(კგ)\}}{3600}}$$

სხეულის ზედაპირის ფართობი მ^2

მაგალითად 10 კგ და 72სმ ბავშვისათვის ფორმულას ექნება შემდეგი სახე.

ცხრილი A2.1 წამლების დოზირება ბავშვის სხეულის ფართობის მიხედვით (მ²)

ბავშვის ასაკი და წონა	სხეულის ზედაპირის ფართობი
ახალშობილი (<1 თვეზე)	0.2-0.25
ახალშობილი (1- <3 თვეზე)	0.25-0.35
ბავშვი 5-9კგ	0.3-0.45
ბავშვი 10-14 კგ	0.45-0.6
ბავშვი 15-19 კგ	0.6-0.8
ბავშვი 20-24 კგ	0.8-0.9
ბავშვი 25-26კგ	0.9-1.1
ბავშვი 30-39 კგ	1.1-1.3

მაგალითი: თუ რეკომენდირებული დოზა არის 400 მგ/მ² ორჯერ დღეში, მაშინ ბავშვისათვის, რომლიც წონა არის 15-19კგ-ს შორის, რეკომენდირებული დოზა იქნება: (0.6-0.8)×400 =244-316 მგ შორის 2-ჯერ დღეში.

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
აბაკავირი (**Abacavir**) (იხ სპეციფიკური ცხრილი HIV მედიკამენტების, გვ. 350)							
ადრენალინი (**Adrenaline**)	0.01 მლ/კგ (მაქსიმალური დოზა 0.3 მლ) 1:1000 ხსნარი (ან0.1 მლ/კგ of 1:10 000 ხსნარი)						
მძიმე ვირუსული კრუპისთვის	0.5 მლ/კგ of 1:1000 ხსნარი (მაქსიმალური დოზა: 5 მლ)			**3**მ ლ	**5**მ ლ	**5**მ ლ	**5**მ ლ
ანაფილაქსიისთვის	0.15 მლ 1:1000 ხსნარი კუნთებში (0.3 მლ ბავშვებში > 6 ასაკში)						
*შენიშვნა: გააკეთეთ **1:10 000** ხსნარი, ამ მიზნით **1** მლ **1:1000** ხსნარს დაუმატეთ **9** მლ ფიზიოლოგიური ხსნარი ან **5%** გლუკოზა*							
ამინოფილინი (**Aminophylline**)							
ასთმისთვის	ორალური: 6 მგ/კგ	ტაბლეტი: 100 მგ	¼	½	¾	1	1½
		ტაბლეტი: 200 მგ	—	¼	½	½	¾
	ინტრავენურად: გამოთვალეთ ზუსტი დოზა სხეულის წონის მიხედვით, როდესაც შესაძლებელია, ქვემოთმოყვანილი დოზები გამოიყენეთ მხოლოდ განსაკუთრებულ შემთხვევაში.						
	გამაჯერებელი დოზა:						
	ინტრავენურად: 5–6 მგ/კგ	250 გ/10-მლ ფლაკონი	1 მლ	1.5 მლ	2.5მლ	3.5 მლ	5 მლ
	(მაქიმალური. 300 მგ)						
	ძალიან ნელა						
	20–60 წთ						

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
	შემარჩუნებელი დოზა:						
	ინტრავენურად: 5 მგ/კგ ყოველ 6 სთ		1 მლ	1.5 მლ	2.5 მლ	3.5 მლ	5 მლ
	ან გახანგრძლივებული ინფუზიის სახით 0.9 მგ/კგ-ზე სთ-ში		გამოთვალეთ ზუსტი დოზა				
*მიეცით IV გამაჯერებელი დოზა, მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ბავშვს არ აქვს მიღებული ამინოფილინი ან თეოფილინი **24** სთ-ის განმავლობაში*							
დოზირება და რეჟიმი ახალშობილთა და დღენაკლულთა აშნოეს სამკურნალოდ მოცემულია გვ. 69.							
ამოქსაცილინი (**Amoxicillin**)	25 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში	250 მგ აბი (დასაღეჭი ან გასახსნელი)	½	1	1½	2	2½
		სიროფი (შეიცავს 250 მგ/5 მლ)	2.5 მლ	5 მლ	7.5 მლ	10 მლ	–
პნევმონიისთვის	40 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში		1	1½	2	3	4
ამოქსაცილინი (**Amoxicillin**)	25 მგ/კგ 2-ჯერ დღეში	250 მგ აბი (დასაღეჭი ან გასახსნელი)	½	1	1½	2	2½
ამფოტერიცინი B (**Amphotericin B**) საყლაპავის კანდიდოზისთვის	0.25 მგ/კგ დღეში დოზა იზრდება 1 მგ/კგ-ით დღეში, თუ კარგად მიიღებს, IV ინფუზიის სახით რომელიც გრძელდება 6 სთ/დღეში 10–14 დღე	50-მგ ფლაკონი	–	2–8 მგ	3–12 მგ	4.5–18 მგ	6–24 მგ
ამპიცილინი (**Ampicillin**)	კუნთებში/ინტრავენურად : 50 მგ/კგ ყოველ 6 სთ-ში	ფლაკონი 500 მგ შერეული 2.1 მლ საინექციო წყალთან რომ მივიღოთ 500	1 მლ	2 მლ	3 მლ	5 მლ	6 მლ

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
		მგ/2.5 მლ					
*შენიშვნა: ორალური ამპიცილინი შესაძლებელია გამოყენებული იყოს დაავადების მსუბუქი ფორმების დროს.თუ ორალურ ამპიცილინზე გადასვლა ხდება საინექციო ამპილიცლინის შემდეგ, რომლითაც მიმდინარეობდა მძიმე ფორმების მკურნალობა, ორალური დოზა უნდა იყოს **2-4**-ჯერ მეტი ვიდრე მოყვანილია ზევით.*							
ამპიცილინის დოზირება და რეჟიმა ახალშ ბილეგსა და დღეწაკლულებში მოცემულია გვ. 69.							
ანტიტუბერკულოზური ანტიბიოტიკები (იხ.გვ. 370)							
არტემეტერი **Artemether**	გამაჯერებელი დოზა:	40 მგ/1-მლ ამპულა	0.4 მლ	0.8მლ	1.2 მლ	1.6 მლ	2.4 მლ
მძიმე მალარიისთის	კუნთებში: 3.2 მგ/კგ	80 მგ/1-მლ ამპულა	0.2 მლ	0.4 მლ	0.6 მლ	0.8 მლ	1.2 მლ
	შემანარჩუნებელი დოზა:	40 მგ/1-მლ ამპულა	0.2 მლ	0.4 მლ	0.6 მლ	0.8 მლ	1.2 მლ
	კუნთებში: 1.6 მგ/კგ	80 მგ/1-მლ ამპულა	0.1 მლ	0.2 მლ	0.3 მლ	0.4 მლ	0.6 მლ
მიეცით შემანარჩუნებელი დოზით ყოველდღე მინიმუმ 24 სთამანამდე სანამ პაციენტი შეძლებს ორალური არტემიზინის შემცველი კომბინირებული პრეპარატის მიღებას..							
არტემეტერ/ლუმეფანტრინი **Artemether/ lumefantrine**	ორალური: 2 მგ/კგ არტემეტერი– 12 მგ/კგ ლუმეფანტრინი 2-ჯერ დღეში	ტაბლეტი: 20 მგ არტემეტერი–120 მგ ლუმეფანტრინი	1	1	1	2	2
არტესუნატი **Artesunate** მძიმე მალარიისთვის	ინტრავენურად/კუნთებში : 2.4 მგ/კგ	60 მგ არტესუნის მჟავა (უკვე გახსნილი 0.6 მლ მარილიან ხსნარში ან ნატრიბიკარბონატ ში) იხსნება 3.4 მლ ფიზიოლოგიურ	0.8 მლ	1.4 მლ	2.4 მლ	3.0 მლ	5.0 მლ

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
		ხსნარში ან გლუკოზაში					
ინტრავენური ხსნარი უნდა მომზადდეს უშუალოდ გადასხმის წინ. გახსნეთ ***60*** *მგ არტესუნის მჟავა (რომელიც უკვე გახსნილია* ***0.6*** *მლ* ***5%*** *ბიკარბონატში)* ***3.4*** *მლ* ***5%*** *გლუკოზა. მიეცით დოზა* ***0, 12*** *და* ***24*** *სთ-ში დამემდეგ ყოველდღე სანამ ბავშვს უნარი აქვს მიიღოს ის ორალურად. თუ პაციენტს შეუძლია ყლაპვა, მიეცით რეკომენდებული დოზა არტემისინის შემცველი კომბინაცია.*							
არტესუნატ- მეფლოქინე (**Artesunate-mefloquine**)	ორალურად : 4 მგ/კგ არტესუნატი–8.3 მგ/კგ მეფლოქინი 1-ჯერ დღეში	ტაბლეტი: 25 მგ არტესუნატი 50 მგ მეფლოქინი	–	1	2	2	3
არ არის რეკომენდებული < 5 თემდე ასაკში, ლიმიტირებული ინფორმაციის გამო.							
ასპირინი (**Aspirin**)	ორალური: 10–20 მგ/კგ ყოველ 4–6 სთ	300-მგ ტაბლეტი	–	¼	½	¾	1
შენიშვნა: მოერიდეთ გამოყენებას მცირე ასაკის ბავშვებში თუ შესაძლებელია, რეის სინდრომის განვითარების მაღალი რისკის გამო.							
ბენზატინ პენიცილინი (**Benzathine penicillin**)—იხ. პენიცილინი							
ცეფოტაქსიმი (**Cefotaxime**)	ინტრავენური: 50 მგ/კგ ყოველ 6 სთ-ში	500 მგ ფლაკონი შერეული 2 მლ საინექციო წყალში 1 გრ შერეული 4 მლ საინექციო წყალში და 2 გრ ფლაკონი შერეული 8 მლ საინექციო წყალში	0.8 მლ	1.5 მლ	2.5 მლ	3.5 მლ	5 მლ
მედიკამენტის დოზირება და რეჟიმი ახალშობილსა და დღენაკლულებში იხ. გვ. 69.							
ცეფტრიაქსონი (**Ceftriaxone**)	ინტრავენური:: 80 მგ/კგ დღეში როგორც ერთჯერადი დოზა 30 წთის ხანგრძლივობის ინფუზიის და 3 წთ ინტრავენური:ინექციის სახით	1 გრშერეული 9.6 მლ საინექციო ხსნარში, რომ მივიღოთ 1 გრ/10 მლ	3 მლ	6 მლ	10 მლ	14 მლ	20 მლ

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
		ან 2 გრ ფლაკონი გახსნილი 19 მლ საინექციო წყალში, რომ მივიღოთ 2გრ/20 მლ					
მენინგიტისთის	კუნთებში/ინტრავენური: 50 მგ/კგ ყოველ 12 სთ-ში (მაქს. ერჯერადი დოზა, 4 გრ)		2 მლ	4 მლ	6 მლ	9 მლ	12.5 მლ
	ან კუნთებში/ინტრავენური:: 100 მგ/კგ		4 მლ	8 მლ	12 მლ	18 მლ	25 მლ
მედიკამენტის დოზირება და რეჟიმი ახალშობილებსა და დღეწაკლულებში იხ. გვ. 69.							
ცეფალექსინი (**Ceftriaxone**)	12.5 მგ/კგ 4-ჯერ დღეში	250 მგ ტაბლეტი	¼	½	¾	1	1¼
ქლორამფენიკოლი (**Chloramphenicol**) მენინგიტისთვის	*გამოთავლეთ ზუსტი დოზა სხეულის წონის მიხედვით. გამოიყენეთ ქვემოთ მითითებული დოზები თუ არ არის შესაძლებელობა გამოთვლის.*						
	ინტრავენური: 25 მგ/კგ ყოველ 6 სთ (მაქსიმალურად, 1 გრ დოზა)	ფლაკონი 1 გრ შერეული 9.2 მლ საინექციო წყალში, რომ მივიღოთ 1 გრ/10 მლ	0.75– 1.25 მლ	1.5–2.25 მლ	2.5–3.5 მლ	3.75–4.75 მლ	5–7.25 მლ
ქოლერისთვის	კუნთებში: 20 მგ/კგ ყოველ 6 სთ-ში 3 დღე	ფლაკონი 1 გრ გახსნილი 3.2 მლ საინექციო წყალში, რომ მივიღოთ 1 გრ/4 მლ	0.3–0.5 მლ	0.6–0.9 მლ	1–1.4 მლ	1.5–1.9 მლ	2–2.9 მლ
სხვა მდგომარეობები	ორალურად: 25 მგ/კგ ყოველ 8 სთ-ში	125 მგ/5 მლ სუსპენზია	3–5 მლ	6–9 მლ	10–14 მლ	15–19 მლ	–

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
		(პალმიტატი)					
	(მაქსიმუმ 1 გრ დოზა)	250-მგ კაფსულა	—	—	1	1½	2
ფენობარბიტალი ამცირებს, ხოლო ფენიტოინი ზრდის ქლორამფენიკოლის დონეს ერთად მიცემის შემთხვევაში							
ქლორამფენიკოლი, (**Chloramphenicol**)ზეთოვანი (მენინგოკოკური მენინგიტის სამკურნალოდ ეპიდემიისას)	100 მგ/კგ ერთჯერადი დოზა; მაქსიმუმ 3 გრ	კუნთებში: 0.5 გრ ფლაკონი 2 მლ	1.2–2 მლ	2.4–3.6 მლ	4–5.6 მლ	6–7.6მლ	8–11.6 მლ
ქლორფენამინი **Chlorphenamine**)	კუნთებში/ინტრავენურად ან კანშიდა:	10 მგ 1 მლ-ში	0.1მლ	0.2 მლ	0.3მლ	0.5 მლ	0.6 მლ
	0.25 მგ/კგ ერთჯერადად	ინტრავენური ხსნარი					
	(შეიძლება განმეორდეს მაქსიმუმ 4-ჯერ 24 სთ-ის განმავლობაში						
	ორალური: 2-3-ჯერ დღეში	ტაბლეტი: 4 მგ	–	–	–	–	½
ციპროფლოქსაცილინი (**Ciprofl oxacin**)	ორალური: 10–20 მგ/კგ	100-მგ ტაბლეტი	½	1	1½	2	3
	დოზაზე ეძლევა 2ჯერ დღეში 5 დღე (მაქსიმუმ, 500 მგ ერთჯერადი დოზა)	250-მგ ტაბლეტი	¼	½	½	1	1½
კლოქსაცილინიან ფლუკოქსაცილინი ან ოქსაცილინი	ინტრავენური: 25–50 მგ/კგ ყოველ 6 სთ	500 მგ ფლაკონი შერეული 8-მლ გამოხდილ წყალში, რათა მოვიღოთ 500	2–(4) მლ	4–(8) მლ	6–(12) მლ	8–(16) მლ	12–(24) მლ

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
(**Cloxacillin, fl ucloxacillin, oxacillin**)		მგ/10 მლ					
	კუნთებში: 25–50 მგ/კგ ყოველ 6 სთ	250 მგ ფლაკონი გახსნილი 1.3 მლ საინექციო წყალმ, რომ მივიღოთ 250 მგ/1.5 მლ	0.6 (1.2) მლ	1 (2) მლ	1.8 (3.6) მლ	2.5 (5) მლ	3.75(7.5) მლ
		250-მგ კაფსულა	ნახევარი (1)	1 (2)	1 (2)	2 (3)	2 (4)
აბსცესის სამკურნალოდ	15 მგ/კგ ყოველ 6 სთ-ში	250-მგკაფსულა	¼	½	1	1½	2½
მედიკამენტის დოზირება და რეჟიმი ახალშობილზესა და დღენაკლულებში იხ. გვ. **70**							
კოტრიმოქსაზოლი - ტრიმოქსაზოლი (ტრიმეტოპრიმ–სულფამეტოქსაზოლი) **Co-trimoxazole (trimethoprimsulfamethoxazole)**	4 მგ/კგ ტრიმეტოპრიმი (*trimethoprim*)	ორალური: მოზრდილის ტაბლეტი (80 მგ ტრიმეტოპრიმი (*trimethoprim*) + 400 მგ სულფამეტაქსაზოლი) (*sulfamethoxazole*))	¼	½	1	1	1
	და 20 მგ/კგ სულფამეტაქსაზოლი (*sulfamethoxazole*))						
		ორალური: პედიატრიული ტაბლეტი (20 მგ ტრიმეტოპრიმი (*trimethoprim*) + 100 მგ სულფამეტაქსაზოლ	1	2	3	3	4

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
		ი (*sulfamethoxazole*))					
		ორალური: სიროფი (40 მგ ტრიმეტოპრიმი (*trimethoprim*) + 200 მგ სულფამეტაქსაზოლი (*sulfamethoxazole*) 5 მლ)	2 მლ	3.5 მლ	6მლ	8.5 მლ	—
შენიშვნა: ინტერსტიციული პნევმონიისთის ***HIV*** *მქონე პაციენტთან, გამოიყენეთ 8 მგ/კგ* ტრიმეტოპრიმი (*trimethoprim*) + 40 მგ/კგ სულფამეტაქსაზოლი (*sulfamethoxazole*) *3-ჯერ დღეში 21 დღის განმავლობაში.* *ჩვილისთვის* ***< 1*** *თვეზე, მიეცით კოტრიმოქსაზოლი (co-trimoxazole) (ნახევარი პედიატრიული ტაბლეტი ან* ***1.25*** *მლ სიროფი)* ***2-ჯერ*** *დღეში. თავი აარიდეთ კოტრიმოქსაზოლისგამოყენებას დღენაკლულებში და სიყვითლის მქონე ახალშობილებში.*								
დეფეროქსამინი (**Deferoxamine**)რკინით მოწამვლისათის	15 მგ/კგ სთ-ში ინტრავენურად მაქსიმუმ 80 მგ/კგ 24 სთ-ში, ან კუნთებში: 50 მგ/კგ ყოველ 6 სთ-ში. მაქსიმალური დოზა: 6 გრ/დღეში	500-მგ ამპულა	2	2	2	2	2
დექსამეტაზონი (**Dexamethasone**) მძიმე ვირუსული კრუპისთის	ორალურად: 0.6 მგ/კგ ერჯერადი დოზა	0.5-მგ ტაბლეტი					
		კუნთებში: 5 მგ/მლ	0.5 მლ	0.9 მლ	1.4 მლ	2 მლ	3 მლ
მენინგიტისთის	ინტრავენურად: 0.15 მგ/კგ/დოზა ყოველ 6 სთ პირველი 2–4 დღე						

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
დიაზეპამი (**Diazepam**) კრუნჩხვისთვის	რექტალურად: 0.5 მგ/კგ	10 მგ/2 მლ ხსნარი	0.4 მლ	0.75 მლ	1.2 მლ	1.7 მლ	2.5 მლ
	ინტრავენურად: 0.2–0.3 მგ/კგ		0.25 მლ	0.4 მლ	0.6 მლ	0.75 მლ	1.25 მლ
სედაციისთვის პროცედურების წინ	0.1–0.2 მგ/კგ ინტრავენურად						
*მეცი ფენობარბიტალი (Phenobarbital) (**20 მგ/კგ ინტრავენურად ან კუნთებში**) დიაზეპამის (**Diazepam**) წაცვლად ახალშობილებში. თუ კრუნჩხვა გრძელდება, შეიყვანეთ **10 მგ/კგ ინტრავენურად ან კუნთებში30 წთ-ის შემდეგ. ფენობარბიტალის (Phenobarbital) ორალური შემანარჩუნებელი დოზაა **2.5–5 მგ/კგ.***							
დიგოქსინი (**Digoxin**)	ეს დოზები არის ორალური დიგოქსინისთვის. მიეცით თავიდან საწყისი გამაჯერებელი დოზა რომელსაც მიაყოლებთ 2-ჯერ დღეში შემანარჩუნებელ დოზას, საწყისი გამაჯერებელის დოზის დაწყებიდან 6 სთ-ის შემდეგ:						
	გამაჯერებელი დოზა:	62.5-მგრ ტაბლეტი	¾–1	1½–2	2½–3½	3½–4½	–
	15 მგრ/კგ, მხოლოდ ერთჯერადად	125-მგრ ტაბლეტი	–	–	1–1½	1¾–2	2½–3
	შემანარჩუნებელი დოზა: (დაიწყეთ გამაჯერებელი დოზიდან 6 სთ-ის შემდეგ) 5 მგრ/კგ ყოველ12 სთ (მაქსიმუმ 250 მგრ დოზა)	62.5-მგრ ტაბლეტი	¼–½	½–¾	¾–1	1¼–1½	1½–2¼
დობუტამინი (**Dobutamine**) შოკის სამკურნალოდ, რომელიც არ უმჯობესდება ინფუზიური თრაპიით	2–20 მგრ/კგ წთ-ში	250 მგ/20-მლ ამპულა გახსნილი 250 მგ 250 მლ of 0.9% ფიზიოლოგიურ ხსნარში ან 5% გლუკოზაში, რომ მივიღოთ 1000	გამოთვალეთ **ზუსტი დოზა** სხეულის წონის მიხედვით და გამოთვალეთ ინფუზიის სიჩქარე.				

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
		მგრ/მლ					
გახსნილი ხსნარი ინახება არა უმეტეს **24** *სთ.*							
დოპამინი (**Dopamine**) შოკის სამკურნალოდ, რომელიც არ უმჯობესდება ინფუზური თრაპიით	2–20 მგრ/კგ წთ-ში	200 მგ/5-მლ ამპულა გახსენით გახსენით 250 მგ 250 მლ 0.9% ფიზიოლოგიურ ან 5% გლუკოზაში, რომ მივიღოთ 1000 მგრ/მლ	შოკის სამკურნალოდ, რომელიც არ უმჯობესდება ინფუზური თრაპიით.				
ეფავირენცი (**Efavirenz**) (იხილეთ ანტივირუსული პრეპარატების სპეციალური ცხრილი გვ. **372**)							
ერითრომიცინი (**Erythromycin**) (estolate)	ორალური: 12.5 მგ/კგ 4-ჯერ დღეში 3 დღე	250-მგ ტაბლეტი	¼	½	1	1	1½
არ უნდა მისცენ თეოფილინთან (ამინოფილინთან) ერთად სერიოზული გვერდითი მოვლენების რისკის შესამცირებლად.							
ფენტალინი (Fentanyl)	ინტრავენური ინიექცია: 1–4 მგრ/კგ ყოველ 2–4 ს	ინიექცია: 50მგრ/მლ	–	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით და თვალი ადევნეთ დოზას, რომ მოხსნათ ტკივილი.			
	ინფუზია: თავიდან ინტრავენურიდოზა 1–2 მგრ/კგ, შემდეგ 0.5–1 მგრ/კსაათში		–	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით და ინფუზიის საჭირო სისწრაფის გათვალისწინებით.			
Fluconazole (ფლიკონაზოლი)	3–6 მგ/კგ ერთ ჯერ დღეში	50 მგ/5 მლ დასალევად სუსპენზია	–	–	5 მლ	7.5 მლ	12.5 მლ
კრიპტოკოკული მენინგიტი	6–12 მგ/კგ ერთ ჯერ დღეში	50-მგ კაფსულა	–	–	1	1–2	2–3

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
ფლუკლოქსაცინი (Flucloxacillin) (იხ. კლოქსაცილინი Cloxacillin)							
ფურაზოლიდონი (Furazolidone)	1.25 მგ/კგ 4 ჯერ დღეში 3 დღე	ორალურად: 100-მგტაბლეტი	–	–	¼	¼	¼
ფუროსემიდი (Furosemide)	ორალურად ან IV:1–2 მგ/კგ ყოველ 12 საათში	20-მგტაბ.	¼–½	½–1	½–1	1–2	1¼–2½
(ფუროსემიდი (frusemide)		ინტრავენურად 10 მგ/მლ	0.4–0.8 მლ	0.8–1.6 მლ	1.2–2.4 მლ	1.7–3.4 მლ	2.5–5 მლ
გულის უკმარისობისათვის							
გენტამიცინი (Gentamicin)	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით და გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული დოზები მხოლოდ მაშინ, როდესაც მასის მიხედვით დოზის კალკულაცია შეუძლებელია.						
	7.5 მგ/კგდღეში ერთხელ	კუნთებში/ინტრავენურად: ფლაკონი 20 მგ (2მლ - 10 მგ/მლ) განუზავებელი	2.25–3.75 მლ	4.5–6.75 მლ	7.5–10.5 მლ	–	–
		კუნთებში/ინტრავენურად: ფლაკონი 80 მგ (2მლ - 40 mმგ/მლ) განზავებული 6 მლსტერილურ წყალთან	2.25–3.75მლ	4.5–6.75 მლ	7.5–10.5 მლ	–	–
		კუნთებში/ვენაში: ფლაკონი 80 მგ (2მლ-40 მგ/მლ) განუზავებელი	0.5–0.9 მლ	1.1–1.7 მლ	1.9–2.6 მლ	2.8–3.5 მლ	3.75–5.4 მლ
არსებობს გვერდითი მოვლენების რისკი, როდესაც გამოყენებულია თეოფილინთან (theophylline) ერთად.როდესაც ინიშნება ამინოგლიკოზიდებთან ერთად (გენტამიცინი (gentamicin), კანამიცინი (kanamycin), სასურველია გამოირიცხოს განუზავებელი გენტამიცინის (40 მგ/მლგენტამიცინი (gentamicin) გამოყენება.							

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
ახალშობილებში და დღენაკლებში დოზების და დოზებს შორის ინტერვალების შესახებ იხ.გვ.71.							
Gentian violet (გენციანვიოლეტი): კანზე ადგილობრივად გამოსაყენებლად							
ჰირომორფონი (Hydromorphone)	0.1–0.2 მგ/კგ ყოველ 4 ს ორი ან სამი დოზა, შემდეგ ყოველ 6–12 საათში	ტაბ.: 2 ან 4 მგ	–	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით და მოარგეთ დოზა ტკივილის მოსახსნელად.			
		ორალური სითხე: 1 მგ/მლ	–				
	0.015–0.02 მგ/კგ ყოველ 3–6 საათში	ვენაში: 1 ან 2 ან 4 მგ/მლ	–	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით და ინფუზიის სიჩქარის გათვალისწინებით.			
იბუპროფენი (Ibuprofen)	5–10 მგ/კგ ორალურად ყოველ 6–8 ს დღიური მაქსიმალური დოზამდე 40მგ/კგ	200-მგ ტაბ 400-მგტაბ	– –	¼ –	¼ –	½ ¼	¾ ½
რკინა (Iron)	ერთ ჯერ დღეში14 დღე	რკინის ფოლატი (Iron–folate)ტაბლეტი (ferrous sulfate 200 მგ + 250 მკგ ფოლატი folate = 60 მგელემენტური რკინა	–	–	½	½	1
		რკინის სიროპი (ferrous fumarate, 100 მგყოველ 5 მლ = 20 მგ/მლ ელემენტური რკინა)	1 მლ	1.25 მლ	2 მლ	2.5 მლ	4 მლ

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
კანამიცინი (Kanamycin)	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით და გამოიყენეთ ქვემოთ მოცემული დოზები, როდესაც სხეულის მასის გამოთვლა შეუძლებელია.						
	კუნთებში/ვენაში: 20 მგ/კგ ერთ ჯერ დღეში	250-მგ ფლაკონი (2 მლ- 125 მგ/მლ)	0.5–0.8 მლ	1–1.5 მლ	1.6–2.2 მლ	2.4–3.0 მლ	3.2–4.6 მლ
ახალშობილებისათვის და დღენაკლებისათვის დოზები და დოზებს შორის ინტერვალები იხ. გვ..71.							
კეტამინი (Ketamine)	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით.						
დიდი ჩარევების დროს ანესთეზიისათვის	კუნთებში: დატვირთვის დოზა: 5–8 მგ/კგ		20–35 მგ	40–60 მგ	60–100 მგ	80–140 მგ	125–200 მგ
	კუნთებში: შემდეგი დოზა:1–2 მგ/კგ (თუ საჭიროა)		5–10 მგ	8–15 მგ	12–25 მგ	15–35 მგ	25–50 მგ
	ვენაში: დატვირთვის დოზა: 1–2 მგ/კგ		5–10 მგ	8–15 მგ	12–25 მგ	15–35 მგ	25–50 მგ
	ვენრაში: შემდეგი დოზა: 0.5–1 მგ/კგ(თუ საჭიროა)		2.5–5 მგ	4–8 მგ	6–12 მგ	8–15 მგ	12–25 მგ
მსუუქი ანესთეზიისათვის პატარა ჩარევების დროს	კუნთებში: 2–4 მგ/კგ ვენაში: 0.5–1 მგ/კგ						
დოზების დეტალური ინფორმაცია მოცემულია გვ. 258.							
ლამივუდინი (Lamivudine)(იხ. ცალკე ცხრილი ანტირეტროვირუსულ პრეპარატებზე გვ. 372)							
ლიდოკაინი (Lidocaine)	გამოიყენე ადგილობრივად (გვ.307) ლოკალურად ინიექციებში: 4–5 მგ/კგ დოზაზე, როგორც ადგილობრივი ანესთეტიკი						
მებენდაზოლი (Mebendazole)	100 მგ ორ ჯერ დღეში 3 დღე	100-მგ ტაბ	–	–	1	1	1
	500 მგ ერთ ჯერ დღეში	500-მგ ტაბ	–	–	1	1	1

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
არ არის რეკომენდებული ბავშვებისთვის <5 თვის ასაკამდე ინფორმაციის სიმწირის გამო.							
მეტოკლოპრამიდი (Metoclopramide)							
გულისრევა და ღებინებისათვის	0.1–0.2 მგ/კგ ყოველ 8 საათში , საჭიროების მიხედვით (მაქსიმალური დოზა: 10 მგ/კგდოზა)	10-მგ ტაბ ინიექცია: 5 მგ/მლ	– –	– –	¼ 0.5 მლ	¼ 0.7 მლ	½ 1 მლ
მეტრანიდაზოლი (Metronidazole)	ორალურად: 7.5 მგ/კგ სამ ჯერ დღეში 7დღე	200-მგტაბ	–	¼	½	½	1
		400-მგ ტაბ	–	–	¼	¼	½
Giardiasis-ის მკურნალობისათვის დოზა 5 მგ/კგ; amoebiasis-სათვის - 10 მგ/კგ							
მორფინი (Morphine)	გამოითვალეთ **ზუსტი** დოზა სხეულის მასის მიხედვით.						
	ორალურად: 0.2–0.4 მგ/კგყოველ 4–6 ს; გაზარდეთ ძლიერი ტკივილის დროს						
	კუნთებში: 0.1–0.2 მგ/კგ ყოველ 4–6 ს						
	ვენაში: 0.05–0.1 მგ/კგ ყოველ 4–6 ს, ან 0.005–0.01 მგ/კგ ყოველ საათზე ინტრავენური ინფუზიის დროს						
ნევირაპინი (Nevirapine)(იხ. ცალკე ცხრილში ანტირეტროვირუსულ პრეპარატებში, გვ.373)							
ნისტატინი (Nystatin)	ორალურად:100 000–200 000 U პირში	დასალევი სუსპენზია 100000 U/მლ	1–2მლ	1–2მლ	1–2 მლ	1–2მლ	1–2მლ
ოქსაცილინი (Oxacillin) (იხ. კლოქსაცილინი (Cloxacillin)							
პარაცეტამოლი	10–15 მგ/კჰ, მაქსიმუმ 4	100-მგ ტაბ	–	1	1	2	3

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
(Paracetamol)	ჯერ დღეში						
		500-მგტაბ	–	¼	¼	½	½
პენიცილინი (PENICILLIN)							
ბენზათინი (Benzathine) ბენზილპენიცილინი (benzylpenicillin)	50 000 U/კგ ერთ ჯერ დღეში	კუნთებში: ფლაკონი1 200 000 U შერეული 4 მლსტერილურ წყალთან	0.5 მლ	1 მლ	2 მლ	3 მლ	4 მლ
Benzylpenicillin (penicillin G) ზოგადი დოზა	ვენაში: 50 000 U/კგყოველ 6 ს	ფლაკონი 600 მგ შერეული 9.6 მლ სტერილურ წყალთან, მისაცემათ 1 000 000 U/10 მლ	2 მლ	3.75 მლ	6 მლ	8.5 მლ	მლ
	კუნთებში:	ფლაკონი 600 მგ (1 000 000 U) შერეული 1.6 მლსტერილურ წყალთან მისაცემათ 1 000 000 U/2 მლ	0.4 მლ	0.75 მლ	1.2 მლ	1.7 მლ	2.5 მლ
მენინგიტის დროს	100 000 U/kg ყოველ 6 ს	ვენაში	4 მლ	7.5 მლ	12 მლ	17 მლ	25 მლ
		კუნთებში	0.8 მლ	1.5 მლ	2.5 მლ	3.5 მლ	5 მლ
ახალშობილებისთვის და დღენაკლებისთვის დოზები და დოზებს შორის ინტერვალები იხ. გვ.71.							
Procaine benzylpenicillin	კუნთებში: 50 000 U/კგ ერთ ჯერ დღეში	3-გრ ფლაკონი (3 000 000 U) შერეული 4 მლ სტერილურ წყალთან	0.25 მლ	0.5 მლ	0.8 მლ	1.2 მლ	1.7 მლ

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
ფენობარბიტალი (Phenobarbital)	კუნთებში: დატვირთვის დოზა: 15 მგ/კგ	200 მგ/მლ ხსნარი	0.4 მლ	0.6 მლ	1.0 მლ	1.5 მლ	2.0 მლ
	ორალურად ან კუნთებში: შემანარჩუნებელი დოზა: 2.5–5 მგ/კგ		0.1 მლ	0.15 მლ	0.25 მლ	0.35 მლ	0.5 მლ
მიეცით ფენობარბიტალი (phenobarbital)(20 მგ/კგ ინტრავენურად ან კუნთებში) დიაზეპამის (diazepam) მაგივრად ახალშობილებში. თუ კონვულსიები გრძელდება, მიეცით 10 მგ/კგ ვენაში ან კუნთებში 30 წუთის შემდეგ.							
კალიუმის ქლორიდი (Potassium chloride	2–4 მმოლ/კგ დღეში		გამოითვალეთ დოზა				
პრედნიზოლონი(Prednisolone)	დასალევად: 1 მგ/კგ ორ ჯერ დღეში სამი დღე	5-მგტაბ	1	1	2	3	5
1 მგ პრედნიზოლონი (prednisolone) არის ექვივალენტი 5 მგ ჰიდროკორტიზონის (hydrocortisone) ან 0.15 მგ დექსამეტაზონის (dexamethasone).							
ქინინი (Quinine) (მგ/კგ მოცემული, როგორც მგ quinine hydrochloride salt (მარილი)	ვენაში: დატვირთვის დოზა: 20 მგ მარილი/კგ მოცემული ნელა 2–4 საათში განზავების შემდეგ 10 მლ/კგ ვენაში ხსნარში		დატვირთვის დოზა არის 2 ჯერ მეტი ქვემოთ მოცემულ შემანარჩუნებელ დოზაზე. ინფუზიის სიჩქარე არ უნდა აღემატებოდეს მთლიანა 5მგ ქინინის დეჰიდროქლორიდი (quinine dihydrochloride) მარილი/კგ საათში.				
	ვენაში: შემანარჩუნებელი დოზა:10 მგ მარილი/კგ ნელა 2 საათის განმავლობაში განზავების შემდეგ 10 მლ/კგ ვენაში ხსნარში	ვენაში (გაუხსნელი): quinine dihydrochloride ინიექცია 150 მგ/მლ (2-მლამპულებში)	0.3 მლ	0.6 მლ	1 მლ	1.2 მლ	2 მლ

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
		ვენაში(გაუხსნელი): quinine dihydrochloride ინიექცია 300 მგ/მლ (2-მლ ამპულებში)	0.2 მლ	0.3 მლ	0.5 მლ	0.6 მლ	1 მლ
	თუ ვენაში ინფუზია შეუძლებელია, მიეცით quinine dihydrochloride იგივე დოზით კუნთებში	კუნთებში quinine dihydrochloride (განზავებული): ფიზიოლოგიურ ხსნარში კონცენტრაციამდე 60 მგ მარილი /მლ	1 მლ	1.5 მლ	2.5 მლ	3 მლ	5 მლ
		ორალურად: ქინინის სულფატი (quinine sulfate) 200-მგტაბ	¼	½	¾	1	1½
		ორალურად: ქინინის სულფატი quinine sulfate 300-მგ ტაბ	–	–	½	½	1
შენიშვნა: დატვირთვის დოზის დაწყებიდან 8 საათში, დაიწყეთ შემანარჩუნებელი დოზა 2 საათის განმავლობაში. გაიმეორეთ ყოველ 8 საათში. მიეცით მთელი დოზა ორალური არტემისინინზე (artemisinin) დაფუძნებული კომბინირებული თერაპიისა, რომელიც ბავშვმა შეძლება მიიღოს ორალურად მკურნალობის დასამთავრებლად.							
რიტონავირი (Ritonavir)(იხ. ცალკე ანტირეტროვირუსული პრეპარატების ცხრილი გვ.373)							
სალბუტამოლი (Salbutamol)	**ინჰალატორი სპეისერით:** 2 დოზა შეიცავს 200 µგრ	დოზირებული ინჰალატორი, რომელიც შეიცავს 200 დოზა					
	ნებულაიზერი: 2.5	5 მგ/მლ ხსნარი, 2.5					

პრეპარატი	დოზა	ფორმა	სხეულის მასის მიხედვით				
			3–< 6 კგ	6–< 10 კგ	10–< 15 კგ	15–< 20 კგ	20–29 კგ
	მგ/დოზა	მგ 2.5 მლ ერთჯერადი-დოზა ერთეულებში					
ვერცხლის სულფადიაზინი (Silver sulfadiazine) (): ადგილობრივად დაზიანებული კანისათვის							
სპექტინომიცინი (Spectinomycin) ახალშობილთა ოფთალმიისათვის	კუნთებში: 25 მგ/კგ ერთჯერადი დოზა (მაქს., 75 მგ)	2-გრფლაკონი 5 მლგამხსნელში	0.25მლ	–	–	–	–
ტეტრაციკლინი , ადრენალინი, კოკაინი (Tetracaine, adrenaline, cocaine): ადგილობრივი გამოყენებისათვის მტკივნეული პროცედურების დროს							
ტეტრაციკლინი (Tetracycline)	12.5 მგ/კგ 4 ჯერ დღეში 3 დღე	250-მგ ტაბ	–	½	½	1	1
მიეცით ბავშვებისთვის მხოლოდ ქოლერის მკურნალობის დროს, ვინაიდან იწვევს კბილების ფერის შეცვლას.							
ვიტამინი A	1 ჯერ დღეში 2 დღე	200 000 IU კაფსულა	–	½	1	1	1
		100 000 IU კაფსულა	½	1	2	2	2
		50 000 IU კაფსულა	1	2	4	4	4
ზიდოვუდინი (Zidovudine)(იხილე ანტივირუსული პრეპარატების ცალკე ცხრილი გვ. 372)							

ანტი-ტუბერკულოზური ანტიბიოტიკები		
		გამოთვალეთ ზუსტი დოზა სხეულის მასის შესაბამისად
ესენციალური anti-TB პრეპარატები (აბრევიატურა)	მოქმედების მექანიზმი	დღიური დოზა: მგ/კგ (ფარგლებში)
იზონიაზიდი (Isoniazid) (H)	ბაქტერიაციდური	10 (10–15)

რიფამპიცინი (Rifampicin) (R)	ბაქტერიაციდური	15 (10–20)
პირაზინამიდი (Pyrazinamide) (Z)	ბაქტერიაციდური	35 (30–40)
ეთამბუტოლი (Ethambutol)(E)	ბაქტერიასტატიკური	20 (15–25)
სტრეპტომიცინი (Streptomycin) (S):გამოიყენეთ მხოლოდ MDR TB მკურნალობისათვის	ბაქტერიაციდური	15 (12–18)

			დოზა სხეულის ფართობის ან სხეულის მასის გათვალისწინებით (დილას და საღამოს)					
პრეპარატი	დოზა	ფორმა	3–5.9 კგ	6–9.9 კგ	10–13.9 კგ	14–19.9 კგ	20–24.9 კგ	25–34.9 კგ
ფიქსირებული დოზით კომბინაციები								
ზიდოვუდინი/ლამივუდინი Zidovudine/lamivudine (AZT/3TC)	AZT: 180–240 მგ/მ² 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში	AZT 60 მგ + 3TC 30 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–
		AZT 300 მგ + 3TC 150 მგ	–	–	–	–	–	1
ზიდოვუდინი/ლამივუდინი ზიდოვუდინი/ლამივუდინი/ნევირაპინი Zidovudine/lamivudine /nevirapine (AZT/3TC/NVP)	AZT: 180–240 მგ/მ² 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში NVP: 160–200 მგ/მ²	AZT 60 მგ + 3TC 30 მგ + NVP 50 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–
		AZT 300 მგ + 3TC 150 მგ + NVP 200 მგ	–	–	–	–	–	1
აბაკავირი/ზიდოვუდინი/ლამივუდინი Abacavir/zidovudine /lamivudine (ABC/AZT/3TC)	ABC: 8 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში AZT: 180–240 მგ/მ² 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში	ABC 60 მგ + AZT 60 მგ + 3TC 30 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–
		ABC 300 მგ + AZT 300 მგ +	–	–	–	–	–	1

			დოზა სხეულის ფართობის ან სხეულის მასის გათვალისწინებით (დილას და საღამოს)					
პრეპარატი	დოზა	ფორმა	3–5.9 კგ	6–9.9 კგ	10–13.9 კგ	14–19.9 კგ	20–24.9 კგ	25–34.9 კგ
		3TC 150 მგ						
აბაკავირი/ლამივუდინი Abacavir/ lamivudine (ABC/3TC)	აბაკავირი Abacavir: 8 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში ლამივუდინი Lamivudine: 4 მგ/კგ2 ჯერ დღეში	პედიატრიული: ABC 60 მგ + 3TC 30 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–
		მოზრდილი: ABC 600 მგ + 3TC 300 მგ	–	–	–	–	–	½
მოზრდილისათვის ABC/3TC ფიქსირებული-დოზა ტაბლეტების კომბინაცია სათანადო დოზით შეიძლება არ იყოს მისაწვდომი, შეიძლება საჭირო გახდეს ტაბლეტის გაყოფა. იფიქრეთ 1 ტაბლეტის დღეში მიცემაზე.								
სტავუდინი /ლამივუდინი Stavudine/ lamivudine (d4T/3TC)	d4T: 1 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში	d4T 6 მგ + 3TC 30 მგ ან	1	1.5	2	2.5	3	–
		d4T 30 მგ + 3TC 150 მგ	–	–	–	–	–	1
სტავუდინი /ლამივუდინი/ნევირაპინი Stavudine/ lamivudine/nevirapine (d4T/3TC/NVP)	d4T: 1 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ2 ჯერ დღეში NVP: 160–200 მგ/მ²	d4T 6 მგ + 3TC 30 მგ + NVP 50 მგ ან	1	1.5	2	2.5	3	–
		d4T 30 მგ + 3TC 150 მგ + NVP 200 მგ	–	–	–	–	–	1
NVP, მაქსიმუმ 200 მგ2 ჯერ დღეში								
ლოპინავირი/ რიტონავირი Lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) (იხ. პროტეაზის ინჰიბიტორები გვ. 373)								

			დოზა სხეულის ფართობის ან სხეულის მასის გათვალისწინებით (დილას და საღამოს)					
პრეპარატი	დოზა	ფორმა	3–5.9 კგ	6–9.9 კგ	10–13.9 კგ	14–19.9 კგ	20–24.9 კგ	25–34.9 კგ
ფიქსირებული დოზით კომბინაციები								
ზიდოვუდინი/ლამივუდინი Zidovudine/lamivudine (AZT/3TC)	AZT: 180–240 მგ/მ² 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში	AZT 60 მგ + 3TC 30 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–
		AZT 300 მგ + 3TC 150 მგ	–	–	–	–	–	1
ზიდოვუდინი/ლამივუდინი ზიდოვუდინი/ლამივუდინი/ნევირაპინი Zidovudine/lamivudine /nevirapine (AZT/3TC/NVP)	AZT: 180–240 მგ/მ² 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში NVP: 160–200 მგ/მ²	AZT 60 მგ + 3TC 30 მგ + NVP 50 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–
		AZT 300 მგ + 3TC 150 მგ + NVP 200 მგ	–	–	–	–	–	1
აბაკავირი/ზიდოვუდინი/ლამივუდინი Abacavir/zidovudine /lamivudine (ABC/AZT/3TC)	ABC: 8 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში AZT: 180–240 მგ/მ² 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში	ABC 60 მგ + AZT 60 მგ + 3TC 30 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–
		ABC 300 მგ + AZT 300 მგ + 3TC 150 მგ	–	–	–	–	–	1
აბაკავირი/ლამივუდინი Abacavir/ lamivudine (ABC/3TC)	აბაკავირი Abacavir: 8 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში ლამივუდინი Lamivudine:	პედიატრიული: ABC 60 მგ + 3TC 30 მგ	1	1.5	2	2.5	3	–

			დოზა სხეულის ფართობის ან სხეულის მასის გათვალისწინებით (დილას და საღამოს)					
პრეპარატი	დოზა	ფორმა	3–5.9 კგ	6–9.9 კგ	10–13.9 კგ	14–19.9 კგ	20–24.9 კგ	25–34.9 კგ
	4 მგ/კგ2 ჯერ დღეში							
		მოზრდილი: ABC 600 მგ + 3TC 300 მგ	–	–	–	–	–	½
მოზრდილისათვის ABC/3TC ფიქსირებული-დოზა ტაბლეტების კომბინაცია სათანადო დოზით შეიძლება არ იყოს მისაწვდომი, შეიძლება საჭირო გახდეს ტაბლეტის გაყოფა. იფიქრეთ 1 ტაბლეტის დღეში მიცემაზე.								
სტავუდინი /ლამივუდინი Stavudine/ lamivudine (d4T/3TC)	d4T: 1 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში	d4T 6 მგ + 3TC 30 მგ ან	1	1.5	2	2.5	3	–
		d4T 30 მგ + 3TC 150 მგ	–	–	–	–	–	1
სტავუდინი /ლამივუდინი/ნევირაპინი Stavudine/ lamivudine/nevirapine (d4T/3TC/NVP)	d4T: 1 მგ/კგ 2 ჯერ დღეში 3TC: 4 მგ/კგ2 ჯერ დღეში NVP: 160–200 მგ/მ²	d4T 6 მგ + 3TC 30 მგ + NVP 50 მგ ან	1	1.5	2	2.5	3	–
		d4T 30 მგ + 3TC 150 მგ + NVP 200 მგ	–	–	–	–	–	1
NVP, მაქსიმუმ 200 მგ2 ჯერ დღეში								
ლოპინავირი/ რიტონავირი Lopinavir/ritonavir (LPV/RTV) (იხ. პროტეაზის ინჰიბიტორები გვ. 373)								

ნუკლეოზიდ რევერს-ტრანსკრიპტაზის ინჰიბიტორები Nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NRTIs)								
ეფავირენზი Efavirenz	15 მგ/კგ დღეში ერთ ჯერ	ტაბ: 200 მგ	არ არის საკმარისი ინფორმაცია ბავშვებში დოზირების შესახებ: < 3 წლის ასაკი, სხეულის მასა < 10 კგ	1 დღიურად	1.5 დღიურად	1.5 დღიურად	2 დღიურად	
LPV/RTV უფრო მაღალი დოზა შეიძლება იყოს საჭირო, როდესაც არის თანადანიშვნა ენზიმ-მაინდუცირებელ (enzyme-inducing drugs) ისეთ პრეპარატებთან, როგორიცაა ნევირაპინი, ეფავირენზი, ფოს-ამპრენავირი და რიფამპიცინი (nevirapine, efavirenz, fos-amprenavirrifampicin).								
ნევირაპინი (Nevirapine)	160–200 მგ/მ² მაქსიმუმ 200 მგ 2 ჯერ დღეში	სიროფი: 10 მგ/მლ	5 მლ	8 მლ	10 მლ	–	–	–
		ტაბლეტი: 50 მგ	1	1½	2	2½	3	
		ტაბლეტი: 200 მგ	–	–	–	½	1&½	1
გაყოფილი არათანაბარ დოზებად, მიეცით ერთი დოზა დილით და მეორე დოზა საღამოს.								
პროტეაზის ინჰიბიტორები								
ლოპინავირი/ რიტონავირი Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)	230–350 მგ/მ² 2 ჯერ დღეში	სიროფი: (LPV 80 მგ + RTV 20 მგ)/მლ	1 ან 1.5 მლ	1.5 მლml	2 მლ	2.5 მლ	3 მლ	–
		პედიატრიული ტაბლეტი: LPV 100 მგ/RTV 25 მგ	–	–	2	2	2	3
		მოზრდილთა ტაბლეტი: LPV 200 მგ/RTV 50 მგ	–	–	1	1	1	1½
LPV/RTV უფრო მაღალი დოზები შეიძლება იყოს საჭირო, როდესაც ხდება ენზიმ-მაპროდუცირებელ ისეთ პრეპარატებთან დანიშვნა, როგორიცაა ნევირაპინი, ეფევირენზი, ფოს-ამპრენავირი და რიფამპიცინი (nevirapine, efavirenz, fos-amprenavir rifampicin).								

შენიშვნა

დანართი 3
სამედიცინო იარაღების ზომები
დაახლოებით პედიატრიული იარაღის ზომები ბავშვის ასაკის მიხედვით (წონის მიხედვით)

იარაღები	0–5 თვეები	6–12 თვეები (4–9 კგ)	1–3 წლები (10–15 კგ)	4–7 წლები (16–20 კგ)
(3–6 კგ)		6–12 თვეები		
(4–9 კგ)	1–3 წლები	სწორი დანით აღჭურვილი	Child Macintosh	Child Macintosh
(10–15 კგ)	4–7 წლები	3.5–4.0	4.0–5.0	5.0–6.0
(16–20 კგ)	პატარა	პატარა	პატარა/ საშუალო	საშუალო
სასუნთქი გზები და სუნთქვა				
ლაპარასკოპია	სწორი	22	22/18	20/16
დანით აღჭურვილი	სწორი	20	18	18
დანით აღჭურვილი	ბავშვის			
მაკენტოში	ბავშვის	10	10–12	12
მაკენტოში	5 feeding tube	5 feeding tube/F8	ფოლი 8	ფოლი 10
უმანჟეტო ტრაქეალური მილი	2.5–3.5	3.5–4.0	4.0–5.0	5.0–6.0
სტილეტი	პატარა	პატარა	პატარა/	
საშუალო				
	საშუალო			
სექციური კათეტერი (French gauge)	6	8	10/12	
ცირკულაცია				
ინტრავენური კანულა	24/22	22	22/18	
	20/16			
ცენტრალური ვენის კანულა	20	20	18	

	18		
<u>სხვა იარაღები</u>			
ნაზოგასტრალური მილი a	8	10	10–12
	12		
საშარდე გზების კათეტერი a	5		
საკვები მილი	5		
საკვები მილი/F8	ფოლეი 8	ფოლეი 10	

† French gauge ან Charrière ზომა, არის ექვივალენტური და აჩვენებს მილის ზომას მილიმეტრებში.

	კომპოზიცია						
ინტრავენური სითხეები	Na+	K+	Cl–	Ca++	Lactate	Glucose	Calories
	მმოლ/ლ	მმოლ/ლ	მმოლ/ლ	მმოლ/ლ	მმოლ/ლ	გრ/ლ	კალ/ლ
რინგერ ლაქტატი (Hartmann's)	130	5.4	112	1.8	27	–	–
იზოტონური ხსნარი (0.9% NaCl)	154	–	154	–	–	–	–
10% გლუკოზა	–	–	–	–	–	100	400
0.45 NaCl/5% გლუკოზა	77	–	77	–	–	50	200
დაროუს ხსნარი	121	35	103	–	53	–	–
ნახევრად ძლიერი დაროუს ხსნარი 5% გლუკოზასთან ერთად[a]	61	17	52	–	27	50	200
ნახევრად ძლიერი რინგერის ლაქტატი 5% გლუკოზასთან ერთად	65	2.7	56	1	14	50	200
0.18% NaCl/4% გლუკოზა[b]	31	–	31	–	–	40	160
5% გლუკოზა[b]	–	–	–	–	–	50	200

შენიშვნა

დანართი 4
ინტრავენური სითხეები

წარმოდგენილი ცხრილი აღწერს ინტავენური სითხეების შემცველობას, რომლებიც კომერციულად ხელმისაწვდომია და ხშირად გამოიყენება, ახალშობილებში და ბავშვებში. გადაწყვეტილება თუ როგორ უნდა იქნეს გამოყენებული ინტრავენური სითხეები იხილეთ შესაბამისი დაავადებების თავებში, მაგალითად, შოკისათვის (გვ. 48), ახალშობილებისათვის, მძიმე მაუნუტრიციით დაავადებული ბავშვებისათვის (გვ. 240), ქირურგიული ოპერაციებისათვის (გვ.311) ზოგადი ჩანაცვლებითი თერაპიისათვის. გთხოვთ გაითვალისწინოთ, რომ არცერთი სითხე არ შეიცავს ბავშვისათვის საჭირო ხანგრძლივი დროისთვის საკმარისი რაოდენობის კალორიებს, მაგრამ ზოგიერთი ხსნარი შეიცავს კიდევ უფრო ნაკლებ კალორიებს. როცა საკვების ან სითხის მიწოდება შესაძლებელია ორალურად ან ნაზოგასტრალური ზონდით, ინტრავენური გზა ყველაზე დაცული გზაა სითხეების მიწოდებისათვის.

* ნახევრად ძლიერი დარეჟს ხსნარი ხშირად არის გლუკოზის გარეშე, ამიტომ აუცილებელია გლუკოზის დამატება გამოყენების წინ.
† აღნიშნული სითხეები უმეტესად გამოიყენება ძირითადად სიცოცხლის პირველ დღეებში და არა ახალშობილებსა და ბავშვებში.

A4.1 ინტრავენური სითხეების შერჩევა

ჰიპონატრემიის რისკი შეიძლება გაიზარდოს პედიატრიულ პაციენტებში იმ ხსნარების გამოყენებისას, რომლებიც შეიცავენ მცირე რაოდენობით ნატრიუმს, იმ ხსნარებთან შედარებით რომლებიც შეიცავენ ნატრიუმს 75–150მმოლ/ლიტრზე. ხსნარები შეიცავს მცირე რაოდენობით ნატრიუმს, როგორიცაა 0.18% ნატრიუმის ქლორიდი 4% გლუკოზასთან ერთად ან 5% გლუკოზის ხსნარი. ასეთი ხსნარები არ უნდა უნდა იქნეს გამოყენებული რეჰიდრატაციისათვის ან სითხეების რაოდენობის შენარჩუნებისათვის. ინტრავენური სითხეები უნდა შეიცავდნენ შესაბამისი რაოდენობის ნატრიუმს და გლუკოზას, რომ თავიდან ავირიდოთ ჰიპოგლიკემია და იმ ბავშვებში, რომელთაც კვება ვერ ხერხდება ორალურად ან ნაზოგასტრალური ზონდით.

რეანიმაცია: ბავშვები, რომელთაც აღენიშნებათ მძიმე დეჰიდრატაცია ან შოკის ნიშნები საჭიროებენ ინტრავენურად იზოტონური ხსნარი

(0.9% იზოტონური ხსნარი ან რინგერ ლაქტატი).
შემანარჩუნებელი სითხეების ინტრავენურად გადასხმა: ბავშვს ესაჭიროება ადექვატური რაოდენობის სითხეების მიწოდება, მიეცით რინგერ ლაქტატის ხსნარი 5%-იან დექტროზა ან 0.9% იზოტონური ხსნარი 5% გლუკოზასთან ერთად ამ ნახევრად ფიზიოლოგიური მარილხსნარი (0.45% ნატრიუმის ქლორიდი) 5%-იან გლუკოზასთან ერთად.

შენიშვნა

დანართი 5 ნუტრიციული სტატუსის შეფასება

A5.1 გამოითვალეთ ბავშვის წონის შესაბამისობა ასაკთან

გამოთვალეთ ბავშვის წონა ასაკთან შესაბამისობაში, გამოიყენეთ ქვემოთ მოყვანილი ცხრილები გვ. 5.

ცხრილები:

მოცემულია ცხრილები სქესის მიხედვით.

მაგალითი 1: 5 თვის ვაჟები იწონიან 5.3 კგ. მათი წონა ასაკთან შესაბამისობაში არის -3 SD.

მაგალითი 2: 27 თვის გოგონები იწონიან 6.5 კგ. მათი წონა ასაკთან შესაბამისობაში არის <–3 SD.

384–5 გვერდზე მოცემული ცხრილი, სადაც –2 (დაბალი წონა ასაკის შესაბამისად) და –3 SD (ძალიან დაბალი წონა ასაკის შესაბამისად). გთხოვთ გაითვალისწინოთ სექცია A5.2, (გვ.440) გამოიყენება ბავშვებში მძიმე მალნუტრიციის შესაფასებლად.

ცხრილი A5.1.1 ასაკის შესაბამისი წონა დაბადებიდან 5 წლამდე: ვაჟები

თვეები	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	2.1	2.5	2.9	3.3	3.9	4.4	5.0
1	2.9	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6
2	3.8	4.3	4.9	5.6	6.3	7.1	8.0
3	4.4	5.0	5.7	6.4	7.2	8.0	9.0
4	4.9	5.6	6.2	7.0	7.8	8.7	9.7
5	5.3	6.0	6.7	7.5	8.4	9.3	10.4
6	5.7	6.4	7.1	7.9	8.8	9.8	10.9
7	5.9	6.7	7.4	8.3	9.2	10.3	11.4
8	6.2	6.9	7.7	8.6	9.6	10.7	11.9
9	6.4	7.1	8.0	8.9	9.9	11.0	12.3
10	6.6	7.4	8.2	9.2	10.2	11.4	12.7
11	6.8	7.6	8.4	9.4	10.5	11.7	13.0

12	6.9	7.7	8.6	9.6	10.8	12.0	13.3
13	7.1	7.9	8.8	9.9	11.0	12.3	13.7
14	7.2	8.1	9.0	10.1	11.3	12.6	14.0
15	7.4	8.3	9.2	10.3	11.5	12.8	14.3
16	7.5	8.4	9.4	10.5	11.7	13.1	14.6
17	7.7	8.6	9.6	10.7	12.0	13.4	14.9
18	7.8	8.8	9.8	10.9	12.2	13.7	15.3
19	8.0	8.9	10.0	11.1	12.5	13.9	15.6
20	8.1	9.1	10.1	11.3	12.7	14.2	15.9
21	8.2	9.2	10.3	11.5	12.9	14.5	16.2
22	8.4	9.4	10.5	11.8	13.2	14.7	16.5
23	8.5	9.5	10.7	12.0	13.4	15.0	16.8
24	8.6	9.7	10.8	12.2	13.6	15.3	17.1
25	8.8	9.8	11.0	12.4	13.9	15.5	17.5
26	8.9	10.0	11.2	12.5	14.1	15.8	17.8
27	9.0	10.1	11.3	12.7	14.3	16.1	18.1
28	9.1	10.2	11.5	12.9	14.5	16.3	18.4
29	9.2	10.4	11.7	13.1	14.8	16.6	18.7
30	9.4	10.5	11.8	13.3	15.0	16.9	19.0
31	9.5	10.7	12.0	13.5	15.2	17.1	19.3
32	9.6	10.8	12.1	13.7	15.4	17.4	19.6
33	9.7	10.9	12.3	13.8	15.6	17.6	19.9
34	9.8	11.0	12.4	14.0	15.8	17.8	20.2
35	9.9	11.2	12.6	14.2	16.0	18.1	20.4
36	10.0	11.3	12.7	14.3	16.2	18.3	20.7
37	10.1	11.4	12.9	14.5	16.4	18.6	21.0
38	10.2	11.5	13.0	14.7	16.6	18.8	21.3

39	10.3	11.6	13.1	14.8	16.8	19.0	21.6
40	10.4	11.8	13.3	15.0	17.0	19.3	21.9
41	10.5	11.9	13.4	15.2	17.2	19.5	22.1
42	10.6	12.0	13.6	15.3	17.4	19.7	22.4
43	10.7	12.1	13.7	15.5	17.6	20.0	22.7
44	10.8	12.2	13.8	15.7	17.8	20.2	23.0
45	10.9	12.4	14.0	15.8	18.0	20.5	23.3
46	11.0	12.5	14.1	16.0	18.2	20.7	23.6
47	11.1	12.6	14.3	16.2	18.4	20.9	23.9
48	11.2	12.7	14.4	16.3	18.6	21.2	24.2
49	11.3	12.8	14.5	16.5	18.8	21.4	24.5
50	11.4	12.9	14.7	16.7	19.0	21.7	24.8
51	11.5	13.1	14.8	16.8	19.2	21.9	25.1
52	11.6	13.2	15.0	17.0	19.4	22.2	25.4
53	11.7	13.3	15.1	17.2	19.6	22.4	25.7
54	11.8	13.4	15.2	17.3	19.8	22.7	26.0
55	11.9	13.5	15.4	17.5	20.0	22.9	26.3
56	12.0	13.6	15.5	17.7	20.2	23.2	26.6
57	12.1	13.7	15.6	17.8	20.4	23.4	26.9
58	12.2	13.8	15.8	18.0	20.6	23.7	27.2
59	12.3	14.0	15.9	18.2	20.8	23.9	27.6
60	12.4	14.1	16.0	18.3	21.0	24.2	27.9

Table A5.1.2 წონის შესაბამისობა ასაკთან დაბადებიდან 5 წლამდე: გოგონები

თვეები	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
0	2.0	2.4	2.8	3.2	3.7	4.2	4.8
1	2.7	3.2	3.6	4.2	4.8	5.5	6.2
2	3.4	3.9	4.5	5.1	5.8	6.6	7.5
3	4.0	4.5	5.2	5.8	6.6	7.5	8.5
4	4.4	5.0	5.7	6.4	7.3	8.2	9.3
5	4.8	5.4	6.1	6.9	7.8	8.8	10.0
6	5.1	5.7	6.5	7.3	8.2	9.3	10.6
7	5.3	6.0	6.8	7.6	8.6	9.8	11.1
8	5.6	6.3	7.0	7.9	9.0	10.2	11.6
9	5.8	6.5	7.3	8.2	9.3	10.5	12.0
10	5.9	6.7	7.5	8.5	9.6	10.9	12.4
11	6.1	6.9	7.7	8.7	9.9	11.2	12.8
12	6.3	7.0	7.9	8.9	10.1	11.5	13.1
13	6.4	7.2	8.1	9.2	10.4	11.8	13.5
14	6.6	7.4	8.3	9.4	10.6	12.1	13.8
15	6.7	7.6	8.5	9.6	10.9	12.4	14.1
16	6.9	7.7	8.7	9.8	11.1	12.6	14.5
17	7.0	7.9	8.9	10.0	11.4	12.9	14.8
18	7.2	8.1	9.1	10.2	11.6	13.2	15.1
19	7.3	8.2	9.2	10.4	11.8	13.5	15.4
20	7.5	8.4	9.4	10.6	12.1	13.7	15.7
21	7.6	8.6	9.6	10.9	12.3	14.0	16.0
22	7.8	8.7	9.8	11.1	12.5	14.3	16.4
23	7.9	8.9	10.0	11.3	12.8	14.6	16.7

24	8.1	9.0	10.2	11.5	13.0	14.8	17.0
25	8.2	9.2	10.3	11.7	13.3	15.1	17.3
26	8.4	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.7
27	8.5	9.5	10.7	12.1	13.7	15.7	18.0
28	8.6	9.7	10.9	12.3	14.0	16.0	18.3
29	8.8	9.8	11.1	12.5	14.2	16.2	18.7
30	8.9	10.0	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0
31	9.0	10.1	11.4	12.9	14.7	16.8	19.3
32	9.1	10.3	11.6	13.1	14.9	17.1	19.6
33	9.3	10.4	11.7	13.3	15.1	17.3	20.0
34	9.4	10.5	11.9	13.5	15.4	17.6	20.3
35	9.5	10.7	12.0	13.7	15.6	17.9	20.6
36	9.6	10.8	12.2	13.9	15.8	18.1	20.9
37	9.7	10.9	12.4	14.0	16.0	18.4	21.3
38	9.8	11.1	12.5	14.2	16.3	18.7	21.6
39	9.9	11.2	12.7	14.4	16.5	19.0	22.0
40	10.1	11.3	12.8	14.6	16.7	19.2	22.3
41	10.2	11.5	13.0	14.8	16.9	19.5	22.7
42	10.3	11.6	13.1	15.0	17.2	19.8	23.0
43	10.4	11.7	13.3	15.2	17.4	20.1	23.4
44	10.5	11.8	13.4	15.3	17.6	20.4	23.7
45	10.6	12.0	13.6	15.5	17.8	20.7	24.1
46	10.7	12.1	13.7	15.7	18.1	20.9	24.5
47	10.8	12.2	13.9	15.9	18.3	21.2	24.8
48	10.9	12.3	14.0	16.1	18.5	21.5	25.2
49	11.0	12.4	14.2	16.3	18.8	21.8	25.5
50	11.1	12.6	14.3	16.4	19.0	22.1	25.9

51	11.2	12.7	14.5	16.6	19.2	22.4	26.3
52	11.3	12.8	14.6	16.8	19.4	22.6	26.6
53	11.4	12.9	14.8	17.0	19.7	22.9	27.0
54	11.5	13.0	14.9	17.2	19.9	23.2	27.4
55	11.6	13.2	15.1	17.3	20.1	23.5	27.7
56	11.7	13.3	15.2	17.5	20.3	23.8	28.1
57	11.8	13.4	15.3	17.7	20.6	24.1	28.5
58	11.9	13.5	15.5	17.9	20.8	24.4	28.8
59	12.0	13.6	15.6	18.0	21.0	24.6	29.2
60	12.1	13.7	15.8	18.2	21.2	24.9	29.5

A5.2 ბავშვის წონისა და სიმაღლის (სიგრძის) შესაბამისობის გამოთვლა

A5.2.1 და A5.2.2 ცხრილში, (გვ.441-გვ.446) გვერდზე ჯანმოს მიერ მოწოდებულია ბავშვის წონისა და სიმაღლის (სიგრძის) შესაბამისობის ნომირებული მონაცემები (45–100 სმ) და ცხრილ A5.2.3-სა და A5.2.4-ში გვერდზე (გვ.445-გვ.456) იგივე მონაცემები (65–120 სმ), მოცემულია სქესის მიხედვით.

ინტერპრეტაცია: ფიქსირებული საშუალო სიდიდის პროცენტი ცვალებადობს ასაკისა და სიმაღლის მიხედვით და ჩვეულებრივ ორი სიდიდის ერთმანეთთან შედარება არ ხდება. მიახლოებითი პროცენტი საშუალო სიდიდისათვის –1 და –2SD არის შემდეგი 90% და 80% შესაბამისად.[2]

'სიგრძეზე საუბრობენ თუ ბავშვი < 85 სმ-ზე, ხოლო თუ მეტია 85 სმ-ზე სარგებლობენ ტერმინით 'სიმაღლე'. სიგრძე დაწოლილ მდგომარეობაში საშუალოდ 0.5 სმ-ით დიდია ვიდრე დამდგარ მდგომარეობაში. ამასთან ბავშვებში ინდივიდუალ განსხვავებას არ აქვს მნიშვნელობა. 0.5 სმ-იანი კორექცია შეიძლება შეტანილი იყოს > 84.9 სმ სიმაღლის შემთხვევაში თუკი სიმაღლის გაზომვა ვერ ხერხდება.

ცხრილები:

შესაბამისი ცხრილები მოცემულია გოგონებისა და ვაჟებისათვის.

გაითვალისწინეთ სადაც ბავშვის წონაა მოცემული შესაბამის რიგში მითითებულია მისი სიგრძე

მაგალითი 1: ვაჟი: სიგრძე 61 სმ, წონა 5.3 კგ. მისი წონა სიგრძესთან შესაბამისობაში იქნება –2SD.

მაგალითი 2: გოგონა: სიგრძე 67 სმ, წონა 4.3 კგ. მისი წონა სიგრძესთან შესაბამისობაში იქნება <–3SD.

2 Gorstein J et al. Issues in the assessment of nutritional status usinganthropometry. *Bulletin of the World Health Organization*, 1994, 72:273–283.

ცხრილი A5.2.1 წონის შესაბამისობა სიგრძესთან დაბადებიდან 2 წლამდე: ვაჟი

სიგრძე (სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
45.0	1.9	2.0	2.2	2.4	2.7	3.0	3.3
45.5	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.1	3.4
46.0	2.0	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.5
46.5	2.1	2.3	2.5	2.7	3.0	3.2	3.6
47.0	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.7
47.5	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.8
48.0	2.3	2.5	2.7	2.9	3.2	3.6	3.9
48.5	2.3	2.6	2.8	3.0	3.3	3.7	4.0
49.0	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.8	4.2
49.5	2.5	2.7	3.0	3.2	3.5	3.9	4.3
50.0	2.6	2.8	3.0	3.3	3.6	4.0	4.4
50.5	2.7	2.9	3.1	3.4	3.8	4.1	4.5
51.0	2.7	3.0	3.2	3.5	3.9	4.2	4.7
51.5	2.8	3.1	3.3	3.6	4.0	4.4	4.8
52.0	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.5	5.0
52.5	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.6	5.1
53.0	3.1	3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	5.3
53.5	3.2	3.5	3.8	4.1	4.5	4.9	5.4
54.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.7	5.1	5.6
54.5	3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	5.3	5.8
55.0	3.6	3.8	4.2	4.5	5.0	5.4	6.0
55.5	3.7	4.0	4.3	4.7	5.1	5.6	6.1
56.0	3.8	4.1	4.4	4.8	5.3	5.8	6.3
56.5	3.9	4.2	4.6	5.0	5.4	5.9	6.5

სიგრძე (სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
57.0	4.0	4.3	4.7	5.1	5.6	6.1	6.7
57.5	4.1	4.5	4.9	5.3	5.7	6.3	6.9
58.0	4.3	4.6	5.0	5.4	5.9	6.4	7.1
58.5	4.4	4.7	5.1	5.6	6.1	6.6	7.2
59.0	4.5	4.8	5.3	5.7	6.2	6.8	7.4
59.5	4.6	5.0	5.4	5.9	6.4	7.0	7.6
60.0	4.7	5.1	5.5	6.0	6.5	7.1	7.8
60.5	4.8	5.2	5.6	6.1	6.7	7.3	8.0
61.0	4.9	5.3	5.8	6.3	6.8	7.4	8.1
61.5	5.0	5.4	5.9	6.4	7.0	7.6	8.3
62.0	5.1	5.6	6.0	6.5	7.1	7.7	8.5
62.5	5.2	5.7	6.1	6.7	7.2	7.9	8.6
63.0	5.3	5.8	6.2	6.8	7.4	8.0	8.8
63.5	5.4	5.9	6.4	6.9	7.5	8.2	8.9
64.0	5.5	6.0	6.5	7.0	7.6	8.3	9.1
64.5	5.6	6.1	6.6	7.1	7.8	8.5	9.3
65.0	5.7	6.2	6.7	7.3	7.9	8.6	9.4
65.5	5.8	6.3	6.8	7.4	8.0	8.7	9.6
66.0	5.9	6.4	6.9	7.5	8.2	8.9	9.7
66.5	6.0	6.5	7.0	7.6	8.3	9.0	9.9
67.0	6.1	6.6	7.1	7.7	8.4	9.2	10.0
67.5	6.2	6.7	7.2	7.9	8.5	9.3	10.2
68.0	6.3	6.8	7.3	8.0	8.7	9.4	10.3
68.5	6.4	6.9	7.5	8.1	8.8	9.6	10.5
69.0	6.5	7.0	7.6	8.2	8.9	9.7	10.6

სიგრძე (სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
69.5	6.6	7.1	7.7	8.3	9.0	9.8	10.8
70.0	6.6	7.2	7.8	8.4	9.2	10.0	10.9
70.5	6.7	7.3	7.9	8.5	9.3	10.1	11.1
71.0	6.8	7.4	8.0	8.6	9.4	10.2	11.2
71.5	6.9	7.5	8.1	8.8	9.5	10.4	11.3
72.0	7.0	7.6	8.2	8.9	9.6	10.5	11.5
72.5	7.1	7.6	8.3	9.0	9.8	10.6	11.6
73.0	7.2	7.7	8.4	9.1	9.9	10.8	11.8
73.5	7.2	7.8	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9
74.0	7.3	7.9	8.6	9.3	10.1	11.0	12.1
74.5	7.4	8.0	8.7	9.4	10.2	11.2	12.2
75.0	7.5	8.1	8.8	9.5	10.3	11.3	12.3
75.5	7.6	8.2	8.8	9.6	10.4	11.4	12.5
76.0	7.6	8.3	8.9	9.7	10.6	11.5	12.6
76.5	7.7	8.3	9.0	9.8	10.7	11.6	12.7
77.0	7.8	8.4	9.1	9.9	10.8	11.7	12.8
77.5	7.9	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9	13.0
78.0	7.9	8.6	9.3	10.1	11.0	12.0	13.1
78.5	8.0	8.7	9.4	10.2	11.1	12.1	13.2
79.0	8.1	8.7	9.5	10.3	11.2	12.2	13.3
79.5	8.2	8.8	9.5	10.4	11.3	12.3	13.4
80.0	8.2	8.9	9.6	10.4	11.4	12.4	13.6
80.5	8.3	9.0	9.7	10.5	11.5	12.5	13.7
81.0	8.4	9.1	9.8	10.6	11.6	12.6	13.8
81.5	8.5	9.1	9.9	10.7	11.7	12.7	13.9
82.0	8.5	9.2	10.0	10.8	11.8	12.8	14.0

სიგრძე (სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
82.5	8.6	9.3	10.1	10.9	11.9	13.0	14.2
83.0	8.7	9.4	10.2	11.0	12.0	13.1	14.3
83.5	8.8	9.5	10.3	11.2	12.1	13.2	14.4
84.0	8.9	9.6	10.4	11.3	12.2	13.3	14.6
84.5	9.0	9.7	10.5	11.4	12.4	13.5	14.7
85.0	9.1	9.8	10.6	11.5	12.5	13.6	14.9
85.5	9.2	9.9	10.7	11.6	12.6	13.7	15.0
86.0	9.3	10.0	10.8	11.7	12.8	13.9	15.2
86.5	9.4	10.1	11.0	11.9	12.9	14.0	15.3
87.0	9.5	10.2	11.1	12.0	13.0	14.2	15.5
87.5	9.6	10.4	11.2	12.1	13.2	14.3	15.6
88.0	9.7	10.5	11.3	12.2	13.3	14.5	15.8
88.5	9.8	10.6	11.4	12.4	13.4	14.6	15.9
89.0	9.9	10.7	11.5	12.5	13.5	14.7	16.1
89.5	10.0	10.8	11.6	12.6	13.7	14.9	16.2
90.0	10.1	10.9	11.8	12.7	13.8	15.0	16.4
90.5	10.2	11.0	11.9	12.8	13.9	15.1	16.5
91.0	10.3	11.1	12.0	13.0	14.1	15.3	16.7
91.5	10.4	11.2	12.1	13.1	14.2	15.4	16.8
92.0	10.5	11.3	12.2	13.2	14.3	15.6	17.0
92.5	10.6	11.4	12.3	13.3	14.4	15.7	17.1
93.0	10.7	11.5	12.4	13.4	14.6	15.8	17.3
93.5	10.7	11.6	12.5	13.5	14.7	16.0	17.4
94.0	10.8	11.7	12.6	13.7	14.8	16.1	17.6
94.5	10.9	11.8	12.7	13.8	14.9	16.3	17.7
95.0	11.0	11.9	12.8	13.9	15.1	16.4	17.9

სიგრძე (სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
95.5	11.1	12.0	12.9	14.0	15.2	16.5	18.0
96.0	11.2	12.1	13.1	14.1	15.3	16.7	18.2
96.5	11.3	12.2	13.2	14.3	15.5	16.8	18.4
97.0	11.4	12.3	13.3	14.4	15.6	17.0	18.5
97.5	11.5	12.4	13.4	14.5	15.7	17.1	18.7
98.0	11.6	12.5	13.5	14.6	15.9	17.3	18.9
98.5	11.7	12.6	13.6	14.8	16.0	17.5	19.1
99.0	11.8	12.7	13.7	14.9	16.2	17.6	19.2
99.5	11.9	12.8	13.9	15.0	16.3	17.8	19.4
100.0	12.0	12.9	14.0	15.2	16.5	18.0	19.6
100.5	12.1	13.0	14.1	15.3	16.6	18.1	19.8
101.0	12.2	13.2	14.2	15.4	16.8	18.3	20.0
101.5	12.3	13.3	14.4	15.6	16.9	18.5	20.2
102.0	12.4	13.4	14.5	15.7	17.1	18.7	20.4
102.5	12.5	13.5	14.6	15.9	17.3	18.8	20.6
103.0	12.6	13.6	14.8	16.0	17.4	19.0	20.8
103.5	12.7	13.7	14.9	16.2	17.6	19.2	21.0
104.0	12.8	13.9	15.0	16.3	17.8	19.4	21.2
104.5	12.9	14.0	15.2	16.5	17.9	19.6	21.5
105.0	13.0	14.1	15.3	16.6	18.1	19.8	21.7
105.5	13.2	14.2	15.4	16.8	18.3	20.0	21.9
106.0	13.3	14.4	15.6	16.9	18.5	20.2	22.1
106.5	13.4	14.5	15.7	17.1	18.6	20.4	22.4
107.0	13.5	14.6	15.9	17.3	18.8	20.6	22.6
107.5	13.6	14.7	16.0	17.4	19.0	20.8	22.8
108.0	13.7	14.9	16.2	17.6	19.2	21.0	23.1

სიგრძე (სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
108.5	13.8	15.0	16.3	17.8	19.4	21.2	23.3
109.0	14.0	15.1	16.5	17.9	19.6	21.4	23.6
109.5	14.1	15.3	16.6	18.1	19.8	21.7	23.8
110.0	14.2	15.4	16.8	18.3	20.0	21.9	24.1

ცხრილი A5.2.2. წონა და სიმაღლე 2 - 5 ასაკი: გოგონები

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
45.0	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	3.0	3.3
45.5	2.0	2.1	2.3	2.5	2.8	3.1	3.4
46.0	2.0	2.2	2.4	2.6	2.9	3.2	3.5
46.5	2.1	2.3	2.5	2.7	3.0	3.3	3.6
47.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.1	3.4	3.7
47.5	2.2	2.4	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8
48.0	2.3	2.5	2.7	3.0	3.3	3.6	4.0
48.5	2.4	2.6	2.8	3.1	3.4	3.7	4.1
49.0	2.4	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.2
49.5	2.5	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.3
50.0	2.6	2.8	3.1	3.4	3.7	4.0	4.5
50.5	2.7	2.9	3.2	3.5	3.8	4.2	4.6
51.0	2.8	3.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.8
51.5	2.8	3.1	3.4	3.7	4.0	4.4	4.9
52.0	2.9	3.2	3.5	3.8	4.2	4.6	5.1
52.5	3.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.7	5.2
53.0	3.1	3.4	3.7	4.0	4.4	4.9	5.4
53.5	3.2	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.5
54.0	3.3	3.6	3.9	4.3	4.7	5.2	5.7

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
54.5	3.4	3.7	4.0	4.4	4.8	5.3	5.9
55.0	3.5	3.8	4.2	4.5	5.0	5.5	6.1
55.5	3.6	3.9	4.3	4.7	5.1	5.7	6.3
56.0	3.7	4.0	4.4	4.8	5.3	5.8	6.4
56.5	3.8	4.1	4.5	5.0	5.4	6.0	6.6
57.0	3.9	4.3	4.6	5.1	5.6	6.1	6.8
57.5	4.0	4.4	4.8	5.2	5.7	6.3	7.0
58.0	4.1	4.5	4.9	5.4	5.9	6.5	7.1
58.5	4.2	4.6	5.0	5.5	6.0	6.6	7.3
59.0	4.3	4.7	5.1	5.6	6.2	6.8	7.5
59.5	4.4	4.8	5.3	5.7	6.3	6.9	7.7
60.0	4.5	4.9	5.4	5.9	6.4	7.1	7.8
60.5	4.6	5.0	5.5	6.0	6.6	7.3	8.0
61.0	4.7	5.1	5.6	6.1	6.7	7.4	8.2
61.5	4.8	5.2	5.7	6.3	6.9	7.6	8.4
62.0	4.9	5.3	5.8	6.4	7.0	7.7	8.5
62.5	5.0	5.4	5.9	6.5	7.1	7.8	8.7
63.0	5.1	5.5	6.0	6.6	7.3	8.0	8.8
63.5	5.2	5.6	6.2	6.7	7.4	8.1	9.0
64.0	5.3	5.7	6.3	6.9	7.5	8.3	9.1
64.5	5.4	5.8	6.4	7.0	7.6	8.4	9.3
65.0	5.5	5.9	6.5	7.1	7.8	8.6	9.5
65.5	5.5	6.0	6.6	7.2	7.9	8.7	9.6
66.0	5.6	6.1	6.7	7.3	8.0	8.8	9.8
66.5	5.7	6.2	6.8	7.4	8.1	9.0	9.9
67.0	5.8	6.3	6.9	7.5	8.3	9.1	10.0

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
67.5	5.9	6.4	7.0	7.6	8.4	9.2	10.2
68.0	6.0	6.5	7.1	7.7	8.5	9.4	10.3
68.5	6.1	6.6	7.2	7.9	8.6	9.5	10.5
69.0	6.1	6.7	7.3	8.0	8.7	9.6	10.6
69.5	6.2	6.8	7.4	8.1	8.8	9.7	10.7
70.0	6.3	6.9	7.5	8.2	9.0	9.9	10.9
70.5	6.4	6.9	7.6	8.3	9.1	10.0	11.0
71.0	6.5	7.0	7.7	8.4	9.2	10.1	11.1
71.5	6.5	7.1	7.7	8.5	9.3	10.2	11.3
72.0	6.6	7.2	7.8	8.6	9.4	10.3	11.4
72.5	6.7	7.3	7.9	8.7	9.5	10.5	11.5
73.0	6.8	7.4	8.0	8.8	9.6	10.6	11.7
73.5	6.9	7.4	8.1	8.9	9.7	10.7	11.8
74.0	6.9	7.5	8.2	9.0	9.8	10.8	11.9
74.5	7.0	7.6	8.3	9.1	9.9	10.9	12.0
75.0	7.1	7.7	8.4	9.1	10.0	11.0	12.2
75.5	7.1	7.8	8.5	9.2	10.1	11.1	12.3
76.0	7.2	7.8	8.5	9.3	10.2	11.2	12.4
76.5	7.3	7.9	8.6	9.4	10.3	11.4	12.5
77.0	7.4	8.0	8.7	9.5	10.4	11.5	12.6
77.5	7.4	8.1	8.8	9.6	10.5	11.6	12.8
78.0	7.5	8.2	8.9	9.7	10.6	11.7	12.9
78.5	7.6	8.2	9.0	9.8	10.7	11.8	13.0
79.0	7.7	8.3	9.1	9.9	10.8	11.9	13.1
79.5	7.7	8.4	9.1	10.0	10.9	12.0	13.3
80.0	7.8	8.5	9.2	10.1	11.0	12.1	13.4

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
80.5	7.9	8.6	9.3	10.2	11.2	12.3	13.5
81.0	8.0	8.7	9.4	10.3	11.3	12.4	13.7
81.5	8.1	8.8	9.5	10.4	11.4	12.5	13.8
82.0	8.1	8.8	9.6	10.5	11.5	12.6	13.9
82.5	8.2	8.9	9.7	10.6	11.6	12.8	14.1
83.0	8.3	9.0	9.8	10.7	11.8	12.9	14.2
83.5	8.4	9.1	9.9	10.9	11.9	13.1	14.4
84.0	8.5	9.2	10.1	11.0	12.0	13.2	14.5
84.5	8.6	9.3	10.2	11.1	12.1	13.3	14.7
85.0	8.7	9.4	10.3	11.2	12.3	13.5	14.9
85.5	8.8	9.5	10.4	11.3	12.4	13.6	15.0
86.0	8.9	9.7	10.5	11.5	12.6	13.8	15.2
86.5	9.0	9.8	10.6	11.6	12.7	13.9	15.4
87.0	9.1	9.9	10.7	11.7	12.8	14.1	15.5
87.5	9.2	10.0	10.9	11.8	13.0	14.2	15.7
88.0	9.3	10.1	11.0	12.0	13.1	14.4	15.9
88.5	9.4	10.2	11.1	12.1	13.2	14.5	16.0
89.0	9.5	10.3	11.2	12.2	13.4	14.7	16.2
89.5	9.6	10.4	11.3	12.3	13.5	14.8	16.4
90.0	9.7	10.5	11.4	12.5	13.7	15.0	16.5
90.5	9.8	10.6	11.5	12.6	13.8	15.1	16.7
91.0	9.9	10.7	11.7	12.7	13.9	15.3	16.9
91.5	10.0	10.8	11.8	12.8	14.1	15.5	17.0
92.0	10.1	10.9	11.9	13.0	14.2	15.6	17.2
92.5	10.1	11.0	12.0	13.1	14.3	15.8	17.4
93.0	10.2	11.1	12.1	13.2	14.5	15.9	17.5

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
93.5	10.3	11.2	12.2	13.3	14.6	16.1	17.7
94.0	10.4	11.3	12.3	13.5	14.7	16.2	17.9
94.5	10.5	11.4	12.4	13.6	14.9	16.4	18.0
95.0	10.6	11.5	12.6	13.7	15.0	16.5	18.2
95.5	10.7	11.6	12.7	13.8	15.2	16.7	18.4
96.0	10.8	11.7	12.8	14.0	15.3	16.8	18.6
96.5	10.9	11.8	12.9	14.1	15.4	17.0	18.7
97.0	11.0	12.0	13.0	14.2	15.6	17.1	18.9
97.5	11.1	12.1	13.1	14.4	15.7	17.3	19.1
98.0	11.2	12.2	13.3	14.5	15.9	17.5	19.3
98.5	11.3	12.3	13.4	14.6	16.0	17.6	19.5
99.0	11.4	12.4	13.5	14.8	16.2	17.8	19.6
99.5	11.5	12.5	13.6	14.9	16.3	18.0	19.8
100.0	11.6	12.6	13.7	15.0	16.5	18.1	20.0
100.5	11.7	12.7	13.9	15.2	16.6	18.3	20.2
101.0	11.8	12.8	14.0	15.3	16.8	18.5	20.4
101.5	11.9	13.0	14.1	15.5	17.0	18.7	20.6
102.0	12.0	13.1	14.3	15.6	17.1	18.9	20.8
102.5	12.1	13.2	14.4	15.8	17.3	19.0	21.0
103.0	12.3	13.3	14.5	15.9	17.5	19.2	21.3
103.5	12.4	13.5	14.7	16.1	17.6	19.4	21.5
104.0	12.5	13.6	14.8	16.2	17.8	19.6	21.7
104.5	12.6	13.7	15.0	16.4	18.0	19.8	21.9
105.0	12.7	13.8	15.1	16.5	18.2	20.0	22.2
105.5	12.8	14.0	15.3	16.7	18.4	20.2	22.4
106.0	13.0	14.1	15.4	16.9	18.5	20.5	22.6

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
106.5	13.1	14.3	15.6	17.1	18.7	20.7	22.9
107.0	13.2	14.4	15.7	17.2	18.9	20.9	23.1
107.5	13.3	14.5	15.9	17.4	19.1	21.1	23.4
108.0	13.5	14.7	16.0	17.6	19.3	21.3	23.6
108.5	13.6	14.8	16.2	17.8	19.5	21.6	23.9
109.0	13.7	15.0	16.4	18.0	19.7	21.8	24.2
109.5	13.9	15.1	16.5	18.1	20.0	22.0	24.4
110.0	14.0	15.3	16.7	18.3	20.2	22.3	24.7

ცხრილი A5.2.3. წონა და სიმაღლე 2 - 5 ასაკი: ვაჟები

სიმაღლე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
65.0	5.9	6.3	6.9	7.4	8.1	8.8	9.6
65.5	6.0	6.4	7.0	7.6	8.2	8.9	9.8
66.0	6.1	6.5	7.1	7.7	8.3	9.1	9.9
66.5	6.1	6.6	7.2	7.8	8.5	9.2	10.1
67.0	6.2	6.7	7.3	7.9	8.6	9.4	10.2
67.5	6.3	6.8	7.4	8.0	8.7	9.5	10.4
68.0	6.4	6.9	7.5	8.1	8.8	9.6	10.5
68.5	6.5	7.0	7.6	8.2	9.0	9.8	10.7
69.0	6.6	7.1	7.7	8.4	9.1	9.9	10.8
69.5	6.7	7.2	7.8	8.5	9.2	10.0	11.0
70.0	6.8	7.3	7.9	8.6	9.3	10.2	11.1
70.5	6.9	7.4	8.0	8.7	9.5	10.3	11.3
71.0	6.9	7.5	8.1	8.8	9.6	10.4	11.4
71.5	7.0	7.6	8.2	8.9	9.7	10.6	11.6

სიმაღლე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
72.0	7.1	7.7	8.3	9.0	9.8	10.7	11.7
72.5	7.2	7.8	8.4	9.1	9.9	10.8	11.8
73.0	7.3	7.9	8.5	9.2	10.0	11.0	12.0
73.5	7.4	7.9	8.6	9.3	10.2	11.1	12.1
74.0	7.4	8.0	8.7	9.4	10.3	11.2	12.2
74.5	7.5	8.1	8.8	9.5	10.4	11.3	12.4
75.0	7.6	8.2	8.9	9.6	10.5	11.4	12.5
75.5	7.7	8.3	9.0	9.7	10.6	11.6	12.6
76.0	7.7	8.4	9.1	9.8	10.7	11.7	12.8
76.5	7.8	8.5	9.2	9.9	10.8	11.8	12.9
77.0	7.9	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9	13.0
77.5	8.0	8.6	9.3	10.1	11.0	12.0	13.1
78.0	8.0	8.7	9.4	10.2	11.1	12.1	13.3
78.5	8.1	8.8	9.5	10.3	11.2	12.2	13.4
79.0	8.2	8.8	9.6	10.4	11.3	12.3	13.5
79.5	8.3	8.9	9.7	10.5	11.4	12.4	13.6
80.0	8.3	9.0	9.7	10.6	11.5	12.6	13.7
80.5	8.4	9.1	9.8	10.7	11.6	12.7	13.8
81.0	8.5	9.2	9.9	10.8	11.7	12.8	14.0
81.5	8.6	9.3	10.0	10.9	11.8	12.9	14.1
82.0	8.7	9.3	10.1	11.0	11.9	13.0	14.2
82.5	8.7	9.4	10.2	11.1	12.1	13.1	14.4
83.0	8.8	9.5	10.3	11.2	12.2	13.3	14.5
83.5	8.9	9.6	10.4	11.3	12.3	13.4	14.6
84.0	9.0	9.7	10.5	11.4	12.4	13.5	14.8
84.5	9.1	9.9	10.7	11.5	12.5	13.7	14.9

სიმაღლე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
85.0	9.2	10.0	10.8	11.7	12.7	13.8	15.1
85.5	9.3	10.1	10.9	11.8	12.8	13.9	15.2
86.0	9.4	10.2	11.0	11.9	12.9	14.1	15.4
86.5	9.5	10.3	11.1	12.0	13.1	14.2	15.5
87.0	9.6	10.4	11.2	12.2	13.2	14.4	15.7
87.5	9.7	10.5	11.3	12.3	13.3	14.5	15.8
88.0	9.8	10.6	11.5	12.4	13.5	14.7	16.0
88.5	9.9	10.7	11.6	12.5	13.6	14.8	16.1
89.0	10.0	10.8	11.7	12.6	13.7	14.9	16.3
89.5	10.1	10.9	11.8	12.8	13.9	15.1	16.4
90.0	10.2	11.0	11.9	12.9	14.0	15.2	16.6
90.5	10.3	11.1	12.0	13.0	14.1	15.3	16.7
91.0	10.4	11.2	12.1	13.1	14.2	15.5	16.9
91.5	10.5	11.3	12.2	13.2	14.4	15.6	17.0
92.0	10.6	11.4	12.3	13.4	14.5	15.8	17.2
92.5	10.7	11.5	12.4	13.5	14.6	15.9	17.3
93.0	10.8	11.6	12.6	13.6	14.7	16.0	17.5
93.5	10.9	11.7	12.7	13.7	14.9	16.2	17.6
94.0	11.0	11.8	12.8	13.8	15.0	16.3	17.8
94.5	11.1	11.9	12.9	13.9	15.1	16.5	17.9
95.0	11.1	12.0	13.0	14.1	15.3	16.6	18.1
95.5	11.2	12.1	13.1	14.2	15.4	16.7	18.3
96.0	11.3	12.2	13.2	14.3	15.5	16.9	18.4
96.5	11.4	12.3	13.3	14.4	15.7	17.0	18.6
97.0	11.5	12.4	13.4	14.6	15.8	17.2	18.8
97.5	11.6	12.5	13.6	14.7	15.9	17.4	18.9

სიმაღლე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
98.0	11.7	12.6	13.7	14.8	16.1	17.5	19.1
98.5	11.8	12.8	13.8	14.9	16.2	17.7	19.3
99.0	11.9	12.9	13.9	15.1	16.4	17.9	19.5
99.5	12.0	13.0	14.0	15.2	16.5	18.0	19.7
100.0	12.1	13.1	14.2	15.4	16.7	18.2	19.9
100.5	12.2	13.2	14.3	15.5	16.9	18.4	20.1
101.0	12.3	13.3	14.4	15.6	17.0	18.5	20.3
101.5	12.4	13.4	14.5	15.8	17.2	18.7	20.5
102.0	12.5	13.6	14.7	15.9	17.3	18.9	20.7
102.5	12.6	13.7	14.8	16.1	17.5	19.1	20.9
103.0	12.8	13.8	14.9	16.2	17.7	19.3	21.1
103.5	12.9	13.9	15.1	16.4	17.8	19.5	21.3
104.0	13.0	14.0	15.2	16.5	18.0	19.7	21.6
104.5	13.1	14.2	15.4	16.7	18.2	19.9	21.8
105.0	13.2	14.3	15.5	16.8	18.4	20.1	22.0
105.5	13.3	14.4	15.6	17.0	18.5	20.3	22.2
106.0	13.4	14.5	15.8	17.2	18.7	20.5	22.5
106.5	13.5	14.7	15.9	17.3	18.9	20.7	22.7
107.0	13.7	14.8	16.1	17.5	19.1	20.9	22.9
107.5	13.8	14.9	16.2	17.7	19.3	21.1	23.2
108.0	13.9	15.1	16.4	17.8	19.5	21.3	23.4
108.5	14.0	15.2	16.5	18.0	19.7	21.5	23.7
109.0	14.1	15.3	16.7	18.2	19.8	21.8	23.9
109.5	14.3	15.5	16.8	18.3	20.0	22.0	24.2
110.0	14.4	15.6	17.0	18.5	20.2	22.2	24.4
110.5	14.5	15.8	17.1	18.7	20.4	22.4	24.7

სიმაღლე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
111.0	14.6	15.9	17.3	18.9	20.7	22.7	25.0
111.5	14.8	16.0	17.5	19.1	20.9	22.9	25.2
112.0	14.9	16.2	17.6	19.2	21.1	23.1	25.5
112.5	15.0	16.3	17.8	19.4	21.3	23.4	25.8
113.0	15.2	16.5	18.0	19.6	21.5	23.6	26.0
113.5	15.3	16.6	18.1	19.8	21.7	23.9	26.3
114.0	15.4	16.8	18.3	20.0	21.9	24.1	26.6
114.5	15.6	16.9	18.5	20.2	22.1	24.4	26.9
115.0	15.7	17.1	18.6	20.4	22.4	24.6	27.2
115.5	15.8	17.2	18.8	20.6	22.6	24.9	27.5
116.0	16.0	17.4	19.0	20.8	22.8	25.1	27.8
116.5	16.1	17.5	19.2	21.0	23.0	25.4	28.0
117.0	16.2	17.7	19.3	21.2	23.3	25.6	28.3
117.5	16.4	17.9	19.5	21.4	23.5	25.9	28.6
118.0	16.5	18.0	19.7	21.6	23.7	26.1	28.9
118.5	16.7	18.2	19.9	21.8	23.9	26.4	29.2
119.0	16.8	18.3	20.0	22.0	24.1	26.6	29.5
119.5	16.9	18.5	20.2	22.2	24.4	26.9	29.8
120.0	17.1	18.6	20.4	22.4	24.6	27.2	30.1

ცხრილი A5.2.4. წონის შესაბამისობა სიმაღლესთან 2-დან 5 წლამდე: გოგონები

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
65.0	5.6	6.1	6.6	7.2	7.9	8.7	9.7
65.5	5.7	6.2	6.7	7.4	8.1	8.9	9.8
66.0	5.8	6.3	6.8	7.5	8.2	9.0	10.0
66.5	5.8	6.4	6.9	7.6	8.3	9.1	10.1
67.0	5.9	6.4	7.0	7.7	8.4	9.3	10.2
67.5	6.0	6.5	7.1	7.8	8.5	9.4	10.4
68.0	6.1	6.6	7.2	7.9	8.7	9.5	10.5
68.5	6.2	6.7	7.3	8.0	8.8	9.7	10.7
69.0	6.3	6.8	7.4	8.1	8.9	9.8	10.8
69.5	6.3	6.9	7.5	8.2	9.0	9.9	10.9
70.0	6.4	7.0	7.6	8.3	9.1	10.0	11.1
70.5	6.5	7.1	7.7	8.4	9.2	10.1	11.2
71.0	6.6	7.1	7.8	8.5	9.3	10.3	11.3
71.5	6.7	7.2	7.9	8.6	9.4	10.4	11.5
72.0	6.7	7.3	8.0	8.7	9.5	10.5	11.6
72.5	6.8	7.4	8.1	8.8	9.7	10.6	11.7
73.0	6.9	7.5	8.1	8.9	9.8	10.7	11.8
73.5	7.0	7.6	8.2	9.0	9.9	10.8	12.0
74.0	7.0	7.6	8.3	9.1	10.0	11.0	12.1
74.5	7.1	7.7	8.4	9.2	10.1	11.1	12.2
75.0	7.2	7.8	8.5	9.3	10.2	11.2	12.3
75.5	7.2	7.9	8.6	9.4	10.3	11.3	12.5
76.0	7.3	8.0	8.7	9.5	10.4	11.4	12.6
76.5	7.4	8.0	8.7	9.6	10.5	11.5	12.7

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
77.0	7.5	8.1	8.8	9.6	10.6	11.6	12.8
77.5	7.5	8.2	8.9	9.7	10.7	11.7	12.9
78.0	7.6	8.3	9.0	9.8	10.8	11.8	13.1
78.5	7.7	8.4	9.1	9.9	10.9	12.0	13.2
79.0	7.8	8.4	9.2	10.0	11.0	12.1	13.3
79.5	7.8	8.5	9.3	10.1	11.1	12.2	13.4
80.0	7.9	8.6	9.4	10.2	11.2	12.3	13.6
80.5	8.0	8.7	9.5	10.3	11.3	12.4	13.7
81.0	8.1	8.8	9.6	10.4	11.4	12.6	13.9
81.5	8.2	8.9	9.7	10.6	11.6	12.7	14.0
82.0	8.3	9.0	9.8	10.7	11.7	12.8	14.1
82.5	8.4	9.1	9.9	10.8	11.8	13.0	14.3
83.0	8.5	9.2	10.0	10.9	11.9	13.1	14.5
83.5	8.5	9.3	10.1	11.0	12.1	13.3	14.6
84.0	8.6	9.4	10.2	11.1	12.2	13.4	14.8
84.5	8.7	9.5	10.3	11.3	12.3	13.5	14.9
85.0	8.8	9.6	10.4	11.4	12.5	13.7	15.1
85.5	8.9	9.7	10.6	11.5	12.6	13.8	15.3
86.0	9.0	9.8	10.7	11.6	12.7	14.0	15.4
86.5	9.1	9.9	10.8	11.8	12.9	14.2	15.6
87.0	9.2	10.0	10.9	11.9	13.0	14.3	15.8
87.5	9.3	10.1	11.0	12.0	13.2	14.5	15.9
88.0	9.4	10.2	11.1	12.1	13.3	14.6	16.1
88.5	9.5	10.3	11.2	12.3	13.4	14.8	16.3
89.0	9.6	10.4	11.4	12.4	13.6	14.9	16.4
89.5	9.7	10.5	11.5	12.5	13.7	15.1	16.6

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
90.0	9.8	10.6	11.6	12.6	13.8	15.2	16.8
90.5	9.9	10.7	11.7	12.8	14.0	15.4	16.9
91.0	10.0	10.9	11.8	12.9	14.1	15.5	17.1
91.5	10.1	11.0	11.9	13.0	14.3	15.7	17.3
92.0	10.2	11.1	12.0	13.1	14.4	15.8	17.4
92.5	10.3	11.2	12.1	13.3	14.5	16.0	17.6
93.0	10.4	11.3	12.3	13.4	14.7	16.1	17.8
93.5	10.5	11.4	12.4	13.5	14.8	16.3	17.9
94.0	10.6	11.5	12.5	13.6	14.9	16.4	18.1
94.5	10.7	11.6	12.6	13.8	15.1	16.6	18.3
95.0	10.8	11.7	12.7	13.9	15.2	16.7	18.5
95.5	10.8	11.8	12.8	14.0	15.4	16.9	18.6
96.0	10.9	11.9	12.9	14.1	15.5	17.0	18.8
96.5	11.0	12.0	13.1	14.3	15.6	17.2	19.0
97.0	11.1	12.1	13.2	14.4	15.8	17.4	19.2
97.5	11.2	12.2	13.3	14.5	15.9	17.5	19.3
98.0	11.3	12.3	13.4	14.7	16.1	17.7	19.5
98.5	11.4	12.4	13.5	14.8	16.2	17.9	19.7
99.0	11.5	12.5	13.7	14.9	16.4	18.0	19.9
99.5	11.6	12.7	13.8	15.1	16.5	18.2	20.1
100.0	11.7	12.8	13.9	15.2	16.7	18.4	20.3
100.5	11.9	12.9	14.1	15.4	16.9	18.6	20.5
101.0	12.0	13.0	14.2	15.5	17.0	18.7	20.7
101.5	12.1	13.1	14.3	15.7	17.2	18.9	20.9
102.0	12.2	13.3	14.5	15.8	17.4	19.1	21.1
102.5	12.3	13.4	14.6	16.0	17.5	19.3	21.4

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
103.0	12.4	13.5	14.7	16.1	17.7	19.5	21.6
103.5	12.5	13.6	14.9	16.3	17.9	19.7	21.8
104.0	12.6	13.8	15.0	16.4	18.1	19.9	22.0
104.5	12.8	13.9	15.2	16.6	18.2	20.1	22.3
105.0	12.9	14.0	15.3	16.8	18.4	20.3	22.5
105.5	13.0	14.2	15.5	16.9	18.6	20.5	22.7
106.0	13.1	14.3	15.6	17.1	18.8	20.8	23.0
106.5	13.3	14.5	15.8	17.3	19.0	21.0	23.2
107.0	13.4	14.6	15.9	17.5	19.2	21.2	23.5
107.5	13.5	14.7	16.1	17.7	19.4	21.4	23.7
108.0	13.7	14.9	16.3	17.8	19.6	21.7	24.0
108.5	13.8	15.0	16.4	18.0	19.8	21.9	24.3
109.0	13.9	15.2	16.6	18.2	20.0	22.1	24.5
109.5	14.1	15.4	16.8	18.4	20.3	22.4	24.8
110.0	14.2	15.5	17.0	18.6	20.5	22.6	25.1
110.5	14.4	15.7	17.1	18.8	20.7	22.9	25.4
111.0	14.5	15.8	17.3	19.0	20.9	23.1	25.7
111.5	14.7	16.0	17.5	19.2	21.2	23.4	26.0
112.0	14.8	16.2	17.7	19.4	21.4	23.6	26.2
112.5	15.0	16.3	17.9	19.6	21.6	23.9	26.5
113.0	15.1	16.5	18.0	19.8	21.8	24.2	26.8
113.5	15.3	16.7	18.2	20.0	22.1	24.4	27.1
114.0	15.4	16.8	18.4	20.2	22.3	24.7	27.4
114.5	15.6	17.0	18.6	20.5	22.6	25.0	27.8
115.0	15.7	17.2	18.8	20.7	22.8	25.2	28.1
115.5	15.9	17.3	19.0	20.9	23.0	25.5	28.4

სიგრძე(სმ)	–3 SD	–2 SD	–1 SD	Median	1 SD	2 SD	3 SD
116.0	16.0	17.5	19.2	21.1	23.3	25.8	28.7
116.5	16.2	17.7	19.4	21.3	23.5	26.1	29.0
117.0	16.3	17.8	19.6	21.5	23.8	26.3	29.3
117.5	16.5	18.0	19.8	21.7	24.0	26.6	29.6
118.0	16.6	18.2	19.9	22.0	24.2	26.9	29.9
118.5	16.8	18.4	20.1	22.2	24.5	27.2	30.3
119.0	16.9	18.5	20.3	22.4	24.7	27.4	30.6
119.5	17.1	18.7	20.5	22.6	25.0	27.7	30.9
120.0	17.3	18.9	20.7	22.8	25.2	28.0	31.2

შენიშვნა

ინდექსი

შ ი ნ ა ა რ ს ი

წინასიტყვაობა
მადლობის გამოხატვა
აკრონიმები
სიმბოლოები
თავი 1. ტრიაჟი და გადაუდებელი მდგომარეობები
1.1 ტრიაჟი 15
1.2 გადაუდებელი ტრიაჟის შეფასებისა და მკურნალობის საფეხურების შეჯამება 16
1.3 საშიშროების და პრიორიტეტული ნიშნების შეფასება 17
1.4 მძიმე მალნუტრიციის მქონე ბავშვის გადაუდებელი მკურნალობა 45
1.5 გადაუდებელი სიმპტომების მქონე პაციენტების დიაგნოსტიკის საკითხები 46
1.5.1 ბავშვი სასუნთქი გზების ან სუნთქვის პრობლემით 46
1.5.2. ბავშვი შოკის ნიშნებით 48
1.5.3 ბავშვი ლეთარგიით, უგონო მდგომარეობით ან გულყრით 50
1.6 მოწამვლის უხშირესი მიზეზები 55
1.6.1 მართვის პრინციპები მომწამვლავი ნივთიერების კუჭში მოხვედრის შემთხვევაში 56
1.6.2 მართვის პრინციპები მომწამვლავი ნივთიერების კანსა და თვალში მოხვედრის შემთხვევაში. 58
1.6.3 მართვის პრინციპები მომწამლავი ნივთიერების სასუნთქ გზებში მოხვედრის შემთხვევაში 59
1.6.4 მომწამვლავი ნივთიერებების კონკრეტული სახეები 59
1.6.5 მოწამვლის პრევენცია 63
1.7 დახრჩობა 64
1.8 ელექტროშოკი - დენის დარტყმა 64
1.9 შხამიანი ცხოველების ნაკბენებით განპირობებული მოწამვლა 65
1.9.1 გველის ნაკბენი 65
1.9.2 მოშხამვის სხვა წყაროები 68
1.9.3 სხვა შხამიანი ცხოველების ნაკბენები 68
1.10 ტრავმა და დაზიანებები 69
1.10.1 პირველადი ანუ საწყისი შეფასება 69
1.10.2 მეორადი შეფასება 70
თავი 2. ბავშვთან
2.1 კავშირი ბავშვთა ასაკის დაავადებათა ინტეგრირებული მართვა (IMCI)მიდგომას და პაციენტის ჰოსპიტალურ მართვას შორის 73
2.2 ანამნეზის შეგროვება 74
2.3 მიდგომა ავადმყოფ ბავშვთან და კლინიკური გასინჯვა 75
2.4 ლაბორატორიული გამოკვლევა 76
2.5 დიფერენციული დიაგნოსტიკა 76
თავი 3. ახალშობილი და ჩვილი ბავშვის პრობლემები
3.1 ახალშობილის მოვლის ბაზისური პრინციპები სამშობიარო 80

ბლოკში
3.2 ახალშობილთა რეანიმაცია 80
3.2.1 პოსტ-რეანიმაციული მეთვალყურეობა და მართვა 86
3.2.2 რეანიმაციის შეწყვეტა 86
3.3 ახალშობილთა რუტინული მოვლა მშობიარობის შემდეგ 86
3.4 ახალშობილთა ინფექციების პრევენცია 87
3.5 ჰიპოქსიურ -იშემიური ენცეფალოპათიის მქონე ახალშობილის მართვა 88
3.6 საშიშროების ნიშნები ახალშობილებსა და 2 თვემდე ასაკის ჩვილებში 89
3.7 გულყრა / კონვულსია 90
3.8 სერიოზული ბაქტერიული ინფექცია 91
3.9 მენინგიტი 92
3.10 დამხმარე თერაპია ნეონატალურ პაციენტებში 93
3.10.1 თერმული გარემო 93
3.10.2 სითხის მიწოდების მენეჯმენტი 94
3.10.3 ოქსიგენოთერაპია 95
3.10.4 მაღალი ცხელება 96
3.11 დღენაკლული და დაბადების მცირე წონის მქონე ბავშები 96
3.11.1 ახალშობილები, რომელთა დაბადების წონა 2.0–2.5 კგ-ია (გესტაციის 35–36 კვირა) 96
3.11.2 ახალშობილები, რომელთა დაბადების მასა < 2.0 კგ (გესტაციის < 35 კვირაზე) 96
3.11.3 მცირე წონის მქონე ახალშობილის უხშირესი პრობლემები 100
3.11.4 მცირე წონის ახალშობილის გაწერა და შემდგომი მეთვალყურეობა 102
კონსულტაცია გაწერისას
3.12 სხვა ხშირი ნეონატალური პრობლემები 102
3.12.1 სიყვითლე 102
3.12.2 კონიუქტივიტი 105
3.12.3 თანდაყოლილი მალფორმაციები 106
3.13 ახალშობილები, რომელთა დედებს აღენიშნებათ ინფექციური დაავადებები 106
3.13.1 თანდაყოლილი სიფილისი 106
3.13.2 ჩვილები, რომელთა დედებს აქვთ ტუბერკულოზი 107
3.13.3 ახალშობილები დაბადებული HIV ინფექციის მქონე დედებისგან 107
3.14 დროული და მცირე მასის მქონე ახალშობილებში ხშირად გამოყენებული მედიკამენტების დოზირება 108

თავი 4. ხველა ან სუნთქვის გაძნელება
4.1 ხველების მქონე ბავშვი 114
4.2 პნევმონია 118
4.2.1 მძიმე პნევმონია 119
4.2.2 პნევმონია 125
4.3 პნევმონიის გართულებები 127

4.3.1 პლევრაში სითხე და ემპიემა 127
4.3.2 ფილტვის აბსცესი 128
4.3.2 პნევმოთორაქსი 129
4.4 ხველა ან გაცივება 130
4.5 მსტვენავი სუნთქვით მიმდინარე მდგომარეობები 131
4.5.1 ბრონქიოლიტი 133
4.5.2 ასთმა 136
4.5.3 მსტვენავი სუნთქვა ხველისა და გაცივების დროს 142
4.6 სტრიდორით მიმდინარე მდგომარეობები 143
4.6.1 ვირუსულიკრუპი 145
4.6.2 დიფთერია 147
4.6.3 ეპიგლოტიტი 148
4.6.4 ანაფილაქსია 150
4.7 ქრონიკული ხველით მიმდინარე მდგომარეობები 152
4.7.1 ყივანახველა 156
4.7.2 ტუბერკულოზი 160
4.7.3 უცხო სხეული სასუნთქ გზებში 162
4.8 გულის უკმარისობა 164
4.9 გულის რევმატული დაავადება
თავი 5. დიარეა
5.1 დიარეის მქონე ბავშვი 169
5.2 მწვავე დიარეა 170
5.2.1 მძიმე გაუწყლოება 172
5.2. ზომიერი გაუწყლოება 175
5.2.3 გაუწყლოება არ არის 179
5.3 პერსისტული დიარეა 181
5.3.1 მძიმე პერსისტული დიარეა 182
5.3.2 პერსისტული (არამძიმე) დიარეა 187
თავი 6. ცხელება
6.1.1 ცხელება გრძელდება 7დღე ან ნაკლები 193
6.1.2 ცხელება გრძელდება 7 დღეზე მეტი 198
6.2. მალარია 200
6.2.1 მძიმე მალარია 200
6.2.2 გაურთულებელი მალარია 209
6.3.1 ბაქტერიული მენინგიტი 213
6.3.2 მენინგოკოკური ეპიდემიები 217
6.3.3 ტუბერკულოზური მენინგიტი 218
6.3.4 კრიპტოკოკური მენინგიტი 219
6.4 წითელა 222
6.4.1 მძიმე გართულებული წითელა 222
6.4.2 არამძიმე წითელა 225
6.5 სეპტიცემია 226
6.6 ტიფი 228
6.7 ყურის ინფექცია 230
6.7.1 მასტოიდიტი 230

6.7.2 შუა ყურის მწვავე ანთება 231
6.7.3 ქრონიკული შუა ყურის ანთება 232
6.8 საშარდე გზების ინფექცია 232
6.9 სეპტიური ართრიტი ან ოსტეომიელიტი 234
6.10 დენგეს ცხელება 236
6.10.1 მძიმე დენგეს ცხელება 237
6.11 რევმატიული ცხელება 242
თავი 7. მძიმე მწვავე მალნუტრიცია (კვების ნაკლებობა)
7.1 მძიმე მწვავე მალნუტრიცია 246
7.1 დიაგნოზი 247
7.3 მართვის ძირითადი პრინციპები 249
7.4 ზოგადი მკურნალობა 249
7.4.1 ჰიპოგლიკემია 250
7.4.2 ჰიპოთერმია 250
7.4.3 დეჰიდრატაცია 253
7.4.4 ელექტროლიტების დისბალანსი 257
7.4.5 ინფექცია მძიმე, მწვავე მალნუტრიციის შემთხვევაში, ბაქტერიული ინფექციებისათვის 257
7.4.6 მიკრონუტრიენტების დეფიციტი 259
7.4.7 საწყისი კვება 260
7.4.8 კვების შენარჩუნება 261
7.4.9 სენსორული სტიმულაცია 267
7.4.10 მძიმე მწვავე მალნუტრიცია <6 თვემდე ჩვილებში 268
7.5 მდგომარეობასთან ასოცირებული მკურნალობა 269
7.5.1 მხედველობის პრობლემები 269
7.5.2 მძიმე ანემია 270
7.5.3 კანის დაზიანება კვაშიორკორის დაავადების დროს 270
7.5.4 გახანგრძლივებული დიარეა 271
7.5.5 ტუბერკულოზი 272
7.6 სტაციონარიდან გაწერა და შემდგომი მეთვალყურეობა 272
7.6.1 გადაყვანა ამბულატორიულ მკურნალობაზე 272
7.6.2 ნუტრიციული მკურნალობის დასრულება 273
7.6.3 მკურნალობის შემდგომი დაკვირვება 274
7.7 მოვლის და მკურნალობის ხარისხის მონიტორინგი 274
7.7.1 სიკვდილიანობის აუდიტი 274
7.7.2 წონის მატება რეაბილიტაციის დროს 275
თავი 8 ბავშვები აივ ინფექციით/შიდსით
8.1 აივ სტატუსის დადგენა ავადმყოფ ბავშვებში 279
8.1.1 კლინიკური დიაგნოზი 279
8.1.2 კონსულტაცია აივ ინფექციაზე 281
8.1.3 აივ ინფექციის ტესტირება და დიაგნოსტირება 283
8.1.4 კლინიკური საფეხურები 284
8.2 როდის დავიწყოთ ანტირეტროვირუსული მკურნალობა 288
8.2.1 ანტირეტროვირუსული წამლები 288
8.2.2 როდის უნდა დაიწყოს ანტირეტროვირუსული თერაპია 291
8.2.3 გვერდითი ეფექტები და მეთვალყურეობა 292
8.2.4 როდის უნდა შეიცვალოს მკურნალობა 295

8.3 აივ ინფიცირებული ბავშვის მოვლა 297
8.3.1 ვაქცინაცია 297
8.3.2 პროფილაქტიკა კო–ტრიმოქსაზოლით 298
8.3.3 კვება 300
8.4 აივ ინფექციასთან დაკავშირებული მდგომარეობების მენეჯმენტი 301
8.4.1 ტუბერკულოზი 301
8.4.2 პნევმოცისტური პნევმონია 302
8.4.3 ინტერსტიციული პნემონია 304
8.4.4 სოკოვანი ინფექცია 304
8.5 დედიდან შვილზე შიდს-ის გადაცემის პრევენცია და ჩვილთა კვება 306
8.5.1 დედიდან შვილზე შიდს-ის გადაცემის პრევენცია 306
8.5.2 ჩვილის კვება აივ ინფექციისთან კონტექსში 307
8.6 შემდგომი დაკვირვება 309
8.6.1 ჰოსპიტალიდან გაწერა 309
8.6.2 რეფერალი 309
8.6.3 შემდგომი კლინიკური დაკვირვება 310
8.7 პალიატური და ცხოვრების ბოლო წლების მზრუნველობა 310
8.7.1 ტკივილის კონტროლი 311
8.7.2 ანორექსიის, გულისრევის და ღებინების მართვა 312
8.7.3 ნაწოლების პრევენცია და მკურნალობა 312
8.7.4 პირის ღრუს მოვლა 312
8.7.5 სასუნთქი სისტემის მენეჯმენტი 313
8.7.6 ფსიქოლოგიური დახმარება 313
თავი 9 ზოგადი ქირურგიული პრობლემები
9.1 სამედიცინო ღონისძიებები ქირურგიულ ჩარევამდე, ჩარევისას და ჩარევის შემდეგ შორის; 316
9.1.1 სამედიცინო ღონისძიებები ქირურგიულ ჩარევამდე 316
9.1.2 ოპერაციული ჩარევა 318
9.1.3 ოპერაციის შემდგომი მოვლა 322
9.2 თანდაყოლილი ანომალიები 326
9.2.1 ტუჩის და სასის ნაპრალი 326
9.2.2 ნაწლავების ობსტრუქცია 327
9.2.3 მუცლის კედელის დეფექტი 328
9.2.4 მიელომენინგოცელე 329
9.2.5 ბარძაყის თავის თანდაყოლილი ამოვარდნილობა 330
9.2.6 ბრტყელტერფიანობა, ტერფების დეფორმაცია (club foot) 330
9.3 დაზიანებები 331
9.3.1 დამწვრობა 331
9.3.2 თავის დაზიანება 335
9.3.3 გულმკერდის დაზიანება 336
9.3.4 მუცლის დაზიანება 338
9.3.5მოტეხილობა 338
9.3.6 ჭრილობის მკურნალობის მეთოდები 341

9.4 აბდომინური პრობლემები 344
9.4.1 აბდომინური ტკივილები 344
9.4.2 აპენდიციტი 345
9.4.3 ნაწლავის ობსტრუქცია 346
9.4.4 ნაწლავების გაუვალობა 347
9.4.5 ჭიპის თიაქარი 348
9.4.6 საზარდულის თიაქარი 348
9.4.7 ჩაჭედილი თიაქარი 349
9.4.8 სათესლეს შემოგრეხვა 350
9.4.9 რექტალური პროლაპსი 350
9.5 ინფექციები, რომლებიც მითხოვენ ქირურგიულ ჩარევას 350
9.5.1 აბსცესი 350
9.5.2 ოსტეომიელიტი 351
9.5.3 სეპტიური ართრიტი 352
9.5.4 პიომიოზიტი 353
თავი 10. მოვლის პრინციპები
10.1.1 ძუძუთი კვების ხელშეწყობა 356
I „რძის ნაკლებობა“ 356
II როგორ გავზარდოთ რძის გამომუშავება 358
III ძუძუთი კვებისაგან ტავშეკავება 358
10.1.2 ავადმყოფ ბავშვთა კვების მართვა 361
10.2 ინფუზიური თერაპია 366
10.3 ცხელების მართვა 367
10.4 ტკივილის მართვა 368
10.5 ანემიის მართვა 369
10.6 სისხლის გადასხმა 370
10.7 ოქსიგენოთერაპია 374
10.8 თამაშით თერაპია 377
თავი 11 ბავშვის განვითარების მონიტორინგი
11.1 მეთვალყურეობის მეთოდიკა 381
11.2 ავადმყოფის მეთვალყურეობის რუკა 381
11.3 პედიატრიული მოვლის აუდიტი 382
თავი 12 კონსულტაცია და საავადმყოფოდან გაწერა
12.1 საავადმყოფოდან გაწერის განსაზღვრა 384
12.2 კონსულტაცია 385
12.3 კვების შესახებ კონსულტაცია 386
12.4 ბინაზე მკურნალობა 387
12.5 დედის ჯანმრთელობის შემოწმება 387
ვაქცინაციის რეკომენდებული განრიგი
12.6 იმუნიზაციის სტატუსის შემოწმება 388
12.7 პირველი რგოლის სამედიცინო პერსონალთან კომუნიკაცია 388
12.8 შემდგომი მოვლის უზრუნველყოფა 390
ლიტერატურა 393
დანართი 1 396
პრაქტიკული პროცედურები 396

A1.1 ინექციები 398
A1.1.1 ინექციები კუნთები 399
A1.1.2 კანშიდა ინექცია 399
A1.1.3 კანშიდაინექცია 400
A1.2 სითხეების პარენტერალური შეყვანა 400
A1.2.1 პერიფერიული ვენაში ინტერავენური მუდმივი კათეტერის ჩადგმა 400
A1.2.2 ძვალშიდაინფუზია 402
A1.2.3 ცენტრალური ვენის კანულაცია 404
A1.2.3 ვენასექცია 405
A1.2.4 ჭიპლარისს ვენის კათეტერიზაცია 406
A1.3 ნაზოგასტრალური მილის ჩადგმა 407
A1.4 ლუმბალური პუნქცია 408
A1.6 შარდის ბუშტის პუნქცია 411
A1.7 სისხლში გლუკოზის შემცველობის გაზომვა. 412
დანართი 2 მედიკამენტების დოზირება და მიღების რეჟიმი 415
დანართი 3 სამედიცინო იარაღების ზომები 441
დანართი 4 ინტრავენური სითხეები 444
A4.1 ინტრავენური სითხეების შერჩევა 444
დანართი 5 ნუტრიციული სტატუსის შეფასება
A5.1 გამოითვალეთ ბავშვის წონის შესაბამისობა ასაკთა 447
A5.2 ბავშვის წონისა და სიმაღლის (სიგრძის) შესაბამისობის 453

ჯიბის წიგნი გამოცემულია იმისათვის, რომ გამოიყენონ ექიმებმა, უფროსმა ექთნები და სხვა უფროსმა სამედიცინო მუშაკებმა, ვინც პასუხისმგებელია ბავშვის მკურნალობასა და პირველი დონის ჰოსპიტალში ლიმიტირებული შემოსავლების მქონე რეგიონებში. მეორე გამოცემაში წარმოდგენილია 2012 წელს განახლებული კლინიკური გაიდლაინები, როგორც ჰოსპიტალური ასევე ამბულატორიული მკურნალობისათვის, რომელთაც აქვთ ბაზისური ლაბორატორიული სიმძლავრეები და სავალდებულო მედიკამანტები. ზოგიერთ რეგიონებში გაიდლაინები შეიძლება გამოყენებული იქნეს დიდ სამედიცინო ცენტრებში, სადაც ხდება ავადმყოფი ბავშვების ამბულატორიული მკურნალობა.

გაიდლაინები მოითხოვენ რომ ჰოსპიტალებს ჰქონდეს (1) შესაძლებლობა რომ განახორციელოს ბაზისური კველევები, მაგალითად სისხლის გამოკვლევა მალარიაზე, ჰემოგლობინზე ან სისხლში შაქრის შემცველობაზე, სისხლის ჯგუფზე და ბაზისურ მიკროსკოპიული კველევები ტავზურგტვინისა და შარდის ასევე (2) სავარაუდო მედიკამენტები მძიმედ დაავადებული ბავშვებისათვის. ძვირი მკურნალობის შესაძლებლობა, უახლესი ანტიბიოტიკები ან მექანიკური ვენტილაცია.

გაიდლაინები ფოკურირებული არის ამბულატორიულ მენეჯმენტზე, იმ ძირითად დაავადებებზე რომელიც იწვევს ბავშვების სიკვდილიანობას, როგორიცაა პნევმონია, დიარეა, მძიმე მალნუტრიცია, მალარია, მენინგიტი, წითელა და მასთან დაკავშირებული მგდომაროებები. გაიდლაინები მოიცავს ნეონატალურ პრობლემებს და ყველაზე ხშირ ქირურგიულ მდგომარეობებს.

გაიდლაინები შეიცავს დეტალური მტკიცებულებებს და მკურნალობის პრინციპებს, რომელიც გათვალისწინებულია ჯანმო-ს გაიდლაინები. ჯიბის სახელმძღვანელო შეიძლება ადაპტირებული იყოს ქვეყნის საჭიროებიდან გამომდინარე.

ინფორმაციისათვის დაგვიკავშირდით:
Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health
World Health Organization
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
Tel +41-22 791 3281 • Fax +41-22 791 4853
E-mail mca@who.int
Web site: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/en/