



ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ, ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹԻ ԵՎ ՄՊՈՐՏԻ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ  
ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՋ

# ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

## ՄԱՍ I

ՈՒՍՈՒՄՆԱԿԱՆ ՁԵՌՆԱՐԿ  
ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՈԼԵՋՆԵՐԻ  
ՈՒՍԱՆՈՂՆԵՐԻ ԵՎ ԴԱՍԱԽՈՍՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ



ԵՐԵՎԱՆ - 2026

ՀՀ ԿՐԹՈՒԹՅԱՆ, ԳԻՏՈՒԹՅԱՆ, ՄՇԱԿՈՒՅԹԻ ԵՎ ՍՊՈՐՏԻ  
ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅԱՆ  
«ԵՐԵՎԱՆԻ ՀԵՆԱԿԵՏԱՅԻՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ  
ՔՈԼԵՋ» ՊՈԱԿ

ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՄԱՍ I

Ուսումնական ձեռնարկ  
բժշկական քոլեջների  
ուսանողների և դասախոսների համար

Երևան - 2026

**ՀՏԴ 616-053.2(07)**

**ԳՄԴ 57.3գ73**

**Մ 260**

**ձեռնարկը կազմվել է** ԵՀՊԲՔ «Մանկաբուժության, նյարդային և հոգեկան հիվանդությունների» ամբիոնի աշխատանքային խմբի կողմից

**Խմբագիր՝** ԵՀՊԲՔ «Մանկաբուժության, նյարդային և հոգեկան հիվանդությունների» ամբիոնի վարիչ Ս. Մ. Աբրահամյան

**Գրախոս՝** ՀՀ առողջապահության նախարարության գլխավոր մանկաբույժ, «Երեխաների և դեռահասների առողջության կազմակերպչական և մեթոդական կենտրոնի» ղեկավար, բժշկական գիտությունների թեկնածու Ս. Գ. Սարգսյան

**Համակարգող՝** ԵՀՊԲՔ «Մանկաբուժության, նյարդային և հոգեկան հիվանդությունների» ամբիոնի դասախոս Ա. Ա. Սոսյան

**Համակարգչային ձևավորող՝** ԵՀՊԲՔ դասախոս Հ. Լ. Դավթյան

**Կազմը** գեներացված է արհեստական բանականության կողմից

Ուսումնական ձեռնարկը նախատեսվում է բժշկական քոլեջների ուսանողների, դասախոսների համար, նյութի ծավալը համապատասխանում է պետական կրթական չափորոշիչներին:

**Երաշխավորված է** տպագրության «Երևանի հենակետային պետական բժշկական քոլեջ» ՊՈԱԿ-ի տնօրեն Ն. Վ. Ներսիսյանի կողմից

**Մանկական հիվանդություններ. ՄԱՍ I: Ուսումնական**

**Մ 260** ձեռնարկ բժշկական քոլեջների ուսանողների և

դասախոսների համար.- Եր.: «Երևանի հենակետային

պետական բժշկական քոլեջ» ՊՈԱԿ, 2026.- 292 էջ:

**ՀՏԴ 616-053.2(07)**

**ԳՄԴ 57.3գ73**

**ISBN 978-9939-1-2343-1**

**© «Երևանի հենակետային պետական բժշկական քոլեջ» ՊՈԱԿ, 2026**

## ԳՐԱԽՈՍԱԿԱՆ

Երեխաների և դեռահասների առողջության հարցերը պատկանում են հանրային առողջապահության կարևորագույն խնդիրների թվին: Պատահական չէ, որ Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից ընդունված «21-րդ դար՝ Առողջություն բոլորի համար» ռազմավարական փաստաթղթում երեխաների առողջության պահպանման հարցերը գտնվում են ամենաառաջին շարքերում:

Երեխաների առողջական խնդիրների լուծումն անհնար է առանց բուժքույրական անձնակազմի ուղղակի մասնակցության: Առաջնային օղակում բուժքույրերը կոչված են ակտիվորեն մասնակցել երեխայի առողջ աճի վերահսկմանը, հիվանդությունների վաղ ախտորոշմանը, բուժմանը և տան պայմաններում խնամքի ռացիոնալ կազմակերպմանը: Հիվանդանոցի պայմաններում արդյունավետ բուժումն անհնար է առանց բուժքույրերի ակտիվ ընդգրկման: Այս դրույթները իրավացի են ընդհանրապես և իրավացի են կրկնակի Հայաստանի առողջապահական համակարգի զարգացման ներկայիս փուլում, երբ բուժքույրերը ստանձնում են նոր դերակատարումներ:

Ներկայացված դասագիրքը կազմված է հետևյալ գլուխներից՝ նորածնային շրջանի հիվանդություններ, վաղ հասակի հիվանդություններ, օրգան-համակարգերի հիվանդություններ, մանկական վարակիչ հիվանդություններ, ինչպես նաև հավելվածներ:

Պերինատալ հիվանդությունները համայն աշխարհում հանդիսանում են մանկական մահացության թիվ առաջին պատճառը: Հայաստանում մանկական մահացության հետագա իջեցումն ուղղակիորեն կապված է նորածինների, հատկապես՝ անհաս նորածինների խնամքի գրագետ կազմակերպման հետ, ինչն անհնար է առանց բուժքույրերի ակտիվ մասնակցության: «Նորածնային շրջանի հիվանդություններ» գլխում լուսաբանվում են տվյալ ոլորտի քույրական գործի այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են՝ ընդհանուր խնամքը, սննդի հաշվման եղանակները և կերակրման տեխնիկան, անհասների տաքացումը և այլն: Նշվում են տվյալ տարիքային խմբի հիվանդությունների (նորածինների շնչահեղձուկ, հեմոլիտիկ հիվանդություն, ծննդաբերական վնասվածքներ, վարակիչ հիվանդություններ և այլն) հիմնական կլինիկական նշանները, բուժման և խնամքի հիմնական սկզբունքները:

«Վաղ մանկական հասակի հիվանդություններ» գլխում ներառված են ռախիտի, ատոպիկ դերմատիտի, սնուցման սուր և քրոնիկ խանգարումների հարցերը: Այստեղ արտացոլված են ժամանակակից մոտեցումները խնդիրների շուրջ, ներառված են սուր փորլուծության հիվանդությունների վարման Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության «Երեխաների մոտ սուր փորլուծային հիվանդությունների դեմ պայքարի» ծրագրի հիմնական տեսական դրույթները, ախտորոշման, տարբերակման և բուժման սխեմաները: Հատուկ ուշադրություն է դարձված ծնողների կրթման մեջ բուժքրոջ դերին:

Հաջորդ գլխում տեղ են գտել շնչառական, սիրտ-անոթային, մարսողական, միզուղիների և երիկամների, արյան, ներզատական համակարգերի առավել հաճախ հանդիպող հիվանդությունները: Ներկայացված են ժամանակակից պատկերացումները պատճառագիտության և ախտաճնության մասին, ինչպես նաև հիմնական կլինիկական ախտանիշները, բուժման, կանխարգելման սկզբունքները: Այստեղ ևս համարժեքորեն արտացոլված են հիվանդ երեխաների խնամքի, սնուցման հարցերը:

«Մանկական վարակիչ հիվանդություններ» գլխում շարադրված են մանկական տարիքում հանդիպող գրեթե բոլոր ինֆեկցիաները, դրանց համաճարակաբանության առանձնահատկությունները, պատճառագիտությունը, կլինիկան: Հատուկ ուշադրություն է դարձված բուժքրոջ պարտականություններին վարակի տարածման առաջնային և երկրորդային կանխարգելման գործում: Ներկայացված են Հայաստանում գործող իմունիզացիայի ընդլայնված ծրագրի հիմնական դրույթները, տրված են աղյուսակներ, պատվաստումների օրացույց:

Հավելվածներում արտացոլված են նաև բուժքրոջ աշխատանքային գործունեության ընդհանուր սկզբունքները մանկական հիվանդությունների և անհետաձգելի վիճակների ժամանակ: Ներկայացված են մանուկների ֆիզիկական աճի գնահատման չափանիշները, ներառյալ՝ գնահատումը ցենտիլային աղյուսակներով: Տրված են պուլսի, շնչառական հաճախականության, զարկերակային ճնշման տարիքային տվյալները: Շատ կարևոր է, որ ընդգրկված են երեխաների լաբորատոր քննությունների հիմնական ցուցանիշները:

Դասագիրքը գերծ չէ որոշ թերություններին:  
Մասնավորապես, պատճառագիտության և ախտաճնության  
մասին տեղեկությունների ծավալը տարբեր  
հիվանդությունների ժամանակ ներկայացված է ոչ  
հավասարաչափ: Կարելի էր ընդդրգել տեղեկություններ  
դպրոցական և դեռահաս երեխաների մոտ վերջերս լայն  
տարածում ստացած վեգետո-անոթային շեղումների մասին:

Ինչևէ, նշված թերությունները ոչ մի կերպ չեն նվազեցնում  
դասագրքի նշանակությունը Հայաստանի բուժքույրերի  
կրթման համար: Դասագրքի կիրառումը անպայմանորեն  
կրերի ուսումնական գործընթացի որակի բարելավմանը:

ՍԵՐԳԵՅ ՍԱՐԳՍՅԱՆ

*Երեխաների և դեռահասների առողջության  
ինստիտուտի «Երեխաների առողջության  
կազմակերպչական և մեթոդական  
կենտրոնի» ղեկավար, Բ.Գ.Թ.*

## ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

|                    |    |
|--------------------|----|
| ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ..... | 10 |
|--------------------|----|

### ԳԼՈՒԽ I

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ..... | 12 |
| Անհաս նորածին .....                       | 12 |
| Նորածինների ասֆիքսիա .....                | 21 |
| Ծննդաբերական վնասվածքներ .....            | 31 |
| Նորածինների հեմոլիտիկ հիվանդություն ..... | 40 |
| Պորտի հիվանդություններ .....              | 50 |
| Մաշկի հիվանդություններ .....              | 57 |
| Նորածնային սեպսիս .....                   | 65 |

### ԳԼՈՒԽ II

|                                            |     |
|--------------------------------------------|-----|
| ՎԱՂ ՀԱՄԱԿԻ ԵՐԵՄԱՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ..   | 71  |
| ՓՈՐԼՈՒԾԱՅԻՆ (ԴԻԱՐԵԱ) ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .... | 71  |
| Ֆիզիկական զարգացման անբավարարություն ..... | 80  |
| Ռախիտ .....                                | 88  |
| Ցնցումային համախտանիշ .....                | 98  |
| Ատոպիկ դերմատիտ (մաշկաբորբ) .....          | 108 |

### ԳԼՈՒԽ III

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| ՆԵՐՔԻՆ ՕՐԳԱՆ-ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ           |     |
| ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .....             | 117 |
| ՇՆՉԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ                  |     |
| ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .....             | 117 |
| Սուր ռինիտ .....                   | 117 |
| Սուր միջին օտիտ և մաստոիդիտ .....  | 121 |
| Սուր ստենոզող լարինգոտրախեիտ ..... | 126 |

|                                               |            |
|-----------------------------------------------|------------|
| Տոնգիլիտ (նշիկաբորբ) .....                    | 131        |
| Բրոնխիտ.....                                  | 135        |
| Սուր թոքաբորբ.....                            | 141        |
| Բրոնխիալ ասթմա .....                          | 151        |
| Սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդություններ...   | 158        |
| Սրտի բնածին արատներ.....                      | 158        |
| Ռեվմատիկ տենդ.....                            | 168        |
| Մարսողական համակարգի հիվանդություններ .....   | 176        |
| Ստոմատիտ (բերանաբորբ) .....                   | 176        |
| Կաթնախտ .....                                 | 180        |
| Սուր գաստրիտ.....                             | 181        |
| Քրոնիկ գաստրիտ.....                           | 185        |
| Հելմինթոզներ                                  |            |
| (Ճիճվային հիվանդություններ).....              | 189        |
| Ասկարիդոզ.....                                | 189        |
| Էնտերոբիոզ .....                              | 193        |
| <b>ՄԻԶԱՐՏԱՂՐՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ</b>              |            |
| <b>ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .....</b>                 | <b>195</b> |
| Սուր դիֆուզ հետինֆեկցիոն                      |            |
| Գլուխընկնեֆրիտ .....                          | 196        |
| Միգրոլինների ինֆեկցիաներ .....                | 202        |
| Պիելոնեֆրիտ.....                              | 204        |
| Արյունաստեղծ համակարգի հիվանդություններ ..... | 208        |
| Սակավարյունություն (անեմիա).....              | 208        |
| Հեմոռագիկ դիաթեզներ.....                      | 229        |
| Թրոմբոցիտոպենիկ ծիրանացան                     |            |
| (Վեռլհոֆի հիվանդություն).....                 | 230        |
| Հեմոռագիկ վասկուլիտ                           |            |

|                                      |     |
|--------------------------------------|-----|
| (Շենլեյն-Հենոխի հիվանդություն).....  | 235 |
| Հեմոֆիլիա.....                       | 240 |
| <b>ՆԵՐՋԱՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ</b>          |     |
| ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ .....               | 244 |
| Շաքարային դիաբետը երեխաների մոտ..... | 244 |
| ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ.....                     | 263 |

## ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Մանկաբուժությունը բժշկական մասնագիտություն է, որը զբաղվում է երեխաների ֆիզիկական և հոգեւոցիալական զարգացմամբ և առողջությամբ: Այն ներառում է հարցերի լայն շրջանակ՝ մանկան օրգանիզմի առանձնահատկություններ, երեխաների խնամք, կանխարգելիչ միջոցառումներ, սուր և քրոնիկ հիվանդությունների ախտորոշում և բուժում, զարգացող երեխայի վրա կենսաբանական, սոցիալական և շրջակա միջավայրի ազդեցություն:

Մանկաբուժության հիմքերը դրել են բժշկագիտության այրերը՝ Հիպոկրատը, Ավիցեննան, Հին Հնդկաստանի, Պարսկաստանի բժիշկները: Մեծանուն բժշկապետ Մխիթար Հերացին իր **«Ջերմանց մխիթարություն»** աշխատությունում առանձնակի ուշադրություն է դարձրել երեխաների առողջությանը: Առաջին՝ միայն երեխաներին սպասարկող մանկական հիվանդանոցը բացվել է Փարիզում՝ 1802 թ: Հայաստանի առաջին մանկական հիվանդանոցը բացվել է 1939-ին՝ ներկայիս Հերացի համալսարանական հիվանդանոցի շենքում:

Երեխաների աճի, զարգացման, դաստիարակության, ինչպես նաև ծնողների ուսուցման և բուժական գործընթացում նրանց ակտիվ ներգրավման խնդիրները խիստ կարևոր են և արդիական: Մեր նպատակն է, որ բավարար գիտելիքներով, ունակություններով օժտված բուժքույրը ուսումնական գործընթացում կարողանա տիրապետել անհրաժեշտ գիտելիքների, կարողանա գործել ինքնուրույն և համագործակցել առողջապահության այլ մասնագետների

հետ, սերտ կապի մեջ լինի հիվանդ երեխայի ծնողների հետ, վայելի նրանց լիակատար վստահությունը և հարգանքը, որպեսզի նպաստի հասարակության առողջության պահպանմանը, բժշկական հիմնարկների աշխատանքի արդյունավետությանը:

Այս գրքում ընթերցողը կկարողանա գտնել մանկական տարիքի հիվանդությունների պատճառագիտության, ախտաճնության, կլինիկայի, ախտորոշման և բուժման սկզբունքների, ինչպես նաև հիվանդ երեխայի խնամքի մասին ժամանակակից տեղեկություններ:

Գրքում տեղ են գտել Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության, տարբեր միջազգային, եվրոպական և, իհարկե, հայկական մանկաբուժական մասնագետների կողմից առաջ քաշված մոտեցումները առավել տարածված մանկական հիվանդությունների վարման վերաբերյալ:

Հավելվածներում բերված են նշված հիվանդությունների ժամանակ բուժքրոջ գործողությունների ընդհանուր սկզբունքները, մանկական տարիքի հիմնական ֆիզիոլոգիական ցուցանիշները, կանխարգելիչ պատվաստումների օրացույցը, գունավոր նկարներ:

Մենք հուսով ենք, որ այս գիրքը օգտակար կլինի բժշկական քոլեջների ուսանողներին, մանկական բուժկանխարգելիչ հիմնարկներում աշխատող բուժքույրերին, ինչպես նաև մանկաբույժներին և ընտանեկան բժիշկներին՝ նրանց պատասխանատու, բայց և անչափ շնորհակալ աշխատանքում:

**ԳԼՈՒԽ I**  
**ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՇՐՋԱՆԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**  
**ԱՆՀԱՍ ՆՈՐԱԾԻՆ**

Անհաս է համարվում այն նորածինն, ով կենդանածին է (առկա է կյանքի ակնհայտ նշաններից առնվազն մեկը. շնչառություն, սրտի բաբախում, պորտային անոթների պոլսացիա կամ մկանների ակամա շարժումներ), ծնվել է մինչև ներարգանդային զարգացման 37 շաբաթը, մարմնի զանգվածը 2500 գրամից պակաս է, իսկ հասակը պակաս է 45 սմ-ից:

Կենսունակ է համարվում 500 գրամից ավել քաշով և/կամ 22 շաբաթ հետտացիոն տարիքով և կենդանածին ծնված նորածինը:

«Հասունություն» հասկացությունը բնորոշվում է հետտացիոն տարիքով (gestatio` հղիություն): Հետտացիոն տարիքը վերջին դաշտանի առաջին օրից մինչև տվյալ ծնունդն ընկած լրիվ շաբաթների թիվն է՝ անկախ այն բանից, թե ինչով է ավարտվել հղիությունը՝ կենդանածնությամբ, թե մեռելածնությամբ:

Ըստ մարմնի զանգվածի տարբերում են.

1. Ցածր ծննդյան քաշ՝ ցանկացած հետտացիոն տարիքում 2500 գրամից պակաս քաշով ծնված երեխա:
2. Շատ ցածր ծննդյան քաշ՝ ցանկացած հետտացիոն տարիքում 1500 գրամից պակաս քաշով ծնված երեխա:
3. Ծայրահեղ ցածր ծննդյան քաշ՝ ցանկացած հետտացիոն տարիքում 1000 գրամից պակաս քաշով ծնված երեխա:

## **Անհատության պատճառները**

1. Նախորդող արժեքները
2. Բազմապատույ հղիությունները
3. Վնասակար գործոնների ազդեցությունը արտադրությունում
4. Վնասակար սովորությունները (ալկոհոլիզմ, թմրամոլություն, ծխել)
5. Հղի կնոջ տարիքը (18 տարեկանից ցածր և 36 տարեկանից բարձր՝ առաջնածին), ռեզուս անհամատեղելիությունը
6. Ընկերքի վաղաժամ շերտազատումը
7. Ներթոնդոկրին հիվանդությունները (ձվարանների, մակերիկամների, վահանաձև և ենթաստամոքսային գեղձերի դիսֆունկցիա)
8. Հղի կնոջ գինեկոլոգիական և ոչ գինեկոլոգիական հիվանդությունները
9. Ֆիզիկական և հոգեբանական ծանր սթրեսները
10. Ամուսինների իմունային անհամատեղելիությունը

## **Անհատության նշանները**

1. Անհասների ենթամաշկային ճարպաշերտը թույլ է զարգացած կամ բացակայում է: Մաշկը կնճռոտ է, էրիթեմա և դեղնուկը արտահայտված են: Մաշկը ծածկված է խիտ աղվամազերով:
2. Փոքր գաղթունն անհասների մեծ մասի մոտ բաց է:
3. Ականջի աճառները թերզարգացած են, ականջախեցիները՝ փափուկ, դեֆորմացված:
4. Անհասի ձայնը բարակ է, ճիչը՝ թույլ:

5. Գլխի չափերը գերազանցում են կրծքավանդակի չափերին, պարանոցը կարճ է, մազերը գլխի վրա շատ են:
6. Եղունգները բարակ են, փափուկ:
7. Սեռական օրգանները թերզարգացած են: Աղջիկների մոտ մեծ ամոթաշրթերը չեն ծածկում փոքրերին, իսկ տղաների մոտ ամորձիները իջած չեն ամորձապարկ: Բացի այս նշաններից, անհասության աստիճանի գնահատման համար պետք է հաշվի առնել նաև նորածնի ֆունկցիոնալ հասունությունը, որով էլ պայմանավորված է նորածնի խնամքի կազմակերպումը.
- Նորածնի մարմնի ջերմաստիճանն արագորեն իջնում և բարձրանում է՝ կախված արտաքին միջավայրի ջերմաստիճանից, ջերմաստիճանի տատանումները կազմում են 2-4 °C: Սա պայմանավորված է նյարդային համակարգի անհասությամբ, ջերմազոյացման և ջերմատվության միջև հավասարակշռության խանգարմամբ:
- Անհաս երեխայի մոտ առկա է շնչառական կենտրոնի գրգռականության բարձրացում, որը պայմանավորված է շնչառական օրգանների անատոմո-ֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով:
- Կենտրոնական նյարդային համակարգի անհասությամբ է պայմանավորված ծծելու և կլման ռեֆլեքսների թույլ զարգացումը, որը լուրջ դժվարություններ է առաջացնում նորածինների կերակրման ժամանակ: Նորածինների մոտ ֆունկցիոնալ տեսակետից թերզարգացած է նաև

անոթային, իմուն-պաշտպանական համակարգերը, որի պատճառով անհասները ընկալունակ են տարբեր ինֆեկցիաների նկատմամբ, որոնք էլ հաճախ բերում են անհասների մահվան:

### **Անհասների տաքացման եղանակները**

Խնամքի առաջին փուլը իրականացվում է ծնարանում և ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունքում, երեխայի սառեցումը բացառող պայմաններում: Օգտագործում են տաքացվող փաթաթման սեղաններ, բաց և փակ կյուվեզներ:

1500 գրամ և ցածր քաշ ունեցող երեխաներին պահում են փակ կյուվեզներում, որտեղ ջերմաստիճանը  $32-34^{\circ}\text{C}$  է, թթվածինը՝  $21\%$  ընդհանուր, խոնավությունը՝ մինչև  $50-60\%$ :



**Նկար 1: Փակ կյուվեզ**

Փակ կյուվեզում նորածնի մնալու տևողությունը 7-8 օրից մինչև մի քանի շաբաթ է: 1200-1500 գրամ ծնված անհասները պահվում են 2-4 օր: Բնչքան երկար է մնում երեխան փակ կյուվեզում, այնքան մեծ է նրա վարակման հավանականությունը: Ամեն 3 օրը մեկ երեխային տեղափոխում են այլ կյուվեզ, կատարում կյուվեզի ախտահանում կվարցե լամպով և օդափոխում:

Բաց կյուվեզը կամ մահճակալը օգտագործում են 1500 գրամից ավել ծնված կամ այդ քաշին հասած երեխաների համար:

Խնամքի երկրորդ փուլը կատարվում է անհաս նորածինների բաժանմունքում, որտեղ հիվանդասենյակի ջերմաստիճանը 24-26°C է: Հիվանդասենյակները օդափոխում են և ճառագայթում կվարցե լամպով օրը 4 անգամ 30 րոպեով, օրը 3 անգամ կատարվում է խոնավ մաքրում ախտահանիչ լուծույթներով:

Անհասները գտնվում են հսկողության տակ այնքան ժամանակ, մինչև իրենց քաշը հասնի 2500 գրամ, բայց առանձին դեպքերում դուրս են գրում ավելի շուտ:

### **Անհասների կերակրման ալգորիթմը**

Տարբերում ենք անհասների կերակրման մի քանի եղանակներ.

1. կերակրում զոնդով,
2. կերակրում գդալով,
3. կերակրում շշով և ծծակով,
4. կերակրում մոր կրծքով:

## 1. Զոնդով կերակրման կանոնները

1. Երկարությունը, որքան որ պետք է մտցնել զոնդը, հավասար է երեխայի քթարմատից մինչև թրաձև ելունի ծայրը եղած հեռավորությանը (10-12սմ):
2. Զոնդը, ռետինե խողովակը և ձագարը եռացնում են 15 րոպե (եթե այն միանվագ օգտագործման չէ):
3. Օգտագործելուց առաջ ողջ համակարգը լցնում են կաթով, որպեսզի օդ չլցվի ստամոքս և դնում են սեղմիչ:
4. Զոնդի ծայրին քսում են գլիցերին և մտցնում լեզվի միջին գծով մինչև համապատասխան նիշը:
5. Զոնդը մտցնելուց հետո որոշ ժամանակ սպասում են՝ համոզվելու համար, այն ստամոքսում է, թե՞ ոչ: Եթե այն ստամոքսում է, ապա երեխայի վիճակը բավարար է, նա հանգիստ է: Իսկ եթե զոնդը շնչափողում է, երեխայի մաշկը կապտում է, նա սկսում է հազալ: Այս դեպքում պետք է զոնդը անմիջապես հանել և երեխային տալ շնչելու խոնավեցված թթվածին:
6. Եթե համոզվում են, որ զոնդը ստամոքսում է, խողովակի սեղմակը հանում են, և կաթը սկսում է լցվել ստամոքս: Փսխում չառաջացնելու համար լավ է կաթը լցնել կաթիլներով: Հարմար է օգտագործել մշտական զոնդ, որը ստամոքսում մնում է 2-3 օր: Այն այտի վրա ֆիքսում են լեյկոպլաստով: Այս զոնդով կարելի է երեխային տալ նաև գլյուկոզ և դեղորայք:



**Նկար 2: Նորածնի դիրքը գոնդով կերակրելու ժամանակ**

## **2. Կերակրում գդալով**

Պահանջվում է համբերություն և տրամադրվածություն: Այս եղանակը կիրառում են երեխայի մոտ կլման և ծծելու թույլ արտահայտված ռեֆլեքսի առկայության դեպքում և օգտվում են միայն այն դեպքում, երբ երեխային մոտեցնում են կրծքին, բայց նա թուլության պատճառով չի կարող ծծել իր հասանելիք կաթը: Այս դեպքում երեխային վերցնում են ձեռքի վրա և զգուշությամբ, փոքր չափաբաժիններով, կաթը գդալով լցնում են բերանը: Հաջորդ կաթի քանակը տալիս են այն ժամանակ, երբ նա կուլ է տվել նախորդը: Կերակրումը վերջացնելուց հետո բուժքույրը պետք է զննի երեխայի բերանը՝ համոզվելու համար, որ կաթը կուլ է տվել: Կաթը, մնալով բերանի մեջ, կարող է ընկնել շնչառական ուղիները և առաջացնել շնչափնդուկ կամ ասպիրացիոն թոքաբորբ:

### **3. Կերակրում շշով և ծծակով**

Կիրառվում է, երբ ծծելու ռեֆլեքսը արդեն բավարար զարգացած է:

Անհրաժեշտ է հետևել հետևյալ կանոններին.

1. Անհասների համար օգտագործել հատուկ փափուկ ծծակներ:
2. Յուրաքանչյուր երեխայի և յուրաքանչյուր կերակրման համար օգտագործել առանձին ստերիլ շիշ և ծծակ:
3. Կաթը ծծակից պետք է հոսի ոչ հաճախակի և ոչ էլ հազվադեպ կաթիլներով. դրա համար պետք է հաճախակի ծծակը փոխել նորով:
4. Կերակրելիս շիշը պետք է պահել այնպես, որ վզիկն ամբողջությամբ լցված լինի կաթով, որպեսզի ստամոքս օդ չանցնի:
5. Պետք չէ շտապել և երեխային մենակ թողնել:
6. Կերակրումն ավարտելուց հետո շիշը և ծծակը լվանալ հոսող ջրով, եռացնել և պահել առանձին պիտակավորված էմալապատ փակ կաթսայի մեջ:

### **Կաթի քանակի որոշումը**

Անհասների համար իդեալական սնունդը կրծքի կաթն է: 1800 գրամից ավել քաշ ունեցողներին կարելի է մոտեցնել կրծքին, իսկ 1800 գրամից ցածր քաշ ունեցողներին կերակրում են շշով և ծծակով, ծծման և կլման ռեֆլեքսների բացակայության դեպքում՝ զոնդով: Կերակրում են 7-8 անգամ, իսկ ծայրահեղ ցածր քաշով անհասներին՝ մինչև 10 անգամ:

### Անհատական օրական սնուցման ծավալի հաշվարկ

1. Անհաս նորածինները մինչև 14 օրականը յուրաքանչյուր օր կարիք ունեն 10 կիլոկալորիայի՝ յուրաքանչյուր 1 կիլոգրամին հաշվարկով: Եթե կաթի էներգետիկ արժեքը կազմում է **0,7 կկալ/մլ**, ապա անհրաժեշտ կաթի օրական ծավալը հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

$$V = 10 \times m \times n:0,7$$

որտեղ՝

- **V**- կաթի օրական ծավալը (մլ),
- **m**- երեխայի մարմնի զանգվածը (կգ),
- **n**- կյանքի օրերի թիվը
- **0,7**- կաթի էներգետիկ արժեքը (կկալ/մլ):

#### Օրինակ.

9 օրական, 1,2 կգ մարմնի զանգվածով անհաս նորածնի համար կաթի օրական ծավալը կլինի՝

$$V = 10 \times 1,2 \times 9:0,7 = 154 \text{ (մլ կաթ մեկ օրվա համար):}$$

Մեկ կերակրման համար անհրաժեշտ է  $154:10 = 15,4$  մլ կաթ:

2. 14 օրականից մինչև 3-4 ամսական երեխաների օրական անհրաժեշտ կաթի ծավալը հաշվարկվում է հետևյալ բանաձևով.

$$V = 140 \times m:0,7$$

որտեղ՝

- **V**- կաթի օրական ծավալը (մլ),

- **140-** այս տարիքային խմբի երեխաների օրական էներգետիկ պահանջը յուրաքանչյուր կիլոգրամի համար (կկալ),
- **m-** երեխայի մարմնի զանգվածը (կգ),
- **0,7-** կաթի էներգետիկ արժեքը (կկալ/մլ):

## **ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԱՍՖԻՔՍԻԱ**

Ասֆիքսիան (շնչահեղձուկ) ախտաբանական վիճակ է՝ պայմանավորված նորածնի մոտ գազափոխանակության խանգարման հետ, երբ օրգանիզմում շատանում է ածխաթթու գազի քանակը: Նորածնային ասֆիքսիայի ժամանակ պտղի սրտի զարկերը կան, բայց բացակայում է շնչառությունը: Երբեմն կարող են լինել ոչ կանոնավոր շնչառական շարժումներ:

Ասֆիքսիայի ծանրության աստիճանը կախված է նրանից, թե պտուղը ներարգանդային կյանքում որքան ժամանակ է եղել ասֆիքսիայի մեջ: Այն շնչառական պերինատալ մահացության ամենահաճախ հանդիպող պատճառներից է: Ասֆիքսիան լինում է նախածննդային (անտենատալ), ներծննդային (ինտրանատալ) և հետծննդային (պոստնատալ):

### **Էթիոլոգիա**

1. Մոր և նորածնի հիվանդությունները՝ սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդություններ, սակավարյունություն:
2. Պտղի շնչառական կենտրոնի առաջնային ընկճումը, որը կարող է լինել ներարգանդային կյանքում պտղի

երկարատև թթվածնային քաղցից, ծննդաբերության ժամանակ առաջացած կեֆալոհեմատոմայից, կիրառված դեղորայքից:

3. Պտղի թոքերի անատոմիական և ֆունկցիոնալ ոչ լրիվ զարգացման հետևանքով, որի դեպքում անբավարար է ձևավորված թոքերի ավելույային և մագանոթային համակարգը:

Նորածնային սաֆիքսիայի ժամանակ պտղի արյան մեջ իջնում է թթվածնի քանակը, որի հետևանքով խանգարվում է օրգանիզմի նյութափոխանակությունը և զարգանում ագիդոզ, որն ավելի է խորացնում շնչառական կենտրոնի ընկճվածությունը: Եթե հասուն նորածինը ծնվելուց հետո 30 վայրկյանի ընթացքում չի կատարում առաջին ներշնչումը, իսկ 90 վայրկյանից նրա մոտ չի առաջանում ռիթմիկ շնչառություն, ապա նշանակում է, որ նորածինը ծնվել է սաֆիքսիայով:

Սաֆիքսիայի ծանրության աստիճանը գնահատվում է Ապգարի սանդղակով առաջին 60 վայրկյանի ընթացքում, 5 թույն հետո, ապա՝ 10 թույն անց:

Ապգարի սանդղակով երեխայի վիճակը գնահատում են հետևյալ ցուցանիշներով՝

1) սրտի բաբախը, 2) շնչառությունը, 3) ռեֆլեքսները, 4) մկանային տոնուսը, 5) մաշկի գույնը:

## ԱՊԳԱՐԻ ՍԱՆԴԱԿ

| Ցուցանիշներ      | 0                            | 1                                       | 2                                |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|
| Սրտի բաբախը      | Բացակայում է                 | 1րոպեում 100-ից քիչ                     | 1րոպեում 100-140 զարկ            |
| Շնչառությունը    | Բացակայում է                 | Աննշան շնչառական շարժումներ             | Բարձր ճիչ                        |
| Ռեֆլեքսները      | Ներքանը գրգռելիս ռեակցիա չկա | Ներքանը գրգռելիս թաթը աննշան շարժվում է | Ներքանը գրգռելիս թաթը շարժվում է |
| Մկանային տոնուսը | Բացակայում է                 | Թույլ է                                 | Ակտիվ շարժումներ                 |
| Մաշկի գույնը     | Գունատ կամ ցիանոտիկ          | Ցիանոտիկ                                | Վարդագույն                       |

Յուրաքանչյուրը ցուցանիշ գնահատվում է 3 միավորով 0, 1, 2: Բոլոր ցուցանիշների միավորների գումարով որոշվում է նորածնի վիճակը՝

10-ից մինչև 8 միավորը համարվում է առողջ նորածին,  
 7-6 միավորը՝ թեթև ասֆիքսիա,  
 5-4 միավորը՝ միջին ծանրության ասֆիքսիա,  
 3-1 միավորը՝ ծանր ասֆիքսիա,

0 միավորը՝ կինիկական մահ:

**Կլինիկա:** Շնչահեղձուկի թեթև ձևի ժամանակ նորածնի մաշկը ցիանոտիկ է, ռեֆլեքսներն՝ իջած: Պահպանվում են ծծման և ծիածանաթաղանթի ռեֆլեքսները: Շնչառությունը թույլ է, մակերեսային, բնորոշ է բրադիկարդիան: Մկանային տոնուսը պահպանված է կամ մի փոքր իջած:

Ծանր ձևի ժամանակ երեխան լինում է խիստ գունատ, լորձաթաղանթները՝ ցիանոտիկ, շնչառությունը հազվադեպ է կամ բացակայում է, պուլսը թելանման է, սրտի տոները՝ խլացած, արտահայտված են բրադիկարդիան և առիթմիան, մկանային տոնուսն իջած է, ռեֆլեքսները՝ խիստ ընկճված կամ բացակայում են:

Ասֆիքսիայով ծնված նորածնի մոտ խանգարված է նյութափոխանակությունը: Առաջանում են արյունազեղումներ ինչպես գլխուղեղում, այնպես էլ ներքին օրգաններում:

**Բուժում:** Նորածինների շնչահեղձուկը սահմանային վիճակ է, որի ժամանակ պահանջվում է իրականացնել վերակենդանացման միջոցառումներ: Ծնարանում վերակենդանացման համար անհրաժեշտ պարագաներն են՝

- վերակենդանացման սեղանիկ՝ ճառագայթային տաքացուցիչով,
- ստետոսկոպ,
- արտածծիչ սարք և արտածծիչ կաթետերներ (8F և 10F), (այլընտրանք կարող է հանդսանալ արտածծիչ տանձիկը),
- ստամոքսային զոնդ,

- վերակենդանացման պարկ կամ T-աձև վերակենդանացման սարք,
- հասուն և անհաս նորածինների համար նախատեսված դիմակներ,
- լարինգոսկոպ (0 և 1 լեզվակներ, մարտկոցներ),
- էնդոտրախեալ խողովակներ (N 2,5; 3,0; 4,0; մանժետ, լեյկոպլաստ, մկրատ),
- դեղորայք (ադրենալին 1: 10000, ֆիզ. լուծույթ),
- ժամացույց (վայրկյանաչափ),
- պորտային կաթետեր (ներարկիչներ):

Անհրաժեշտ է նախապես ստուգել բոլոր սարքավորումների անխափան աշխատանքը:

Նորածինների 85%-ը ներարգանդային կյանքից արտարգանդային անցնում են առանց որևէ խնդրի, 10%-ի մոտ ինքնուրույն շնչառություն առաջանում է տակտիլ խթանման և չորացման ընթացքում: 3%-ը պահանջում է արհեստական շնչառություն (ԱՇ): Միայն 2%- ի մոտ կատարվում է շնչափողի ինտուբացիա, և ընդամենը 0,1%-ն է պահանջում սրտի անուղղակի մերսում կամ դեղորայքային միջամտություն:

Վերակենդանացումը ցուցված է, եթե նորածինը կենդանածին է, շնչառությունը բացակայում է կամ ոչ կանոնավոր է, և սրտի զարկերի հաճախությունը <100 զարկ/րոպեից:

Նորածինը կենդանածին է, եթե առկա է այս նշաններից որևէ մեկը՝

- պորտալարի պուլսացիա,
- շնչառական շարժումներ,

- սրտի զարկեր,
- վերջույթների շարժումներ:

Վերակենդանացումից հարկավոր է հրաժարվել, եթե առկա է կյանքի հետ անհամատեղելի որևէ արատ (օրինակ անէնցեֆալիա), 23 շաբաթից փոքր հետսացիոն տարիք, 400 գրամից պակաս մարմնի զանգված:

Վերակենդանացման միջոցառումներն իրականացվում են առաջնորդվելով ABC փուլերի սկզբունքով:

**A փուլ (Airway):** Շնչուղիների անցանելիության ապահովում (սանացիա): Կատարում են միայն այն նորածիններին, որոնց բերանից առկա է առատ արտադրություն: Անհարկի շնչուղիների սանացիան առաջացնում է բրադիկարդիա:

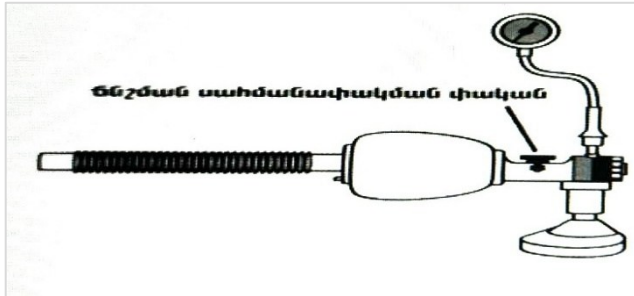
Շնչուղիների անցանելիությունն ապահովվելու համար, երեխային պետք է դնել մեջքի վրա, ճառագայթային ջերմային աղբյուրի տակ, այնպես, որ գլուխը թեթևակի արտաբերված լինի (հոտ քաշելու դիրք) :

Սրտի զարկերի հաճախությունն ավելի արագ և ճշգրիտ հաշվելու համար նպատակահարմար է կիրառել ԷՍԳ մոնիտոր (CLASS IIB, LOE C):

Թթվածնաբուժության կատարման անհրաժեշտությունը վերակենդանացման ժամանակ որոշվում է ըստ պուլսօքսիմետրի ցուցանիշների (SpO<sub>2</sub>): Պուլսօքսիմետրի տվիչը միացնում են աջ վերին վերջույթի դաստակի կամ ափի շրջանում:

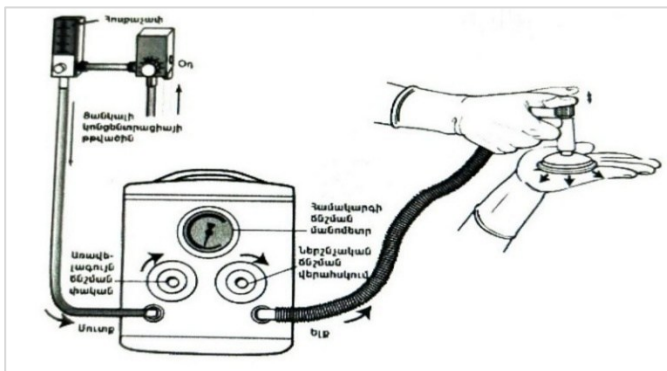
**B փուլ (Breathing):** Եթե սրտի զարկերի հաճախությունը (ՄՁՀ) <100 զարկ/րոպեից՝ սկսել արհեստական շնչառություն նշված եղանակներից որևէ մեկով.

1. Ինքնափչվող վերակենդանացման սարքի օգնությամբ (դիմակով, թթվածնա-օդային խառնուրդով),



Նկար 3: Ինքնափչվող վերակենդանացման սարք

2. T-աձև վերակենդանացման, CPAP սարքերով (որոնցով հնարավոր է մշտական դրական ճնշում առաջացնել շնչուղիներում և 100% թթվածին մատակարարել) նաև PEEP փականով:



Նկար 4: T-աձև վերակենդանացման սարք



**Նկար 5: CPAP սարք**



**Նկար 6: PEEP փական (արտաշնչման վերջում դրական ճնշում ապահովող փական)**

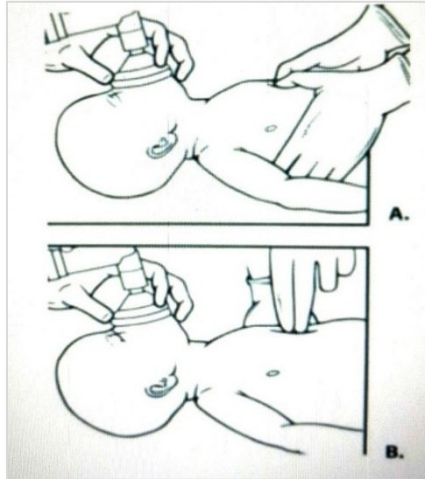
Եթե ՍԶՀ (արտի զարկերի հաճախությունը)  $< 60$  զ/ր, պետք է կատարել շնչափողի ինտուբացիա և արհեստական շնչառությունը կատարել ներշնչափողային խողովակի միջոցով:



**Նկար 7: Շնչափողի ինտուբացիա**

Երբ արհեստական շնչառությունը վերակենդանացման պարկով և դիմակով, կամ դիմակով և T-աձև վերակենդանացման սարքով արդյունավետ չէ և ինտուբացնելու հնարավորություն կամ չկա, կամ չի ստացվում, ապա նման իրավիճակում լարինգեալ դիմակը (դիմակ, որը հասնում է կոկորդամուտք) հանդիսանում է արդյունավետ այլընտրանք:

**Շ փուլ (Circulation):** Այս փուլն ապահովվում է սրտի անուղղակի մերսման (սեղմում) միջոցով: Այն անհրաժեշտ է կատարել արհեստական շնչառության պայմաններում (ցանկալի է շնչափողի ինտուբացիա): Եթե ՄՁՀ (սրտի զարկերի հաճախությունը)  $>60$  զ/ր՝ դադարեցնել սրտի անուղղակի մերսումը, շարունակել արհեստական շնչառությունը, իսկ եթե  $<60$  զ/ր՝ շարունակել սրտի անուղղակի մերսումը:



**Նկար 8: Սրտի անուղղակի մերսում  
(կատարման երկու եղանակ) և ներփչում**



**Նկար 9: Մեղման և ներփչման իրականացումը  
(3 սեղմում և 1 ներփչում 2 վայրկյանում)**

Սեղմումը և ներփչումը միննույն պահին իրականացնելուց պետք է խուսափել, քանի որ մեկը մյուսի արդյունավետությունը կնվազեցնի: Այդ 2 գործողությունները պետք է կորդինացվեն այնպես, որ 1 րոպեում կատարվի 90 սեղմում և 30 ներփչում (այսինքն 2 վայրկյանում պետք է կատարել 3 սեղմում և 1 ներփչում):

Դեղամիջոցների ներմուծման համար կատարվում է պորտային երակի կաթետերիզացիա: Ներշնչափողային ճանապարհը կիրառելի է, եթե ներերակային մուտքը դեռևս ապահովված չէ:

Նորածիններին ներերակային ներարկվում է ադրենալինի 1:10000 լուծույթի 0,1- 0,3 մլ/կգ դեղաչափը, իսկ ներշնչափողային եղանակով՝ 0,3- 1,0 մլ/կգ: Տվյալ դեղաչափը պետք է կրկնել 3-5րոպեից մեկ, եթե ՍՁՀ-ը (սրտի զարկերի հաճախությունը) <60 գ/ր և չի բարձրանում: Արդյունքի բացակայության դեպքում պետք է ն/ե ճանապարհով, դանդաղ ներմուծել ֆիզ. լուծույթ (հիպովոլումիայի դեմ) 10մլ/կգ :

Վերակենդանացման միջոցառումները դադարեցվում են, եթե սրտի աշխատանքը չի վերականգնվել առաջիկա 10 րոպեների ընթացքում:

## **ԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ**

Ծննդաբերական վնասվածքները նորածինների այն վնասվածքներն են, որոնք առաջանում են ծննդաբերության ընթացքում: Ծննդաբերական վնասվածքները հաճախ առաջանում են ախտաբանական հղիությունների և ծննդաբերությունների ժամանակ:

**Պատճառներն են՝** վիրահատական միջամտությունները, ձգձգված, ինչպես նաև արագընթաց ծննդաբերությունը, պտղաջրերի վաղաժամ արտահոսքը, հետույքային առաջադրությունը, կոնքի և պտղի չափերի անհամապատասխանությունը (խոշոր պտուղ, նեղ կոնք) և այլն: Մեծ դեր ունի ծննդաբերության ընթացքի սխալ վարումը, ինչպես նաև մոր սիրտանոթային համակարգի հիվանդությունները, սակավարյունությունը, թերվիտամինոզները, հղիության հետտոզները, ներզատական գեղձերի և այլ օրգանների հիվանդությունները:

Ծննդաբերական վնասվածքներն ամենից հաճախ տեղակայվում են նորածինների առաջադիր մասերում՝ գլխի, դեմքի կամ հետույքի շրջանում:

**Թեթև ծննդաբերական** վնասվածքներից են՝ ծննդաբերական ուռուցքը, կեֆալոհեմատոման, անրակի կոտրվածքը: Կարող է առաջանալ նաև դիմային նյարդի պարեզ, բազկային հյուսակի պարեզ, դեմքի ասիմետրիա լացելիս, կեսարյան հատման ժամանակ մաշկի կտրվածք նշտարով:

**Ծննդաբերական ուռուցք:** Առաջանում է հյուսվածքներում արյան և ավշի կանգի հետևանքով: Այն արտահայտվում է ծնվելուց 10-15 րոպե հետո ինֆիլտրատի ձևով: Այդ շրջանում մաշկը լինում է չփոխված կամ թեթևակի կարմրած: Ծննդաբերական ուռուցքը ունենում է բարորակ ընթացք և առանձնահատուկ բուժում չի պահանջում:

**Կեֆալոհեմատոմա:** Գլխի արյունային ուռուցք է, որը իրենից ներկայացնում է արյունազեղում վերնոսկրի տակ, սովորաբար տեղակայվում է գագաթոսկրերի շրջանում,

սահմանափակվում է կարաններով, կարող է լինել միակողմանի և երկկողմանի: Այն իրենից ներկայացնում է փափուկ, ծփացող (ֆլուկտուացվող) ուռուցք, ախտորոշվում է ծնվելուց մի քանի ժամ կամ օր հետո: Առաջին 2-3 օրը կարող է մեծանալ չափերով, 7-10 օրից փոքրանում է և, սովորաբար, անհետանում է 3-8 շաբաթվա ընթացքում:



**Նկար 10: Կեֆալոհեմատոմա նորածնի մոտ**

**Բուժում:** Մեծ չափերի կեֆալոհեմատոմաների դեպքում նորածնին անհրաժեշտ է նշանակել խնայողական ռեժիմ, կերակրել կրծքի կաթով, գդալով կամ բաժակով: 3 օրվա ընթացքում տրվում է խմելու ձևով կալցիումի գլյուկոնատ, վիտամին K:

Որպես հազվադեպ բարդություն կարելի է նշել կեֆալոհեմատոմայի թարախակալումը: Այս դեպքում

անհրաժեշտ է վիրաբուժական միջամտություն, հակաբիոտիկների նշանակում:

**Անրակի կոտրվածքներ:** Անրակի կոտրվածքներն առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքներից են:

Կարող են առաջ գալ ինչպես մանկաբարձական միջամտությունների հետևանքով, այնպես էլ նորմալ ծննդաբերության դեպքում: Ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում. կոտրվածքի կողմում ձեռքի շարժումները լինում են սահմանափակ, դիտվում է տեղային այտուց, Մորոյի ռեֆլեքսը ախտահարված վերջույթում բացակայում է, անրակի շոշափման ժամանակ որոշվում է ճարճատյուն (կրեպիտացիա): Ելքը բարենպաստ է: Ոսկրային կոշտուկը գոյանում է 3-4 օրից, անրակը սևեռվում է 6-7 օրվա ընթացքում:

**Բուժում:** Անհրաժեշտ է 6-7 օրվա ընթացքում անշարժացել վերջույթը՝ դնելով Դեգոյի վիրակապ: Երեխային պառկեցնել առողջ կողմի վրա:

### **Ներգանգային ծննդաբերական վնասվածք**

Ներգանգային վնասվածքները **ծանր ծննդաբերական վնասվածքներ** են, որոնք 20-30% դեպքերում ավարտվում են մահով: Ներգանգային ծննդաբերական վնասվածքը նորածնի կենսագործունեության խանգարումն է կապված ներգանգային արյունազեղումների, ուղեղի անոթների սպազմի կամ պարեզի հետևանքով առաջացած ուղեղային արյան շրջանառության խանգարման հետ: Վերջին տարիներին ծանր ծննդաբերական վնասվածքների

հաճախությունն էապես նվազել է, որն արդյունք է կեսարյան հատման ցուցումների ընդլայնման, հատկապես՝ երկարաձգված, դժվար ծննդաբերությունների ժամանակ, ինչպես նաև՝ գործիքային օժանդակության փոխարեն:

**Էթիոլոգիա:** Ներգանգային ծննդաբերական վնասվածքի հիմնական պատճառներն են հիպօքսիան (ինչպես անտենատալ, այնպես էլ ինտրանատալ), որն օրգանիզմում առաջ է բերում ագլիոդո, անոթային թափանցելիության բարձրացում, կանգային երևույթներ և մեխանիկական (մանկաբարձական) վնասվածք:

Հասուն նորածիկների մոտ ներգանգային ծննդաբերական վնասվածքի պատճառ է հանդիսանում մեխանիկական վնասվածքը, իսկ անհասների մոտ՝ հիպօքսիան:

Որպես **նախատրամադրող գործոններ** կարելի է նշել՝

- վիտամին K-ի անբավարարվածությունը, որն ի հայտ է գալիս կյանքի առաջին 2-3 օրում: Այն առանձնապես արտահայտված է լինում անհաս երեխաների մոտ և կապված է լյարդի ֆունկցիոնալ անբավարարության հետ,
- նորածիկների մազանոթների թույլ դիմադրողականությունը,
- երկարատև անջուր շրջանը ծննդաբերության ժամանակ,
- անտենատալ և ինտրանատալ շնչահեղձուկը,
- ներարգանդային վարակաները,
- մանկաբարձական միջամտությունները ծննդաբերության ընթացքում,

- ուղեղի զարգացման կրիտիկական շրջաններում անբարենպաստ գործոնների ազդեցությունը և այլն:

Ըստ պրոցեսի տեղակայման տարբերակում են արյունազեղումների հետևյալ ձևերը.

1. Վերկարծրենային (էպիդուրալ)
2. Ենթակարծրենային (սուբդուրալ)
3. Ենթաոստանային (սուբարախնոիդալ)
4. Ներուղեղային

**Կլինիկա:** Չափազանց բազմազան է և կապված է արյունազեղման օջախի մեծությունից և տեղակայումից: Տարբերում են հիվանդության հետևյալ շրջանները.

1. սուր շրջան 7-10 օրից մինչև 1 ամիս,
2. ենթասուր կամ վաղ վերականգնողական շրջան՝ 1 ամսից մինչև 3 ամիս,
3. ուշ վերականգնողական շրջան՝ 4 ամսից մինչև 1-2 տարի:

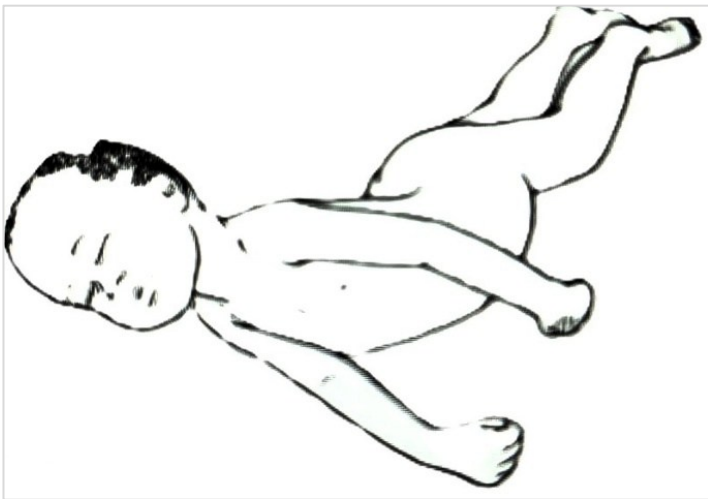
Սուր շրջանի ախտանիշներն են՝ շարժողական ակտիվություն, գրգռվածություն, վերջույթների միօրինակ ավտոմատիկ շարժումներ, «ուղեղային ճիչ»:

Սկզբում լինում է մկանային հիպոտոնիա, որը հետո փոխվում է տարածիչ մկանների հիպերտոնիայի և երեխան ընդունվում է բնորոշ դիրք՝ գլուխը հետ գցած, մեջքի և ծոծրակի մկանները լարված, վերջույթները լարված և ծավլված (նկ.12): Հաճախ բացակայում են ծծման և կլման ռեֆլեքսները: Բնորոշ է դեմքի վախի արտահայտությունը լայն բացված աչքերով: Դիտվում է ինքնաձիկ (սպոնտան) նիստազմ (ակնագնդերի շարժումներ), շլություն, անիզոկոորիա (բբերի

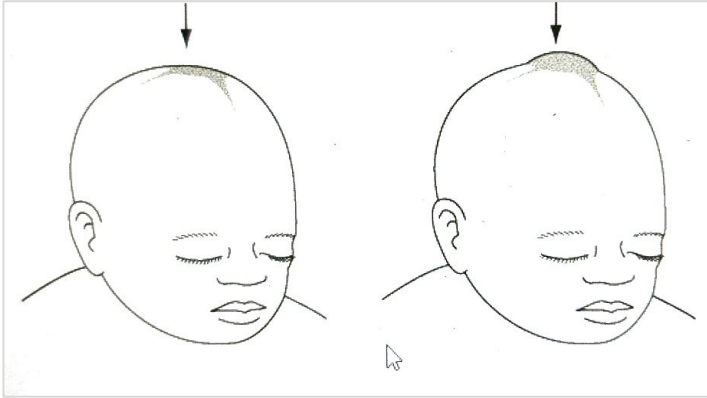
անհամաչափություն) (նկ. 11), «մայրամուտի» ախտանիշ, կայուն զկրտոց, հորանջ, ծամելու անկանոն շարժումներ:



Նկար 11: Անիզոկորիա (բերի անհամաչափություն)



Նկար 12: Գլուխը ետ գցած դիրք



**Նկար 13: Մեծ գաղթունը նորմալում (ձախից) և արտափքված, լարված (աջից)**

Մեծ գաղթունը լինում է լարված և արտափքված (նկ. 13): Հնարավոր են ցնցումներ: Ծանր ձևերի դեպքում, երբ ծավալուն արյունազեղումները տեղակայվում են կենսական կարևոր կենտրոններում, նորածինը կարող է մահանալ ծնվելուց անմիջապես հետո կամ մի քանի ժամ անց:

Ներգանգային արյունազեղումների ժամանակ կանխագուշակումն անբարենպաստ է և կախված է հեմատոմայի տեղակայումից, մեծությունից, երեխայի հասունության աստիճանից և այլն: Եթե առաջին 3-4 օրվա ընթացքում հիվանդության ախտանշանները չեն նվազում, ապա կանխագուշակումը վատանում է:

Ներգանգային ծննդաբերության վնասվածքի բարդություններից են՝ հիդրոցեֆալիան, էնցեֆալոպաթիաները, ապուշությունը, մանկական ուղեղային կաթվածը և այլն:

## **Բուժում**

- Ապահովել մաքսիմալ հանգիստ:
- Բոլոր միջամտությունները, հարդարանքը կատարել զգուշությամբ, առանց երեխային ավելորդ շարժելու:
- Առաջին օրերին նպատակահարմար է նորածնին տեղավորել փակ կյուվեզում, որը օպտիմալ պայմաններ ապահովելուց բացի հնարավորություն է տալիս ժամանակին նկատել սպառնացող վիճակները (ցիանոզ, ցնցումներ, փսխում) և արձագանքել դրանց:
- Սուր շրջանում երեխային պետք է պառկեցնել գլուխը բարձր դիրքով, գլխավերևում կախել սառցեպարկ, ոտքերին դնել ջեռակ:
- Կերակրել կրծքի կթած կաթով՝ գդալով, իսկ ռեֆլեքսների բացակայության դեպքում զոնդով: Կրծքին կարելի է մոտեցնել միայն վիճակի բարելավումից հետո:

## **Դեղորայքային բուժում**

- Նշանակում են 5-10մգ վիտամին K՝ 3 օր, 100-150մգ ասկորբինաթթու, ռուտին, կալցիումի պատրաստուկներ (կալցիումի կարբոնատ, կալցիումի ցիտրատ և այլն):
- Ցնցումների դեպքում ցուցված է դրոպերիդոլ, լյումինալ և այլ հանգստացնող դեղամիջոցներ:
- Ուղեղի այտուցի դեմ պայքարելու և դեհիդրատացիայի նպատակով նշանակում են 0,5-1,0մլ 25%-ոց մագնեզիում սուլֆատի լուծույթ՝ միջմկանային:

- Ներերակային ներմուծվում է 10%-ոց գլյուկոզայի լուծույթ, կոնցենտրացված պլազմա:
- Ուղեղային արյան շրջանառության, միկրոցիրկուլյացիայի բարելավման նպատակով ներերակային նշանակվում է ռեոպոլիգլյուկին, խմելու ձևով միզամուղ դեղամիջոցներ (ֆուրոսեմիդ):
- Ախտաճնական տեսակետից հիմնավորված է խոնավեցված թթվածնի նշանակումը:
- Ցուցված է գլյուտամինաթթվի 1%-ոց լուծույթը՝ թեյի գդալով օրը 3-4 անգամ 3-4 շաբաթ տևողությամբ:

Վերականգնողական շրջանում, որպես խթանող միջոցներ, նշանակվում են մերսում, բուժական մարմնամարզություն:

Էնցեֆալոպաթիայով երեխաները ենթակա են դիսպանսեր հսկողության մանկաբույժ-նյարդաբանի կողմից:

## ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՀԵՄՈԼԻՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ

Նորածինների հեմոլոտիկ հիվանդությունն առաջանում է մոր և պտղի արյան ռեզուս-գործոնի (մայրը՝ ռեզուս-բացասական, երեխան՝ ռեզուս-դրական), արյան խմբերի կամ արյան այլ գործոնների անհամատեղելիության հետևանքով:

**Էթիոլոգիա:** Եվրոպական ազգաբնակչության 85%-ի մոտ էրիթրոցիտներում առկա է ռեզուս գործոնը, իսկ 15%-ի մոտ այն բացակայում է: Վերջիններիս արյունը համարվում է ռեզուս-բացասական:

**Պաթոզենեզ:** Պստղի էրիթրոցիտները (որոնցում առկա է ռեզուս-գործոնը), պորտալարի զարկերակներով ներթափանցելով մոր արյան մեջ, նրա օրգանիզմում առաջացնում են համապատասխան հակառեզուս հակամարմիններ (քանի որ մոր արյունը ռեզուս բացասական է), որոնք արդեն հակառակ ուղղությամբ՝ պորտալին երակով թափանցում են պստղի արյան մեջ և քայքայում պստղի արյան էրիթրոցիտները (տեղի է ունենում էրիթրոցիտների հեմոլիզ, քանի որ պստղի էրիթրոցիտներում գտնվող ռեզուս գործոնը և շիճուկում ի հայտ եկած հակառեզուս հակամարմինները հանդիպել են): Էրիթրոցիտների քայքայումից արյան մեջ շատանում է անուղղակի բիլիռուբինի քանակը:

Բիլիռուբինը էրիթրոցիտների քայքայման արգասիքներից է: Էրիթրոցիտների քայքայումից առաջանում է անուղղակի (ազատ, չկոնյուգացված) բիլիռուբին, որը շրջանառում է արյան մեջ, լյարդում վերածվում է ուղղակի (կոնյուգացված) բիլիռուբինի և կղանքով հեռանում: Նորածինների էրիթրոցիտները մեծահասակների էրիթրոցիտների համեմատ ավելի շատ են ու ավելի կարճ կյանքի տևողություն ունեն, հետևաբար հիպերբիլիռուբինեմիան և նրա կլինիկական դրսևորումը՝ դեղնուկը, հաճախ են հանդիպում նորածնային շրջանում: Պետք է նշել, որ նորածինների մոտ դեղնուկներ հանդիպում են տարբեր պատճառներից.

- նորածնային ֆիզիոլոգիական դեղնուկ,
- արյան ռեզուս կամ խմբային անհամատեղելիության պատճառով առաջացած դեղնուկ,

- սեպսիսի, արյունազեղման հետևանքով առաջացած դեղնուկ,
- որոշ բնածին ժառանգական համախտանիշների ժամանակ առաջացած դեղնուկներ (Ժիլբերի, Կրիգլեր-Նայարի համախտանիշներ):

Անուղղակի բիլիռուբինը նորածնի օրգանիզմի վրա ունենում է տոքսիկ ազդեցություն, խանգարվում է հյուսվածքային մետաբոլիզմը: Կուտակվում է ճարպով հարուստ օրգաններում՝ ենթամաշկային ճարպաշերտում, ուղեղում: Առաջին հղիության ժամանակ կնոջ իմունիզացիան հիմնականում սկսվում է ծննդաբերությունից հետո, դրա պատճառով պտղի և նորածնի մոտ հեմոլիզ չի լինում: Ամեն հաջորդ հղիության ժամանակ պտղի և նորածնի համար վտանգը մեծանում է, զգայնությունը ռեզուս գործոնի նկատմամբ բարձրանում է և շատանում են հակամարմինները:

Արյան խմբային ABO անհամապատասխանություն զարգանում է, երբ մայրը 0(I) խմբի արյուն ունի, իսկ երեխան՝ A(II) կամ B(III) խմբի:

Հեմոլիտիկ հիվանդության ծանրության աստիճանը կախված է հակամարմինների ազդեցության տևողությունից, նրանց քանակից (տիտր), ընկերքի թափանցելության աստիճանից, պտղի դիմադրողականությունից և կոմպենսատոր հնարավորություններից:

**Կլինիկա:** Տարբերում են հիվանդության երեք կլինիկական ձևեր՝ դեղնուկային, սակավարյունային և այտուցային:

**Դեղնուկային ձևը** ամենահաճախ հանդիպող ձևն է: Երեխայի մոտ, ծնվելուց անմիջապես հետո, բացի շուրջպտղային ջրերի, պորտալարի և նախածննդյան ձուսպի ավելի ինտենսիվ դեղին գունավորումից, կարելի է հայտնաբերել նաև չափավոր սակավարյունություն և մաշկային ծածկույթների թեթև դեղնություն, որը ժամերի ընթացքում ավելի ինտենսիվ է դառնում: Նկատվում է նաև լյարդի և փայծաղի մեծացում, որովայնից ցած՝ այտուցվածություն: Աստիճանաբար երեխայի վիճակը վատանում է, երեխան դառնում է թույլ, վատ է ծծում կուրծքը, նորածնային ռեֆլեքսները թուլանում են:

Դեղնության ուժգնացումը կապված է արյան մեջ անուղղակի բիլիռուբինի մակարդակի բարձրացման հետ: Առողջ նորածինների մոտ պորտալին արյան մեջ բիլիռուբինի միջին ցուցանիշը 25-30մկմոլ/լ է, բայց չի գերազանցում 50 մկմոլ/լ-ը:

Անուղղակի բիլիռուբինն անցնում է ուղեղային պատնեշը՝ տոքսիկ ազդեցություն թողնելով նյարդային հյուսվածքի վրա (գլխուղեղ և ողնուղեղ): Անուղղակի բիլիռուբինի մուտքը ուղեղ առաջացնում է հետևյալ ախտանշանները. քնկոտություն, գրգռվածություն, դեմքի և մկանային տոնուսի փոփոխություններ, ապնոէի (շնչառության կանգ) դրվագներ, ցնցումներ, նույնիսկ՝ մանկական ուղեղային կաթված (ՄՈԻԿ), լսողության կորուստ, տեսողական և ատամնաշարային խնդիրներ: Այս ախտանիշների ամբողջությունը կոչվում է բիլիռուբինային էնցեֆալոպաթիա: Բիլիռուբինային էնցեֆալոպաթիայի նկատմամբ «ընկալունակությունը» տարբեր է, կախված է

շատ ռիսկի գործոններից (անհասություն, սեպսիս, ցնցումներ, հիպօքսիա, ացիդոզ): Եթե այս ռիսկի գործոնները բացակայում են, ապա առողջ նորածինների մոտ անուղղակի բիլիռուբինի 450 մկմոլ/լ-ից ցածրի դեպքում բիլիռուբինային էնցեֆալոպաթիա գործնականում չի հանդիպում:

**Սակավարյունային ձևը** հիվանդության ամենաթեթև ձևն է: Ծնվելուց հետո երեխայի մոտ դեղնություն չի նկատվում կամ էլ լինում է թեթև արտահայտված: Երեխան լինում է գունատ, փոքր-ինչ թուլացած, վատ է ծծում կուրծքը, լյարդը չափավոր մեծացած է: Բիլիռուբինի մակարդակն արյան մեջ նորմալ է կամ թեթևակի բարձր:

**Այտուցային ձևը** հիվանդության ամենածանր ձևն է, որին բնորոշ են ծնվելու պահին արդեն առկա ընդհանուր այտուցը և խոռոչներում հեղուկի կուտակումը, մաշկային ծածկույթների գունատությունը, զգալիորեն մեծացած չափերով լյարդը և փայծաղը: Արյան հետազոտությամբ հայտնաբերում է խիստ սակավարյունություն (երիթրոցիտները 1.5-2.0մլն/մկլ):

Այտուցային ձևի ժամանակ երեխաները ծնվում են հիմնականում մահացած կամ մահը վրա է հասնում առաջիկա ժամերին:

**Ախտորոշում:** Հեմոլիտիկ հիվանդության ախտորոշման համար նշանակություն ունի ընտանեկան անամնեզը (նախորդած վիժումներ, հղիություններ, արյան փոխներարկում): Անհրաժեշտ է որոշել բիլիռուբինի քանակն արյան մեջ: Վճռական նշանակություն ունեն երեխայի և մոր ռեզուս-պատկանելիության, արյան, համապատասխան ազլյուտինինների և ռեզուս-հակամարմինների որոշումը:

Ուժեղացած հեմոլիզի մասին են վկայում սակավարյունությունը, ռեոիկոլագիտների առկայությունը:

**Բուժում:** Կախված է հիվանդության ընթացքից և ծանրությունից: Թեթև դեղնության դեպքերում, կատարում են կոնսերվատիվ բուժում: Այն համոզմունքը, թե մինչև մայրական կաթում հակամարմինների անհետանալը (7-14 օր) երեխային պետք չէ կերակրել մայրական կաթով, հիմնավորված չէ: Ընդհակառակը, վաղ կրծքով կերակրումը այդ դեպքում ցուցված է, քանի որ հաստատված է, որ մոր կաթի հակամարմինները քայքայվում են մանկան աղեստամբային համակարգում՝ չխորացնելով դեղնուկը: Մինչդեռ կրծքին ուշ մոտեցնելը զրկում է իրեն այնքան անհրաժեշտ կաթնախեժից և վտանգի տակ դնում կաթնարտադրության կայացումը հետագայում: Դեղնուկի առաջացումը կանխարգելող արդյունավետ միջոցառումներ են վաղ և հաճախակի կրծքով կերակրումը, ինչպես նաև մանկան օրաբաժնից ջրի և գլյուկոզայի լուծույթի բացառումը:

Վերջին տարիներից նորածինների հեմոլիտիկ հիվանդության բուժման համար մեծ հաջողությամբ կիրառվում է ֆոտոթերապիան: Այն նորածնային հիպերբիլիռուբինեմիայի բուժման ամենատարածված միջոցն է, որի արդյունավետության և անվտանգության շնորհիվ նվազեցվում է արյան շիժուկում անուղղակի բիլիռուբինի բարձր մակարդակը և սահմանափակվում վերջինիս նեյրոտոքսիկ ազդեցությունը:

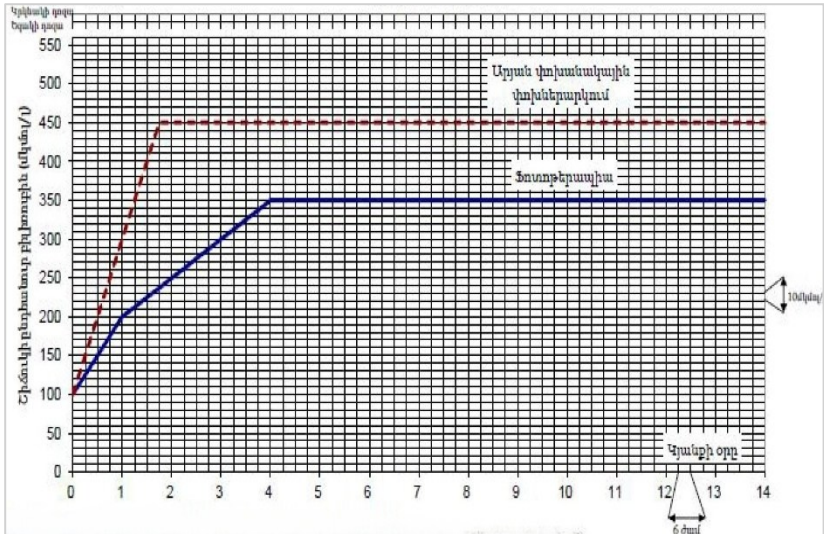
Ֆոտոթերապիան մի միջոց է, որի ժամանակ կապույտ լույս ճառագայթող LED լամպերի ազդեցությամբ մաշկային ծածկույթներում 2 մմ խորությամբ տեղի են ունենում

քիմիական ռեակցիաներ, որոնց արդյունքում անուղղակի բիլիռուբինը փոխակերպվում է ոչ տոքսիկ ձևի և արտաթորվում արյունից աղիներով ու երիկամներով:

Միջամտության կատարման համար.

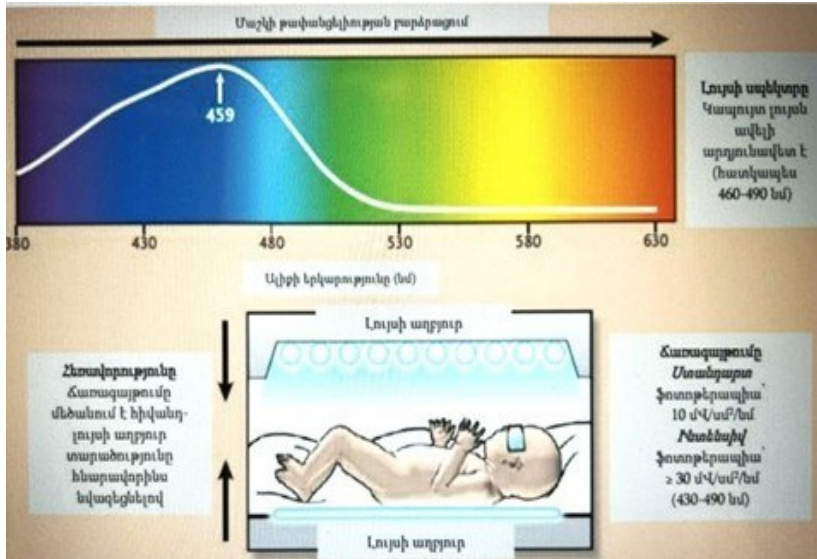
- Երեխային պառկեցնում են մերկ վիճակում, հաջորդաբար մեջքի, ապա՝ փորի վրա, դիրքը փոխելով 2-4 ժամը մեկ:
- Հետևում են երեխայի մարմնի ջերմաստիճանին՝ 1-2 ժամը մեկ անութափոսում չափելով մարմնի ջերմաստիճանը:
- Երեխայի աչքերը փակում են մուգ ակնոցով, իսկ սեռական օրգանները՝ տակդիրով:
- Թույլատրվում է ֆոտոթերապիայի ընթացքում մինչև 30 րոպե ընդմիջումներ՝ կրծքով կերակրման և տակդիրների փոխման համար:
- Չի թույլատրվում կիրառել արևի լույսը որպես ֆոտոթերապիայի աղբյուր:

Ֆոտոթերապիայի բարդություններն են՝ հիպերթերմիան, կղանքի կանաչ գունավորումը, աչքերի ախտահարումը, մաշկի ցանավորումը, քնկոտությունը, թրոմբոցիտոպենիան, բրոնզագույն երեխայի համախտանիշը (պղնձի արգասիքների կուտակում մաշկում):



### Գծապատկեր: Նորածնային դեղնուկի բուժման ցուցումներն՝ ըստ արյան շիժուկում ընդհանուր բիլիռուբինի մակարդակի

Արյան փոխանակային փոխներարկումը կիրառում են, եթե առկա է բիլիռուբինային էնցեֆալոպաթիայի կլինիկական ախտանշաններ՝ հաշվի առնելով երեխայի կյանքի օրերի թիվը և անուղղակի բիլիռուբինի շեմային արժեքը (դրա համար կան հատուկ աղյուսակներ): Փոխներարկվում է միևնույն խմբի ռեզուս-բացասական թարմ կոնսերվացված արյուն (քանի որ երեխայի արյունը թեն ռեզուս-դրական է, արյան շիժուկում առկա են ռեզուս հակամարմիններ և ռեզուս դրական արյան փոխներարկումը հեմոլիզը ոչ միայն չի նվազեցնի, այլ նույնիսկ կակտիվացնի): Արյան փոխանակային փոխներարկումից հետո անհրաժեշտ է շարունակել ֆոտոթերապիան:



**Նկար 14: Նորածնի հեմոլիտիկ հիվանդության ժամանակ կիրառվող ֆոտոթերապիայի սկզբունքը**

**38 շաբաթ և ավելի մեծ գեստացիոն տարիքի երեխաների մոտ հիպերբիլիռուբինեմիայի վարման համար բիլիռուբինի շենային արժեքները**

| Տարիք (ժամ) | Բիլիռուբինի մակարդակ (մկմոլ/լ) |      |      |      |
|-------------|--------------------------------|------|------|------|
| 0           |                                |      | >100 | >100 |
| 6           | >100                           | >112 | >125 | >150 |
| 12          | >100                           | >125 | >150 | >200 |
| 18          | >100                           | >137 | >175 | >250 |

|        |                                               |                                                                          |                      |                                                                                                                                      |
|--------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24     | >100                                          | >150                                                                     | >200                 | >300                                                                                                                                 |
| 30     | >112                                          | >162                                                                     | >212                 | >350                                                                                                                                 |
| 36     | >125                                          | >175                                                                     | >225                 | >400                                                                                                                                 |
| 42     | >137                                          | >187                                                                     | >237                 | >450                                                                                                                                 |
| 48     | >150                                          | >200                                                                     | >250                 | >450                                                                                                                                 |
| 54     | >162                                          | >212                                                                     | >262                 | >450                                                                                                                                 |
| 60     | >175                                          | >225                                                                     | >275                 | >450                                                                                                                                 |
| 66     | >187                                          | >237                                                                     | >287                 | >450                                                                                                                                 |
| 72     | >200                                          | >250                                                                     | >300                 | >450                                                                                                                                 |
| 78     |                                               | >262                                                                     | >312                 | >450                                                                                                                                 |
| 84     |                                               | >275                                                                     | >325                 | >450                                                                                                                                 |
| 90     |                                               | >287                                                                     | >337                 | >450                                                                                                                                 |
| 96+    |                                               | >300                                                                     | >350                 | >450                                                                                                                                 |
| Վարում | Կրկնել<br>բիլիոդինի<br>որոշումը 12<br>ժամ անց | Ծրագրել<br>ֆոտոթերապիա<br>և կրկնել<br>բիլիոդինի<br>որոշումը 6 ժամ<br>անց | Սկսել<br>ֆոտոթերապիա | Իրականացնել<br>արյան<br>փոխանակային<br>փոխներարկում,<br>եթե մինչ<br>միջամտության<br>սկսելը չի<br>իջնում մինչև<br>շեմային<br>մակարդակ |

Հիպերբիլիոուբինեմիայի վարման գործընթացում չի թույլատրվում օգտագործել բարբիտուրատներ, ածուխ, ռիբոֆլավին, գլյուկոզայի լուծույթ, խոֆիտոլ, մագնեզիումի սուլֆատ:

**Կանխարգելում:** Կանանց կոնսուլտացիաներում հարկ է հայտնաբերել ռեգուս-բացասական արյուն ունեցող կանանց և հաշվառել: Հղիության ընթացքում նրանց ներարկվում է հակառեգուս գամմագլոբուլին, որը կանխում է հակամարմինների առաջացումը կնոջ օրգանիզմում: Անցկացվում է նաև ոչ սպեցիֆիկ բուժում՝ ներերակային գլյուկոզա, ասկորբինաթթու, կոկարբոքսիլազա, ռուտին, վիտամիններ, կալցիումի գլյուկոնատ, թթվածնաբուժում:

Յուրաքանչյուր 1-1,5 ամիսը մեկ անգամ պետք է որոշել հակառեգուս հակամարմինների տիտրը:

## **ՊՈՐՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

**Պորտի ոչ թարախային հիվանդությունները** հիմնականում զարգացման բնածին արատներ են՝ մաշկային պորտ, ամնիոտիկ պորտ, պորտային և պորտալարային ճողվածքներ, երբեմն՝ կիստաներ, խուղակներ:

**Մաշկային պորտը** ամենահաճախ հանդիպող բնածին դեֆեկտներից է, որի դեպքում մաշկը որովայնի առաջնային պատից անցնում է պորտալարի վրա: Պորտալարի մնացորդի ընկնելուց հետո մնում է փոքրիկ մնացորդ՝ որովայնի մակերեսից բարձր: Բուժում չի պահանջում:



**Նկար 15: Նորածնի պորտալարի հատումը և մաշկային պորտի ձևավորման սկիզբը**

**Պորտային ճողվածքը** զարգանում է նորածինների կյանքի ավելի ուշ շրջանում, երբ ձևավորվում է պորտային օղը: Որովայնի առաջնային պատի մկանների տոնուսի իջեցման հետևանքով պորտային օղի մեջ են արտահրվում որովայնամիզը, ճարպոնի օրգանները: Ճողվածքի առաջացմանը նպաստում են այն գործոնները, որոնք բարձրացնում են ներորովայնային ճնշումը՝ հաճախակի լացը, փորկապությունը, թերսնումը, ռախիտը: Աղջիկների մոտ պորտային ճողվածքը 2-3 անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում, քան տղաների մոտ: Փոքր ճողվածքների բուժումը տարվում է կոնսերվատիվ եղանակով՝ դրվում է վիրակապ: Անհրաժեշտ է ճիշտ կազմակերպել երեխայի

ռեժիմը, կատարել մարմնամարզություն և մերսում: Երեխային օրվա ընթացքում 3-4 անգամ պետք է պառկեցնել փորի վրա՝ 3-10 րոպե տևողությամբ: Մեծ ճողվածքների դեպքում ցուցված է վիրահատություն՝ հետաձգելով մինչև երեխայի 2-3 տարեկան դառնալը:

**Ամնիոտիկ պորտ.** պորտալարի ամնիոտիկ թաղանթը անցնում է որովայնի առաջային պատի վրա: Պարտալարի մնացորդի ընկնելուց հետո մնում է մի փոքր մաս, որը զրկված է մաշկային ծածկույթից: Այն աստիճանաբար էպիթելիզացվում է: Անոմալիան վտանգավոր է երկրորդային ինֆեկցիայի միացման առումով:

**Բուժում.** պորտի վերքի վրա դրվում է ասեպտիկ վիրակապ: Դեֆեկտը վերանում է մի քանի շաբաթ հետո:

### **Պորտի վարակային հիվանդություններ**

**Օմֆալիտ (Omphalitis)**՝ պորտի բորբոքում, սա պորտի ամենահաճախ հանդիպող ինֆեկցիոն հիվանդությունն է: Նորածինների մոտ պորտի վարակային հիվանդությունները զարգանում են ինֆեկցման արդյունքում՝ ասեպտիկ կանոնների խախտման, պորտալարի անբավարար մշակման հետևանքով: Պորտի թարախաբորբոքային հիվանդությունների զարգացմանը նպաստում են՝ երեխայի իմունոլոգիական ռեակտիվության իջեցումը, վարակի ներթափանցման դոնորի առկայությունը, մանրէների վիրուլենտական հատկությունները: Հիվանդության հարուցիչները կարող են լինել տարբեր մանրէներ՝ ստրեպտոկոկեր, աղիքային ցուպիկ, սնկեր և այլն:

**Օսֆալիտը** պորտի և նրա հարակից հյուսվածքների թարախաբորբոքային պրոցեսն է: Ավելի հաճախ բորբոքվում է պորտի վերքը՝ հարակից մաշկի և ենթամաշկի հետ, բայց երբեմն բորբոքային պրոցեսը կարող է տարածվել պորտային անոթների վրա ևս: Տարբերում են օսֆալիտների կատարալ, ֆլեգմանոզ և նեկրոտիկ ձևերը:

**Կատարալ օսֆալիտը** զարգանում է ինֆեկցված պորտի վերքի դանդաղ էպիթելիզացման հետևանքով, որը ձգձգվում է մինչև մի քանի շաբաթ: Պորտի վերքը կարմրում է, շճային կամ արյունային արտադրության հետևանքով լինում է թաց («թաց» պորտ): Վերքի մակերեսին կարող են առաջանալ կեղևիկներ, գրանուլյացիաներ: Երեխայի ընդհանուր վիճակը մնում է բավարար ,մարմնի ջերմաստիճանը՝ նորմալ , քաշն ավելանում է:

**Թարախային կամ ֆլեգմանոզ** օսֆալիտը զարգանում է, երբ պրոցեսը տարածվում է պորտի շրջակա հյուսվածքների վրա: Պորտի շրջակա մաշկը լինում է կարմրած, ինֆիլտրացված, պորտային վերքից արտազատվում է թարախային էքսուդատ: Երբեմն վարակը կարող է տարածվել պորտային անոթներով և առաջացնել վերջիններիս բորբոքում (զարկերակի բորբոքման ժամանակ՝ պորտային պերիարթերիտ, երակի բորբոքման դեպքում՝ ֆլեբիտ): Հաճախ պորտի օղակից վերև և ներքև կարելի է շոշափել հաստացած և կարծրացած անոթներ: Ինֆեկցիան, թափանցելով հյուսվածքների խորքը, կարող է առաջացնել որովայնի առաջային պատի ֆլեգմոնա և պերիտոնիտ: Նկատվում է նաև երեխայի ընդհանուր վիճակի վատացում՝ դառնում է անհանգիստ, վատ է ծծում կուրծքը , փսխում է,

ջերմությունը բարձրանում է, տեղի է ունենում քաշի անկում: Թարախային օմֆալիտը կարող է լինել սեպսիսի արտահայտություն:

**Նեկրոտիկ կամ գանգրենոզ** ձևը հանդիպում է հազվադեպ, զարգանում է թույլ իմունիտետ ունեցող երեխաների մոտ: Այս դեպքում խոցաթարախային պրոցեսը տարածվում է որովայնի ավելի խորը շերտերը՝ ընդգրկելով որովայնամիզը: Պորտի շրջակա մաշկը լինում է գորշագույն՝ նեկրոզված, ի վերջո, այն շերտագատվում է, բացվում են լայն վերքեր՝ զարշահոտ արտադրությամբ:

Սա օմֆալիտի ամենածանր ձևն է, ուղեկցվում է արտահայտված ինտոքսիկացիայով և ավարտվում է սեպսիսով: Պորտային վերքի շրջանում կարող է առաջանալ ինֆիլտրացված եզրերով ոչ մեծ խոց, որի հատակը ծածկված է կանաչագորշավուն փառով:

**Պորտի խոցը** կարող է զարգանալ ինքնուրույն կամ որպես բորբոքային պրոցեսի շարունակություն:

**Բարդություններ:** Պետք է նկատի ունենալ, որ բոլոր օմֆալիտների դեպքում առկա է պորտային անոթներով վարակի տարածման վտանգ և սեպսիսի առաջացում:

Օմֆալիտի ծանր բարդություններից են պերիտոնիտը, լյարդի թարախակույտը, հեմատոզեն օստեոմիելիտը, թոքերի թարախակույտը:

**Խնամք և բուժում:** Երեխային անհրաժեշտ է առանձնացնել, ստեղծել սենյակային հարմարավետություն՝ օդի ջերմաստիճանը 18-20°C, օդափոխություն՝ օրը 3-4 անգամ, խոնավ հարդարում՝ օրը 2 անգամ: Երեխայի անկողինը պետք է լինի մաքուր, չոր, հարմարավետ:

Անկողնու և անձնական սպիտակեղենը պետք է հաճախակի փոխել:

Անհրաժեշտ է հաճախակի չափել մարմնի ջերմությունը, հաշվել պուլսը և շնչառությունը, զննել մաշկը և լորձաթաղանթները: Օրական մի քանի անգամ կատարել մաշկի, լորձաթաղանթի, աչքերի, քթի, պորտի վերքի, շեքի հարդարանք: Բոլոր միջամտությունները կատարել ձեռնոցներով, վարակազերծված նյութերով և գործիքներով: Խիստ կարևոր է ապահովել նորածնին մայրական կաթով, իսկ բացակայության դեպքում դոնորական կաթով: Կերակրման ձևը (կրծքով, ծծակով, գդալով, զոնդով) կախված է ռեֆլեքսների ընկճվածության աստիճանից:

Պորտալարի մնացորդի և պորտային վերքի խնամքի հիմնական սկզբունքը չոր խնամքն է: Անհրաժեշտ է պահպանել պորտը մաքուր և չոր, ապահովել օդափոխությունը և խուսափել ավելորդ մշակումներից: Տակդիրը պետք է ծալել այնպես, որ այն չծածկի պորտալարի մնացորդը: Եթե պորտը կեղտոտվել է, այն լվանում են մաքուր ջրով, ապա՝ զգուշորեն չորացնում մաքուր անձեռոցիկով կամ ստերիլ թանգիֆով: Պորտալարի մնացորդը սովորաբար ընկնում է կյանքի 5-15-րդ օրերին: Ծնողներին պետք է տեղեկացնել, որ կարմրությունը, այտուցը, թարախային արտադրությունը, տհաճ հոտը կամ արյունահոսությունը բժշկի անհապաղ դիմելու ցուցումներ են:

Պորտը սովորաբար հակասեպտիկներով մշակելու անհրաժեշտություն չկա: Դրանք չեն նվազեցնում վարակների հաճախականությունը և կարող են դանդաղեցնել պորտալարի մնացորդի ընկնելը: Որոշ պայմաններում

(օրինակ՝ ծննդաբերությունը տեղի է ունեցել ոչ հիգիենիկ պայմաններում), խորհուրդ է տրվում կիրառել 4% քլորհեքսիդին՝ պորտի խնամքի համար: 70% էթիլային սպիրտի կանոնավոր կիրառումը խորհուրդ չի տրվում: ԱՀԿ-ն նախընտրում է քլորհեքսիդինը, ոչ թե 70% էթիլային սպիրտը, քանի որ քլորհեքսիդինը մաշկի վրա պահպանվում է մի քանի ժամ, մինչդեռ սպիրտն արագ գոլորշիանում է:

Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ պորտի վերքը հարմար ներթափանցման դուռ է հիվանդաձին մանրէների համար, պորտի ինֆեկցիոն հիվանդությունների բուժումը պետք է սկսել հիվանդության առաջին նշանների ի հայտ գալուց անմիջապես հետո և համառ ձևով շարունակել մինչև նորաձնի լրիվ առողջացումը:

Ֆլեգմանոզ և նեկրոտիկ օմֆալիտների դեպքում ցուցված են լայն ազդեցության հակաբիոտիկներ հաշվի առնելով հարուցչի զգայնությունը դրանց հանդեպ (ամպիցիլին, օքսացիլին, էրիթրոմիցին, մետիցիլին):

**Կանխարգելում:** Կանխարգելումը սկսվում է դեռևս նախաձննդյան շրջանում:

Այն ներառում է հղի կնոջ դիտարկումները ամենավաղ ժամկետներից (1,5-2 ամիս), քրոնիկ և սուր հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը և բուժումը, հղի կնոջ ռացիոնալ սնուցման և ռեժիմի կազմակերպումը, մաքուր օդում բավարար գտնվելը, հղիության բարդությունների վաղաժամ հայտնաբերումը և բուժումը: Խիստ կարևորվում է մոր կողմից հիգիենիկ միջոցառումների կատարումը:

Ծննդաբերությունը վարելու և նորածնին խնամելու ժամանակ անհրաժեշտ է ասեպտիկայի կանոնների, ծննդատան սանիտարա-հիգիենիկ և սանիտարա-համաճարակային ռեժիմների խիստ պահպանումը: Պարտադիր է մանկան վաղ մոտեցումը կրծքին: Ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո բուժքույրը և բժիշկը պետք է ուսուցանեն մորը նորածնի ռացիոնալ սնուցման, խնամքի և հիվանդությունների կանխարգելման վերաբերյալ:

### **ՄԱՇԿԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

Հիվանդությունների այս խումբը գործնական մեծ նշանակություն ունի, քանի որ երեխաների մաշկի անատոմաֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների պատճառով ախտաբանական պրոցեսները մաշկում արագ են զարգանում: Ոչ ժամանակին և սխալ անցկացվող բուժումը կարող է նորածնի մոտ առաջացնել պրոցեսի տարածում, իսկ հաճախ՝ նույնիսկ ծանր սեպտիկ վիճակ:

Նորածինների և վաղ մանկական տարիքի երեխաների մաշկի հիվանդությունները լինում են բակտերիալ և ոչ բակտերիալ ծագման:

**Մաշկի բոլոր վարակային ախտահարումները միավորում են պիոդերմիաներ անվան տակ:** Պիոդերմիաների պատճառ կարող են լինել տարբեր մանրէներ, ամենից հաճախ ստաֆիլոկոկերը, ստրեպտոկոկերը, աղիքային ցուպիկը, կապտաթարախային ցուպիկը, պնևմոկոկը:

Նորածնային շրջանում մաշկի միկրոբային ախտահարումներից ամենահաճախ հանդիպող ձևը

**վեզիկուլոպուստուլոզն** է: Այս հիվանդության դեպքում ախտահարվում է մաշկի մակերեսային շերտը, որն արտահայտվում է քորոցի գլխիկի մեծության (1-3մմ) բշտիկների առաջացումով: Բշտիկների պարունակությունը սկզբում լինում է թափանցիկ (vesicula), ապա դառնում է թարախային (pustula): Սովորաբար 2-3 օր հետո դրանք պայթում են, ծածկվում կեղևով, իսկ շուրջն առաջանում է նոր ցանավորում: Բշտիկները տեղակայվում են անոթային փոսերում, փորի և իրանի վրա, աճուկային ծալքերում, հետույքի, մեջքի, պարանոցի վրա:

**Բուժում:** Բշտիկները զգուշությամբ բացում են  $96^{\circ}$  սպիրտի լուծույթով թրջված խծուծով, որից հետո մաշկը մաքրում են մեթիլեն կապույտի կամ բրիլիանտ կանաչի սպիրտային լուծույթով: Կարելի է նաև այրել այդ լուծույթներով՝ առանց բացելու: Բշտիկների միջև առողջ մաշկը մաքրում են  $50^{\circ}$  սպիրտային լուծույթով: Ցուցված են ուլտրամանուշակագույն լամպով ճառագայթումները, կալիումի պերմանգանատի թույլ վարդագույն լուծույթով լոզանքները: Հակաբիոտիկներ նշանակվում են միայն սեպսիսի վտանգի դեպքում:

**Բշտիկացանը** (pempigus neonatorum) նույնպես մաշկի մակերեսային բորբոքում է, որը բնորոշվում է տարբեր մեծության բշտիկների առաջացումով: Բշտիկները զարգանում են մաշկի կարմրավուն ֆոնի վրա և արագ հասնում բավականին մեծ չափերի: Դրանց քանակը լինում է տարբեր, իսկ պարունակությունը շճաթարախային բնույթի է: Բշտիկները շատ նուրբ թաղանթ ունեն, որի պատռվելուց հետո բացվում է հիպերեմիկ մակերես: Բշտիկի

պարունակությունը շատ հարուստ է մանրէներով, որոնք վարակում և ախտահարում են մաշկի հարևան առողջ հատվածները: Բշտիկները երևան են գալիս ալիքաձև: Ամենից հաճախ դրանք տեղակայվում են անութային փոսերում, փորի և իրանի վրա, ածուկային ծալքերում, պարանոցին, բայց կարող են տարածվել ամբողջ մարմնի վրա՝ բացառությամբ ափերի և ներբանների (վերջինս բնորոշ է բնածին սիֆիլիսին): Էրոզիվ մակերեսների էպիթելիզացիան շատ արագ է ընթանում, նրանց տեղում երկար ժամանակ մնում են բաց վարդագույն բծեր: Երեխայի ընդհանուր վիճակը չի տուժում և բարենպաստ ընթացքի դեպքում սկսվում է առողջացման փուլը:



**Նկար 16: Նորածնի մաշկի ստաֆիլոկոկային բշտիկացան: Մաշկի վրա դիտվում են տարբեր չափերի բշտեր, էրոզիաներ և կեղևակալված օջախներ**

Առատ ցանավորման դեպքում հնարավոր է ընդհանուր վիճակի վատացում՝ բարձրանում է ջերմությունը, երեխան անհանգիստ է, վատ է ծծում, նկատվում է քաշի անկում:

Հիվանդությունը վարակիչ է, այն կարող է կրել սեպտիկ բնույթ: Վարակի աղբյուր են հանդիսանում ինչպես ինքը՝ երեխան, այնպես էլ խնամող անձնակազմը և ընտանիքի անդամները: Ուստի բշտիկացանով երեխային պետք է մեկուսացնել բոքսում, առանձնացնել նրա խնամքի առարկաները, տակաշորերը՝ նախքան լվանալը ընկղմել ախտահանիչ լուծույթի մեջ:

Պիոդերմիաներով հիվանդ երեխաների խնամքի համար անհրաժեշտ է հատկացնել հատուկ անձնակազմ: Մաշկի թարախային ախտահարումներով անձինք չեն թույլատրվում աշխատանքի:

**Բուժում:** Բշտիկացանով հիվանդ երեխաներին չի կարելի լողացնել՝ ջրի միջոցով վարակի տարածումը կանխելու նպատակով:

Անհրաժեշտ է ստերիլ ասեղով կամ ունելիով պատռել յուրաքանչյուր բշտիկը (չսպասել, որ ինքնուրույն պայթի) և քսել արծաթի նիտրատի 1-2% լուծույթ, 10-15% կոլարգոլի լուծույթ, յոդի 5% թուրմ, որից հետո ցանել հականեխիչ փոշիներ: Նոր բշտիկների առաջացումը կանխելու նպատակով խորհուրդ է տրվում մաշկի առողջ հատվածները մշակել 2% սպիտակ սնդիկի, էրիթրոմիցինի, տետրացիկլինի քսուկներով: Մաշկային ծալքերում քսել 1% սալիցիլային սպիրտ, ապա ցանել հականեխիչ փոշի: Հիվանդության ձգձգվող ընթացքի դեպքում անհրաժեշտ է նշանակել խթանող բուժում, հակաբիոտիկներ: Բշտիկները մշակելիս պետք է

ուշադիր լինել, որպեսզի նրանց պարունակությունը չընկնի մաշկի առողջ հատվածների վրա:

Մաշկի ոչ բակտերիալ ախտահարումներից են շփոթորբը և քրտնախաշը:

**Շփաթորբը** սովորաբար առաջանում է երեխայի վատ խնամքի հետևանքով՝ մաշկի վրա մեզի և կղանքի թողած ազդեցությունից: Շփաթորբը կլինիկորեն արտահայտվում է մաշկի հիպերեմիայով և էրոզիաներով: Նկատվում է պարանոցի, անոթային, աճուկային, արմնկային ծալքերում: Տարբերում են շփաթորբի երեք աստիճան՝

1. I° - մաշկի չափավոր կարմրություն,
2. II° - մաշկի վառ կարմրություն մեծ էրոզիաներով,
3. III° - մաշկի վառ կարմրություն և թարախածորում էրոզիաների միաձուլման հետևանքով:



Նկար 17: Նորածնի աճուկային շրջանի I° շփաթորբ



**Նկար 18: Նորածնի հետույքային միջճալքի II° շփաբորբ՝ արտահայտված էրիթեմայով և մակերեսային էրոզիաներով**

Շփաբորբը առաջացնում է ցավ և մրմոռ, երեխան դառնում է անհանգիստ, վատ է ծծում կուրծքը և վատ է քնում:

Մաշկի ծածկույթների ամբողջականության խախտման հետևանքով շփաբորբը կարող է ինֆեկցվել:

**Բուժում:** Պետք է ճիշտ կազմակերպել երեխայի խնամքը, սնուցումը, նկատի ունենալով, որ սննդային ալերգենները սրում են մաշկային ախտահարումները: Երեխայի տակաշորերը փոխում են ամեն կերակրելուց առաջ, նշանակում են օդային լոգանքներ, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում:

Մաշկի իրար հալվող մակերեսներին պետք է քսել մանրէազերծված բուսական յուղ կամ ցանել մանկական փոշի: Մաշկը կարելի է մշակել նաև վիտամին A-ի յուղային լուծույթով, մանկական քսուկով: Չի թույլատրվում փոշիների և յուղերի միաժամանակյա օգտագործումը: Էրոզիվ թաց

մակերեսները մշակում են 5% կալիում պերմանգանատի, 0,5% ռեզորցինի, 1,25% արծաթի նիտրատի լուծույթների թրջոցներով: Կարելի է կատարել բուժական լոզանքներ սողայի, օսլայի, կալիում պերմանգանատի (1:10000), 1% տանինի լուծույթներով, ինչպես նաև կատվալեզվի, երիցուկի, կաղնու կեղևի թուրմերով, որոնք, սակայն, պակաս էֆեկտիվ են: Բավականին արդյունավետ է նաև «Մեդա» մանկական նրբաքսուկը, որի բաղադրությունն է՝ վազելին, լանոլին, ցինկի օքսիդ, կատվալեզվի ջրային թուրմ, յասամանի բուրավետիչ: Այն հանգստացնում է գրգռված մաշկը, խթանում է մաշկի արագ վերականգնումը երոզիաներից, քերծվածքներից, ճաքերից, տակդիրների գրգռումից: Բուժման հիմքում ընկած է մաշկի խոնավության և PH-ի պահպանումը:

Համառ շփաբորբի ժամանակ արդյունավետ են պրեդնիզոլոնի, օքսիկորտի, սինալարի քսուքները:

**Քրոնախաշը** ավելի հաճախ հանդիպում է գերսնված երեխաների մոտ, առատ քրոնարտադրության հետևանքով՝ շրջակա միջավայրի բարձր ջերմաստիճանի, մարմնի գետաքացման, վատ խնամքի պայմաններում: Քրոնախաշը արտահայտվում է իրանի, կրծքի, պարանոցի, ծալքերում բազմաթիվ մանր՝ կորեկի հատիկի մեծության բշտիկների առաջացումով, որոնք լցված են թափանցիկ պարունակությամբ: Բշտիկները տեղակայված են մաշկի եղջերաշերտում, իսկ շրջակա մաշկը փոփոխված չէ: Քոր սովորաբար չի լինում, մի քանի օր անց բշտիկները չորանում, անհետանում են: Վատ խնամքի պայմաններում, առատ քրոնարտադրության և մաշկի ամբողջականության

խախտման հետևանքով բարենպաստ վիճակ է ստեղծվում պիոդերմիայի զարգացման համար:

**Բուժում:** Շոգ պայմաններում երեխային պետք է հազցնել թեթև, կատարել բաց բարուրում: Քրոնախաշի դեպքում ցուցված են կալիումի պերմանգանատի թույլ վարդագույն լուծույթով լոզանքները: Անհրաժեշտ է մաշկը մաքրել բորաթթվի 2% լուծույթով:

**Սկլերեմայի** առաջացման պատճառները մինչև օրս լրիվ բացահայտված չեն: Հաճախ հանդիպում է անհաս երեխաների մոտ՝ կյանքի առաջին և երկրորդ շաբաթում: Հիվանդությունն արտահայտվում է նախ ենթամաշկային ճարպաշարակցական շերտի խմորանման, ապա՝ աստիճանաբար կոշտացող այտուցի ձևով: Շոշափելիս մաշկը լինում է չոր, կարծր և սառը: Ախտահարված մաշկը մատով սեղմելիս փոսիկներ չեն առաջանում: Սկլերեման հաճախ տեղակայվում է հետույքի, ձկնամկանների, թիակների շրջանում: Որոշ դեպքերում կարծրացումը կարող է ընդգրկել մարմնի ավելի մեծ հատվածներ. դեմքը, կուրծքը, դժվարացնելով ծծման, շնչառության գործընթացները, ինչը կարող է հանգեցնել լետալ ելքի:

**Բուժում և խնամք:** Անհրաժեշտ է երեխային տաքացնել ջեռակներով, հաշվի առնելով, որ ցուրտը նպաստում է սկլերեմայի խորացմանը: Կատարում են արյան փոխներարկում, նշանակում են սրտային դեղամիջոցներ: Մաշկը շփում են տաք, ստերիլ բուսական յուղով: Համառ ձևերի դեպքում նշանակում են թիրօքսին օրը 0,5-2մգ պերօրալ ընդունման ձևով:

## ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՄԵՊՄԻՄ

Սեպսիսը բակտերիալ վարակի ընդհանրացված ձևն է, որն ընթանում է առաջնային կամ ձեռքբերովի իմունային անբավարարության ֆոնի վրա:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդությունը պայմանավորված է թարախային բորբոքային օջախից մանէների և նրանց կենսագործունեության արքասիքների անընդհատ կամ պարբերաբար անցումով արյան մեջ:

Հարուցիչներից ամենահաճախ հանդիպում են ոսկեգույն ստաֆիլոկոկերը (50-60%), ստերպտոկոկերը, աղիքային ցուպիկը, կապտաթարախային ցուպիկը:

Նորածնային սեպսիսի զարգացմանը նպաստում են հետևյալ գործոնները՝

1. անբարենպաստ վիճակները, որոնք ճնշում են պտղի և նորածնի իմունիտետը (մոր սեռական և արտասեռական պաթոլոգիաները, շնչահեղձուկը, սուր շնչառական վարակային հիվանդությունները և այլն),
2. գործոններ, որոնք առաջ են բերում պտղի ներարգանդային վարակում (միզա-սեռական վարակա-բորբոքային պաթոլոգիա հղիության և ծննդաբերության ժամանակ, պղաջրերի վաղ արտահոսք, երկարատև անջուր շրջան, ձգձգված ծննդաբերություն, վարակային հիվանդություններ և բորբոքային բարդություններ հետծննդյան շրջանում),
3. բուժական-ախտորոշիչ միջոցառումներ, որոնք կիրառվել են նորածնի վերակենդանացման ժամանակ

(կենտրոնական անոթների, պորտային երակի, միզապարկի կանթետերիզացիա, ինտուբացիա, թոքերի արհեստական օդափոխում),

4. վարակային տարբեր օջախների առկայություն նորածնի մոտ:

Իմունիտետի անբավարարությունը խորանում է, երբ հղիները և նորածինները ստանում են հորմոնալ և հակաբիոտիկոթերապիա, երբ վաղ նորածնային շրջանում անցնում են կաթնային խառնուրդներով սնուցման:

### **Սեպսիսի դասակարգումը**

Ըստ առաջացման տարբերում են .

1. Վաղ սեպսիս

2. Ուշ սեպսիս (սրա մեջ մտնում է նոզոկոմիալ սեպսիսը)

**Վաղ սեպսիսը** ախտորոշվում է կյանքի առաջին 4 օրերի ընթացքում: Նորածինների վարակումը կատարվում է հիմնականում ներարգանդային շրջանում: Սովորաբար այն բազմօրգանային հիվանդություն է՝ շնչառական անբավարարության նշանների կլինիկական արտահայտվածությամբ:

**Ուշ սեպսիսի** ժամանակ կլինիկական դրսևորումները կարող են լինել կյանքի 5-րդ օրից սկսած: Նորածինների վարակումը հիմնականում կատարվում է ծննդաբերական ուղիներով անցնելու ժամանակ: ԿՆՀ-ի ախտահարման նշանները գերակշռում են ընդհանուր նշանների և սիրտ-անոթային ու շնչական համակարգերի խանգարումների հանդեպ:

**Նոգոկումիալ սեպսիս:** Վարակումը կատարվում է ծննդատանը:

Նոգոկումիալ ինֆեկցիայի համար մուտքի դուռ են հանդիսանում՝

1. պորտալարը,
2. վնասված մաշկը և լորձաթաղանթը,
3. աղիները,
4. հազվադեպ՝ թոքերը, միջին ականջը, միգուղիները, աչքերը:

Սեպսիսը կոչվում է կրիպտոգեն, երբ անհայտ է ինֆեկցիայի մուտքի դուռը:

**Ինֆեկցիայի աղբյուր** կարող են լինել՝ մայրը, բուժանձնակազմը, այլ հիվանդ երեխաներ:

Պաթոգեն հարուցիչները կարող են երեխային փոխանցվել ուղղակի կամ անուղղակի շփման, ներերակային հեղուկների, դեղորայքի, շնչական սարքավորումների, կղանքի, կրծքի կաթի, արյան միջոցով:

**Կլինիկա:** Հիվանդությանը բնորոշ կլինիկական ախտանշաններն են՝

### **I. Ընդհանուր ախտանշաններ.**

- թուլություն,
- ախորժակի անկում, անորեքսիա,
- մարմնի զանգվածի անկում,
- տենդ, անկանոն ջերմաստիճանային ռեակցիա:

### **II. Մարսողական համակարգի կողմից.**

- որովայնի փքվածություն,
- փսխում,

- դիարեա,
- հեպատոմեգալիա:

### **III. Շնչական համակարգի կողմից.**

- ապնոտ, դիսպնոտ,
- տախիպնոտ, ներքաշումներ,
- ռնգախաղ, տնքացող շնչառություն,
- ցիանոզ:

### **IV. Միզային համակարգի կողմից.**

- օլիգուրիա,
- այտուցներ:

### **V. Սիրտ-անոթային համակարգի կողմից.**

- գունատություն, մաշկի մարմարանման երանգ, գորշագույն մաշկ,
- ակրոցիանոզ,
- տախիկարդիա, բրադիկարդիա, հիպոտենզիա:

### **VI. ԿՆՀ-ի կողմից.**

- գրգռվածություն, լեթարգիկ վիճակ,
- սրեմոր, ցնցումներ,
- հիպոռեֆլեքսիա, հիպոտոնիա:

### **VII. Արյան և արյունաստեղծ համակարգի կողմից.**

- դեղնություն, սպլենոմեգալիա,
- պետեխիա, պուրպուրա,
- արյունահոսություն:

**Ախտորոշում:** Սեպսիսի ախտորոշումը հիմնվում է հիվանդի ընդհանուր վիճակի, ինֆեկցիայի օջախի հայտնաբերման, բազմաօրգանային անբավարարության

դրսևորումների, համակարգային բորբոքային ռեակցիային բնորոշ կլինիկական և լաբորատոր ցուցանիշների առկայության, բակտերեմիայի վրա:

**Բուժում:** Երեխան պետք է հոսպիտալացվի: Անհրաժեշտ է շարունակել կերակրել կրծքով, կերակրումների հաճախականությունը ավելացնելով 1-2-ով:

**I. Հակաբակտերիալ (էթիոտրոպ) բուժում:** Կիրառվում են տարբեր խմբերի երկու պրեպարատներ տարիքային մաքսիմալ դոզաներով, երբեմն կարող են զուգակցվել պերօրալ ընդունումներով, տեղային օգտագործման ձևով: Հակաբոտիկները նշանակվում են ինֆուզիոն թերապիայի հետ համատեղ. ամպիցիլին+գենտամիցին, վանկոմիցին+ամիկացին, 3-րդ սերնդի գեֆալոսպորիններ: Յուրաքանչյուր 7-10 օրը մեկ հակաբոտիկները փոխվում են:

Ստարտային բուժման ժամանակ սկսում են ամենահզոր և արդյունավետ հակաբոտիկից, որը հետագայում փոխարինվում է ավելի նեղ ազդեցության հակաբոտիկով՝ ելնելով հարուցչի զգայնությունից: Նշանակվում են 3-րդ (ցեֆոտակսիմ, ցեֆտազիդիմ) կամ 4-րդ սերնդի (ցեֆեպիմ) ցեֆալոսպորիններ, ամինոգլոկոզիդներ (ամիկացին, նետիլմիցին) վանկոմիցին:

## **II. Պաթոգենետիկ թերապիա.**

1. Ինֆուզիոն թերապիա՝ շրջանառող արյան ծավալի, էլեկտրոլիտների կորեկցիա,

2. Իմունոկորեկցիա (պլազմա, սպեցիֆիկ  
իմունոգլոբուլիններ):

**III. Տեղային բորբոքային օջախների բուժում,**

**IV. Միմպտոմատիկ բուժում,**

**V. Նորմալ բիոցենոզի կորեկցիա** (բիֆոֆորմ, էտերոլ,  
լինեքս, ացիպոլ, լակտո-G:

**Խնամք:** Երեխային անհրաժեշտ է առանձնացնել,  
ստեղծել սենյակային հարմարավետություն՝ օդի  
ջերմաստիճանը 18-20°C, օդափոխություն օրը 3-4 անգամ,  
խոնավ հարդարում օրը 2 անգամ: Երեխայի անկողինը պետք  
է լինի մաքուր, չոր, հարմարավետ: Անկողնու և անձնական  
սպիտակեղենը պետք է հաճախակի փոխել:

Անհրաժեշտ է հաճախակի չափել մարմնի ջերմությունը,  
հաշվել պուլսը և շնչառությունը, գննել մաշկը և  
լորձաթաղանթները: Օրական մի քանի անգամ կատարել  
մաշկի, լորձաթաղանթների, աչքերի, քթի, պորտի վերքի, շեքի  
հարդարանք: Բոլոր միջամտությունները կատարել  
ձեռնոցներով, վարակազերծված նյութերով և գործիքներով:  
Խիստ կարևոր է ապահովել նորածնին մայրական կաթով, իսկ  
բացակայության դեպքում՝ դոնորական կաթով: Կերակրման  
ձևը (կրծքով, ծծակով, գդալով, գոնդով) կախված է  
ռեֆլեքսների ընկճվածության աստիճանից:

**Կանխարգելում:** Կանխարգելումը սկսվում է դեռևս մինչև  
երեխայի ծնվելը:

Այն ներառում է հղի կնոջ դիտարկումները ամենավաղ  
ժամկետներից (1,5-2 ամիս), քրոնիկ և սուր  
հիվանդությունների վաղ հայտնաբերումը և բուժումը, հղի

կնոջ ռացիոնալ սնուցման և ռեժիմի կազմակերպումը, մաքուր օդում բավարար գտնվելը, հղիության բարդությունների վաղաժամ հայտնաբերումը և բուժումը: Խիստ կարևորվում է մոր կողմից հիգիենիկ միջոցառումների կատարումը:

Ծննդաբերությունը վարելու և նորածնին խնամելու ժամանակ անհրաժեշտ է ասեպտիկայի խիստ կիրառումը: Պարտադիր է մանկան վաղ մոտեցումը կրծքին: Անհրաժեշտ է խստիվ պահպանել ծննդատան սանիտարա-հիգիենիկ և սանիտարա-համաճարակային ռեժիմները:

Ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո բուժքույրը և բժիշկը պետք է ուսուցանեն երեխայի մորը նորածնի ռացիոնալ սնուցման, խնամքի և հիվանդությունների կանխման վերաբերյալ:

## **ԳԼՈՒԽ II**

### **ՎԱՂ ՀԱՍՍԱԿԻ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՓՈՐԼՈՒԾԱՅԻՆ (ԴԻԱՐԵԱ) ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

Սուր դիարեան մի վիճակ է, որի ժամանակ կղանքը պարունակում է սովորականից շատ հեղուկ և սովորականից հաճախակի է: Հաճախակի բայց ոչ ջրիկ կղանքը չի համարվում դիարեա: Դիարեան լինում է սուր՝ մինչև 15 օր և շարունակվող՝ 15 օրից ավել: Հարուցիչներն են՝ սալմոնելաները, դիզենտերիայի հարուցիչները, խոլերայի վիրբիոնը: Դրանք ներթափանցում են օրգանիզմ օրալ-ֆեկալ ճանապարհով (վարակված ջրի, սննդի, կեղտոտ ձեռքերի միջոցով): Մանրէները ընկնելով երեխայի աղիներ,

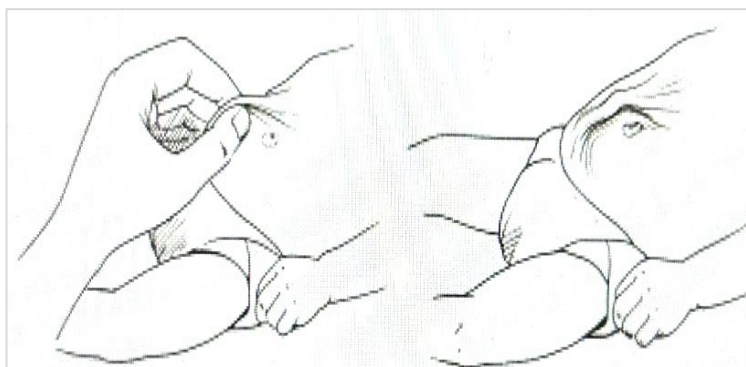
առաջացնում են մարսման և ներծծման պրոցեսների խանգարում: Աղեստամոքսային համակարգում սննդի նեխման հետևանքով առաջացած տոքսինները, աղիների լորձաթաղանթի բարձր թափանցելիության և խիտ մազանոթային ցանցի շնորհիվ, ներծծվում են արյան մեջ և առաջացնում թունավորում (տոքսիկոզ): Որպես պաշտպանողական ռեակցիա ի հայտ է գալիս փսխումը և լուծը: Այն բերում է ջրաաղային հավասարակշռության խախտման: Անգուսպ փսխումը, հաճախակի ջրիկ կղանքը բերում են օրգանիզմի ջրազրկման (էքսիկոզի): Խանգարվում է տարբեր օրգանների գործունեությունը, իսկ ջրազրկումը կարող է դառնալ մահվան պատճառ (տես ստորև տեղադրված աղյուսակը):

Դիարեայի հիմնական նշաններն են փորլուծությունը, փսխումը, ջերմության բարձրացումը և ջրազրկումը: Բուժքույրը երեխային գննելիս առաջին հերթին պետք է որոշի ջրազրկման աստիճանը հետևյալ չափանիշներով.

1. **Ընդհանուր վիճակ.** այն կարող է լինել անփոփոխ (երեխան աշխույժ է), չափավոր ջրազրկման դեպքում՝ գրգռված, անհանգիստ, իսկ ծանր ջրազրկման դեպքում՝ արգելակված, քնկոտ:
2. **Աչքերի ներանկում.** հեղուկի կորստի պատճառով աչքերը ներընկած են և աչքերի տակ գոյանում են փոսեր:
3. **Ծարավի զգացում.** երեխային առաջարկվում ջուր, այն կարող է խմել հանգիստ, եթե ջրազրկում չկա, չափավոր ջրազրկման դեպքում՝ խմում է

ագահությամբ, իսկ ծանր ջրազրկման դեպքում՝ չի կարող կամ հրաժարվում է խմել:

4. **Մաշկի էլաստիկության փոփոխություն.** մաշկի էլաստիկությունը ստուգում են որովայնի առաջային պատին պորտից մի փոքր աջ կամ ձախ ծալք առաջացնելով: Ջրազրկում չունեցող երեխայի մոտ ծալքը անմիջապես ուղղվում կամ հարթվում է, չափավոր ջրազրկման դեպքում այն դժվարությամբ է հարթվում՝ մինչև 2 վայրկյանում, ծանր ջրազրկման դեպքում՝ 2 վայրկյանից ավել կամ չի հարթվում:



**Նկար 19:** Մաշկի էլաստիկության փորձի կատարումը (ձախից), մաշկային ծալքը չի հարթվում (աջից)

### **Դիարեայով երեխաների ջրազրկման աստիճանի դասակարգումը**

|                          |                                                                                                                         |        |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <b>Ջրազրկում<br/>չկա</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Աշխույժ է</li> <li>• Աչքերը ներընկած չեն</li> <li>• Խմում է հանգիստ</li> </ul> | Ա պլան |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|

|                          |                                                                                                                                                                                                                         |        |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Մաշկի ծալքը հարթվում է արագ</li> </ul>                                                                                                                                         |        |
| <b>Չափավոր ջրագրկում</b> | Եթե առկա են հետևյալ նշաններից առնվազն երկուսը. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Անհանգիստ վիճակ</li> <li>• Ներընկած աչքեր</li> <li>• Խմում է ազահությամբ</li> <li>• Մաշկի ծալքը հարթվում է դանդաղ</li> </ul>    | Բ պլան |
| <b>Ծանր ջրագրկում</b>    | Եթե առկա են հետևյալ նշաններից առնվազն երկուսը. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Անգիտակից վիճակ</li> <li>• Ներընկած աչքեր</li> <li>• Չի կարողանում խմել</li> <li>• Մաշկի ծալքը հարթվում է շատ դանդաղ</li> </ul> | Գ պլան |

### Բուժման հիմնական սկզբունքները

Դիարեայի բուժման հիմնական սկզբունքը ջրազրկման կանխարգելումն է, հեղուկի և աղերի պակասի վերականգնումը: Այսինքն կատարում են ռեհիդրատացիոն թերապիա օգտագործելով ՕՌԱ (օրալ ռեհիդրատացիոն աղեր): Ավելի հաճախ օգտագործվում է ռեհիդրոն: 1 փաթեթը լուծում են եռացրած հովացրած 1 լիտր ջրի մեջ, լավ խառնում են և տալիս խմելու բաժակով կամ գդալով: Պատրաստված լուծույթը պիտանի է 1 օր և այն պահվում է զով տեղում: Ռեհիդրոնը պարունակում է նատրիումի քլորիդ, նատրիումի ցիտրատ, կալիումի քլորիդ և գլյուկոզա: Ռեհիդրոնը չի նվազեցնում կղանքի հաճախականությունը և ծավալը, չի

դադարեցնում դիարեան, այլ կանխում է ջրազրկումը: Դիարեայի ժամանակ երեխայի բուժումն իրականացվում է ջրազրկման աստիճանը ընտրելուց հետո Ա, Բ, Գ պլանի համաձայն:

### **Պլան Ա.**

Բուժման Ա պլանը կիրառում են, եթե հիվանդի մոտ չկա ջրազրկում: Բուժում են տանը, հրավիրելով մանկաբույժ:

Ջրազրկումը կանխելու նպատակով տալիս են խմելու ռեհիդրոն հետևյալ չափաբաժիններով՝

| <b>Տարիքը</b>             | Յուրաքանչյուր ջրիկ կղանքից հետո ՕՌԱ-ն տրվում է | 1 օրվա ընթացքում տրվելիք ՕՌԱ-ի քանակը |
|---------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>2 տարեկանից փոքր</b>   | 50-100մլ                                       | 500մլ                                 |
| <b>2-10 տարեկան</b>       | 100-200                                        | 1լ օրվա ընթացքում                     |
| <b>10 տարեկանից բարձր</b> | Որքան ցանկանում է                              | 2լ օրվա ընթացքում                     |

- Մինչև 2 տարեկաններին լուծույթը պետք է տալ 1 թեյի գդալից 1-2 րոպեն մեկ:
- Ավագ հասակի երեխաներին լուծույթը տալ բաժակով, հաճախակի կումերով:

- Եթե երեխայի մոտ առկա է փսխում, պետք է սպասել 10 րոպե, ապա շարունակել խմեցնել դանդաղ, ամեն 2-3 րոպեին 1 թեյի գդալ:

Ա պլանով բուժման դեպքում պետք է իմանալ 3 հիմնական կանոն .

1. Ջրազրկումը կանխելու համար երեխային տալ սովորականից շատ հեղուկներ: Մինչև 6 ամսական բացառապես կրծքով սնվողներին տալ ՕՌԱ, ջուր, թեյ: Իսկ մինչև 6 ամսական արհեստական սնվողներին՝ կաթնախառնուրդը պատրաստել 2 անգամ ավել ջրով:
2. Տալ երեխային սննդի բավարար քանակություն: Մինչև 6 ամսական կրծքով սնվողներին հաճախակի և երկարատև կերակրել: Արհեստական սնվողներին կերակրել ադապտացված կաթնաթթվային խառնուրդներով: Ավելի հաճախ տալ մրգի պյուրե, մրգահյութ, կաթնաշոռ:
3. Դիմել բուժաշխատողին կրկին՝ մինչև 1 տարեկան 1 օր հետո, 1 տարեկանից բարձր՝ 2 օր հետո:
4. Դիմել բուժաշխատողին անմիջապես հետևյալ վտանգի նշաններից որևէ մեկի ի հայտ գալու դեպքում. ջերմության բարձրացում, խմելու ցանկության բացակայություն, կրկնվող փսխումներ, կղանքում արյան առկայություն:

## **Պլան Բ.**

Բուժման Բ պլանը կիրառում են չափավոր ջրազրկման դեպքում, երեխային անհապաղ ուղարկելով մոտակա բուժ

հիմնարկ: Այն իրականացվում է առաջին 4 ժամերի համար: Տալիս են ՕՌԱ (ռեհիդրոն): Անհրաժեշտ ստանալիք հեղուկի քանակի բանաձևն է՝ երեխայի քաշը կգ-ով բազմապատկած 75-ով: 4 ժամ հետո պետք է կրկին գնահատել երեխայի վիճակը, որոշել ջրազրկման աստիճանը և շարունակել բուժումը այս անգամ կամ Ա կամ՝ Գ պլանով:

### **Պլան Գ.**

Բուժման Գ պլանը կիրառում են երրորդ աստիճանի ծանր ջրազրկման դեպքում, երեխային ուղարկելով մանկական ինֆեկցիոն հիվանդանոց, որտեղ սնուցումը կազմակերպում են ներերակային ճանապարհով կամ զոնդի միջոցով: Ներերակային ներարկման համար առավել նպատակահարմար են իզոտոնիկ լուծույթներ Ռինգեր լակտատը և ֆիզիոլոգիական լուծույթը (0,9%NaCl): Պետք չէ օգտագործել 5% գլյուկոզայի լուծույթը, քանի որ այն բարձրացնում է հիպոնատրեմիայի և ուղեղի այտուցի զարգացման վտանգը: Հեղուկները ներմուծում են 100 մլ/կգ հաշվարկով այս սխեմայով:

| <b>Տարիք</b>               | <b>Սկզբում տալ 30 մլ/կգ</b> | <b>Հետո՝ 70մլ/կգ</b> |
|----------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Մինչև 1 տարեկան երեխաներին | 1 ժամվա ընթացքում           | 5 ժամվա ընթացքում    |
| 1-5 տարեկան երեխաներին     | 30 րոպեի ընթացքում          | 2,5 ժամվա ընթացքում  |

- Գնահատել երեխայի վիճակը ամեն 15-30 րոպե նեկ, եթե վիճակը չի բարելավվում, հեղուկները պետք է

ներարկել ավելի արագ, միաժամանակ պետք է հետևել, որ հիպերհիդրատացիա չլինի (ուշադրություն են դարձնում կոպերի այտուցին):

- Հենց որ երեխան կարողանա խմել, պետք է տալ ռեհիդրոն (մոտավորապես 5մլ/կգ/ժամ), սովորաբար դա տեղի է ունենում կրծքի հասակում 3-4 ժամից, իսկ ավագ տարիքում՝ 1-2 ժամից:
- 6 ժամ անց կրկին գնահատել երեխայի վիճակը և որոշել ջրազրկման աստիճանը, այնուհետև ընտրել բուժումը շարունակելու հետագա պլանը (Ա, Բ, Գ):
- 6 ժամ անց նորից համոզվել, որ մայրը կարողանում է երեխային տալ ՕՌԱ-ի լուծույթ և կարողանում է պահպանել հիդրատացիայի վիճակը:
- Շատ կարևոր է շարունակել սնուցումը:
- Ընտանիքի անդամներին տրամադրել խորհրդատվություն հիգիենայի և դիարեայի կանխարգելման վերաբերյալ:
- Հաճախակի լվանալ ձեռքերը օճառով զուգարանից հետո, երեխայի տակդիրը փոխելուց հետո, սնունդ պատրաստելուց և ընդունելուց առաջ:
- Դիարեայով երեխան և ընտանիքի մյուս անդամները պետք է օգտագործեն տարբեր սրբիչներ:
- Մինչև 6 ամսական երեխաների համար դիարեայի կանխարգելման լավագույն միջոցը բացառապես կրծքով կերակրումն է:
- Ցինկի պրեպարատ (20մգ) օրը 1 անգամ 10-14 օր սկսած 6 ամսականից՝ մանրացնել, խառնել մաքուր

ջրին, ՕՌԱ-ին կամ կրծքի կաթին (եթե երեխան վաղ տարիքի է):

- Չի կարելի օգտագործել լուծը դադարեցնող և հակասպաստիկ դեղամիջոցներ, դրանք չունեն գործնական արժեք, անգամ վտանգավոր են, քանի որ կարող են երկարացնել հիվանդության տևողությունը և բերել ինվազիվ ինֆեկցիայի:
- Արյունային կղանքի (դիզենտերիա) դեպքում ցուցված են հակաբիոտիկներ՝ ըստ բժշկի նշանակման:

### «Տոքսիկոզ» և «Էքսիկոզ» համախտանիշների տարբերակումը

| Չափանիշներ              | Տոքսիկոզ                                                                                                                                                                                                                                                                      | Էքսիկոզ                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Վիճակի էությունը</b> | Միկրոբների թույների և կենսագործունեության արգասիքների ներծծումը արյան մեջ                                                                                                                                                                                                     | Ջրի և աղերի կորստի հետևանքով օրգանիզմի ջրազրկումը                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Կլինիկա</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• գունատ, «մարմարանման», գորշավուն երանգով մաշկ,</li> <li>• մարմնի բարձր ջերմաստիճան,</li> <li>• ցնցումներ,</li> <li>• փսխում, որը կապված չէ սննդի ընդունման հետ,</li> <li>• գիտակցության խանգարում,</li> <li>• տախիկարդիա,</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• մաշկի և լորձաթաղանթների չորություն,</li> <li>• լորձաթաղանթների վառ վարդագույն գույն,</li> <li>• մաշկի էլաստիկության և հյուսվածքների տուրգորի անկում,</li> <li>• մեծ գաղթունի ներանկում,</li> <li>• օլիգուրիա,</li> </ul> |

|                |                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• հնարավոր է երիկամային անբավարարության զարգացում</li> </ul>                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• մարմնի քաշի անկում</li> </ul>                                                                                      |
| <b>Բուժում</b> | Արագացված դիուրեզի մեթոդով դեզինտոքսիկացիոն թերապիա (գլյուկոզա-աղային լուծույթների, արյան փոխարինիչների և միաժամանակ միզամուղների ներերակային ներմուծում) | Ջրի և աղերի կորստի վերականգնում օրալ ռեհիդրատացիայի (Ա և Բ պլան), իսկ կարիքի դեպքում՝ գլյուկոզա-աղային լուծույթների ներերակային ներմուծման միջոցով (Գ պլան) |

### ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԱՆԲԱՎԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ

Հիպոտրոֆիան (հուն. hypo – ցածր, trophe – սնուցում)՝ սնուցման քրոնիկ խանգարում է, որն ուղեկցվում է երեխայի տարիքի և հասակի համեմատ մարմնի զանգվածի անբավարար աճով: Հիպոտրոֆիան արտահայտվում է ոչ միայն ֆիզիկական զարգացման անբավարարությամբ, այլ նաև նյարդա-հոգեկան թերզարգացումով, խոսքի հապաղումով: Հիպոտրոֆիայի ժամանակ բարակում է ենթամաշկային ճարպաշերտը, ընկնում է մաշկային ծածկույթների տուրգորը, ուղեկցվում է նյութափոխանակության խանգարումներով, իջնում է օրգանիզմի դիմադրողականությունը:

**Էթիոլոգիա:** Մնուցման քրոնիկ խանգարման կարող են հանգեցնել հղիության ընթացքում առաջացած ախտաբանական վիճակները (հետսոդները, ֆետոպլացենտար անբավարարությունը, վաղաժամ ծննդաբերությունները, հղիի քրոնիկ հիվանդությունները՝ շաքարային դիաբետ, նեֆրոպաթիաներ, պիելոնեֆրիտ, սրտի արատներ, հիպերտոնիա և այլն, ինչպես նաև՝ նյարդային սթրեսները, վնասակար սովորությունները, հղիի անբավարար սնուցումը, էկոլոգիական անբարենպաստ վիճակը, ներարգանդային ինֆեկցիաները, պտղի հիպոքսիան): Ներարգանդային հիպոտրոֆիայի առաջացման մեջ մեծ դեր ունեն էնդոգեն և էկզոգեն պատճառները: Էնդոգեն պատճառներից են՝ քրոմոսոմային անոմալիաները, զարգացման բնածին արատները, ֆերմենտապաթիաները (ցելլակիա, լակտատային անբավարարություն, մալաբուրբոցիայի համախտանիշ), իմունոդեֆիցիտային վիճակները:

Էկզոգեն պատճառները բաժանվում են 3 խմբի՝ սննդային, վարակային և սոցիալական: Սննդայինը հիմնականում կապված է սպիտակուցա- էներգետիկ դեֆիցիտի հետ, որն առաջանում է քանակական և որակական թերսնուցման արդյունքում՝ կապված մշտական թերսնման հետ (ծծման դժվարություններ, հարթ կամ ներընկած պտուկներ), նապաստակի շրթունք, գայլի երախ, ծննդաբերական տարբեր վնասվածքներ և այլն: Սոցիալական պատճառներից են՝ մաքուր օդում քիչ գտնվելը, ոչ բավարար խնամքը:

**Պաթոզենեզ:** Հիպոտրոֆիա առաջացնող էկզոգեն և էնդոգեն գործոնները նվազեցնում են գլխուղեղի գրգռվածությունը և խանգարվում է կենտրոնական նյարդային համակարգի կարգավորիչ գործունեությունը, որն ազդում է ստամոքս-աղիքային համակարգի ֆունկցիայի վրա, խանգարվում է ճարպերի և սպիտակուցների, ինչպես նաև վիտամինների ներծծումը: Խանգարվում են օրգանիզմի հյուսվածքների և բջիջների կողմից սննդանյութերի յուրացման պրոցեսները: Կենսագործունեությունը պահպանելու համար օրգանիզմը ստիպված է օգտագործել սեփական հյուսվածքները, սպիտակուցները, ճարպերը և ածխաջրերը (ճարպային դեպոններից ենթամաշկային ճարաշերտ, մկաններ, ներքին օրգաններ), որը բերում է հյուծվածության: Խախտվում է երեխայի աճը և զարգացումը, իջնում է նրա դիմադրողականությունը, հեշտությամբ է միանում վարակը, ծագում և ծանր են ընթանում տարբեր հիվանդությունները:

**Դասակարգում:** Այսպիսով, հիպոտրոֆիան լինում է ներարգանդային (պրենատալ, բնածին), ձեռքբերովի (պոստնատալ) և խառը: Ըստ ծանրության աստիճանի՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր: Ըստ ընթացքի՝ սկզբնական շրջան, զարգացման շրջան, կայունացման և առողջացման շրջաններ:

**Կլինիկա:** Թեթև հիպոտրոֆիայի ժամանակ երեխայի ընդհանուր վիճակը բավարար է, նյարդա- հոգեկան զարգացումը համապատասխանում է տարիքին, դիտվում է ախորժակի չափավոր նվազում: Ուշադիր գնման ժամանակ հայտնաբերվում է մաշկային ծածկույթների գունատություն,

տուրգորի իջեցում, որովայնի շրջանում ենթամաշկային շերտի բարակում: Հասակը նորմայի սահմաններում է, քաշը՝ նորմայից ցածր է 10-20%-ով:

Միջին ծանրության հիպոտրոֆիայի ժամանակ խանգարվում է երեխայի ակտիվությունը, դառնում է գրգռված կամ թույլ, ախորժակը վատ է: Մաշկը գունատ է, չոր, թեփոտված, մկանային տոնուսն ընկած է, մաշկային ծալքը դանդաղ է հարթվում: Ենթամաշկային ճարպաշերտը բացակայում է որովայնի, իրանի, վերջույթների վրա, դեմքի վրա պահպանված է: Հաճախ դիտվում է հեղուկ, զարկերակային հիպոտոնիա, տախիկարդիա: Հասակը նորմայից հետ է 2-3 սմ, քաշը՝ 20-30%-ով պակաս:

Ծանր հիպոտրոֆիան բնորոշվում է կտրուկ հյուծումով, ենթամաշկային ճարպաշերտը բացակայում է ամենուր: Երեխան թույլ է, աղինամիկ, արտաքին գրգիռներին չի արձագանքում, նկատելի տուժում է նյարդա- հոգեկան զարգացումը: Մաշկը գունատ է, մոխրագույն երանգով, լորձաթաղանթները չոր, մկանները աստրոֆիկ, տուրգորը բացակայում է: Հյուծման և ջրազրկման արդյունքում աչքերը փոս են ընկնում, գաղթունը ներընկած է, դիմագծերը սրված, բերանի անկյուններում կան ճաքեր, դեմքը ընդունում է «ծերունական» տեսք: Խանգարված է ջերմակարգավորումը: Հաճախ զարգանում է կոնյուկտիվիտ, կանդիդոզ, ալոպեցիա, թոքերի ատելեկտազ, ռախիտ, սակավարյունություն: Տերմինալ շրջանում լինում է հիպոթերմիա, բրադիկարդիա, հիպոգլիկեմիա: Քաշի դեֆիցիտը 30%-ից ավելի է, հասակը ետ է մնում նորմայից 7-10 սմ-ով:

**Ախտորոշում:** Ներարգանդային հիպոտրոֆիան ախտորոշվում է հղիների ՌԻՉՀ-սկրինինգով: Նորածինների մոտ հիպոտրոֆիան ախտորոշում է նեոնատոլոգը անմիջապես ծնվելուց հետո: Ձեռք բերովի հիպոտրոֆիան հայտնաբերում է մանկաբույժը դինամիկ հսկողության, ֆիզիկական աճի գնահատման սկրինինգների պարբերաբար կատարման արդյունքում:

Երեխայի անթրոպոմետրիկ տվյալները գրանցվում են հատուկ կորագծերի (ցենտիլային աղյուսակների) վրա, որոնք ունեն սեռային և տարիքային առանձնահատկություններ և գնահատվում են պերցենտիլներով, որը թույլ է տալիս կատարել ՄՁՑ-ի (մարմնի զանգվածի ցուցանիշի) արժեքների գնահատում:

Գնահատումն իրականացվում է հետևյալ բանաձևով՝

**$ՄՁՑ = \text{քաշ(կգ)} / \text{հասակ(մ)} \times \text{հասակ(մ)} \text{ կամ}$**

**$ՄՁՑ = \text{քաշ(կգ)} / \text{հասակ(սմ)} / \text{հասակ(սմ)} \times 10000,$**

ըստ որի՝

- 97-րդ պերցենտիլից բարձր՝ գիրություն,
- 85-97-րդ պերցենտիլ՝ ավելցուկային քաշ,
- 3-85-րդ պերցենտիլ՝ նորմալ քաշ,
- 3-րդ պերցենտիլից ցածր՝ անբավարար փարթամություն (հյուծվածություն):

Անբավարար փարթամություն (հյուծվածություն) է սահմանվում, երբ ՄՁՑ-ի ցուցանիշը ըստ տարիքի ցածր է 3-րդ պերցենտիլից, ինչը կարող է վկայել սուր թերսնուցման, ջրազրկման կամ գենետիկ անկանոնությունների մասին:

3-րդ պերցենտիլից ցածր և 97-րդ պերցենտիլից բարձր ցուցանիշները մատնանշում են առողջական կամ սնուցման

խնդիրների առկայություն: Շեղումների հայտնաբերման դեպքում կազմակերպվում է երեխայի բուժումը, իսկ ծանր դեպքերում ուղեգրվում է ստացիոնար: Անհրաժեշտության դեպքում անհրաժեշտ են նեղ մասնագիտական խորհրդատվություններ, գործիքային հետազոտություններ (որովայնի օրգանների ԳՁՀ, ԷՍԳ, ԷխոՍԳ, ԷԷԳ, կոպրոգրամմա, արյան բիոքիմիական հետազոտություն):

**Բուժում:** Բուժումը պետք է լինի կոմպլեքսային և իր մեջ ընդգրկի.

1. Հիպոտրոֆիայի առաջացման պատճառների ճշտում և վերացում
2. Սննդաբուժում
3. Ռացիոնալ ռեժիմի, խնամքի, դաստիարակման, մերսման և մարմնամարզության կազմակերպում
4. Քրոնիկական ինֆեկցիայի օջախների, զուգորդող հիվանդությունների հայտնաբերում և բուժում
5. Ֆերմենտոթերապիա, վիտամինոթերապիա, ախտանշանային բուժում:

Հիպոտրոֆիայի թեթև աստիճանի ժամանակ բուժումը կազմակերպում են տնային պայմաններում, իսկ միջին և ծանր աստիճանների դեպքում երեխան պետք է բուժվի ստացիոնար պայմաններում:

Սննդաբուժումը ռացիոնալ բուժման հիմքն է: Կրծքի կաթին կամ կաթնախառնուրդներին կարելի է ավելացնել կաթնաշոռ, թարմ կաթնասեր, շաքարի օշարակ:

Ընդունված է կիրառել սննդաբուժման երկփուլ մեթոդը. նախ՝ սննդատեսակի տանելիության ճշտում (3-4-ից մինչև 10-12օր) և սննդի ծավալի և կալորիականության ավելացում

մինչև տարիքային ֆիզիոլոգիական նորմա: Մնունդը պետք է ներմուծել կոտորակային եղանակով: Յուրաքանչյուր շաբաթ անհրաժեշտ է կատարել սննդային արժեքների հաշվարկ: Եթե երեխայի ծծման, կլման ռեֆլեքսները թույլ են, պետք է կերակրել զոնդով: Մննդի քանակի պակասը լրացվում է մրգաբանջարեղենային եփուկով, գլյուկոզայի 5%-ոց լուծույթով, թեյով, մասուրի թուրմով: Եթե երեխայի վիճակը լավանում է, մարմնի քաշն ավելանում է, անցնում են II փուլին: Նշանակում են 1-2 անգամ թթու կաթնային խառնուրդներ (մածուն, կեֆիր, Նարինե): Կալորիականությունը բարձրացվում է ի հաշիվ սպիտակուցների, ճարպերի և ածխաջրերի: Երեխայի համար իդեալական սնունդ է հանդիսանում կրծքի կաթը, իսկ նրա բացակայության դեպքում՝ ադապտացված կաթնախառնուրդները: Նախընտրելի են կաթնաթթվային խառնուրդները, քանի որ նրանք ավելի հեշտ են մարսվում ու յուրացվում և նվազեցնում են դիսբակտերիոզը:

Տալիս են A,C,D,E,PP, նաև B կոմպլեքսի վիտամիններ պերօրալ և պարենտերալ ճանապարհով:

Ծանր դեպքերում կազմակերպում են պարենտերալ սնուցում՝ ներերակային ներարկում են ալբումին, պլազմա, գլյուկոզա 10%: Կոմպլեքս բուժման մեջ կարելի է օգտագործել ապիլակ, ժենշեն: Կարևոր են նաև մերսումը և ընդհանուր ամրապնդող միջոցառումները:

**Խնամք:** Երեխաներին զերծ պահել տարբեր տեսակի գրգռիչներից (լուսային, ձայնային), մանիպուլյացիաներից և վարակներից: Երեխան պետք է գտնվի լուսավոր, ազատ, հաճախակի օդափոխվող հիվանդասենյակում, որտեղ օդի

ջերմաստիճանը 22-24°C է, իսկ խոնավությունը 60-70%: Թույլատրվում են զբոսանքներ մաքուր օդում, եթե օդի ջերմաստիճանը -5°C-ից ցածր չէ: Զբոսանքների ժամանակ երեխային պետք է գրկել, իսկ տարվա սառը եղանակներին ոտքերի տակ դնել ջեռակ:

Զգուշորեն պետք է կատարել մերսում և մարմնամարզություն: Հիպոտրոֆիայի բուժման ընթացքի վրա դրական են ազդում գոլ հիգիենիկ լոգանքները (ջրի ջերմաստիճանը +38°C), որոնք կատարում են ամեն օր գուգորդելով բուժական փշատերևային լոգանքների և ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների հետ: Համարվում է, որ հիպոտրոֆիայով հիվանդներին ոչ թե բուժում են, այլ խնամում են:

**Կանխարգելում:** Նախաձննդյան հիպոտրոֆիան կանխարգելելու նպատակով անհրաժեշտ է պահպանել հղի կնոջ օրվա և սնուցման ռեժիմը, բացառել պտղի վրա զանազան անբարենպաստ գործոնների ազդեցությունը:

Հետձննդյան շրջանում կարևոր է կանոնակարգել կերակրող մոր սննդի որակական արժեքը, երեխաների հավելյալ սնուցման ժամանակին և ճիշտ ներմուծումը, մարմնի զանգվածի աճի դինամիկայի պարբերական հսկողությունը, նորածինների ճիշտ խնամքը, ուղեկցող հիվանդությունների բացառումը, դրանց ժամանակին ախտորոշումը և բուժումը:

## ՌԱԽԻՏ

Ռախիտը կրծքի և վաղ հասակի երեխաների հիվանդություն է, որը պայմանավորված է վիտամին Դ-ի, կալցիումի և ֆոսֆորի փոխանակության խանգարմամբ և արտահայտվում է ոսկրերի անբավարար հանքայնացմամբ ու ձևախախտումներով:

**Էթիոլոգիա:** Ռախիտի զարգացման կարևորագույն պատճառը վիտամին Դ-ի պակասն է օրգանիզմի ամենախնտենսիվ աճի շրջանում: Ռախիտի զարգացմանը նպաստում են նաև մի շարք այլ գործոններ, որոնք ազդում են երեխայի օրգանիզմի վրա.

1. Վիտամին Դ-ի անբավարար ներմուծումը սննդի միջոցով, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթման պակասը, վիտամին Դ-ի փոխանակման բնածին խանգարումները:
2. Անհասությունը, բազմապտուղ հղիությունը (հանքային աղերը անցնում են պտղին հղիության վերջին ամիսներին:
3. Սխալ կերակրումը (վաղաժամ արհեստական սնուցումը ոչ ադապտացված կաթնային խառնուրդներով, միակողմանի ածխաջրատային սնուցումը), քանի որ սպիտակուցի պակասի պատճառով նույնիսկ բավարար քանակի վիտամին Դ-ն սպիտակուցի հետ կապված չլինելու պատճառով չի անցնում արյան մեջ:
4. Ոչ բարենպաստ էկոլոգիական և սոցիալ-կենցաղային պայմանները (օդը, ջուրը, հողը):

5. Էնդոկրին խանգարումները (հիպոֆիզի, հարվահանային և վահանաձև գեղձերի տարիքային դիսֆունկցիան):
6. Սխալ կերակրումը (վաղաժամ արհեստական սնուցումը ոչ ադապտացված կաթնային խառնուրդներով, միակողմանի ածխաջրատային սնուցումը), քանի որ սպիտակուցի պակասի պատճառով նույնիսկ բավարար քանակի վիտամին Դ-ն սպիտակուցի հետ կապված չլինելու պատճառով չի անցնում արյան մեջ:
7. Սխալ խնամքը:

#### **Ռիսկի խմբի մեջ են մտնում.**

1. Անհաս և ցածր քաշ ունեցող երեխաները:
2. Ցնցումային համախտանիշով երեխաները, որոնք ստանում են հակացնցումային դեղամիջոցներ:
3. Լյարդի և լեղուղիների քրոնիկ պաթոլոգիայով երեխաները:
4. Վաղաժամ արհեստական սնուցում ստացող երեխաները:
5. Ժառանգական նախատրամադրվածություն ունեցող երեխաները:

**Պաթոգենեզ:** Հիվանդության զարգացման հիմքում ընկած է Ca-ի և P-ի նյութափոխության խանգարումը, որի կարգավորման մեջ մեծ դեր է խաղում վիտամին Դ- ն:

Այսպիսով վիտամին Դ-ն անցնում է օրգանիզմ մաշկով, նաև՝ աղիներում միանալով սպիտակուցի հետ անցնում է արյան մեջ:

Դ վիտամինի պակասի հետևանքով օրգանիզմում նվազում է Ca-ի և P-ի ներծծումը աղիներում, որի պատճառով խիստ նվազում է այդ հանքային նյութերի քանակը արյան պլազմայի, ոսկրային հյուսվածքի մեջ: Հիպոկալցեմիան խթանում է հարվահանաձև գեղձի ֆունկցիան, պարատ հորմոնի հիպերսեկրեցիայի հետևանքով P-ի հետներծծումը երիկամների խողովակներում արգելակվում է, այն սկսում է արտազատվել մեզով՝ ֆոսֆատուրիա: Արյան մեջ իջնում է P-ի քանակը՝ հիպոֆոսֆատեմիա: Այս ամենը բերում է նյութափոխանակության, օքսիդացման ռեակցիաների խանգարմանը, որի հետևանքով օրգանիզմում զարգանում է ացիդոզ:

Ացիդոզը ընկճում է իմունային պաշտպանական համակարգը և առաջանում է ԿՆՀ-ի և ներքին օրգանների ֆունկցիաների խանգարում: Ացիդոզի հետևանքով Ca-ական և P-ային միացությունները չեն տեղակայվում աճառային և ոսկրային հյուսվածքներում, որը բերում է ոսկրերի կրակալման խանգարման: Այդ պատճառով ոսկրերը փափկում են, հեշտ դեֆորմացվում և նկատվում է ոսկրանման հյուսվածքի գերաճ:

### **Կլինիկա:**

**Սկզբնական շրջան:** Բնութագրվում է ԿՆՀ-ի փոփոխություններով: Առաջին նշանները արտահայտվում են 2-3 ամսական հասակում (անհասների մոտ՝ 1 ամսականից):

Երեխաների մոտ դիտվում է՝

- դյուրագրգռություն, անհանգստություն (վեր է թռնում ձայնի կամ կտրուկ լույսի դեպքում),

- արտահայտված քրտնարտադրություն՝ հատկապես կերակրելիս, ճչալիս: Գրգռվում է մաշկը՝ առաջացնելով քոր, երեխան գլխով տրորվում է բարձին. «Թաց բարձի ախտանիշ» և առաջանում է ծոծրակի մազաթափություն,
- շփաբորբ, քրտնախաշ,
- մկանային թուլություն:

Այս շրջանը տևում է 2-3 շաբաթ: Եթե հիվանդությունը ժամանակին չի ախտորոշվում, անցնում է ծաղկման շրջանին:

**Ծաղկման շրջան:** Նյարդային խանգարումներն ավելի են արտահայտվում: Զարգանում են փոփոխություններ ոսկրային, մկանային, հոդակապանային համակարգերի կողմից:

Ոսկրային փոփոխություններն են՝

- մեծ գաղթունի եզրերի փափկեցում,
- գանգի ոսկրերի փափկեցումներ (Craniotabes),
- ծոծրակի հարթեցում, գլխի ասիմետրիա,
- կողմնոսկրերի կենտրոններում առաջացած ոսկրանման հյուսվածքի գերաճի պատճառով առաջանում են թմբեր՝ քառակուսի գլուխ (caput quadratum),
- ճակատոսկրերի շրջանում առաջանում են թմբեր՝ օլիմպիական ճակատ,
- ատամները ծկթում են ուշ և սխալ հերթականությամբ,
- առաջանում են կեցվածքի շեղումներ,
- մեծ գաղթունը ուշ է փակվում (ոսկրանում),

- այն հատվածում, որտեղ կողերի աճառային մասը անցնում է ոսկրայինի՝ առաջանում են ոսկրային հաստացումներ ռախիտիկ համրիչների տեսքով,
- կրծքավանդակի դեֆորմացիայի պատճառով կարող է առաջանալ կրծոսկրի ներհրում «կոշկակարի կուրծք» կամ հակառակը՝ դուրսհրում «հավի կուրծք», անրակի ծռումներ, նաև՝ ողնաշարի ծռումներ. կիֆոզ՝ դուրս կորացում (կուզ), լորդոզ՝ ներս կորացում, սկոլիոզ՝ աջ կամ ձախ ծռում,
- հարիսոնյան ակոսի առաջացում պայմանավորված ստորին կողերին ամրացած ստոծանու ձգումով,
- դաստակների էպիֆիզների հաստացում (ռախիտիկ ապարանջան),
- մատների ֆալանգների հաստացում (ռախիտիկ մարգարիտներ),
- փոփոխություններ կոնքի կողմից՝ տափակ կոնք, որը հետագայում ստեղծում է խնդիրներ ծննդաբերության ժամանակ,
- ստորին վերջույթների առանցքային դեֆորմացիաներ՝ վարուսային (O-աձև) և վալգուսային (X-աձև) կորացումներ. վարուսային դեֆորմացիայի դեպքում կոճերը հպվում են միմյանց, իսկ ծնկների միջև հեռավորություն է մնում, իսկ վալգուսային դեֆորմացիայի դեպքում ծնկները հպվում են միմյանց, իսկ կոճերի միջև հեռավորություն է մնում,
- հարթաթաթություն, բադի քայլվածք:

Մկանային համակարգի խանգարումներ (մկանային հիպոտոնիան ռախիտի գլխավոր նշաններից մեկն է)՝

- խանգարվում են շարժողական ֆունկցիաները (ուշ են նստում, սողում, կանգնում),
- որովայնի մկանների հիպոտոնիա («գորտի որովայն»)
- աղիների մկանային շերտի թուլություն (փորկապությունների հակում),
- հնարավոր է աճուկային և պորտային ճողվածքների առաջացում,
- լյարդը չափավոր մեծանում է,
- նկատվում է նաև փայծաղի մեծացում:

Հոդակապանային համակարգի փոփոխություններ՝

- հոդերում շարժումները դառնում են անսահմանափակ՝ մեջքի վրա պառկած վիճակում երեխան հեշտությամբ ոտնաթաթը հասցնում է ծոծրակին:

**Ապաքինման շրջանը** բնորոշվում է բոլոր ախտանիշների հետ զարգացմամբ: Գանգոսկրերի եզրերը ամրանում են, վերականգնվում են շարժողական ֆունկցիաները:

**Մնացորդային երևույթները** դիտվում են ծանր ռախիտից հետո, ավելի մեծ հասակի երեխաների մոտ՝ ոսկրային դեֆորմացիաներ, մկանային հիպոտոնիա, ատամների փոփոխություններ (կարիես), անեմիա:

Դեռահասության շրջանում վիտամին Դ- ի դեֆիցիտը կարող է դրսևորվել տարբեր ձևերով, ներառյալ հիպոկալցեմիկ տետանիա (կարպոպեդալ սպազմ), ստորին վերջույթների դեֆորմացիա, վերջույթների ցավ,

պրոգրեսիվող մկանային թուլություն: Նման կլինիկական դերսևորումների դեպքում անհրաժեշտ է ստուգել վիտամին Դ-ի մակարդակը:

**Ռախիտի ընթացքը** կախված է երեխայի տարիքից, կերակրման բնույթից (տեսակից), տարվա եղանակից, ռեժիմի առանձնահատկություններից և ճիշտ կանխարգելումից: Հիվանդության սկիզբը և սրացումները որպես օրենք տեղի են ունենում ուշ աշնանը, ձմռանը և վաղ գարնանը: Ամռան ամիսներին պրոցեսը հանդարտվում է և սկսվում է առողջացումը:

**Ախտորոշում:** Արյան շիճուկի մեջ իջնում է Ca-ի և P-ի քանակը (Ca-ի նորման 2,25-2,5 մմոլ/լ, P-ի նորման՝ 1,45-1,77մմոլ/լ), փոփոխված է Ca/P հարաբերությունը (նորման 2/1):

Մեզում՝ հիպերֆոսֆատուրիա, հիպոկալցիուրիա, հիպերամինոացիդուրիա:

Մեզում Ca-ի խտությունը որոշելու համար կատարում են Սուկկովիչի փորձը:

Ռենտգեն քննությամբ ռախիտին բնորոշ փոփոխությունները լավագույնս նկատվում են արագ աճող ոսկրերի աճման գոտիներում: Վերին վերջույթներում դիստալ ծղիկոսկրը, իսկ ստորին վերջույթներում ծնկից վեր և վար գտնվող մետաֆիզային շրջանները պակաս հանքայնացման վաղ հայտնաբերման ամենաբնորոշ տեղերն են:

**Ռախիտի բուժում և խնամք:** Ռախիտի բուժումը կոմպլեքսային է, կախված է հիվանդության ծանրության աստիճանից: Բուժման հիմնական սկզբունքը սպեցիֆիկ և ոչ սպեցիֆիկ բուժման զուգորդումն է: Մեծ դեր է հատկացվում

ռացիոնալ սնուցմանը: Պետք է ժամանակին (6 ամսականից) նշանակել հավելյալ սնունդ (բանջարեղենային խյուս, ձվի դեղնուց, տավարի անյուղ միս, կաթնաշոռ, հնդկաձավար, կարագ, մրգեր, մրգահյութեր): Անհրաժեշտ է բարելավել սանիտարա-հիգիենիկ պայմանները, խնամքը, կանոնավորել ռեժիմը: Երեխային հաճախակի դուրս բերել մաքուր օդի, կատարել մերսում, մարմնամարզություն և ջրային միջամտություններ:

Սպեցիֆիկ բուժման համար նշանակում են վիտամին Դ: Գոյություն ունեն վիտամին Դ-ի ջրային, սպիրտային և յուղային լուծույթներ: Առավել էֆեկտիվ է բուժման և կանխարգելման համար կիրառել Դ3 վիտամինի ջրային լուծույթը (Ակվադետրիմ): Այն լավ է ներծծվում, ունի երկարատև ազդեցություն և չի առաջացնում ստամոքսաղիքային համակարգի խանգարումներ: Ջրային լուծույթի 1 կաթիլը պարունակում է 500մմ:

Վիտամին Դ դեֆիցիտային ռախիտի համար առաջարկվող դեղաչափերն են՝

- 1000 մմ օրական մինչև 1 ամսական երեխաների համար,
- 1000-5000 մմ օրական 1-12 ամսական երեխաների համար,
- 5000-10000 մմ 1 տարեկան և ավելի մեծ երեխաների համար:

Բավարար արդյունք ստանալուց հետո օրվա դեղաչափը իջեցնում են մինչև կանխարգելիչի՝ 500մմ ամեն օր 2 տարվա ընթացքում և 3- ռդ տարվա մեջ միայն ձմռանը:

Վիտամին Դ -ն տալիս են մոր կաթի կամ այլ սննդի հետ, պահում են մութ տեղում՝ +10°C պայմաններում:

Կալցիումական և ֆոսֆորական աղերի լավ յուրացման նպատակով տալիս են ցիտրատային խառնուրդ 10-15 օր:

Կարող են իրականացվել բուժական լոգանքներ փշարմավի տերևներով, ծովի կամ կերակրի աղով: Փշարմավի տերևներով կատարում են ամեն օր (1 թեյի գդալ մզվածք 10 լիտր ջրին), տևողությունը 5-10 րոպե, բուժական կուրսը՝ 13-15 լոգանք: Աղային լոգանքներ կատարում են 2 օրը մեկ անգամ (100 գրամ աղ 10 լիտր ջրին, ջրի ջերմաստիճանը՝ 36 աստիճան), տևողությունը 3-5 րոպե, բուժման կուրսը 8-10 լոգանք:

**Ռախիտի կանխարգելում:** Տարբերում են ռախիտի ոչ սպեցիֆի և սպեցիֆիկ կանխարգելում, որն իրականացվում է նախածննդյան (անտենատալ) և հետծննդյան (պոստնատալ) շրջաններում:

**Նախածննդյան ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելում:** Հղի կինը պետք է ստանա լիարժեք սնունդ՝ հարուստ վիտամիններով, սպիտակուցներով, ճարպերով, ածխաջրատներով, հանքային աղերով, բավարար չափով օգտվի արևից, ջրից, հաճախակի զբոսնի մաքուր օդում (օրը 2-4 ժամ), չծանրաբեռնվի աշխատանքով, պահպանի ակտիվ շարժողական ռեժիմ, ապահովվի 8 ժամյա քունը:

**Նախածննդյան սպեցիֆիկ կանխարգելում:** Հղի կինը պետք է ստանա Դ վիտամին օրական 400-500 մմ ողջ հղիության ընթացքում կամ 1000 մմ սկսած 7 ամսական հղիությունից: Ռիսկի խմբի մեջ ընդգրկված կանանց (շաքարային դիաբետ, երիկամային անբավարարություն, հիպերտոնիկ հիվանդություն, ռևմատիզմ և այլն) անհրաժեշտ է լրացուցիչ 500-1000մմ Դ վիտամին 8 շաբաթվա ընթացքում

անկախ տարվա եղանակից սկսած 28-32 շաբաթական հղիությունից:

**Հետծննդյան (պոստնատալ) ոչ սպեցիֆիկ կանխարգելում:** Պետք է սկսել ծննդյան հենց առաջին իսկ օրերից: Նորածինը պարտադիր պետք է սնվի մայրական կաթով, երկարատև գտնվի մաքուր օդում, ճիշտ կազմակերպվի օրվա ռեժիմը, ժամանակին ստանա հավելյալ սնունդ (մրգահյութեր, բանջարեղեն, ձվի դեղնուց, կաթնաշոռ, միս, վարսակ, հնդկաձավարի շիլա և այլն): Անհրաժեշտ է կիրառել արևային և օդային լոգանքներ, մերսում, մարմնամարզություն, պահպանել երեխային վարակային հիվանդություններից:

**Հետծննդյան (պոստնատալ) սպեցիֆիկ կանխարգելում:**

- Բոլոր նորածինները, որոնք ստանում են բացառապես կամ մասնակի կրծքի կաթ կամ ոչ ադապտացված սննդատեսակներով սնուցում (ներառյալ անհաս նորածինները) կյանքի 2-րդ շաբաթականից սկսած պետք է ստանան 500 մմ Դ վիտամին՝ ամեն օր մինչև 2 տարեկան հասակը առանց սեզոնային ընդմիջման (շուրջամյա):
- Ռիսկի խմբի մեջ ընդգրկված անհաս նորածիններին, որոնք գտնվում են ոչ բարենպաստ կլիմայական կամ կենցաղային պայմաններում, Դ վիտամինի օրական դեղաչափը ավելացնում են մինչև 1000մմ:
- Այն երեխաները, ովքեր ստանում են ադապտացված կաթնային խառնուրդներ, որոնց կազմում կա Դ վիտամին, կանխարգելիչ դոզան նշանակելիս հաշվի են առնում Դ վիտամինի քանակը տվյալ խառնուրդում:

Ծանր աստիճանի ռախիտ տարած երեխաները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ 3 տարի:

### **ՑՆՑՈՒՄԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇ**

Երեխաների մոտ ցնցումների առաջացման պատճառները տարբեր են: Դրանք բաժանվում են մի քանի խմբի՝

- ֆեբրիլ,
- հիպոգլիկեմիկ,
- հիպոկալցեմիկ,
- ԿՆՀ- ի ախտահարման արդյունքում,
- անհայտ էթիոլոգիայի:

**Ֆեբրիլ ցնցումներն** առաջանում են ուղեղի վրա բարձր ջերմաստիճանի ազդեցությունից: Դրանք թվում են վտանգավոր, սակայն ինքնուրույն անցնում են, տևում են մի քանի րոպե և չեն առաջացնում լուրջ խանգարումներ:

Երեխաների մեծ մասի մոտ ֆեբրիլ ցնցումներն անհետանում են կյանքի 5-րդ տարում: Ֆեբրիլ ցնցումների դեմ սպեցիֆիկ կանխարգելման միջոցներ գոյություն չունեն: Եթե ջերմությունը բարձր է 39 °C, որն առաջացնում է անհարմարություն երեխայի համար, անհրաժեշտ է իջեցնել ջերմիջեցնող դեղամիջոցներով (պարացետամոլ կամ իբուպրոֆեն):

Դիմել բժշկի, եթե՝

- ունեցել է 1-ից ավել ցնցումային նոպա 24 ժամվա ընթացքում,
- շատ քնկոտ կամ անհանգիստ է,
- ունի ուժեղ գլխացավ կամ փսխում:

**Հիպոգլիկեմիկ ցնցումները** (կամ հիպոգլիկեմիկ նոպաները) առաջանում են, երբ արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակը չափազանց իջնում է (3 մմոլ/լ- ից ցածր), որի ժամանակ ուղեղը գլյուկոզա չի ստանում:

Առաջացման հիմնական պատճառներն են՝

- ինսուլինի գերդոզավորումը,
- երկարատև քաղցը,
- ծանր ֆիզիկական աշխատանքը,
- փսխումը կամ լուծը, որի պատճառով օրգանիզմը սնունդ չի յուրացնում,
- շաքարային դիաբետը և այլ ներզատական հիվանդություններ:

Ախտանիշները՝

- ուժեղ քաղց,
- դող,
- քրտնարտադրություն,
- թուլություն,
- սրտխփոց,
- գլխապտույտ,
- անհանգստություն:

Եթե վիճակը խորանա, կարող են առաջանալ՝

- գիտակցության խանգարում,
- ցնցումներ,
- ուշագնացություն,
- կոմա:

**Վարման կանոններ:** Եթե գիտակցությունը պահպանված է՝

- տալ արագ ներծծվող ածխաջրատներ (քաղցր հյութ, շաքարաջուր, մեղր, կոնֆետ, գազավորված ըմպելիքներ):

Եթե անգիտակից է՝

- պերօրալ ոչինչ չտալ,
- պառկեցնել կողքի (ԿԱԴ),
- ապահովել շնչուղիների անցանելիությունը,
- կանչել շտապ օգնություն,
- ներարկել 10 % գլյուկոզա Յմ/կգ ն/ե դանդաղ:

**Հիպոկալցեմիկ ցնցումներ:** Այս ցնցումներն առաջանում են արյան մեջ կալցիումի մակարդակի նվազման հետևանքով (հիպոկալցեմիա): Կալցիումը կարևոր դեր ունի նյարդային և մկանային համակարգերի աշխատանքի համար: Դրա պակասը կարող է առաջացնել մկանային կծկումներ և ցնցումներ:

**Առաջացման պատճառներ.**

- վիտամին «Դ»-ի պակաս,
- կալցիումով աղքատ սնունդ,
- վահանաձև և հարվահանաձև գեղձի ֆունցիայի խանգարումներ,
- երիկամների որոշ հիվանդություններ,
- աղիներում կալցիումի ներծծման խանգարումներ,
- նորածինների մոտ անհասություն կամ սնուցման խնդիրներ,
- երկարատև փսխումներ կամ լուծ:

**Ախտանիշներ.**

Կարող են դիտվել.

- մկանների կծկումներ և ջղակծկումներ,

- ձեռքերի, ոտքերի դող կամ թմրածություն,
- դեմքի մկանների կծկումներ,
- անհանգստություն, գրգռվածություն,
- ցնցումներ ամբողջ մարմնով
- սրտխփոց,
- ծանր դեպքերում շնչառության դժվարացում:

### **Վարման կանոններ.**

1. Հանգստացնել հիվանդին և ապահովել ԿԱԴ:
2. Ապահովել շնչուղիների անցանելիությունը:
3. Չփորձել ուժով կանգնեցնել ցնցումները:
4. Ապահովել մաքուր օդ:
5. Կանչել ՇՕ:
6. Բժշկի նշանակմամբ տալ կալցիումի պատրաստուկներ և վիտամին «Դ»:
7. Հետևել սննդակարգին՝ օգտագործելով ձուկ, ձու, կաթնամթերք, կալցիումով հարուստ սնունդ:

Ծանր կամ հաճախ կրկնվող նոպաների դեպքում անհրաժեշտ է անհապաղ հոսպիտալացում:

**Էպիլեպտիկ ցնցումներ:** Սովորաբար առաջանում են ուղեղի գերակտիվության ժամանակ, կրկնվող են, տևում են մի քանի վայրկյանից մի քանի րոպե: Կարող է զարգանալ էպիլեպտիկ վիճակ (ստատուս), որն իրենից ներկայացնում է 5 րոպեից ավել տևող նոպա, կամ, եթե 5 րոպեի ընթացքում դիտարկվում են իրար հաջորդող մի քանի նոպա, որոնց ընթացքում երեխայի գիտակցությունը չի վերականգնվում:

Էպիլեպտիկ ցնցումները բաժանվում են հետևյալ խմբերի.

- Պարգիալ (լոկալ, ֆոկալ), դրանք սկսվում են ուղեղի միայն մեկ հատվածից (ֆոկուսից), ոչ թե ամբողջ

ուղեղից միաժամանակ: Կարող է ընդգրկել մարմնի միայն մի մասը՝ օրինակ մեկ ձեռք, ոտք, դեմքի կես: Կարող են ուղեկցվել գիտակցության կորստով, սակայն կարող են ընթանալ և առանց գիտակցության կորստի, ինչպես նաև դրսևորվում են մոտոր ախտանշաններով (շարժումներով, օրինակ շուրթերը լիզել, ծամել, հետո հաճախ չհիշել դրվագը) կամ լսողական և տեսողական տարօրինակ զգացողություններ:

- Տարածուն (զեներալիզացված) նոպաներ, որոնց դեպքում գրգռված օջախներ են առաջանում երկու կիսագնդերում: Կլինիկորեն դրսևորվում է տարածուն տոնիկ, կլոնիկ կոմպոնենտներով, տոնիկ-կլոնիկ ցնցումների ձևով՝ (սկզբում լինում է մարմնի կարկամում ու լարում՝ տոնիկ փուլ, հետո՝ ռիթմիկ ցնցումներ՝ կլոնիկ փուլ), սպազմներով, կամ ոչ ցնցումային նոպաներով, որոնք կոչվում են աբսանսներ (կարճատև «անջատումներ» են, որոնց ժամանակ երեխան մի քանի վայրկյան կանգ է առնում, հայացքը ֆիքսվում է, չի արձագանքում, հետո նորից շարունակում է գործողությունը՝ հաճախ չհիշելով այդ պահը):

### **Ցնցումային համախտանիշի տարբերակիչ ախտորոշումը**

| <b>Ախտորոշում</b>                | <b>Բնորոշ ախտանշաններ</b> |
|----------------------------------|---------------------------|
| <b>Շնչառության կանգի նոպաներ</b> | - Առողջ երեխա             |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Նոպաները սկսվում են 6-24 ամսականից, պահպանվում են մինչև 6 տարեկան</li> <li>- Սադրիչ գործոններն են՝ ցավը, վախը</li> <li>- Ցիանոզ կամ գունատություն</li> <li>- Գիտակցության կորստին նախորդում է շնչառության կանգը</li> </ul> |
| <b>Շարժողական զբոսվածություն</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Բնորոշ է մինչև 1 ամսական նորածիններին</li> <li>- Արտահայտված վախի զգացում</li> <li>- Առաջ- հետ ուղիղ շարժումներ</li> <li>- Նորածինը արթուն է, ունի առողջ տեսք</li> </ul>                                                   |
| <b>Ուշագնացություն (սինկոպե)</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ուղեղի արյունամատակարարման նվազման պատճառով</li> <li>- Մինչև ուշագնացությունը՝ գլխապտույտ</li> <li>- Գիտակցության կարճատև կորուստ</li> <li>- Արագ վերականգնում</li> </ul>                                                  |
| <b>Հիստերիկ կամ պսիխոզեն ցնցումներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Առաջանում են հուզական ծանր իրավիճակներում</li> <li>- Գիտակցությունը հաճախ պահպանվում է</li> <li>- Շարժումները լինում են անկանոն</li> <li>- Լեզվի կծում, ակամա միզարձակում սովորաբար չեն լինում</li> </ul>                  |
| <b>Էպիլեպտիկ ցնցումներ</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Հանկարծակի սկիզբ</li> <li>- Գիտակցության կորուստ</li> <li>- Տոնիկ և կլոնիկ ցնցումներ</li> <li>- Լեզվի կծում</li> </ul>                                                                                                     |

|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ակամա միգրաձակում</li> <li>- Ցնցումներից հետո քնկոտություն և շփոթվածություն</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Հիպոգլիկեմիկ<br/>ցնցումներ</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Արյան գլյուկոզայի կտրուկ նվազում</li> <li>- Քրտնարտադրություն, քաղց, դող, հետո ցնցումներ</li> <li>- Գլյուկոզա ներմուծելուց վիճակը բարելավվում է</li> </ul>                                                                                                                                                                              |
| <b>Հիպոկալցեմիկ<br/>ցնցումներ</b>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Մկանային շղակծկումներ, դեմքի, ձեռքերի սպազմ</li> <li>- Դրական <b>Խվոստեկի</b> (շնափոսի շրջանում թեթև հարվածելիս լինում է դեմքի մկանների ակամա կծկում), <b>Տրուսայի</b> (մի քանի թույլ բազուկը անութափոսի շրջանում սեղմելուց կամ արյան ճնշման մանժետը բազուկին կապելուց ձեռքը ընդունում է «մանկաբարձի ձեռք» տեսքը) ախտանիշներ</li> </ul> |
| <b>Ֆերրիլ ցնցումներ</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Կարճատև ցնցումներ տենդի ֆոնին</li> <li>- Հիմնականում 6 ամսականից 5 տարեկան երեխաների մոտ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Թունավորումներով<br/>սլայմառավորված<br/>ցնցումներ</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Անամնեզում դեղորայքի, ալկոհոլի, թունավոր նյութերի ընդունում</li> <li>- Ցնցումներ + թունավորման նշաններ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                       |



Նկար 20: Խվռաստեկի փորձ



Նկար 21: Տրուստյի փորձ

**Ախտորոշումը** հաստատելու համար կատարվում է.

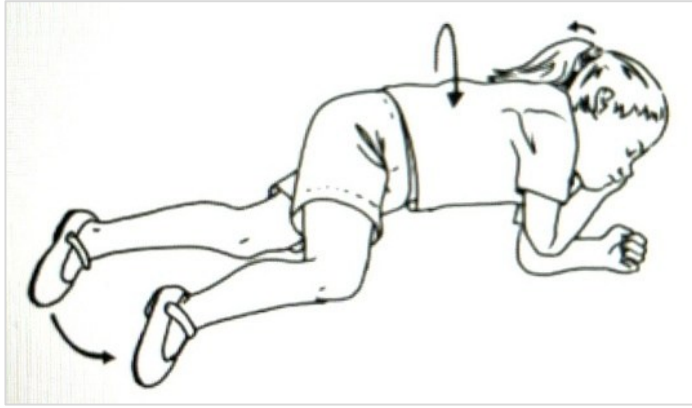
- Գործիքային հետազոտություններ (ԷԷԳ, ՄՌՏ):

**Բուժում:**

- Կայունացնել երեխայի ընդհանուր վիճակը, ցուցաբերել անհետաձգելի օգնություն:
- Բուժել հիմնական հիվանդությունը:
- Անհրաժեշտության դեպքում սահմանել դիսպանսեր հսկողություն:

### **Ցնցումների ժամանակ անհետաձգելի օգնությունը**

1. Պահպանել հանգստություն, արագ գնահատել վիճակը, խուճապի չմատնվել:
2. Ապահովել հիվանդի անվտանգությունը.
  - հեռացնել սուր և վտանգավոր առարկաները,
  - թուլացնել սեղմող հագուստը,
  - գլխի տակ դնել փափուկ բարձ:
3. Հիվանդին պառկեցնել կողքի ապահով դիրքով (ԿԱԴ), որպեսզի թուքը կամ փսխման զանգվածը չխցանի շնչուղիները:



**Նկար 22: Տուժածի տեղադրումը կողքի ապահով դիրքում՝  
ցնցումների ավարտից հետո՝ շնչառիների անցանելիությունն  
ապահովելու և շնչահեղձության վտանգը նվազեցնելու նպատակով**

4. Չպահել ուժով ձեռքերը կամ ոտքերը, չփորձել կանգնեցնել ցնցումները:
5. Ոչինչ չդնել բերանի մեջ, չի կարելի գդալ, մատ կամ այլ առարկա մտցնել բերանը:
6. Հետևել շնչառությանը և ժամանակին, նշել, թե որքան է տևել ցնցումը:
7. Ցնցումից հետո հիվանդը կարող է լինել քնկոտ կամ շփոթված, թողնել հանգստանա կողքի ապահով դիրքով:
8. Կանչել շտապ օգնություն, եթե .
  - ցնցումը տևում է ավելի, քան 5 րոպե,
  - կրկնվում է,
  - լինում է առաջին անգամ,
  - կա վնասվածք կամ շնչառության խնդիր,
  - գիտակցությունը չի վերականգնվում:

### **Ինչպես պաշարել ցնցումները.**

Եթե ցնցումը տևում է 5 րոպե և ավելի, ներմուծվում է.

- դիագնոստիկական ռեկտալ 0,5 մգ/կգ, կամ ն/ե 0,2 մգ/կգ կամ,
- միդազոլամ՝ ինտրանազալ/ տրանսբուկալ, միջմկանային 0,2 մգ/կգ, իսկ ներերակային 0,1 մգ/կգ,
- լորագեպամ՝ ներերակային 0,1 մգ/կգ:

10 րոպե և ավել տևող ցնցումների ժամանակ ներմուծել դիագնոստիկական երկրորդ դեղաչափը:

20 րոպե և ավել տևող ցնցումները բնորոշ են էպիլեպտիկ ստատուսին:

### **ԱՏՈՊԻԿ ԴԵՐՄԱՏԻՏ (ՄԱՇԿԱԲՈՐԲ)**

Ատոպիկ դերմատիտը մաշկի քրոնիկ, բորբոքային մաշկային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ինտենսիվ քորով, տարիքին բնորոշ մաշկային ախտահարումներով, մաշկի չորությամբ և հիվանդության ալիքաձև ընթացքով՝ սրացումներով ու մեղմացումներով:

«Ատոպիկ դերմատիտ» տերմինն ունի բազմաթիվ հոմանիշներ՝ մանկական էկզեմա, ալերգիկ էկզեմա, ատոպիկ նեյրոդերմիտ և այլն:

**Էթիոլոգիա:** Ատոպիկ դերմատիտը բազմագործոնային հիվանդություն է, որի զարգացման մեջ կարևոր դեր ունեն ժառանգական նախատրամադրվածությունը, մաշկային պատենեշի խանգարումը, իմուն վիճակը և շրջակա միջավայրի գործոնները (ալերգեններ, գրգռիչներ, վարակներ, կլիմայական ազդեցություններ):

**Պաթոգենեզ:** Հիմքում ընկած է մաշկային պատնեշի խանգարումը, որի հետևանքով ուժեղանում է ալերգենների և միկրոօրգանիզմների ներթափանցումը: Մա առաջացնում է իմունաբորբոքային պատասխան, IgE-ի արտադրության բարձրացում, բորբոքում, քոր և մաշկի քրոնիկ փոփոխություններ:

**Կլինիկա:** Կախված տարիքից տարբերում են ատոպիկ դերմատիտի հետևյալ փուլերը՝

1. մանկիկային. 1 ամսականից 2 տարեկան,
2. մանկական. 2 տարեկանից 13 տարեկան,
3. դեռահասության. 13 տարեկանից բարձր:

Մանկիկային փուլ՝ 1 ամսականից մինչև 2 տարեկան հասակում ավելի հաճախ հիվանդանում են պասթոզ, մեծ քաշով ծնված երեխաները, արհեստական սնվողները: Կյանքի առաջին ամիսներից սկսած, մաշկի վրա՝ ծալքային մասերում, նույնիսկ առանց պատճառի, առաջանում են համառ շփաբորբեր: Գլխի մազածածկ մասում և վերհոնքային աղեղների մաշկի վրա առաջանում է «գնեյս» (ճարպածորանք), որը լինում է գորշ-դեղնավուն կեղևի ձևով և հեշտությամբ վեր է ածվում էկզեմայի: Դեմքի, հատկապես այտերի մաշկը վառ կարմիր է, գերարյունացված, չոր, հեշտությամբ ճաքճքում է:

Մանկական փուլ՝ էքսուդատիվ օջախները ավելի աննշան են արտահայտված: Մաշկը բավականին հիպերեմիկ է, չոր, ծալքերը հաստացած, նշվում է գերեղջրացում (հիպերկերատոզ): Դեմքը ընդունում է բնորոշ տեսք «ատոպիկ դեմք», նկատվում է կոպերի հիպերպիզմենտացիա և

թեփոտում, հոնքային աղեղների մազաձածկույթի նոսրացում, մաշկային ծալքերի ընդգծվածություն:

Դեռահասության փուլ՝ ուղեկցվում է մաշկի որքինացումով, չորությունով և թեփոտմամբ: Մաշկը չորանում է, դառնում է թեփոտվող, գերարյունային, պապուլյոզ բնույթի և առաջանում են մեծ քանակի որքինացվող խրթեշներ: Առավել հաճախ ախտահարվում է դեմքի, պարանոցի, ուսերի, մեջքի մաշկը, վերջույթների ծալիչ մակերեսները, ոտնաթաթերը, ձեռքերի և ոտքերի մատները:

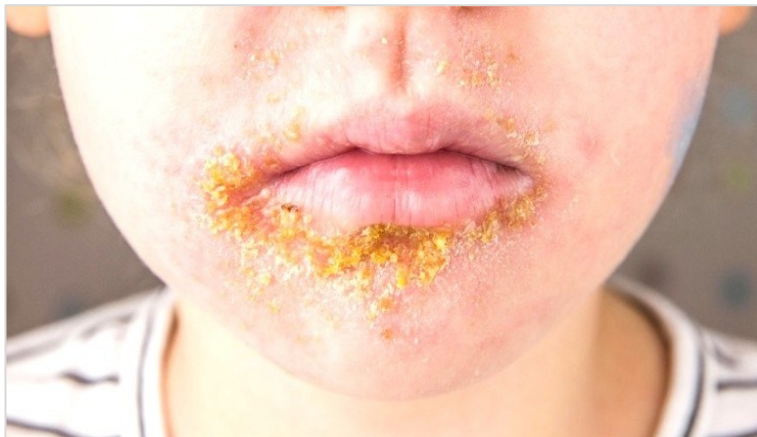


**Նկար 23: Մաշկի չորություն, կարմրություն այսի շրջանում  
ատոպիկ դերմատիտի ժամանակ**

Մաշկի ցանավորումն ուղեկցվում է քորով, որը երեխային շատ է անհանգստացնում, խանգարվում է ինքնազգացողությունը և քունը, իսկ քորի պատճառով կարող է միանալ երկրորդային վարակ: Ստրեպտակոկային կամ ստաֆիլակոկային վարակներով բարդացած մաշկի ախտահարումը կոչվում է իմպետիզո: Այս դեպքում առաջանում են «մեղրանման» կեղևներ, թարախային արտախոսք:



**Նկար 24: Իմպետիզո՝ «մեղրանման» կեղևներ**



**Նկար 25: Թարախային արտահոսք**

Եթե ատոպիկ դերմատիտի ֆոնին հայտնվում են միատեսակ, փոքր, կլոր բշտիկներ կամ «փոսիկով» երոզիաներ, առաջանում է ցավ և այրոց (կարևոր տարբերակիչ նշան է), այդ դեպքում կարելի է մտածել հերպեսային վարակի միացման մասին:

Ատոպիկ դերմատիտին բնորոշ է նաև լորձաթաղանթների ախտահարումը: Լեզուն՝ լորձաթաղանթի էպիթելի անհավասարաչափ պլակման հետևանքով «աշխարհագրական քարտեզ» է հիշեցնում:

2-3 տարեկանում մաշկային երևույթները խիստ պակասում կամ վերանում են: Ատոպիկ դերմատիտով տառապող երեխաների մոտ հաճախ են հանդիպում աչքի և վերին շնչուղիների հիվանդություններ (կոնյուկտիվիտ, բեկֆարիտ, ռինիտ, ֆարինգիտ, լարինգիտ, բրոնխիտ): Շնչուղիների հիվանդությունների ընթացքը շատ ծանր է,

հաճախ վերածվում են խրոնիկական ձևերի, կարող է զարգանալ բրոնխիալ ասթմա:

Դիտվում են նաև միզասեռական ուղիների ինֆեկցիաներ (ցիստիտ, պիելոնեֆրիտ, վուլվովագինիտ): Լինում է անկանոն կղանք՝ լորձի պարունակությամբ: Բնորոշ է ավշային հյուսվածքի հիպերպլազիան, ծայրամասային ավշային հանգույցների մեծացումը հատկապես ախտահարված մաշկի և լորձաթաղանթների շրջանում: Հազվադեպ նկատվում է լյարդի և փայծաղի մեծացում:

Ըստ իրենց արտաքին տեսքի երեխաները լինում են 2 տիպի՝ պասթոզ և էրետիկ:

Պասթոզ տիպի երեխաները ունեն մեծ քաշ, փխրուն են, թորշուրձ: Իսկ էրետիկ տիպի երեխաները կարող են լինել նիհար, անհանգիստ, ունենալ նուրբ մաշկ:

**Ախտորոշում:** Հիմնվում է գանգատների, մաշկային ախտահարումների տեսքի, տեղակայման և հիվանդության պատմության վրա: Նշանակություն ունի անամնեզում նշված նախատրամադրվածությունը ընտանիքի այլ անդամների մոտ՝ բրոնխիալ ասթմա, ալերգիկ ռինիտ, ատոպիկ դերմատիտ: Արյան մեջ IgE-ի բարձրացումը կամ ալերգոթեստերը պարտադիր չեն ախտորոշման համար, դրանք օգնում են միայն, եթե կա ուղեկցող ալերգիայի կասկած:

### **Բուժում և խնամք.**

Ըստ ԱՀԿ-ի՝ ատոպիկ դերմատիտով հիվանդ երեխային տան պայմաններում պետք է խնամել հետևյալ կանոններով՝

- խուսափել շրջապատող միջավայրի բարձր ջերմությունից և շատ չոր օդից (տաք հագուստ,

տաքացուցիչներ, շոգ եղանակին մեքենայով ուղևորություն, շոգ դասասենյակ, տաք լոգանք, ծածկոց),

- երեխային լողացնել գոլ, բայց ոչ տաք ջրում 5-10 րոպե, կարիքի դեպքում օգտագործել գրգռիչ նյութեր չպարունակող օձառ, չկիրառել զանազան փրփուրներով լոգանք, ինչը կարող է գրգռել մաշկը, լոգանքից հետո երեխային լավ չորացնել հպումներով, բայց ոչ շփելով,
- գլխի մազածածկ մասի ճարպածորանքը 2 ժամ առաջ մինչև լողացնելը օծել վարակագերծված բուսական յուղով, լվանալ օձառով, որից հետո հեռացնել զգուշությամբ սանրելով,
- չի կարելի թույլ տալ մաշկի գերչորացում, մարմնի ամբողջ մակերեսին օրը 2 անգամ քսել խոնավացնող քսուկ (վազելին, էմոլենտներ), ընդ որում քսելը ավելի արդյունավետ է լոգանքից հետո 2-5 րոպեի ընթացքում,
- կիրառել բամբակյա հագուստ, խուսափել ծակծկող հյուսվածքներից, հեռացնել հագուստի պիտակները, օգտագործել այնպիսի լվացող միջոցներ, որոնք գրգռիչ նյութեր չեն պարունակում, հագուստը խնամքով պարզաջրել, նոր հագուստը օգտագործելուց առաջ լվանալ:

Ատոպիկ դերմատիտի ժամանակ սողայով, օսլայով կամ դեղաբույսերով լոգանքների դերը երկրորդային է, և ժամանակակից մոտեցումներով դրանք հիմնական բուժում չեն համարվում: Ավելին, կարող են չորացնել մաշկը, փոխել

մաշկի pH-ը, գրգռել: Հիմնական բուժման նպատակը մաշկային պատնեշի վերականգնումն է (էմոլենտներ, փափկեցնող, խոնավացնող միջոցներ), բորբոքման վերահսկումը և գրգռիչների նվազեցումը:

Ատոպիկ դերմատիտի դեպքում վաղ հասակի երեխաների սննդային ալերգենի նույնականացման համար առաջնահերթ է անամնեստիկ տվյալների հավաքումը մորից: Ալերգիաների գրեթե 90%-ը պայմանավորված է ընդամենը մի քանի հիմնական մթերքներով՝ կովի կաթ, ձու, գետնանուշ, սոյա և ցորեն:

**Դեղորայքային բուժում:** Տեղային գլյուկոկորտիկոիդներ (ՏԳԿ) կիրառվում են սրացման ժամանակ, կարճ կուրսով օրը 2 անգամ 5-7 օր, բժշկի նշանակմամբ: Դեմքի, կոպերի, ծալքերի շրջանում պետք է ավելի զգուշությամբ ընտրել՝ թույլ ազդեցության քսուկներ, օրինակ հիդրոկորտիզոն 1%, իսկ մարմնին, վերջույթներին՝ բետամետազոն 0,02%, մոմետազոն 0,1%: Սրացման դեպքում (կարմրություն, քոր)՝ հորմոնը քսել նախորոք խոնավեցնող միջոցից հետո:

Ոչ հորմոնալ հակաբորբոքային քսուկները (այս դեպքում կիրառվում են տեղային կալցիներինի ինհիբիտորներ, օրինակ՝ տակրոլիմուս, պիմեկրոլիմուս) օգտագործում են դեմքի, կոպերի, ծալքերի հատվածներում, երբ պետք է խուսափել երկարատև հորմոնալ քսուկներից, նաև՝ երբ բորբոքումը կրկնվող է, երբեմն էլ՝ սրացումները նվազեցնելու համար: Այսպիսով, հորմոնալ քսուկները օգտագործվում են սրացումը արագ հանգստացնելու համար, իսկ ոչ հորմոնալ հակաբորբոքային միջոցները՝ զգայուն հատվածների երկարատև վերահսկման համար:

Հերպեսային վիրուսի միացման ժամանակ հիմնական բուժական միջոցը ացիկլովիրն է՝ ոչ միայն տեղային, այլ հաճախ՝ ընդհանուր (պերօրալ), հատկապես, եթե ախտահարումը տարածված է, կա ջերմության բարձրացում:

Յուրաքանչյուր 3-4 շաբաթը մեկ անհրաժեշտ է փոխել մաշկի պատնեշային ֆունկցիան վերականգնող և փափկեցնող միջոցները (վազելին, էմոլենտներ):

Չկա ատոպիկ դերմատիտ առանց քորի: Մակայն քորի պատճառը հիստամինը չէ: Դա է պատճառը, որ հակահիստամինային պրեպարատները ռուտին (ցուցված) չեն համարվում: Եթե երեխան գիշերը չի քնում քորի պատճառով, նշանակում են առաջին սերնդի սեղատիվ հակահիստամինային դեղամիջոցներ:

| 1-ին սերնդի (սեղատիվ)                                                 | 2-րդ սերնդի (ոչ սեղատիվ)                          |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Սուպրաստին, տավեգիլ, ֆենկարոլ, ֆենիստիլ, պերիտոլ, կետոտիֆեն, դիագոլին | Կլարիտին, կեստին, էրիուս, զիրտեկ, կսիգալ, տելֆաստ |

**Կանխարգելում:** Կանխարգելումը սկսում են դեռ ներարգանդային շրջանից: Մեծ նշանակություն ունի հղի կնոջ ռացիոնալ սնուցումը, նրա ռեժիմը: Ծնվելուց հետո պետք է պայքարել, որ երեխան ստանա բնական սնուցում: Պետք է խուսափել գերկերակրումից: Շատ կարևոր է ընդհանուր հիգիենիկ ռեժիմը, մաքուր օդը, մաշկի ճիշտ խնամքը, կոփումը, մարմնամարզությունը:

Բոլոր երեխաները, որոնք տառապում են ատոպիկ դերմատիտով, մանկական պոլիկլինիկայում գտնվում են 3 տարի դիսպանսեր հսկողության տակ: Ատոպիկ դերմատիտի ժամանակ որևէ կանխարգելիչ պատվաստում հակացուցված չէ:

### **ԳԼՈՒԽ III**

#### **ՆԵՐՔԻՆ ՕՐԳԱՆ-ՀԱՄԱԿԱՐԳԵՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՇՆՉԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

Շնչառական օրգանների հիվանդությունները ավելի հաճախ են հանդիպում մանկական հասակում: Դա կախված է շնչական համակարգի անատոմաֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների հետ, ինչպես նաև մեծ նշանակություն ունի թերի զարգացած իմունիտետը, արտաքին միջավայրի անբարենպաստ ազդեցությունը:

### **ՍՈՒՐ ՌԻՆԻՏ**

Սուր ռինիտը (հարբուխ) քթի լորձաթաղանթի բորբոքումն է:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդության պատճառ կարող են հանդիսանալ վիրուսները (հաճախ ռինովիրուսը, ՌՄ, պարազրիպի վիրուսները, ադենովիրուսը), միկրօրգանիզմները (սովորաբար միանում են վիրուսային վարակին՝ առաջացնելով բարդություններ): Երբեմն ռինիտը կարող է լինել ալերգիկ, ջերմային, մեխանիկական և քիմիական գրգռիչների ազդեցության հետևանքով:

**Պաթոգենեզ:** Հիվանդության հիմքում ընկած է նյարդա-ռեֆլեկտոր մեխանիզմը: Տարբեր էթիոլոգիական գործոնների

ազդեցությամբ զարգանում է քթի լորձաթաղանթի այտուց և լորձի հիպերսեկրեցիա, էպիթելի անջատում և թարթիչների վերացում:

**Կլինիկա:** Սուր ռինիտը զարգանում է 3 շրջանով՝

1. չոր կամ գրգռման շրջան (տևում է 1 օր երբեմն և ավելի),
2. շճային արտադրության շրջան (II -III օրը),
3. շճաթարախային արտադրության շրջան (հիվանդության սկզբից 3-4 օր անց և տևում է մի քանի օր):

Ավելի ավագ տարիքի երեխաների մոտ սկզբում լինում է չորություն, այտուցվածության զգացողություն քթում և քիթըմպանում: Դժվարանում է քթային շնչառությունը: Կարող է նկատվել արցունքահոսություն և գլխացավ, ձայնը դառնում է խռպոտ: Մի քանի ժամ անց քթից նկատվում է շճային, իսկ հետո նաև թանձր լորձային արտադրություն: Քթային արտադրուկի հետևանքով առաջանում է քթանցքի շրջակա մաշկի գրգռվածություն, վատանում է երեխայի ընդհանուր վիճակը: Ի հայտ է գալիս դող, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում: Բորբոքումը քթի խոռոչից կարող է տարածվել դեպի հավելյալ խոռոչներ, ըմպան, կոկորդ, բրոնխներ, թոքեր, ականջի թմբկային խոռոչ: Կրծքի հասակի երեխաների մոտ առաջանում է ռինոֆարինգիտ: Քթով շնչառության դժվարացման հետևանքով խանգարվում է նաև կրծքով սնուցումը: Երեխան վերցնում և անմիջապես թողնում է պտուկը: Վատ սնուցման հետևանքով խանգարվում է երեխայի քունը, սկսում է կորցնել քաշը, դառնում է անհանգիստ: Ջերմությունը կարող է բարձրանալ մինչև 38

աստիճան և պահպանվել մի քանի օր: Քթի արտադրուկը սահելով ըմպանի վրայով առաջացնում է լորձաթաղանթի գրգռում և հազ: Հազն ուժեղանում է նաև երեխայի բերանով շնչելու հետևանքով, հաճախանում՝ գիշերային ժամերին:

Ալերգիկ ռինիտը չի ուղեկցվում մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացումով, քթային արտադրությունը չի դառնում թարախային: Երեխայի մոտ նկատվում է աչքի, քթի քոր, անընդհատ փռշտում է:

Քթի լորձաթաղանթը գունատվում է առանց բորբոքային նշանների:

**Բարդություններ:** Օտիտ, սինուսիտ:

**Խնամք և բուժում:** Ուղղված են շնչառական ուղիների անցանելիության վերականգնմանը և բորբոքային պրոցեսների վերացմանը:

### **Տեղային բուժում՝**

#### **1. Քթի լվացում աղաջրով.**

- քիթը լվանում են ֆիզիոլոգիական լուծույթով (0,9% NaCl), ծովի աղի պատրաստուկներով (իզոտոնիկ): Տանը պատրաստելիս՝ 1 թեյի գդալ աղին պետք է ավելացնել 1լիտր եռացրած, սառեցված ջուր,
- նորածնին և մինչև 2 տարեկաններին պառկեցնել կողքի կամ մեջքի վրա՝ գլուխը թեթև թեքված,
- ամեն քթանցքում կաթեցնել 2-3 կաթիլ աղաջուր, սպասել մի քանի վայրկյան, անհրաժեշտության դեպքում հեռացնել լորձը ասպիրատորով (չի կարելի ուժեղ ճնշումով լվանալ՝ օրինակ ներարկիչով, սրկիչով),

- ավելի մեծ տարիքի երեխաներին նստեցնել, գլուխը թեքել առաջ և մի կողմ,
- աղաջուրը ներմուծել առանց ասեղի ներարկիչով վերևի քթանցքից,
- ճիշտ կատարման դեպքում լուծույթը դուրս է գալիս մյուս քթանցքից,
- կրկնել մյուս կողմում:

## **2. Անոթասեղմիչ կաթիլներ.**

- մինչև 2 տարեկաններին սովորաբար խորհուրդ չի տրվում (արդյունավետությունը քիչ է, իսկ կողմնակի ազդեցությունների ռիսկը՝ մեծ),
- 2-6 տարեկաններին նշանակվում է այն դեպքում, երբ միայն աղաջուրը բավարար չէ,
- 6 և բարձր տարեկաններին՝ ըստ ցուցումների. օրինակ՝ օքսիմետազոլին 0,05% (նազիվին), քսիլոմետազոլին 0,05% (օտրիվին), առավելագույնը՝ 3-5 օր,
- քթի լվացում աղաջրով չի կատարվում «կանխարգելիչ» նպատակով,
- չարաշահումը առաջացնում է կախվածություն և լորձաթաղանթի վնասում,
- առաջնային բուժումը երեխաների մոտ աղաջրային լուծույթներով լվացումն ու խոնավացումն է:

Բուժման մեջ լայն կիրառվում է ռեֆլեքսոթերապիան, ոտքերի տեղային կամ ընդհանուր տաք լոգանքները, պարաֆինային սալիկները:

Որպեսզի կանխվի թմրեկախոտչի ինֆեկցումը, անհրաժեշտ է սովորեցնել ճիշտ մաքրել քթի խոռոչը. պետք է քթանցքերը մաքրել հերթականությամբ:

Քթանցքների շուրջը գրգռված մաշկը պետք է մշակել ախտահանված բուսական յուղով կամ վազելինով: Տաքացվող միջամտություններից հետո անհրաժեշտ է երեխային տաք հագցնել կամ պառկեցնել անկողնում:

**Կանխարգելում:** Կարևոր նշանակություն ունի երեխայի ճիշտ խնամքը, լիարժեք սնուցումը, օրգանիզմի կոփումը, իմունիտետի բարձրացումը, շրջապատող միջավայրի առողջացումը, հիգիենայի պահպանումը:

### **ՍՈՒՐ ՄԻՋԻՆ ՕՏԻՏ ԵՎ ՄԱՍՏՈՒԴԻՏ**

Սուր միջին օտիտը միջին ականջի լորձաթաղանթի, թմրեկաթաղանթի վարակաբորբոքային հիվանդություն է:

**Էթիոլոգիա:** Սուր միջին օտիտների գերակշիռ մասի պատճառը վիրուսային վարակն է: Մանրէային վարակների 90%-ի հարուցիչները պնևմոկոկն ու հեմոֆիլային ցուպիկն են: Մանկական հասակում հաճախ է հանդիպում, քանի որ այն կապված է երեխայի անատոմաֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունների հետ (քունքոսկրի, ևստախյան փողի և թմրեկախորշի կառուցվածքի հետ):

Մինչև 3 տարեկան երեխաների 80 %-ն առնվազն մեկ անգամ հիվանդանում է սուր միջին օտիտով:

Ավելի հաճախ ինֆեկցիան միջին ականջ է թափանցում կարճ և լայն ևստախյան փողի միջոցով: Հնարավոր է նաև ինֆեկցիայի ներթափանցում հեմատոգեն ճանապարհով,

պերիններվալ (լսողական կամ դիմային ներվի ուղղությամբ), թմբկաթաղանթի միջոցով:

Մանրէների ազդեցությունից ականջի լորձաթաղանթում առաջանում է հիպերեմիա, այտուց, հետագայում՝ արտադրություն, որը սկզբում լինում է շճա-թարախային, ապա արյունա-թարախային: Ի վերջո կարող է առաջանալ թմբկաթաղանթի պատռում՝ պերֆորացիա և էքսուդատը հոսում է արտաքին ականջ:

**Կլինիկա:** Միջին ականջի բորբոքումը ընթանում է 2 ձևով.

1. սուր կատարալ (առանց պերֆորացիայի),
2. սուր թարախային (պերֆորացիայով ընթացող):

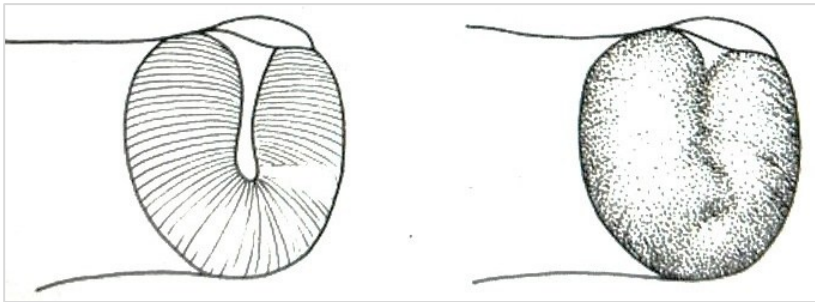
Հիվանդության սկիզբը սուր է, արագ զարգացող: Ախտանիշներն են՝ ականջի ցավը, տենդը, փսխումը, դյուրագրգռությունը և/կամ ականջից հեղուկ արտադրությունը (օտորեա): Նախադպրոցական և դպրոցական տարիքի երեխաները գանգատվում են սուր, ծակոդ ցավից ականջի խորքում: Աստիճանաբար ցավը դառնում է «կրակոդ», պուլսացիայով և ի վերջո դառնում է անտանելի: Դիրքի փոփոխությունը չի թեթևացնում վիճակը: Գիշերը ցավը ինտենսիվանում է՝ խանգարելով քունը: Ցավը ճառագայթում է դեպի ատամների շրջան, իջնում է լսողությունը:

Բորբոքային պրոցեսի զարգացմանը զուգընթաց թմբկախորշում կուտակվում է էքսուդատ, բարձրանում է ճնշումը և թմբկաթաղանթը պատռվում է: Արտադրությունը դուրս է գալիս արտաքին լսողական անցուղի, ցավը մեղմանում է: Առաջին օրերին արտադրությունը քիչ է, արյան

պարունակությամբ, այնուհետև քանակը շատանում է և դառնում է լորձաթարախային: Ջերմությունն իջնում է, լսողությունն աստիճանաբար վերականգնվում է: Վաղ հասակի երեխաները հիվանդության ժամանակ դառնում են անհանգիստ, հրաժարվում են կրծքից, ճչում են ծծելիս, քանի որ այն ուղեկցվում է ցավով: Երեխան ձգտում է պառկել հիվանդ ականջի վրա, գլուխը տարուբերում է, ձեռքը տանում է դեպի ականջը:

Մինչև 6 ամսական երեխաների մոտ գործում է «այծիկի սիմպտոմը» ականջի այծիկին սեղմելիս երեխան բղավում է, որը բացատրվում է արտաքին լսողական անցուղում ոսկրային մասի բացակայությամբ:

**Ախտորոշում:** Օտոսկոպիկ հետազոտությամբ նկատվում է թմբկաթաղանթի հիպերեմիա, արտափքվածություն, արտադրություն:



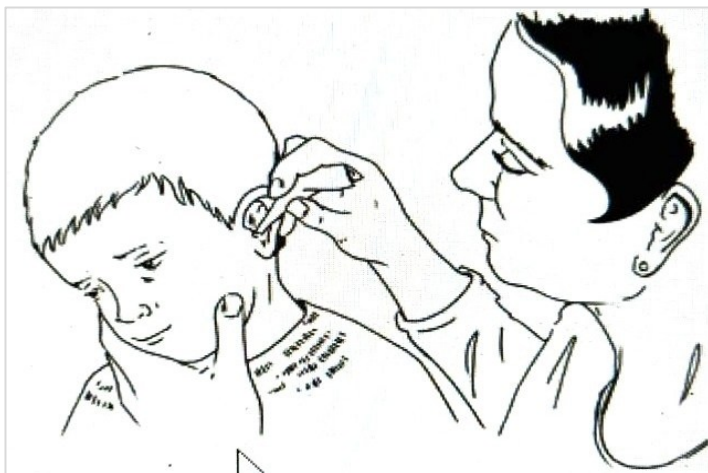
**Նկար 26:** Օտոսկոպիկ հետազոտությամբ թմբկաթաղանթը նորմայում (ձախից) և արտափքված (աջից)

**Բարդություններ:** Թմբկաթաղանթի պերֆորացիա, հազվադեպ՝ մաստոիդիտ, լսողության կորուստ, մենինգիտ:

**Խնամք և բուժում.**

1. Պտկաձև ելունի շրջանում այտուցի և ցավի դեպքում ուղեգրել հիվանդանոց՝ սուր մաստոիդիտի կապակցությամբ:
2. Ցավի դեպքում տալ ցավազրկող:
3. Նշանակել հակաբիոտիկ հետևյալ դեպքերում.
  - Ականջացավը և օտոսկոպիկ փոփոխությունները տևում են 48 ժամ և ավել, մարմնի ջերմաստիճանը  $38,5^{\circ}\text{C}$ -ից բարձր է, կա թարախային արտադրություն:
  - Առկա է երկկողմանի սուր օտիտ մինչև 2 տարեկան երեխաների մոտ:
  - Առկա են ռիսկի գործոններ (իմունանբավարարության վիճակ, կամ քրոնիկական ծանր հիվանդություններ):
4. Մնացած բոլոր դեպքերում, եթե ցավը տևում է 48 ժամից պակաս, մարմնի ջերմաստիճանը  $38,5^{\circ}\text{C}$ -ից ցածր է, մինչև 2 տարեկան երեխայի մոտ չկա երկկողմանի բորբոքում, չկան ռիսկի գործոններ, ծնողին առաջարկել հսկել 48 ժամ, հետո նոր կայացնել որոշում հակաբիոտիկ՝ամոքսացիլին, ամոքսիկլավ, նշանակելու վերաբերյալ: Հակաբիոտիկը նշանակվում է 3-7 օր:
5. Եթե ականջից կա արտադրություն, անհրաժեշտ է օրը մի քանի անգամ այն չորացնել չոր բամբակով,

հասանելիության դեպքում ուղեգրել քիթ-կոկորդ-  
ականջաբանի մոտ խորհրդատվության:

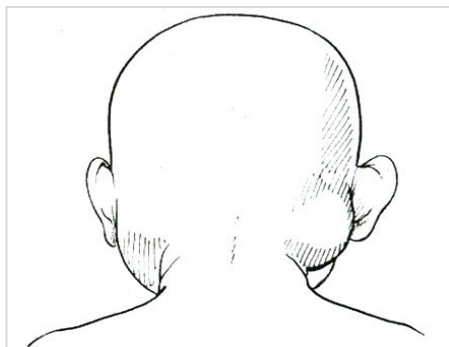


**Նկար 27: Ականջի չորացնելը չոր բամբակով**

6. Բացառել ջրի ներթափանցումն ականջի մեջ:
7. Չի կարելի կիրառել տաք կամ սառը կոմպրեսներ:
8. Չի կարելի ականջի մեջ կաթեցնել յուղեր կամ բուսական էքստրակտներ:

**Մաստոիդիտ:** Մաստոիդիտը պտկաձև ելունի հազվադեպ հանդիպող ծանր բակտերիալ ինֆեկցիա է: Պտկաձև ելունը տեղակայված է ականջախեցու հետևում: Առանց համապատասխան բուժման մաստոիդիտը կարող է բերել մենինգիտի և ուղեղի աբսցեսի:

**Ախտորոշում:** Լինում է բարձր ջերմություն, սուր միջին օտիտ, ականջի հետևում ուռածություն, որն ականջը տեղաշարժում է դեպի առաջ:



**Նկար 28:** Ուռածություն աջականյան մաստոիդիտի ժամանակ

**Բուժում:** Անմիջապես պետք է երեխային ուղեգրել ստացիոնար: Եթե հոսպիտալիզացումը հետաձգվում է, ըստ բժշկի նշանակման պետք է ներարկել ցեֆտրիաքսոն ն/ե կամ մ/մկ:

**Կանխարգելում:** Ժամանակին բուժել սուր շնչառական վիրուսային ինֆեկցիաները, բարձրացնել օրգանիզմի դիմադրողականությունը:

## ՍՈՒՐ ՍՏԵՆՈԶՈՂ ԼԱՐԻՆՖՈՏՐԱԽԵՒՏ

Սուր լարինգոտրախեիտը կոկորդի և շնչափողի լորձաթաղանթի բորբոքումն է:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդության հարուցիչներ են հանդիսանում պարագրիպի, գրիպ A շտամի վիրուսները, հազվադեպ՝ ռեսպիրատոր սինցիտիալ և ադենովիրուսային

ինֆեկցիանները: Երբեմն սուր լարինգիտի պատճառ կարող են հանդիսանալ բակտերիանները, մեխանիկական և քիմիական գրգռիչներ: Ալերգիան կարող է հանդիսանալ կոկորդի սուր ստենոզի կրկնության (ռեցիդիվի) պատճառ:

**Պաթոգենեզ:** Բորբոքային պրոցեսը կարող է տեղակայվել մակկոկորդի լորձաթաղանթի, ձայնաճեղքի ենթաձայնալարային տարածությունում: Ծանր դեպքերում կարող է տարածվել նաև ամբողջ կոկորդում: Էթիոլոգիկ գործոնների ազդեցությամբ լորձաթաղանթը դառնում է հիպերեմիկ, զարգանում է այտուց, ուժեղանում է լորձի արտազատումը: Եթե բորբոքային պրոցեսը տեղակայվում է ենթաձայնալարային շրջանում առաջանում է կոկորդի սուր ստենոզ, որը բնորոշվում է ախտանիշների տրիադայով՝

1. ներշնչման հեղձ/ աղմուկը (ստրիդոր),
2. խոպոտ ձայն,
3. հաչոցանման հազ:

Այս վիճակը բնութագրվում է որպես **կեղծ կրուպ:**

Ստենոզի արտահայտվածությունից և շնչական անբավարարությունից ելնելով տարբերում են կեղծ կրուպի 4 աստիճան.

- I. Առաջին աստիճանի ստենոզի (կոմպեսացված շրջան) դեպքում նկատվում է հաչոցանման հազ, ձայնի խոպոտում, շնչառությունն աղմկոտ է: Նկատվում է վերանրակային փոսիկի ոչ մեծ ներքաշում հուզմունքի, լացի կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության ժամանակ:

II. Երկրորդ ստիճանի ստենոգր քնորոշվում է առավել արտահայտված կլինիկական նշաններով: Երեխան անհանգիստ է, հազը՝ հաճախակի, հևոցը՝ մշտական: Շնչառությանը մասնակցում են կրծքավանդակի օժանդակ մկանները: Նկատվում է միջկողային մկանների, ստորանրակային և վերանրակային փոսիկների ներքաշում: Նկատվում է քթի թևիկների արտափքում (ռնգախաղ): Զարգանում է արտահայտված քիթ-շրթունքային եռանկյան ցիանոզ: Նկատվում է տախիկարդիա, որը չի համապատասխանում մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացմանը: Երեխայի մոտ առաջանում է առատ քրտնարտադրություն:

III. Երրորդ աստիճանի ստենոգի (դեկոմպենսացիայի շրջան) դեպքում երեխայի վիճակը ծանր է: Նա գոգոված է, անհանգիստ, վախեցած: Հիվանդը գալարվում է անկողնում, մաշկը գունատ է, առկա է շուրթերի ցիանոզ և ակրոցիանոզ: Մաշկային ծածկույթները պատված են սառը կպչուն քրտինքով: Խիստ արտահայտված է հևոցը ներշնչման ժամանակ, նկատվում է էպիգաստրալ շրջանի և կրծքավանդակի մկանների արտահայտված ներքաշում: Սրտի զարկերը հաճախակի են, տոները՝ խլացած:

IV. Չորրորդ աստիճանի ստենոգի դեպքում (ասֆիքսիա) երեխայի ընդհանուր վիճակը ծայրահեղ ծանր է: Նա ապարդյուն փորձում է կատարել ներշնչում: Փորձում է օդը կլանել բերանով (ձկան շնչառություն): Կտրուկ լարվում են պարանոցի մկանները: Սպառնացող ձևով

աճում է ցիանոզը: Կարող են լինել ցնցումներ: Նկատվում է բրադիկարդիա: Պուլսը թույլ լեցումով է, անկանոն: Արյան ճնշումը իջնում է: Շնչառությունը աստիճանաբար վերանում է: Սրտի անկանոն կծկումներից հետո կարող է առաջանալ սրտի կանգ:

**Տարբերակիչ ախտորոշում:** Կեղծ կրուպը պետք է տարբերակել իսկական կրուպից (դիֆթերիա): Կեղծ կրուպը սկսվում է հանկարծակի, արագ ավարտվում է և ձայնը պահպանվում է ամբողջ նոպայի ժամանակ, իսկական կրուպի ժամանակ շնչառությունը դժվարանում է աստիճանաբար, արագ չի ավարտվում և ձայնը աստիճանաբար կորչում է (աֆոնիա): Դիֆթերիտիկ կրուպի ժամանակ առկա է ֆիբրինային փառը:

**Խնամք և բուժում:** անհրաժեշտ է կազմակերպել անհետաձգելի օգնություն: Օգնությունը պետք է կազմակերպել ելնելով ստենոզի աստիճանից.

1. Ապահովել երեխայի հանգիստը:
2. Լորձաթաղանթի չորությունը վերացնելու նպատակով պետք է խոնավեցնել սենյակի օդը, ստեղծել «տրոպիկական կլիմա»:
3. Շնչառության դժվարության և շնչառական անբավարարության նշանների զարգանալու դեպքում ըստ բժշկի նշանակման ենթալեզվային կամ միջմկանային ներմուծել դեքսամետազոն 0,3- 0,6 մգ/կգ քաշին:
4. Նեբուլայզերով ինհալյացիաները սովորաբար կատարվում են ադրենալինի լուծույթով՝ բժշկի հսկողությամբ: Այն արդյունավետ է, որովհետև արագ

է ազդում, նվազեցնում է լորձաթաղանթի այտուցը, բայց ազդեցությունը ժամանակավոր է և հնարավոր են սրտխափոց, տախիկարդիա: Հիմնական արդյունավետ միջոցներից է բուդեսոնիդը (Pulmicort, որը տեղային կորտիկոստերոիդ է) ներուլայզերով: Կարելի օգտագործել ներուլայզերով ֆիզիոլոգիական լուծույթը խոնավեցման նպատակով, որը, սակայն, արդյունավետ չէ արտահայտված ստենոզի ժամանակ:



**Նկար 29: Ներուլայզերով խոնավեցնող ինհալյացիա (բուդեսոնիդով, ադրենալինով կամ ուղղակի ֆիզ լուծույթով)**

5. Եթե երեխայի մոտ թթվածնի սատուրացիայի ցուցանիշը ունի սահմանային բնույթ, (91- 92% է), ապա պետք է հետևել երեխայի վիճակին առավելագույնը 2 ժամ, այնուհետև որոշել բուժման հետագա վայրը:

6. Սակայն եթե այդ ընթացքում շնչառության դժվարությունը պահպանվում է՝ ուղեգրել հիվանդանոց:
7. Եթե զարգանում է դեկոմպենսացված ստենոզ (III աստիճան), այսինքն շնչառական անբավարարության վտանգավոր փուլ է, անհրաժեշտ է շնչուղիների անցանելիության ապահովում ինտուբացիայի կամ հազվադեպ՝ տրախեոտոմիայի միջոցով:

### **ՏՈՆԶԻԼԻՏ (ՆՇԻԿԱԲՈՐԲ)**

Տոնզիլիտը նշագեղծերի բորբոքումն է: Կոկորդի հետին մասում գտնվող երկու օվալաձև սիմետրիկ հյուսվածքային բարձիկներից յուրաքանչյուրն անվանվում է նշագեղծ: «Նշագեղծ» բառի լատիներեն համարժեքը tonzilla (կամ tonsil) է, և այստեղից էլ առաջացել է «տոնզիլիտ» անվանումը:

Նշագեղծերը Վալդեյերի լիմֆոիդ օղակի մաս կազմող լիմֆոիդ օրգաններ են: Դրանք կարևոր դեր ունեն վերին շնչուղիների լորձաթաղանթի տեղային իմունային պաշտպանությունում: Նշագեղծերի լիմֆոիդ հյուսվածքում գտնվող իմունային բջիջները ճանաչում են օրգանիզմ ներթափանցող միկրոօրգանիզմները, մասնակցում իմունային պատասխանի ձևավորմանը և արտադրում հակամարմիններ (հիմնականում IgA): Բորբոքման ժամանակ նշագեղծերը կարող են մեծանալ և բորբոքվել:

Մեծամասամբ այս ինֆեկցիան ունի վիրուսային ծագում: Վիրուսներից առաջնահերթ նշանակություն ունեն

ադենովիրուսը, էնտերովիրուսները, Էփսթեյն- Բարի վիրուսը (ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ):

Բակտերիալ ծագման հարուցիչներից է A խմբի ստրեպտոկոկը: Այն մեծամասամբ հանդիպում է 5-15 տարեկան երեխաների մոտ և հազվադեպ է ախտահարում 3 տարեկանից փոքր երեխաների նշիկները: Այլ բակտերիալ հարուցիչներ գրեթե չեն հանդիպում: A խմբի ստրեպտոկոկը կարող է բերել սուր ռևմատիկ տենդի:

Տարբերում են տոնզիլիտի 3 տեսակ.

1. սուր տոնզիլիտ- ախտանշանները տևում են 3-4 օր, երբեմն մինչև 2 շաբաթ,
2. կրկնվող տոնզիլիտ- կրկնվում են տարին մի քանի անգամ,
3. քրոնիկ տոնզիլիտ- առաջանում է ստրեպտոկոկային վարակի հետևանքով, երբ նշագեղձում բորբոքային պրոցեսը պահպանվում է:

Ստրեպտոկոկը առաջացնում է կրողականություն կամ հիվանդություն: Տարածվում է օդակաթիլային ճանապարհով՝ հատկապես մարդաշատ փակ կոլեկտիվներում՝ ընտանիքում, մանկապարտեզում, դպրոցում, զորամասերում: Կարող է տարածվել սննդի միջոցով: Թաքնված շրջանը 2-5 օր է: Հիվանդները վարակիչ են սուր շրջանում: Առանց բուժման վարակելիության վտանգը իջնում է շաբաթների ընթացքում: Հակաբակտերիալ բուժում սկսելուց 1 օր հետո ինֆեկցման վտանգը էապես պակասում է: Կրողները հազվադեպ են փոխանցում մանրէ:

**Պաթոգենեզ:** Հարուցչի նստեցումը նշիկներին կլինիկորեն բերում է բորբոքային պատասխանի

ձևավորմանը: Այն կարող է դրսևորվել միայն այտուցով և հիպերեմիայով: Նշիկների մակերեսի էպիթելը ենթարկվում է ինֆիլտրացիայի (կատարալ բորբոքում): Այլ տարբերակում գոյանում են սպիտակ բշտիկներ՝ էքսուդատ ֆոլիկուլների մակերեսին կամ լակունաներում: Նշված փառը կազմված է նեյտրոֆիլներից, լիմֆոցիտներից, էպիթելային բջիջներից և ֆիբրինից: Հազվադեպ նկատվում են նշիկների նեկրոտիկ կամ ֆլեգմանոզ տիպի բորբոքումներ:

**Կլինիկա:** Սկիզբը սովորաբար սուր է: Լինում է տենդ, դող: Ավագ հասակի երեխաները գանգատվում են կոկորդացավից: Մեծանում են առաջային պարանոցային լիմֆատիկ հանգույցները: Լինում է գլխացավ, փորացավ: Զննմամբ հայտնաբերվում է էքսուդատի առկայություն ֆոլիկուլների վրա կամ լակունաներում: Նշիկներն այտուցված են և մեծացած: Բերանից գալիս է տհաճ հոտ:

Ստրեպտոկոկային տոնզիլիտին բնորոշ կլինիկական նշաններն են՝ էքսուդատի առկայությունը, 38 °C-ից բարձր ջերմությունը, մկանացավը, գլխացավը, լիմֆադենիտը, հազի բացակայությունը, փափուկ քիմքի պետեխիաները:

**Ախտորոշում:** Տոնզիլիտի ախտորոշման «ոսկե ստանդարտ» է համարվում ճիշտ իրականացված ցանքսը (քսուկի մանրէաբանական հետազոտություն), որը, սակայն չի կիրառվում համատարած, այլ միայն ախտորոշման կասկածի, որոշ կրկնվող դեպքերում: Կիրառվում է նաև հակաձինի հայտնաբերման արագ ախտորոշման թեստը: Դրա զգայնությունը բավականին բարձր է (90%), իսկ պատասխանը ստացվում է 5 րոպեից: Թեստը կատարում են հետևյալ դեպքերում.

- երեխան 3 տարեկան է և ավել, ունի բակտերիալ տոնզիլիտի ախտանիշներ,
- երեխան մինչև 3 տարեկան է և առկա է անամնեզում սերտ կոնտակտ ստրեպտոկոկային վարակ հաստատված բուժառուի հետ կամ ունի քութեշանման ցան:

Այս թեստը պետք չէ կատարել շնչուղիների անցանելիության ցանկացած խանգարման ժամանակ:

Կատարվում է նաև արյան ընդհանուր քննություն (լեյկոցիտոզ, CRP), որոնք, սակայն հարաբերական նշանակություն ունեն:

Եթե երեխայի մոտ տոնզիլիտի էպիզոդները հաճախակի են կրկնվում, դա կարող է լինել **Մարշալի համախտանիշ** (աֆթոզ ստոմատիտով, ֆարինգիտով, լիմֆադենիտով, պերիտոնիկ տենդով ընթացող համախտանիշ): Ի տարբերություն տոնզիլիտի, Մարշալի համախտանիշը ոչ վարակային, աուտոիմուն հիվանդություն է, որի ժամանակ տենդը կրկնվում է պարբերաբար՝ գրեթե «ժամացույցի պես», տևում է 3-5 օր և կրկնվում 2-8 շաբաթը մեկ:

#### **Բարդություններն են.**

- **Հարնշիկային թարախակույտը, որի** կլինիկական նշանը նշիկների միակողմանի այտուցն է:
- **Հետըմպանային արսցեսը կամ էպիգլոտիտը.** կլինիկական նշաններն են՝ ծուրվզությունը, տրիզմը, ստորին ծնոտի տակ այտուցվածությունը:
- **Շնչուղիների անցանելիության խանգարումը.** նշաններն են՝ բերանը բացելու անհնարիությունը, թքահոսությունը, ստրիդորը:

- **Ռեմատիկ տենդր, գլոմերուլոնեֆրիտը, հետստրեպտոկոկային ռեակտիվ արթրիտը** և այլն:

**Բուժում:** Եթե տոնզիլիտի պատճառը վիրուսն է, հակաբիոտիկներ չեն նշանակվում: Այս դեպքում ցուցված է սիմպտոմատիկ բուժում, որն իր մեջ ներառում է՝ հանգիստ, առատ հեղուկներ, խնայող սնունդ, սենյակի օդի խոնավեցում՝ խոնավեցուցիչներով, քանի որ սենյակի չոր օդը գրգռում է լորձաթաղանթը: Կարելի է կիրառել տեղային սփրեյներ, ողողումներ:

Եթե տոնզիլիտը ստրեպտոկոկային ծագման է, անհրաժեշտ է հակաբակտերիալ բուժում:

Ստրեպտոկոկային տոնզիլիտի ժամանակ նշանակվում են ամոքսացիլին, պենիցիլին V 10 օրվա ընթացքում տարիքային դեղաչափերով: Երկրորդ շարքի դեղամիջոցներից են ցեֆալոսպորինները, նույնպես՝ 10 օր, կամ մակրոլիդները՝ ազիտրոմիցին 5 օր:

Քրոնիկ տոնզիլիտի ժամանակ ցուցված է վիրահատություն՝ տոնզիլեկտոմիա, որն իրականացվում է եթե.

- 1 տարվա մեջ նկատվում է տոնզիլիտի 7 դրվագ,
- կամ՝ 2 անընդմեջ տարվա մեջ 5- ական դրվագ,
- կամ՝ 3 տարվա մեջ 3- ական դրվագ:

## **ԲՐՈՆԽԻՏ**

Բրոնխիտը բրոնխների լորձաթաղանթի բորբոքային հիվանդություն է:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդության հարուցիչներ են վիրուսները, մանրէները, պարազիտները, սնկերը: Սուր բրոնխիտի

պատճառ կարող են հանդիսանալ որոշ գազագոլորշացվող քիմիական նյութերը, ծխախոտի ծուխը, կենդանական և բուսական ծագման ալերգենները, բրոնխներում հայտնված օտար մարմինները, ինչպես նաև ջերմային գործոնները (սառեցում, սառը օդի ներշնչում):

**Դասակարգում:** Տարբերում են առաջնային և երկրորդային բրոնխիտներ: Առաջնային բրոնխիտների ժամանակ էթիոլոգիկ գործոնն ազդում է միայն բրոնխների վրա, իսկ երկրորդայինները առաջանում են այլ օրգանների հիվանդությունների ֆոնի վրա:

Ըստ ընթացքի բրոնխիտները լինում են.

1. Սուր հասարակ
2. Սուր օբստրուկտիվ
3. Բրոնխիոլիտ
4. Ռեցիդիվող
5. Քրոնիկ

**Կլինիկա:** Սուր բրոնխիտը ավելի հաճախ հանդիպում է տարվա ցուրտ եղանակին: Հիվանդությունը հիմնականում սկսվում է սուր շնչական ինֆեկցիայի 2-3-րդ օրը: Ավագ տարիքի երեխաները գանգատվում են գլխացավից, ճնշման զգացումից կրծոսկրի հետևում (տրախեոբրոնխիտի ժամանակ): Բրոնխիտի հիմնական ախտանիշը հազն է, որն ուժեղանում է գիշերը և առավոտյան, կարող է լինել նոպայաձև: Վաղ հասակի երեխաների մոտ հազն ուղեկցվում է փսխումով: 5-8-րդ օրը հազը դառնում է փափուկ, թաց՝ լորձային խորխի արտազատումով, որը հետագայում դառնում է թարախային և կարող է պարունակել արյան

հետքեր: Վաղ հասակի երեխաները խորիսը սովորաբար կուլ են տալիս:

Սուր բրոնխիտը ավելի հաճախ լինում է երկկողմանի և ավարտվում է ապաքինմամբ 2-3 շաբաթ հետո:

**Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտ/բրոնխիտիտ (սուր օբստրուկտիվ համախտանիշ):** Դա մանր բրոնխների (գլխավորապես վիրուսային ծագման) բորբոքումն է, որն ընթանում է բրոնխների օբստրուկցիայի նշաններով: Բրոնխային օբստրուկցիայի կրկնվող դրվագները որոշ դեպքերում առաջացնում են օրգանիզմի սենսիբիլիզացիա և վկայում են հետագայում բրոնխիալ ասթմայի զարգացման հավանականության մասին: Հիմնական նշաններն են՝ սպաստիկ բնույթի հազը և էքսպիրատոր (արտաշնչական) հնոցը: Ջերմությունը կարող է լինել նորմայի սահմաններում կամ մինչև ֆերրիլ մակարդակների: Դեպքերի մեծ մասում սկիզբը սուր է: Ի հայտ են գալիս օբստրուկտիվ բնույթի շնչառական անբավարարության այլ նշաններ՝ տարբեր աստիճանի ներքաշումներ, ցիանոզ: Մոտ 1/3 դեպքերում նկատվում է «սուլող շնչառություն» (wheezing՝ դիստանցիոն խզզոցների ֆենոմեն), իսկ դեպքերի մեծ մասում օբստրուկցիան հայտնաբերվում է միայն աուսկուլտացիայով:

Վեց ամսականից բարձր երեխաների մոտ հիվանդությունն ընթանում է բրոնխների խցանման նշաններով՝ մեծ քանակությամբ լորձի կուտակման, լորձաթաղանթի այտուցի, բրոնխոսպազմի հետևանքով (սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտ):

0-6 ամսական երեխաների մոտ մանր բրոնխների և բրոնխիոլների տարածված խցանման դեպքում առաջանում է

սուր բրոնխիտիտ, որին բնորոշ է ծանր ընթացքը, ավելի արտահայտված շնչական և սիրտ անոթային անբավարարություն, էքսիկոզ (ջրազրկում):

**Ախտորոշում:** Արյան քննությամբ հայտնաբերվում է լեյկոպենիա կամ լեյկոցիտոզ, էՆԱ-ի արագացում:

Սուր հասարակ բրոնխիտի ժամանակ աուսկուլտատիվ լսվում են չոր և թաց խզզոցներ, որոնց քանակը և տեղակայումը հաճախ փոխվում են օրվա ընթացքում, պակասում կամ անհետանում են հազալուց հետո:

Սուր օբստրուկտիվ համախտանիշի դեպքում ականջով և/կամ աուսկուլտատիվ լսվում են երկկողմանի սուլող և/կամ մանր թաց խզզոցներ:

Հիպօքսիան հայտնաբերելու նպատակով պետք է կատարել պուլսօքսիմետրիա:

**Բուժում:** Սուր հասարակ և առանց շնչառական անբավարարության օբստրուկտիվ բրոնխիտի բուժումը կարելի է անցկացնել տնային պայմաններում՝ հետևելով այս կանոններին.

- Պետք չէ երեխային նշանակել հակահազային դեղամիջոցներ:
- Պետք չէ երեխային պլանային կարգով նշանակել հակաբիոտիկ, բրոնխիտը մեծամասամբ վիրուսային ծագման հիվանդություն է:
- Փափկեցնել երեխայի կոկորդը և մեղմացնել հազը որևէ անվտանգ միջոցի օգնությամբ օրինակ, տաք հեղուկներով:

- Կերակրումից առաջ մաքրել երեխայի քթանցքերը աղաջրով, եթե քթանցքերով շնչառությունը խանգարված է՝ առատ արտադրության պատճառով:
- Եթե երեխայի ջերմությունը բարձր է 39°C- ից և դրանից անհարմարություն է զգում, երեխային տալ պարացետամոլ կամ իբուպրոֆեն:
- Համոզվել, որ երեխան ստանում է բավարար քանակով հեղուկ, իսկ բարձր ջերմաստիճանի դեպքում նրան լրացուցիչ տալ կրծքի կաթ կամ հեղուկ: Հեղուկի քիչ և հաճախակի տրվող քանակները ավելի լավ են յուրացվում և հազվադեպ են փսխում առաջացնում:
- Կրկին դիմել բժշկի, եթե ի հայտ է գալիս հաճախացած կամ դժվարացած շնչառություն, եթե երեխայի վիճակը վատանում է, եթե չի կարողանում խմել կամ կուրծք ուտել:

**Սուր օբստրուկտիվ բրոնխիտի դեպքում գործողությունների ալգորիթմն է.**

- Նշանակել ինհալյացիոն ճանապարհով բրոնխալայնիչ սփեյսերով կամ նեբուլայզերով (դիմակով մինչև 5 տարեկանների մոտ կամ մուշտուկով ավելի մեծ երեխաների մոտ), օրինակ սալբուտամոլ դեղաչափավորված ինհալյատորով և սփեյսերով 2 արտամղում, օրը 3-6 անգամ ելնելով ընթացքից:
- Սալբուտամոլի անարդյունավետության դեպքում՝ ըստ բժշկի նշանակման, իպրատրոպիում + ֆենոտերոլ (Berodual) սփեյսերով կամ նեբուլայզերով:
- Ինհալյացիոն եղանակով կիրառման անհնարինության դեպքում նշանակում են պերօրալ

սալբուտամոլ օրը 2-3 անգամ 1 մգ (մինչև 1 տարեկան)  
կամ 2 մգ (1 տարեկանից բարձր):

- Եթե վիճակը վատանում է ճշգրտորեն նշանակված և իրականացված բուժման ընթացքում՝ ուղեգրել հիվանդանոց:



**Նկար 30: Կրծքահասակ երեխային գրկած դիրքում սփեյսերով  
դեղամիջոցի ներմուծումը**



**Նկար 31: Մինչև 5 տարեկաններին բրոնխալայնիչ դեղամիջոցի  
ներմուծումը դիմակով՝ սփեյսերին միացված դեղաչափավորված  
ինհալատորով**



**Նկար 32: 5 տարեկանից բարձր երեխաներին բրոնխալայնիչ դեղամիջոցի ներմուծումը մուշտուկով՝ սփեյսերին միացված դեղաչափավորված ինհալյատորով**

### **ՍՈՒՐ ԹՈՔԱԲՈՐԲ**

Թոքաբորբը ծայրամասային շնչառական ուղիների ինֆեկցիոն ծագման հիվանդություն է, որի ժամանակ տեղի է ունենում ներավերուլային բորբոքային էքսուդատի կուտակում, թոքերի հյուսվածքի ինֆիլտրացիա և, որպես պատասխան, շնչական անբավարարության և օրգանիզմի ընդհանուր ինտոքսիկացիայի զարգացում:

**Հիվանդացություն:** Աշխարհում տարեկան գրանցվում է երեխաների «տնային» թոքաբորբի 150 մլն նոր դեպք, որոնցից 7-13%-ը պահանջում է հոսպիտալացում: Հայաստանում հոսպիտալացված դեպքերի թիվը 9/10000 է 0-18 տարեկան բնակչության շրջանում, մեծ Բրիտանիայում՝ 45/10000: Հայաստանում թոքաբորբով պայմանավորված մահվան թիվը զգալի նվազել է վերջին տասնամյակներում, բայց այդ

ցուցանիշը դեռևս հեռու է Կենտրոնական Եվրոպայի երկրների ցուցանիշներից:

**Հետևանքներ:** Մանկական տարիքում կրած թոքաբորբը մինչև 14% դեպքերում կարող է թողնել հեռահար հետևանքներ՝ դեստրուկցիա և կայուն օբստրուկտիվ փոփոխություններ, շնչառական ֆունկցիայի իջեցում և այլն:

**Համաճարակաբանություն:** Հիվանդացությունը բարձր է վաղ տարիքում, անհաս ծնվածների մոտ, արհեստական սնվողների, միկրոէլեմենտների պակասի դեպքում (վիտամին A, D, ցինկ): Ռիսկի գործոններից են խիտ բնակեցված պայմաններում ապրելը, օդի աղտոտվածությունը PM 10 դասի մասնիկներով, ծխախոտի ծուխը:

Հեմոֆիլային ցուպիկի և պնևմոկոկային վարակների դեմ ռուտին պատվաստումների ներդրումը հանգեցրել է հիվանդացության զգալի նվազմանը:

**Էթիոլոգիա:** Հարուցիչը կարող է լինել վիրուսային, վիրուս-վիրուսային, մանրէային կամ վիրուս-մանրէային: Մի հետազոտության արդյունքներով՝ դեպքերի 57%-ում հայտնաբերվել է մեկ վիրուս, 25%-ում՝ երկու վիրուս, 10%-ում՝ մեկ կամ երկու մանրէ, իսկ 8%-ում՝ վիրուսի և մանրէի համակցված առկայություն:

**Էթիոլոգիական առանձնահատկություն:** Մանրէային հարուցիչների շարքում պնևմոկոկը պահպանում է իր առաջնությունը նույնիսկ համատարած ներդրված պատվաստումների պայմաններում: Դա պայմանավորված է հարուցչի պատիճի սերոտիպերի բազմազանությամբ: Դրանց թիվը հասնում է 94-ի: Մինչդեռ պատվաստումներն ընդգրկում են առավելագույնը 23 սերոտիպ:

**Թոքաբորբի դասակարգումը և ընթացքի  
առանձնահատկությունները**

- Արտահիվանդանոցային կամ «տնային» թոքաբորբն այն թոքաբորբն է, որն առաջացել է նախկինում առողջ անձի մոտ տնային պայմաններում:
- Ներհիվանդանոցային թոքաբորբը զարգանում է հիվանդանոցում 48 ժամ գտնվելուց հետո, կամ՝ հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո՝ 48 ժամվա ընթացքում:
- Տիպիկ ընթացքով թոքաբորբին բնորոշ են տենդը, այս կամ այն աստիճանի շնչառության դժվարացումը և/կամ հաճախացումը, թուլությունը, ախորժակի կորուստը:
- Ատիպիկ կամ «քայլող» թոքաբորբը (*walking pneumonia*) նկարագրվում է գլխավորապես դեռահասային տարիքի մոտ: Կարող են նկատվել վերին ՄՇՎ-ի (սուր շնչառական վարակներ) նշաններ, կոկորդի ցավ, քիչ քանակությամբ խորխ: Դժվարաշնչությունն ավելի քիչ է արտահայտված: Վիճակի ծանրությունը մեծ մասամբ չի ազդում սովորական ակտիվության վրա: Կենսագործունեությունը զգալի չափով տուժած չէ:
- Օջախային թոքաբորբի դեպքում կարող են նկատվել ՄՇՎ-ի նշաններ, հետագա օրերի ընթացքում թոքերի բորբոքման նշանների զարգացմամբ: Հազի բնույթը տարբեր է՝ չոր տանջողից մինչև դժվար արտաբերվող խորխով: Աուսկուլտատիվ՝ սահմանափակ հատվածներում կարող է լսվել թուլացած շնչառություն, մանր բշտիկային թաց կամ կրեպիտացիոն խզոցներ:

Օջախային թոքաբորբը հազվադեպ կարող է ստանալ նաև ձուլվող բնույթ և առաջացնել թոքերի դեստրուկցիա:

- **Սեզմենտային թոքաբորբը** բնորոշվում է մեկ կամ մի քանի սեզմենտների ախտահարմամբ: Ունի ձգձգվելու հակում: Բուժման նկատմամբ ռեզիստենտ է: Կարող է հանգեցնել դեստրուկցիայի, ատելեկտազի, բրոնխոէկտազների զարգացման:
- **Կրուպոզ (բլթային, լոբար կամ պլերո-պնևմոնիա) թոքաբորբը** առավել հաճախ հանդիպում է նախա- և դպրոցական տարիքի երեխաների մոտ: Դա կապված է այն բանի հետ, որ այդ տարիքում երեխաների օրգանիզմն արդեն ավելի ուժեղ ռեակցիա է տալիս թոքաբորբի հարուցիչներին (հատկապես պնևմակոկին) և բորբոքումը հաճախ ընդգրկում է թոքի ամբողջ բիլթը: Սկիզբը սուր է, բուռն: Արտահայտվում է դողերոցքով, մարմնի բարձր կայուն ջերմաստիճանով, հազով, «ժանգանման» խորխով, շնչելու ժամանակ կրծքավանդակի ցավերով: Ամբողջ բլթի հատվածում լսվում է պերկուտոր հնչյունի կարճացում: Աուսկուլտատիվ՝ հնարավոր է բրոնխային շնչառություն, կրեպիտացիա: Հնարավոր են նաև էքսուդատիվ պլերիտի նշաններ:
- **Ինտերստիցիալ թոքաբորբը** կապված է թոքի ինտերստիցիալ (շարակցական) հյուսվածքի դիֆուզ ախտահարման հետ: Հանդիպում է վաղ նորածնային տարիքի և մինչև մեկ ամսական թուլացած երեխաների մոտ պլազմոցիստային, միկոպլազմային և վիրուսային վարակների ֆոնի վրա: Բնորոշ են զգալի շնչառական

անբավարարության նշաններ: Հնոցը նորածինների մոտ կարող է հասնել մեկ րոպեում 100: Պերկուտոր և աուսկուլտատիվ փոփոխությունները սակավ են կամ հաճախ բացակայում են:

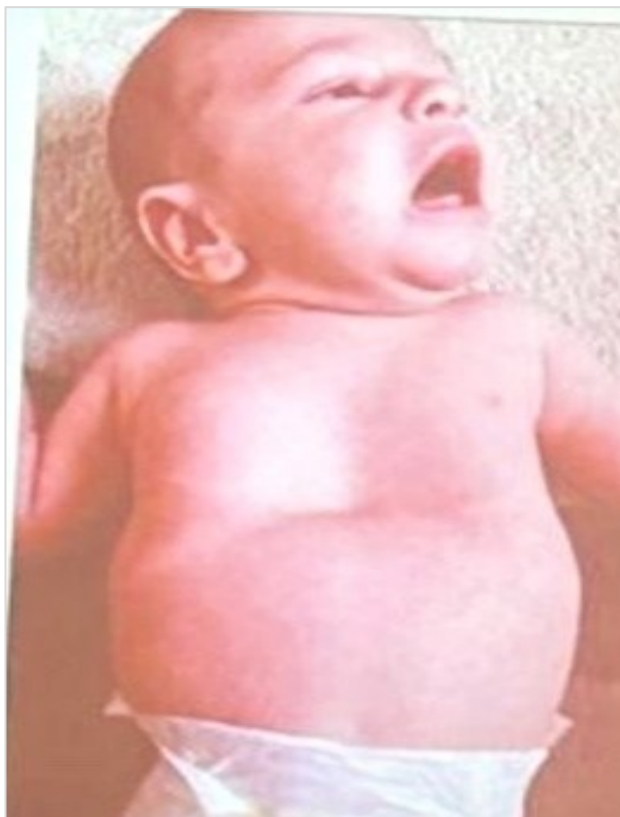
Ըստ ընթացքի տարբերում են սուր (մինչև 6 շաբաթ), ձգձգված (6-8 ամիս) և քրոնիկական (8 ամսից ավել) թաքաբորբեր, որը սովորաբար զարգանում է թոքերի բնածին կամ ժառանգական հիվանդությունների արդյունքում:

### **Թոքաբորբի հիմնական կլինիկական ախտանշանները**

**Հաճախաշնչություն/դժվարաշնչություն:** Համաձայն ԱՀԿ-ի, տախիպնոեի չափանիշներն են՝

- մինչև 2ամսական երեխաների մոտ 60/ 1 րոպեում,
- 2-12 ամսականների մոտ՝ 50/ 1 րոպեում,
- 1-5 տարեկանների մոտ՝ 40/ 1 րոպեում,
- 5-10 տարեկանների մոտ՝ 30/ 1 րոպեում,
- 10 տարեկանից բարձր՝ 24/ 1 րոպեում:

**Կրծքավանդակի ներքաշումներ:** Առաջին հերթին՝ կրծքավանդակի ստորին հատվածի (էպիգաստրալ) ներքաշումներ, որոնք ունեն առավել ախտորոշիչ նշանակություն կյանքի առաջին տարիներին: Հանդիպում են նաև թոքաբորբով պայմանավորված շնչառական անբավարարության հետևյալ նշանները՝ ռնգախաղ, պերիորալ և կենտրոնական ցիանոզ, տնքացող շնչառություն, շնչարգելություն, որոնց ևս պետք է ուշադրություն դարձնել:



**Նկար 33:** Ծանր թոքաբորբով երեխայի կրծքավանդակի ստորին պատի ներքաշում (subcostal retraction)՝ շնչառական անբավարարության կարևոր ախտանիշ

**Ցավը կրծքավանդակի շրջանում** պայմանավորված է պլևրայի ընդգրկումով: Գանգատներ կարող են ներկայացնել 3 տարեկանից բարձր երեխաները:

**Աուսկուլտացիա:** Լսվում է կրեպիտացիա, մանր բշտիկավոր խզզոցներ և թուլացած շնչառություն, իսկ

ինտերստիցիալ թոքաբորբի ժամանակ չի լինում ոչ մի աուսկուլտատիվ նշան:

**Կլինիկական պատկերում պետք է ուշադրություն դարձնել նաև հետևյալ ախտանշաններին.**

- ԿՆՀ-ի ախտահարման նշաններ՝ թուլության պատճառով խմելու, կրծքով կերակրվելու անկարողություն, լեթարգիկ վիճակ, ցնցումներ, պարանոցի մկանների կարկամություն:
- Սնուցում՝ մարմնի զանգվածի 3-րդ պերցենտիլից ցածր ցուցանիշ:
- Տենդ՝ 38,5°C -ից բարձր ջերմաստիճան, որը պահպանվում է 3 օր և ավել:
- Սիրտ- անոթային համակարգ՝ մաշկի (ներառյալ ափերի) գունատություն, մաշկի մարմարագույն երանգ, վերջույթների սառնություն, մազանոթների լցման տևողություն (ավելի, քան 3 վայրկյան):
- Ստամոքս-աղիքային համակարգ՝ փսխում, փորլուծություն, ջրազրկման նշաններ (մաշկի էլաստիկություն, աչքերի ներքնկածություն):
- Միզուղիների վիճակ՝ միզարձակման հաճախականություն, մեզի քանակ:

**Բարդություններ:** Արտաթոքային բարդություններից առավել վտանգավոր են սեպսիսը և սեպտիկ շոկը: Դրանց վաղ հայտնաբերման համար անհրաժեշտ է գնահատել հետևյալ նշանները՝ մազանոթների լցման տևողությունը (3 վայրկյանից ավելի), սառը վերջույթները և հիպոտենզիան:

Ներթոքային բարդություններից են՝ թոքի թարախակույտը, պնևմաթորաքսը, պլոպնևմաթորաքսը, պլևրիտները, ատելեկտազը:

**Ախտորոշում:** Ռենտգեն, համակարգչային շերտագրման հետազոտությունները, ՈւՋՀ ունեն կարևոր նշանակություն թոքաբորբի ախտորոշման համար: Ռենտգեն հետազոտությունը թոքաբորբի ախտորոշման համար ռուտին (ցուցված) հետազոտություն չէ: Այն ցուցված է հետևյալ դեպքերում.

- Կա շնչառական անբավարարության վատթարացման պատկեր (հիմնված պուլսօքսիմետրիայի տվյալի վրա):
- Արդեն հաստատված թոքաբորբը ձգձգվում է:
- Բուժումն անարդյունավետ է:
- Թոքաբորբի բարդությունները պետք է ժխտել կամ հաստատել:
- Օտար մարմնի առկայությունը, տուբերկուլյոզը պետք է ժխտել կամ հաստատել:
- Երեխան վաղ տարիքի է, ունի անհայտ ծագման տենդ և բարձր լեյկոցիտոզ:

Որոշ դեպքերում ռենտգենը, ՀՇ-ն կամ ՈւՋՀ-ն թոքաբորբի ախտորոշման միակ եղանակներն են:

**Էթիոլոգիական ախտորոշում:** Ամբուլատոր պայմաններում չի իրականացվում ռուտին եղանակով, այն իրականացվում է համաճարակաբանական ցուցումներով: Նույնիսկ վիրուսների հայտնաբերման դեպքում հավանական մանրէային վարակի նշանները հաշվի առնելով կարող են և պետք է նշանակվեն հակաբիոտիկներ: Պետք է նշել, որ արյան

ընդհանուր հետազոտությունը, Շ ռեակտիվ սպիտակուցը չեն օգնում տարբերակելու վիրուսային թոքաբորբը մանրէայինից:

**Թոքաբորբի հոսպիտալացման բացարձակ ցուցումներն են.**

- ԿՆՀ ընկճման նշաններ՝ կոմա, լեթարգիկ վիճակ, ցնցումներ, պարանոցի մկանների կարկամություն:
- Շնչական խանգարումներ՝ պուլսօքսիմետրիան 90% և ցածր, կենտրոնական ցիանոզ, կրծքավանդակի ստորին հատվածի ներքաշում, պարբերական շնչառություն, թոքաբորբի բարդությունների և օտար մարմնի կասկած:
- Սիրտ-անոթային խանգարումներ՝ մազանոթների լցման դանդաղում, սառը վերջույթներ, հիպոտենզիա, խիստ արտահայտված տախիկարդիա:
- Ջրազրկում:

**Հոսպիտալացման հարաբերական ցուցումներն են.**

- Տենդի պահպանում 5 օր և ավելի:
- Պուլսօքսիմետրիան 91-93%:
- Ոչ ծանր քրոնիկական հիվանդության առկայություն:
- Տանը խնամելու պայմանների և/կամ հմտությունների բացակայություն:

**Բուժում:** Թոքաբորբերի բուժման համար առաջին ընտրության դեղամիջոցներն են պենիցիլինները, հատկապես ամոքսացիլինը: Այն էֆեկտիվ ազդեցություն ունի այնպիսի հարուցիչների վրա, ինչպիսին են կլեբսիլան, ստաֆիլոկոկը, ստրեպտոկոկը: Ամոքսացիլինը արդյունավետ գուգակցվում է կլավուլոնաթթվի հետ: Այդ գուգակցումը կիրառվում է նաև

այն դեպքերում, երբ թոքաբորբը զարգացել է գրիպի վիրուսի ֆոնի վրա: Ատիպիկ թոքաբորբի դեպքում 5 տարեկանից բարձր երեխաների և դեռահասների մոտ նշանակվում է ազիտրոմիցին:

Ծանր դեպքերում, ըստ ԱՀԿ- ի, երաշխավորվում է այս գույակցումը. ամպիցիլին (պենիցիլին) օրը 4 անգամ + գենտամիցին միանվագ միջմկանային եղանակով:

Թեթև և միջին ծանրության դեպքերում գերադասելի է պերօրալ ընդունումը: Երբ հակաբիոտիկը տրվում է ներերակային կամ միջմկանային, ապա վիճակի լավացման դեպքում անցնում են պերօրալ ընդունելուն:

#### **Խնամք և բուժման այլ միջոցներ.**

- Թթվաձնային բուժումը իրականացվում է հիվանդության ծանրությունից կախված, դրական ճնշումով:
- Սննդի ընդունման սահմանափակումներ չկան: Սննդի ընդունումը պետք է խրախուսվի: Եթե երեխան ունի սնվելու դժվարություններ, պետք է քննարկվի զոնդով կերակրվելու հնարավորությունը: Ախորժակի բարելավումը սովորաբար հանդիսանում է ապաքինման մասին վկայող նշաններից մեկը:
- Հեղուկների ընդունումը պետք է իրականացվի պերօրալ: Անհրաժեշտ է խուսափել հիպերհիդրատացիայից:
- Անհրաժեշտ է իրականացնել մաշկի խնամք, հաճախակի փոխել անձնական և անկողնային սպիտակեղենը:

- Պարբերաբար փոխել դիրքն անկողնում՝ կանգային երևույթներից խուսափելու համար:
- Լավացման նշանների ի հայտ գալուն պես ֆիզիկական ակտիվությունը պետք է խրախուսվի:
- Հակավիրուսային բուժում իրականացվում է միայն գրիպի համաճարակների ժամանակ:
- Ինհալյացիաները, խորխաբերները, բրոնխալայնիչները, հակահիստամինային դեղամիջոցները, իմունային խթանիչները սուր թոքաբորբի ժամանակ ցուցված չեն, գործնականում ելքի վրա չեն ազդում: Բրոնխալայնիչները նշանակում են միայն օբստրուկցիայի ժամանակ:
- Ձգձգվող ընթացքի դեպքում ցուցված է ֆիզիոթերապիա, կատարում են վիբրացիոն մերսում, տրվում են դրենաժային դիրքեր, որոնք նպաստում են պրոցեսի արագ ներծծմանը:

## ԲՐՈՆԽԻԱԼ ԱՍԹՄԱ

Բրոնխիալ ասթման հիվանդություն է, որի հիմքում ընկած է շնչուղիների քրոնիկ իմունային բորբոքումը և բրոնխների գերոեակտիվականությունը: Այն արտահայտվում է դժվարաշնչության նուպաներով (առավելապես արտաշնչման ժամանակ), որոնք առաջանում են բրոնխների տարածված խցանման հետևանքով՝ պայմանավորված բրոնխների հարթ մկանների սպազմով, լորձի հիպերսեկրեցիայով, բրոնխների պատի այտուցվածությամբ:

Բրոնխիալ ասթման համարվում է ամենատարածված քրոնիկ հիվանդություններից մանկական հասակում: Հիվանդների կեսի մոտ ախտանիշներն ի հայտ են գալիս դեռևս վաղ մանկական հասակում:

Բրոնխիալ ասթմայի առաջացման գործում մեծ դեր ունեն արտաքին միջավայրի ագրեսիվ ազդակները:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդության զարգացմանը նպաստում են ներքին և արտաքին գործոնների կոմպլեքս ազդեցությունը: Ներքին գործոնները պայմանավորված են երեխայի գենետիկ նախատրամադրվածությամբ (մոտ ազգականների մոտ ասթմայի, ալերգիայի, ատոպիկ դերմատիտի, ալերգենների հանդեպ գերզգայնության առկայություն):

Արտաքին (հրահրող) գործոններն են՝ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը, ծիծաղը կամ լացը, ծխախոտի ծխի շնչումը, ալերգենները (տան փոշին, փոշու տիգերը, ծաղկափոշին և այլն), վիրուսային վարակները և սթրեսը:

**Կլինիկա:** Բրոնխիալ ասթմայի կլինիկական դրսևորումներն են.

- Բնորոշ սուլող խզզոցներով շնչառությունը (կարելի է խնդրել, որ մայրը տեսանյութ նկարի, ինչը կարող է հաստատել սուլող խզզոցների առկայությունը):
- Կրծքավանդակում սեղմվածության զգացումը:
- Անարդյունավետ հազը:
- Շնչառության դժվարացումը կամ արտաշնչական հնոցը:
- Ակտիվության նվազումը՝ երեխան վազում, խաղում, ծիծաղում է մյուս երեխաների համեմատ ավելի քիչ,

գրոսանքների ժամանակ շուտ հոգնում է և խնդրում գրկեն իրեն:

### **Հիվանդությունը զարգանում է 4 շրջաններով .**

1. Նոպայի նախանշաններ
2. Նոպա
3. Հետնոպա
4. Միջնոպա:

Առաջին շրջանում երեխան լինում է անտարբեր, գրգռված, կան կատարալ երևույթներ, հարբուխ, քթում քոր, փռշտոց, հազ: Այս վիճակը տևում է 2-3 օր:

Երկրորդ շրջանում նկատելի են հետևյալ նշանները՝

- կրծքավանդակի չափից շատ լայնացում,
- կրծքավանդակի ստորին մասի ներքաշում,
- մկանախմբերը մասնակցում են շնչառությանը (դա զգալու համար ձեռքի ափերը դնել երեխայի պարանոցին),
- տարածության վրա լսվող սուլող խզզոցներով երկարացած արտաշնչում,
- կյանքին սպառնացող արտահայտված շնչուղիների օբստրուկցիայի դեպքում «համր թոք» (թուլացած շնչառություն, շնչառական աղմուկների բացակայություն),
- հաճախացած շնչառություն,
- հաճախացած պուլս,
- թթվածնով արյան անբավարար հագեցվածություն:

Նոպաների հաճախության և արտահայտվածության հիման վրա տարբերում են բրոնխիալ ասթմայի թեթև, միջին ծանրության և ծանր ձևերը:

Թեթև ձևի ժամանակ շնչահեղձման նոպաները հազվադեպ են՝ ամիսը 1-2 անգամ:

Միջին ծանրության ժամանակ նոպաները կրկնվում են ամիսը 3-4 անգամ:

Ծանր ասթմայի ժամանակ նոպաները կրկնվում են շաբաթական մի քանի անգամ կամ կարող են դիտվել ամեն օր՝ հաճախ ունենալով երկարատև ընթացք:

**Բարդություններ:** Պնևմոթորաքս, ինտերստիցիալ և միջնորմային էմֆիզեմա, թոքերի էմֆիզեմա, թոքային սրտի պատկեր:

**Ախտորոշում:** Մինչև 5 տարեկան երեխաների մոտ բրոնխիալ ասթմայի ախտորոշումը հիմնականում հիմնվում է կլինիկական պատկերի, կրկնվող ախտանիշների և ռիսկի գործոնների գնահատման վրա, քանի որ այս տարիքում թոքերի ֆունկցիոնալ հետազոտությունները հաճախ սահմանափակ կիրառելիություն ունեն: Ախտորոշիչ նշանակություն ունեն հետևյալ կլինիկական ախտանշանները՝ կրկնվող սուլող շնչառությունը, շնչահեղձության նոպաները, գիշերային հազը կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ պայմանավորված շնչառության խանգարումները: Կարևոր է գնահատել ընտանեկան ալերգիկ անամնեզը, ատոպիկ վիճակների առկայությունը և ախտանիշների կրկնվող բնույթը: Մալբուտամոլի կամ ինհալյացիոն գլյուկոկորտիկոիդների նկատմամբ դրական պատասխանը ևս կարող է աջակցել

ախտորոշմանը: Միաժամանակ անհրաժեշտ է բացառել սուլոդ շնչառության այլ պատճառները:

6 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ բրոնխիալ ասթմայի ախտորոշումը հիմնվում է բնորոշ կլինիկական ախտանիշների և թոքերի ֆունկցիոնալ հետազոտությունների արդյունքների համադրման վրա: Ախտորոշիչ նշանակություն ունեցող կլինիկական ախտանշանները նման են մինչև 5 տարեկանների ախտորոշիչ չափանիշների: Կարևոր մեթոդ է սպիրոմետրիան, որի միջոցով գնահատվում է բրոնխային անցանելիության խանգարումը և դրա դարձելիությունը բրոնխալայնիչի կիրառումից հետո: Ախտորոշմանը նպաստում են նաև ալերգիկ անամնեզը, ատոպիկ հիվանդությունների առկայությունը և հրահրող գործոնների հետ կապը: Անհրաժեշտության դեպքում կարող են կիրառվել պիկֆլուումետրիա (պիկֆլուումետրը սարք է, որով չափում են թոքերից օդի դուրս բերման արագությունը), բրոնխոպրովոկացիոն թեստեր կամ ալերգոլոգիական հետազոտություններ: Միաժամանակ կարևոր է բացառել նմանատիպ ախտանիշներով ընթացող այլ հիվանդությունները:

**Բուժում:** Բրոնխիալ ասթմայի բազիսային թերապիան ուղղված է սրացումների կանխարգելմանը և հիվանդության ախտանշանների երկարաժամկետ վերահսկմանը: Այդ նպատակով կիրառվում են ամենօրյա երկարատև ազդեցության դեղամիջոցներ, որոնք կազմում են բազիսային բուժման հիմքը: Այս դեղերի հիմնական խմբերն են.

- Ինհալյացիոն կորտիկոստերոիդները (ԻԿՍ) օրինակ՝ բուդեսոնիդ, ֆլուտիկազոն, բեկլոմետազոն, մոմետազոն: Սա համարվում է բրոնխիալ ասթմայի բազիսային բուժման հիմնական հակաբորբոքային միջոցը:
- Համակցված ինհալյացիոն դեղամիջոցներ՝ ԻԿՍ + երկարատև ազդեցության բետա 2 ադրենոմիմետիկ (LABA) բուդեսոնիդ/ֆորմոտերոլ (Սիմբիկորտ):

### **Անհետաձգելի գործողությունները ասթմայի սրացման ժամանակ՝**

- չօգտագործել սեդատիվ պրեպարատներ,
- հանգստացնել երեխային և ծնողին,
- ապահովել հարմար դիրք՝ սովորաբար նստած դիրքը պառկածից գերադասելի է (սովորաբար մինչև 5 տարեկանները նստած են դեպի առաջ թեքված, անհանգիստ կեցվածքով, իսկ մեծ տարիքի երեխաներին բնորոշ է նստած ձեռքերի հենմամբ դիրքը),
- ծանր աստիճանի սրացման ժամանակ անմիջապես ուղարկել ստացիոնար, իսկ ճանապարհին տալ՝ սալբուտամոլ՝ 20 րոպեն մեկ առաջին ժամվա ընթացքում 6-10 սեղմում սփեյսերով (նախընտրելի տարբերակն է) կամ նեբուլայզերով թթվածնի հետ (այլընտրանքային տարբերակն է),
- տալ պրեդնիզոլոն պերօրալ կամ մեթիլպրեդնիզոլոն միջմկանային ըստ բժշկի նշանակման,

- աստիճանաբար տալ թթվածին մինչև սատուրացիան հասնի 94-98%,
- գնահատել ատրովենտի կիրառման անհրաժեշտությունը սփեյսերով կամ նեբուլայզերով:

Ասթման քրոնիկ հիվանդություն է, որը պահանջում է մինչև կյանքի վերջ շարունակական բուժում և կանոնավոր հսկողություն՝ մասնագետների հետ համագործակցությամբ և բուժական օպտիմալ կառավարմամբ:

**Կանխարգելում:** Սրացում առաջ բերող ռիսկի գործոնների կառավարման նպատակով՝

- խորհուրդ տալ խուսափել ծխախոտի ծխից,
- վերահսկել քաշը,
- վերհանել երեխայի հոգեբանական խնդիրները և տրամադրել համապատասխան խորհուրդներ դրանց հաղթահարման համար,
- սննդային ակերգիայի դեպքում խորհուրդ է տրվում բացառել ակերգիա առաջացնող սննդամթերքների օգտագործումը,
- ուսուցանել ակերզենների ազդեցությունից խուսափելու մեթոդները և կանխարգելիչ միջոցառումները,
- հայտնաբերել և բուժել զուգակցված հիվանդությունները՝ ակերգիկ ռինիտը, էկզեման:

## ՄԻՐՏ-ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

### ՄՐՏԻ ԲՆԱԾԻՆ ԱՐԱՏՆԵՐ

Սրտի բնածին արատները սրտի և խոշոր անոթների կառուցվածքային զարգացման արատներ են, որոնք առաջանում են հղիության 28-րդ շաբաթում էրրիոգենեզի խանգարման հետևանքով:

**Էթիոլոգիա:** Հղիության առաջին 3 ամիսներին սրտի ձևավորման պրոցեսների վրա առավել հաճախ բացասական ազդեցություն են ունենում վիրուսային ինֆեկցիաները (կարմրախտ, կարմրուկ, պարօտիտ, ջրծաղիկ և այլն), մոր սիրտ-անոթային համակարգի հիվանդությունները, էկզոգեն և էնդոգեն թունավոր նյութերը, իոնիզացնող ճառագայթումը, հիպովիտամինոզները, մեծ տարիքում՝ հղիությունը, սեռական օրգանների հիվանդությունները:

**Դասակարգում:** Առավել ընդունված է սրտի բնածին արատների դասակարգումը ըստ ցիանոզի առկայության: Կախված մեծ և փոքր շրջաններում հեմոդինամիկայի վիճակից սրտի բնածին արատները բաժանվում են 3 խմբի.

| Հեմոդինամիկայի խանգարում                               | Առանց ցիանոզի                                                                                                                              | Ցիանոզով |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Արյան շրջանառության փոքր շրջանի հարստացմամբ արատներ | <ul style="list-style-type: none"> <li>Բաց Բոտալյան ծորան</li> <li>Միջնախասրտային պատի դեֆեկտ</li> <li>Միջփորոքային պատի դեֆեկտ</li> </ul> | -----    |
| 2. Արյան շրջանառության փոքր շրջանի                     | Թոքային զարկերակի մեկուսացված արատ                                                                                                         |          |

| աղքատացմամբ<br>արատներ                                            |                    | Ֆալոյի<br>տետրադա |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|
| 3. Արյան<br>շրջանառության<br>մեծ շրջանի<br>աղքատացմամբ<br>արատներ | Աորտայի կոարկտացիա | -----             |

**Կլինիկա:** Կլինիկան խիստ բազմազան է, բայց կան մի քանի ընդհանուր բնույթի ախտանիշներ, որոնց շնորհիվ կարելի է ենթադրել սրտի արատի առկայության մասին: Հեմոդինամիկայի նշանակալի խանգարման ժամանակ այս երեխաների ֆիզիկական զարգացումը հետ է մնում: Նրանց մոտ հաճախ է նկատվում հեոց, գունատություն կամ ցիանոզ, եղնգային ֆալանգների դեֆորմացիա («ժամացույցի ապակի», «թմբկափայտիկներ»), կրծքավանդակի դեֆորմացիա («սրտային կուզ»), սրտի սահմանների լայնացում, սիստոլիկ աղմուկ:

Սրտի բնածին արատների կլինիկայում (անկախ արատի տեսակից), տարբերում են 3 շրջան.

- I. Առաջնային աղապտացիայի շրջան, որի ժամանակ երեխան հարմարվում է հեմոդինամիկայի խանգարումներին: Աղապտացիոն մեխանիզմների շնորհիվ ընդհանուր վիճակը բարելավվում է:
- II. Հարաբերական կոմպենսացիայի շրջան, որի ժամանակ բոլոր աղապտացիոն մեխանիզմները սպառվում են:
- III. Սահմանային փուլ, որին բնորոշ են բուժմանը չենթարկվող արյան շրջանառության խանգարումներ:

## **Արյան շրջանառության փոքր շրջանի հարստացմամբ արատներ**

Այս արատների կառուցվածքային ընդհանրությունը զարկերակայինից դեպի երակային արյան հոսքն է (ձախ- աջ շունտ), այսինքն առկա է արյան շրջանառության մեծ և փոքր շրջանների միջև ախտաբանական հաղորդակցություն:

**Պտղի արյան շրջանառության հեմոդինամիկան-** Պորտային երակով մորից թթվածնով հարուստ արյունը հոսում է դեպի պտղի ստորին սիներակ, աջ նախասիրտ: Այստեղից արյունը շարունակում է հոսել 2 ուղղությամբ.

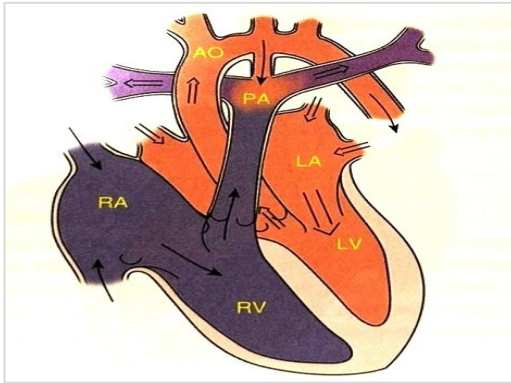
I. Աջ նախասիրտ, օվալ անցք, ձախ նախասիրտ, ձախ փորոք, աորտա:

II. Աջ նախասիրտ, աջ փորոք, թոքային զարկերակ, Բոտալյան ծորան, աորտա:

Այսպիսով, թթվածնով հարուստ արյունը օվալ անցքի և Բոտալյան ծորանի շնորհիվ, շրջանցելով արյան շրջանառության փոքր շրջանը և չգործող թոքերը, հասնում է աորտա:

**Բաց զարկերակային (Բոտալյան) ծորան:** Սա առավել հաճախ հանդիպող արատներից է: Նորմալ պայմաններում Բոտալյան ծորանը ծնվելուց անմիջապես հետո ֆունկցիոնալ տեսակետից այլևս չի գործում և մոտակա 2-3 ամիսների ընթացքում (հազվադեպ ավելի ուշ) ներծծվում է: Բաց մնալու դեպքում արյուն է հոսում աորտայից դեպի թոքային զարկերակ: Արդյունքում թոքային շրջանառությամբ ավելի մեծ ծավալով արյուն է հոսում:

Կլինիկական նշանները ի հայտ են գալիս 2-3 ամսականում: Բնորոշ են հևոցը, շուտ հոգնելը, սրտի շրջանում ցավը: Զարկերակային սիստոլիկ ճնշումը նորմալում է, դիաստոլիկը ցածր է, հատկապես՝ կանգնած դիրքում: Անոթագրակը ցայտող է: Կրծոսկրից ձախ II միջկողային շրջանում լսվում է սիստոլիկ աղմուկ:



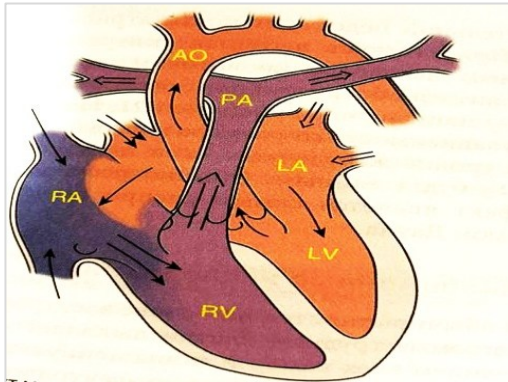
**Նկար 34: Բաց Բոտալյան ծորան, կրճատումներ. AO- աորտա, LA- ձախ նախասիրտ, LV- ձախ փորոք, PA- թոքային զարկերակ, RA- աջ նախասիրտ, RV- աջ փորոք**

Այս արատը միակն է, որը երբեմն բուժվում է դեղամիջոցներով: Եթե այն շուտ է հայտնաբերվում, ապա ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային որոշ միջոցների նշանակումը կարող է բերել արատի փակման:

**Միջնախասրտային պատի դեֆեկտ:** Սա ևս երեխաների մոտ հաճախ հանդիպող արատ է: Միջնախասրտային պատի վրայի անցքը լինում է տարբեր մեծության և տարբեր հատվածներում: Կարող է նույնիսկ պատը լրիվ բացակայել: Հեմոդինամիկայի խանգարումները պայմանավորված են

դեֆեկտի մեծությամբ: Արյան որոշակի քանակ անցքով հոսում է ձախ նախասրտից դեպի աջ նախասիրտ: Աջ նախասրտում բարձրանում է սկզբում սիստոլիկ ճնշումը, ապա՝ դիաստոլիկը: Տեղի է ունենում աջ նախասրտի հիպերտրոֆիա:

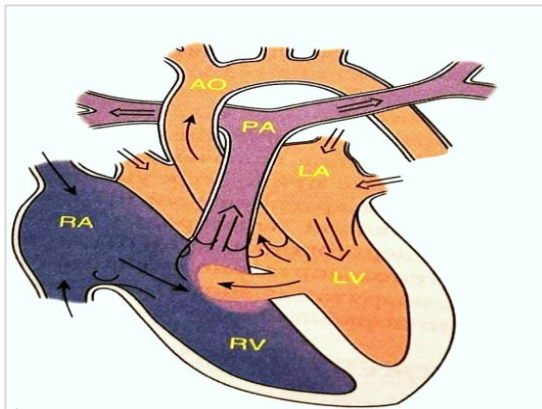
Ուշադրություն է գրավում մաշկի գունատությունը, պարանոցի երակների լայնացումը և պուլսացիան: Հաճախ դիտվում է ֆիզիկական զարգացման դանդաղում: Կրծոսկրից ձախ II և III միջկողային շրջանում լսվում է սիստոլիկ աղմուկ:



**Նկար 35: Միջնախասրտային պատի դեֆեկտ, կրճատումներ. AO- աորտա, LA-ձախ նախասիրտ, LV- ձախ փորոք, PA- թոքային զարկերակ, RA- աջ նախասիրտ, RV- աջ փորոք**

**Միջփորոքային պատի դեֆեկտ:** Այս արատը համեմատաբար հաճախ է հանդիպում: Եթե դեֆեկտը տեղակայված է միջփորոքային պատի մկանային հատվածում (Ռոժեի հիվանդություն), տրամագիծը մեծ չէ (մինչև 1 սմ), ապա հեմոդինամիկայի խանգարումներ չեն լինում:

Թաղանթային մասի դեֆեկտներն ավելի ցայտուն են արտահայտվում. ձախ փորոքից դեպի աջ փորոք է մղվում մեծ քանակի արյուն: Երկու փորոքներն էլ աշխատում են մեծ ծանրաբեռնվածությամբ: Մկանային մասի փոքր դեֆեկտը կարող է ոչ մի զանգատ չառաջացնել և երբեմն փակվել ինքնուրույն մկանների աճի հետևանքով: Հետագոտման ժամանակ կարող հայտնաբերվել կոպիտ սիստոլիկ աղմուկ կրծոսկրից ձախ IV միջկողային հատվածում: Թաղանթային մասում արատները երբեք ինքնուրույն չեն փակվում, հիվանդները շուտ հոգնում են, նկատվում է հևոց, պարբերաբար կրկնվող հազ: Հաճախ կրծքավանդակը լինում է դեֆորմացված:



**Նկար 36: Միջփորոքային պատի դեֆեկտ, կրճատումներ. AO- աորտա, LA- ձախ նախասիրտ, LV- ձախ փորոք, PA- թոքային զարկերակ, RA- աջ նախասիրտ, RV- աջ փորոք**

## **Արյան շրջանառության փոքր շրջանի աղքատացմամբ արատներ**

**Թոքային զարկերակի մեկուսացված ստենոզ:** Գոյություն ունեն այս արատի տարբեր անատոմիական տարբերակներ: Առավել հաճախ հանդիպում է թոքային զարկերակի փականային ստենոզը: Այս դեպքում դժվարացած է արյան անցումը աջ փորոքից դեպի թոքային զարկերակ և նկատվում է արյան փոքր շրջանառության աղքատացում:

Կլինիկայում նկատվում է հևոց, գունատություն, ցավ սրտի շրջանում, հիվանդները շուտ են հոգնում: Կրծոսկրից ձախ II միջկողում լսվում է կոշտ սիստոլիկ աղմուկ, որը տարածվում է մինչև քնային զարկերակներ: Թոքային զարկերակի վրա II տոնը թույլ է լսվում կամ չի լսվում:

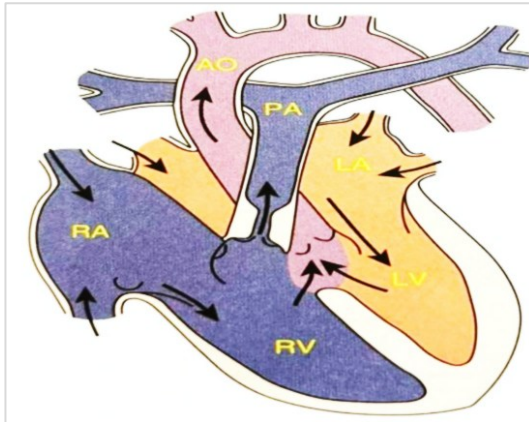
**Ֆալոյի հիվանդություն (տրիադա, տետրադա, պենտադա):** Կապույտ (ցիանոզով) արատներից ամենահաճախ հանդիպողը Ֆալոյի տետրադան է: Արատի մեջ մտնում են հետևյալ 4 արատները .

1. Թոքային զարկերակի ստենոզ
2. Միջփորոքային պատի դեֆեկտ
3. Աորտայի աջադրություն
4. Աջ փորոքի հիպերտրոֆիա:

Փոքր շրջանառությունով քիչ արյուն է հոսում, երեխայի օրգանիզմը հարաբերականորեն ավելի քիչ թթվածին է ստանում: Մյուս կողմից թոքային զարկերակի ստենոզի և միջնապատի դեֆեկտի հետևանքով խառը արյուն է մղվում դեպի մեծ շրջան: Թոքային զարկերակի նեղացման և

աորտայում ճնշման մեծացման պատճառով աջ փորոքը հիպերտրոֆիայի է ենթարկվում:

Հաճախ, ծնվելուց անմիջապես հետո, ցիանոզը տարիքի հետ ուժգնանում է: Կրծքի հասակում հեղքը ինտենսիվանում է թեթև ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, կերակրման ժամանակ: Հազվադեպ չեն գիտակցության կորստի և ցիանոզի նոպաները: Ավագ տարիքի երեխաների մոտ նկատվում են ավելի թեթև նոպաներ, որոնց ժամանակ երեխան ընդունում է հարկադրական դիրք՝ կքանստում կամ պառկում է փորի վրա: Այս դեպքում ևս ֆիզիկական զարգացումը հետ է մնում: Առկա է «թմբկափայտիկի» ախտանիշը: Թոքային զարկերակի վրա II տոնը թուլացած է, II և III միջկողային շրջանում լսվում է կոշտ, տևական սիստոլիկ աղմուկ:



**Նկար 37: Ֆալոյի տետերադա, կրճատումներ. AO- աորտա, LA-ձախ նախասիրտ, LV- ձախ փորոք, PA- թոքային զարկերակ, RA- աջ նախասիրտ, RV- աջ փորոք**

## **Արյան շրջանառության մեծ շրջանի աղքատացմամբ արատներ**

**Առրտայի կոարկտացիա:** Առրտայի կրծքային հատվածի նեղացումն է՝ առրտայի ենթանրակային ճյուղից ցած: Նեղացման աստիճանն ու երկարությունը կարող են տարբեր լինել: Մարմնի ստորին կեսը քիչ արյուն է ստանում: Նեղացումից վերև նկատվում է հիպերտենզիա, որը տարածվում է գլխի, ուսագոտու, վերին վերջույթների վրա: Գանգատներն ի հայտ են գալիս ուշ և պայմանավորված են սրտի աշխատանքի բարձր ճնշումով և դեկոմպենսացիայով: Հիվանդները գանգատվում են գլխացավից, ականջներում աղմուկից, գլխապտույտից, հևոցից, շուտ հոգնելուց: Ջնման ժամանակ աչքի է ընկնում իրանի վերին կեսի լավ զարգացվածությունը ստորինի համեմատ: Նշվում են որովայնի և ձկնամկանի շրջանում իշեմիկ ցավեր: Հիմնական կլինիկական ախտանիշներից է զարկերակային ճնշման ցուցանիշների տարբերությունը վերին և ստորին վերջույթների վրա: Բնորոշ է վերին վերջույթներում բարձր զարկերակային ճնշումը (մինչև 250-300 մմ սնդ. սյուն) և ստորին վերջույթներում ցածր զարկերակային ճնշումը (երբեմն մինչև զրոյի հասնող): Լսվում է առրտայի վրա II տոնի շեշտվածություն:

**Ախտորոշում:** Այն հիմնվում է անամնեզի, կլինիկական դրսևորումների և հետազոտման լրացուցիչ մեթոդներից անգիոգրաֆիայի վրա:

Ներկայումս ծննդատներում պարտադիր հետազոտություն է սրտի բնածին արատների սկրինինգը

պուլսօքսիմետրիայի միջոցով: Սկրինինգի ենթակա են բոլոր առողջ նորածինները ծնվելուց 24 ժամ անց մինչև դուրս գրումը: Սկրինինգի արդյունքը գնահատվում է բացասական (ժխտվում է սրտի բնածին արատը), եթե երկու վերջույթների վրա  $SpO_2 > 95\%$ , իսկ նրանց միջև տարբերությունը  $< 3\%$ :

**Բուժում:** Սրտի բնածին արատների հիմնական բուժումը վիրահատական միջամտությունն է: Վիրահատական բուժումը բերում է հեմոդինամիկ խանգարումների նորմալացման:

Վիրահատական բուժման լավագույն տարիքը կախված է արատի տեսակից, օրգանիզմի վրա ազդեցությունից, բարդությունների հավանականությունից, սովորաբար՝ 3-12 տարեկանում: Կոնսերվատիվ բուժում նշանակվում է անհետաձգելի օգնության, հիպօքսեմիկ նոպաների, այլ բարդությունների ժամանակ:

Բուժումը կարող է լինել պալիատիվ (ամոքիչ), հիվանդի վիճակը թերևս ցանկացած, լետալ ելքը հետաձգող և ռադիկալ, երբ արատը լիովին վերանում է, վերականգնվում է հեմոդինամիկան:

**Խնամք:** Սրտի բնածին արատներով երեխաների համար կարևոր է կազմել ճիշտ օրվա ռեժիմ՝ շատ գտնվել մաքուր օդում, ապահովել ռացիոնալ սնուցումը, ըստ ցուցումների սահմանափակել հեղուկները և աղը: Անհրաժեշտ է պահպանել ինֆեկցիաներից, կոփել երեխաներին: Հակացուցված է ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը:

Սրտի բնածին արատով երեխաները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ բժիշկ-սրտաբանի կողմից: Հսկողության կարևոր տարրերից է ինֆեկցիոն

Էնդրոկարդիտի զարգացման կանխարգելումը: Տարբեր բժշկական միջամտությունների, վիրահատությունների ընթացքում երեխան պետք է ստանա հակաբիոտիկներ միջամտություններից առաջ և հետո:

### **ՌԵՎՄԱՏԻԿ ՏԵՆԴ**

Ռևմատիկ տենդը բնորոշվում է մի շարք կարևոր օրգան-համակարգերի ախտահարմամբ՝ առավելապես սիրտ, հոդեր, մաշկ, կենտրոնական նյարդային համակարգ:

**Էթիոլոգիա:** Հարուցիչը A խմբի β-հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկն է: Հիվանդությունը սովորաբար զարգանում է A խմբի β-հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկով (տոնզիլիտ, քութեշ, ֆարինգիտ) հարուցված վարակից 10-14 օր հետո: Հիվանդանում են հիմնականում 6-15 տարեկան երեխաները: Հիվանդության զարգացման մեջ կարևոր դեր ունի նաև ժառանգական նախատրամադրվածությունը: Ռևմատիկ տենդը հանդիսանում է սրտի ձեռքբերովի արատների հիմնական պատճառը (միտրալ փականի անբավարարություն, աորտալ փականի անբավարարություն, թոքային զարկերակի ստենոզ):

**Պաթոգենեզ:** Ռևմատիկ պրոցեսը զարգանում է ստրեպտոկոկային վարակի նկատմամբ օրգանիզմի ախտաբանական իմունային պատասխանի հետևանքով: Ստրեպտոկոկի որոշ հակաձիններ կառուցվածքով նման են մարդու սրտի, հոդերի և այլ հյուսվածքների բաղադրիչներին: Այդ պատճառով իմունային համակարգի արտադրած

հակամարմինները կարող են վնասել նաև սեփական հյուսվածքները (աուտոիմունային ռեակցիա):

**Կլինիկա:** Ռևմատիկ տենդը առաջին հերթին ախտահարում է սիրտ-անոթային համակարգը, սակայն կարող է ախտահարել նաև մյուս օրգան-համակարգերը: Չկա ռևմատիկ տենդ առանց սրտի ախտահարման:

Կարդիտն ունի հետևյալ առանձնահատկությունները.

- Կարող են ախտահարվել սրտի բոլոր շերտերը: Էնդոկարդի ախտահարումը կոչվում է էնդոկարդիտ, միոկարդինը՝ միոկարդիտ, պերիկարդինը՝ պերիարդիտ, իսկ սրտի բոլոր երեք շերտի միաժամանակ ախտահարումը կոչվում է պանկարդիտ:
- Առավել հաճախ ախտահարվում են սրտի փականները, հատկապես՝ միտրալ փականը:
- Ախտորոշման մեջ կիրառվում է էխոսրտագրությունը:

**Միոկարդիտի** ժամանակ երեխան գանգատվում է հոգնածությունից, գունատությունից, ախորժակի նվազումից, ընդհանուր թուլությունից, սրտխփոցից, սրտի շրջանում ցավից, շնչահեղձությունից և վերջույթների այտուցներից: Ծանր դեպքերում կարող է զարգանալ սրտային անբավարարություն: Լաբորատոր հետազոտություններով հայտնաբերվում են ԷՆԱ-ի արագացում, ՅՌՄ-ի բարձրացում և բորբոքային ակտիվության այլ ցուցանիշների փոփոխություններ:

**Էնդոկարդիտի** ժամանակ առավել հաճախ ախտահարվում է միտրալ փականը, որի հետևանքով ձևավորվում է I տոնի թուլացում: Ռևմատիկ տենդի

հիմնական ախտանիշներից է նոր առաջացած սրտային աղմուկը, որն արտահայտվում է փականի վնասման հետևանքով: Առաջին օրերին լինում է ջերմության բարձրացում, մաշկի գունատություն, շրթունքների ցիանոզ, թուլություն, գլխացավ, սրտխառնոց, տախիկարդիա: Ռևմատիկ տենդը հաճախակի կարող է ընթանալ էնդոմիոկարդիտի ձևով՝ երեխաների մոտ երբեմն ընթանում է պանկարդիտի ձևով:

**Պերիկարդիտը լինում է.**

1. չոր՝ ֆիբրինոզ,
2. թաց՝ սեռոզ,
3. սեռոզ-ֆիբրինոզ:

Թաց պերիկարդիտի ժամանակ հիվանդը գանգատվում է կրծքավանդակի ցավից և ծանրության զգացումից, ինչպես նաև հազից, շնչառությունից: Չոր պերիկարդիտի ժամանակ լսվում է պերիկարդի քսման աղմուկ: Խանգարվում է երեխայի քունը, կարող են լինել դեմքի, ոտքերի այտուցներ: Հիվանդը ընդունում է նստած կամ կիսանստած հարկադրական դիրք:

**Արտասրտային ախտահարումներ:** Ռևմատիկ տենդի արտասրտային ախտահարումներից երեխաների մոտ ամենից հաճախ լինում է հոդերի ախտահարում՝ ռևմատիկ պոլիարթրիտ և նյարդային համակարգի ախտահարում՝ փոքր խորեա:

**Ռևմատիկ պոլիարթրիտը** ընթանում է հոդացավով, հոդերն այտուցված են, մաշկը կարմրած է, շարժումները սահմանափակ, ցավոտ, հոդի շրջանում նկատվում է

տեղային ջերմության բարձրացում: Ռևմատիկ պոլիարթրիտն ունի հետևյալ առանձնահատկությունները.

1. Այն ռևմատիկ տենդի ամենավաղ դրսևորումներից :
2. Հոդամկանացավերը թռչող բնույթի են:
3. Ախտահարվում են մեծ և միջին հոդերը՝ ծնկան, սրունքթաթային, արմնկային, դաստակային:
4. Լավ են պատասխանում ՈՍՀԴ- ներին (ոչ ստերոիդ հակաբորբոքիչ դեղեր):
5. Դեֆորմացիաներ և անկիլոզներ չեն առաջացնում:

Նյարդային համակարգի ախտահարում՝ **փոքր խորեա** (Սիդենհամի խորեա).

Հաճախ հանդիպում է 5-19 տարեկան աղջիկների մոտ: Հիվանդությունը արտահայտվում է ակամա չկոորդինացված շարժումներով, հիպերկինեզներով, մկանային հիպոտոնիայով («Թորշոմած ուսերի» ախտանիշ): Լինում է կամակորոշություն, դյուրագրգռություն, դժվարանում է խոսքը: Երեխաները դառնում են փնթի, թափթփված, լալկան, դպրոցահասակ երեխաների մոտ նկատելի է ձեռագրի փոփոխություն:

Ռևմատիկ տենդի բնորոշ նշաններից է մաշկի ախտահարումը օղակաձև անույլար ցանի և ենթամաշկային ռևմատիկ հանգույցների ձևով:

Ռևմատիկ տենդը կարող է ընթանալ ալիքաձև ընթացքով (կրկնակի գրոհների ձևով), որի ժամանակ ակտիվ փուլին հաջորդում է նոր գրոհը, որը բնորոշվում է հետևյալ նշաններով՝ ջերմության բարձրացում, հոդացավեր, ընդհանուր վիճակի վատացում: Կրկնակի գրոհների արդյունքն են սրտի ձեռքբերովի արատները, որոնք իրենց

հերթին բերում են արյան շրջանառության անբավարարության: Արյան շրջանառության անբավարարությունը լինում է I, II, III աստիճանի: Անբավարարության նշաններն են՝ հևոցը, ցիանոզը, սրտի պերկուտոր սահմանների մեծացումը, մեծացած և կարծրացած լյարդը, արտահայտված այտուցները, թոքերում խզոցները:

Ճիշտ և լիարժեք բուժումը և կանխարգելումը բերում է լրիվ կլինիկական առողջացման և հիվանդության կրկնություն չի լինում:

Ըստ ընթացքի ռևմատիկ տենդը լինում է.

1. Սուր (2 ամիս)
2. Ենթասուր (2-4 ամիս)
3. Չգճգվող (4 ամսից ավելի)
4. Ռեցիդիվող (1 տարի և ավելի),
5. Լատենտ:

**Ախտորոշում:** Ռևմատիկ տենդի ախտորոշիչ չափանիշները բժշկագիտության մեջ հայտնի են որպես Ducket Jones չափանիշներ. ըստ որում՝ 2 մեծ կամ 1 մեծ և 2 փոքր չափանիշները, որոնք զուգակցվում են նախորդ ստրեպտոկոկային վարակի հետ, հաստատում են ռևմատիկ տենդի առկայությունը:

Մեծ չափանիշներն են՝ կարդիտը, պոլիարթրիտը, խորեան, օղակաձև էրիթեման, ռևմատիկ հանգույցների առկայությունը:

Փոքր չափանիշներն են՝ ջերմաստիճանի բարձրացումը, արթրալգիան, ՅՌՄ-ի և ԷՆԱ -ի բարձրացումը, ԷՍԳ-ով PR ինտերվալի երկարացումը:

Լաբորատոր հետազոտությունները հետևյալն են՝ ակտիվ փուլում հայտնաբերվում է ԷՆԱ-ի արագացում մինչև 50-60 մմ/ժ, լեյկոցիտոզ՝ նեյտրոֆիլային բնույթի, սպիտակուցային ֆրակցիաների փոփոխություններ՝ գամմա գլոբուլինների բարձրացում և ալբումինների իջեցում, ՑՌՄ-ի բարձրացում: Բկանցքից քսուկի արդյունքը դրական է 25-40% դեպքերում: Անհրաժեշտ է ստրեպտոկոկի արագ անտիգենային թեստը, հատկապես խորեայով ընթանալու դեպքում: Կարևորվում է հակամարմինների տիտրի որոշումը՝ հակաստրեպտոլիզին Օ (ԱՍԼՕ): Հակաստրեպտոլիզին Օ-ի որոշումը զգայուն է 80-85% դեպքերում: Նորմայում այն մինչև 200 միավոր է: Պարտադիր կատարվում է ԷՄԳ, սրտի ուտրաձայնային հետազոտություն: Սրտի սահմանների մեծացումը, էլեկտրասրտագրի փոփոխությունները վկայում են ռևմատիկ տենդի մասին:

**Բարդություններ:** Բարդություններից են՝ բակտերիալ էնդոկարդիտի զարգացումը, սրտի փականային ապարատի ընդգրկումը, սրտային անբավարարությունը:

**Բուժում և խնամք:** Բուժումը երկարատև է և կոմպլեքսային, ազդում է 3 գործոնների վրա՝ ստրեպտոկոկային վարակի, բորբոքային պրոցեսի ընկճման, բարդությունների կանխարգելման:

Ստրեպտոկոկային վարակի դեմ կիրառվում է հակաբիոտիկոթերապիա հետևյալ սխեմայով.

1. ամոքսացիլին՝ 10 օր խմելու ձևով,
2. բիցիլին-5՝ 1.500.000 միավոր կամ 750.000 միավոր դեղաչափերով (համապատասխանաբար դպրոցականների և նախադպրոցականների համար) 4

շաբաթը մեկ՝ միջմկանային ներարկմամբ: Պենիցիլինի նկատմամբ ակերգիայի դեպքում կիրառվում է ազիտրոմիցին 5 օրյա կուրսով, ցեֆալոսպորիններ՝ 5-10 օր:

3. Հակաբորբոքային բուժման նպատակով նշանակվում են.

- իբուպրոֆեն 30 մգ/կգ/օրը 3 անգամ,
- նապրոքսեն 10-20 մգ/կգ/օրը 2 անգամ:

Ոչ ստերոիդ հակաբորբոքիչ դեղորայքները (նապրոքսեն, իբուպրոֆեն) կիրառվում են 1,5-2 ամիս տևողությամբ մինչև բորբոքային պրոցեսի ակտիվության մարումը:

Հորմոնային թերապիան կիրառվում է սրտի ծանր ախտահարումների դեպքում 2-3 շաբաթ տևողությամբ, աստիճանաբար նվազեցնելով դեղաչափը 3-5 օրը մեկ 5մգ-ով՝ հաշվի առնելով լաբորատոր ցուցանիշները:

Խորեայի դեպքում կիրառում են լևետիրացետամ, կարբամազեպին, ֆենոբարբիտալ և այլն:

Անհրաժեշտ է ապահովել մաքսիմալ ֆիզիկական և հոգեկան հանգիստ: Արգելվում են կտրուկ շարժումները, վազելը, թոչկոտելը: Հիվանդասենյակը պետք է հաճախակի օդափոխել, ջերմաստիճանը 18-20°C: Սուր շրջանում հիվանդի մաշկի խնամքը կատարվում է անկողնում տաք ջրով թրջված սրբիչով, իսկ թեթև հիվանդներին նշանակվում է հաճախակի հիգիենիկ լոգանք (հաշվի առնելով զգալի քրտնարտադրությունը):

Հիվանդ երեխայի սնունդը պետք է լինի լիարժեք, դյուրամարս, օրը 4-5 անգամ պետք է բացառել սուր, գրգռիչ, յուղոտ սնունդը: Սուր շրջանում՝ հեղուկի (մինչև 1 լիտր),

աղերի (5-6 գ.) սահմանափակում: Տրվում է կալիումական աղերով և սպիտակուցներով հարուստ սնունդ՝ կաթնաշոռ, կարտոֆիլ, կաղամբ, սև սալոր, ծիրանի չիր, խնձոր, հնդկաձավարի շիլա, չամիչ, բանան:

**Կանխարգելում:** Լինում է առաջնային և երկրորդային:

1. Առաջնային կանխարգելումն ուղղված է հիվանդության կանխարգելման դեմ ընդհանրապես՝ ուղղված լինելով առավելապես A խմբի β –հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկային և վերին շնչառական ուղիների վարակների դեմ: Ստրեպտոկոկային վարակից անմիջապես հետո մեկշաքայա հակաբիոտիկոթերապիայի կիրառումը նպաստում է ռևմատիկ տենդի կանխարգելմանը: Առաջնային կանխարգելումը բոլոր տեսակի ստրեպտոկոկային վարակային հիվանդությունների բուժումն է:
2. Երկրորդային կանխարգելումը ռևմատիկ տենդ կրած հիվանդների շրջանում նոր գրոհների առաջացման կանխարգելումն է: Վերջինս իրականացվում է բիցիլին 5-ի միջմկանային ներարկման միջոցով յուրաքանչյուր 4 շաբաթը մեկ անգամ՝ 27կգ և ցածր քաշ ունենալու դեպքում 600.000 միավոր մ/մկ, 27կգ-ից ավել քաշ ունենալու դեպքում՝ 1.200.000 միավոր մ/մկ: Կանխարգելման տևողությունը տարբեր է.
- Առանց կարդիտների առաջացման՝ ռևմատիզմի երկրորդային կանխարգելման տևողությունը կազմում է 5 տարի կամ մինչև 21 տարեկանը:

- Կարդիտներով, առանց փականային ապարատի ախտահարման՝ 10 տարի ժամկետով կամ մինչև դեռահասության տարիքը:
- Կարդիտներով, փականային ապարատի ախտահարմամբ՝ առնվազն 10 տարի վերջին գրոհից հետո և մինչև 40 տարեկանը:

**Դիսպանսերիզացիա:** Դիսպանսեր հսկողությունը կատարվում է մանկական պոլիկլինիկայի ռևմատիկ կաբինետի կողմից: Հաշվառման են վերցվում բոլոր հիվանդ երեխաները: Խորեայի դեպքում հսկվում է նաև նյարդաբանի կողմից:

## ՄԱՐՍՈՂԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍՏՈՄԱՏԻՏ (ԲԵՐՆԱՆԱԲՈՐԲ)

Ստոմատիտը բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի բորբոքումն է:

**Էթիոլոգիա:** Ստոմատիտի առաջացման հիմնական պատճառներն են հանդիսանում՝ մանրէները, վիրուսները, խմորասնկերը (Candida):

Որոշ դեպքերում ստոմատիտները զարգանում են արտահայտված ինտոքսիկացիաների, որոշ դեղամիջոցների ազդեցության ժամանակ: Մի շարք հիվանդությունների ժամանակ ստոմատիտը կարող է լինել որպես ախտանիշ:

**Գլինիկական պատկեր:** Կախված հիվանդության առաջացման պատճառից և լորձաթաղանթի ախտահարման աստիճանից, տարբերում են.

1. կատարալ,

2. խոցային,

3. հերպետիկ (աֆտոզ) ստոմատիտներ:

**Կատարալ** ստոմատիտը բնորոշվում է բերանի լորձաթաղանթի հիպերեմիայով և այտուցվածությամբ: Կարող է նկատվել թքահոսություն բերանից, արյունահոսություն լնդերից:

**Խոցային** ստոմատիտն ավելի հաճախ հանդիպում է ավագ տարիքի երեխաների և դեռահասների մոտ, որոնք ունեն կարիոզ ատամներ: Հիվանդությունը սկսվում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացմամբ, ընդհանուր վիճակի փոփոխությամբ, ցավով՝ սնունդ ընդունելու ժամանակ, լնդերի այտուցվածությամբ և արյունահոսությամբ, առատ թքարտադրությամբ, բերանից եկող գարշահոտով: Բերանի լորձաթաղանթը հիպերմերիկ է, ծածկված գորշ փառով, որի մակերեսին ձևավորվում են մանր խոցեր, իսկ ծանր դեպքերում՝ խորը խոցեր: Բորբոքային պրոցեսը ուղեկցվում է շրջակա ավշային հանգույցների մեծացմամբ:

**Սուր հերպետիկ (աֆթոզ)** ստոմատիտը հանդիսանում է հերպետիկ ինֆեկցիայի ախտանիշներից մեկը: Հանդիպում է հիմնականում 6 ամսականից մինչև 3 տարեկան երեխաների մոտ: Հիվանդությունը սկսվում է անսպասելի, ջերմության բարձրացմամբ, ընդհանուր ինտոքսիկացիայի երևույթներով, թուլությամբ: Երեխաները հրաժարվում են սննդից, քունը խանգարվում է: Բերանի լորձաթաղանթի վրա հաջորդաբար առաջանում են բծեր (աֆթաներ), որոնք լորձաթաղանթից բարձր են, ցավոտ, տարբեր մեծության, շրջապատված կարմիր երիզով:

Աֆթաները կարող են լինել եզակի և բազմաթիվ, նրանք կարող են միաձուլվել և զբաղեցնել մեծ տարածություն: Լորձաթաղանթը վառ կարմիր է, հիպերեմիկ, այտուցված, արյունահոսում է, թքարտադրությունն ուժեղացած է: Բերանից գալիս է տհաճ հոտ: Շրջակա ավշային հանգույցները մեծացած են: Հիվանդության տևողությունը՝ 7-10 օր է:

**Բուժում և խնամք:** Երեխային պետք է մեկուսացնել և կազմակերպել ճիշտ հիգիենիկ խնամք: Կարևոր նշանակություն ունի ռացիոնալ և վիտամիններով հարուստ սնուցումը: Սնունդը պետք է տալ գոլ, հեղուկ և կիսահեղուկ վճակում: Սննդաբաժնից պետք է հանել սուր, գրգռող և աղի կերակրատեսակները:

Կրծքի հասակի երեխաների ծծման և կլման դժվարացման ժամանակ կերակրում են գդալով:

Ցավային համախտանիշի ժամանակ, կերակրելուց առաջ, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթը մշակում են անեսթեզիկով, նովոկայինով կամ հարած ձվի սպիտակուցի և ալոեի խառնուրդով:

Կախված ստոմատիտի ձևից նշանակում են ընդհանուր և տեղային բուժում:

Կատարալ և խոցային ձևերի ժամանակ հիմնականում նշանակում են տեղային բուժում: Կատարալ ստոմատիտի ժամանակ բերանի խոռոչը ողողում են հակասեպտիկ միջոցներով՝ ֆուրացիլինի (1:5000), 3%-ոց ջրածնի պերօքսիդի, կալիումի պերմանգանատի (1:6000) լուծույթներով, երիցուկի, եղեսպակի թուրմերով, կաղնու կեղևի եփուկով:

Լնդերի արյունահոսման ժամանակ օգտագործում են հեմոստատիկ միջոցներ՝ գալասկորբինի 1% -ոց լուծույթ, 2%-ոց տանինի լուծույթ, եղինջի թուրմ, կաղնու արմատի եփուկ, չիչխանի յուղ:

Խոցային ստոմատիտի ժամանակ նշանակում են հակաբիոտիկներ, կատարում են բերանի խոռոչի սանացիա:

Հերպետիկ ստոմատիտի ժամանակ իրականացվում է ընդհանուր և տեղային բուժում:

#### **Ընդհանուր բուժում.**

- հակավիրուսային պրեպարատներ՝ ացիկլովիր, զովիրակս,
- ջերմիջոցնոդներ,
- վիտամինոթերապիա:

#### **Տեղային բուժում.**

- բերանի խոռոչի ողողումներ հակասեպտիկ լուծույթներով, ցավազրկող միջամտություններ,
- քսուկներ՝ բոնաֆտոն, ֆլորենալ, տեբրոֆեն, օկտլինային,
- լորձաթաղանթների և նեկրոտիկ հյուսվածքների տարալուծման համար նշանակվում են պրոտեոլիտիկ ֆերմենտներ՝ տրիպսին, պանկրեատին:

Հիվանդության 5-րդ օրվանից լորձաթաղանթի արագ էպիթելիզացիայի նպատակով նշանակում են ցիտրալի լուծույթ, մասուրի, չիչխանի յուղեր, կալանխոյի հյութ, սոլկոսերիլ, բերանի խոռոչի ուլտրամանուշակագույն ճառագայթում: Աֆթոզ ստոմատիտի ժամանակ աֆթաները մշակել բրիլիանտ կանաչի, մեթիլեն կապույտի ջրային լուծույթներով:

Բերանի խոռոչի մշակման ժամանակ պետք է պահպանել հետևյալ կանոնները.

1. Բերանի լորձաթաղանթը մշակել միայն թեթևակի հպումներով,
2. Մշակել օրը 5-6 անգամ:
3. Լուծույթի ջերմաստիճանը պետք է լինի 36-37°C:
4. Սուր շրջանում լուծույթի կոնցենտրացիան պետք է ավելի ցածր լինի:

**Կանխարգելում:** Ժամանակին բուժել կարիեսի ենթարկված ատամները, պահպանել բերանի խոռոչի հիգիենան:

Հիվանդին մեկուսացնել, բոլոր անհրաժեշտ պարագաներն առանձնացնել, սենյակն օդափոխել, միացնել կվարցե լամպ, մակերեսները մշակել ախտահանիչ լուծույթներով:

Շփոթներին պահել հսկողության տակ:

## ԿԱԹՆԱՆՏ

Կաթնախտ (կամդիդամիկոզ)՝ ավելի հաճախ հանդիպում է կրծքի հասակում՝ հատկապես նորածինների և անհասների մոտ:

Հարուցիչ են հանդիսանում Candida տիպի խմորասնկերը: Սրանք բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի և աղիների սապրոֆիտներ են և արագ բազմանում են թույլ թթվային միջավայրում:

Վարակը տարածվում է էկզոգեն և էնդոգեն ճանապարհներով: Էկզոգեն վարակումը հնարավոր է

հիվանդների հետ անմիջական շփման ժամանակ՝ ծննդկանի հեշտոցի կանդիդոզի ժամանակ:

Էնդոգեն ճանապարհով վարակումը նկատվում է թույլ, երկար ժամանակ հակաբիոտիկներով և հորմոններով բուժվելիս, երբ սնկերը ձեռք են բերում նոր հատկություններ և դառնում են պաթոգեն:

**Կլինիկա:** Հիվանդության զարգացման շրջանում այտերի լորձաթաղանթի, լեզվի, լնդերի, կարծր և փափուկ քիմքի վրա առաջանում են կետային փառեր, որոնք միձուլվելով առաջացնում են սպիտակ փառ՝ կտրված կաթի նմանությամբ:

**Բուժում:** Մնունդը պետք է լինի տարիքին համապատասխան, լիարժեք, վիտամիններով հարուստ: Մեծ տարիքի երեխաների մոտ սահմանափակում են ածխաջրատները, բերանի խոռոչը ողողում են՝ 2%-ոց սոդայի լուծույթով և քսում 2%-ոց անիլինային ներկերի՝ ջրային լուծույթներ, 5%-ոց նատրիումի տետրաբորատի գլիցերինային խառնուրդ: Ծանր դեպքերում կիրառում են լնորին, նիստատին, պիմաֆուցին: Կերակրող մոր և կրծքով սնվող երեխայի բուժումը պետք է ընթանա զուգահեռ և ընդհատվի միաժամանակ՝ միայն ց վարակումը կանխելու նպատակով:

## ՍՈՒՐ ԳԱՍՏՐԻՏ

Սուր գաստրիտը՝ ստամոքսի լորձաթաղանթի սուր բորբոքումն է, որն առաջանում է ուժեղ գրգռիչների կարճատև ազդեցությունից:

**Էթիոլոգիա:** Տարբերում են.

1. առաջնային՝ Էկոգեն,
2. երկրորդային՝ Էնդոգեն սուր գաստրիտ:

Առաջնային սուր գաստրիտի զարգացման մեջ առաջատար գործոններ են հանդիսանում պաթոգեն մանրէներով և նրանց տոքսիններով աղտոտված սնունդը, քիմիական նյութերի և դեղամիջոցների գրգռիչ ազդեցությունը, սուր (կծու, թթու) սնունդը, ստամոքսի ծանրաբեռնումը մեծ քանակության անսովոր կերակրատեսակով, անորակ սննդի, սննդային ալերգենների ընդունումը:

Երկրորդային սուր գաստրիտը զարգանում է այլ հիվանդությունների ֆոնի վրա (սուր ինֆեկցիաներ և այլն):

**Պաթոգենեզ:** Առաջնային սուր գաստրիտի ժամանակ պաթոգեն մանրէների և նրանց տոքսինների ինվազիան (ներթափանցում) գրգռում է ստամոքսի լորձաթաղանթը և զարգանում է բորբոքային պրոցես: Իջնում է ստամոքսի հյութազատիչ ֆունկցիան, որը բերում է ինֆեկցիաների և տոքսինների հեմատոգեն ճանապարհով տարածմանը:

**Կլինիկա:** Հիվանդության նշաններն արտահայտվում են էթիոլոգիկ գործոնի ազդեցությունից 8-12 ժամ հետո:

Վաղ տարիքի երեխաների ստամոքսաղիքային տրակտի ֆունկցիոնալ բնույթի սուր հիվանդություններն ընդունված է անվանել դիսպեպսիաներ: Դրանք առաջանում են սնուցման քանակական և որակական խախտումների հետևանքով՝ կերակրման հաճախականության խախտման, հավելյալ սննդի չափից ավելի նշանակման, ինչպես նաև սննդի առանձին բաղադրամասերի չարաշահման դեպքում:

Արտահայտվում է ընդհանուր վիճակի վատացումով, փսխումներով, մեթերիզմով, փորլուծության երևույթներով:

Ավագ տարիքի երեխաների մոտ արտահայտվում է սուր գաստրիտի ձևով:

Սուր գաստրիտի զարգացմանը նախորդում է դիսկոմֆորտի զգացումը՝ ընդհանուր թուլություն, էպիգաստրալ շրջանում ծանրության զգացում, սրտխառնոց, թքահոսություն, բերանում տհաճ համ: Ապա միանում են ընդհանուր արտահայտված թուլությունը, գլխապտույտը, ծանր դեպքերում՝ անզուսպ փսխումները: Վերորովայնային շրջանում առաջանում են նոպայաձև ցավեր: Փսխման զանգվածը պարունակում է նախորդ օրվա սնունդ, լորձի և լեղու խառնուրդով:

Զննման ժամանակ երեխան գունատ է, լեզուն պատված սպիտակադեղնավուն փառով, նկատվում է մեթերիզմ: Որովայնի շոշոփումը ցավոտ է էպիգաստրալ շրջանում: Հաջորդ օրերին թուլությունը պահպանվում է: Սովորաբար սուր գաստրիտի տևողությունը 3-7 օր է:

Տոքսիկո-ինֆեկցիոն գաստրիտի ժամանակ վերը նկարագրված ախտանիշներին միանում են արտահայտված ինտոքսիկացիայի նշանները՝ ֆեբրիլ ջերմաստիճան, երկարատև փսխում, ջրազրկման նշաններ: Հիվանդության տևողությունը 7-10 օր է:

**Բուժում:** Սկսում են ստամոքսի և աղիների մաքրմամբ: Ստամոքսը լվանում են սոդայի 1%-ոց լուծույթով, զոլ ջրով կամ հանքային ջրով: Աղիները մաքրելու համար կատարում են մաքրող հոգնա, 2-3 օր սահմանում են անկողնային ռեժիմ:

Անհրաժեշտ է պարզել և վերացնել հիվանդության առաջացման պատճառը:

8-12 ժամ տևողությամբ տրվում են առատ հեղուկներ փոքր չափաբաժիններով՝ ռեհիդրոն, օրալիտ:

Ջրազրկման ժամանակ անց են կացնում ինֆուզիոն թերապիա: Անգուսպ փսխումների ժամանակ նշանակում են **օնդաստրոն** պերօրալ կամ ներերակային: Փսխումները դադարեցնելուց որոշ ժամանակ հետո հիվանդին տալիս են լորձային ապուրներ, խյուսեր, անյուղ արգանակ, կիսել, շիլաներ: Աստիճանաբար ճաշացանկը մեծացնում են 5-7 օրը, անցնում են տարիքին համապատասխան ռացիոնալ սնուցման: Սննդաբաժնից ժամանակավորապես հանում են տապակած, պահածոյացված, կոշտ բջջանք պարունակող սնունդը, կծուն, թթուն:

Ցավային համախտանիշի մեղմացման համար ցուցված է H2-հիստամինային ընկալիչների (ֆամոտիդին) նշանակումը՝ ըստ անհրաժեշտության ներերակային կամ այլ ընդունման ճանապարհով: Սպազմոլիտիկ միջոցներից կիրառվում են նո-շպա, նեոբուտին և տրմեդատ: Աղիքային տոքսիկ նյութերի կապման և հեռացման նպատակով ժամանակավորապես կարող են նշանակվել աղիքային ադսորբենտներ:

**Կանխարգելում:** Հիվանդությունը կանխարգելելու նպատակով պետք է պահպանել տարիքին համապատասխան ռացիոնալ և ադեկվատ սնուցման կանոնները: Խորհուրդ չի տրվում դեղամիջոցների երկարատև ընդունումը, որոնք զրգրում են ստամոքսի լորձաթաղանթը:

## ՔՐՈՆԻԿ ԳԱՍՏՐԻՏ

Քրոնիկ գաստրիտը ստամոքսի լորձաթաղանթի բորբոքում է, որի հիմքում ընկած է ստամոքսի լորձաթաղանթի քրոնիկ բորբոքային պրոցեսը:

**Էթիոլոգիա:** Մեծ տեղ է տրվում ժառանգական նախատրամադրվածությանը և մի շարք գործոնների ազդեցությանը: Հիվանդության ախտածագման մեջ մեծ դեր է խաղում *Helicobacterium pylori* մանրէն և մի շարք գործոնների ազդեցությունը՝ էկզոգեն և էնդոգեն: Հիմնական էկզոգեն պատճառներն են՝ հոգեբանական գործոնները, սննդի հիգիենայի երկարատև խախտումները, վատ ծամելը, արագ ուտելը, ուշ ժամերին ուտելը, կոշտ, շատ տաք կամ սառը սնունդը, սուր համեմունքները, սպիտակուցի, միկրոէլեմենտների և վիտամինների պակասը, մի շարք դեղամիջոցների երկարատև ընդունումը, սննդային ալերգիան, մի շարք մանրէների ազդեցությունը:

Դեռահասների մոտ հիվանդության զարգացմանը նպաստում են՝ ծխելը, սուրճի չարաշահումը, ալկոհոլի օգտագործումը:

Էնդոգեն պատճառներից են՝ աուտոիմուն պրոցեսների նախատրամադրվածությունը, մարսողական օրգանների ուղեկցող հիվանդությունները, էնդոկրին հիվանդությունները:

**Պաթոգենեզ:** Ստամոքսի լորձաթաղանթի վրա գրգռող տարբեր գործոնների երկարատև ազդեցությունը բերում է սկզբում ֆունկցիոնալ հյուքազատիչ խանգարումների, հետագայում՝ ստամոքսի լորձաթաղանթի դիստրոֆիկ

փոփոխությունների և լորձաթաղանթի ռեգեներացիայի խանգարման, ընդհուպ մինչև աստրոֆիա:

**Կլինիկա:** Քրոնիկ գաստրիտի կլինիկական պատկերը կախված է պրոցեսի տեղակայումից և տասներկուամատնյա աղու սեկրետոր ու մոտոր գործունեության խանգարման բնույթից: Ըստ խանգարման բնույթի քրոնիկ գաստրիտը լինում է.

- հյուսազատիչ ֆունկցիայի բարձրացումով (առավել հաճախ հանդիպող ձևն է),
- հյուսազատիչ ֆունկցիայի իջեցումով,
- հյուսազատիչ ֆունկցիայի պահպանումով:

Ըստ մորֆոլոգիական փոփոխությունների բնույթի տարբերում են՝ մակերեսային, էրոզիվ, աստրոֆիկ բորբոքումներ:

Երեխաների մոտ հաճախ պրոցեսի մեջ ընդգրկվում է նաև 12-մատնյա աղու լորձաթաղանթը՝ գաստրոէնտերինտին բնորոշ նշաններով:

Քրոնիկ գաստրիտի սրացման ժամանակ բնորոշ են երկու հիմնական համախտանիշները՝ ցավային և ստամոքսային դիսպեպսիա:

Ցավային համախտանիշի ժամանակ ցավը տեղակայվում է էպիգաստրալ շրջանում և կապված է սննդի ընդունման հետ: Ուտելուց 20 րոպե անց ցավի ի հայտ գալը (վաղ ցավեր) վկայում է ստամոքսի պրոքսիմալ (մոտակա) հատվածում բորբոքային պրոցեսի տեղակայման մասին: Իսկ ուտելուց 1,5-2 ժամ հետո ցավի ի հայտ գալը (ուշ ցավեր) վկայում է բորբոքային պրոցեսի դիստալ (հեռակա) հատվածում տեղակայվելու մասին:

Հիվանդ երեխան և նրա հարազատները 1,5-2 ժամ հետո առաջացող ցավերը կապում են քաղցած մնալու հետ՝ «քաղցած ցավեր»: Ցավերը լինում են բուրբ և տարածված, ինչպես նաև սուր և նոպայաձև:

Դիսպեպտիկ համախտանիշն արտահայտվում է սրտխառնոցով, փսխումով, գլտոցով՝ թթու պարունակությամբ կամ այրոցով: Օբյեկտիվ հետազոտության ժամանակ հայտաբերվում է փառակալած լեզու, կարիոզ ատամներ, մաշկային ծածկույթների գունատություն, ցավ էպիգաստրալ շրջանում, ախորժակի իջեցում: Ֆիզիկական զարգացումը հետ է մնում նորմայից:

Էրոզիվ տիպը առավելապես բնորոշ է 12-մատնյա աղուն: Սրա ժամանակ կլինիկան նմանվում է խոցային հիվանդությանը: Երեխաները գանգատվում են տնքացող ցավերից, որն առաջանում է քաղցած ժամանակ, սնունդը ընդունելուց 1,5-2 ժամ անց, հաճախ գիշերը կամ ուշ երեկոյան: Ցավերը մեղմանում են սնունդ ընդունելուց հետո: Դիտվում է այրոց, երբեմն փսխում՝ թթու պարունակությամբ, որը թեթևացնում է հիվանդի վիճակը:

**Ախտորոշում:** Հաստատվում է ֆիբրոգաստրոսկոպիայի (հայտնաբերում է բորբոքումը և ատրոֆիան), ռենտգեն հետազոտության միջոցով:

**Բուժում:** Քրոնիկ գաստրիտի բուժման հիմնական պայմանը օրվա ճիշտ ռեժիմի կազմակերպումն է և ռացիոնալ սնուցումը: Սահմանափակվում է ֆիզիկական ակտիվությունը: Նշանակվում է խնայող դիետա, սնունդը օրը 4-5 անգամ, լիարժեք, հարուստ սպիտակուցներով: Բացառվում է թթու, կծու, կոշտ սնունդը:

Ըստ բժշկի նշանակման տրվում են ստամոքսաթորվի սեկրեցիան ճնշող դեղամիջոցներ՝ H2 – բլոկատորներ (ֆամոտիդին) և պրոտոնային ինհիբիտորներ (օմեպրազոլ, օմեզ), բիսմութի պրեպարատներ (դենոլ), հակահելիկոբակտերային բուժում (ամոքսացիլին, մետրոնիդազոլ):

Հյութազատիչ ֆունկցիայի իջեցումով գաստրիտի ժամանակ նշանակվում է դիետա, որը պարունակում է հյութազատիչ սնունդ (մսի արգանակ, թթու հատապտուղների հյութ): Հյութազատիչ ֆունկցիայի իջեցման դեպքում օգտագործվում են ստամոքսահյութ, պեպսին, ալբումին, ացիդին-պեպսին: Հյութազատիչ ֆունկցիայի բարձրացման դեպքում՝ անտացիդ դեղամիջոցներ, որոնք իջեցնում են աղաթթվի և պեպսինի ազդեցիվությունը (ալմագել, գաստալ, ֆոսֆալյուզել), ինչպես նաև կաթ, արգանակ, հյութեր:

Դիսպանսեր հսկողությունը իրակացնում են տեղամասային մանկաբույժը և գաստրոէնտերոլոգը:

**Կանխարգելում:** Հետևել ռացիոնալ սնուցման սկզբունքներին, խուսափել ֆիզիկական և էմոցիոնալ ծանրաբեռնվածություններից, ժամանակին հայտնաբերել և բուժել քրոնիկ ինֆեկցիոն օջախները:

Երկրորդային կանխարգելումն իր մեջ ընդգրկում է միջոցառումներ, որոնք ուղղված են սեզոնային սրացումների դեմ:

## **ՀԵԼՄԻՆԹՈՋՆԵՐ (Ճիճվային հիվանդություններ)**

Հելմինթոզները հիվանդություններ են, որոնք առաջացնում են մակաբույծ որդերը՝ հելմինթները: Ըստ էպիդեմիոլոգիայի, հելմինթոզները բաժանվում են 3 հիմնական խմբերի.

1. Բիոհելմինթոզներ. հարուցիչը փոխանցվում է մարդուն՝ կենդանիներից, որոնց օրգանիզմում ընթանում է որդերի ձվերի և հարսնյակի զարգացումը (երիզորդ):
2. Գեոհելմինթոզներ. մակաբույծ որդերի և հարսնյակի զարգացումը ընթանում է արտաքին միջավայրում (ասկարիդոզ, տիրիսոցեֆալոզ):
3. Կոնտակտային հելմինթոզներ, հարուցչի փոխանցումը տեղի է ունենում անմիջապես հիվանդ մարդուց (էնտերոբիոզ):

Երեխաների մոտ ավելի հաճախ հանդիպում են կլոր որդերի կողմից առաջացած հիվանդություններ՝ ասկարիդոզ, էնտերոբիոզ, տիրիսոցեֆալոզ:

## **ԱՍԿԱՐԻՂՈԶ**

Այս հիվանդության հարուցիչներն ասկարիդներն են: Սրանք կլոր որդեր են, որոնց երկարությունը հասնում է 25-40 սմ: Ասկարիդները մակաբույծ կյանք են վարում բարակ աղիներում: Որդի կյանքի տևողությունը 1 տարի է: 1 օրվա ընթացքում որդը 200.000 ձու է դնում աղիների լուսանցքում,

որոնք ընկնում են արտաքին միջավայրի ֆեկալ մասսայի հետ և հասունանում են բարենպաստ պայմաններում:

Վարակումը տեղի է ունենում օրաֆեկալ ճանապարհով լավ չլվացված մրգերի, բանջարեղենի, կեղտոտ ձեռքերի միջոցով: Նպաստող գործոններ են՝ վատ կենցաղային պայմանները, սանիտարահիգիենիկ կանոնների անգիտությունը:

**Պաթոգենեզ:** Որդերի ձվերն արտաքին միջավայրում, բարենպաստ պայմաններում (թթվածին, բավարար խոնավություն, ջերմաստիճանը  $12^{\circ}-36^{\circ}$ ) հասունանում են: Կեղտոտ ձեռքերի, բանջարեղենի, մրգերի միջոցով ձվերն ընկնում են աղիներ: Աղիներում հասուն ձվի թաղանթը տարալուծվում է և դուրս է գալիս հարսնյակը: Հարսնյակն աղիների պատերի արյունատար անոթներով ներթափանցում է երակային ցանց և արյան հոսքով անցնում է դոներակ, լյարդ և սիներակներով մտնում է աջ սիրտ, որտեղից թոքային զարկերակով՝ թոքեր: Ապա բարձրանում են շնչուղիների էպիթելով կոկորդ և 2-րդ անգամ կուլ են գնում: 2-րդ անգամ հայտնվելով բարակ աղիների լուսանցքում, ամրանում են բարակ աղու պատին և դառնում են հասուն որդեր: Ձուն կուլ տալուց մինչև հասուն ասկարիդի զարգացումը տևում է 75-90 օր:

**Կլինիկա:** Ասկարիդի զարգացումը ընթանում է 2 փուլով՝ միգրացիոն և աղիքային:

Միգրացիոն փուլում ասկարիդի հարսնյակները ցուցաբերում են մեխանիկական և սենսիբիլիզացնող ազդեցություն օրգանիզմի վրա, որն ի հայտ է գալիս մաշկի վրա ալերգիկ ցանի, հազի, կրծքավանդակի շրջանում ցավերի

ձևով: Զարգանում է՝ բրոնխիտ, թոքաբորբ, եռզինոֆիլային ինֆիլտրատներ թոքերում, սուբֆերիլ ջերմություն:

Աղիքային փուլում ասկարդիոզը արտահայտվում է ստամոքսաղիքային ձևով՝ թքահոսություն, սրտխառնոց, պորտի շրջանում կծկումային ցավեր, որը հաճախ ի հայտ է գալիս ուտելուց հետո, այդ պատճառով երեխաները, վախենալով ցավերից, սրտխառնոցից և փսխումից, հրաժարվում են սննդից և նիհարում են:

Հիպոտոնիկ ձևի ժամանակ լինում է թուլություն, հոգնածություն, զարկերակային ճնշման իջեցում:

Ներդրոգիկ ձևի ժամանակ լինում է գլխապտույտ, գլխացավ, ցրվածություն, անհանգիստ քուն, քնած ժամանակ ատամների կրճտոց և այլն:

Ծանր դեպքերում, հատկապես փոքր երեխաների մոտ, ոլորված որդերի մեծ կծիկը կարող է առաջացնել ցավ, աղիների մասնակի անցանելիություն, որը երբեմն բարդանում է աղիների պերֆորացիայով, ինվագինացիայով կամ ոլորումով: Առանձին որդը կարող է առաջացնել ախտահարում՝ գաղթելով ոչ բնորոշ հատվածներ: Խոշոր որդերը կարող են թափանցել և խցանել լեղուղիները, առաջացնելով լեղային խիթ, խուլեցիստիտ, խուլանգիտ, պանկրեատիտ և, հազվադեպ, ներյարդային աբսցես:

Հասուն որդի թափանցումը որկոր կարող է հարուցել հազ և որդի դուրսբերում բերանից:

Ելքը դեպքերի գերակշռող մեծամասնությամբ բարենպաստ է:

**Ախտորոշում:** Ասկարիդոզն ախտորոշում են մանրադիտակով կղանքի նմուշում ասկարիդի ձվիկներ

հայտնաբերելով: Միգրացիոն փուլում, մինչև կղանքում ձվիկների հայտնվելը, խորխում կամ ստամոքսի պարունակության մեջ կարելի է հայտնաբերել թրթուրներ, արյան մեջ՝ էոզիաֆիլիա: Հասուն որդեր կարող են հայտնաբերվել աղեստամոքսային համակարգի կոնտրաստ հետազոտության ժամանակ: Աղիների անանցելիությամբ հիվանդների որովայնի ռենտգենոգրամայի վրա կարելի է տեսնել գազով լցված աղիքի գալարում՝ որդերի կույտեր: Կատարվում է նաև կրծքավանդակի և որովայնի սոնոգրաֆիա:

Ներկայում կատարվում է ԻՖԱ (իմունաֆերմենտային անալիզ) հետազոտություն արյան մեջ IgG հայտնաբերելու նպատակով:

**Բուժում:** Հիվանդության վաղ փուլում արդյունավետ է ալբենդազոլի, զենտելի միանգամյա ընդունումը (կրկնել 2 շաբաթ հետո) և մեբենդազոլ (վերմոքս) 100մգ օրը 2 անգամ 3 օր:

Բուժման էֆեկտիվության հսկողությունը կատարվում է բուժումն ավարտելուց 3 շաբաթ հետո՝ կղանքի եռակի հետազոտման արդյունքում:

**Կանխարգելում:** Բնակչության մասսայական հետազոտություն և հայտնաբերված հիվանդության բուժում: Երեխաների սննդի օբյեկտների աշխատողների ամենամյա հետազոտություն, անձնական հիգիենայի կանոնների պահպանում:

## ԷՆՏԵՐՈՔԻՈՋ

Հիվանդության հարուցիչը համդիսանում է սրատուտը, որը ոչ մեծ կլոր որդ է, մոտավորապես 1 սմ երկարությամբ: Սրատուտը մակաբույծ կյանք է վարում բարակ աղիների ստորին հատվածում և հիմնականում հաստ աղիքում: Վարակի տարածման ուղին կոնտակտայինն է: Տարածման գործոններն են՝ կեղտոտ ձեռքերը, հագուստը, անկողնային սպիտակեղենը, կենցաղային փոշին:

Հասուն որդերը ձվերը դնում են ուղիղ աղու ստորին հատվածում, հետանցքի ծալքերում և ոչնչանում են: Ձվադրումից 6 ժամ հետո զարգանում են հասուն որդեր:

Սրատուտների շարժման ժամանակ առաջանում է քոր հետանցքի շրջանում: Հիվանդները քորում են, որի ընթացքում որդերի ձվերը կեղտոտում են ձեռքերի մաշկը և կուտակվում են եղունգների տակ : Ձեռքերից ձվերը ընկնում են բերանի խոռոչ կամ սննդի վրա և արդյունքում առաջանում է կրկնավարակում: Սրատուտի կյանքի տևողությունը 3-4 շաբաթ է, սակայն կրկնավարակումը բերում է հիվանդության երկարատև ընթացքին:

**Կլինիկա:** Հիմնական ախտանիշը քորն է, որը կարող է դիտվել ինչպես գիշերը՝ միզրացիայի հետևանքով, այնպես էլ ցերեկային ժամերին՝ ընդգրկելով շեքի, ազդրերի, որովայնի և սեռական օրգանների հատվածները: Կարող է առաջանալ մաշկի քերծվածքներ, պիոդերմիա, խանգարվում է քունը: Ցածր է աշխատունակությունը, երեխաները լինում են անհանգիստ, գրգռված, կամակոր, կարող է դիտվել գլխացավ, ցնցումներ, ուշագնացություն, էնուրեզ: Ծանր դեպքերում

առաջանում է սրտխառնոց, փոխում, ցավ որովայնում, մեթերիզմ, քաշի կորուստ: Խանգարվում է աղիների գործունեությունը, կարող է զարգանալ ինչպես փորկապություն, այնպես էլ լուծ, երբեմն լորձի և արյան խառնուրդով: Սրատուտը կարող է թափանցել կանացի սեռական օրգաններ և առաջացնել վուլվիտ, վագինիտ, էնդոմետրիտ:

**Բարդություններ:** Բարդությունները պայմանավորված են հելմինթների թափանցմամբ կույր աղիք, սեռական օրգաններ և երկրորդային վարակի միացմամբ:

**Ախտորոշում:** Քանի որ սրատուտը ձվադրում է աղիների խոռոչից դուրս, ախտորոշումը հնարավոր չէ կատարել կղանքում ձվիկներ փնտրելով: Դրա փոխարեն պերիանալ շրջանում կուտակված ձվիկները կարելի է հայտնաբերել առավոտյան, մաքուր ցեյյուլոզայի ացետատով կաշուն ժապավենն այդ շրջանում փակցնելով: Ժապավենը մանրադիտակի տակ ուսումնասիրելով հայտնաբերվում են սրատուտի ձվիկներ, որոնք օվալաձև են, մի կողմը հարթ: Էոզինոֆիլիա և IgE քանակի բարձրացում հազվադեպ է դիտվում:

**Բուժում:** Դեհելմինտացման նպատակով նշանակվում են հակաձիճվային դեղամիջոցներ. ալբենդազոլ, մեբենդազոլ (վերմոքս), պիրանտել, զենտել և այլն, կրկնելով կուրսը 10-14 օր անց: Ցուցված է նաև ընտանիքի անդամների բուժումը՝ անախտանիշ վարակի աղբյուրը վերացնելու նպատակով: Արտահայտված քորի դեպքում կիրառվում են հակահիստամինային և հանգստացնող միջոցներ (տեղային՝ անեսթեզին պարունակող քսուկներ): Բուժման

արդյունավետությունը պայմանավորված է հիգիենայի կանոնների խիստ պահպանումով:

Ամեն օր առավոտյան և երեկոյան պետք է լվացվել ցնցուղի տակ: Օրվա ընթացքում 2-3 անգամ փոխել ներքնահագուստները: Ամեն օր լվանալ և լավ արդուկել անկողնու ապիտակեղենը, կարճ կտրել եղեւնգները: Եղեւնգների տակ մաքրել սպիրտով կամ յոդով:

**Կանխարգելում:** Կրկնավարակումից խուսափելու համար պետք է պահպանել անձնական հիգիենայի կանոնները ոչ միայն հիվանդ երեխայի, այլև ընտանիքի մյուս անդամների մոտ:

## **ՄԻԶԱՐՏԱՐԴՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**

Միզային համակարգը կազմված է հետևյալ օրգաններից՝ երիկամներ, որոնք արտադրում են մեզը, և մեզի հավաքման և դուրս բերման օրգաններ՝ միզաձորաններ միզապարկ և միզուկ:

Երիկամները կենսական կարևոր նշանակություն ունեցող արտազատական օրգաններ են, որոնք արյունից սինթեզում են մեզ: Մեզի հետ օրգանիզմից հեռանում են սպիտակուցների փոխանակության վերջնական արգասիքները՝ ազոտական շլակները (միզանյութ, միզաթթու, կրեատինին), ինչպես նաև ջրի և այլ նյութերի ավելցուկը:

Այսպիսով, երիկամները կատարում են մի շարք կարևոր ֆունկցիաներ.

1. Նյութափոխանակության արգասիքների հեռացում

2. Ջրա-աղային փոխանակության կարգավորում
3. Արյան թթվահիմնային հավասարակշռության կարգավորում / արյան pH-7,34-7,4/
4. Էնդոկրին ֆունկցիա՝ ի հաշիվ երիկամում արտադրվող ռենին նյութի, որը մասնակցում է զարկերակային ճնշման կարգավորմանը
5. Վիտամին D-ի ակտիվացում, որը մասնակցում է Ca-P փոխանակությանը

Երիկամի կառուցվածքային և ֆունկցիոնալ միավորը կոչվում է նեֆրոն, որը կազմված է մալպիգյան մարմնիկներից և երիկամային խողովակներից: Յուրաքանչյուր երիկամ ունի 850.000-1.200.000 նեֆրոն: Նորածինների երկու երիկամների ընդհանուր քաշը կազմում է մոտ 23 գրամ, իսկ մեծահասակներինը՝ 300 գրամ:

5 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի երեխաների երիկամներն իրենց կառուցվածքով և ֆունկցիայով նմանվում են մեծահասակների երիկամներին:

## **ՍՈՒՐ ԴԻՖՈՒԶ ՀԵՏԻՆՖԵԿՑԻՈՆ ԳԼՈՄԵՐՈՒԼՈՆԵՖՐԻՏ**

ՍԴՀԳ երիկամների իմունոկոմպլեքսային հիվանդություն է, որն ընթանում է առավելապես երիկամների մալպիգյան մազանոթային կծիկային ապարատի առաջնային ախտահարումով և ապա երիկամի բոլոր կառուցվածքային միավորների (խողովակներ, միջանկյալ հյուսվածք) երկրորդային ընդգրկումով ախտաբանական պրոցեսի մեջ:

Առանձնացնում են գլոմերուլոնեֆրիտի առաջնային և երկրորդային ձևերը: Վերջինները զարգանում են մի շարք

համակարգային հիվանդությունների ֆոնի վրա (կարմիր գայլախտ, հեմոռագիկ վասկուլիտ):

Հարուցիչը Ա խմբի բետտա հեմոլիտիկ ստրեպտակոկի նեֆրիտոզեն շտամներն են: Հիվանդությունը զարգանում է ինֆեկցիայից 4 շաբաթ անց, հիվանդանում են առավելապես դպրոցական տարիքի երեխաները. տղաները հիվանդանում են երկու անգամ ավելի հաճախ, քան աղջիկները:

**Էթիոլոգիա:** ՄԴՀԳ-ի զարգացման գործում առաջնային դեր ունի Ա խմբի բետտա հեմոլիտիկ ստրեպտակոկը: Հիվանդությունը համարվում է ինֆեկցիոն –ալերգիկ, քանի որ առաջանում է մի շարք ստրեպտակոկային ինֆեկցիաներից՝ (տոնզիլիտ, քուրեշ)՝ 3-4 շաբաթ անց:

**Նպաստող գործոններն են՝** ցուրտը, խոնավությունը, օրգանիզմի դիմադրողականության անկումը, վակցինացիան:

**Պաթոգենեզ:** Հիվանդության ընթացքում օրգանիզմում առաջանում են հակաձին-հակամարմինների իմունային կոմպլեքսներ, որոնք արյան մեջ շրջանառելով տեղակայվում են կծիկների արյունատար մազանոթների պատերի մեջ, արդյունքում զարգանում է մազանոթների սպազմ, բարձրանում է անոթի պատի թափանցելիությունը արյան սպիտակուցների և էրիթրոցիտների համար, որոնք հայտնվում են մեզի մեջ:

**Կլինիկա:** Առաջնային սուր գլոմերուլոնեֆրիտին բնորոշ է կլինիկական համախտանիշների տրիադա.

- Այտուցային
- Միզային
- Հիպերտենզիվ

Այտուցային համախոտանիշը հիվանդության առաջին նշաններից մեկն է: Այտուցները կարող են լինել տարածուն և թաքնված: Երիկամային այտուցները տարածվում են վերնից ներքև: Սկզբում առաջանում է դեմքի պաստոզություն, այտուցներ կոպերին և աչքերի տակ, ապա դրանք իջնում են իրանի և վերջույթների վրա: Ծանր դեպքերում հեղուկ է կուտակվում նաև որովայնի խոռոչում՝ ասցիտ, կրծքավանդակում՝ հիդրոթորաքս:

Միզային համախոտանիշն արտահայտվում է միկրո և մակրո հեմատուրիայով, պրոտենուրիայով, ցիլինդրուրիայով: Մակրոհեմատուրայի ժամանակ մեզը նմանվում է մսաջրի և ունի կարմրաշագանակագույն երանգ: Պրոտեինուրիան սպիտակուցների հայտնաբերումն է մեզում՝ հիմնականում ալբումինների ձևով, որոնք ունեն ցածր մոլեկուլային զանգված:

Հիպերտենզիվ համախոտանիշի ժամանակ առաջանում է գլխացավ, փոփոխություններ սիրտ-անոթային համակարգի կողմից, լայնանում են սրտի սահմանները, նկատվում է սրտի տոների խլացում, բարձրանում է սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշումը, որը լինում է ոչ կայուն: Հիվանդության կլինիկական պատկերում կարող են գերակշռել նեֆրիտիկ կամ նեֆրոտիկ համախոտանշաններից որևէ մեկը:

| Դրսևորում | Նեֆրիտիկ Հ. | Նեֆրոտիկ Հ. |
|-----------|-------------|-------------|
| Սկիզբը    | սուր        | աստիճանաբար |
| Այտուց    | պինդ        | փափուկ      |

|                 |                      |         |
|-----------------|----------------------|---------|
| Հիպերտենզիա     | առկա է               | առկա չէ |
| Պրոտեինուրիա    | ++                   | ++++    |
| Հեմատուրիա      | մակրո/միկրո          | +/-     |
| Շիճուկ ալբումին | Նորմ/չափավոր<br>ցածր | ցածր    |

Ըստ ընթացքի գլոմերուլոնեֆրիտը լինում է սուր, որը տևում է մինչև 6 ամիս, ձգձգվող՝ 6 ամսից ավել և քրոնիկ, երբ տևում է մեկ տարուց ավել: Ըստ ծանրության աստիճանի հիվանդությունը լինում է թեթև, միջին ծանրության, ծանր:

Չնայած հիվանդության հիմքում ընկած է սուր նեֆրոտիկ համախատանիշը, հիվանդների մեծ մասի մոտ ախտաբանական պրոցեսը կարող է սահմանափակվել միզային համախտանիշով:

**Բարդություններ:** Սուր գլոմերուլոնեֆրիտի ծանր ընթացքի դեպքում կարող են առաջանալ սրտային և երիկամային սուր անբավարարություն, էկլամպսիա:

**Էկլամպսիան ծանր՝ հազվադեպ հանդիպող բարդություն է,** առաջանում է ուղեղի այտուցի հետևանքով: Հիվանդն ունենում է ուժեղ գլխացավ, սրտխառնոց, փսխում, ցնցումներ, գիտակցության կորուստ, տեսողության խանգարում: Նոպայի ժամանակ հիվանդը կարող է կծել լեզուն, ունենում է ակամա միզարձակություն և դեֆեկացիա: Երիկամների սուր անբավարարության ախտանիշներն են՝ մեզի քանակի նվազում՝ օլիգուրիա, ընդհուպ մինչև անմիզություն՝ անուրիա: Հիվանդի վիճակը վատանում է, լինում է

ադինամիա, գլխացավ, այտուցներ, փսխում և լուծ: Արյան մեջ բարձրանում է ազոտային փոխանակության վերջնական արգասիքների քանակը, պակասում է Na-ի և Ca-ի քանակը: Հիվանդն ունենում է ցնցումներ, հևոց, քնկոտություն, սիստոլիկ աղմուկ սրտի զագաթում, տոների խլացում:

Բարենպաստ ընթացքի դեպքում աստիճանաբար վերականգնվում է երիկամների ֆունկցիան, շատանում է մեզի քանակը:

**Ախտորոշում:** Կատարվում է մեզի ընդհանուր քննություն, հայտնաբերվում են էրիթրոցիտներ, սպիտակուց: Արյան կոդմից՝ լեյկոցիտոզ,  $E^{\wedge}A$ -ի արագացում 20-30 մմ/ժամ, հեմոգլոբինի և էրիթրոցիտների նվազում: Կատարվում է օրվա դիուրեզի որոշում, արյան ճնշման ամենօրյա չափում:

**Բուժում:** Սուր գլոմերուլոնեֆրիտով հիվանդները պետք է հոսպիտալացվեն, սահմանվում է անկողնային ռեժիմ, սննդակարգ, հակաբակտերիալ, ինչպես նաև ախտանշանային բուժում: Խիստ անկողնային ռեժիմը ցուցված է բացառապես կլինիկական ծանր դրսևորումների (թոքերի այտուց) ժամանակ: Սուր շրջանում սահմանվում է անկողնային ռեժիմ:

Սննդակարգում սահմանափակվում է՝

- 1) սպիտակուցը,
- 2) կերակրի աղը,
- 3) հեղուկները:

Հակացուցված են ալերգիկ, սուր գրգռող նյութերը: Օլիգուրիայի շրջանում անհրաժեշտ է պակասեցնել կալիում պարունակող մթերքների քանակը: Հարուցչի վրա ազդելու

համար կիրառվում է հակաբիոտիկաթերապիայի մի քանի կուրս: Առաջին 2 շաբաթների ընթացքում տրվում են պենիցիլինային շարքի պրեպարատներ (ամոքսացիլին, ամոքսիկլավ, աուգմենտին):

Արտահայտված այտուցների և հիպերտենզիայի դեպքում նշանակում են միզամուղներ՝ լազիքս, ֆուրոսեմիդ, հիպոթիազիդ, վերոշախրոն:

Նշանակում են արյան ճնշումը իջեցնող դեղամիջոցներ՝ ֆիզիոտենզ, կապտոպրիլ, այնքան ժամանակ, մինչև կարգավորվի զարկերակային ճնշումը:

Կատարվում է քրոնիկ բորբոքային օջախների բուժում՝ կարիոզ ատամներ, քրոնիկ տոնզիլիտ, սինուսիտներ և այլն:

Քրոնիկ տոնզիլիտի ժամանակ նշիկների հեռացումը կատարում են հիվանդության ռեմիսիայի շրջանում, երբ նորմալ են արյան և մեզի քննության արդյունքները և բացակայում են հիվանդության կլինիկական ախտանիշները:

**Բարդությունների բուժում:** Էկլամպսիայի ժամանակ հիվանդի գլխին դրվում է սառցեպարկ, կատարվում է արյան բացթողում 120-200մլ, ն/ե ներարկվում է գլյուկոզ 40% 30-40մլ, 10% մագնեզիումի սուլֆատ 5-10մլ, լյումինալ:

Արդյունքի բացակայության դեպքում կատարվում է ողնուղեղային պունկցիա, 10-15մլ հեղուկի բացթողում: Ցնցումների ժամանակ անհրաժեշտ է տալ հակացնցումային պրեպարատներ (դիազեպամ, ռելանիում, սեդոքսեն):

**Հեմոդիալիզ:** Հեմոդիալիզ նշանակում են այն հիվանդներին, որոնք ունեն թթվահիմնային հավասարակշռության շեղում և արյան մեջ ազոտային փոխանակության վերջնական արգասիքների՝ միզանյութի,

կրեատիւնի կուտակում, ջրաաղային փոխանակության խանգարումներ:

Հեմոդիալիզի սկզբունքը կայանում է նրանում, որ արյունը զարկերակից (սովորաբար անրակային) անցնում է արհեստական երիկամի սարքի միջով, որտեղ հատուկ ֆիլտրը՝ դիալիզատորը մաքրում է արյունը թունավոր նյութերից (միզանյութ), ավելորդ հեղուկից և պացիենտի երակ է վերադառնում մաքրված վիճակում:

**Կանգարգելում:** Իրականացվում է ստրեպտակոկային քրոնիկ օջախների բուժում: Պետք է խուսափել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից, մրսածության հետ կապված հիվանդություններից:

### ՄԻԶՈՒՂԻՆԵՐԻ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆԵՐ

Միզուղիների ինֆեկցիաները միզուղիների ողջ երակայնքով որևէ հատվածի լորձաթաղանթի և շարակցական հյուսվածքի վարակաբորբոքային հիվանդություն է: Վաղ հասակի երեխաների միզուղիների անատոմիաֆիզիոլոգիական և իմունաբանական առանձնահատկություններով պայմանավորված, մեկուսացված ձևով ուրետրիտ, ցիստիտ, պիելիտ չի հանդիպում:

Միզուղիների ինֆեկցիան հաճախ է հանդիպում նորածինների և մինչև 3 տարեկան երեխաների մոտ: Նորածնային տարիքում և կյանքի առաջին ամիսներին տղաներն ու աղջիկները հիվանդանում են նույն

հաճախությամբ, իսկ ավելի ուշ տարիքում հաճախակի հիվանդանում են աղջիկները:

Հարուցիչներն են՝ աղիքային ցուպիկը, ոսկեգույն ստաֆիլակոկը, էնտերոկոկը, վիրուսները: Վարակի աղբյուր կարող է լինել որևէ օրգանի վարակաբորբոքային օջախը (թարախային օմֆալիտ, պիտդերմիա, թոքաբորբ):

Նորածինների մոտ ինֆեկցիան տարածվում է հեմատոգեն, ավելի մեծ տարիքում՝ ուրինոգեն ճանապարհով: Միզուղիների ինֆեկցիաներով երեխաների 66%-ի մոտ հանդիպում են մեզի արտահոսքին խանգարող զարգացման բնածին արատներ: Նպաստող գործոններն են՝ հղիների ուշ հեստոզը, մոր միզասեռական վարակները, երեխայի մոտ՝ ասֆիքսիան, սուր թոքաբորբը, հիպոտրոֆիան, ռախիտը, ճիճվակրությունը:

Ամենից հաճախ միզուղիների ինֆեկցիան ընթանում է պիելոնեֆրիտի, ցիստոպիելոնեֆրիտի, ցիստիտի, ցիստոուրետրիտի ձևով:

Ցիստիտը միզապարկի բորբոքումն է, ավելի հաճախ է հանդիպում վաղ հասակում: Զարգանում է վարակի տարածման վերել ճանապարհով: Հազվադեպ է տարածվում լիմֆոգեն կամ հեմատոգեն ճանապարհներով:

Կլինիկական ախտանիշներն են՝ անհանգստություն, դող, քնի խանգարում, ախորժակի անկում, ջերմությունը նորմայի սահմաններում է կամ քիչ բարձր: Բնորոշ են դիզուրիկ խանգարումները (հաճախակի ցավոտ միզարձակումներ): Մեզում կան մեծ քանակի լեյկոցիտներ, էպիթելային բջիջներ, լորձ, երբեմն թարմ էրիթրոցիտներ և քիչ քանակով սպիտակուց: Ավագ տարիքում ընդհանուր

վիճակը քիչ է տուժում: Ցիստիտը հաճախ ուղեկցվում է ուրետրիտի և պիելիտի հետ:

## **ՊԻԵԼՈՆԵՖԻՏ**

Պիելոնեֆրիտը երիկամների միկրոբային բնույթի բորբոքային հիվանդություն է, որի ժամանակ ախտահարվում են երիկամների սկահակները, ավազանը և միջանկյալ հյուսվածքը:

Տարբերում են առաջնային և երկրորդային պիելոնեֆրիտ: Առաջնայինը զարգանում է որպես առանձին հիվանդություն, որն ունենում է սուր ընթացք և ավարտվում է առողջացմամբ: Երկրորդային պիելոնեֆրիտը լինում է օբստրուկտիվ և ոչ օբստրուկտիվ: Օբստրուկտիվ ձևն առաջանում է միզուղիների զարգացման անոմալիաների, ուռուցքների, քարերի և ռեֆլյուքսի (մեզի հետհոսք) առկայության դեպքում: Ոչ օբստրուկտիվ պիելոնեֆրիտն առաջանում է նյութափոխանակության խանգարման ֆոնի վրա, էնդոկրին պաթոլոգիաների, իմունոդեֆիցիտի դեպքում:

Վաղ հասակի աղջիկների և տղաների մոտ հանդիպում է նույն հաճախականությամբ, իսկ ավելի մեծ տարիքում աղջիկները հիվանդանում են 6-8 անգամ ավելի հաճախ:

**Էթիոլոգիա:** Գերակշռող դեպքերում, որպես հիվանդության հարուցիչ, հանդես է գալիս աղիքային ցուպիկը, ավելի հազվադեպ՝ ստաֆիլակոկը, էնտերոբակտերիաները, վիրուսները, սնկերը, խլամիդիան, կլեբսիլան: Կարող են լինել նաև խառը ձևեր: Նշանակություն ունի ժառանգական նախատրամադրվածությունը:

**Պաթոզենեզ:** Վարակը երիկամներ է անցնում ուրինոզեն (վերընթաց), հեմատոզեն և լիմֆոզեն ճանապարհներով: Ուրինոզեն ճանապարհով վարակը միզապարկից միզածորաններով անցնում է երիկամներ: Սա հաճախ հանդիպում է ծծկեր և վաղ հասակի երեխաների՝ հատկապես աղջիկների մոտ, քանի որ նրանց միզուկը կարճ է, լայն, մոտ է հետանցքին, միզուղիների բնածին արատների ժամանակ կարող է առաջանալ մեզի կանգ, որն էլ պայմաններ է ստեղծում երիկամներում ինֆեկցիայի զարգացման համար:

**Կլինիկա:** Սուր պիելոնեֆրիտի կլինիկայում առանձնացվում են հետևյալ հիմնական համախտանիշները՝

- ընդհանուր ինտոքսիկացիոն,
- ցավային,
- միզային,
- դիզուրիկ:

Ընդհանուր ինտոքսիկացիան արտահայտվում է թուլությամբ, ախորժակի անկումով, տենդով, դողով, սարսուռով, գլխացավով: Փոքր երեխաների մոտ նկատվում է սրտխառնոց, ջրիկ կղանք:

Ցավային համախտանիշն արտահայտվում է ցավերով գոտկատեղում, որովայնում, Պաստերնացկու ախտանիշը դրական է (գոտկատեղին հարվածելիս հիվանդը նշում է սուր ցավ):

Դիզուրիկ համախտանիշն արտահայտվում է հաճախակի, առատ և ցավոտ միզարձակումով, գիշերամիզությամբ և անմիզությամբ: Մինչև մեկ տարեկան երեխաները միզարձակումից առաջ և հետո լինում են անհանգիստ, լալկան, դեմքը կարմրում է, վերցայլային

շրջանում լինում է լարվածություն: Միզարձակությունը փոքր բաժիններով է:

Միզային համախտանիշը բնորոշվում է մեզի պոտորությամբ, որը պարունակում է մեծ քանակով լեյկոցիտներ, բակտերիաներ, սպիտակուց, ոչ մեծ քանակությամբ էրիթրոցիտներ, գլանակներ և էպիթելային բջիջներ: Արյան մեջ լինում է՝ լեյկոցիտոզ, նեյտրոֆիլյոզ և ԷՆԱ-ի արագացում:

**Ախտորոշում:** Մեզի լաբորատոր հետազոտությամբ հայտնաբերվում են մեծ քանակությամբ լեյկոցիտներ, բակտերիաներ և էպիթելային բջիջներ: Արյան ընդհանուր քննությամբ հայտնաբերվում է լեյկոցիտոզ, ԷՆԱ-ի արագացում: Կարևոր է երիկամների ուլտրաձայնային և ռենտգեն հետազոտությունը, որոնք բացահայտում են երիկամների ֆունկցիոնալ վիճակը: Ախտորոշումը հաստատելու համար կատարվում է մեզի մանրէաբանական քննություն՝ հարուցչի տեսակը և հակաբիոտիկի նկատմամբ զգայությունը հայտնաբերելու նպատակով: Առհասարակ, խորհուրդ է տրվում անհայտ պատճառով անկայուն ջերմության դեպքում հետազոտել մեզը:

**Բուժում:** Հիվանդության սուր շրջանում երեխային պետք է հոսպիտալացնել: Պետք է ապահովել հաճախակի միզարձակում՝ յուրաքանչյուր 2,5-3 ժամը մեկ անգամ:

Դիետան պետք է լինի ֆիզիոլոգիական՝ սպիտակուցների, ճարպերի և ածխաջրատների բավարար քանակությամբ: Սուր շրջանում որոշակիորեն սահմանափակվում է աղը: Մրգերը, բանջարեղենը, հատապտուղները, կաթը, հանքային ջրերը մեզի

թթվահիմնային հավասարակշռությունը շեղում են թթվայինի կողմ, իսկ մսամթերքները՝ հիմնայինի կողմը:

**Դեղորայքային բուժում:** 7-10 օր նշանակվում են հակաբիոտիկներ՝ նախօրոք որոշելով հարուցչի զգայունությունը. Նշանակվում են 2-րդ, 3-րդ սերնդի ցեֆալոսպորիններ՝ ցեֆտրիաքսոն, ցեֆոտաքսին, ցեֆոպերազոն, ցեֆտադիզին, ցեֆեպիմ: Հիվանդության ծանր ընթացքի դեպքում ցուցված է հակաբիոտիկների պարենտերալ ներմուծումը:

Պիելոնեֆրիտի բուժման մեջ կիրառվում է ֆիտոթերապիա, որի ժամանակ օգտագործվում են խոտաբույսեր, որոնք ունեն հակաբորբոքային, միզամուղ և վերականգնողական հատկություններ (եզան լեզու, եղինջ, մասուր, սև հաղարջի տերևներ, եգիպտացորենի թելիկներ), նշանակվում են օրը 3 անգամ 2-3 ճաշի զոլալ ուտելուց առաջ:

Կլինիկական, լաբորատոր ռեմիսիայի ժամանակ ցուցված է սանատոր-կուրորտային բուժումը: Այս հիվանդները գտնվում են դիսպանսեր հսկողության տակ: Ռեմիսիայի շրջանում հետազոտվում են 3 ամիսը մեկ անգամ: Մեզի քննությունը կատարվում է երկու ամիսը մեկ անգամ: Կանխարգելիչ պատվաստումները կատարվում են ռեմիսիայից երկու տարի հետո:

## **ԱՐՅՈՒՆԱՍՏԵՂԾ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆ (ԱՆԵՄԻԱ)**

Անեմիան օրգանիզմի ախտաբանական վիճակ է, որի ժամանակ արյան միավոր ծավալում նվազում է հեմոգլոբինի և էրիթրոցիտների քանակությունը:

Տարբերում ենք անեմիաների երեք խումբ.

1. արյան կորստի հետևանքով (հետհեմոռագիկ),
2. էրիթրոպոեզի ընկճման հետևանքով,
3. էրիթրոցիտների ուժեղացած քայքայման (հեմոլիտիկ):

Մանկական տարիքում ավելի հաճախ հանդիպում են պակասորդային անեմիաները, որոնք պայմանավորված են էրիթրոցիտների ձևավորման համար անհրաժեշտ տարրերի՝ երկաթի, վիտամին B12-ի, ֆոլաթթվի, պղնձի, կոբալտի և սպիտակուցների պակասի հետևանքով: Պակասորդային անեմիաները կազմում են անեմիաների ընդհանուր քանակի 90%-ը: Վաղ տարիքում այն պայմանավորված է երեխայի ինտենսիվ աճով:

### **ԵՐԿԱԹ-ՊԱԿԱՍՈՐԴԱՅԻՆ ԱՆԵՄԻԱ**

Սա ախտաբանական վիճակ է, որը զարգանում է օրգանիզմում երկաթի պակասից: Բնորոշվում է յուրաքանչյուր էրիթրոցիտում հեմոգլոբինի մակարդակի նվազումով, ցածր գունային ցուցանիշով, երկաթի ցածր պարունակությամբ:

Հիմնական պատճառներն են.

1. սննդի միջոցով երկաթի անբավարար ներմուծումը,
2. երկաթի անբավարար յուրացումը,

### 3. երկաթի ախտաբանական կորուստները:

Ի տարբերություն մյուս անեմիաների՝ երկաթ-պակասորդային վիճակների ժամանակ հաճախ արյան միավոր ծավալում էրիթրոցիտների քանակի քչացում չի նկատվում:

**Էթիոլոգիա:** Պատճառները բաժանվում են անտենատալ, ինտրանատալ և պոստնատալ շրջանների: Նորածինների մոտ երկաթի ցածր պաշարների առկայության համար ռիսկի գործոն են հանդիսանում անհասությունը, արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառության խանգարումները, մոր մոտ երկաթպակասորդային սակավարյունությունը, բազմապտուղ հղիությունը, տարիքային փոքր տարբերությամբ (տարին մեկ) ծնունդները:

Երկաթի նախնական պաշարները երեխան ստանում է մորից ընկերքի միջոցով ողջ հղիության ընթացքում: Սակայն առավել ակտիվ պահեստավորում պտղի մոտ նկատվում է հղիության 28-32 շաբաթից սկսած: Այդ պատճառով անհաս երեխաների մոտ երկաթի պաշարները զգալի պակաս են:

Ինտրանատալ պատճառը արյունահոսություններն են ծննդաբերության ժամանակ:

Պոստնատալ սակավարյունություն առաջանում է սննդի միջոցով երկաթի անբավարար ներծծման, երեխաների աճի արագ տեմպերի(մեծանում է պահանջը երկաթի նկատմամբ), երկաթի անբավարար յուրացման և ախտաբանական կորստի հետևանքով:

Սննդի միջոցով երկաթի անբավարար քանակ ստանում են արհեստական և ոչ ռացիոնալ սնուցման ժամանակ, երբ օրակարգում գերակշռում է կովի կաթը, կաթնամթերքները և

բուսական սնունդը: Մննդից երկաթի ներծծումը պակասեցնում են ֆոսֆատները, տոպոզ նյութերը, օքսալատները, պոլիսախարիդները, որոնք պարունակվում են ձավարեղենի, ձվի, պանրի, կաթի, սուրճի և թեյի մեջ: Երկաթի ներծծումը վատացնում են նաև սպիտակուցի անբավարարությունը, ասկորբինաթթվի, ադալթթվի, վիտամին E-ի դեֆիցիտը, ստամոքսաաղիքային համակարգի լորձաթաղանթի բորբոքային փոփոխությունները:

Երկաթի պահանջը օրգանիզմում բարձր է անհասների, մեծ քաշով ծնված երեխաների մոտ, կյանքի երկրորդ կիսամյակում և դեռահասության տարիքում:

Երկաթի ախտաբանական կորուստները պայմանավորված են աղիքներից երկաթի ներծծման խանգարմամբ, ճիճվակրությամբ, դեռահասության տարիքում առատ և երկարատև դաշտանով:

**Պաթոգենեզ:** Հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար: Սկզբնական շրջանում հյուծվում են երկաթի պաշարները պարենքիմատոզ օրգաններում, մկաններում և ոսկրածուծում: Հեմոգլոբինի մակարդակը լինում է դեռևս նորմայի սահմաններում: Կլինիկական նշանները բացակայում են: Երկրորդ շրջանում իջնում է շիճուկային երկաթի քանակությունը, ի հայտ են գալիս առաջին կլինիկական նշանները՝ չնայած որ հեմոգլոբինի ցուցանիշը լինում նորմայի ստորին սահմանում:

Անեմիան դա երկաթի անբավարարության վերջնական շրջանն է, երբ սպառվում են օրգանիզմի հիմնական պաշարները: Երկաթի քանակի իջեցումը արյան շիճուկում և ոսկրածուծում բերում է հեմոգլոբինի գոյացման պրոցեսի

խանգարման: Ոսկրածուծում սինթեզվում են փոքր, ոչ լիարժեք էրիթրոցիտներ, որոնցում հեմոգլոբին քիչ են պարունակում: Խանգարվում է նաև միոգլոբինի և մի շարք հյուսվածքային ֆերմենտների գոյացումը: Վատանում է թթվածնի մատակարարումը հյուսվածքներին և ածխաթթու գազի հեռացումը նրանցից: Արդյուքում խախտվում է բոլոր օրգան-համակարգերի գործունեությունը:

**Դասակարգում:** Անեմիաները մորֆոլոգիորեն կարելի է դասակարգել.

- ըստ էրիթրոցիտների մեծության. կախված միջին բջջային ծավալի արժեքից. տարբերում են միկրոցիտային, նորմոցիտային և մակրոցիտային անեմիաներ,
- ըստ ծանրության՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր:

**Կլինիկա:** Հիվանդության տարբեր շրջաններում կլինիկական պատկերը տարբեր է:

Սկզբնական շրջանում առաջանում են փոփոխություններ էպիթելում, մաշկում եղունգներում և լորձաթաղանթներում:

Հիվանդը դառնում է գունատ, ինչը լավ արտահայտիչ է ականջախեցիներում, ափերում, ներքաններում և եղունգների շրջանում: Մաշկը չորանում և թեփոտվում է, բերանի անկյուններում առաջանում են ճաքեր: Մազերը դառնում են չոր, կոշտ կոտրատվող, առատորեն թափվում են: Բարակում են եղունգները, ընդունում են գոգավոր գդալի տեսք: Լեզվի պտկիկները ենթարկվում են ատրոֆիայի հարթվում են, իսկ ծանր դեպքերում լեզուն է դառնում հարթ «լաքապատված»: Աղավաղվում է համի և հոտի զգացողությունը. երեխաները

հաճույքով ուստում են կավիճ, ավագ, կավ, հում միս, չոր մակարոն: Շատ սիրում են սուր, տհաճ հոտեր՝ բենզինի, ներկերի, ացետոնի: Լորձաթաղանթի ախտահարման հետևանքով առաջանում են հաճախակի ռինիտ, ստոմատիտ, ատամների կարիես, գաստրիտ, դուոդենիտ:

Ասթենոսկրոտիկ խանգարումների հետևանքով երեխան դառնում է լացկան, դյուրագրգիռ, կամակոր: Նկատվում է անտարբերություն, թուլություն, դյուրհոգնելիություն:

Երկաթի երկարատև անբավարարության դեպքում հետ է մնում երեխայի հոգեշարժական զարգացումը: Դպրոցականները գանգատվում են գլխացավից, գլխապտույտից, գիտակցության մթազնումից, ուշագնացությունից:

Իմունիտետի անկման հետևանքով հաճախ են հիվանդանում սուր շնչական և աղիքային վարակներով, արագ ձևավորվում են վարակի քրոնիկ օջախներ:

Հիվանդության ծանրացման դեպքում առաջանում են փոփոխություններ սիրտ-անոթային համակարգի կողմից: Նկատվում է սրտի փոք, տոների խլացում, սիստոլիկ աղմուկ, հիպոտոնիա, հևոց, վերջույթները լինում են միշտ սառը:

Մկանային թուլության պատճառով առաջանում է փորկապություն: Որովայնը փքված է, լյարդը և փայծաղը՝ մեծացած:

**Լաբորատոր ախտորոշում:** Արյան ընդհանուր հետազոտությամբ ախտորոշվում է անեմիա, երբ հեմոգլոբինը 110գ/լ-ից ցածր է մինչև 5 տարեկան և 120գ/լ-ից ցածր՝ 5-ից բարձր երեխաների մոտ, գունային ցուցանիշը

ցածր է 0,85-ից, դիտվում է նաև էրիթրոցիտների հիպոքրոմիա և միկրոցիտոզ:

Արյան բիոքիմիկան հետազոտությամբ հայտնաբերվում է շիճուկային երկաթի և շիճուկային ֆերիտինի քչացում: Կախված հեմոգլոբինի մակարդակի նվազման աստիճանից՝ տարբերում ենք անեմիաների հետևյալ ձևերը .

- թեթև-90-100գ/լ,
- միջին ծանրության-70-90գ/լ,
- ծանր-70գ/լ-ից ցածր:

**Բուժում:** Նախ պետք է վերացնել հիվանդության պատճառները, դեղորայքային բուժման միջոցով լրացնել երկաթի պակասը և վերականգնել պաշարները, կարգավորել սննդակարգը՝ օրաբաժնում օգտագործելով բավարար քանակությամբ սպիտակուցներ, վիտամիններ, երկաթ և միկրոէլեմենտներ:

Հեմային երկաթի հիմնական աղբյուրը կենդանական ծագման սնունդն է՝ մսեղենը, ձկնեղենը և թռչնամիսը: Նշված մթերքներում պարունակվող երկվալենտ երկաթը արագ է յուրացվում օրգանիզմում, իսկ բուսական ծագման սննդամթերքներում գտնվող եռավալենտ երկաթը ներծծվում է դժվարությամբ և դանդաղ: Այս դեպքում ներծծումը լավացնելու նպատակով նշանակում են ասկորբինաթթու (վիտամին C), որն ուժեղացնում է երկաթի ներծծումը, քանզի մասնակցում է երկաթի վերականգնմանը՝  $Fe^{3+} \rightarrow Fe^{2+}$ : Սննդակարգում պետք է սահմանափակել կաթնեղենը, թեյը, սուրճը, ընկուզեղենը և լոբազգիները, քանի որ սրանք դժվարացնում են երկաթի ներծծումը:

## Երկաթի բարձր պարունակությամբ սննդամթերքներ

| Կենդանական ծագման մթերքներ                                                                                                                                 | Բուսական ծագման մթերքներ                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• լյարդ</li> <li>• կարմիր միս՝ տավարի, ոչխարի խոզի</li> <li>• թռչնամիս</li> <li>• ձկնեղեն</li> <li>• ձու</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ձավարեղեն</li> <li>• լոբազգիներ՝ կանաչ ոլոռ, սիսեռ, սոյա, ոսպ</li> <li>• հնդկացորեն</li> <li>• մուգ կանաչ տերև՝ սպանախ, ավելուկ</li> <li>• կարտոֆիլ/կեղև/</li> <li>• չորացրած միրգ</li> <li>• թարմ բալ, խնձոր, նուռ, բազուկ, գազար</li> </ul> |

Դեղորայքային բուժումն իրականացվում է երկաթի պրեպարատներով: Թեթև և միջին ծանրության դեպքերում դեղորայքը տրվում է ներքին ընդունման ձևով, հիմնականում նշանակվում են երկվալենտ երկաթի աղերը՝ ֆերոսուլեքս, ֆերոցերոն, ֆերոկալ, տարդիֆերոն, սորբիֆեր, հեմոֆեր, երկաթի ֆոսֆատ և այլն: Որոշ պրեպարատների կազմում առկա է ասկորբինաթթու՝ սորբիֆեր, դուրուլես, ցելվիկապ, ֆերոգրադ C, ֆերոսուլեկտ, ինչպես նաև ֆոլաթթու՝ ֆերոգրադ, ֆոլիկ, ֆեֆոլ:

Դեղահաբերը չի կարելի ծամել, մանրացնել, ուստի մինչև երեք տարեկան երեխաներին տրվում են հեղուկ դեղաձևեր՝ հեմոֆեր, ակտոֆերին մալտոֆեր: Դեղահասության տարիքում տրվում են երկարատև ազդեցության

պրեպարատներ՝ տարիֆերոն, ֆերոգրադումենտ, հեմոֆեր պրոլոնգատում:

Բուժումը սկսում են տարիքային դոզայի 1/2-1/4 չափով և 10 օրվա ընթացքում հասցնում հասակային դոզային՝ Բուժական դոզան երեխան պետք է ստանա այնքան ժամանակ, քանի դեռ արյան մեջ չի կարգավորվել հեմոգլոբինի մակարդակը: Բուժումն արդյունավետ է, եթե բուժման երկրորդ, երրորդ օրերից սկսած նկատվում է ռետիկուլոցիտների առաջացում և եթե մեկ ամիս բուժումից հետո հեմոգլոբինի մակարդակը բարձրանում է առնվազն 10գ/լ-ով: Դրական դինամիկայի դեպքում բուժումը շարունակվում է ևս 2-3 ամիս՝ երկաթի հյուսվածքային պաշարները վերականգնելու համար՝ նշանակելով բուժական դոզայի կեսը:

Երկաթի պրեպարատների պարենտերալ նշանակման ցուցումներ են երեխայի մարսողության խանգարումները և մալաբսորբցիան, ծնողի կողմից երեխային per os նշանակված դեղանյութերի ժամանակին և կանոնավոր չտալը, հետվիրահատական շրջանը: Պրեպարատները, ֆերում-լեկ, ֆերլեցիտ ներմուծվում են խորը միջմկանային եղանակով, օրը մեկ անգամ կամ շաբաթը 2 անգամ:

Բուժման սկզբում ծնողներին պետք է զգուշացնել, որ՝

- երկաթի բոլոր հավելումներն անկախ բաղադրությունից երբեք չպետք է տրվեն կաթի, սննդի և պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորների հետ, քանզի նրանք արգելակում են երկաթի ներծծումը:

- Երկաթի հավելումների ընդունումը մրգահյութերի, օրինակ՝ նարնջի հյութի հետ կարող է բարելավել երկաթի ներծծումը (ասկորբինաթթվի շնորհիվ):
- Երկաթի հավելումն ընդունելուց հետո պետք է մաքրել երեխայի ատամները՝ ատամների սև գունավորումից խուսափելու համար:
- Երկաթի հավելումն ընդունելիս երեխայի կղանքը ձեռք է բերում սև կամ մուգ կանաչավուն գույն:

Արյան փոխներարկում ցուցված է հետևյալ դեպքերում.

- երբ հեմատոկրիտը  $\leq 12\%$  կամ Hb  $\leq 40$  գ/լ,
- հետևյալ նշանների առկայության դեպքում. կլինիկորեն հայտնաբերվել է ջրազրկում, շոկ, գիտակցության խանգարում, սրտային անբավարարություն, դժվարաշնչություն:

**Խնամք:** Ճիշտ կազմակերպել երեխայի օրվա ռեժիմը՝ լիարժեք քուն, երկարատև զբոսանքներ մաքուր օդում: Հագուստը պետք է լինի տաք, չճնշի երեխայի շարժումները և չառաջացնի գերտաքացում:

**Կանխարգելում:** Կիրառվում են հետևյալ միջոցները.

1. Հղի կնոջ և երեխայի ռացիոնալ սնուցում:
2. Հղիության երկրորդ կեսում և լակտացիայի շրջանում երկաթի պրեպարատների նշանակում:
3. Երկաթի պրեպարատների նշանակում ռիսկի խմբի երեխաներին՝ անհասներին, բազմապտուղ հղիությունից ծնվածներին, արագ աճող և աստղիկ դեմատիտով երեխաներին, ինչպես նաև անեմիա ունեցող հղիներին:

4. Զքոսանքներ մաքուր օդում, մերսում, մարմնամաքություն:
  5. Ռախիտի կանխարգելում:
  6. Կանխարգելիչ նպատակով երկաթ պարունակող պոլիվիտամինների նշանակում՝ ֆետովիտ, ֆեֆովիտ, մուլտիվիտամին, վիտրում-պրենատալ:
  7. Եթե ադապտացված կաթնախառնուրդում արդեն կա երկաթ, ապա պրեպարատներ չեն նշանակվում:
- Ելքը բարենպաստ է:



**Նկար 38:** Երկաթդեֆիցիտային սակավարյունության կլինիկական նշաններ՝ բերանի անկյունների ճաքեր (անկյունային խեղիտ)



**Նկար 39: Կոնյուկտիվայի գունատություն**



**Նկար 40: Եղունգների գունատություն**



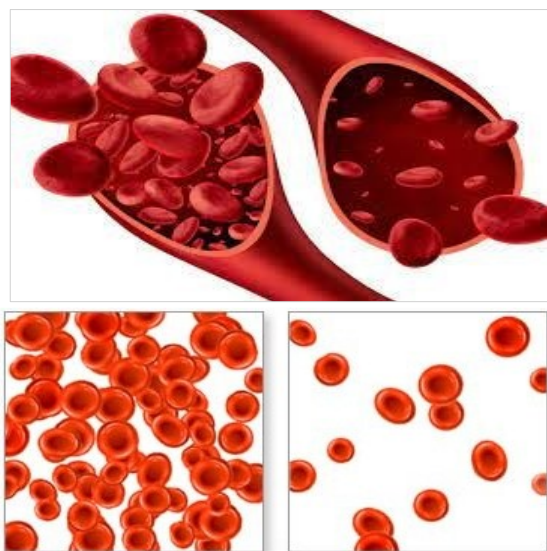
**Նկար 41: Ափերի գունատություն**



**Նկար 42: Եղունգների փխրունություն և երկայնական  
ակոսավորություն**



**Նկար 43: Հարթ լեզու**



**Նկար 44: Էրիթրոցիտների քանակի նվազումը  
սակավարյունության ժամանակ**

### **ՍՈՒՐ ԼԵՅԿՈԶ**

Լեյկոզը արյունաստեղծ համակարգի չարորակ հիվանդություն է, որը բնորոշվում է արյան սկզբնավորող բջիջների ախտաբանական երիտասարդացումով: Ախտաբանական պրոցեսի առաջնային տեղակայումը ոսկրածուծն է, հետագայում առաջանում են մետաստազներ այլ օրգաններում:

Լեյկոզը երեխանների մոտ ավելի հաճախ է հանդիպում, քան այլ ուռուցքային հիվանդությունները: Հիվանդանում են ավելի շատ 3,5-4 տարեկան հասակում:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդության զարգացման մեջ մեծ դեր ունի ժառագական գործոնը, օրգանիզմի վրա մուտագեն գործոնների ազդեցությունը (ճառագայթում, որոշ քիմիական նյութեր) և օնկովիրուսները: Այս վիրուսները ժառանգաբար անցնում են ծնողներից երեխաներին: Առաջացնում է պտղի ոսկրածուծի բջիջների մուտացիա՝ խախտելով նրանց քրոմոսոմային կառուցվածքը: Իմունային համակարգը պայքարում է այդ մուտացված բիջիջների դեմ:

Վնասակար գործոնների ազդեցության տակ ընկճվում է իմունիտետը: Լեյկոզային ուռուցքը սկսում է ճնշել նորմալ արյունաստեղծող բջիջների աճը, տարածվում է ամբողջ օրգանիզմում՝ առաջացնելով լեյկեմիկ ինֆիլտրատներ (մետաստազներ լյարդում փայծաղում, ոսկրերում, ավշային հանգույններում): Առաջին կլինիկական նշանները նկատվում են 2-10 տարի անց, երբ լեյկոզային բջիջների քանակը կազմում են  $10^{12}$ : Սուր լեյկոզին բնորոշ է ոսկրածուծում բլաստային բջիջների քանակի ավելացումը (միելոբլաստներ, լիմֆոբլաստներ, մոնոբլաստներ, էրիթրոբլաստներ և չդիֆերենցվող բլաստներ): Երեխաների մոտ առավել հաճախ հանդիպում է սուր լեյկոզի լիմֆոբլաստային և միելոբլաստային ձևերը, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի իր ենթատեսակները:

**Դասակարգում:** Ըստ ընթացքի լեյկոզը լինում է սուր՝ մինչև 2 տարի և քրոնիկ՝ 2 տարուց ավել: Երեխաների մոտ 90% դեպքերում հանդիպում են սուր լեյկոզները:

Ըստ ուռուցքային բջիջների մորֆոլոգիական բնութագրի՝ տարբերում են լիմֆոբլաստային, միելոբլաստային և չտարբերակված լեյկոզներ:

**Կլինիկա:** Սուր լեյկոզների կլինիկական ընթացքը բնութագրվում է 3 շրջանով.

1. սուր շրջան,
2. ռեմիսիայի շրջան, որը կարող է լինել մասնակի (կա միայն կլինիկական լավացում) և լրիվ (կա և կլինիկական, և լաբորատոր լավացում),
3. հիվանդության ռեցեդիվ:

Կլինիկական դրսևորումները կարելի է խմբավորել 5 հիմնական ախտանիշներով.

1. ինքնաթունավորման,
2. սակավարյունային,
3. արյունահոսական
4. գերաճային (հիպերպլաստիկ),
5. իմունաանբավարարության համախտանիշով:

Հիվանդությունը հաճախ սկսվում է աննկատ: Երեխան գանգատվում է շուտ հոգնածությունից, ախորժակի անկումից, քնի խանգարումից, գլխացավից:

Նկատվում է գունատություն, սուրֆերիլ ջերմություն: Հաճախ ախտորոշվում է որպես տոնզիլիտ, անեմիա, գրիպ, սեպսիս, հեմոռագիկ դիաթեզ: Հիվանդության սկզբից մինչև արյան մեջ բնորոշ փոփոխությունների հայտնաբերումը տևում է 4-6 շաբաթ և ավելի: Հիվանդության ծաղկման շրջանում լինում է տենդ, անեմիա, հեմոռագիկ ախտանիշներ (մաշկին կապտուկներ, արյունազեղումներ, արյունահոսություն քթից, լնդերից և ներքին օրգաններից):

Առաջնում է հևոց, փսխում: Մեծանում են լյարդը, փայծաղը, ավշային հագույցները՝ պարանոցային,

ենթաճնոտային, անութային, աճուկային: Գեղձերը էլաստիկ են, կարծր, անցավ, շրջակա հյուսվածքների հետ չեն ձուլվում:

Երբեմն նկատվում են թքագեղձերի և արցունքագեղձերի սիմետրիկ մեծացում: Ոսկրերի ախտահարումը արտահայտվում է հոդային և ոսկրային թռչող ցավերով (գանգոսկրի, ողնաշարի, խողովակավոր ոսկրերի): Ցավերը ուժեղանում են բախման ժամանակ: Լորձաթաղանթի ախտահարման հետևանքով առաջանում է գինգիվիտ, բերանաբորբ, աղիների ախտահարում: Ախտահարվում են նաև շնչուղիները, սիրտը, երիկամները, ամորձիները: Նյարդային համակարգի ախտահարումը առաջացնում է նեյրոլեյկեմիա: Գլխուղեղի և թաղանթների ախտահարման հետևանքով առաջանում է գլխացավ, սրտխառնոց, փսխում, խոսքի և նյարդա-հոգեկան խանգարումներ, ցնցումներ, գանգուղեղային նյարդերի պարեզներ և պարալիչներ, կոմատոզ վիճակ: Սուր լեյկոզը ընթանում է ալիքաձև՝ սրացման և ռեմիսիայի շրջաններով: Ռեմիսիան լինում է մասնակի կամ լրիվ:

**Լաբարատոր ախտորոշում:** Կատարում են պերիֆերիկ արյան քննություն, ոսկրածուծի, ողնուղեղային հեղուկի քննություն, բլաստային բջիջների ցիտոքիմիական հետազոտություն: Պերիֆերիկ արյան մեջ հայտնաբերվում են ոչ հասուն բջիջներ, միելոբլաստներ, լիմֆոբլաստներ, անեմիա, թրոմբոցիտոպենիա: Կարող է հայտնաբերվել նաև լեյկոցիտների քանակի ավելացում կամ քչացում, բացակայում են էոզինոֆիլները և բազոֆիլները, ԷՆԱ-ն արագացած է: Առաջանում է «լեյկեմիկ ճեղքվածք». արյան

մեջ հայտաբերվում են երիտասարդ և ծեր բջիջներ, բացակայում են բջիջների անցումային ձևերը :

**Լրիվ ռեմիսիայի** դեպքում բացակայում են կլինիկական նշանները: Ուսկրածուծում բլաստային բջիջները 15%-ից քիչ են, լիմֆոցիտները՝ 20%-ից քիչ և լեյկոցիտները՝  $1,5 \times 10^9/\text{լ}$ -ից ավելի:

**Մասնակի ռեմիսիայի** ժամանակ նկատվում է կլինիկական լավացում՝ առանց միելոգրամմայի նորմալացման:

**Բուժում:** Բուժման հիմնական փուլերն են՝

1. ռեմիսիայի խթանում (ինդուկցիա),
2. ամրապնդում (կոնսոլիդացիա),
3. պահպանողական բուժում:

Հիվանդները հոսպիտալացվում են հեմատոլոգիական բաժանմունքում: Բուժման նպատակն է լեյկոզային բջիջների մաքսիմալ ոչնչացում, ռեմիսիայի հաստատում և ռեմիսիայի երկարացում: Ժամանակին սկսած արդյունավետ բուժման ժամանակ 70-85% դեպքերում դիտվում է առողջացում: Կատարվում է քիմիական, ճառագայթային բուժում, ինչպես նաև ուսկրածուծի փոխպատվաստում:

Քիմիաթերապիայի համար կատարվում է 6 ֆարմակոլոգիական խումբ պրեպարատների համակցում .

1. Հակամետաբոլիկներ՝ մետոտրեկսատ, մերկապտոպուրին, լանվիս (թիոգուանին), ցիտոռաբին (ցիտոզատ), ցիտազինարաբինոզիդ, ալեկան:
2. Ալկիլացնող ցիտոստատիկներ՝ ցիկլոֆոսֆան, միելոսան:

3. Բուսական ալկալոիդներ՝ էտոպոզիդ(վենեզիտ), վինբլաստին, վինկրիստին:
4. Ֆերմենտային պրեպարատներ՝ Z-ասպարգինազա:
5. Հակաուռուցքային հակաբիոտիկներ՝ ադրիամիցին, բլեոմիցին, դակտինոմիցին, ռուբոմիցին, դոսկոռուբիցին:
6. Հորմոններ՝ պրեդնիզոլոն, դեքսամետազոն:

Այս պրեպարատների համակցումը առավելագույնս ոչնչացնում է ակտիվ լեյկոցիտային բջիջներին, սակայն չի ազդում «նիրհած», ոչ ակտիվ բջիջների վրա, որոնք կարող են առաջացնել ռեցիդիվներ: Այս պատճառով ակտիվ բուժո իրականացվում է ոչ միայն արտահայտված կլինիկական նշանների ժամանակ, այլև երկրորդ փուլում՝ ամրապնդող թերապիայի ժամանակ, որի նպատակն է ոչնչացնել ախտահարված բջիջները, որոնք մնացել են, ինչպես նաև շարունակել ռեմիսայի շրջանում՝ որպես օժանդակող կամ պահպանողական թերապիա: Միաժամանակ կատարվում է նեյրոլեյկոզի բուժում և կանխարգելում:

**Խնամք:** Նշանակվում է բարձր կալորիականությամբ սնունդ՝ ավելացնելով սպիտակուցների քանակը 1.5 անգամ՝ հարուստ վիտամիններով և միկրոէլեմենտներով:

Գլյուկոկորտիկոյիդներ ստացող հիվանդներին նշանակվում է Ca-ով և K-ով հարուստ սնունդ: Բուժման ընթացքում պետք է պահպանել ասեպտիկ պայմաններ և բուժաօգնականության ռեժիմ: Հիվանդին տեղավորում են բոքսում, որտեղ օդը ախտահանվում է բակտերիոցիդ լամպով: Օդը երեք անգամ կատարվում է սենյակի խոնավ մաքրում և օդափոխում: Շաբաթը մեկ անգամ՝ հիմնական

մաքրում՝ ախտահանիչ լուծույթով: Հիվանդասենյակ մտնելիս բուժքույրը պետք է հագնի բախիլներ, դիմակ և լրացուցիչ խալաթ՝ վարակային բարդություններից խուսափելու նպատակով: Մաշկի խնամքը պետք է լինի խնայողական, արգելվում են տաք լոգանքները և ցնցուղը:

Օգտագործվում են փափուկ սպնուզներ: Խորհուրդ է տրվում յոդ պարունակող օձառներով լվացումներ, որոնք ոչնչացնում են գրամբացասական միկրոֆլորան: Անհրաժեշտ է հետևել երեխայի անձնական հիգիենային և ամեն օր փոխել անձնական և անկողնային սպիտակեղենը:

Կարևոր է բերանի խոռոչի խնամքը: Լնդային արյունահոսությունների դեպքում պետք չէ ատամները լվանալ խոզանակով: Փոխարենը կատարում են բերանի խոռոչի ողողում և ոռոգում ֆուրացիլինի, երիցուկի, եղիսպակի թուրմերով և սոդայի 1-2%-ոց լուծույթով: Լորձաթաղանթը մշակել անիլինային ներկերի 1-2%-ոց ջրային լուծույթներով առավոտյան ուտելուց առաջ և ամեն անգամ ուտելուց հետո: Ցուցված չէ կլիմայի փոփոխությունը: Բուժքույրը պարտավոր է.

1. Խստորեն պահապանել բաժանմունքի սանիտարահիգիենիկ և հակաէպիդեմիկ ռեժիմը:
2. Ցիտոստատիկ պրեպարատների հետ աշխատելիս անհրաժեշտ պահանջների կատարում՝ հաշվի առնելով նրանց բարձր տոքսիզենությունը:



**Նկար 45:** Լնդերի ինֆիլտրացիա և արյունահոսություն լեյկեմիայի ժամանակ



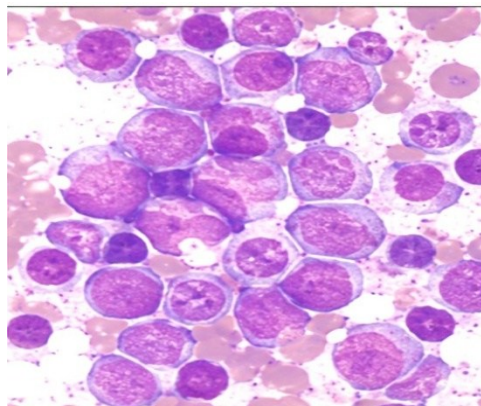
**Նկար 46:** Նորմալ և լեյկեմիկ ծայրամասային արյան համեմատական պատկեր



**Նկար 47: Պետեխիաներ և էկիմոզներ լեյկեմիայի ժամանակ թրոմբոցիտոպենիայի հետևանքով**



**Նկար 48: Հեպատոսպլենոմեգալիա**



**Նկար 49: Ոսկրածուծի բլաստային բջիջների  
միկրոսկոպիկ պատկեր**

### **ՀԵՄՈՌԱԳԻԿ ԴԻԱԹԵԶՆԵՐ**

Սրանք մի խումբ ժառանգական և ձեռքբերովի հիվանդություններ են: Բնորոշվում են արյունահոսությունների և արյունազեղումների հակումով, որոնք կարող են առաջանալ աննշան վնասվածքներից: Արյունահոսությունների մեխանիզմը տարբեր է: Առավել տարածված հեմոռագիկ դիաթեզներին են պատկանում՝

1. հեմոռագիկ վասկուլիտը (Շենլեյ-Հենոխի հիվանդություն),
2. թրոմբոցիտոպենիկ ծիրանացանը (Վերլնհոֆի հիվանդություն),
3. հեմոֆիլիան:

## **ԹՐՈՄԲՈՑԻՏՈՊԵՆԻԿ ԾԻՐԱՆԱՑԱՆ (Վեռլիտֆի հիվանդություն)**

Սա մի խումբ հիվանդությունների ընդհանուր անվանումն է, որոնց հիմքում ընկած է թրոմբոցիտների քանակի նվազումը: Հեմոստազի խանգարումը և արյունահոսությունները կարող են պայմանավորված լինել թրոմբոցիտոպաթիայով՝ թրոմբոցիտների որակական անլիարժեքությամբ և նրանց ֆունկցիոնալ հատկությունների խանգարումներով:

**Էթիոլոգիա:** Պատաճառներ կարող են հանդիսանալ.

1. թրոմբոցիտների ուժեղացած քայքայումը,
2. դրանց պահանջի բարձրացումը,
3. թրոմբոպոեզի ընկճումը:

Տարբերում ենք թրոմբոցիտոպենիայի ձեռքբերովի և ժառանգական ձևերը: Առավել հաճախ հանդիպում են ձեռքբերովի ձևերը, որոնք լինում են իմունային և ոչ իմունային: Իմունային ձևերն առաջանում են վիրուսների կամ դեղորայքի ազդեցությանից, որոնք նպաստում են հակաթրոմբոցիտային հակամարմինների առաջացմանը: Ոչ իմունային ձևերը հանդիպում են թրոմբոցիտների մեխանիկական վնասման (հեմոռագիա, սպլենոմեգալիա), ոսկրածուծի ընկճման, թրոմբոցիտների բարձր պահանջի, վիտամին B<sub>12</sub>-ի և ֆոլաթթվի անբավարարության հետևանքով:

**Պաթոգենեզ:** Արյունահոսության առաջացման հիմնական պատճառը թրոմբոցիտների քանակի իջեցնում է: Թրոմբոցիտների սնուցող ֆունկցիայի անկման հետևանքով անոթային էնդոթելը ենթարկվում է դիստրոֆիայի, որը բերում է անոթների պատերի թափանցելիության բարձրացման և

ինքնաբուխ (սպոնտան) արյունազեղումների: Հնարավոր չի լինում դադարեցնել արյունահոսությունը, քանի որ չի առաջանում լիարժեք մակարդուկ՝ ռետրակցիայի խանգարման հետևանքով:

**Գլինիկա:** Հիվանդությունը սկսվում է աստիճանաբար կամ միանգամից: Հիվանդի մոտ առաջանում են արյունահոսություններ, արյունազեղումներ մաշկում, լորձաթաղանթներում: Մաշկային արյունազեղումներ առաջանում են առանց պատճառի կամ թեթև վնասվածքից: Դրանք տեղակայվում են իրանի և վերջույթների առաջնային մակերեսներին, ունեն խայտաբղետ բնույթ՝ տարբեր չափերի, տարբեր վաղեմության, ասիմետրիկ: Գույնը պայմանավորված է ցանի առաջացման ժամանակով: Սկզբում լինում է մուգ կարմիր, հետո դառնում է կապույտ, կանաչ և դեղին:

Արյունազեղումներն առաջնում են նաև լորձաթաղաթներում: Լինում են կետավոր և տեղակայվում են փափուկ և կարծր քիմքի, նշիկների, ըմպանի հետին պատին: Ծանր դեպքերում արյունազեղումներ առաջանում են գլխուղեղում, աչքի հատակում և ցանցաթաղաթում:

Տիպիկ ախտանիշ է արյունահոսությունը լորձաթաղաթներից՝ քթի, լնդերի, լեզվի, նշիկների, ատամի հեռացնելուց հետո: Հազվադեպ հանդիպող ախտանիշներից է հեմատուրիան և արյունահոսությունը ստամոքս-աղիքային համակարգից: Աղջիկների մոտ լինում է երկարատև արյունահոսություն դաշտանի ժամանակ:

**Լաբորատոր ախտորոշում:** Արյան լաբորատոր հետազոտությամբ հայտնաբերվում է թրոմբոցիտների

քանակի զգալի իջեցում, ընդհուպ՝ իսպառ վերացում: Արյան մակարդուկի գոյացումը (ռետրակցիան) խիստ խանգարված է: Ոսկրածուծում լինում են նորմալ կամ բարձր քանակի մեգակարիոցիտներ:

**Բուժում:** Հեմոռագիկ կրիզի շրջանում նշանակվում է անկոդնային ռեժիմ: Մենդից բացառվում են ալերգենները: Հիվանդության իմունային ձևի ժամանակ ներերակային նշանակվում են իմունոգլոբուլիններ, գլյուկոկորտիկոիդներ, հակա-D իմունոգլոբուլին:

Հաճախակի հեմոռագիկ կրիզները, կյանքի համար սպառնալի արյունահոսությունները և կոնսերվատիվ բուժման անարդյունավետությունը 6 ամսվա ընթացքում հանդիսանում են ցուցում փայծաղի հեռացման համար: Վիրահատության անարդյունավետության դեպքում նշանակում են ցիտոստատիկ պրեպարատներ:

Ձեռքբերովի, ոչ իմունային թրոբոցիտոպենիայի դեպքում պետք է բուժել հիմնական հիվանդությունը: Կազմակերպվում է նաև ախտանշանային բուժում:

Կիրառվում են տեղային և ընդհանուր արյունականգ միջոցներ: Ցուցված են ամինոկապրոնաթթուն, դիցինոնը, անդրոքսոնը: Լավ արդյունք է տալիս պլազմոֆերեզը:

Արյունահոսությունների ժամանակ օգտագործվում են տեղային հեմոստատիկ միջոցներ՝ կոլագենային սպունգ, թրոմբին, ադրոքսոն: Ցուցված է նաև բուսաբուժությունը՝ հազարթերթիկ, եղինջ, մասուր, գետնամորի, եգիպտացորենի թելիկներ:

Ծանր դեպքերում կատարվում է արյան փոխներարկում, փայծաղի հեռացում, կյանքին սպառնացող ծանր

արյունահոսությունների դեպքում ներարկվում է թրոմբոցիտային գանգված:

**Խնամք:** Պարբերաբար կատարվում է արյան քննություն՝ թրոմբոցիտների քանակի որոշման նպատակով: Երեխաներին խորհուրդ չի տրվում գտնվել արևի անմիջական ճառագայթների ներքո: Պլանային պատվաստումներ կարելի է կատարել սրացումից մեկ տարի անց՝ հիպոսենսիբիլիզացնող թերապիայի ֆոնի վրա: Հակացուցված կատարել պատվաստում կենդանի վիրուսային վակցինայով:





**Նկարներ 50, 51, 52, 53: Հեմոռագիկ համախտանիշի դրսևորումները թրոմբոցիտոպենիկ ծիրանացանի ժամանակ . պետեխիաներ, էկիմոզներ, պուրպուրա, լորձաթաղանթների արյունազեղումներ**

## **ՀԵՄՈՌԱԳԻԿ ՎԱՄԿՈՒԼԻՏ (Շենլեյն-Հենոխի հիվանդություն)**

Անոթների պատի բորբոքային հիվանդություն է, որը բնորոշվում է մանր արյունատար անոթների ախտահարումով: Առաջանում են սիմետրիկ արյունազեղումներ, որոնք սովորաբար ուղեկցվում են հոդերի ախտահարումով, որովայնացավերով, երիկամների ախտահարմամբ:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդության զարգացումը պայմանավորված է օրգանիզմի գերզգայունությամբ: Հիվանդության պատճառ կարող են լինել վիրուսային և բակտերիալ վարակները, պատվաստումները, ճիճվակրությունը, դեղորայքային և սննդային ալերգիաները, միջատների խայթոցը և այլն: Նշանակություն ունի նաև քրոնիկ վարակային օջախների առկայությունը:

**Պաթոգենեզ:** Հակազեն-հակամարմին կոմպլեքսը վնասում է արյունատար անոթների էնդոթելը: Վնասված էնդոթելը առաջացնում է ներանոթային թրոմբոցիտների սոսնձում (ագլյուտինացիա): Ակտիվանում է արյան մակարդման համակարգը, առաջանում են միկրոթրոմբներ, խցանվում են մանր անոթները, մեռուկացման հետևանքով պատռվում են մանր անոթները և խանգարվում է միկրոշրջանառությունը:

**Կլինիկա:** Տարբերում են կլինիկական հետևյալ համախտանիշները.

1. Մաշկային
2. Մաշկահոդային
3. Մաշկաորովայնային

#### 4. Խառը

Հիվանդությունը սկսվում է սուր՝ ջերմության բարձացումով, ընդհանուր թուլությամբ: Հիմնական ախտանիշը հեմոռագիկ սինդրոմն է: Բնորոշվում է կետավոր մանր բծավոր կամ բծապապույրոգ ցանի առաջացումով՝ 2-3մմ-4սմ տրամաչափով: Հետագայում ցանը դառնում է հեմոռագիկ բնույթի: Ձեռք է բերում մուգ կարմիր գույն, այն կարող է խոցոտվել և նեկրոզվել: Ցանը ունի սիմետրիկ տեղակայում՝ սրունքների և ձեռքերի տարածիչ մակերեսներին, ազդրերի ներսային մակերեսին, հետույքին, խոշոր հոդերի շրջանում: Հիվանդության 2-րդ-3-րդ օրը ցանը գունատվում է՝ թողնելով պիգմենտացիա, որը կարող է երկար ժամանակ պահպանվել: Բնորոշ է ցանավորման ալիքաձև բնույթը, երբ հին էլեմենտների կողքին առաջնում են նորերը: Արյունազեղումներ կարող են առաջանալ այտերի լորձաթաղանթին, կարծր և փափուկ քիմքին, ըմպանի հետին պատին:

**Հոդային համախտանիշ:** Հաճախ հանդիպում է 5 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ: Ախտահարվում են խոշոր հոդերը: Հոդերը դառնում են ցավոտ, այտուցված, հիպերեմիկ: Ակտիվ և պասիվ շարժումները դառնում են սահմանափակ: Լավացումից հետո հոդի ձևափոխում չի լինում: Երեխաների մոտ հաճախ է լինում անգիոնևրոտիկ այտուցներ դաստակի, ներբանների, ծնկների, շրթուքների, կոպերի շրջանում:

**Որովայնային համախտանիշի** ժամանակ լինում են սուր նոպայաձև ցավեր որովայնում՝ առանց որոշակի

տեղակայման: Ծանր դեպքերում առաջնում է փսխում արյան հետքերով, նքոցներ, արյունային-ծյուրանման կղանք:

**Երիկամային համախտանիշը** կարող է արտահայտվել մեզում էրիթրոցիտների և սպիտակուցների հայտնվելով, ինչի արդյունքում մեզը նմանվում է մսաջրի:, Կարող է զարգանալ երիկամների ծանր ախտահարում:

**Ախորոշում:** Բնորոշ է հիպերկոագուլացիոն թրոմոցիտների զգալի ավելացում: Պերիֆերիկ արյան մեջ հայնաբերվում է լեյկոցիտոզ, նեյտրոֆիլյոզ, էուզինոֆիլիա, ԷՆԱ –ի արագացում: Բիոքիմիական հետազոտությամբ հայտնաբերվում է դիսպրոտեինեմիա, մեզում էրիթրոցիտներ, սպիտակուց, գլանակներ:

**Բուժում:** Հիվանդները հոսպիտալացվում են: Հիվանդության սուր շրջանում և մինչև վերջին ցանավորումից հետո 5-7 օր սահմանվում է անկողնային ռեժիմ: Ընդհանուր ռեժիմի երեխան անցնում է աստիճանաբար, եթե չեն առաջացել նոր ցանավորումներ ( խորհուրդ է տրվում օրը 1-2 ժամ քայլել): Մնունդը պետք է լինի դյուրամարս, որոշակիորեն սահմանափակվում է աղը: Նշանակվում են կաթնաթթվային խառնուրդներ, վիտամինացված հյութեր: Որովայնային սինդրոմի ժամանակ սնունդը պետք է լինի մեխանիկական խնայող՝ գոլ, հեղուկ կամ կիսահեղուկ՝ քիչ բաժիններով: Օրաբաժնից հարկավոր է հանել աղիքների կծկողականությունը ուժեղացնող սնունդը (սև հաց, կաղամբ, կաթ, գազավորված ըմպելիքներ, լոբազգիներ): Կորտիկոստերոիդներ ստացող հիվանդներին նշանակվում է կալիում պարունակող սնունդ՝ ծիրանի չիր, չամիչ:

**Ղեղդրալքային բուժում:** Կիրառում են ոչ ստերոիդ հակաբորբոքային պրեպարատներ- իբուպրոֆեն, դիկլոֆենակ:

Ծանր դեպքերում նշանակվում են գլյուկոկորտիկոիդներ՝ պրեդնիզոլոն:





**Նկարներ 54, 55, 56: Հեմոռագիկ վասկուլիտ . ստորին վերջույթների  
շոշափվող պուրպուրա**

## ՀԵՄՈՖԻԼԻԱ

Հեմոֆիլիան ժառանգական հիվանդություն է, որն ուղեկցվում է պարբերաբար առաջացող արյունահոսություններով:

**Էթիոլոգիա:** Հիվանդությունը պայմանավորված է արյան մակարդման համակարգի որոշ գործոնների անբավարարությամբ: Արատավոր գենը ժառանգվում է X քրոմոսոմին կցված, որը կոչվում է Xh քրոմոսոմ: Քանի որ տղամարդկանց Y քրոմոսոմը չի կարող կոմպենսացնել Xh քրոմոսոմին, ուստի արատավոր գենը մորից փոխանցվելով տղային նրա մոտ առաջացնում է հիվանդություն:

Տարբերում են A, B, C տիպերի հեմոֆիլիա:

A հեմոֆիլիայի ժամանակ բացակայում է մակարդման VIII, B-ի ժամանակ՝ IX, C-ի ժամանակ՝ XI-գործոնը:

**Կլինիկա:** Բնորոշվում է երկարատև և մասսիվ արյունազեղումներով և արյունահոսություններով: Արյունազեղումներն առաջանում են ենթամաշկում, մկաններում, հոդերում և ներքին օրգաններում: Սովորաբար արյունահոսությունները առաջանում են ոչ թե անմիջապես վնասվածքից հետո, այլ մի քանի ժամ անց, կամ նույնիսկ հաջորդ օրը: Դա կախված է նրանից, որ հիվանդության ժամանակ թրոմբոցիտների քանակը նորմալ է:

Ամենաբնորոշ նշաններից են արտահայտված արյունազեղումները առավել խոշոր հոդերում: Հոդը չափերով մեծանում է: Կրկնակի արյունազեղումները բերում են հոդի դեստրուկցիայի և դիստրոֆիկ փոփոխությունների՝ առաջացնելով անկիլոզներ:

Հեմոֆիլիային բնորոշ են արտահայտված արյունահոսությունները քթից, լնդերից, բերանի խոռոչից, ավելի հազվադեպ՝ աղեստամոքսային տրակտից և երիկամներից:

Հեմոռագիկ սինդրոմի բնույթը կախված է երեխայի տարիքից: Նորածինների մոտ առաջանում է կեֆալոհեմատոմա կամ առաջադիր մասերի արյունազեղումներ: Կրծքի հասակում առաջանում են արյունահոսություններ ատամների ծկլթման ժամանակ: Երբ երեխան սկսում է քայլել, գերակշռում են հոդերում և մկաններում հեմատոմաները:

Արյունահոսությունների հետևանքով զարգանում է անեմիա, որն արագ վերականգնվում է, քանի որ էրիթրոպոեզը նորմալ է:

**Ախտորոշում:** Նկատվում է արյան մակարդման ժամանակի երկարացում մինչև մի քանի ժամ, ինչպես նաև՝ մակարդման գործոնների քանակի իջեցում:

**Բուժում:** Կիրառվում են արյունակարգ միջոցներ, բացակայող գործոնների համալրվում: A-ի ժամանակ ներարկվում է VIII գործոնի պրեցիպիտատ, B-ի ժամանակ կոնցենտրացված պլազմա կամ II, VII, IX և XI գործոնների կոմպլեքս: Արտաքին արյունահոսությունների ժամանակ օգտագործում են արյունահոսությունը դադարեցնող միջոցներ: Արյունահոսող անոթը պետք է ճնշել, խցանել, դնել սառույց, ֆիբրինային սպունգ և այլ արյունականգ միջոցներ:

Հոդերի արյունազեղումների ժամանակ, սուր շրջանում անհրաժեշտ է հանգիստ, հոդի տաքացում, և անշարժացում 2-

3 օր: Հետագայում կիրառվում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ:

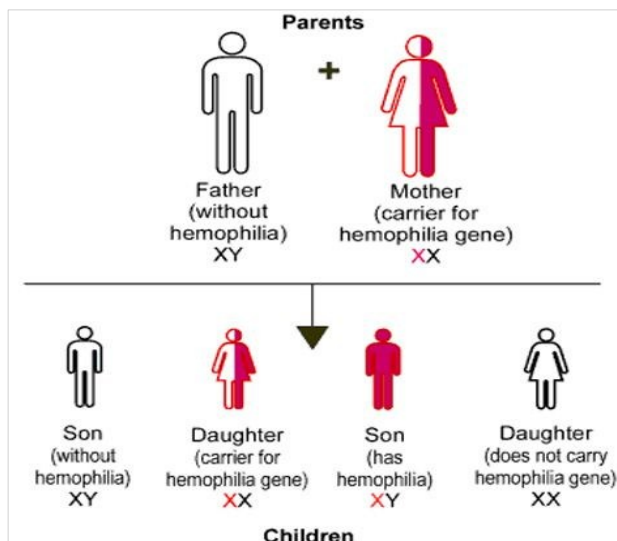
Ծանր դեպքերում կատարվում է արյան փոխներարկում: Անհրաժեշտ է միայն թարմ արյուն, որը պարունակում է բավարար քանակով հակահեմոֆիլային գլոբուլին:

**Խնամք:** Սուր շրջանում սահմանվում է անկողնային ռեժիմ: Արգելվում են միջմկանային և ենթամաշկային ներարկումները, բժշկական բանկաները, զոնդավորումները, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթումները:

Դեղորայքը տրվում է միայն էնտերալ ճանապարհով և մակերեսային երակների միջոցով: Զգուշությամբ են կատարվում տաքացնող կոմպրեսները, ջեռակների, մանանեխի սպեղանիները:

Սահմանվում է խնայողական ռեժիմ, սահմանափակվում է շարժողական ակտիվությունը: Չի թույլատրվում բաժանմունքում քայլել խոնավ մաքրումից անմիջապես հետո: Հիվանդից հեռացվում են ծակող, կտրող գործիքները, սուր առարկաները:

Հազուստ պետք է լինի ազատ, առանց կոպիտ կարերի: Հակացուցված է ցատկելը, թռչկոտելը, հեծանիվ վարելը: Թույլատրվում է լողը: Հոդերի շրջանում դրվում են պորոլոնային վահանակներ: Անհրաժեշտ է ժամանակին բուժել կարիոզ ատամները (հատուկ մասնագիտացված ատամնաբույժների մոտ), որպեսզի հարկ չլինի դրանք հեռացնել:



**Նկար 57: Հեմոֆիլիայի X- քրոմոսոմով ուղեւորվ ժառանգման սխեմա**



**Նկար 58: Հեմարթրոզ՝ ծնկահոդի արյունազեղում հեմոֆիլիայի ժամանակ**



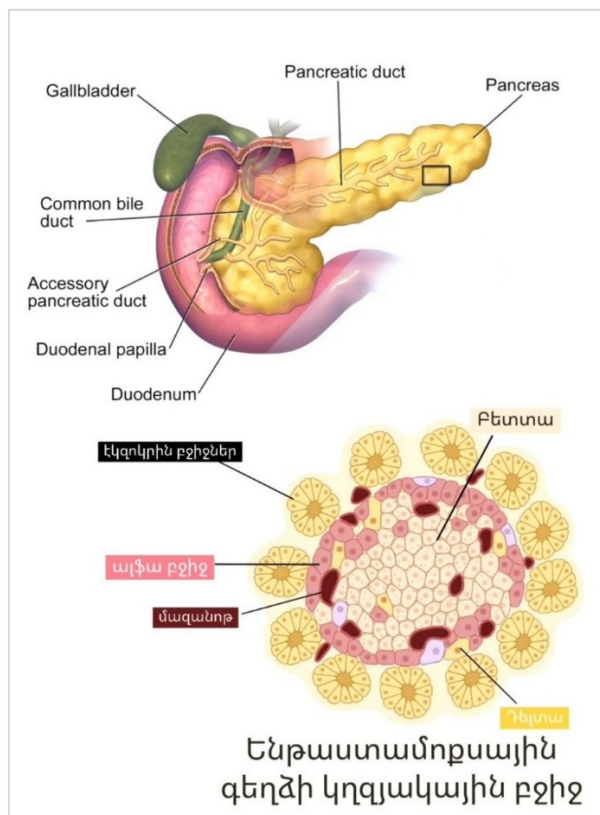
**Նկար 59: Հեմոֆիլիայի ժամանակ առաջացած խորքային արյունաղեղում միջմկանային հյուսվածքում (կարող է առաջացնել ցավ, շարժումների սահմանափակում և այտուց)**

## **ՆԵՐՋԱՏԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏԸ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ**

Շաքարային դիաբետը (ՇԴ) էնդոկրին համակարգի քրոնիկ հիվանդություն է, որն առաջանում է ինսուլինի բացարձակ (1-ին տիպ) կամ հարաբերական անբավարարության (2-րդ տիպ) հետևանքով՝ հանգեցնելով արյան մեջ գլյուկոզայի բարձր մակարդակի (հիպերգլիկեմիա): Այն կարող է առաջացնել երկարաժամկետ բարդություններ, հատկապես անոթային, նյարդային և երիկամային համակարգերում:

Ենթաստամոքսային գեղձը մարսողական ֆերմենտներ (արտազատիչ մաս) և տարբեր հորմոններ (ներզատիչ մաս) արտազատող, հետորովայնամզային տեղադրություն

ունեցող կենտ օրգան է: Անատոմիական բաժիններն են՝ գլուխ, որը հարում է տասներկուամատնյա աղիքին, մարմին, որը ձգվում է դեպի փայծաղ: Այն ունի գլխավոր արտատար ծորան (ductus pancreaticus), որը բացվում է տասներկուամատնյա աղիք՝ հաճախ միանալով լեղուղուն:



**Նկար 60: Ենթաստամոքսային գեղձի անատոմիան և  
հյուսվածքաբանական կառուցվածքը**

Գեղձը բաղկացած է էկզոկրին և էնդոկրին հատվածներից. .

- էկզոկրին մաս՝ պարունակում է ագինուսներ, որոնք արտադրում են մարսողական ֆերմենտներ,
- էնդոկրին մաս՝ ներկայացված է Լանգերհանսի կղզյակներով (կազմելով ընդհանուր ծավալի 1-1,5% - ը), որոնք պարունակում են՝
  - Բետա բջիջներ (ինսուլին),
  - Ալֆա բջիջներ (գլյուկագոն),
  - Դելտա բջիջներ (սոմատոստատին):

**Ինսուլին** հորմոնը աջակցում է գլյուկոզայի ներթափանցմանը բջիջներ, նվազեցնում է արյան շաքարի մակարդակը: **Գլյուկագոն** հորմոնը խթանում է գլիկոգենի (գլյուկոզան լյարդում պահեստավորվում է գլիկոգենի ձևով) քայքայումը լյարդում՝ բարձրացնելով արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակը:

**Էթիոլոգիա:** **ՇՌ տիպ 1-ը** բազմագործոն հիվանդություն է, որի զարգացմանը նպաստում են ժառանգական նախատրամադրվածությունը, իմունաբանական խանգարումները և շրջակա միջավայրի գործոնները:

- **Ժառանգական գործոններ:** Հիվանդության զարգացման հետ առավել սերտորեն կապված են HLA (Human Leukocyte Antigen) համակարգի որոշ ալելներ, մասնավորապես՝ HLA-DR3 և HLA-DR4: HLA համակարգը կարևոր դեր ունի իմունային պատասխանի կարգավորման գործում, իսկ նշված ալելների առկայությունը բարձրացնում է ՇՌ տիպ 1-ի զարգացման ռիսկը:

- **Իմունաբանական մեխանիզմներ:** Հիվանդության հիմքում ընկած է աուտոիմուն գործընթացը, որի ընթացքում իմունային համակարգը թիրախավորում և աստիճանաբար ոչնչացնում է ենթաստամոքսային գեղձի β -բջջերը:
- **Շրջակա միջավայրի գործոններ:** Որոշ վիրուսային վարակներ, թունավոր նյութեր և այլ արտաքին ազդեցություններ կարող են նպաստել աուտոիմուն գործընթացի ակտիվացմանը՝ հատկապես գենետիկորեն նախատրամադրված անձանց շրջանում և խթանել ՇԴ տիպ 1-ի զարգացումը:

**ՇԴ տիպ 2-ի** զարգացման հիմքում ընկած են ինսուլինառեզիստենտությունը և ենթաստամոքսային գեղձի β-բջջերի աստիճանական խանգարումը: Հիվանդության առաջացմանը նպաստում են բազմաթիվ փոխկապակցված գործոններ, որոնցից առավել կարևորներն են.

- **Ժառանգական գործոններ**, որոնք պայմանավորում են հիվանդության նկատմամբ գենետիկ նախատրամադրվածությունը,
- **շրջակա միջավայրի և կենսակերպի գործոններ**, մասնավորապես՝ ճարպակալումը (հատկապես որովայնային), ֆիզիկական պասիվությունը, ոչ առողջ սննդակարգը, քրոնիկական սթրեսը, տարիքը և մի շարք այլ գործոններ, որոնք նպաստում են ինսուլինառեզիստենտության զարգացմանը և, ժամանակի ընթացքում, β -բջջերի ֆունկցիոնալ սպառմանը:

Այս գործոնների փոխազդեցության հետևանքով զարգանում են ինսուլինառեզիստենտություն և ինսուլինի սեկրեցիայի խանգարում, որոնք, համակցվելով հանգեցնում են գլյուկոզայի հոմեոստազի խաթարմանը և, ի վերջո, շաքարային դիաբետի տիպ 2-ի զարգացմանը:

Ըստ ածխաջրատային փոխանակության տարբերակում ենք ՇԴ-ի հետևյալ փուլերը.

1. Կոմպենսացված, երբ բուժման ազդեցությամբ ստեղծվում է նորմոգլիկեմիայի և ագլյուկոզուրիայի (մեզում չկա գլյուկոզա) վիճակ:
2. Սուբկոմպենսացված, որն ուղեկցվում է մեղմ հիպերգլիկեմիայով (13,9 մմոլ/լ-ից ոչ ավել), գլյուկոզուրիայով (50 գրամ/ օրական չգերազանցող), ացետոնուրիայի բացակայությամբ:
3. Դեկոմպենսացված, երբ հիպերգլիկեմիան գերազանցում է 13,9 մմոլ/լ, գլյուկոզուրիան 50 գ/օրական և առկա է ացետոնուրիա(կետոզ):

**ՇԴ տիպ 1-ի կլինիկա :** Բնորոշ է սուր սկիզբը, հաճախ հանդիպում է մանկական և պատանեկան տարիքում:

Արտահայտվում է հետևյալ ախտանշաններով.

- Պոլիուրիա (շատամիզություն)
- Պոլիդիպսիա (ուժեղ ծարավ)
- Պոլիֆագիա (բարձր ախորժակ)
- Քաշի կորուստ (ինսուլինի բացակայության պատճառով)
- Հոգնածություն,թուլություն

- Փոքր երեխաների մոտ կարող է լինել գիշերային և ցերեկային էնուրեզ, մեզը անգույն է, թողնում է օսլայաձև հետքեր, մաշկը չոր է, հաճախ միանում է սնկային և թարախային ախտահարումը, կարող է լինել շփաբորբ:
- Կետոացիդոզի զարգացում (փսխում, որովայնային ցավ, ացետոնային շնչառություն, գիտակցության խանգարում):

**ՇՐ տիպ 2-ի կլինիկա:** Բնորոշ է հիվանդության դանդաղ զարգացումը, հիմնականում հանդիպում է մեծահասակների մոտ: Արտահայտվում է հետևյալ ախտանիշներով.

- Հոգնածություն, էներգիայի պակաս
- Պոլիուրիա, պոլիդիպսիա (բայց հաճախ պակաս արտահայտված, քան տիպ 1-ի դեպքում)
- Մաշկի քոր, ինֆեկցիաների հակվածություն (հատկապես մաշկային և միզուղիների)
- Վատ լավացող վերքեր
- Մաշկային փոփոխություններ՝ acanthosis nigricans (սևավուն հաստացում վզին, թևատակերում)
- Քաշի ավելացում կամ ճարպակալում (բայց հիվանդությունը կարող է հանդիպել նաև նորմալ քաշ ունեցող անձանց մոտ):

Տիպ 1-ը սկսվում է արագ և հաճախ ուղեկցվում է կետոացիդոզով, մինչդեռ տիպ 2-ը զարգանում է տարիների ընթացքում, ընդ որում՝ սկզբում առանց ծանր ախտանիշների:

**Ախտորոշում:** Առողջ մարդկանց մոտ քաղցած վիճակում արյան մեջ մագանթային (մատից չափված) գլյուկոզայի նորմալ մակարդակը 3,33-5,55 մմոլ/լ է, իսկ երակային արյան մեջ՝ մինչև 6,4 մմոլ/լ:

Շաքարային դիաբետի (ՇԴ) ախտորոշումը հիմնվում է արյան գլյուկոզայի մակարդակի չափման և գլիկոզացված հեմոգլոբինի (HbA1c) արդյունքների վրա: HbA1c հեմոգլոբինի այն ձևն է, որը կապվել է գլյուկոզայի հետ: Այն ցույց է տալիս վերջին 2-3 ամիսների ընթացքում արյան գլյուկոզայի միջին մակարդակը, քանի որ գլյուկոզան կապվում է էրիթրոցիտների հեմոգլոբինին, իսկ էրիթրոցիտների կյանքի տևողությունը մոտ 120 օր է: Այն կարևոր ցուցանիշ է և պատկերացում է տալիս ՇԴ-ի կոմպենսացման աստիճանի մասին: Առողջ մարդկանց մոտ այն 4- 6% է:

Ըստ ԱՀԿ-ի դիաբետի ախտորոշումը հաստատվում է, եթե ստորև նշվածներից առկա է ցանկացած մեկ չափանիշ.

1. պլազմայի գլյուկոզա՝ սոված վիճակում  $\geq 7.0$  մմոլ/լ,
2. պլազմայի գլյուկոզա՝ ուտելուց 2 ժամ հետո  $\geq 11,1$  մմոլ/լ,
3. պլազմայի գլյուկոզա՝ ցանկացած պահի  $\geq 11,1$  մմոլ/լ + դասական ախտանիշներ,
4.  $HbA1c \geq 6,5\%$ :

Եթե արդյունքը սահմանային է, փորձը կրկնվում է 1-2 օրվա ընթացքում հաստատման համար:

Ախտորոշումից հետո հաջորդ քայլը, հիվանդության ճիշտ և գրագետ վարումն է, որի հիմքում ընկած է օրական գլյուկոզայի ադեկվատ մոնիտորինգ: Ներկայումս այդ գործընթացը հեշտացել է ժամանակակից սարքավորումների

առկայության միջոցով (գլյուկոզայի շարունակական մոնիտորինգի սարքը): Այն տեղադրվում է ենթամաշկային հյուսվածքում և թույլ է տալիս հետախոսներում 3-5 րոպեն մեկ հաճախականությամբ ստանալ գլյուկոզայի մակարդակի մասին տվյալները, ինչը հնարավորություն է տալիս նաև բժշկին հետևել 24 ժամյա գլյուկոզայի տատանումներին և ճիշտ ցուցումներ անել: Երբ օրգանիզմում հիպո- կամ հիպերգլիկեմիա է, սարքը ահազանգում է, որի արդյունքում արագ օգնություն է տրվում պացիենտին մինչ կլինիկական ախտանիշների ի հայտ գալը: Հետևաբար սարքն ակնառու առավելություններ ունի սովորական գլյուկոմետրի նկատմամբ, ինչը ոչ միայն հեշտացնում է դիաբետ ունեցող երեխայի բուժման ճիշտ կազմակերպումը, այլ նաև կանխում է վաղաժամ բարդությունների առաջացումը: Մեծ է նաև սարքի դերը դիաբետ ունեցող երեխաների կյանքի որակի բարելավման հարցում, քանի որ երբեմն սովորական գլյուկոմետրով չափումները հասարակական վայրերում կարող են դժվար տրվել երեխային և առաջացնել հոգեբանական բարդություններ:

**Բարդություններ:** Շաքարային դիաբետի (ՇԴ) բարդությունները լինում են սուր և քրոնիկ (երկարաժամկետ): **Սուր բարդությունները** զարգանում են արագ, պահանջում են անհետաձգելի բուժում: Դրանք են հիպեր- և հիպոգլիկեմիկ կոմաները:

## **Հիպերգլիկեմիկ կոմա**

**Դիաբետիկ կետոացիդոտիկ կոմա.** շաքարային դիաբետի վտանգավոր բարդություն է, որն առաջանում է, երբ օրգանիզմը չի կարողանում օգտագործել գլյուկազան էներգիայի համար և սկսում է քայքայել ճարպերը Դրա արդյունքում արյան մեջ կուտակվում են կետոններ, որոնք բարձրացնում են օրգանիզմի ներքին միջավայրի PH-ը (ացիդոզ): Կետոնները հայտնվում են ինչպես մեզում, այնպես էլ արտանետվում են թոքերով, այդ պատճառով նման բարդություն ունեցող բուժառուների բերանից ագետոնի հոտ է գալիս:

### **Պատճառներն են.**

- չախտորոշված դիաբետը,
- ինսուլինի ներարկման բացթողումը,
- ինսուլինի թերդոզավորումը,
- դիետայի կոպիտ խախտումը,
- սթրեսը,
- այլ հիվանդությունների միանալը:

### **Ախտանիշներն են.**

- կոմայից մի քանի օր առաջ ուժեղացած ծարավի զգացումը,
- շատացած դիուրեզը, չոր մաշկը,
- վատ ախորժակը, սրտխառնոցը, փսխումը, ընդհանուր թուլությունը,
- գլխացավը, որովայնի, կմախքային մկանների ցավը,
- բերանից ագետոնի հոտը, քնկոտությունը,

- գիտակցության արգելակումը, ընդհուպ կոմայի ժամանակ՝ կորուստը,
- ցածր զարկերակային ճնշումը, հաճախացած անոթազարկը,
- հիպերգլիկեմիան, մեզի մեջ շաքարի ու ացետոնի առկայությունը:

### **Հիպոգլիկեմիկ կոմա**

Հիպոգլիկեմիկ կոման շաքարային դիաբետի սուր բարդություն է, որը զարգանում է արյան գլյուկոզայի մակարդակի կտրուկ նվազման հետևանքով: Այն առավել հաճախ հանդիպում է ինսուլին ստացող հիվանդների մոտ՝ ինսուլինի չափից մեծ դոզայի ներարկման, սննդի ընդունման ուշացման կամ բացթողման, ինտենսիվ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության, փսխման, լուծի կամ ալկոհոլի օգտագործման արդյունքում:

Հիպոգլիկեմիկ կոմայի զարգացման սկզբնական նշաններն են՝ սովի զգացումը, թուլությունը, դողը, սառը քրտնարտադրությունը, սրտխփոցը, անհանգստությունը, գրգռվածությունը, գլխապտույտը, գլխացավը, ուշադրության և վարքի խանգարումները:

Հիվանդը կարող է դառնալ ագրեսիվ, անկանոն խոսել կամ ունենալ ոչ ադեկվատ վարքագիծ:

Վիճակի խորացման դեպքում զարգանում են գիտակցության խանգարումներ, ցնցումներ և գիտակցության կորուստ: Մաշկը սովորաբար գունատ է և խոնավ, արտահայտված է առատ քրտնարտադրությունը:

Շնչառությունը սովորաբար նորմալ է, բերանից ացետոնի հոտ չի զգացվում, ակնագնդերը փափուկ են, մկանային տոնուսը՝ բարձրացած: Արյան մեջ գլյուկոզայի մակարդակը սովորաբար 2,8մմոլ/լ-ից ցածր է:

### **ՀԻՊԵՐԳԼԻԿԵՄԻԿ ԵՎ ՀԻՊՈԳԼԻԿԵՄԻԿ ԿՈՄԱՆԵՐԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

| <b>Ախտանշանները</b>              | <b>Հիպերգլիկեմիկ<br/>կոմա</b>   | <b>Հիպոգլիկեմիկ<br/>կոմա</b>    |
|----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Սկիզբը                           | Աստիճանաբար                     | Սուր, միանգամից                 |
| Բերանի հոտը                      | Ացետոնի                         | Չի լինում                       |
| Մաշկը                            | Զոր, գունատ                     | Խոնավ                           |
| Շնչառությունը                    | Խորը և աղմկոտ<br>(Կուսմաուլյան) | Մակերեսային                     |
| Բերը                             | Նեղացած                         | Լայնացած                        |
| Աչքերի<br>խնձորակների<br>տոնուսը | Իջած                            | Նորմալ                          |
| Ախորժակը                         | Իջած (բացակայում<br>է)          | Բարձրացած                       |
| Որովայնի ցավ                     | Լինում է                        | Չի լինում                       |
| Ցնցումներ                        | Չի լինում                       | Վերջույթների դող,<br>ցնցում     |
| Պուլսը                           | Հաճախացած                       | Նորմալ                          |
| Գիտակցությունը                   | Աստիճանաբար<br>մթազնում է       | Արագ<br>գիտակցության<br>կորուստ |
| Շաքարը արյան մեջ                 | Բարձրացած է                     | Իջած է                          |

|                |    |              |
|----------------|----|--------------|
| Շաքարը մեզում  | Կա | Բացակայում է |
| Ացետոնը մեզում | Կա | Բացակայում է |

**Քրոնիկ բարդությունները** զարգանում են տարիների ընթացքում: Միկրովասկուլյար (փոքր անոթների վնասում) բարդություններն են՝ դիաբետիկ ռետինոպաթիաները (ցանցաթաղանթի անոթների վնասում, որը կարող է բերել կուրության), դիաբետիկ նեֆրոպաթիաները (երիկամային անոթների վնասում, քրոնիկ երիկամային անբավարարության զարգացմամբ), դիաբետիկ նեյրոպաթիաներ (ոտքերի ցավ, թմրածություն, խոցեր):

Մակրովասկուլյար (մեծ անոթների վնասում) բարդություններն են՝ իշեմիկ սրտային հիվանդությունը (ՍՀԻ) և ինֆարկտի բարձր ռիսկը, ինսուլտի (ուղեղային կաթված) մեծ հավանականությունը, պերիֆերիկ անոթային հիվանդությունները՝ «դիաբետիկ ոտնաթաթ», խոցեր, որոնք կարող են հանգեցնել վերջույթի ամպուտացիայի:

**Եզրակացություն:** ՇԴ-ի բարդությունները կանխելու համար կարևոր է գլիկեմիայի խիստ հսկողությունը ( $HbA1c < 7\%$ ), արյան ճնշման և խոլեստերինի վերահսկումը, առողջ կենսակերպը և կանոնավոր ստուգումները: Խիստ հսկողության դեպքում բարդությունների առաջացումը կարելի է կանխարգելել:

**Բուժում:** ՇԴ-ի բուժումը համալիր մոտեցում է և ընդգրկում է հետևյալ կետերը.

1. սննդակարգ,
2. դեղորայքի ընդունում,

3. չափավոր ֆիզիկական ակտիվություն,
4. ինքնահսկում և բուժառուի ուսուցում,
5. ուշացած բարդությունների կանխարգելում և բուժում:

**Մանդակարգ:** Բացառել հեշտ յուրացվող ածխաջրատները, քանի որ դրանք շատ արագ բարձրացնում են գլյուկոզայի քանակը արյան մեջ՝ ցորենի ալյուր, շաքար, մեղր, մանրաձավար, բրինձ, խաղող: Հիվանդին տալիս են հնդկաձավարի շիլա, բանջարեղեն, մրգեր, ոչ թթու հատապտուղներ:

**Ինսուլինոթերապիա:** ՇԴ տիպ 1-ի ժամանակ գեղձը չի արտադրում ինսուլին, ուստի անհրաժեշտ են օրվա ընթացքում ինսուլինի ներարկումներ: Բուժման հիմնական նպատակն է գլյուկոզայի մակարդակի և ինսուլինի ճիշտ բալանսի պահպանումը: Ինսուլինը հաշվարկվում է ըստ սննդով ստացած ածխաջրերի քանակի (հացային միավորներով): Մեկ հացային միավորը հավասար է 12 գրամ ածխաջրի, ինչը պարունակվում է մեկ կտոր 20 գրամանոց սպիտակ հացի կտորի մեջ: Մեկ հացային միավորին անհրաժեշտ է միջինում 1 միավոր ինսուլին:

Տարբերակում ենք բազալ (երկարատև ազդեցության) և սննդային (կարճատև ազդեցության) ինսուլիններ, որպեսզի ապահովեն ինչպես առանց պիկի երկարատև ազդեցություն, այնպես էլ հետևողական գլյուկոզայի կարգավորում սնունդ ընդունելուց հետո:

Կա ինսուլինի 4 տեսակ (որոնք հասանելի են նաև մեր երկրում)

1. Ուլտրակարճ ազդեցության ինսուլին (Rapid- acting).

- արագ ազդեցություն՝ 5- 15 րոպե հետո,
  - գործում է 3- 4 ժամ,
  - օգտագործվում է սննդից անմիջապես առաջ:
2. Կարճատև ազդեցության ինսուլին (Short- acting).
- գործում է 30- 60 րոպե հետո
  - պիկը՝ 2-3 ժամ, տևում է 6-8 ժամ
  - օգտագործվում է սննդից մոտ 20 րոպե առաջ:
3. Միջին տևողության ինսուլին (Intermediate- acting).
- գործողությունը սկսվում է 1-2 ժամ հետո,
  - տևում է 12-16 ժամ,
  - արյան մեջ բազալ ինսուլինի մակարդակն է ապահովում, հիմնականում բաժանվում է 2 մասի և ներարկվում է առավոտյան և քնելուց առաջ:
4. Երկարատև ազդեցության ինսուլին (Long- acting).
- գործողությունը սկսվում է 1-2 ժամ հետո,
  - տևում է 24-42 ժամ,
  - օգտագործվում է օրվա ընթացքում գլյուկոզայի մակարդակի կայուն վերահսկման համար (բազալ ինսուլինի տեսակ, սովորաբար 1 անգամ է ներարկվում, կամ առավոտյան կամ երեկոյան):

Այժմ մեր երկրում երեխաներին անվճար տրամադրվում է ուլտրակարճ և երկարատև ազդեցության ինսուլիններ, որոնք ապահովում են գլյուկոզայի մակարդակի ավելի ճիշտ վերահսկում՝ նմանվելով բնական ինսուլինի գործողություններին: Ինսուլինը ներարկվում է ենթամաշկային, հատուկ ինսուլինային ներարկիչներով կամ ինսուլինային գրիչներով (ավելի հեշտ օգտագործման համար,

դրանք ավելի կոմպակտ են, ներարկումը ավելի հարմար է տարբեր իրավիճակներում): Տիպ 1 ՇԴ-ով յուրաքանչյուր բուժառուի պահանջարկը ինսուլինի նկատմամբ խիստ անհատական է, ինսուլինի մեկանգամյա և օրական դոզաները հաշվարկվում են՝ հաշվի առնելով հիվանդության կլինիկական առանձնահատկությունները: Նոր հայտնաբերված տիպ 1 ՇԴ-ով բուժառուին ինսուլին նշանակվում է 0,5Մ/կգ օրական դեղաչափով, հետագայում կախված իրավիճակից դեղաչափը նվազեցնում կամ ավելացնում են: Օրինակ, սեռական զարգացման ժամանակ (10-15 տարեկան) հորմոնալ ազդեցությունը կարող են մեծացնել արյան գլյուկոզայի տատանումները, երբ մարմինը ավելի շատ հորմոններ է արտադրում, որոնք կարող են հակազդել ինսուլինին և անհրաժեշտություն առաջանա ինսուլինի դեղաչափերի բարձրացման: Կամ «մեղրամսի» շրջանում ընդհակառակը՝ ինսուլինի դեղաչափերը իջեցվում կամ ամբողջությամբ հանվում են, որը կարող է տևել միջինում 6-12 ամիս:

**Ինսուլինոթերապիայի հնարավոր բարդություններն են.**

1. **հիպոգլիկեմիա** (նվազագույն շաքար), երբ ինսուլինի չափաբաժինը շատ բարձր է կամ սնունդը՝ անբավարար, ուստի գլյուկոզայի մակարդակը իջնում է չափից ավելի,
2. **ալերգիկ ռեակցիաներ** (ոչ հաճախակի)՝ ներարկման տեղում կարող է առաջանալ կարմրություն, քոր, այտուց, ցավ, նաև մաշկի խոցեր կամ ցան,

3. **ինսուլինի ներարկման տեղում լիպոդիստրոֆիաներ** (հաճախակի երեխաների մոտ)՝ կրկնվող ներարկումները նույն վայրում կարող են հանգեցնել ճարպի կուտակման (հիպերտրոֆիկ ձև) կամ քայքայման (ատրոֆիկ ձև), ինչը դժվարացնում է ինսուլինի ներծծումը,

4. **հիպերգլիկեմիա** (բարձր շաքար)՝ պատճառը ինսուլինի ցածր դեղաչափի օգտագործումն է, ինչը հանգեցնում է գլյուկոզայի մակարդակի բարձրացման՝ հիպերգլիկեմիայի:

Շաքարային դիաբետը երկարատև և կոմպլեքս բուժում է պահանջում, որը ներառում է ինսուլինի ճիշտ ընտրություն և դոզավորում, սննդի վերահսկում և ֆիզիկական ակտիվություն: ՇԴ 1-ին տիպի դեպքում հատկապես կարևոր է ինսուլինի ընդունման կանոնակարգումը՝ գլյուկոզայի մակարդակի վերահսկման համար: Բուժումը պետք է լինի անհատականացված, հաշվի առնելով յուրաքանչյուր հիվանդի տարիքային խումբը, հիվանդության փուլը և ենթադրյալ բարդությունները:

### **Անհետաձգելի օգնությունը հիպերգլիկեմիկ կոմայի ժամանակ**

- Շտապ հոսպիտալացնել երեխային:
- Որոշել արյան մեջ և մեզում գլյուկոզայի, կետոնային մարմինների քանակը, արյան քի-ը, էլեկտրոլիտները:
- Ժամը մեկ չափել զարկերակային ճնշումը, պուլսը, շնչառության հաճախականությունը:

- ժամը մեկ արյան մեջ որոշել գլյուկոզայի քանակը, արյան քի-ը,:
- Կատարել 4% սոդայի լուծույթով ստամոքսի լվացում (հեղուկի մի մասը թողնել ստամոքսում), մաքրող հոգնա, քանի որ երեխայի մոտ կա կետոացիդոզ:
- Երեխային տաքացնել, հետևել, որ բոլոր ներմուծվող հեղուկների ջերմաստիճանը լինի 37°C, քանի որ հիվանդները հակում ունեն հիպոթերմիայի:
- Կատարել միզապարկի կաթետերիզացիա:
- Ներարկել կարճատև ազդեցության ինսուլին՝ 1 միավոր կգ քաշին,( օրինակ՝ 50կգ-ին 50 միավոր, իսկ բուժված հիվանդներին՝ 1,5 միավոր կգ-ին),
- օրվա ամբողջ դոզան բաժանել երեք մասի. առաջին ներարկումը կատարել օրվա դոզայի 1/3, ն/ե շիթային:
- Երկրորդ բաժինը ն/ե կաթիլային, ֆիզիոլոգիական լուծույթով համակարգի մեջ ավելացնելով կոկարբոքսիլազա, ասկորբինաթթու, հեպարին:
- Նախքան երրորդ բաժին ներարկելը, ստուգել շաքարի քանակը արյան մեջ, եթե այն իջել է մինչև 10մմոլ/լ՝ երրորդ բաժինը կատարել ե/մ, իսկ եթե չի իջել՝ ն/ե:
- Գլյուկոզայի քանակը արյան մեջ շատ արագ իջեցնելը վտանգավոր է, քանի որ կարող է առաջ բերել ուղեղի այտուց, այն պետք է իջնի ժամում 4-5 մմոլ/լ- ու,
- Սովորաբար ացիդոզը չեզոքացնելու կարիք չի առաջանում, արյան քի-ի վերականգնումը տեղի է ունենում ռեհիդրատացիայի և ինսուլինի ներմուծման շնորհիվ:

- Առաջին օրը սնունդը պետք է լինի խնայող, հեշտ յուրացվող ածխաջրատների բավարար քանակով (հեղուկ շիլա, բանջարեղենային և մրգային պյուրեներ), իսկ երկրորդ օրվանից՝ դիաբետիկ սեղան:

### **Անհետաձգելի օգնությունը հիպոգլիկեմիկ կոմայի ժամանակ**

Եթե հիվանդը գիտակից է և կարողանում է կուլ տալ, անհրաժեշտ է անմիջապես տալ արագ ներծծվող ածխաջրեր՝ շաքար, քաղցր հյութ, մեղր կամ քաղցր թեյ:

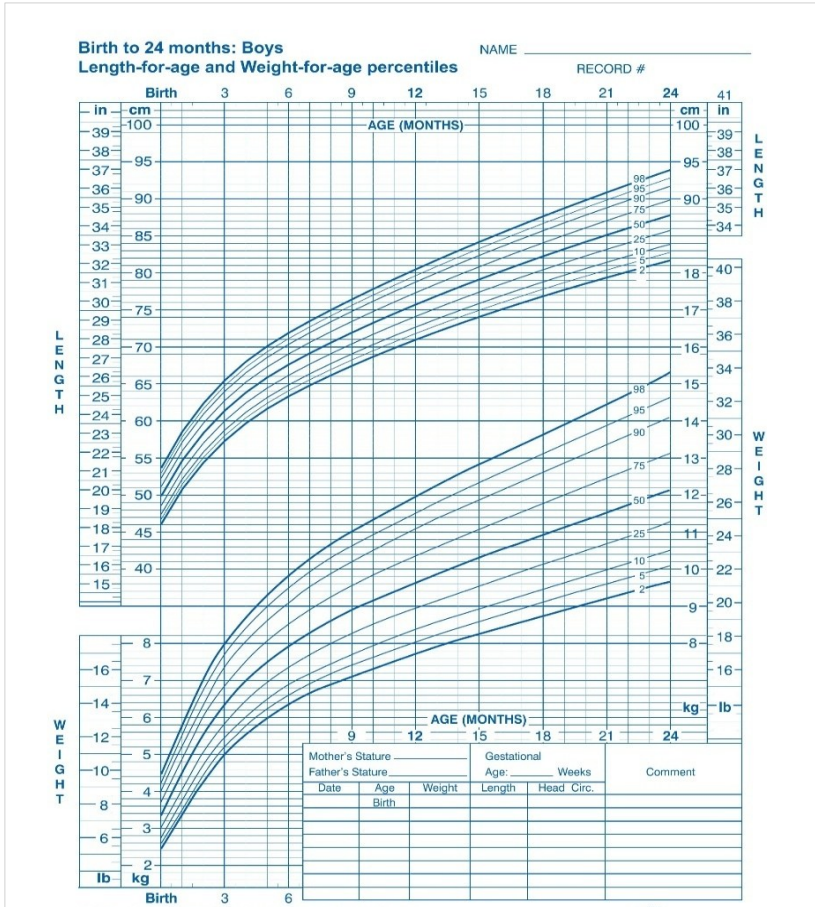
Եթե հիվանդն անգիտակից վիճակում է, անհրաժեշտ է.

- ապահովել շնչուղիների անցանելիություններ,
- հիվանդին պառկեցնել կողքի վրա,
- հիվանդանոցից դուրս կատարել գլյուկագոնի ներարկում (0,2մգ/կգ կամ ըստ տարիքային դեղաչափի),
- հիվանդանոցում անհապաղ կատարել գլյուկոզայի ներերակային ներարկում: Երեխաների մոտ սովորաբար կիրառվում է 10 % գլյուկոզայի լուծույթ՝ 2-5 մլ/կգ դեղաչափով, իսկ ծանր դեպքերում՝ 25% գլյուկոզայի լուծույթ՝ 2-4 մլ/կգ: Մեծահասակների մոտ ներարկվում է 20-40 մլ 40% գլյուկոզայի լուծույթ՝ ներերակային դանդաղ:

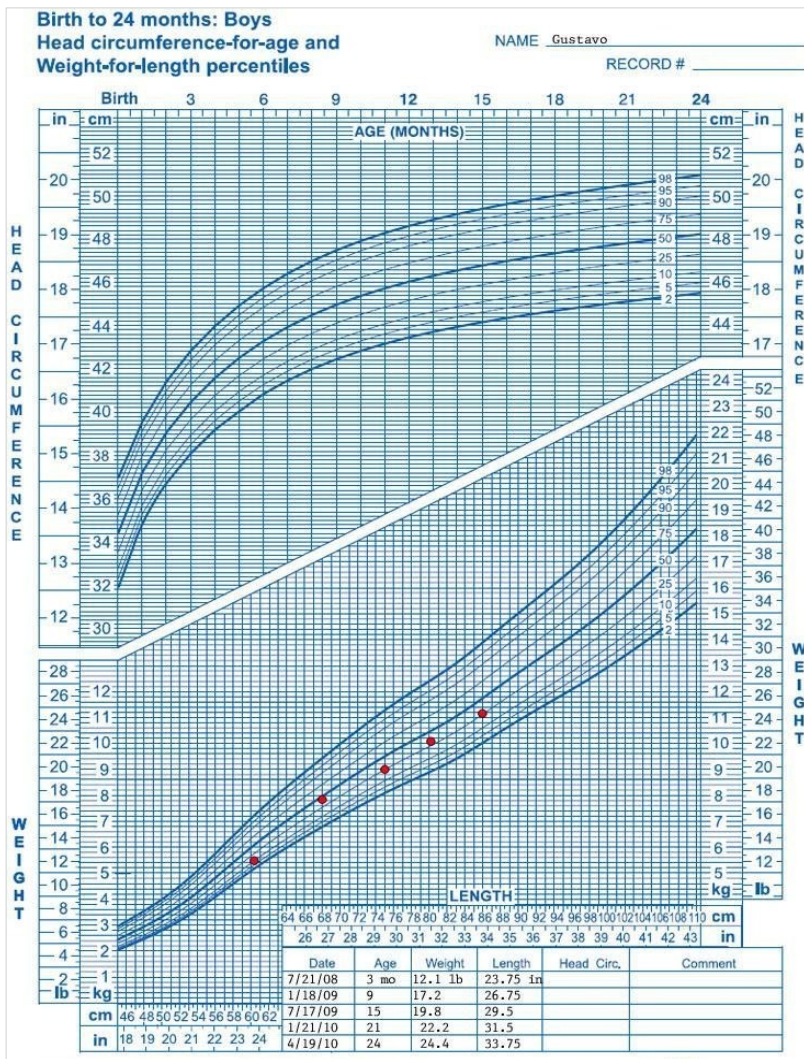
Հիվանդի գիտակցության վերականգնումից հետո անհրաժեշտ է շարունակել ածխաջրերով ապահովումը և վերահսկել արյան գլյուկոզայի մակարդակը:

**Պետք է հիշել** որ հիպոգլիկեմիկ կոման զարգանում է արագ և կարող է կյանքին վտանգ սպառնալ, սակայն ժամանակին ախտորոշման և գլյուկոզայի ներմուծման դեպքում վիճակը սովորաբար արագ բարելավվում է:

# ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ



**Գծապատկեր 1:** Տղաների (ծննդից մինչև 24 ամսական) հասակի՝ ըստ տարիքի և մարմնի զանգվածի՝ ըստ տարիքի պերցենտիլային աճի գծապատկերներ



**Գծապատկեր 2:** Տղաների (ծննդից մինչև 24 ամսական) գլխի շրջագծի՝ ըստ տարիքի և մարմնի զանգվածի՝ ըստ հասակի պերցենտիլային աճի գծապատկերներ



**ԽՆԱՍՔԸ Ն/Գ ԾՆՆԴԱԲԵՐԱԿԱՆ ՎՆԱՍՎԱԾՔԻ  
ՍԿԶԲՆԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆՈՒՄ ԵՎ ՆՈՐԱԾՆԻՆ  
ԱՍՖԻՔՍԻԱՅԻՑ ԴՈՒՐՄ ԲԵՐԵԼՈՒՑ ՀԵՏՈ**

Նպատակը՝ կանխել արյունազեղման և ուղեղի այտուցի զարգացումը կամ բարդացումը:

| h/h | <b>Քույրական<br/>միջամտությունների պլան</b>                                               | <b>Հիմնավորում</b>                                                                                                                                                                                               |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ապահովվում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>• Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Երեխային տալ բարձրադիր դիրք, գլխի տակ դնել բարձ:                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ապահովում է արյան արտահոսքը գլխուղեղից:</li> </ul>                                                                                                                      |
| 3.  | Կախել սառցե պարկ գլխավերևում կամ դնել սառը երեխայի գլխին:                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Տեղի է ունենում գլխուղեղի անոթների նեղացում, որի հետևանքով նվազում է անոթների պատերի թափանցելիությունը:</li> </ul>                                                      |
| 4.  | Կերակրել երեխային զոնդով (երեխան պետք է քաղցած չմնա:<br>Կերակրման մեթոդի փոփոխությունները | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Կրծքով և ծծակով կերակրումը ավելորդ ծանրաբեռնվածություն է երեխայի համար:</li> </ul>                                                                                      |

|    |                                                                             |                                                                                                                                       |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | կատարել միայն բժշկի ցուցումով):                                             |                                                                                                                                       |
| 5. | Ապահովել լիարժեք հանգիստ, տեղավորելով երեխային անաղմուկ, մթնեցված պալատում: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Կանխվում է երեխայի անհանգստությունը, Ձ/Ճ բարձրացումը, ուղեղի մեջ արյունազեղումները:</li> </ul> |
| 6. | Բոլոր միջամտությունները կատարել տեղում: Աշխատել քիչ շարժել երեխային:        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ուղեղի արյունազեղումների կանխարգելում:</li> </ul>                                              |

## ԽՆԱՄՔԸ ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՀԵՄՈԼԻՏԻԿ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                         | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                                 |
|-----|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ապահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Ծնվելուց հետո անմիջապես կտրել պորտալարը և անջատել մորից: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Արյան միջոցով մորից երեխային են անցնում հակամարմիններ և երեխայի էրիթրոցիտները ենթարկվում են հեմոլիզի:</li> </ul>                                                     |

|    |                                                                                                             |                                                                                                                                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | Կերակրել երեխային դոնորական կրծքի կաթով: Մոտեցնել կրծքին կրծքի կաթի մեջ հակամարմինների տիտր նվազելուց հետո: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Մոր կրծքի կաթի մեջ կան հակամարմիններ, որոնք հեմոլիզի են ենթարկում երեխայի էրիթրոցիտները:</li> </ul> |
| 4. | Կազկմակերպել ֆոտոթերապիա (լուսաբուժություն) կյանքի 24-48 ժամվա ընթացքում:                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ֆոտոթերապիան նպաստում է բիլիռուբինի չեզոքացմանը օրգանիզմից՝ կղանքի և մեզի միջոցով:</li> </ul>       |

### ԽՆԱՄՔԸ ԹԵՐՄՆՈՒՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Նպատակը՝ հասցնել երեխային անթրոպոմետրիկ չափերի նորմայի, կանխել բարդությունները, ստեղծել երեխայի համար հարմարավետ պայմաններ:

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                                   | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                                     |
|-----|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ապահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>• Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Կազմել սննդի ռեժիմ: Հաշվել սննդի կալորաժր, սպիտակուցների, ճարպերի, | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հիպոտրոֆիայի պատճառը թերսնուցումն է, որը բերում է երեխայի մոտ սպիտակուցների,</li> </ul>                                                                                |

|    |                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | ածխաջրատների<br>հարաբերությունը:                                                           | ճարպերի,<br>ածխաջրատների,<br>վիտամինների, հանքային<br>աղերի<br>անբավարարություն:                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 3. | Տալ լրացուցիչ հեղուկներ:                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Էքսիկոզի կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4. | Աստիճանաբար<br>ավելացնել սննդի ծավալը,<br>հաշվի առնելով<br>հիպոտրոֆիայի<br>աստիճանը:       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հիպոտրոֆիայով<br/>տառապողների մոտ<br/>մարսողական<br/>ֆերմենտների ֆունկցիան<br/>ընկած է:</li> </ul>                                                                                                                                                                                       |
| 5. | Կազմակերպել օրվա<br>ռեժիմը և հետևել նրա<br>պահպանմանը:                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Օրվա ռեժիմը<br/>նախատեսում է սննդի<br/>կանոնավոր ընդունումը,<br/>հետևաբար սնունդը լավ է<br/>յուրացվում:</li> <li>• Օրվա ռեժիմը<br/>նախատեսում է քնի և<br/>հանգստի ժամեր, զբոսանք<br/>մաքուր օդում և այլն, որը<br/>նպաստում է երեխայի մոտ<br/>իմուն համակարգի<br/>ամրապնդմանը:</li> </ul> |
| 6. | Կատարել մերսում,<br>մարմնամարզություն:<br>Ապահովել երեխայի<br>շարժողական<br>ակտիվությունը: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Կանխվում են կանգային<br/>երևույթները թոքերում,<br/>մկանների հիպոտոնիան:<br/>Մերսումը և<br/>մարմնամարզությունը<br/>խթանում է երեխայի իմուն<br/>համակարգը:</li> </ul>                                                                                                                      |

|    |                                                                                      |                                                                                                                                      |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. | Զերծ պահել երեխային ինֆեկցիաներից, այլ հիվանդություններից:                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հիպոտրոֆիայի ժամանակ ընկնում է իմունիտետը և երեխան հեշտությամբ կարող է վարակվել:</li> </ul> |
| 8. | Ուսուցանել ծնողներին երեխայի սնուցման, խնամքի, մերսման և մարմնամարզության կանոնները: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հաճախ հիպոտրոֆիան զարգանում է սխալ սնուցման և խնամքի հետևանքով:</li> </ul>                  |

### ԽՆԱՄՔԸ ՌԱԽԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                                                                            | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                                     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ապահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>• Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Կազմակերպել երեխայի լիարժեք սնունդը, որը հարուստ է կալցիումով և վիտամիններով, հատկապես վիտամին D-ով և C-ով: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ռախիտը՝ պոլիհիպովիտամինոզ է: Ռախիտի ժամանակ պակասում է վիտամին D-ն, որի հետևանքով նվազում է կալցիումի քանակը երեխայի օրգանիզմում:</li> </ul>                           |
| 3.  | Կազմակերպել երեխայի օրվա ռեժիմը՝ օրը 2-3 անգամ տանել                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների ներքո</li> </ul>                                                                                                                     |

|    |                                                                  |                                                                                                                                |
|----|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | զբոսանքի՝ մաքուր<br>օդում:                                       | խթանվում է վիտամին D-ի<br>սինթեզը:                                                                                             |
| 4. | Կազմակերպել երեխայի<br>կոփումը, մերսումը,<br>մարմնամարզությունը: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ռախիտի ժամանակ<br/>նկատվում է մկանների<br/>հիպոտոնիա:</li> </ul>                      |
| 5. | Զերծ պահել<br>ինֆեկցիաներից:                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ռախիտով տառապող<br/>երեխաների մոտ ընկած է<br/>իմունիտետը:</li> </ul>                  |
| 6. | Ուսուցանել մորը<br>մանկան սնուցման,<br>խնամքի կանոնները:         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հաճախ ռախիտը<br/>հանդիսանում է վատ<br/>խնամքի և սխալ սնուցման<br/>հետևանք:</li> </ul> |

### ԽՆԱՄՔԸ ՀԻՊՈԿԱԼՅԵՄԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

| h/h | Քույրական<br>միջամտությունների պլան                                                  | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                                                           |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին<br>և նրա ծնողներին<br>հիվանդության մասին                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ահովում է հիվանդության<br/>մասին տեղեկություն<br/>ստանալու հիվանդի<br/>իրավունքը:</li> <li>• Հիվանդը և նրա ծնողները<br/>հասկանում են<br/>միջամտությունների<br/>անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Տալ երեխային<br>կալցիումով հարուստ<br>սնունդ (կաթնաշոռ,<br>թթու<br>կաթնախառնուրդներ, | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Համախտանիշի<br/>զարգացման հիմքում<br/>ընկած է կալցիումի<br/>պակասը օրգանիզմում:</li> </ul>                                                                                                   |

|    |                                                                                 |                                                                                                                                           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | ադապտացված կաթնախառնուրդ և այլն):                                               |                                                                                                                                           |
| 3. | Սննդից բացառել կովի կաթը:                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Կովի կաթով կերակրման ժամանակ խախտվում է կալցիումի յուրացումը ստամոքս-աղիքային տրակտում:</li> </ul> |
| 4. | Ապահովել լիարժեք հանգիստ:                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ցանկացած գրգռիչ կարող է առաջացնել ցնցումներ կամ լարինգոսպազմ:</li> </ul>                           |
| 5. | Կազմակերպել ռախիտի լիարժեք բուժումը:                                            | Հիպոկալցեմիան զարգանում է ռախիտի լավացման շրջանում:                                                                                       |
| 6. | Ուսուցանել մորը՝ նոպայի ժամանակ առաջին օգնությունը, դիէտայի և խնամքի կանոնները: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Հանդիսանում է սխալ սնուցման և խնամքի հետևանք:</li> </ul>                                           |

### ԽՆԱՄՔԸ ԱՏՈՂԻԿ ԴԵՐՄԱՏԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                       | Հիմնավորում                                                                                                                                                          |
|-----|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են</li> </ul> |

|    |                                                                                         |                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                         | միջամտությունների անհրաժեշտությունը:                                                                                                                                        |
| 2. | Ուսուցանել մորը՝ սովորեցնել վարել «սննդային» օրագիր:                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Օրագրի օգնությամբ կարելի է հայտնաբերել ալերգենը և հանել սննդից:</li> </ul>                                                         |
| 3. | Մննդից հանել ալերգենները: Բացառել հիվանդի շփումը այլ տեսակի ալերգենների հետ:            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ատոպիկ դերմատիտով տառապող երեխաները հակում ունեն ալերգիայի նկատմամբ:</li> </ul>                                                    |
| 4. | Մահմանափակել աղի և հեղուկների օգտագործումը:                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Երեխաները ունեն ավելորդ քաշ հեղուկի կուտակման հաշվին:</li> </ul>                                                                   |
| 5. | Խստորեն պահպանել մաշկի և լորձաթաղանթների հիգիենան:                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Այս հիվանդության ժամանակ թիրախ են հանդիսանում մաշկը և լորձաթաղանթները:</li> </ul>                                                  |
| 6. | Ուսուցանել մորը անցկացնել հիգիենիկ միջամտություններ էրոզիայի, թեփոտման, գնեյսի դեպքում: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Մաշկի և լորձաթաղանթի հիգիենայի պահպանումը ապահովում է հիվանդի վաղ լավացումը, կանխարգելում է մաշկի թարախային բորբոքումը:</li> </ul> |
| 7. | Ապահովել հիվանդի հանգիստը և լիարժեք քունը:                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Երեխաների մոտ բարձր է նյարդային գրգռվածությունը:</li> </ul>                                                                        |
| 8. | Կանխել ինֆեկցիոն և այլ հիվանդությունների զարգացումը երեխայի մոտ:                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ատոպիկ դերմատիտով երեխաների իմունիտետը ընկած է: Նրանք հաճախ են հիվանդանում:</li> </ul>                                             |

## ԽՆԱՄՔԸ ՍՐՏԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

| h/h | Քույրական<br>միջամտությունների պլան                                                            | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul>                                                                                                                           |
| 2.  | Կազմակերպել երեխայի սնուցման ռեժիմը՝ օրը 4-5 անգամ՝ փոքր չափաբաժիններով:                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Մննդի յուրացումը պահանջում է թթվածնի ծախս: Սրտի հիվանդությունների ժամանակ նկատվում է թթվածնի դեֆիցիտ, հետևաբար «կոտորակային» սնուցումը նվազեցնում է սրտի ծանրաբեռնվածությունը:</li> <li>Մեծ ծավալով սնունդ ընդունելու ժամանակ բարձրանում է ստոծանին, դժվարանում է սրտի աշխատանքը:</li> </ul> |
| 3.  | Հիվանդին տալ կալիումով հարուստ սնունդ՝ կարտոֆիլ, կաղամբ, ծիրանի չիր, չամիչ, թուզ, արքայախնձոր: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Կալիումը խթանում է սրտի աշխատանքը:</li> <li>Ռեմատիկ տենդը ինֆեկցիոն-ալերգիկ հիվանդություն է:</li> </ul>                                                                                                                                                                                      |

|    |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                               |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ռեմատիկ տենդով հիվանդի սննդից հանել ալերգենները:</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                               |
| 4. | Սահմանափակել հեղուկի, գրգռիչների և աղի ընդունումը:                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Աղը նպաստում է օրգանիզմում հեղուկի կուտակմանը:</li> <li>• Հեղուկի կուտակումը օրգանիզմում նպաստում է Ձ/Ճ բարձրացմանը այտուցների, սրտային անբավարարության առաջացմանը:</li> </ul>       |
| 5. | Հիվանդության սուր շրջանում սահմանել անկողնային ռեժիմ՝ հետագա ընդլայնումով:                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Կանխարգելում է բարդությունները, սրտային անբավարարության զարգացումը:</li> </ul>                                                                                                       |
| 6. | Հիվանդին ապահովել մաքուր օդով:                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Սրտի հիվանդությունների ժամանակ զարգանում է թթվածնային քաղց:</li> </ul>                                                                                                               |
| 7. | Անկողնում հիվանդին տալ Ֆաուլերի կիսանստած դիրք:                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Պակասում է արյան հոսքը դեպի սիրտը, հետևաբար նվազում է սրտի ծանրաբեռնվածությունը:</li> </ul>                                                                                          |
| 8. | Սահմանափակել ֆիզիկական և մտավոր ծանրաբեռնվածությունը:                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Սրտի հիվանդությունների ժամանակ նկատվում է ընդհանուր թուլություն:</li> <li>• Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության դեպքում բարձրանում է Ձ/Ճ, ավելանում է սրտի ծանրաբեռնվածությունը,</li> </ul> |

|    |                                                                     |                                                                                                            |
|----|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                     | զարգանում է թթվածնային քաղց:                                                                               |
| 9. | Կազմակերպել կանխարգելիչ միջոցառումներ գուգորդող ինֆեկցիաների դեմ:   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ինֆեկցիայի միացումը բերում է հիվանդության սրացմանը:</li> </ul>      |
| 10 | Կանոնավոր կերպով հսկել Ձ/Ճ, պուլսի և շնչառության հաճախականությունը: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Այս տվյալները թույլ են տալիս հսկել հիվանդության ընթացքը:</li> </ul> |

### ԽՆԱՄՔԸ ՔՐՈՆԻԿ ԳԱՍՏՐԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

**Նպատակ:** Կանխել հիվանդության սրացումը և ստամոքսի խոցի գոյացումը:

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                         | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                               |
|-----|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Կազմակերպել մեխանիկական, քիմիական, ջերմային խնայող դիետա | <ul style="list-style-type: none"> <li>Կանխվում է ստամոքսի լորձաթաղանթի գրգռումը:</li> </ul>                                                                                                              |

|    |                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. | Կազմակերպել սննդի<br>ռեժիմը: Հիվանդին<br>կերակրել օրը 4-5 անգամ՝<br>փոքր չափաբաժնով:                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Այդպիսի կերակրման<br/>ռեժիմը քիչ է<br/>ծանրաբեռնում Ս. Ա. Հ. և<br/>ապահովում է ստամոքսի<br/>լորձաթաղանթի գրգռումը<br/>աղաթթվից:</li> </ul>                                                                                                                           |
| 4. | Ուսուցանել հիվանդին և<br>նրա ծնողներին դիետայի<br>կանոնները, օրվա և սննդի<br>ընդունման ռեժիմը:<br>Հետևել երեխայի ռեժիմի<br>պահպանմանը: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Օրվա ռեժիմի<br/>պահպանման ժամանակ<br/>երեխան սնվում է<br/>կանոնավոր և լավ է<br/>յուրացնում սնունդը:<br/>Պահպանելով օրվա<br/>ռեժիմը երեխան ստանում<br/>է լիարժեք հանգիստ, որը<br/>կանխում է<br/>հոգնածությունը և ցավի<br/>գոյացումը ստամոքսի<br/>շրջանում:</li> </ul> |
| 5. | Հետևել երեխայի<br>տրամադրությանը:                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Նյարդային համակարգի<br/>գրգռումը հանդիսանում է<br/>նախատրամադրող<br/>գործոն քրոնիկ<br/>գաստրիտի և խոցային<br/>հիվանդության սրացման<br/>համար:</li> </ul>                                                                                                             |

## ԷՆՏԵՐՈԲԻՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴԻ ԽՆԱՄՔԸ

**Նպատակ:** Կանխել ինքնավարակումը և վարակի տարածումը:

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                                                                                                                  | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին: Ուսուցանել հիվանդին անձնական հիգիենայի կանոնները:                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Կտրել եղունգները, հաճախ լվանալ ձեռքերը:                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ինքնավարակման կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                             |
| 3.  | Առավոտյան և երեկոյան կատարել շեքի լվացում:                                                                                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Մրատուտի ձվիկների մեխանիկական հեռացումը հանդիսանում է ինքնավարակման կանխարգելում:</li> </ul>                                                                       |
| 4.  | Գիշերը երեխային հագցնել ամուր անդրավարտիք, իսկ առավոտյան փոխել:                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ինքնավարակման կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                             |
| 5.  | Ուսուցանել ընտանիքի անդամներին հիգիենայի կանոնները Էնտերոբիոզի ժամանակ: Առանձնացնել անձնական հիգիենայի պարագաները: Ամեն օր փոխել հիվանդի անկողնու | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ինքնավարակման և շրջապատի վարակման կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                         |

|    |                                                                                  |                                                                                                                     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | սպիտակեղենը:<br>Ներքնաշորերը և<br>անկողնու սպիտակեղենը<br>արդուկել երկու կողմից: |                                                                                                                     |
| 6. | Վերմոքս, մեքենազուլ,<br>զիրտեկ կամ<br>հակաճիճվային այլ<br>դեղորայք:              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Հիվանդը ստանում է<br/>լիարժեք բուժում և ի վերջո<br/>ապաքինվում է:</li> </ul> |

## ԽՆԱՍՔԸ ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

**Նպատակ:** Կանխել՝

1. հիվանդության սրացումը, երիկամային  
անբավարարության զարգացումը,
2. արտահայտված կլինիկական նշանների զարդացումը:

| h/h | Քույրական<br>միջամտությունների պլան                           | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                                                       |
|-----|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և<br>նրա ծնողներին<br>հիվանդության մասին: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ահովում է հիվանդության<br/>մասին տեղեկություն<br/>ստանալու հիվանդի<br/>իրավունքը:</li> <li>Հիվանդը և նրա ծնողները<br/>հասկանում են<br/>միջամտությունների<br/>անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Կազմակերպել<br>խնայողական սննդակարգ<br>աղի սահմանափակմամբ.    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Երիկամի պարենքիմայի<br/>գորգումը, նվազում է,<br/>մեղմանում է ցավը,<br/>քչանում է երիկամի<br/>ծանրաբեռնվածությունը:</li> </ul>                                                              |

|    |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>ա/ գլոմերուլոնեֆրիտի դեպքում սահմանափակել սպիտակուցները, աղը, հեղուկները: Մննդից հանել օրլիզատ ակերգենները:</p> <p>բ / պիելոնեֆրիտի ժամանակ սահմանափակել աղի քանակը, տալ կաթնաբուսական սնունդ, առատ հեղուկներ:</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հեղուկի կուտակումը ավելացնում է այտուցները, բարձրացնում է Ձ/Ճ:</li> <li>• Գլոմերուլոնեֆրիտը ինֆեկցիոն-ալերգիկ հիվանդություն է:</li> <li>• Պիելոտեֆրիտի սրացումը ուղեկցվում է ինտոքսիկացիայով:</li> </ul>              |
| 3. | <p>Սուր շրջանում սահմանել անկողնային ռեժիմ, հետագայում ռեժիմը աստիճանաբար ընդլայնել:</p>                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Լավանում է երիկամի արյան շրջանառությունը:</li> </ul>                                                                                                                                                                  |
| 4. | <p>Սահմանել հսկողություն դիուրեզի նկատմամբ:</p>                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Դիուրեզի նվազումը վկայում է օրգանիզմում հեղուկի կուտակման մասին:</li> <li>• Դիուրեզի խանգարումը, գիշերային և ցերեկային դիուրեզի հարաբերության խանգարումը վկայում են երիկամների ֆունկցիայի խանգարման մասին:</li> </ul> |
| 5. | <p>Զերծ պահել հիվանդին կրկնակի վարակի միացումից, ՄՇԻ-ից:</p>                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Լրացուցիչ ինֆեկցիան կարող է բերել հիվանդության սրացմանը:</li> </ul>                                                                                                                                                   |

|    |                                                                     |                                                                                                                                       |
|----|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. | Սահմանափակել ֆիզիկական և մտավոր ծանրաբեռնվածությունը:               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ծանրաբեռնված աշխատանքը բերում է Ձ/Ճ բարձրացմանը, ցավային համախտանիշի ուժեղացմանը:</li> </ul> |
| 7. | Ապահովել սեռական օրգանների հիգիենայի պահպանումը:                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Հնարավոր է ինֆեկցիայի տարածումը վերընթաց ճանապարհով:</li> </ul>                              |
| 8. | Ջերժ պահել հիվանդին վարակներից և մրսածությունից:                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Սառեցումից ընկնում է իմունիտետը. սրանում է հիվանդությունը:</li> </ul>                        |
| 9. | Կանոնավոր չափել Ձ/Ճ-ը: Ուսուցանել ծնողներին Ձ/Ճ-ան չափման տեխնիկան: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Թույլ չտալ Ձ/Ճ-ն բարձրացումը:</li> </ul>                                                     |

## ԽՆԱՄՔԸ ԱՐՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

**Նպատակ:** Կանխել հիվանդության սրացումը, իմունիտետի անկումը և բարդությունները:

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                        | Հիմնավորում                                                                                                                                                              |
|-----|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>• Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են</li> </ul> |

|    |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                                                                                                       | միջամտությունների<br>անհրաժեշտությունը:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2. | Կազմակերպել սնուցումը:<br>Տալ սնունդ, որը հարուստ է<br>երկաթով (կանաչի,<br>բազուկ, նուռ, լյարդ, միս), | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Իմունիտետի բարձրացման համար:</li> <li>• Կալցիումը ամրացնում է անոթների պատերը, բարձրացնում է արյան մակարդեղիությունը:</li> <li>• Երկաթը անհրաժեշտ է հեմոգլոբինի սինթեզի համար:</li> <li>• Հեմոռագիկ վասկուլիտը հանդիսանում է ինֆեկցիոն-ալերգիկ հիվանդություն:</li> <li>• Կարգավորվում է ախորժակը:</li> </ul> |
| 3. | Ուսուցանել հիվանդին և նրա ծնողներին երկաթի պրեպարատների ընդունման ձևերը:                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Երկաթի պրեպարատները անհրաժեշտ է տալ կերակրումների մեջ և թարմ (ավելի լավ է ցիտրուսային) մրգահյութի հետ:</li> <li>• Երկաթի պրեպարատները չի կարելի տալ կաթի հետ, որովհետև կաթը կապվում է երկաթի հետ և դժվարացնում նրա ներծծումը:</li> </ul>                                                                     |
| 4. | Սահմանափակել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը:<br>Կազմակերպել օրվա ռեժիմը՝ օրը 1-2 անգամ                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Արյան հիվանդությունների ժամանակ հիվանդի մոտ նկատվում է քնկոտություն, մտավոր և ֆիզիկական թուլություն:</li> </ul>                                                                                                                                                                                              |

|    |                                                              |                                                                                                                                                                         |
|----|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | զբոսանք, ցերեկային հանգիստ, 8 ժամից ոչ պակաս գիշերային քուն: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ֆիզիկական աշխատանքը կարող է շատացնել արյունազեղումները:</li> </ul>                                                               |
| 5. | Զերծ պահել հիվանդին վնասվածքներից:                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Վնասվածքները բերում են արյունահոսության, արյունազեղման և բարդացնում են հիվանդի վիճակը:</li> </ul>                                |
| 6. | Զերծ պահել հիվանդին ինֆեկցիաներից, սառեցումից:               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Արյան հիվանդությունների ժամանակ հիվանդի իմունիտետը ընկնում է:</li> <li>Ինֆեկցիաները նպաստում են իվանդության սրացմանը:</li> </ul> |

### ՇԱՔԱՐԱՅԻՆ ԴԻԱԲԵՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴԻ ԽՆԱՄՔԸ

| h/h | Քույրական միջամտությունների պլան                                                                 | Հիմնավորում                                                                                                                                                                                               |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Կազմակերպել երեխայի ճիշտ սնուցումը՝ սահմանափակել հեշտ յուրացվող ածխաջրերը (մեղր, մուրաբա, շաքար, | <ul style="list-style-type: none"> <li>Հեշտ յուրացվող ածխաջրատները միանգամից ավելացնում են գլյուկոզայի քանակը արյան մեջ:</li> </ul>                                                                       |

|    |                                                                                                      |                                                                                                                                                |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | խմորեղեն, խաղող, բանան, թուզ, սպիտակ հաց և այլն):                                                    |                                                                                                                                                |
| 3. | Կազմակերպել երեխայի սնուցման ռեժիմը՝ կերակրել օրը 6 անգամ:                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Արյան մեջ պահպանվում է գլյուկոզայի կայուն ցուցանիշները:</li> </ul>                                      |
| 4. | Ուսուցանել հիվանդին և ծնողներին ինսուլինի ներարկման տեխնիկան: Հետևել ինսուլինի կանոնավոր ընդունմանը: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Հիպերգլիկեմիկ կոմայի կանխարգելում:</li> </ul>                                                           |
| 5. | Կանոնավոր հետևել սննդի ընդունմանը ինսուլինի ներարկումից հետո:                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Հիպոգլիկեմիկ վիճակների կանխարգելում:</li> </ul>                                                         |
| 6. | Չափավորել երեխայի ֆիզիկական և էմոցիոնալ ծանրաբեռնվածությունը:                                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Կոմատոզ վիճակների կանխարգելում:</li> </ul>                                                              |
| 7. | Հետևել երեխայի մաշկի և լորձաթաղանթների հիգիենային:                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Մաշկի թարախային հիվանդությունները հանդիսանում են շաքարային դիաբետի անուղղակի նշաններից մեկը:</li> </ul> |
| 8. | Խուսափել երկրորդային և ուղեկցող ինֆեկցիաներից:                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Շաքարային դիաբետի ժամանակ խիստ ընկած է դիմադրողականությունը:</li> </ul>                                 |

**ԽՆԱՄՔԸ ՄՇՎԻ-ՆԵՐԻ, ԲՐՈՆԽԻՏԻ, ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ  
ԺԱՄԱՆԱԿ**

| h/h | <b>Քույրական<br/>միջամտությունների պլան</b>                                           | <b>Հիմնավորում</b>                                                                                                                                                                                            |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Տեղեկացնել հիվանդին և նրա ծնողներին հիվանդության մասին:                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ահովում է հիվանդության մասին տեղեկություն ստանալու հիվանդի իրավունքը:</li> <li>• Հիվանդը և նրա ծնողները հասկանում են միջամտությունների անհրաժեշտությունը:</li> </ul> |
| 2.  | Ամբուլատոր բուժման ժամանակ հիվանդին մեկուսացնել մինչև կատառալ երևույթների անհետանալը: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Վարակի տարածման կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                             |
| 3.  | Ստացիոնար հիվանդին տեղավորել մեկուսարանում:                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Խաչաձև վարակման կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                             |
| 4.  | Կազմակերպել դիմակային ռեժիմ:                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Օդակաթիլային վարակի կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                         |
| 5.  | Սուր շրջանում սահմանել անկողնային ռեժիմ:                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Բարդությունների կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                             |
| 6.  | Ապահովել մաքուր օդով:                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Շնչառական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ զարգանում է թթվածնային քաղց:</li> </ul>                                                                                |

|     |                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7.  | Հիվանդին անկողնում տալ բարձրադիր դիրք:                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Նվազում է արյան հոսքը դեպի թոքերը, իջնում է ստոծանին, հեշտանում է շնչառությունը:</li> </ul>                                                                                          |
| 8.  | Օրը 2-3 անգամ կատարել հիվանդասենյակի օդափոխում: Սենյակի օդի ջերմաստիճանը պետք է լինի 18 <sup>0</sup> -20 <sup>0</sup> C: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Մաքուր օդը նպաստում է շնչառության լավացմանը:</li> <li>Նվազում է հարուցչի կոնցենտրացիան:</li> </ul>                                                                                   |
| 9.  | Օրը 2 անգամ կատարել սենյակի խոնավ մաքրում:                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Վարակի տարածման կանխարգելում:</li> </ul>                                                                                                                                             |
| 10. | Տալ հիվանդին դրենաժային դիրք: Հաճախակի փոխել հիվանդի դիրքը անկողնում: Վաղ հասակի երեխաներին հաճախակի գրկել:              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Հեշտացնում է խորիվ հեռացումը շնչուղիներից: Կանխվում է կանգային երևույթների զարգացումը:</li> </ul>                                                                                    |
| 11. | Պահպանել աչքերի և քիթը մաշի լորձաթաղանթների, մաշկի հիգիենան:                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ապահովվում է մաշկի շնչառական ֆունկցիան:</li> <li>Շնչառական համակարգի հիվանդությունների ժամանակ առկա են կատարալ երևույթներ, կոնյուկտիվիտ, որը պահանջում է լրացուցիչ խնամք:</li> </ul> |
| 12. | Վերացնել հիվանդի մոտ փորկապությունը, կանխել փորկապության առաջացումը: Կատարել մաքրող հոգնա:                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Փորկապությունը ուժեղացնում է ինտոքսիկացիան:</li> <li>Փորկապությունը նպաստում է մեթեորիզմին, որը բերում է ստոծանու բարձրացմանը և շնչառության դժվարացմանը:</li> </ul>                  |

|     |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13. | Սահմանափակել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը:                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Ամեն տեսակի ծանրաբեռնվածությունը պահանջում է լրացուցիչ թթվածին, իսկ տվյալ հիվանդությունների ժամանակ կարող է զարգանալ թթվածնային անբավարարություն:</li> </ul>                            |
| 14. | Տալ հիվանդին առատ հեղուկներ (թեյ, կաթ, հյութեր, հանքային գազահանված ջուր), դյուրամարս սնունդ: Հիվանդին կերակրել «կոտորակային եղանակով»: | <ul style="list-style-type: none"> <li>Առատ հեղուկները նպաստում են օրգանիզմից թույների դուրս բերմանը:</li> <li>«Կոտորակային» եղանակը չի ծանրաբեռնում ստամոքսը, չի բարձրացնում ստոծանին և չի խանգարում շնչառությանը:</li> </ul> |

### ՇՆՀԱՌՈՒԹՅԱՆ ՀԱՃԱԽՈՒԹՅՈՒՆԸ

| Տարիք                 | Շնչառության հաճախության նորման (ներշնչում 1 րոպեում) |
|-----------------------|------------------------------------------------------|
| 0-9 ամսական           | 30-60                                                |
| 9 ամսականից 2 տարեկան | 24-40                                                |
| 2-5 տարեկան           | 20-36                                                |
| 5-12 տարեկան          | 14-26                                                |
| 12 տարեկանից բարձր    | 12-20                                                |

## ՊՈՒԼՍԻ ՀԱՃԱԽԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆԸ

| Տարիքը     | Պուլսի զարկերի թիվը 1 րոպեում |
|------------|-------------------------------|
| Նորածին    | 120- 140                      |
| 6 ամսական  | 130- 135                      |
| 1 տարեկան  | 120- 125                      |
| 2 տարեկան  | 110- 115                      |
| 3 տարեկան  | 105- 110                      |
| 4 տարեկան  | 100- 105                      |
| 5 տարեկան  | 98- 100                       |
| 6 տարեկան  | 90- 95                        |
| 7 տարեկան  | 85- 90                        |
| 8 տարեկան  | 80- 85                        |
| 9 տարեկան  | 80- 85                        |
| 10 տարեկան | 78- 85                        |
| 11 տարեկան | 78- 84                        |
| 12 տարեկան | 75- 82                        |
| 13 տարեկան | 72- 80                        |
| 14 տարեկան | 72- 78                        |
| 15 տարեկան | 70- 75                        |

## ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՃՆՇՈՒՄԸ (ՄՆԴԻԿԻ ՍՅԱՆ ՄՄ- ՈՎ)

Միջին մեծությունը և տատանումների սահմանները

| Տարիքը           | Առավելագույն  | Նվազագույն  |
|------------------|---------------|-------------|
| Մինչև 1 տարեկան  | 114 (85-140)  | 73 (40-110) |
| 1-3 տարեկան      | 104 (85-120)  | 58 (40-80)  |
| 3-7 տարեկան      | 103 (85-120)  | 56 (35-70)  |
| 7-12 տարեկան     | 123 (95-140)  | 60 (45-80)  |
| 12-16 (տղաներ)   | 113 (95-140)  | 60 (35-90)  |
| 12-16 (աղջիկներ) | 118 (100-150) | 62 (40-85)  |

## Ժամանակակից CBC (Complete Blood Count, արյան ընդհանուր քննության) լրացուցիչ ցուցանիշները երեխաների մոտ

| Ցուցիչ | Անվանում (անգլերեն) | Հայերեն անվանում | Ռեֆերենտ նորմա երեխաների մոտ <sup>1</sup> | Միավոր               |
|--------|---------------------|------------------|-------------------------------------------|----------------------|
| WBC    | White Blood Cells   | Լեյկոցիտներ      | 4,5-13,5                                  | x 10 <sup>9</sup> /լ |

<sup>1</sup> Ռեֆերենտ արժեքները երեխաների մոտ փոփոխվում են ըստ տարիքի, սեռի և կիրառվող լաբորատոր անալիզատորի: Արդյունքների գնահատումը պետք է կատարվի համապատասխան տարիքային նորմատիվների համատեքստում:

|                 |                                           |                                          |           |                           |
|-----------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|---------------------------|
| <b>RBC</b>      | Red Blood Cells                           | Էրիթրոցիտներ                             | 4-5,2     | $\times 10^{12}/\text{լ}$ |
| <b>HB (HGB)</b> | Hemoglobin                                | Հեմոգլոբին                               | 110-160   | գ/լ                       |
| <b>HCT</b>      | Hematocrit                                | Հեմատոկրիտ                               | 33-45     | %                         |
| <b>PLT</b>      | Platelets                                 | Թրոմբոցիտներ                             | 150-400   | $\times 10^9/\text{լ}$    |
| <b>MCV</b>      | Mean Corpuscular Volum                    | Էրիթրոցիտի միջին ծավալ                   | 75-95     | fL<br>(ֆեմտոլիտր)         |
| <b>MCH</b>      | Mean Corpuscular Hemoglobin               | Էրիթրոցիտի միջին հեմոգլոբին              | 24-33     | Pg<br>(պիկոգրամ)          |
| <b>MCHC</b>     | Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration | Էրիթրոցիտում հեմոգլոբինի միջին խտություն | 320-360   | գ/լ                       |
| <b>RDW</b>      | Red Cell Distribution Width               | Էրիթրոցիտների չափերի բաշխման լայնություն | 11,5-14,5 | %                         |
| <b>NEU</b>      | Neutrophils                               | Նեյտրոֆիլներ                             | 30-60     | %                         |

|                |                                |                                    |       |       |
|----------------|--------------------------------|------------------------------------|-------|-------|
| <b>LYM</b>     | Lymphocytes                    | Լիմֆոցիտներ                        | 30-60 | %     |
| <b>MONO</b>    | Monocytes                      | Մոնոցիտներ                         | 2-10  | %     |
| <b>EOS</b>     | Eosinophiles                   | Էոզինոֆիլներ                       | 0,5-5 | %     |
| <b>BASO</b>    | Basophiles                     | Բազոֆիլներ                         | 0-1   | %     |
| <b>ESR/ԷՆՍ</b> | Erythrocyte Svdimentation Rate | Էրիթրոցիտների նստեցման արագություն | 2-10  | մմ/ ժ |

## ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Երեխաներին և դեռահասներին առաջնային բժշկասանիտարական օգնության ցուցաբերումը, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն, Եվրոպական տարածաշրջան, 2023
2. Արտահիվանդանոցային պայմաններում 1 ամսականից 18 տարեկան պացիենտների սուր շնչառական վարակի կամ դրա կասկածի վարման կլինիկական ուղեցույց, հավելված 8, Առողջապահության նախարարի 2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի, 2021
3. Արտահիվանդանոցային պայմաններում 2 ամսականից 18 տարեկան պացիենտների տանը զարգացած թոքաբորբի վարման կլինիկական ուղեցույց, հավելված 7, Առողջապահության նախարարի 2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի, 2021
4. Երեխաների սուր միջին օտիտի վարման կլինիկական ուղեցույց, հավելված 6, Առողջապահության նախարարի 2021 թ. հունվարի 21-ի թիվ 126-Լ հրամանի, 2021
5. Առողջ նորածինների խնամք և հիվանդ նորածինների վարում, կլինիկական ուղեցույցներ, հաստատվել են 29 հուլիսի 2016թ-ին, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի No 2384-Ա հրամանով
6. Williams Textbook of Endocrinology, 15<sup>th</sup> Edition, Elsevier, 2020
7. Дедов И. И., Петеркова В. А. Детская эндокринология, 3-е издание, Москва, 2021
8. UpToDate - ի "Endocrinology & Diabetes" (website)