

**ՎԱՂ ՏԱՐԻՔԻ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ
ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՎԱՐՄԱՆ
ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ**

ՁԵՌՆԱՐԿ ԲՈՒԺՔՈՒՅՐԵՐԻ ՀԱՄԱՐ

**ԵՐԵՎԱՆ
«ՍԵՂՎ ՊԸ ՀԻՆՊՐԵՆ»
2010**

ՀՏԴ 614
ԳՄԴ 51
Վ 190

Խմբագիր՝

Ն. Ասատրյան

Երեխայի առողջության մասնագետ
«Սեյվ դը չիլդրեն» ֆեդերեյշն ինք.

Խորհրդատուներ՝

Ի. Սարգսյան

«Սեյվ դը չիլդրեն» կազմակերպության հայաստանյան
գրասենյակի Առողջապահական ծրագրերի ղեկավար

Կ. Սարիբեկյան

ՀՀ ԱՆ Մոր և մանկան առողջության պահպանման
բաժնի պետ

Գրախոսական կազմ՝

Ա. Ղազարյան

ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբույժ

Ս. Առուշանյան

ՀՀ ԱՆ ՄՀԻՎ ազգային ծրագրի ղեկավար

Վ 190 Վաղ տարիքի երեխաների խորհրդատվության և վարման
հիմունքներ: Ձեռնարկ բուժքույրերի համար/ Խմբ.՝ Ն. Ասատրյան.
- Եր.: Սեյվ դը չիլդրեն, 2010. – 188 էջ:

Գիրքը տրվում է անվճար և ենթակա չէ վաճառքի:

ՀՏԴ 614
ԳՄԴ 51

ISBN 978-99941-2-475-6

Երախտիքի խոսք

Սույն ձեռնարկը մշակվել է «Սեյվ դը չիլդրեն» կազմակերպության հայաստանյան գրասենյակի կողմից՝ Լինսի հիմնադրամի միջոցներով ֆինանսավորվող «Սըրվայվ թու ֆայվ» գլոբալ նախաձեռնության շրջանակներում՝ «Վաղ մանկության առողջության ծրագրի» սահմաններում:

Ձեռնարկի պատրաստման աշխատանքային խումբն իր երախտագիտությունն ու շնորհակալությունն է հայտնում այն մասնագետներին և կազմակերպություններին, որոնք իրենց աջակցությունն ու ներդրումն են ունեցել ձեռնարկի պատրաստման գործում:

Առանձնակի շնորհակալություն ենք ուզում հայտնել ՀՀ ԱՆ Մոր և մանկան առողջության պահպանման բաժնի պետ Կ.Սարիբեկյանին, ՀՀ ԱՆ գլխավոր մանկաբույժ Ա.Ղազարյանին, ՀՀ ԱՆ ՄՀԻՎ ազգային ծրագրի ղեկավար Ս.Առուշանյանին, ՀՀ ԱՆ Իմունականիսարգելման ազգային ծրագրի ղեկավար Գ.Սահակյանին, ՀՀ ԱՆ Երեխայի առաջնային բուժօգնության ծրագրի ղեկավար Կ.Տեր-Ոսկանյանին, իրենց անմիջական և լիարժեք աջակցության համար: Ինչպես նաև շնորհակալ ենք ներքոնշյալ կազմակերպություններին.

- ԱՄՆ ՄԶԳ ԱԱՊԲ ծրագրին և Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանին,
- ՀՀ ԱՆ ԱԾԻԳ-ին և «ԸԲՀԱ» ՀԿ-ին,
- ՍԻ.Օ.ԷՅ.ԷՖ մանուկների բարեգործական հիմնադրամին և «Արաբկիր» բժշկական համալիր - Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտին:

Հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում **Նունե Սարգսյանին**՝ «Սեյվ դը չիլդրեն» կազմակերպության հայաստանյան գրասենյակի Կառավարման տեղեկատվական համակարգերի մասնագետին, ձեռնարկի ձևավորման համար:

Մշտական աջակցության, նաև ձեռնարկի հրատարակման բոլոր հարցերում շարունակական օժանդակության համար հատուկ շնորհակալություն ենք հայտնում.

Իրինա Սաղոյանին՝ «Սեյվ դը չիլդրեն» կազմակերպության հայաստանյան գրասենյակի տնօրենին, և

Իռեն Սարգսյանին՝ «Սեյվ դը չիլդրեն» կազմակերպության հայաստանյան գրասենյակի Առողջապահական ծրագրերի ղեկավարին:



**ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅՈՒՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
Ն Ա Խ Ա Ր Ա Ր**

Հայաստանի Հանրապետություն, Երևան 0010, Կառավարության շենք N3

06.04.10 N 12/4 - 02 - 2128

Ձեր N _____

Հեռ.՝ (+374 10) 58 24 13
Ֆաքս՝ (+374 10) 56 27 83
Էլ. փոստ՝ minister@moh.am

**«ՍԵՅՎ ԴԸ ՉԻԼԴՐԵՆ» ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅԱՆ
ՀԱՅԱՍՏԱՆՅԱՆ ԳՐԱՄԵՆՅԱԿԻ ՏՆՕՐԵՆ
ՏԻԿԻՆ Ի. ՍԱՂՈՅԱՆԻՆ**

Հարգելի տիկին Սաղոյան

Ձեր 24.03.2010թ. N069/10 գրությունը՝ «Վաղ տարիքի երեխաների հետազոտման, բուժման և խորհրդատվության հիմունքներ» կրթական փաթեթի վերաբերյալ, քննարկվել է համապատասխան մասնագետների հետ, որի կապակցությամբ ՀՀ առողջապահության նախարարությունը դիտողություններ և առարկություններ չունի:

Ելնելով վերոհիշյալից, ՀՀ առողջապահության նախարարությունը թույլատրում է «Վաղ տարիքի երեխաների հետազոտման, բուժման և խորհրդատվության հիմունքներ» կրթական փաթեթը՝ 3 մասով, օգտագործել որպես ուսումնական ձեռնարկ «Վաղ մանկության առողջության» ծրագրի շրջանակներում նախատեսված առողջության առաջնային պահպանման օղակի բուժաշխատողների վերապատրաստման դասընթացների ընթացքում:

ՀԱՐԳԱՆՔՈՎ՝

Հ. ԽՈՒՇԿՅԱՆ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ՏԵՂԱՍԱՍԱՅԻՆ/ՊԱՏՐՈՆԱԺ ԲՈՒԺՔՐՈՋ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԾԱՎԱԼԸ	1
ՄԱՍ I. ԱՌՈՂՋ ԵՐԵԽԱՅԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԵՎ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ	3
1. ԱՌՈՂՋ ԵՐԵԽԱՅԻ ԲՈՒԺՄՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԾԱՎԱԼՆԵՐԸ	3
2. ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ	6
3. ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՍԿՐԻՆԻՆԳՆԵՐ	7
4. ՀԱՍՈՒՆ, ԱՆՀԱՍ, ԳԵՐՀԱՍ ԵՎ ԾՆՆԴՅԱՆ ՑԱԾՐ ՔԱՇՈՎ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԽՆԱՄՔ	8
5. ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐ	10
6. ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐՈՒՄ	13
Ա. Կրծքով սնուցման առավելությունները	13
Բ. Կրծքի կաթի հիմնական բաղադրամասերը	14
Գ. Կրծքով կերակրումը և ընտանիքի պլանավորումը	15
Դ. Կրծքով կերակրման դիտարկում	15
Ե. Կրծքով կերակրման դժվարությունների ռիսկի գործոններ	16
7. ԱՐՀԵՍՏԱԿԱՆ ՍՆՈՒՑՈՒՄ	18
8. ՀԱՎԵԼՅԱԼ ՍՆՈՒՑՈՒՄ	19
6 ամսականից մինչև մեկ տարեկան երեխաների սնուցում	19
1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների սնուցում	21
9. ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՍԿՐԻՆԻՆԳՆԵՐ	23
Ա. Երեխայի աճի գնահատում	23
Ա1. Գլխի շրջագիծ	24
Ա2. Երեխայի քաշի գնահատում	25
Ա3. Երեխայի հասակի գնահատում	28
Ա4. Քաշ-հասակային հարաբերություն և մարմնի զանգվածի ցուցանիշ (ՄՁՑ)	30
Բ. Տեսողության ստուգում	32
Գ. Լսողության ստուգում	35
Դ. Կոնքազդրային հոդի ստուգում	37
Ե. Ամորձիների ստուգում	38
Զ. Սակավարյունության ստուգում	40
Է. Ջարկերակային ճնշման ստուգում	41
Ը. Երեխայի զարգացման գնահատում	47
10. ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԽՆԱՄՔ՝ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՄԱՆ ԵՎ ԽԱՂԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ԽԹԱՆՈՒՄ	54

Ա. Շփումը	54
Բ. Խոսքը	56
Գ. Խաղը	57
11. ԵՐԵՒԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ	63
Ա. Պատվաստումների ազգային օրացույց	63
Բ. Պատվաստանյութեր	64
Գ. Հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքեր (ՀԱԴ)	65
Դ. Պատվաստումների հակացուցումներ	68
Ե. Ներարկման տեղ	70
Ձ. Խորհրդատվություն մորը/ խնամողին պատվաստումների վերաբերյալ	70
12. ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆ՝ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ, ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՕՐԱՑՈՒՅՑ	71
Ա. Մանկան հանկարծամահության համախտանիշ	72
Բ. Անկումներ	72
Գ. Ասպիրացիա	72
Դ. Ճանապարհատրանսպորտային պատահարներ	72
Ե. Այրվածքներ	73
Ձ. Խաղալիքների անվտանգություն	74
Է. Թունավորումներ	74
Ը. Կենդանիներ	75
Թ. Արևաճարություն	75
Ժ. Վտանգ հասակակիցներից, մարդաշատ վայրերից	75
Ի. Մեղրի վտանգավորությունը	75
Լ. Անվտանգության օրացույց	76
ՄԱՍ II. ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՒԱՅԻ ՎԱՐՄԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ	77
1. ՎՏԱՆԳԻ ՆՇԱՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՔ ՎԿԱՅՈՒՄ ԵՆ ԵՐԵՒԱՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ	77
2. ՍՈՒՐ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐ	79
Ա. ԹՈՔԱԲՈՐԲ 81	
Բ. ՍՈՒՐ ԲՐՈՆԽԻՏ	84
Գ. ՍՈՒՐ ԼԱՐԻՆԳՈՏՐԱԽԵԻՏ (ԿՐՈՒՊ)	85
Դ. ՏՈՆՁԻԼՈՖԱՐԻՆԳԻՏ	87
Ե. ՄԻՋԻՆ ԱԿԱՆՋԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ (ՕՏԻՏ)	88
3. ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	90
4. ՏԵՆԴԱՅԻՆ ՑՆՑՈՒՄՆԵՐ	97

5. ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԻՆՖԵԿՏԻՈՆ) ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	99
Ա. ԿԱՐՄՐՈՒԿ	99
Բ. ԿԱՐՄՐԱԽՏ	101
Գ. ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԷՊԻԴԵՄԻԿ) ՊԱՐՈՏԻՏ	103
Դ. ԶՐԾԱԴԻԿ	105
Ե. ՔՈՒԹԵՇ	107
Զ. ԿԱՊՈՒՅՏ ՀԱԶ	108
Է. ՀԵՄՈՖԻԼՈՒՍ ԻՆՖԼՈՒԵՆԶԱ Բ ՎԱՐԱԿ	110
6. ՈԱԽԻՏ	111
7. ԵՐԿԱԹՊԱԿԱՍԱՅԻՆ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆ	115
8. ՀԵԼՄԻՆԹՈՋՆԵՐ	119
Ա. ԱՍԿԱՐԻԴՈՋ	119
Բ. ԷՆՏԵՐՈԲԻՈՋ	121
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ	123
Հավելված 1. «Կրծքի կաթի փոխարինիչների վաճառահանման միջազգային օրենսգրքի» ամփոփագիր	123
Հավելված 2. «Գովազդի մասին» ՀՀ օրենքում լրացում և փոփոխություն կատարելու մասին	124
Հավելված 3. Հավելյալ սնուցման խորհրդատվություն	125
Հավելված 4. Ձճ պերցենտիլներ	126
Հավելված 5. Այրետոմի քարտի լրացման օրինակ	128
Հավելված 6. Խորհրդատվություն զարգացման նպատակով խնամքի վերաբերյալ	129
Հավելված 7. Երեխայի բժշկական հսկողության ամբուլատոր քարտի լրացման կարգը	130
Հավելված 8. Աճի գնահատման պերցենտիլային քարտեր	140
Հավելված 9. Առաջին օգնությունը այրվածքների ժամանակ	152
Հավելված 10. Պանդեմիկ գրիպի վարակի կասկածի դեպքում հիվանդ երեխաների վարման ուղեցույց	153
Հավելված 11. Հեմոգլոբինի նվազագույն նորմալ չափանիշները երեխաների մոտ (CDC)	155
Հավելված 12. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման չափորոշիչ	156
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	178

Հապավումներ

ՀՀ ԱՆ	Հայաստանի Հանրապետության Առողջապահության նախարարություն
ԱԾԻԳ	Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
ԱՀԿ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԸԲՀԱ	Ընտանեկան բժիշկների հայկական ասոցիացիա
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ԱԱՊԲ ծրագիր	Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագիր
ՄԶԳ	Միջազգային զարգացման գործակալություն
ԿԿԽ	Կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկ
ԿՆՀ	Կենտրոնական նյարդային համակարգ
ԼԱՄ	Լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ
ԱՍԿՈՒ	Աճի և սեռահասունության կոնստիտուցիոնալ ուշացում
ՄԶՑ	Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ
ՄԻԱՎ	Մարդու իմունային անբավարարության վիրուս
ՁԻԱՀ	Ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշ
ԱԶԴ	Ազդրի զարգացման դիսպլազիա
RH	Ռեզուս գործոն
CDC	ԱՄՆ Հիվանդությունների վերահսկողության կենտրոն
ՉՃ	Ջարկերակային ճնշում
մմ	միլիմետր
սս	սնդիկի սյուն
Ա զարգացում	Արագընթաց զարգացում
ՄՏ	Մոտավոր տարիքային
ԿԶ	Կասկածելի զարգացում
ԴԶ	Դանդաղ զարգացում
ԱՓ	Փայտացման անատոքսին
ԻՊՊ	Պոլիոմիելիտի ապակտիվացրած պատվաստանյութ
ԿԿ պատվաստանյութ	Կարմրուկ, կարմրախտի դեմ պատվաստանյութ
ՀԱԴ	Հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքեր
ՎՇՎ	Վերին շնչուղիների սուր վարակ
Ca	Կալցիում
Fe	Երկաթ
P	Ֆոսֆոր
Mg	Մագնեզիում
Zn	Ցինկ
ՍՇՎ	Սուր շնչառական վարակներ
ՍՇՀ	Սուր շնչառական հիվանդություն
ԷՆԱ	Էրիթրոցիտների նստեցման արագություն
ՕՈԱ լուծույթ	Օռալ ռեհիդրատացիոն աղերի լուծույթ
ԲԿՀ	Բնածին կարմրախտային համախտանիշ
ՓԲԸ	Փակ բաժնետիրական ընկերություն
ՇՀ	Շտապ հաղորդում
ՀԻԲ	Հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի
ՄՄ	Միջազգային միավոր
ԱՄՆ	Ամերիկայի միացյալ Նահանգներ
Hb	Հեմոգլոբին
ԷՍԳ	Էլեկտրասրտագիր
ՉՃ	Ջարկերակային ճնշում

ՏԵՂԱՄԱՍԱՅԻՆ/ՊԱՏՐՈՆԱԺ ԲՈՒԺՔՐՈՋ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԾԱՎԱԼԸ¹

Բուժօգնության կազմակերպման բոլոր մակարդակներում. տեղամասային/պատրոնաժ բուժքրոջ կողմից իրականացվում է աշխատանքի հետևյալ ծավալը.

1. Առողջ երեխայի վարման/հսկողության իրականացում՝

1.1. իրականացնում է երեխաների հաշվառում տեղերում՝ տարին երկու անգամ և ընթացիկ,

1.2. նախածննդյան մեկ պատրոնաժ այց հղիին՝ ապահովելով վերջինիս այցելությունը պոլիկլինիկայի մանկական բաժանմունք (մանկական պոլիկլինիկա), գյուղական առողջության կենտրոն, գյուղական բժշկական ամբուլատորիա,

1.3. այցելություն տուն բժշկի հետ միասին՝ հետծննդյան մեկ ամսվա ընթացքում՝ երեխայի ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո 1-3 օրերի ընթացքում, երկու շաբաթական ժամկետում և ինքնուրույն այցելություն տուն՝ երեխայի մեկ ամսական հասակում,

1.3.1. ինքնուրույն այցելություններ տուն՝ մինչև 1 տարեկան հասակը՝ ըստ բժշկի հետ համատեղ կազմած անհատական ժամանակացույցի, ելնելով մանկան վիճակից և ընտանեկան պայմանների առանձնահատկություններից,

1.3.2. ռիսկի խմբի երեխաների դեպքում բժշկի հետ համատեղ կազմվում է տնային այցելությունների անհատական գրաֆիկ, ավելի տևական ժամանակացույցով՝ ելնելով երեխայի առողջական վիճակից,

1.4. խորհրդատվություն երեխայի խնամքի և ռացիոնալ սնուցման կազմակերպման վերաբերյալ, այդ թվում կրծքով սնուցման խրախուսում, հավելյալ սնուցման ճիշտ և ժամանակին ներմուծման հսկողության իրականացում,

1.5. մասնակցություն երեխայի ընդունելությանը պոլիկլինիկայում,

¹ Գլուխ III / Հավելված N4

ՀՀ Առողջապահության նախարարության 14.12.2009թ. N2001-Ա հրամանի:

- 1.6. առողջ երեխայի այցի ապահովում պոլիկլինիկա՝ ըստ հավելված N1-ով հաստատված ծավալների²,
- 1.7. պատվաստումների նպատակով երեխայի այցերի ապահովում պոլիկլինիկա, (գյուղական առողջության կենտրոն, գյուղական բժշկական ամբուլատորիա)՝ համաձայն ազգային օրացույցով սահմանված ժամանակացույցի,
- 1.8. հետպատվաստումային իրավիճակի հսկողության իրականացում,
- 1.9. հաշվառման և հաշվետվության գործընթացի իրականացում՝ իրավասությունների շրջանակներում,
- 1.10. սանիտարա-լուսավորչական աշխատանքի իրականացում:

2. Հիվանդ երեխայի բուժօգնության գծով՝

- 2.1. հետևում է հիվանդ երեխայի խնամքի և բուժման կազմակերպմանը տանը՝ ըստ բժշկի նշանակումների,
- 2.2. մասնակցում է պոլիկլինիկայում հիվանդ երեխայի ընդունելությանը,
- 2.3. իրականացնում է հիվանդ երեխայի բուժօգնությունը և միջամտություններ տանը՝ ըստ բժշկի նշանակումների՝ իր աշխատանքային ժամերի սահմաններում,
- 2.4. անհրաժեշտության դեպքում իրականացում է անհետաձգելի բուժօգնություն տանը և պոլիկլինիկայում,
- 2.5. ապահովում է հիվանդ երեխաների շարունակական հսկողությունը և այցելությունները՝ ըստ բժշկի հանձնարարականների՝ պոլիկլինիկայում և տանը:

² Տես ձեռնարկի «Առողջ երեխայի բուժապասարկման ծավալները» նյութը:

ՄԱՍ I. ԱՌՈՂՋ ԵՐԵԽԱՅԻ ՀԵՏԱԶՈՏՄԱՆ ԵՎ ԽՈՐՀՐԴԱՏՎՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ

1. ԱՌՈՂՋ ԵՐԵԽԱՅԻ ԲՈՒԺՄՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ԾԱՎԱԼՆԵՐԸ³

Ա. Ծննդատուն

Պատվաստումներ	Նորածնային սկրինինգներ	Հատուկ նշումներ
Հեպատիտ Բ ¹ մինչև 24 ժամ, ԲՑԺ՝ 24-48 ժամ (ԲՑԺ-ն կարող է կատարվել մինչև 24 ժամը՝ հեպատիտի հետ միասին)	ՀՀ ԱՆ կողմից հաստատված ծրագրերի շրջանակներում (հիպոթիրեոզ, ֆենիլկետոնուրիա, լսողության սկրինինգ և այլն)	Պատվաստումների և նորածնային սկրինինգների վերաբերյալ տեղեկատվությունը լրացվում է նորածնի փոխանակման քարտում, որը ներկայացվում է նորածնի հսկողությունն իրականացնող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բուժօգնություն

Բ. Ամբուլատոր-պոլիկլինիկական ծառայություն

Կանխարգելիչ այցերի պարբերականությունը և պատվաստումները	Զափումներ և սկրինինգներ (մանկաբույժի/ընտանեկան բժշկի գնահատում)	Հատուկ գիտելիքներ և միջոցներ պահանջող սկրինինգներ (մանկաբույժի/ընտանեկան բժշկի կամ նեղ մասնագետի գնահատում)	Լաբորատոր և գործիքային հետազոտություններ
<u>Հաճախումներ տուն՝ բժշկի և բուժքրոջ համատեղ այցեր</u>			
Ծննդատնից դուրս գրվելուց հետո 1-3 օրը	Քաշ		
	Գլխի շրջագիծ		
	Կրծքով կերակրման դիտարկում		
	Կոնքազդրային հոդի ստուգում		
15 օրեկան (2 շաբաթական)	Նույն ծավալը		
<u>Այցելություններ պոլիկլինիկա / Պատվաստումներ</u>			
1,5 ամս. (ԱԿԴՓ /ՎՀԲ/ ՀԻԲ, ՕՊՎ)		<u>Նյարդաբան</u>	
	Քաշ	Տեսողություն	
	Հասակ	Լսողություն	
	Գլխի շրջագիծ	Կոնքազդրային հոդի ստուգում	
	Քաշ/Հասակային հարաբերություն	Ամորթիների ստուգում Զարգացման գնահատում	

³ Գլուխ III /Հավելված N1

ՀՀ Առողջապահության նախարարության 14.12.2009թ. N 2001-Ա հրամանի:

Այցելություններ պոլիկլինիկա / Պատվաստումներ	Չափումներ և սկրինինգներ (մանկաբույժի/ ընտանեկան բժշկի գնահատում)	Հատուկ գիտելիքներ և միջոցներ պահանջող սկրինինգներ (մանկաբույժի/ ընտանեկան բժշկի կամ մեղ մասնագետի գնահատում)	Լաբորատոր և գործիքային հետազոտու- թյուններ
2,5 ամս. (ԱԿԴՓ /ՎՀԲ/ ՀԻԲ, ՕՊՎ)	Քաշ	Կոնքազդրային հողի ստուգում	
	Հասակ		
	Գլխի շրջագիծ	Ջարգացման գնահատում	
	Քաշ/Հասակային հարաբերություն		
3,5 ամս. (ԱԿԴՓ /ՎՀԲ/ ՀԻԲ, ՕՊՎ)	Քաշ	Տեսողություն	
	Հասակ	Լսողություն	
	Գլխի շրջագիծ	Կոնքազդրային հողի ստուգում	
	Քաշ/Հասակային հարաբերություն	Ջարգացման գնահատում	
6 ամս.	Քաշ	Տեսողություն	
	Հասակ	Լսողություն	
	Գլխի շրջագիծ	Կոնքազդրային հողի ստուգում	
	Քաշ/Հասակային հարաբերություն	Ջարգացման գնահատում	
9 ամս.	Քաշ	<u>Նյարդաբան</u>	Հեմոգլոբինի որոշում (հետազոտու- թյան ժամկետի փոփոխման թույլատրելի սահմաններն են 1,5 ամս.-ից մինչև 12 ամս.)
	Հասակ	Տեսողություն	
	Գլխի շրջագիծ	Լսողություն	
	Քաշ/Հասակային հարաբերություն	Կոնքազդրային հողի ստուգում Ջարգացման գնահատում	
12 ամս. (ԿԿԽ)	Քաշ	Լսողություն	
	Հասակ	Կոնքազդրային հողի ստուգում	
	Գլխի շրջագիծ		
	Քաշ/ Հասակային հարաբերություն	Ջարգացման գնահատում	
15 ամս.	Քաշ	Տեսողություն	
	Հասակ		
	Քաշ/Հասակային հարաբերություն	Ջարգացման գնահատում	
18 ամս. (ԱԿԴՓ, ՕՊՎ)	Քաշ	Լսողություն	
	Հասակ	Ջարգացման գնահատում	
	Քաշ/Հասակային հարաբերություն		
2 տարեկան (24 ամս.)	Քաշ	Ջարգացման գնահատում	
	Հասակ		
	Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ		

Այցելություններ պոլիկլինիկա / Պատվաստումներ	Չափումներ և սկրինինգներ (մանկաբույժի/ ընտանեկան բժշկի գնահատում)	Հատուկ գիտելիքներ և միջոցներ պահանջող սկրինինգներ (մանկաբույժի/ ընտանեկան բժշկի կամ մեղ մասնագետի գնահատում)	Լաբորատոր և գործիքային հետազոտու- թյուններ
3 տարեկան	Քաշ	Լսողություն	
	Հասակ		
	Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ	Ջարգացման գնահատում	
4 տարեկան	Քաշ	Տեսողություն	
	Հասակ	Լսողություն	
	Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ	(եթե 3տ.-ում չի կատարվել)	
	Ջարկերակային ճնշում	Ջարգացման գնահատում	
5 տարեկան	Քաշ	Ջարգացման գնահատում	
	Հասակ		
	Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ		
	Ջարկերակային ճնշում		

Նախադարձական հիմնարկներ ընդունվելիս հատուկ սկրինինգները և
լաբորատոր հետազոտությունները իրականացվում են համաձայն 6-7 տարեկանի
ծավալի, այն է՝

6 տարեկան (ԿԿԽ, ԱԴՓ-Մ, ՕՊՎ)	Քաշ	Տեսողություն	Հեմոգլոբինի որոշում
	Հասակ		
	Մարմնի զանգվածի ցուցանիշ	Լսողություն	Մեզի ընդհանուր անալիզ
	Ջարկերակային ճնշում	Ստոմատոլոգ <u>Նյարդաբան</u>	Գիճվակրության անալիզ

2. ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՇՐՋԱՆԻ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐ⁴

Հղիության (գեստացիայի) ժամկետ

Հղիության (գեստացիայի) ժամկետը հաշվարկվում է վերջին դաշտանի առաջին օրից և արտահայտվում է լրացած օրերով կամ շաբաթներով:

Հասունություն/ ժամկետային ծննդաբերություն

Ծննդաբերությունը հղիության 37 լրացած շաբաթից մինչև 42 լրացած շաբաթը ժամանակահատվածում (259-293 օր):

Անհասություն/Վաղաժամկետ ծննդաբերություն

Ծննդաբերությունը մինչև հղիության 37 շաբաթական ժամկետը (259 օրից պակաս):

Գերհասություն/ ժամկետանց ծննդաբերություն

Ծննդաբերությունը հղիության 42 լրացած շաբաթ և ավելի ուշ ժամկետում (294 օր և ավելի):

Ապգարի սանդղակ

Ապգարի սանդղակը պտղի ֆիզիկական վիճակի գնահատումն է միավորներով (0,1,2), որոնք տրվում են հինգ նշաններից յուրաքանչյուրին՝

- սրտի բաբախի հաճախականությունը
- շնչառությունը
- մաշկի գունավորումը
- ռեֆլեկտոր գրգռականությունը
- մկանային տոնուսը

8-10 միավոր գնահատականը վկայում է նորածնի լավ վիճակի մասին:

Նորածնային շրջան

Նորածնային շրջանը սկսվում է ծննդով և վերջանում է ծննդից 28 լրացած օր (4 շաբաթ հետո):

Վաղ նորածնային շրջան

Վաղ նորածնային շրջանը սկսվում է ծննդով և վերջանում է ծննդից 7 լրացած օր հետո:

Ծննդյան քաշ (մարմնի զանգված)

Ծննդյան քաշը նորածնի կամ պտղի քաշն է՝ գրանցված ծնվելուց անմիջապես հետո:

Ծննդյան ցածր քաշ՝ Մարմնի զանգվածը 2500 գրամից պակաս:

Ծննդյան շատ ցածր քաշ՝ Մարմնի զանգվածը 1500 գրամից պակաս:

Ծննդյան ծայրահեղ ցածր քաշ՝ Մարմնի զանգվածը 1000 գրամից պակաս:

⁴ Ըստ «ԱՀԿ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայմանը համապատասխան՝ մոր և մանկան ծառայության ոլորտի բժշկադեմոգրաֆիկ հիմնական հասկացությունների սահմանումների»:

3. ՆՈՐԱԾՆԱՅԻՆ ՍԿՐԻՆԻՆԳՆԵՐ

Հայաստանի Հանրապետությունում առայժմ կատարվում են բնածին հիպոթիրեոզի, ֆենիլկետոնուրիայի և որոշ չափով նաև լսողության վերաբերյալ նորածնային սկրինինգներ: Վերոնշյալ հիվանդությունների, ինչպես նաև լսողության խնդիրների վաղ հայտնաբերումն ու վաղ միջամտությունը թույլ է տալիս կանխել երեխաների մտավոր հետամնացությունը և հաշմանդամությունը:

Սկրինինգները կատարվում են ծննդատանը: Բնածին հիպոթիրեոզի և ֆենիլկետոնուրիայի վաղ հայտնաբերման նպատակով, ծնվելուց 48 ժամ հետո նորածնի կրունկից արյուն է վերցվում և փոխանցվում հատուկ թեստ-շերտի վրա: Թեստ-շերտն ուղարկվում է Երեխաների և դեռահասների առողջության ինստիտուտ Արաբկիր բժշկական համալիր, որտեղ կատարվում է համապատասխան հետազոտություն: Եթե բարձր արդյունք է ստացվում, կատարվում է լրացուցիչ հետազոտություն, և հաստատման դեպքում նշանակվում է համապատասխան բուժում: Բնածին հիպոթիրեոզի բուժումը դեղորայքային է, իսկ ֆենիլկետոնուրիայի դեպքում նշանակվում է ֆենիլալանին չպարունակող հատուկ սնունդ:

4. ՀԱՍՈՒՆ, ԱՆՀԱՍ, ԳԵՐՀԱՍ ԵՎ ԾՆՆԴՅԱՆ ՑԱԾՐ ՔԱՇՈՎ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԽՆԱՍՔ

Առողջ երեխա մեծացնելու հարցում, բացի ճիշտ սնուցումից չափազանց կարևոր է ամենօրյա ճիշտ խնամքը, որը պետք է իրականացնեն ընտանիքի անդամները:

Բոլոր նորածինների խնամքի հիմնական կանոններն են.

- խնամք զարգացման նպատակով⁵,
- ճիշտ ջերմային ռեժիմ,
- ամենօրյա լոգանք,
- մաշկի և բնական ծալքերի խնամք,
- պորտային վերքի խնամք՝ երեք սկզբունքների պահպանում. պորտը պահել մաքուր, չոր, բաց,
- ականջների, աչքերի, քթի մշակում,
- համապատասխան հագուստ՝ բամբակյա, առանց կոճակների և ավելորդ կապերի (խորհուրդ տալ երեխային չբարուրել կամ ազատ բարուրում),
- զբոսանք մաքուր օդում,
- մարմնամարզություն,
- տարիքին համապատասխան խաղալիքներ,
- հակահամաճարակային և սանիտարահիգիենիկ ռեժիմի խիստ պահպանում:

Հասուն նորածիններ

- սենյակի օդի ջերմաստիճանը պետք է պահպանվի 20-22°C սահմաններում,
- լողացնել ամեն օր (7-8 րոպե), ջրի ջերմաստիճանը պետք է պահպանվի 36-37°C սահմաններում, մաշկը չորացնել տոպոլ շարժումներով,
- մաշկային ծալքերը մշակել ստերիլ բուսական յուղով,
- պորտը լվանալ մաքուր ջրով և օժառով, պորտը պահպանել մաքրության մեջ և բաց վիճակում, հատուկ մշակում հարկավոր չէ,
- ամենօրյա զբոսանքներ՝ սկսած մեկ շաբաթականից: Ամռանը կարելի է զբոսնել 2-6 ժամ (ամենաբարենպաստ ժամերը՝ առավոտյան), սկսել 15-20 րոպեից: Ձմռանը՝ կեսօրից ոչ շուտ և -10°C ոչ ցածր ջերմաստիճանի պայմաններում, սկսել 5-10 րոպեից մինչև 1-2 ժամ:
- պառկեցնել փորի վրա 3-ից 4 շաբաթական տարիքում՝ սկսած 3-4 րոպեից մինչև 10 րոպե, օրը 3-4 անգամ՝ ուտելուց առաջ:

Անհաս նորածիններ և ծննդյան ցածր քաշով⁶ երեխաներ (խնամքի առանձնահատկություններ)

- ապահովել երեխային ջերմությամբ,
- երեխային հագցնել և կամ ծածկել լրացուցիչ հագուստով,
- երեխային հագցնել գլխարկ կամ կապել գլխաշոր,

⁵ Տե՛ս «Ջարգացման խնամք՝ հաղորդակցման և խաղերի վրա հիմնված զարգացման խթանում» նյութը:

⁶ Ծննդյան ցածր քաշ առավել հաճախ ունենում են անհաս նորածինները:

- սենյակի օդի ջերմաստիճանը պահպանել առնվազն 25°C սահմաններում,
- բացառել միջանցիկ քանու առկայությունը,
- լողացնել միայն մարմնի ջերմաստիճանի կայունացումից հետո,
- խրախուսել մորը հաճախակի կերակրել կրծքով՝ 2 ժամը մեկ անգամ,
- ապահովել մոր հետ մաշկ-մաշկ շարունակական շփումը՝ «Կենդուրուլի» մեթոդը:

«Կենդուրուլի» մեթոդի էությունը հանդիսանում է մաշկ-մաշկի շփումը մոր և նորածնի միջև. մայրը երեխային պահում է մարմնին կպած, ոչ միայն կերակրելիս, նաև քայլելիս, տնային գործեր անելիս, հանգստանալիս, այսինքն համարյա ողջ օրը, բացառությամբ գիշերվա ժամերին⁷: Այն առանձնակի կարևորվում է անհաս նորածինների և ծննդյան ցածր քաշով երեխաների համար, որովհետև.

- ա. նորածնի շնչառությունը դառնում է կանոնավոր և կայուն,
- բ. երեխայի մարմնի ջերմությունը պահպանվում և կայունանում է,
- գ. լավանում է նորածնի կրծքով կերակրվելը և քաշի ավելացումը,
- դ. մոր և երեխայի միջև էմոցիոնալ կապն ամրապնդվում է,
- դ. ամրանում է երեխայի պաշտպանվածության զգացումը:

Անհասության և ծնվելիս ցածր քաշի առաջացման ռիսկի գործոններ.

- Առաջնածին կանայք՝ մինչև 20 տարեկան,
- Բազմաթիվ հղիություններ (5 և ավելի)
- Հղիությունների միջև կարճ (մինչև 3 տարի) ժամանակահատված,
- Առողջական խնդիրներ ունեցող կանայք (զարկերակային գերճնշում, սիրտ-անոթային, երիկամային և այլ հիվանդություններ)
- Հղիության ախտաբանություն.
 - սակավարյունություն,
 - պրեէկլամպսիա,
- Վարակներ հղիության ընթացքում (միզապարկի և երիկամների վարակներ, հեպատիտներ, սեռավարակներ և այլն),
- Բազմապտղություն,
- Հղի կնոջ ծանր աշխատանք,
- Հղի կնոջ թերսնուցում,
- Ներարգանդային վարակներով նորածիններ,
- Բնածին արատներով երեխաներ:

Գերհաս նորածինների խնամքը առանձնակի չի տարբերվում հասուն նորածինների խնամքից: Մաշկի արտահայտված չորության և թեփոտման դեպքում խորհուրդ է տրվում լողանքի ժամանակ ջրին ավելացնել ցորենի կամ աշորայի թեփ, կարտոֆիլի օսլա, սահմանափակել օճառի օգտագործումը, մաշկային բնական ծալքերը մանրակրկիտ մշակել ստերիլ բուսական յուղով կամ մանկական քսուքով:

⁷ Տե՛ս XII գլխի «Մանկան հանկարծամահության համախտանիշ» նյութը:

5. ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՍԱՀՄԱՆԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿՆԵՐ

Վիճակները, որոնք արտահայտում են ծննդին, կյանքի նոր պայմաններին հարմարվելու գործընթացները, անվանում են նորածինների անցումային, սահմանային, տրանզիտոր կամ ֆիզիոլոգիական վիճակներ:

Վիճակները անվանվում են սահմանային ոչ միայն այն պատճառով, որ առաջանում են կյանքի երկու շրջանների՝ ներարգանդային և արտարգանդային, սահմանին, այլև այն պատճառով, որ լինելով ֆիզիոլոգիական, որոշակի պայմաններում (օր.՝ ներարգանդային շրջանի և ծննդաբերության ախտաբանություն, վաղաժամ ծննդաբերություն, նորածնի խնամքի և կերակրման պայմանների թերացում) կարող են ձեռք բերել ախտաբանական բնույթ:

Նորածնի սահմանային վիճակներից են.

- ա. մարմնի սկզբնական քաշի տրանզիտոր կորուստը,
- բ. ֆիզիոլոգիական դեղնուկը,
- գ. մաշկի տրանզիտոր փոփոխությունները,
- դ. հորմոնային կամ սեռական կրիզը:

ա. Մարմնի սկզբնական քաշի տրանզիտոր կորուստ

Դիտվում է բոլոր նորածինների շրջանում կյանքի 3-րդ-4-րդ օրերում: Կազմում է 4-6% հասուն նորածինների, 10-12%՝ անհասների շրջանում: Մարմնի քաշը վերականգնվում է մինչև կյանքի 6-րդ-8-րդ օրը:

Առաջացման պատճառներ.

- նորածնի օրգանիզմում կատաբոլիզմի գործընթացների գերակշռում,
- հեղուկի կորուստ (թոքերից և մաշկից գոլորշիացում),
- նորածնի՝ մայրական կաթի անբավարար քանակի ընդունում:

10%-ից ավելի քաշի կորուստը հասուն նորածինների շրջանում և 14%-ից ավելին՝ անհասների, վկայում է երեխայի վատ խնամքի կամ հիվանդության մասին:

բ. Ֆիզիոլոգիական դեղնուկ

Եթե ներարգանդային կյանքում բիլիռուբինի հեռացումը իրականացվում էր ընկերքի միջոցով, ապա պորտալարը կտրելուց հետո դա կատարվում է բացառապես նորածնի ուժերով: Հաշվի առնելով այն հանգամանքը, որ հիպերբիլիռուբինեմիան վաղ նորածնային շրջանում բավականին հաճախ հանդիպող վիճակ է, բիլիռուբինի մակարդակի անցողիկ բարձրացումը կոչվում է ֆիզիոլոգիական դեղնուկ:

Ֆիզիոլոգիական դեղնուկի զարգացմանը նպաստող գործոնները.

- բիլիռուբինի քանակի ավելացում, անուղղակի բիլիռուբինի կուտակում արյան մեջ և հյուսվածքներում,
- լյարդի ցածր ֆունկցիոնալ ունակություն:

Կրծքով սնուցում և դեղնուկ

Կրծքով սնուցման հետ կապված դեղնուկը, որն ի հայտ է գալիս կյանքի 2-4-րդ օրը և տևում է շաբաթներ, կոչվում է «դեղնուկ՝ ասոցացված կրծքով սնուցման հետ»: Այն սովորաբար ուղեկցվում է քաշի զգալի կորստով՝ 7-8%, կրծքով սնուցման հետ կապված դժվարություններով, մեկոնիումի ուշ դուրս գալով, կյանքի 3-րդ օրը դեռևս մեկոնիալ կղանքային զանգվածների առկայությամբ, օրական 3-ից պակաս դեֆեկացիաներով և միզարձակությունների թվի նվազմամբ (այդ իսկ պատճառով կոչվում է նաև դեղնուկ կրծքով վատ սնվելու պատճառով):

Կրծքով սնուցման հետ կապ ունի նաև ավելի ուշ ի հայտ եկող դեղնուկը (սովորաբար սկսվում է կյանքի 2-րդ շաբաթից և պահպանվում է 2-3 շաբաթից մինչև 3 ամիս), որը կոչվում է «դեղնուկ մայրական կաթից»: Այս դեղնուկի առաջացման պատճառը դեռևս անհասկանալի է, սակայն պարզ է, որ երեխան գործնականում առողջ է, կայուն ավելացնում է մարմնի զանգվածը և, չնայած դեղնուկի պերսիստենցիայի, չունի հիվանդություն, որը պատասխանատու է դեղնուկի համար:

Զգոճվող անուղղակի հիպերբիլիռուբինեմիան հանդիպում է կրծքով սնուցվող երեխաների 20-30%-ի մոտ, որոշ դեպքերում շարունակվելով մոտ 3 ամիս:

Նորածինների ախտաբանական դեղնուկներին բնորոշ են.

- դեղնուկի ի հայտ գալը երեխայի կյանքի առաջին օրը՝ հատկապես առաջին 12 ժամվա ընթացքում,
- երկարատև պահպանվող դեղնուկ. դեղնուկային համախտանիշի պահպանվելը 10 օրից ավելի հասուն երեխաների և 21 օրից ավելի՝ անհասների շրջանում,
- ակիքաձև ընթացք. «լուսավոր շրջանից» (դեղնության նվազումից կամ վերանալուց) հետո դեղնուկի ուժգնության կրկնվող աճ:

գ. Մաշկի տրանզիտոր փոփոխություններ

Ֆիզիոլոգիական, հասարակ երիթեման (Erythema neonatorum) դիտվում է գրեթե բոլոր նորածինների շրջանում: Դրսևորվում է մաշկի հիպերեմիայի և ռեակտիվ կարմրության ձևով:

Ի հայտ է գալիս կյանքի առաջին ժամերին կամ կյանքի 2-րդ-3-րդ օրը՝ մաշկից նախածննդային ձուսպը (Vernix Caseosa) հեռացնելուց, առաջին լոգանքից հետո: Անհետանում է մինչև կյանքի առաջին շաբաթվա վերջը հասուն նորածինների և մինչև կյանքի 2-րդ-3-րդ շաբաթը անհասների և շաբաթային դիաբետով մայրերից ծնված նորածինների շրջանում:

Տոքսիկ երիթեման դիտվում է 20-30% նորածինների շրջանում: Առաջանում է կյանքի 2-րդ-5-րդ օրը: Երեխայի ընդհանուր վիճակը, որպես կանոն, բավարար է, մարմնի ջերմաստիճանը՝ նորմալ: Մաշկի վրա առաջանում են եզակի կամ բազմաթիվ երիթեմատոզ, ամուր բծեր, պապուլաներ կամ բշտիկներ, որոնք խմբերով տեղակայվում են վերջույթների տարածիչ մակերեսներին (հոդերի շրջանում), իրանին, դեմքին: Երբեք չեն լինում ափերին, ոտնաթաթերին, լորձաթաղանթներին: 2-3 օրից ցանր անհետանում է:

դ. Հորմոնային կամ սեռական կրիզ

Հանդիպում է նորածինների 2/3-ի շրջանում, հատկապես՝ աղջիկների:

Կլինիկական արտահայտություններն են.

1. Կրծքագեղձերի մեծացում և կոշտացում՝ ֆիզիոլոգիական մաստոպաթիա

Կրծքագեղձերի մեծացումը հանդիպում է պրակտիկորեն բոլոր աղջիկների և տղաների կեսի շրջանում, իսկ կոշտացումը՝ աղջիկների մոտ 1/3-ի: Ի հայտ է գալիս կյանքի 3-րդ-4-րդ օրը, կրծքագեղձերի չափերը մեծանում են և առավելագույնի հասնում 7-ից 8-րդ օրը (1,5-2սմ): Այնուհետև կոշտացման աստիճանը աստիճանաբար փոքրանում է: Կրծքագեղձերը համաչափ մեծացած են, կոշտացած, գեղձի վրայի մաշկը փոփոխված չէ, հազվադեպ՝ թեթև հիպերեմիկ: Երբեմն (ինքնաբեր կամ կրծքագեղձերը շոշափելիս) նկատվում է արտադրուկ, սկզբում մոխրագույն, հետո սպիտակակաթնային գույնի: Միջամտություն հարկավոր չէ:

2. Վուլվուզիտ

Նկատվում է մոխրա-սպիտակավուն երանգի առատ լորձային արտադրություն սեռական ճեղքից, 60-70% աղջիկների շրջանում կյանքի առաջին երեք օրերի ընթացքում: 1-3 օր պահպանվելուց հետո աստիճանաբար անհետանում է:

Մետրոռագիա՝ արյունային արտադրություն հեշտոցից: Սովորաբար ծագում է 5-10% աղջիկների շրջանում, կյանքի 5-8-րդ օրը: Տևում է 1, հազվադեպ 2-3 օր:

Բուժում չի պահանջում:

3. Կորեկապզուկներ (միլիա)

Հանդիպում են մոտ 40% նորածինների շրջանում: Մաշկի մակերեսից բարձր 1-2մմ-ոց սպիտակադեղնավուն հանգուցիկներ են քթի թևերին և քթարմատին, կզակին, ճակատին: Իրենցից ներկայացնում են առատ արտադրուկով և խցանված արտաբերող ծորաններով ճարպագեղձեր: Սովորաբար 1-2 շաբաթից անցնում են:

Հորմոնային կրիզի առաջացումը պայմանավորված է մոր էստրոգենների կորստին երեխայի օրգանիզմի պատասխան ռեակցիայով:

Անհաս և ծննդյան ցածր քաշով նորածինների մոտ սեռական կրիզը հազվադեպ է հանդիպում և հանդիպելիս աննշան է արտահայտվում:

Սահմանային վիճակների դեպքում հատուկ բուժման կարիք չկա: Կարևոր է բացառապես կրծքով կերակրումը, հիգիենայի և խնամքի ճիշտ կազմակերպումը:

6. ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐՈՒՄ

Կրծքով կերակրումը մանկան սնուցման միակ բնական եղանակն է և նրա առողջության հիմնական գրավականը:

Ինչպես հիմնական բաղադրիչների, այնպես էլ յուրացման տեսակետից մայրական կաթը առավելագույնս հարմարեցված է երեխայի պահանջներին: Մինչև 6 ամսականը խորախուսվում է **բացառապես** մայրական կաթով կերակրումը, որը նշանակում է, որ երեխան ստանում է միայն կրծքի կաթ և ոչ մի այլ հավելյալ սնունդ, ջուր կամ այլ հեղուկներ (բացի դեղամիջոցներից և վիտամիններից, եթե դրանք անհրաժեշտ են):

Երեխային պետք է կերակրել այնքան հաճախ, որքան երեխան ցանկանում է, գիշեր թե ցերեկ, 24 ժամվա ընթացքում առնվազն 8 անգամ:

Ա. Կրծքով սնուցման առավելությունները

Կրծքով սնուցման առավելությունները պայմանականորեն կարելի է բաժանել 2 խմբի. առավելություններ երեխայի համար և մոր համար:

Կրծքով սնուցման առավելությունները երեխայի համար

- Կրծքի կաթը լիարժեք, բալանսավորված սնունդ է, երեխայի աճող օրգանիզմի պահանջներին համապատասխան:
- Կրծքի կաթը դյուրամարս է, լիովին յուրացվում է երեխայի օրգանիզմի կողմից:
- Պաշտպանում է վարակներից. բացառապես մայրական կաթով կերակրվող նորածիններն ավելի քիչ են ենթարկված փորլուծությամբ հիվանդանալու ռիսկին և փորլուծությունից կամ այլ վարակներից մահանալու վտանգին:
- Ապահովում է նորածնի և մոր միջև սերտ հոգեբանական կապը և երեխայի հոգեբանական պաշտպանվածությունը:
- Նպաստում է երեխայի ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ՝ նյարդահոգեկան զարգացմանը:
- Նպաստում է աղիքային միջավայրի հաստատմանը՝ կրծքի կաթի լակտոֆերինի և բիֆիդուս գործոնի հաշվին:
- Անվտանգ է (կախված չէ պահպանման և գործարանային պայմաններից):

Կրծքով սնուցման առավելությունները մոր համար

- Ապահովում է հոգեբանական կապը երեխայի հետ:
- Ֆինանսական ներդրումներ չի պահանջվում:
- Ծննդաբերությունից հետո նպաստում է արգանդի կրճատմանը:
- Նվազեցնում է ուռուցքային հիվանդությունների վտանգը:
- Օգնում է կանխել նոր հղիությունը (լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ):
- Սննդի լրացուցիչ մշակման, տաքացման, շշերի և այլ պարագաների կարիք չկա:
- Հարմար է ցանկացած տեղում և ցանկացած ժամանակ:

Բ. Կրծքի կաթի հիմնական բաղադրամասերը

Սպիտակուցներ

Կրծքի կաթի բաղադրամասերը թե՛ քանակապես, և թե՛ որակապես տարբերվում են կենդանիների կաթից և արհեստական կաթնախառնուրդներից:

Հասուն կրծքի կաթը, համեմատած կենդանիների կաթի հետ, պարունակում է կազեին սպիտակուցի ավելի քիչ քանակ՝ 35% (կովի կաթը՝ 80%), այն դյուրամարս է: Կրծքի կաթի սպիտակուցները ունեն պաշտպանողական նշանակություն, պարունակում են իմունոգլոբուլիններ, հակամարմիններ, լեյկոցիտներ, լիզոցիմ, լակտոֆերրին (կապում է երկաթը, որով սնվում են ախտածին մանրէները, կանխելով սակավարյունության առաջացումը), բիֆիդուս գործոն (կարգավորում է աղիքային միկրոֆլորան):

Ճարպեր

Ճարպի պարունակությունը հասուն կրծքի կաթում լիովին համապատասխանում է երեխայի ֆիզիոլոգիական պահանջներին: Ճարպերը կաթի առավել փոփոխական բաղադրամասերից են՝ նրանց քանակը կաթի մեջ փոփոխվում է և՛ օրվա, և՛ մեկ կերակրման ընթացքում: Մեկ կերակրման վերջում ճարպերի քանակը կրծքի կաթում ավելանում է 4-5 անգամ: Կրծքի կաթը պարունակում է էսենցիալ անփոխարինելի պոլի-չհագեցած ճարպաթթուներ (արախիդոնաթթու, լինոլենաթթու), որոնք նպաստում են մանկան ուղեղի զարգացմանը: Վերջիններիս պարունակությունը կրծքի կաթում գրեթե 4 անգամ ավելի բարձր է, քան կովի կաթում: Արհեստական կաթնախառնուրդների մեծ մասում բացակայում են այդ ճարպաթթուները կամ առկա են նվազագույն քանակով: Կրծքի կաթի ճարպերը պարունակում են նաև լիպազա ֆերմենտ, որը նպաստում է ճարպերի քայքայմանը և յուրացմանը:

Ածխաջրատներ

Կրծքի կաթի հիմնական ածխաջրատը լակտոզան է: Այդ շաքարը բնորոշ է միայն կաթին (այդ թվում և կենդանիների) և նրա առավելագույն քանակը պարունակվում է կրծքի կաթում (կաթնախեժում՝ 4%, հասուն կրծքի կաթում՝ 7%): Լակտոզան ապահովում է երեխայի էներգետիկ պահանջների 40%-ը: Այն խթանում է բիֆիդոբակտերիաների աճը և ընկճում է ախտածին մանրէների զարգացումը և աճը, նպաստում է նաև կալցիումի ներծծմանը:

Վիտամիններ

Վիտամինների քանակը կրծքի կաթում գրեթե միշտ համապատասխանում է երեխայի պահանջներին, սակայն ջրալույծ վիտամինների քանակը կարող է կախված լինել մոր սննդակարգից:

Հանքային նյութեր

Հանքային նյութերի մեծ մասի (Ca, Fe, P, Mg, Zn, K) պարունակությունը կրծքի կաթում գրեթե կախված չէ մոր սննդակարգից, այն ավելի քիչ է, քան ցանկացած կաթնախառնուրդում, կամ կենդանիների կաթում, սակայն ավելի լավ է յուրացվում:

Գ. Կրծքով կերակրումը և ընտանիքի պլանավորումը

Լակտացիոն ամենորեայի մեթոդ (ԼԱՄ)

Սա հակաբեղմնավորման ժամանակավոր մեթոդ է, որի հիմքում ընկած է կրծքով կերակրման ընթացքում ձվազատման ընկճումը: ԼԱՄ-ի կիրառումն անհրաժեշտ է սկսել երեխայի ծնվելուց հետո հնարավորինս շուտ:

ԼԱՄ-ի իրականացման համար կարևոր է պահպանել հետևյալ 4 պայմանները.

- Երեխան բացառապես կրծքով է սնվում:
- Երեխայի տարիքը մինչև 6 ամսական է:
- Օրվա ընթացքում կերակրումների թիվը 8-10 անգամ է, պարտադիր է գիշերային կերակրումը:
- Կնոջ դաշտանային ցիկլը չի վերականգնվել:

Դ. Կրծքով կերակրման դիտարկում

Հանձնարարվում է

Կրծքով կերակրումը ստուգել 1 և 2 շաբաթական, իսկ ցուցման դեպքում նաև մեկուկես ամսական առողջ երեխայի այցերի ժամանակ:

Նպատակը

Կրծքով կերակրման դժվարությունների վաղ հայտնաբերում և վերացում՝ հետագա բարդությունների կանխարգելման համար:

Սկրինինգի կարևորությունը

Կրծքով կերակրման սկրինինգը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերել դժվարությունների առկայությունը և օգնել մորը՝ դրանց հաղթահարման գործում: Վաղ հետծննդյան շրջանում դժվարությունները հիմնականում պայմանավորված են երեխայի կերակրման սխալ դիրքով: Վերջինս կարող է հանգեցնել պտուկների վնասման և ճաքերի առաջացման, կրծքագեղձերի կանգային կոշտացման, կաթնածորանի խցանման, մաստիտի և աբսցեսի, ինչպես նաև անբավարար կաթնարտադրության: Երեխան կարող է բավականաչափ կաթ չստանալ և քաշը չավելացնել, ինչպես նաև նյարդայնանալ և հրաժարվել կրծքից: Այսպիսով, կերակրման սխալ դիրքը կրծքով կերակրումից ծնողների հիասթափության և այն դադարեցնելու հիմնական պատճառներից է:

Որքան վաղ են ճանաչվում կերակրման դիրքի սխալները և շուտ են վերացվում, այնքան մեծ է կրծքով կերակրելու հաջողության հավանականությունը:

Սկրինինգի կատարման կարգը

Կրծքով կերակրման սկրինինգի կարևոր նախապայման է, որպեսզի մայրը տեղյակ լինի նման սկրինինգի նպատակների, կարևորության և կատարման կարգի մասին:

- Սկրինինգը պետք է սկսել՝ պարզելով կերակրման հետ առնչվող մոր ապրումները, դժվարությունները, ինչպես նաև՝ կրծքով կերակրման դժվարությունների ռիսկի գործոնների առկայությունը մոր և մանկան մոտ: Այդ ընթացքում պետք է լինել բարյացակամ ու նրբանկատ և որևէ ձևով մորը չքննադատել ու չհուզել: Ընդհակառակը՝ պետք է նրան վստահություն ներշնչել իր մայրական բնագծի և կերակրելու կարողությունների նկատմամբ:
- Կրծքով կերակրման դիտարկումը կատարվում է միայն կերակրող մոր համաձայնության դեպքում:
- Կերակրող մայրն ինքն է որոշում դիտարկության համար կերակրման տեղը և դիրքը:
- Բուժաշխատողը դիտում է կերակրման գործընթացը սկզբից մինչև վերջ, առանց միջամտելու: Միաժամանակ լրացնում է «Կրծքով կերակրման դիտարկում» թերթիկը (տե՛ս ստորև):
- Թերթիկում կրծքով կերակրման ճիշտ դիրքի նշանները խմբավորված են ձախ կողմում, իսկ հնարավոր դժվարությունների նշանները՝ աջ կողմում: Դիտարկման միջոցով պետք է ստուգել՝ այդ նշանները և խաչ դնել միայն այն նշանների կողքին, որոնք նկատվում են տվյալ կերակրման ժամանակ:

Սկրինինգի արդյունքների գնահատում

- Եթե արդյունքում բոլոր խաչերը գտնվում են թերթիկի ձախ կողմում, ուրեմն կերակրումն ընթանում է ճիշտ:
- Մինչև իսկ 1-2 խաչի առկայությունը աջ կողմում կարող է վկայել հնարավոր դժվարությունների առկայության և օգնություն ցուցաբերելու անհրաժեշտության մասին:
- 1,5 ամսական առողջ երեխայի այցի ժամանակ սկրինինգը կրկնելու ցուցում են հանդիսանում.
 - Երեխայի աճի ամբավարար ցուցանիշները:
 - Կրծքով կերակրման գործում մոր ցանկացած կասկածը, անվստահությունը, տարակուսանքը:
 - Սնուցման անամնեզից պարզված ցանկացած շեղումը:
 - Երկու շաբաթական երեխայի կերակրման ժամանակ արձանագրված կրծքով կերակրման ցանկացած դժվարությունը:

Ե. Կրծքով կերակրման դժվարությունների ռիսկի գործոններ

Մոր մոտ՝

- առաջնածնությունը,
- դժվարությունները նախորդ երեխաներին կրծքով կերակրելու ժամանակ,
- հարթ կամ ներընկած պտուկների առկայությունը,
- հետծննդյան շրջանում մանկանը կրծքին ուշ մոտեցնելը,
- մտերիմների բացասական վերաբերմունքը կրծքով կերակրմանը:

Մանկան մոտ՝

- ծննդյան ցածր քաշը,
- արդեն շշուկ կերակրված լինելը,
- որոնման և ծծման ռեֆլեքսների ընկճվածությունը,
- լեզվի կարճ սանձիկը,
- փոքր, ետ ընկած ստորին ծնոտը և դիմածնոտային այլ ախտաբանական վիճակները,
- տարածիչների նկատմամբ ծալիչ մկանախմբերի (հատկապես՝ ծնոտի, պարանոցի և ուսագոտու) հարաբերական հիպոտոնիան:

Կրծքով կերակրման դիտարկում

Ճիշտ դիրքով կերակրման նշանները	Միտալ դիրքով կերակրման նշանները
Մայրը հարմարավետ է նստած և չի լարվում:	Մայրը լարված է, հակված երեխայի վրա:
Երեխան ամբողջ մարմնով դարձած է դեպի մայրը, լավ հպված է կրծքին, նրա գլուխը և մարմինը նույն հարթության վրա են:	Երեխայի մարմինը մորից հեռու է, կամ նրա պարանոցը թեքված է:
Մայրը ձեռքով երեխայի իրանի ամբողջ երկարությամբ հենարան է ստեղծում (մինչև հետույքը):	Մայրը պահում է երեխայի միայն գլուխն ու ուսերը:
Երեխայի կզակը հպված է կրծքին:	Կզակը հպված չէ մոր կրծքին:
Երեխայի բերանը լայն բացված է:	Բերանը լայն չի բացված կամ կարող է փակ թվալ, շուրթերը առաջ են ձգված:
Շուրթերը դեպի դուրս են շրջված:	Երեխայի շուրթերը դարձած են դեպի միմյանց կամ ներս են շրջված:
Արեւոյան ավելի շատ երևում է վերին շուրթից վերև, քան ստորին շուրթից ցած:	Ստորին շրթունքի տակից արեւոյան ավելի շատ է երևում:
Երեխայի այտերը կլոր են:	Երեխայի այտերը լարված են կամ ներքնկած:
Երեխան դանդաղ և համաչափ է ծծում, ծծման շարժումները որոշ դեպքերում փոխանցվում են ականջներին:	Երեխան հաճախակի, փոքր շարժումներով է ծծում:
Կերակրման վերջում նա հանգիստ է և բավարարված, ինքն է թողնում կուրծքը կամ քնում է:	Երեխան կարող է անհանգստանալ կամ հրաժարվել կրծքից. կերակրումը շատ երկար է տևում (30րոպեից ավելի):
Մայրը պտուկներում ցավ չի զգում (երբեմն թեթև ծակծկոցի զգացում է ունենում):	Պտուկները կերակրումից հետո տափակած են, մայրը կերակրելիս ցավ է զգում, կամ պտուկները ճաքած են:
Կերակրումից հետո կուրծքը փափուկ է, մաշկն առողջ տեսք ունի	Մոր կրծքերը կերակրումից հետո դատարկված չեն թվում, կամ մաշկի վրա կան կարմրություններ:
Երբեմն լսվում է երեխայի կուլ տալու ձայնը:	Լսվում է ճպճպոց և կամ չպպոց:

7. ԱՐՉԵՍՏԱԿԱՆ ՍՆՈՒՑՈՒՄ

Արհեստականորեն սնվող երեխան պետք է ստանա հարմարեցված կաթնախառնուրդներ: Սակայն եթե ինչ որ պատճառով ծնողներն, այնուամենայնիվ, երեխային կովի կաթով են կերակրում, ապա պետք է խորհուրդ տալ այն նոսրացնել (3/4 բաժին կաթին խառնել 1/4 բաժին ջուր) և փոքր քանակությամբ շաքարավազ ու բուսական յուղ ավելացնել: Նման եղանակով սնվող երեխան անպայման սննդային հավելումների ձևով պետք է ստանա երկաթ, վիտամիններ և գտնվի բժշկի ուշադիր հսկողության պայմաններում:

Երեխային տրվող կաթնախառնուրդի օրական ծավալը հաշվարկվում է ծավալային և կալորիական եղանակներով:

Ծավալային եղանակ.

- 10 օրականից մինչև 2 ամսական երեխային տրվող կաթնախառնուրդի օրական ծավալը պետք է հավասար լինի նրա գրամներով արտահայտված քաշի 1/5–ին, 2-4 ամսականում՝ 1/6–ին, 4-6 ամսականում՝ 1/7–ին:
- 2-6 ամսական երեխայի քաշի յուրաքանչյուր կգ-ին օրական տրվում է մոտավորապես 150մլ հարմարեցված կաթնախառնուրդ:

Կալորիական եղանակ.

հիմքում ընկած է երեխայի կալորիական պահանջարկը

- անհաս նորածինները մինչև 3-4 ամսական ամեն օր կարիք ունեն մոտավորապես 120-140 կկալ մարմնի քաշի 1 կիլոգրամի հաշվարկով:
- հասուն նորածինները մինչև 3-4 ամսական օրական 110-120 կկալ-ի կարիք ունեն մարմնի քաշի 1կիլոգրամի հաշվարկով:
- տարիքի հետ մարմնի մեկ կիլոգրամին ընկնող կալորիաների պահանջը նվազում է և մեկ տարեկանում այն կազմում է 100 կկալ մարմնի քաշի 1 կիլոգրամի հաշվարկով:

Քանի որ 1մլ կրծքի կաթում և հարմարեցված կաթնախառնուրդում պարունակվում է մոտավորապես 0,7կկալ, մեկ օրվա ընթացքում անհրաժեշտ կաթի ծավալը կարելի է հաշվել հետևյալ բանաձևով.

$\text{Ծավալը} = \text{քաշը կգ-ով} \times \text{կալորիական պահանջը} / 0,7$
--

Մանկանը տրվող կաթնախառնուրդի օրական ծավալը չպետք է մեկ լիտրից ավել լինի: Մեկ կերակրման համար անհրաժեշտ քանակը որոշելու համար պետք է օրական ծավալը բաժանել կերակրումների թվի վրա: Հաշվարկված քանակն ունի միայն կողմնորոշիչ նշանակություն:

8. ՀԱՎԵԼՅԱԼ ՍՆՈՒՑՈՒՄ

6 ամսականից մինչև մեկ տարեկան երեխաների սնուցում

Կյանքի առաջին ամիսների ընթացքում բացառապես կրծքով սնուցումը լիովին բավարարում է երեխայի հեղուկի, էներգիայի և սնուցողական նյութերի պահանջարկը՝ ապահովելով նրա օպտիմալ աճը, զարգացումն ու առողջությունը: Սակայն երեխայի աճին և ակտիվության մեծացմանը զուգընթաց որոշակի տարիքում միայն կրծքի կաթն այլևս չի կարող բավարարել երեխայի բոլոր պահանջները:

Բացառապես կրծքով սնուցման միջոցով ապահովվող էներգիայի, երկաթի և այլ անփոխարինելի սննդային բաղադրամասերի քանակի և երեխայի սնուցողական պահանջների միջև եղած տարբերությունը լրացնելու համար անհրաժեշտ է երեխայի օրաբաժինն ավելացնել այլ սնունդ, այսինքն՝ ներմուծել **հավելյալ սնունդ**, միաժամանակ շարունակելով կրծքով սնուցումը առնվազն մինչև երկու տարեկանը:

Երեխային տրվող այլ սնունդը կոչվում է **հավելյալ սնունդ**, քանի որ տրվում է ի հավելումն կրծքի կաթի: Այն նպատակ չունի փոխարինելու կրծքի կաթին և չի կարող ինքնուրույն օրաբաժին լինել: Հավելյալ սնունդը պետք է լինի սննդարար և բավարար քանակությամբ, որպեսզի երեխան շարունակի աճել:

Հավելյալ սնուցման ընթացքում երեխան աստիճանաբար ընտելանում է ընտանեկան ճաշատեսակներին, սակայն կրծքի կաթը շարունակում է սնուցողական բաղադրամասերի և պաշտպանական գործոնների կարևոր աղբյուր մնալ՝ առնվազն մինչև երեխայի երկու տարեկան դառնալը:

Հավելյալ սնուցումը պետք է լինի.

- **ժամանակին**, այսինքն՝ բոլոր երեխաները, ի հավելումն կրծքի կաթի, պետք է սկսեն հավելյալ սնունդ ստանալ 6 ամսականից սկսած (արհեստականորեն սնվող երեխաների հավելյալ սնուցումը ևս պետք է սկսել 6ամսականում),
- **համապատասխան**, որը նշանակում է, որ հավելյալ սնունդը սնուցողական արժեքավորությամբ պետք է առնվազն չզիջի կրծքի կաթի արժեքավորությանը,
- **անվտանգ եղանակով պատրաստված**, այսինքն՝ պետք է միջոցներ ձեռք առնվեն սննդի ախտածին մանրէներով վարակվելու հավանականությունը նվազագույնի հասցնելու ուղղությամբ,
- **պետք է տրվի համապատասխան ծնով**՝ այսինքն՝ սնունդը պետք է լինի համապատասխան խտության և տրվի բավարար քանակությամբ:

Հավելյալ սնունդ տալու սկզբունքները

- Այս տարիքում երեխան կարիք ունի լրացուցիչ սննդի և էներգիայի:
- Անհրաժեշտ է երեխային ապահովել երկաթով և ցինկով:

- Տարբեր կոշտության սնունդը նպաստում է կծելու և ծամելու ունակության զարգացմանը:
- Եթե 6-7 ամսականում տարբեր համերի և կոշտության սնունդ չի ներմուծվում, ապա հետագայում երեխան կարող է հրաժարվել դրանցից:
- Հավելյալ սնունդը պետք է տրվի ժամանակին և համապատասխան սկզբունքներով:
- Այլ ճաշատեսակներ ստանալու պայմաններում էլ երեխան պետք է կրծքով կերակրվի նախկին հաճախությամբ: **Այլ ճաշատեսակներ պետք է լրացնեն, այլ ոչ թե փոխարինեն կրծքի կաթին:**
- Հավելյալ սնունդը պետք է լինի բազմազան և պետք է ներառի մսեղեն, բանջարեղեն, մրգեր, կաթնամթերք:
- Չպետք է խուսափել երեխայի սննդում բավարար քանակությամբ ճարպեր օգտագործելուց: Դրանք անհրաժեշտ են երգիա և վիտամիններ են պարունակում աճող և զարգացող երեխայի համար:
- Երեխայի առաջին ճաշատեսակը պետք է պատրաստվի ջրային և համասեռ և տրվի՝ սկսելով փոքր քանակությամբ (1-2թ. գդալից): Այնուհետև, մի քանի օրում սննդի միանվագ քանակը պետք է ավելացնել՝ հասցնելով մեկ կերակրման համար անհրաժեշտ ծավալի, օրական 3-5 անգամ հաճախականությամբ:
- Երբ երեխան որևէ նոր սննդատեսակ լավ է յուրացնում, մոտավորապես մեկ շաբաթ հետո պետք է առաջարկել նորը:
- Եթե երեխային առաջարկված նոր սննդատեսակը դուր չի գալիս, չպետք է հուսահատվել, այլ 1-2 օրից կրկին առաջարկել:
- Երեխայի տարիք առնելուն զուգընթաց սնունդը պետք է ավելի պինդ պատրաստել: 7-8 ամսականից նրա մեջ պարունակվող բաղադրամասերը չպետք է շատ մանրացվեն, որպեսզի նպաստեն ծամելու ունակության զարգացմանը:
- Հավելյալ սնունդը մանկանը պետք է տրվի գդալով:
- Որպես առաջին հավելյալ սնունդ կարող են հանդիսանալ բանջարեղենի և մրգի այուրենները, շիլաները:
- 6-7 ամսականում երեխայի օրաբաժին պետք է ներմուծել մսամթերք:
- Երեխայի սնունդը պետք է հարստացնել բուսական յուղով, կարագով, ընկույզով, կաթով:
- Համը բարելավելու համար կարելի է շաքար ավելացնել թթու մրգերին, սակայն քաղցրի չարաշահումը կարող է ատամների կարիեսի և գիրության պատճառ դառնալ:
- Կյանքի առաջին երկու տարվա ընթացքում մանկանը չպետք է թեյ տրվի, այդ թվում՝ նաև խոտային, քանի որ այն խանգարում է աղիներից երկաթի և կալցիումի ներծծմանը:
- Խորհուրդ չի տրվում մինչև 7-8 ամսական երեխայի սննդին աղ ավելացնել:
- Մինչև մեկ տարեկան հասակը երեխային մեղր տալ չի թույլատրվում:
- Գործարանային շիլաները չպետք է գերադասել տանը պատրաստվածից:
- Հավելյալ սնունդը պետք է պատրաստվի շատ մաքուր պայմաններում և երեխային տրվի թարմ վիճակում:

- Անմիջապես չօգտագործելու դեպքում այն անհրաժեշտ է պահել սառնարանում: Մանկան սննդի ավելցուկը պետք է անմիջապես քափել:
- Երեխայի ամանեղենը պետք է լինի առանձին:
- Մեկ տարեկանին մոտ երեխան պետք է աստիճանաբար անցնի ընդհանուր ընտանեկան սեղանի:

Եթե երեխան կրծքով է կերակրվում, հավելյալ սննդամթերքը պետք է տալ օրվա ընթացքում երեք անգամ՝ կրծքով կերակրելուց հետո⁸:

Եթե երեխան կրծքով չի կերակրվում, հավելյալ սննդամթերքը պետք է տալ օրվա ընթացքում հինգ անգամ:

Օպտիմալ հավելյալ սնուցման համար կարևոր է ոչ միայն այն, թե *ի՞նչ* է երեխան ուտում, այլև այն, թե *ինչպե՞ս, ե՞րբ և ո՞վ* է նրան կերակրում:

Խիստ կարևոր է երեխային ակտիվորեն կերակրելը: Մայրը կամ երեխայի խնամող անձը պետք է խրախուսեն և օգնեն երեխային ուտելու ժամանակ, նույնիսկ եթե նա առողջ է և լավ ախորժակ ունի: Հատկապես կարևոր է հսկել երեխային՝ սկսած հավելյալ սնուցման ներմուծումից մինչև 2 տարեկան հասակը: Առանց հսկողության թողած երեխան կարող է բավարար քանակով չուտել, քանի որ նրան ժամանակ է հարկավոր: Երեխան հաճախ ուտում է դանդաղ, կեղտոտում չորսբուլորը և հեշտությամբ շեղվում: Շատ կարևոր է, որ երեխան ունենա բավականաչափ ժամանակ բավարար քանակությամբ սնունդ ստանալու համար, այսինքն ուտի «բավարար օրաբաժին»: «Բավարար օրաբաժին» տերմինը նշանակում է, որ երեխան նման ակտիվ կերակրումից հետո այլևս չի ուզում ուտել ոչ մի տեսակի կերակուր:

1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների սնուցում

Սնուցման առանձնահատկությունները

- Անցումային շրջան է, երբ երեխայի սնուցման եղանակը սկսում է նմանվել մեծահասակի սնուցմանը:
- Երեխայի սնունդը պետք է բավարար էներգետիկ արժեքավորություն ունենա:
- Երեխայի աճը մի փոքր դանդաղում է:
- Սնուցողական պահանջները մարմնի չափերի նկատմամբ դեռևս բարձր են, սակայն մարմնի յուրաքանչյուր կգ-ին ընկնող էներգիայի պահանջը նվազում է:
- Աղեստամոքսային համակարգի ֆունկցիոնալ հնարավորությունները փոքր են:
- Ախորժակը անկայուն է:
- Կյանքի երկրորդ տարում առաջանում է հետաքրքրություն սննդի նկատմամբ:

Օրաբաժինը պետք է լինի խիստ բազմազան և անպայման պարունակի հետևյալ 4 խմբի սննդատեսակները.

1. կաթ և կաթնամթերք,

⁸ Տե՛ս Հավելված 3-ը:

2. միս, ձուկ, թռչնի միս,
3. հաց, այլ հացամթերք և կարտոֆիլ,
4. մրգեր և բանջարեղեն:

Մինչև 2 տարեկանը պետք է շարունակել երեխային կերակրել կրծքով այնքան անգամ, որքան երեխան ցանկանում է և տալ նրան նաև հավելյալ սննդարար ուտելիք:

Անհրաժեշտ է աստիճանաբար մեծացնել երեխային տրվող հավելյալ սննդի ծավալները և լրացուցիչ կերակրումները դարձնել ավելի բազմազան: Ընտանեկան սեղանի կերակրատեսակները պետք է դառնան երեխայի օրաբաժնի առավել կարևոր մասը: Այդպիսի սնունդը պետք է տալ երեխային մանրացրած վիճակում, որպեսզի մանկիկն այն հեշտությամբ ուտի: Մինչև 2 տարեկանը սննդարար հավելյալ սննդամթերքները կամ ընտանեկան սեղանի կերակրատեսակները պետք է տալ օրվա ընթացքում երեք անգամ և 1-2 անգամ ետճաշիկ: Երեխայի օրաբաժինը պետք է բավարար լինի: Յուրաքանչյուր հիմնական կերակրման ծավալը պետք է կազմի առնվազն 250-300 մլ սնունդ և այն պետք է լինի լիարժեք նաև որակական առումով (օրինակ՝ նոսր, ջրիկ պատրաստված շիլան չի կարող համարվել լիարժեք սնունդ):

Սննդամթերք, որ խորհուրդ է տրվում 12 ամսականից մինչև 2 տարեկան երեխաներին.

- եփած և մանր կտրտած բանջարեղեն՝ կարտոֆիլ, գազար, ճակնդեղ, դդում, կաղամբ, դդմիկ կամ սմբուկ,
- եփած և քերիչով անցկացրած կամ մանր կտրատած միս, ձու, ձուկ, թռչնի միս,
- բազմատեսակ կաթնամթերք՝ կաթնաշոռ, կեֆիր, թան, կաթի սեր,
- մրգեր՝ ըստ տարվա եղանակի, օրինակ՝ խնձոր, բանան, դեղձ, խաղող, նարինջ, մանդարին, կեռաս, բալ, սալոր,
- կոմպոտ թարմ մրգերից և մրգաչրից,
- հաց, այլ հացամթերք:

2 տարեկանից բարձր տարիքում երեխան պետք է ստանա բազմատեսակ սնունդ ընտանեկան սեղանից օրական երեք անգամ: Բացի այդ, օրական երկու անգամ երեխան պետք է ստանա լրացուցիչ սնունդ: Դա կարող է լինել սննդամթերք ընտանեկան սեղանից կամ սննդարար նյութերով հարուստ այլ սնունդ, որը կարելի է տալ կերակրումների միջև ընկած ժամանակահատվածում: Յուրաքանչյուր հիմնական կերակրման ծավալը պետք է կազմի առնվազն 350 մլ (երկու ոչ լրիվ բաժակ): Կարևոր է սահմանափակել քաղցրավենիքը (անուշեղեն, շոկոլադ) և գազով ըմպելիքների ծավալը:

Սննդամթերք, որ խորհուրդ է տրվում 2-ից մինչև 5 տարեկան երեխաներին.

- ապուրների բազմազան տեսականի, բորշ, շոգեխաշած միս բանջարեղենով և այլն,
- եփած և մանր կտրատած միս և ձու,
- տեղանքում առկա բոլոր տեսակի մրգեր ու բանջարեղեն,
- ամենաբազմազան կաթնամթերք, թարմ մրգերից կամ մրգաչրից պատրաստված կոմպոտ:

9. ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ՍԿՐԻՆԻՆԳՆԵՐ

Առողջության սկրինինգները հատուկ հետազոտություններ են, որոնք նպատակ ունեն վաղ շրջանում հայտնաբերել երեխայի առողջական այն խնդիրները, որոնք սովորական քննության մեթոդներով (անամնեզով և ընդհանուր օբյեկտիվ քննությամբ չեն կարող հայտնաբերվել):

ՀՀ-ում ներկայումս ընդունված են երեխայի առողջության հետևյալ սկրինինգները.

- Կրծքով կերակրման դիտարկում (տես «Կրծքով կերակրում» բաժինը)
- Երեխայի աճի գնահատում
- Տեսողության ստուգում
- Լսողության ստուգում
- Կոնքազդրային հոդի ստուգում
- Ամորձիների ստուգում կրիպտորխիզմի վերաբերյալ
- Սակավարյունության ստուգում
- Ջարկերակային ճնշման ստուգում
- Երեխայի նյարդամկանային և հոգեոցիալական զարգացման գնահատում

Ա. Երեխայի աճի գնահատում

Երեխայի աճի գնահատումը ներառում է քաշի, հասակի, գլխի շրջագծի, քաշ-հասակային հարաբերության և մարմնի զանգվածի ցուցանիշի (ՄՁՑ) ստուգումը:

Աճի գնահատումը կատարվում է աճի պերցենտիլային քարտերի միջոցով⁹: Այդ քարտերը ներկայացված են աճի կորագծերի տեսքով՝ 3-ից մինչև 97-րդ սահմաններով, ինչը համապատասխանում է երեխայի նորմալ աճի տատանումներին:

Աճի հետազոտը (կորագծերը) տարբեր տարիքներում չափված և աճի քարտում կետով նշված աճի ցուցանիշները միացնող գծեր են (համապատասխանորեն՝ հասակի հետագիծ, քաշի հետագիծ, գլխի շրջագծի հետագիծ):

Ցենտիլային մակարդակները (97-րդ, 85-րդ և այլն) ցույց են տալիս նույն սեռի և տարիքի երեխաների ամբողջ պոպուլյացիայում այն անհատների մասնաբաժինը (արտահայտված տոկոսներով), որոնց աճի ցուցանիշները ցածր են տվյալ արժեքից: 50-րդ պերցենտիլային կորագիծը համապատասխանում է տվյալ տարիքի և սեռի երեխաների աճի ցուցանիշների միջին արժեքին:

Աճի քարտերը լրացվում են առողջ երեխայի բոլոր այցերի ժամանակ (գլխի շրջագիծը որոշվում է մինչև 1 տարեկան հասակը):

⁹ Տես հավելված 8-ը:

Երեխայի աճի ցուցանիշի պերցենտիլային համապատասխանությունը որոշելու համար համեմատում են աճի տվյալ ցուցանիշը (քաշ, հասակ, գլխի շրջագիծ) երեխայի տարիքի հետ: Աճի ցուցանիշի և երեխայի տարիքի հատման կետը գրաֆիկի վրա (նշել x-ով) ցույց է տալիս աճի տվյալ ցուցանիշի պերցենտիլային մակարդակը:

Քաշ-հասակային հարաբերության պերցենտիլային համապատասխանությունը որոշելու համար համեմատվում են տվյալ այցի ժամանակ որոշած երեխայի քաշի և հասակի ցուցանիշները՝ անկախ երեխայի տարիքից: Քաշի և հասակի ցուցանիշների հատման կետը գրաֆիկի վրա (նշել x-ով) ցույց է տալիս քաշ-հասակային հարաբերության պերցենտիլային մակարդակը:

Մարմնի զանգվածի ցուցանիշի (ՄՁՑ) պերցենտիլային համապատասխանությունը որոշելու համար համեմատվում են տվյալ այցի ժամանակ որոշված ՄՁՑ-ի արժեքը երեխայի տարիքի հետ: ՄՁՑ-ի ցուցանիշի և երեխայի տարիքի հատման կետը գրաֆիկի վրա (նշել x -ով) ցույց է տալիս աճի տվյալ ցուցանիշի պերցենտիլային մակարդակը:

Երեխայի աճը և զարգացումը պայմանավորված են հիմնականում 2 գործոնով՝ ժառանգական և սոցիալական, սակայն առողջ մեծանալու գրավականը նրա պատշաճ խնամքն է ընտանիքում և սնուցումը (ինչը ըստ միջազգային տվյալների հնարավորություն է տալիս 55%-ով իջեցնել մանկական մահացությունը):

Ա1. Գլխի շրջագիծ

Հանձնարարվում է գլխի շրջագիծը չափել մինչև մեկ տարեկան առողջ երեխայի բոլոր այցերի ժամանակ:

Նպատակը

Գնահատել երեխայի գլխի շրջագծի համապատասխանությունը տարիքային և սեռային նորմատիվներին, ինչպես նաև վերահսկել գլխի աճի արագությունը:

Գլխի շրջագծի չափումը կատարվում է որպես սկրինինգ երեխայի աճի լիարժեք գնահատման և հիդրոցեֆալիայի հայտնաբերման համար:

Սկրինինգի կարևորությունը

Քաշի և հասակի հետ մեկտեղ, գլխի շրջագծի տվյալները անհրաժեշտ են երեխայի աճի և փարթամության գնահատման համար: Բացի այդ, գլխի շրջագծի չափումը կարող է բացահայտել գլխուղեղի զարգացման մի շարք շեղումներ, որոնցից առավել կարևոր է համարվում հիդրոցեֆալիան, որը վաղ մանկական հասակում գլխի աճի խանգարմամբ դրսևորվող ամենատարածված ախտաբանական վիճակն է:

Հիդրոցեֆալիան համախտանիշ է, որը սպառնում է ներգանգային գերճնշման հետևանքով ուղեղանյութի ատրոֆիայի և կարող է հանգեցնել երեխայի ծանր հաշմանդամության կամ մահվան: Այս համախտանիշը շտկվում է նեյրովիրաբուժական միջամտությամբ: Հիդրոցեֆալիայի

բուժման արդյունավետությունը կախված է դրա ժամանակին հայտնաբերումից, քանի որ ուշացված դեպքերում գլխուղեղում կարող են առաջանալ անդառնալի փոփոխություններ:

Սկրինինգի կատարման կարգը

Գլխի շրջագծի չափվում է ճակատ-ծոծրակային՝ օկցիպիտալ-ֆրոնտալ, ամենալայն շրջագծով՝ ծոծրակային թմբկության և ճակատի միջնակետի մակարդակով: Օգտագործվում է չձգվող նյութից պատրաստված ժապավենային սանտիմետր: Ցուցանիշները գրանցվում են երեխայի աճի քարտում: Եթե չափելուց հետո պարզվում է, որ գլխի շրջագծի ցածր է 3-րդ պերցենտիլից կամ բարձր է 97-րդ-ից, անհրաժեշտ է կրկնել չափումը և արդյունքները գրանցել միայն այն դեպքում, եթե կրկնակի չափումից ստացվեն նույն ցուցանիշները:

Սկրինինգի արդյունքների գնահատումը

- Գլխի շրջագծի գնահատելիս միշտ պետք է հաշվի առնել դրա համապատասխանությունը աճի մյուս ցուցանիշներին՝ հասակին և քաշին, ինչպես նաև ծնողների գլխի շրջագծին:
- Նորմալ են համարվում 3-ից մինչև 97-րդ պերցենտիլային շարքում ընկած ցուցանիշները (միջինը 50 պերցենտիլ):

Անհանգստացնող նշաններ են հանդիսանում.

- 3-րդ պերցենտիլից ցածր կամ 97-րդ պերցենտիլից բարձր արդյունքները,
- ցանկացած ժամանակի ընթացքում գլխի շրջագծի ցուցանիշի ավելացումը կամ նվազումը 2-ից ավելի պերցենտիլային մակարդակով, նույնիսկ, եթե այն պահպանվում է 3-ից 97-րդ պերցենտիլների սահմաններում,
- երկու հաջորդական այցերի միջև ընկած ժամանակահատվածում գլխի շրջագծի ցուցանիշի ավելացումը կամ նվազումը 1-ից ավելի պերցենտիլային մակարդակով:

Ա2. Երեխայի քաշի գնահատում

Հանձնարարվում է

Մարմնի քաշը որոշել առողջ երեխայի բոլոր այցերի ժամանակ:

Նպատակը

Գնահատել երեխայի քաշի համապատասխանությունը տարիքային և սեռային նորմատիվներին, ինչպես նաև վերահսկել քաշն ավելացնելու արագությունը:

Անբավարար փարթամություն կամ անբավարար աճ

Անբավարար փարթամությունը կրծքի հասակի և վաղ մանկական տարիքի երեխաների անբավարար աճը գնահատող բնութագիր է: Անբավարար աճի հիմնական պատճառը երեխայի ստացած կամ յուրացրած կալորիաների և օրգանիզմի կալորիական պահանջի անհամապատասխանությունն է:

Ամբավարար փարթամությունը սահմանվում է, որպես 3-րդ պերգենտիլից ցածր ցուցանիշներով աճ կամ աճի ցուցանիշների փոփոխություն, երբ աճի հետագծերը ժամանակի ընթացքում հատում են դեպի ցած 2-ից ավելի պերգենտիլային մակարդակները:

Ամբավարար փարթամության ամենագգայուն ցուցանիշը քաշն է:

Այդ պատճառով հաճախ ամբավարար փարթամություն տերմինը հավասարեցվում է ամբավարար քաշին կամ վերջինիս ավելացման դանդաղեցմանը.

- տարիքին և սեռին համապատասխանող 3-րդ պերգենտիլից ցածր քաշ (ամբավարար քաշ) և կամ
- տարիքային և սեռային պերգենտիլների նորմալ սահմաններում գտնվող, բայց ժամանակի ընթացքում ավելի քան 2 պերգենտիլային մակարդակով իջած քաշ (քաշի ավելացման դանդաղում)

Երկարատև թերսնուցումը կամ առողջական այլ խանգարումները հանգեցնում են նաև հասակն ավելացնելու արագության դանդաղմանը, որին կարող է հետևել գլխի աճի դանդաղումը: *Այսպիսով, «ամբավարար փարթամությունը»* հաճախ բնութագրվում է ոչ միայն քաշի, այլ նաև աճի մյուս ցուցանիշների փոփոխություններով և ախտորոշվում է, երբ երեխայի ֆիզիկական աճը զգալի ետ է մնում իր հասակակիցներից:

Սկրինինգի կարևորությունը

Մանկական հասակում առաջացած աճի խանգարումները կարող են մեծապես վնասել երեխայի ինչպես ֆիզիկական, այնպես էլ նյարդահոգեկան զարգացմանը, մինչդեռ դրանց առաջացման պատճառները մեծ մասամբ էկզոգեն են և սկզբնական փուլում հեշտ շտկելի (ծնողների ուսուցում, կրծքով կերակրման խնդիրների շտկում, բարենպաստ դիետայի նշանակում, անբարենպաստ սոցիալական միջավայրից երեխայի մեկուսացում և այլն):

Սկրինինգի կատարման կարգը

Երեխային կշռում են մեխանիկական կամ էլեկտրոնային կշեռքներով: Քաշի ցուցանիշը գրանցվում է երեխայի աճի քարտում: Ցանկալի է, որ մինչև 1 տարեկան հասակը երեխան կշռվելիս լինի մերկ: Եթե ոչ, ստացված արդյունքից պետք է հանել հագուստի կշիռը: Մեկ տարեկանից բարձր երեխաներին պետք է կշռել նվազագույն հագուստով:

Եթե կշռելուց հետո պարզվում է, որ քաշը ցածր է 3-րդ պերգենտիլից կամ բարձր է 97-րդ-ից, անհրաժեշտ է կրկնել կշռումը և արդյունքները գրանցել միայն այն դեպքում, եթե կրկնակի կշռումից ստացվի նույն ցուցանիշը:

Սկրինինգի արդյունքների գնահատումը

Երեխայի քաշը գնահատելիս միշտ պետք է հաշվի առնել աճի մինչ այդ եղած արժեքները, հասակը, իսկ վաղ մանկության շրջանից հետո՝ նաև ժառանգական գործոնը (ծնողների աճի ցուցանիշները): Քաշը նորմալ է համարվում, եթե.

- աճի հետագիծն ընթանում է 3-ից մինչև 97-րդ պերցենտիլային մակարդակների սահմաններում՝ որևէ պերցենտիլային գծին զուգահեռ կամ դրա շուրջ,
- համապատասխանում է հասակին:

Անհանգստացնող նշաններ են հանդիսանում.

- Երեխայի քաշի ցուցանիշի 3-րդ պերցենտիլից ցածր (անբավարար փարթամություն/անբավարար քաշ) կամ
- 97-րդ պերցենտիլից բարձր արժեքը (հնարավոր է երեխայի աճի խնդիր՝ լրացուցիչ պետք է գնահատել քաշ-հասակային ցուցանիշը կամ ՄՁՑ-ն)
- ցանկացած ժամանակի ընթացքում քաշի ցուցանիշի նվազումը 2-ից ավելի պերցենտիլային մակարդակով (անբավարար փարթամություն/քաշի ավելացման դանդաղում):

Օրինակ՝ 1-1,5 ամսականում քաշը եղել է 50-րդ պերցենտիլային շարքում, իսկ 3 ամսականում՝ իջել է մինչև 3-րդ պերցենտիլ (անբավարար փարթամություն/քաշի ավելացման դանդաղում):

Անբավարար փարթամության պատճառները հաճախ համակցված են.

1. Անբավարար կալորիաների ընդունում.

- Երբ ծնողների կամ խնամողի կողմից համապատասխան սնունդ չի տրվում երեխային:
- Կրճքով կերակրման կանոնների խախտում (անբավարար գիտելիքներ):
- Կաթնախառնուրդի սխալ պատրաստում (շատ նոսր):
- Սայր-երեխա փոխհարաբերությունների խախտում (մոր կողմից անտարբերություն և անուշադրություն):
- Ծնողի կամ խնամողի սուր կամ քրոնիկ դեպրեսիա, մտավոր հետամնացություն կամ հոգեկան հիվանդություններ:
- Սոցիալ-տնտեսական պատճառներ՝ աղքատություն:
- Երեխան չի կարող ընդունել բավարար քանակի կալորիաներ:
- Տարբեր պատճառներով առաջացած երեխայի ծծման և կլման ակտի դժվարություններ (օրինակ՝ բերանի շարժողական ֆունկցիայի խանգարումներ, դիմածնոտային և ստամոքս-աղիքային համակարգի զարգացման արատներ, սիրտ-թոքային հիվանդություններ):
- Ախորժակի իջեցում (ցինկի պակաս, հիպերկալցեմիա, դիէնցեֆալ համախտանիշ):

2. Չի կարող յուրացնել ընդունած կալորիաները.

- Տարբեր պատճառներով առաջացած փսխում, լուծ և ներծծման խանգարումներ (օր՝ ստամոքս-աղիքային քրոնիկ բորբոքային հիվանդություններ, մարսողական ֆերմենտների անբավարարություն):

3. Կալորիաների գերաժախս կամ կորուստ.

- հիպերթիրեոզ,
- ուռուցքներ,
- շաքարային դիաբետ:

Ա3. Երեխայի հասակի գնահատում

Հանձնարարվում է

Հասակը չափել առողջ երեխայի բոլոր այցերի ժամանակ՝ սկսած 1,5 ամսականից:

Նպատակը

Գնահատել երեխայի հասակի համապատասխանությունը տարիքային և սեռային նորմատիվներին, ինչպես նաև վերահսկել հասակ առնելու արագությունը:

Սկրինինգի կարևորությունը

Հասակի ցուցանիշի վերլուծությունն օգնում է հայտնաբերել երեխայի ցածրահասակությունն ու բարձրահասակությունը և դրանց պատճառները: Երեխայի հասակային աճի խանգարումները կարող են վկայել թերսնուցման, էնդոկրին կամ ժառանգական հիվանդությունների մասին: Երեխայի աճի գնահատման կարևոր ցուցանիշներից է հասակ առնելու արագության որոշումը, որի համար անհրաժեշտ է հետևել հասակային աճի կորագծի պերցենտիլային մակարդակի փոփոխությանը ժամանակի ընթացքում:

Սկրինինգի կատարման կարգը.

Մինչև 2 տարեկան երեխաների հասակը չափվում է սեղանային հասակաչափով. երեխայի պառկած դիրքում: Հասակը չափելու համար անհրաժեշտ է ֆիքսել երեխայի գլուխը և թեթևակի ճնշում գործադրել ծնկների վրա՝ ոտքերն ուղղելու նպարակով:

2-3 տարեկանից մեծ երեխաների հասակը չափվում է պատային հասակաչափով՝ երեխայի կանգնած դիրքում: Երեխան գուլպաներով կանգնում է ուղիղ, ոտքերը միասին, նայում է ուղիղ դիմացը: Գլուխը, թիակները, հետույքը և կրունկները պետք է հպված լինեն պատին (հասակաչափի տախտակին): Հետազոտողը իջեցնում է չափատախտակը մինչև գլխին (ոչ թե մազերի ծայրին) հպվելը:

Հետազոտություններից պարզվել է, որ կապված երեխայի դիրքից (պառկած կամ կանգնած) նույն երեխայի երկայնությունը իր հասակից մոտ 0,7 սմ-ով մեծ է:

Սկրինինգի արդյունքների գնահատումը

- Երեխայի հասակը գնահատելիս պետք է ի նկատի ունենալ վերջինիս մինչ այդ եղած հասակի տվյալները, իսկ վաղ մանկությունից հետո՝ նաև ժառանգական գործոնը:
- Հասակի ցուցանիշները գնահատելիս պետք է հաշվի առնել աճի մյուս ցուցանիշները՝ քաշը և գլխի շրջագիծը, ինչպես նաև ոսկրային տարիքը:
- Նորմալ են համարվում 3-ից մինչև 97-րդ պերցենտիլային շարքում ընկած ցուցանիշները (միջինը՝ 50-րդ պերցենտիլ):

Անհանգստացնող նշաններ են.

- երեխայի հասակի 3-րդ պերցենտիլից ցածր արժեքը՝ **ցածրահասակություն**,
- 97-րդ պերցենտիլից բարձր արժեքը՝ **բարձրահասակություն** (հնարավոր է էնդոկրին անկանոնություն, հատկապես, եթե ծնողները ունեն նորմալ հասակ),
- ցանկացած ժամանակի ընթացքում հասակի նվազումը կամ ավելացումը 2-ից ավելի պերցենտիլային մակարդակով:

Ցածրահասակության հիմնական պատճառներ

Երեխայի ցածր հասակը կարող է պայմանավորված լինել ինչպես նորմայի տարբերակներով, այնպես էլ ախտաբանական վիճակներով:

1. Ոչ ախտաբանական պատճառներն են.

- Ընտանեկան ցածրահասակություն:
- Աճի և սեռահասության կոնստիտուցիոնալ ուշացում (ԱՍԿՈԻ):

Ցածրահասակության ամենատարածված պատճառը գենետիկ (կամ կոնստիտուցիոնալ, ընտանեկան) ցածրահասակությունն է, որը ժառանգվում է ծնողներից և նորմայի տարբերակ է: Ընտանեկան ցածրահասակության դեպքում ոսկրային հասակը համապատասխանում է քրոնոլոգիական հասակին, ընտանիքի անդամներից շատերը ցածրահասակ են, և երեխան աճում է իր գենետիկ հնարավորություններին համապատասխան:

Նորմայի տարբերակ է նաև աճի և սեռական հասունացման կոնստիտուցիոնալ ուշացումը, որին բնորոշ է աճի և հասունացման ընտանեկան ուշացումը: Այս դեպքում ոսկրային տարիքը միանման ցածր է քրոնոլոգիական տարիքից, ընտանիքի անդամները ընդհանուր առմամբ նորմալ հասակ ունեն, բայց հաճախ ուշացած աճ և սեռական հասունացում են ունեցել:

2. Ախտաբանական պատճառներն են.

- Ժառանգական հիվանդություններ և գենետիկական անկանոնություններ:
- Սնուցման հետ կապված խնդիրներ:
- Քրոնիկ հիվանդությունների հետ կապված պատճառներ:
- Էնդոկրին հիվանդություններ:
- Հոգեւորական անբարենպաստ պայմաններ:

Բարձրահասակության հիմնական պատճառներն են.

- Ժառանգական:
- Համակարգային հիվանդություններ:

Ա4. Քաշ-հասակային հարաբերություն և մարմնի զանգվածի ցուցանիշ (ՄՁՑ)

Հանձնարարվում է

Քաշ-հասակային հարաբերությունը որոշել 0-2 տարեկան բոլոր երեխաների աճը գնահատելիս

ՄՁՑ-ի ցուցանիշը որոշել՝

- 0-2 տարեկան այն երեխաների շրջանում, որոնց քաշը և հասակը գնահատվել են 85-րդ պերցենտիլից բարձր,
- 2-18 (20) տարեկան բոլոր երեխաների աճը գնահատելիս:

Նպատակը

Գնահատել ՄՁՑ-ի և քաշ-հասակային հարաբերության համապատասխանությունը տարիքային և սեռային չափանիշներին՝ ավելցուկային քաշը, գիրությունը և անբավարար քաշը վաղ հայտնաբերելու համար:

Սկրինինգի կարևորությունը

Աշխարհում վերջին տասնամյակների ընթացքում երեխաների և դեռահասների ավելցուկային քաշի ու գիրության տագնապալի աճ է արձանագրվել: Գիրությունը լուրջ առողջական խնդիր է թե՛ երեխաների, թե՛ մեծահասակների համար:

Քաշ -հասակային հարաբերության գնահատումը

- Քաշ-հասակային հարաբերությունը ցույց է տալիս երեխայի աճի համաչափությունը՝ քաշի և հասակի փոխհարաբերությունը:
- Եթե քաշի և հասակի ցուցանիշները մույն պերցենտիլային մակարդակում են, ապա քաշ-հասակային հարաբերության ցուցանիշը տատանվում է 50-րդ պերցենտիլի շուրջ, ինչը վկայում է երեխայի համաչափ աճի մասին:
- Եթե քաշը հասակի համեմատ ավելի արագ է ավելանում՝ քաշ-հասակային հարաբերությունը մեծանում է:
- Եթե քաշի ավելացումը հասակի համեմատ ետ է մնում, ապա քաշ-հասակային հարաբերության պերցենտիլային մակարդակը իջնում է:
- **>85-րդ** պերցենտիլային մակարդակի քաշ-հասակային ցուցանիշը գնահատվում է **որպես ավելցուկային քաշ**:
- **97-րդ** պերցենտիլային մակարդակի քաշ-հասակային ցուցանիշը գնահատվում է **որպես գիրություն**:
- **3-րդ** պերցենտիլից ցածր քաշ-հասակային ցուցանիշը գնահատվում է **որպես անբավարար քաշ կամ հյուժվածություն**:

ՄՁՑ-ի բնութագիրը և գնահատումը

ՄՁՑ-ն քաշի և հասակի անթրոպոմետրիկ ինդեքս է, որը սահմանվում է քաշի (կգ) և հասակի քառակուսու (մ^2) քանորոշով.

$$\text{ՄՁՑ} = \text{քաշ (կգ)} / \text{հասակ } (\text{մ}^2)$$

Ի տարբերություն մեծահասակների, որոնց ՄՁՑ-ն գնահատվում է կոնկրետ ֆվային արժեքով, երեխաների և դեռահասների ՄՁՑ-ն ունի սեռային և

տարիքային առանձնահատկություններ և գնահատվում է պերցենտիլային համակարգով:

ՄՁՑ-ի գնահատումը

$\geq$ 97-րդ պերցենտիլ	գիրություն
85-րդ - 97-րդ պերցենտիլ	ավելցուկային քաշ
3-րդ - 85-րդ պերցենտիլ	նորմալ քաշ
$<$ 3-րդ պերցենտիլ	անբավարար քաշ/հյուծվածություն

- **Նորմալ** են համարվում 3-ից մինչև 85-րդ պերցենտիլային մակարդակների ՄՁՑ-ի տվյալները:
- Անբավարար քաշ/հյուծվածություն է սահմանվում, երբ ՄՁՑ-ն ըստ տարիքի ցուցանիշը ցածր է 3-րդ պերցենտիլից, ինչը կարող է վկայել սուր թերսնուցման, ջրազրկման կամ գենետիկական անկանոնությունների մասին:
- **3-րդ պերցենտիլից ցածր և 97-ից բարձր** ցուցանիշները մատնանշում են առողջական կամ սնուցման խնդիրների առկայություն:
- **Գիրությունը** գնահատվում է **97-րդ** պերցենտիլին հավասար և ավելի բարձր ցուցանիշների դեպքում:
- **85-ից մինչև 97-րդ** պերցենտիլային ցուցանիշները վկայում են ավելցուկային քաշի մասին:

Սկրինինգի կատարման կարգը

Քաշ-հասակային հարաբերության գնահատումը կատարվում է 0-2 և 2-5 տարեկան աղջիկների և տղաների քարտերով (ԱՀԿ):

Քարտերն առանձնացված են ըստ տարիքային խմբերի՝ 0-2 տարեկան և 2-5 տարեկան, հաշվի առնելով այն, որ մինչև 2 տարեկանը չափված է երեխայի երկայնությունը պառկած դիրքում, իսկ 2 տարեկանից հետո՝ հասակը կանգնած դիրքում:

Նույն երեխայի երկայնությունը իր հասակից մոտ 0,7 սմ-ով մեծ է, չափումների ժամանակ երեխայի դիրքից կախված (պառկած կամ կանգնած): Այս հանգամանքը հարկ է հաշվի առնել հատկապես ՄՁՑ-ն հաշվարկելիս, քանի որ ոչ ճշգրիտ չափումները կարող են զգալի փոխել ՄՁՑ-ի արժեքը:

ՄՁՑ-ն գնահատվում է ըստ տարիքի և սեռի՝ 0-5տարեկան (տե՛ս հավելված 8-ը) և 5-18(20) տարեկան պերցենտիլային քարտերով:

Բ. Տեսողության ստուգում

Նպատակը

Հնարավորին չափ շուտ հայտնաբերել ամբլիոպիան և դրա հետ առնչվող շլոթյունը, կատարակտը, ռետինոբլաստոման, ռեֆրակցիայի խանգարումները:

Սկրինինգի կարևորությունը

Անամնեզի, օբյեկտիվ քննության և տեսողության սրության ստուգման թեստերի օգնությամբ կարելի է ժամանակին հայտնաբերել տեսողության խանգարումները:

Ամբլիոպիայի առաջացման ամենաբարձր ռիսկի ժամանակաշրջանը երեխայի կյանքի առաջին 2-3 տարիներն են: Ամբլիոպիայի վաղ հայտնաբերումը և համապատասխան բուժումը կարող են նպաստել նորմալ բինոկուլյար տեսողության ձևավորմանը: 5 տարեկանից մեծ երեխաների մոտ ամբլիոպիայի և շլոթյան բուժման հաջողությունները ցածր են, իսկ անվերադարձելի ամբլիոպիայի կամ տեսողության լուրջ խանգարումների հավանականությունը՝ բարձր:

Մանկական հասակում առաջնային ներակնային չարորակ նորագոյացություններից ամենահաճախը հանդիպում է ռետինոբլաստոման:

Ռետինոբլաստոման ամենաչարագուշակ ախտորոշումներից է, քանի որ մահացությունը գրեթե 100% է կազմում, եթե ուռուցքը տարածվում է (մետաստազներ է տալիս) դեպի կենտրոնական նյարդային համակարգ և շրջակա ոսկրեր: Հիվանդության հայտնաբերումն ու բուժումը մինչև մետաստազների առաջանալը, հնարավորություն է տալիս փրկել հիվանդների ճնշող մեծամասնության կյանքը:

Սկրինինգի կատարման կարգը

1. Անամնեզի տվյալներ, որոնք վկայում են բարձր ռիսկի մասին՝

- Անհասություն
- Նորածնային հասակում ստացած թթվածնաբուժում
- Ընտանիքում ռետինոբլաստոմայի դեպքեր
- Բնածին մետաբոլիկ կամ գենետիկ հիվանդություններ
- Հղիության ժամանակ մոր կարմրախտ
- Վեներական հիվանդություններ և ՄԻՎ/ՁԻԱՀ ունեցող մորից ծնված երեխա
- Ընտանիքում տեսողության խանգարում կամ աչքերի այլ հիվանդություն ունեցող անդամներ:

2. Օբյեկտիվ քննության հատուկ միջոցներ

Ա. Արտաքին զննում

Բ. Կարմիր ռեֆլեքս

Գ. Հայացքի ֆիքսում և շարժվող առարկայի դիտում

Դ. Եղջրաթաղանթի լուսային ռեֆլեքս

Ե. Բաց/փակ թեստ

Զ. Ռեֆրակցիայի ստուգման աղյուսակային թեստերի կատարումը:

Տեսողության ստուգման հանձնարարականները ըստ երեխայի տարիքի

Տարիք	Սկրինինգի մեթոդը	Լրացուցիչ հետազոտության ցուցումներ
0-2 ամս.	1. Արտաքին զննում 2. Եղջրաթաղանթի լուսային ռեֆլեքս 3. Կարմիր ռեֆլեքս	Կառուցվածքային անկանոնություններ Ասիմետրիա Գույնի փոփոխություն կամ աջ և ձախ կողմերում ռեֆլեքսի տարբերություն
3 ամս.- 3տ.	1. Արտաքին զննում 2. Հայացքի ֆիքսումը և շարժվող առարկաների դիտում 3. Եղջրաթաղանթի լուսային ռեֆլեքս 4. Կարմիր ռեֆլեքս	Կառուցվածքային անկանոնություններ Չի կարողանում հայացքը ֆիքսել կամ հետևել շարժվող առարկաներին Ասիմետրիա Գույնի փոփոխություն կամ աջ և ձախ կողմերում ռեֆլեքսի տարբերություն
4-6տ.	1. Տեսողության սրության ստուգում 2. Արտաքին զննում 3. Բաց/փակ տեստ 4. Կարմիր ռեֆլեքս	4 տարեկանում՝ 0,7-ից ավելի վատ տեսողություն 6 տարեկանում՝ 1,0-ից վատ տեսողություն կամ երկու աչքերի միջև տեսողության սրության տարբերություն 0,2 և ավելի Կառուցվածքային փոփոխություններ Աչքի վերաֆիքսման շարժում Գույնի փոփոխություն կամ աջ և ձախ կողմերում ռեֆլեքսի տարբերություն

Օբյեկտիվ քննության միջոցների պարզաբանում

Ա. Արտաքին զննում

Լավ լուսավորության պայմաններում կատարվում է ընդհանուր զննում՝ ուշադրություն դարձնելով ակնակապիճների չափերին, ձևին և համաչափությանը, ինչպես նաև կոպերի շարժումներին, ակնագնդերի դիրքին ու համաչափությանը:

Բ. Կարմիր ռեֆլեքս

Լույսի անդրադարձն է աչքի ցանցենուց, որը արտահայտվում է ակնաբբերից ստացվող կարմրամարնա գույն փայլով:
Կարմիր ռեֆլեքսը ընդհանուր պատկերացում է տալիս աչքի ոսպնյակի, ապակենման մարմնի և ակնահատակի վիճակի մասին:

Գ. Հայացքի ֆիքսում և շարժվող առարկայի դիտում

Ռեֆրակցիայի ստուգման մոտավոր թեստ է, որը կատարվում է վաղ տարիքի երեխաների տեսողությունը գնահատելու համար:

3 ամսականից մեծ կրծքի հասակի երեխային ցույց է տրվում վառ գույնի որևէ խաղալիք. երեխան պետք է կարողանա ֆիքսել հայացքը այդ խաղալիքի վրա և հետևել դրա շարժմանը: Ավելի մեծ տարիքում՝ մինչև 2 տարեկանը, կարելի է ստուգել մանր առարկաներով հետաքրքրվելու երեխայի ունակությունը:

Դ. Եղջրաթաղանթի լուսային ռեֆլեքս

Լույսի սովորական անդրադարձն է աչքի եղջրաթաղանթից: Այն պատկերացում է տալիս շլութայան առկայության վերաբերյալ. թույլ է տալիս հայտնաբերել 15° և ավելի լայն անկյունով բնածին կամ վաղ հասակում ձեռք բերված շլությունը:

Կատարվում է օֆտալմոսկոպի կամ լույսի այլ աղբյուրի օգնությամբ: Լույսը գցում են երեխայի աչքերին մոտ 50սմ հեռավորությունից: Ձննում են երկու աչքը միասին: Անհրաժեշտ է, որպեսզի մի պահ երեխան հայացքը ֆիքսի լույսի աղբյուրի վրա: Երբ աչքերը համաչափ են դասավորված, եղջրաթաղանթի լուսային ռեֆլեքսը համաչափորեն տեղակայվում է երկու բերի շուրջ: Համամիտվող շլութայան ժամանակ լուսային ռեֆլեքսը տեղաշարժվում է բրից դեպի քունքային ուղղությամբ, իսկ տարամիտվող շլութայան դեպքում եղջրաթաղանթի լուսային ռեֆլեքսը տեղաշարժվում է բրից դեպի քթի ուղղությամբ:

Եթե ակնագնդերի շեղումը ուղիղ առանցքից փոքր է 15° -ից, այն դժվար է այս մեթոդով հայտնաբերել: Նման դեպքերում դիմում են «բաց/փակ» փորձի օգնությամբ:

Արդյունքները գնահատելիս պետք է ի նկատի ունենալ, որ մինչև 6 ամսականը նորմայում կարող է լինել անցողիկ (մեջընդմիջվող) համամիտվող շլություն:

Ե. Բաց/փակ թեստ

Քողարկված շլութայան ախտորոշման հիմնական փորձն է:

Բինոկուլյար տեսողության պայմաններում շլությունը չի արտահայտվում: Քողարկված շլությունն ի հայտ է գալիս այն ժամանակ, երբ ընդհատվում է բինոկուլյար տեսողությունը՝ երկու աչքով միաժամանակ տեսնելը: Բաց/փակ թեստի իմաստն այն է, որ ընդհատում են երկու աչքով միաժամանակ դիտելու հնարավորությունը: Ուստի, եթե երեխան թաքնված շլություն ունի, ծածկիչի ետևում գտնվող տվյալ աչքը շեղվում է: Ծածկիչը հեռացնելուց և բինոկուլյար տեսողությունը վերականգնելուց հետո շեղված աչքը դեռ մի պահ մնում է այդ դիրքում, այնուհետև ուղղվում է, կատարելով վերաֆիքսման շարժում: Փակ աչքի համար այս թեստը հնարավորություն է տալիս բացահայտել թաքնված շլությունը, իսկ բաց աչքի համար՝ ֆիքսել նույնիսկ ամենափոքր անկյան շլությունը, ինչը դժվար է գնահատել եղջրաթաղանթի լուսային ռեֆլեքսի օգնությամբ:

Քննողը խնդրում է երեխային ուշադիր նայել որևէ առարկայի, իր քթին կամ ձեռքին, իսկ մյուս ձեռքով փակում է երեխայի մի կողմի աչքը: Ձննվում է բաց աչքի շարժումը ֆիքսված առարկայի ուղղությամբ՝ շարժումը կոչվում է աչքի վերաֆիքսման շարժում: Այնուհետև արագ հեռացվում է ձեռքը, որով փակված էր մյուս կողմի աչքը և զննվում է տվյալ աչքի շարժումը՝ սա նույնպես կոչվում է աչքի վերաֆիքսման շարժում: Նորմայում թե բաց, թե փակ աչքում վերաֆիքսման շարժում չպետք է լինի: Թեստը կատարվում է ամեն աչքի համար առանձին-առանձին:

Զ. Ռեֆրակցիայի ստուգման աղյուսակային (Օռլովայի) թեստ

Աղյուսակը տեղադրվում է երեխայից 5 մետր հեռավորության վրա: Բժիշկը նախապես ծանոթացնում է աղյուսակում պատկերված նկարներին: Տողը համարվում է երեխայի համար տեսանելի, եթե նա ճիշտ է անվանում տվյալ տողի նկարների 50%-ից ավելին:

Կարևոր նշանակություն ունի ոչ միայն բացարձակ տեսողության որոշումը, այլ երկու աչքերի միջև եղած տեսողության տարբերության հայտնաբերումը (0,2 և ավելի): Տեսողության տարբերությունը վկայում է ամբլիոպիայի, որոշ օրգանական հիվանդությունների և, որ ավելի հավանական է, վատ տեսնող աչքի ռեֆրակցիայի խանգարման մասին:

Լրացուցիչ ախտանիշներ, որոնք կարող են վկայել տեսողության հնարավոր խանգարումների մասին

ա. Գլխի ոչ նորմալ դիրք

Երբ երեխան հաճախ գլուխը պահում է ոչ նորմալ դիրքում, օրինակ հեռուստացույց դիտելիս:

բ. Աչքերի կկոցում

Աղոտ տեսողության հիմնական արտահայտությունն է, որը վկայում է ռեֆրակցիայի խանգարման մասին: Երեխան ակնոցների կարիք ունի: Կոպերի կկոցումը, փաստորեն, մասնակիորեն նեղացնում է բերրը՝ տեսողությունը քիչ թե շատ ավելի պարզ դարձնելով:

գ. Կրծքի հասակի երեխայի նիստազմ կամ սեփական աչքերի սեղմում ձեռքերով

Կրծքի հասակի երեխաների տեսողության երկկողմանի ծանր անբավարարությունը սովորաբար դրսևորվում է նիստազմով և աչքերի սեղմումով (ինքնախթանման նպատակով ականա ճնշում է աչքերին):

Գ. Լսողության ստուգում

Նպատակը

Մոտավոր, իսկ այնուհետև՝ ստույգ մեթոդներով ստուգել լսողության սրությունը, ինչպես նաև վերահսկել միջին ականջի շճային (կամ «համր») բորբոքումները, հնարավորին չափ շուտ հայտնաբերել երեխայի ծանրալսությունը:

Սկրինինգի կարևորությունը

Երեխայի լսողության խանգարումների մոտ 1/2-ն առաջանում են կրծքի հասակում կամ բնածին են:

Լսողությունը անհրաժեշտ է երեխայի խոսքի զարգացման, ինչպես նաև հոգեւոցիալական ունակությունների ձեռքբերման համար: Քանի որ խոսքը զարգանում է մինչև 3 տարեկանը, չափազանց կարևոր է լսողության խանգարումների վաղ (կրծքի հասակում և մինչնախադպրոցական տարիքում) հայտնաբերելը՝ բժշկական և ուսուցողական միջամտությունների ժամանակին սկսելու տեսակետից: Այդ միջամտությունների ուշացման հետևանքով տուժում են ոչ միայն երեխաների խոսքի զարգացումը, լեզվակրթությունը ու ուսումնական առաջադիմությունը, այլև տուժում է նրա անձի անկախությունը:

Սկրինինգի կատարման կարգը.

- Անամնեզ. Առողջ երեխայի յուրաքանչյուր այցերի ժամանակ հարցման միջոցով պարզվում են երեխայի հետ կապված խնդիրները:
- Մինչև 3 տարեկան առողջ երեխաների լսողությունը ստուգվում է մոտավոր կամ այսպես կոչված տրադիցիոն մեթոդներով:
- 3 տարեկան և ավելի մեծ երեխաների լսողությունը ստուգվում է ստույգ մեթոդի՝ ցածր-տոնային (սովորական) աուդիոմետրիայի միջոցով:
- Եթե երեք տարեկանում փոխընթերցման բացակայության պատճառով հնարավոր չէ կատարել աուդիոմետրիա, լսողությունը ստուգում են մոտավոր մեթոդներով, և աուդիոմետրիան հետաձգում են մինչև 4 տարեկան առողջ երեխայի այցը:

Լսողության ստուգման մոտավոր մեթոդներ

Կատարման կարգ	Բացատրություն
Մինչև 3 ամսական երեխաներ Ձեռքը մոտեցրեք երեխայի ականջին ու ծափ տվեք:	Երեխան ձայնային ազդակին պատասխանում է հանկարծակի վախի ռեֆլեքսով (ստարտ ռեֆլեքս):
3-18 ամսական երեխաներ Կանգնեք երեխայի ետևում և զնգացրեք զանգակ կամ մանկական որևէ խաղալիք, կամ էլ ծափ տվեք	Երեխան պետք է չտեսնի Ձեր գործողությունները: Մինչև 4 ամսական երեխաները դեռևս ձայնին տալիս են ստարտ ռեֆլեքսային պատասխան: 6 ամսական և ավելի մեծ տարիքի երեխաները փորձում են գտնել ձայնի աղբյուրը, շրջվում են դեպի ետ կամ որևէ այլ շարժումով պատասխան են տալիս ձայնային ազդակին:
18-24 ամսական երեխաներ Բուժաշխատողը փորձում է շշուկով խոսել երեխայի հետ կամ խնդրում է մորը (խնամողին) շշուկով խոսել երեխայի հետ:	Գնահատվում է շշուկով հարցերին կամ խնդրանքներին երեխայի տված պատասխանը (այսինքն՝ թե որքանո՞վ է երեխան հասկացել շշուկով խոսքը):

Երեխաների լսողության խանգարումների բարձր ռիսկի գործոններն են.

ա. ժառանգական.

- Ընտանիքում խուլ-համր անդամների առկայություն:

բ. Պերինատալ գործոններ.

- 1500 գ-ից ցածր քաշով ծնված նորածին,
- Գլխի և դեմքի զարգացման արատներ,
- Բնածին տոքսոպլազմոզ, սիֆիլիս, կարմրախտ, ցիտոմեգալովիրուսային վարակ, հերպես,
- Արյան փոխարինային բուժում պահանջող հիպերբիլիռուբինեմիա,
- Օթոտոքսիկ դեղերի կիրառում 5 օրից ավել տևողությամբ,
- Նորածնի ծանր ասֆիքսիա (ըստ Աբգարի սանդղակի 0-3/առաջին 5 րոպեների ընթացքում),
- Նորածնին կատարված վերակենդանացման միջոցառումներ,
- Նորածնին արհեստական շնչառություն (48 ժամ և ավել տևողությամբ),
- Ներգանգային արյունազեղումներ:

գ. Մինչև 2 տարեկան երեխաների ռիսկի այլ գործոններ.

- Ծնողները կամ խնամողը գանգատվում են երեխայի լսողությունից կամ խոսքի զարգացումից,
- Կրած բակտերիալ մենինգիտ,
- Գլխի տրավմա և գանգի ոսկրերի կոտրվածքներ,
- Կրած կարմրախտ, խոզուկ:

Դ. Կոնքազդրային հոդի ստուգում

Հանձնարարվում է

Ստուգել կոնքազդրային հոդը կրծքի հասակի երեխայի բոլոր այցերի ժամանակ:

Նպատակը

Ազդրի զարգացման դիսպլազիայի (ԱԶԴ) վաղ հայտնաբերում:

Սկրինինգի կարևորությունը

Ազդրի զարգացման դիսպլազիան կաղության պատճառ է: Դրա վաղ հայտնաբերումը (մինչև երեխայի քայլելը) թույլ է տալիս կոնսերվատիվ կամ վիրահատական ճանապարհով շտկել թերությունը: Որքան վաղ է հայտնաբերվում հիվանդությունը, այնքան հեշտ և արդյունավետ է բուժումը:

Ե. Ամորձիների ստուգում

Հանձնարարվում է

Ամորձիների իջեցումը ստուգել առողջ տղայի 1,5 ամսականում: Եթե ամորձիներից թեկուզ մեկը բացակայում է, ապա ստուգումը շարունակել կրծքի հասակում հաջորդ այցերի ժամանակ՝ մինչև հայտնաբերումը:

Նպատակը

Չիջած ամորձու (ամորձիների) հայտնաբերում:

Սկրինինգի կատարման կարևորությունը

Փոշտում ամորձիների բացակայությունը կարող է վկայել չիջած կամ թերիջած ամորձիների, ամորձիների էկտոպիայի, գերշարժունության, ընդհանրապես բացակայության մասին: Այս հիվանդությունները իրարից կարելի է տարբերել միայն հատուկ հետազոտությունների միջոցով:

Կրիպտորխիզմը հանդիպում է անհաս նորածինների 30%-ի, իսկ հասուն նորածինների՝ 3,4%-ի մոտ: Կյանքի առաջին մի քանի ամսվա ընթացքում ամորձիները սովորաբար ինքնուրույն իջնում են փոշտ, և 1 տարեկանում կրիպտորխիզմը հանդիպում է նույն հաճախությամբ, ինչ մեծահասակների մոտ (0,8%): Կյանքի 6-րդ ամիսը լրանալուց հետո ամորձին, որպես կանոն, ինքնուրույն չի իջնում փոշտ:

Սկրինինգի կարևորությունը

Եթե ամորձին մինչև 2 տարեկանը վիրահատական ճանապարհով չիջեցվի, նրանում կատարվում են ատրոֆիկ փոփոխություններ, որոնց պատճառով բարձրանում է անպտղության (հատկապես, եթե կրիպտորխիզմը երկկողմանի է) վտանգը: Ժամանակին չբուժված կրիպտորխիզմի անամնեզ ունեցող տղամարդկանց մոտ ամորձիների քաղցկեղի առաջացման հավանականությունը միջինում 22 անգամ բարձր է:

Սկրինինգի կատարման կարգը

- Սկրինինգը կատարվում է 1,5 ամսական առողջ երեխայի այցի ժամանակ:
- Կիրառվում է երկու ձեռքով շոշափման մեթոդը:
- Ցանկալի է անամնեզով ճշտել ծնողներից, թե երբևէ լողացնելիս կամ տակաշորը փոխելիս շոշափե՞լ են արդյոք երկու ամորձին էլ, թե ոչ:

ա. Երկու ձեռքով շոշափման մեթոդ

1. Սենյակը և հետազոտողի ձեռքերը պետք է տաք լինեն, իսկ միջավայրը՝ խաղաղ:

2. Երեխան պառկած է մեջքի վրա: Եթե տվյալ դիրքում շոշափումը անհարմար է կամ շոշափման տվյալները կասկածելի են, կարելի է կրկնել շոշափումը երեխայի այլ դիրքում, օրինակ՝ մոր գրկում կիսանստած:
3. Շոշափումը կատարվում է երկու ձեռքով: Մի ձեռքի մատները (սովորաբար ցուցամատն ու միջամատը) տեղադրվում են աճուկային ծալքի վերին եզրին, իսկ մյուս ձեռքի նույն մատները՝ նույն կողմի փոշտին: Աճուկային ծալքի վերին եզրից զգուշությամբ շոշափելով աճուկային խողովակի շրջանը՝ ձեռքը հասցվում է մինչև նույն կողմի փոշտը, որտեղ գտնվում են հետազոտողի երկրորդ ձեռքի ցուցամատն ու միջամատը:
4. Շոշափման արդյունավետությունն ավելի է մեծանում, եթե հետազոտողի ձեռքը թրջվի գոլ օճառաջրով և շոշափելիս կատարվեն սահեցման շարժումներ աճուկային ծալքի երկայնքով:

բ. Լուսարձակման մեթոդ

- Փոշտը շոշափելուց հետո հետազոտողը կարող է իր ստուգումը վերահաստատել փոշտի լուսարձակման մեթոդով: Դրա համար վերցվում է փոքր լապտեր և պահվում է երեխայի ամորձիների ետևից այնպես, որ լույսի ճառագայթներն անցնեն փոշտի միջով:
- Փոշտում ամորձիները երևում են կարմրադեղին պայծառ ֆոնի վրա, որպես մուգ կլորավուն ուրվագծերով, չափերով իրար հավասար ստվերներ:
- Լուսարձակման մեթոդի արդյունավետության համար փոշտի մաշկը պետք է հնարավորինս թուլացած լինի (կծկած չլինի):

Արդյունքների գնահատում

- Եթե 1,5 ամսական տղայի 2 ամորձին էլ վստահեցնող են հայտնաբերվել են փոշտում, հետագա այցերի ժամանակ սկրինինգը կրկնելու կարիք չկա:
- Երեխայի 2 ամսական հասակից հետո բարձրանում է կրեմաստեր ռեֆլեքսի (ամորձու ռեֆլեկտոր հետքաշում փոշտից) հավանականությունը, որը կրիպտորխիզմի կեղծ (սխալ) ախտորոշման պատճառ է հանդիսանում:
- Եթե 1,5 ամսական առողջ երեխայի հետազոտությամբ պարզվում է, որ ամորձիներից թեկուզ մեկը բացակայում է կամ փոշտում դրա առկայությունը կասկածելի է, հետազոտությունը կրկնվում է մինչև 1 տարեկան առողջ երեխայի հաջորդ բոլոր այցերի ժամանակ, քանի դեռ 2 ամորձին էլ վստահորեն փոշտում չեն հայտնաբերվում:
- Եթե մինչև 12 ամսականը երեխայի ամորձիներից նույնիսկ մեկը բացակայում է կամ, եթե դրա առկայությունը փոշտում կասկածելի է, երեխային պետք է ուղեգրել մանկական վիրաբույժի մոտ:

2. Սակավարյունության ստուգում

Սկրինինգի կատարման ժամկետները

- Հանձնարարվում է 2 անգամ ստուգել առողջ երեխայի ծայրամասային արյան հեմոգլոբինի մակարդակը՝ կրծքի տարիքում և դեռահասության շրջանում:
- Կրծքի տարիքում սկրինինգի կատարման նախընտրելի ժամկետը 9 ամսականն է:
- Դեռահասության շրջանում սկրինինգի կատարման առաջարկվող ժամկետը 12 տարեկանն է: Ըստ բժշկի հայեցողության այդ ժամկետը կարելի է երկարացնել մինչև 15 տարեկանը:
- Նշված ժամկետներից դուրս առողջ երեխայի հեմոգլոբինը լրացուցիչ ստուգվում է նաև մանկական հաստատություններ ընդունվելիս:

Նպատակը

Սակավարյունության վաղ ախտորոշում:

Սկրինինգի կարևորությունը

- Առողջ երեխայի մոտ երկաթապակասային սակավարյունության զարգացման հավանականությունը բարձր է կրծքի տարիքում և դեռահասության շրջանում, երբ սննդով ներմուծվող երկաթի քանակները չեն բավարարում արագ աճող օրգանիզմի բարձր պահանջները:
- Քանի դեռ սակավարյունությունը չի ծանրացել, ախտանիշները կարող են չարտահայտվել:

Ժամանակին չախտորոշված և չբուժված սակավարյունությունը կարող է խորանալ և խանգարել երեխայի նորմալ աճին և զարգացմանը, իջեցնել զանազան վարակների հանդեպ օրգանիզմի դիմադրողականությունը: Վերջինս նպաստում է երեխաների հիվանդացության և մահացության զգալի բարձրացմանը:

Վաղ հայտնաբերված երկաթապակասային սակավարյունությունը հեշտությամբ բուժվում է երկաթի պրեպարատներով:

Սկրինինգի կատարման կարգը և արդյունքների գնահատում

- Սկրինինգը չի կատարվում, եթե երեխան նախորդ 2-3 շաբաթների ընթացքում ջերմություն կամ որևէ վարակային հիվանդություն է ունեցել:
- Որոշվում է ծայրամասային արյան հեմոգլոբինի մակարդակը:
- Ծայրամասային արյան հեմոգլոբինի տարիքային նվազագույն նորմալ չափանիշները ներկայացված են աղյուսակում¹⁰: Այդ ցուցանիշներից ցածր տվյալները գնահատվում են որպես սակավարյունություն:

¹⁰ Տե՛ս հավելված 11-ը:

- Սակավարյունության երկաթապակասային բնույթը կոնկրետ հաստատվում է արյան պլազմայի ֆերիտինի, տրանսֆերինի հագեցվածության և էրիթրոցիտային պրոտոպորֆիրինի որոշման միջոցով: Սակայն սրանք առաջնային սկրինինգի համար կիրառելի չեն, որովհետև բարդ են և թանկարժեք:
- Հեմոգլոբինի $1 \text{ գ}/\% = 1 \text{ գ}/\mu\text{L} = 10 \text{ գ}/\text{L} = 6 \text{ միավոր}$

Մինչև մեկ տարեկան երեխաների արյան հեմոգլոբինի ստուգումը նպատակահարմար է կատարել մինչև 9 ամսականը, հետևյալ դեպքերում.

- անհասություն,
- Rh կամ ABO խմբային կոնֆլիկտ և այլ հեմոլիտիկ հիվանդություններ,
- Երկվորյակներ,
- ոչ ռացիոնալ հավելյալ սնուցում,
- ոչ ռացիոնալ արհեստական սնուցում (օրինակ՝ կովի կաթով):

Երկաթապակասային սակավարյունության ռիսկի հիմնական գործոնները

- անհասություն՝ սկսած 2 ամսականից,
- ոչ ռացիոնալ սնուցումը վաղ տարիքում,
- ճիճվակրություն նախադպրոցական տարիքում:

Սկրինինգով հայտնաբերված երկաթապակասային սակավարյունության բուժման հիմնական միջոցը ներքին ընդունման երկաթի պրեպարատներն են:

Է. Զարկերակային ճնշման ստուգում

Հանձնարարվում է

Չափել զարկերակային ճնշումը (ՁՆ) առողջ երեխայի այցերի ժամանակ՝ սկսած 3 տարեկանից:

Նպատակը

Զարկերակային ճնշման կայուն բարձրացման՝ հիպերտոնիայի և նախահիպերտոնիկ վիճակի վաղ հայտնաբերում:

Համառոտ տեղեկություն և տերմիններ

- *Նորմոտենզիա* - երբ սիստոլային և դիաստոլային ճնշումները տվյալ սեռի, տարիքի և հասակի համար ցածր են 90-րդ պերցենտիլից:
- *Նախահիպերտոնիա* - երբ սիստոլային և/կամ դիաստոլային ճնշման ցուցանիշը՝ ըստ տվյալ սեռի, տարիքի և հասակի, գտնվում է 90-ից մինչև 95-րդ պերցենտիլների սահմանում: Դեռահասների դեպքում նախահիպերտոնիա է ճանաչվում սկսած 120/80 ճնշումից, անգամ եթե այն ցածր է 90-րդ պերցենտիլից:
- *Հիպերտոնիա* - երբ 3 և ավելի այցերի ժամանակ հաստատվում է ՁՆ ≥ 95 -րդ պերցենտիլից:

Սկրինինգի կարևորությունը

Չհայտնաբերված և չբուժված հիպերտոնիան, անկախ բնույթից, կարող է շարունակաբար խորանալ և վտանգել մանկան կյանքը, քանի որ զարկերակային կայուն գերճնշման պայմաններում կտրուկ բարձրանում է կորոնար անոթների հիվանդության, սրտային անբավարարության, ԿՆՀ-ի կաթվածի, երիկամների ախտահարման և ռետինոպաթիայի առաջացման անմիջական վտանգը: Հիպերտոնիայի վաղ հայտնաբերումը և Ձճ կարգավորումը օգնում են կանխարգելել թիրախ օրգաններում արյան զերճնշման հետևանքով անվերադարձելի փոփոխությունների առաջացումը և այլ բարդությունների զարգացումը, իսկ երկրորդային հիպերտոնիայի դեպքում՝ նաև ժամանակին բացահայտել պատճառային հիվանդությունը:

Սկրինինգի կատարման կարգը

- Սկրինինգը կատարվում է խաղաղ, լուռ սենյակում, երեխայի հարմարավետ նստած դիրքում, մեջքով հենված աթոռի թիկնակին, ոտքերը՝ հաված հատակին:
- Չափումը կատարվում է աջ ձեռքի վրա: Ձեռքը՝ լրիվ պարզված, ֆիքսված դիրքում, արմնկափոսը՝ սրտի մակարդակին: Ավելի ցածր մակարդակում գտնվելու դեպքում կարող են ստացվել կեղծ բարձր արդյունքներ:
- Չափումը կատարվում է առնվազն 2 անգամ: Արդյունքները գրանցվում են այն դեպքում, եթե կրկնակի չափման տվյալները համընկնում են առաջին չափման հետ (տարբերությունը չի գերազանցում 5 մմ/սնդ. սյունը):
- Եթե առաջին և երկրորդ չափումների տվյալները իրարից տարբերվում են կամ ստացվել են նորմայից բարձր թվեր (տե՛ս հավելված 4-ը), ապա անհրաժեշտ է չափել երրորդ անգամ և գրանցել արդյունքների թվաբանական միջինը:
- Չափումների միջև անհրաժեշտ է պահպանել 2 րոպեական ընդմիջում՝ ամբողջությամբ արձակելով բազկակապը: Ձեռքը բազկակապից լրիվ չազատելու դեպքում երակային կանգը լիարժեք չի վերանա և կրկնակի չափման ժամանակ կեղծ բարձր արդյունքների պատճառ կդառնա:

Ձարկերակային ճնշման չափման աուսկուլտատիվ մեթոդ

Կատարման ձևը	Բացատրություններ
Երեխային համապատասխան դիրք տվեք և ընտրեք համապատասխան բազկակապը: Երեխայի աջ ձեռքը (որի վրա չափվելու է ճնշումը) պետք է ամբողջությամբ մերկացվի:	ա. Աորտայի կոարկտացիա սրտի բնածին արատի դեպքում ձախ ձեռքի վրա կարող են ստացվել կեղծ ցածր արդյունքներ: բ. Նորմատիվները մշակված են աջ ձեռքի համար: Շորի կողմից որևէ սեղմող տեղ պետք է չլինի:
Շոշափեք աջ ձեռքի բազկային և ճաճանչային զարկերակները, երբ բազկակապը դեռևս փչված չէ: Այնուհետև փչեք այն մինչև ճաճանչային պուլսի լրիվ վերացումը և շարունակեք փչել (բարձրացնել բազկակապում եղած ճնշումը) ևս 30 մմ/սս-ով:	Ստեթոսկոպը դնում եք անմիջապես այն տեղում, որտեղ շոշափել եք բազկային պուլսը: ճաճանչային պուլսի վերացումը բազկակապը փչելու ժամանակ խոսում է այն մասին, որ բազկակապի ճնշումը մոտավորապես հավասարվել է երեխայի զարկերակային ճնշմանը: Պետք է լրացուցիչ բարձրացնել ճնշումը բազկակապում, որ հետո օդը դանդաղ բաց թողնելով՝ կարողանաք ճիշտ ֆիքսել սիստոլային ճնշման մակարդակը:
Երբ ստեթոսկոպը տեղադրեք Ձեր ականջներում, թեթևակի հարվածեք ծայրին՝ վստահ լինելու համար, որ լավ է լսվում: Տեղադրեք ստեթոսկոպի ծայրը արմնկային փոսում՝ ճիշտ այնտեղ, որտեղ շոշափել էիք բազկային զարկերակը:	Ոչ ճիշտ տեղադրումը կարող է ցածր սիստոլային և բարձր դիաստոլային ցուցանիշների պատճառ լինել:
Ձգուշորեն բաց թողեք օդը բազկակապից մոտավորապես 2-3 մմ/սս/վրկ արագությամբ:	Օդը արագ բաց թողնելու դեպքում սիստոլային ճնշման ցուցանիշները կարող են ցածր ստացվել:
Նշեք (մտապահեք) սանդղակի այն կետը, երբ լսվեց առաջին հստակ տոնը, և այն կետը, երբ տոներն անհետացան:	Առաջին հստակ տոնը համապատասխանում է սիստոլային ճնշման մակարդակին: Տոնի անհետացման կետը դիաստոլային ճնշման մակարդակն է: <i>Որոշ դեպքերում տոները ընդհանրապես չեն անհետանում: Սա կարող է հանդիպել ինչպես աորտալանքավարարության դեպքում, այնպես էլ առողջ մանկան մոտ: Ուստի տոների չանհետանալը ընդամենը վկայում է, որ դիաստոլային հիպերտոնիա չկա:</i>

Սկրինինգի արդյունքների գնահատումը

Մանկական տարիքում նորմալ զարկերակային ճնշումը տարբերվում է ըստ երեխայի սեռի և տարիքի, ինչպես նաև փոփոխվում է մի շարք այլ գործոնների, հատկապես՝ հասակի ազդեցությամբ: Ներկայումս մշակված են երեխայի և դեռահասի Ձճ հատուկ աղյուսակներ, ուր հաշվի են առված այս փոփոխականները:

Ձճ աղյուսակներ (Հավելված 4)

- Աղյուսակների հիմքում ընկած են առևտրափոխանակման մեթոդով ստացված Ձճ մեծությունները:
- Ժամանակակից Ձճ աղյուսակներում ներառված են 50-րդ, 90-րդ, 95-րդ և 99-րդ պերցենտիլները՝ ըստ սեռի, տարիքի և հասակի:
- Աղյուսակի վերևում ձախից աջ նշված են հասակի պերցենտիլները (5-րդ, 10-րդ, 25-րդ, 50-րդ, 75-րդ, 90-րդ, 95-րդ), իսկ ձախ մասում վերից վար՝ տարիքը և Ձճ պերցենտիլները (50-րդ, 90-րդ, 95-րդ, 99-րդ): Դրանց հատման տեղում սյունակով տեղադրված են պերցենտիլին համապատասխանող Ձճ թվերը:
- Աղյուսակի ձախ կեսում տրվում են սիստոլային, իսկ աջ կեսում՝ դիաստոլային Ձճ տվյալները:

Ձճ աղյուսակների կիրառումը

- Չափել հասակը և աճի պերցենտիլային քարտով որոշել հասակի պերցենտիլը:
- Չափել և գրանցել երեխայի սիստոլային և դիաստոլային Ձճ:
- Տղաների և աղջիկների համար մշակված են առանձին Ձճ աղյուսակներ (տե՛ս Հավելված 4-ը): Ընտրել համապատասխան տարբերակը:
- Աղյուսակում գտնել. ա) համապատասխան տարիքը և բ) հասակի պերցենտիլը: Տարիքին համապատասխան տողերով հետևել դեպի աջ՝ մինչև դրա հատվելը հասակի պերցենտիլի ուղղահայաց սյունակի հետ:
- Գնահատել չափված Ձճ՝ համեմատելով այն սյունակի թվերի հետ:
- 90-րդ պերցենտիլից ցած թվերը վկայում են նորմալ Ձճ մասին: 50-րդ պերցենտիլը տրված է, որպեսզի բուժաշխատողը պատկերացում ունենա նորմայում Ձճ միջին (մեդիանա) տվյալներից:
- Եթե 2 անգամ չափված Ձճ միջինը >90-րդ պերցենտիլի թվերից, ապա պետք է նույն այցի ընթացքում
 - ևս մեկ անգամ կրկնել Ձճ չափումը,
 - գրանցել բոլոր չափումներից ստացված թվերի միջին թվաբանականները ինչպես սիստոլային, այնպես էլ դիաստոլային ճնշումների համար և վերագնահատել արդյունքը:
- 90-րդ և 95-րդ պերցենտիլների միջև թվերը վկայում են նախահիպերտոնիայի մասին: Դեռահասների Ձճ, սկսած 120/80 մմ սս-ից, գնահատվում է որպես նախահիպերտոնիա, անգամ, եթե ըստ աղյուսակի այդ թվերը 90-րդ պերցենտիլից ցածր են:
- 95-րդ պերցենտիլից բարձր թվերը վկայում են հնարավոր հիպերտոնիայի մասին: Այդ դեպքում նշանակվում են լրացուցիչ այցեր՝ առնվազն 3-օրյա ընդմիջումներով: Հիպերտոնիա է գնահատվում, եթե բարձր Ձճ հաստատվում է 3 և ավելի այցերի ժամանակ:

Բարձր ճնշման վերահաստատումը կարևոր է, քանի որ այն հաճախ նվազելու միտում է ունենում, այդ թվում.

ա. հարմարեցման (ակոմոդացիա) շնորհիվ, օրինակ, երբ մեկ այցից մյուսը երեխան սովորում է բուժաշխատողներին ու բուժփիմնարկին, և օտար միջավայրի պատճառով առաջացող հուզմունքը նվազում է. կլինիկական այն դեպքերը, երբ բժշկական այցի ժամանակ չափված Ձճ >95-րդ պերցենտիլից, իսկ բուժփիմնարկից դուրս միջինում արձանագրվում են 90-րդ պերցենտիլից ցածր թվեր, կոչվում է «սպիտակ համազգեստի (խալաթի) հիպերտոնիա»,

բ. տարբեր ազդակների շնորհիվ առաջացող փոփոխությունների պատճառով, ինչպիսիք են երեխայի ակտիվության աստիճանն ու էնոցիոնալ վիճակը, օրվա ժամն ու շրջակա ջերմաստիճանը:

- Եթե Ձճ >95-րդ պերցենտիլից, ապա այն պետք է դասել ըստ ծանրության աստիճանի.
- Եթե Ձճ >95-րդ պերցենտիլից, բայց չի գերազանցում 99-րդ պերցենտիլ + 5մմսս, ապա այն դասվում է **առաջին աստիճանի** (անցկացնել համապատասխան հետազոտություններ և կամ ուղեգրել մասնագետի մոտ),
- Եթե Ձճ գերազանցում է 99-րդ պերցենտիլ + 5մմ սս, ապա այն դասվում է **երկրորդ աստիճանի**, և գնահատման ու բուժման համար երեխային պետք է ուղեգրել համապատասխան մասնագետի մոտ,
- Ախտանիշների/գանգատների առկայության դեպքում ուղեգրումն իրականացնել անհապաղ:

Ձճ կրկնակի չափելու կանոնները՝ ըստ ստացված տվյալների

Ձճ գնահատումը	Սիստոլիկ և դիաստոլիկ ճնշումների պերցենտիլները	Ձճ չափելու ժամկետները և հաճախականությունը
Նորմալ	< 90	Կրկնել առողջ երեխայի հաջորդ այցի ժամանակ:
Նախահիպերտոնիա	(90-ից մինչև 95-րդ) կամ, եթե գերազանցում է 120/80-ը	Կրկնել 6 ամսից:
1-ին աստիճանի հիպերտոնիա	(95-ից մինչև 99-ը + 5մմսս).	Կրկնել 1-2 շաբաթում, իսկ գանգատների առկայության դեպքում՝ ավելի շուտ Եթե հաջորդ 2 անգամ ճնշումը կայուն բարձր է պահպանվում, ապա գնահատել կամ ուղեգրել այլ մասնագետի մոտ 1 ամսվա ընթացքում:
2-րդ աստիճանի հիպերտոնիա	> (99-րդ + 5մմսս.)	Գնահատել կամ ուղեգրել այլ մասնագետի մոտ 1 շաբաթում, իսկ գանգատների դեպքում՝ անմիջապես:

Մինչև 10 տարեկան երեխաների շրջանում հիպերտոնիան սովորաբար երկրորդային բնույթի է, ուստի կոնկրետ պատճառներ ունի, որոնց դեպքում առաջին կամ միակ կլինիկական արտահայտությունը կարող է հանդիսանալ արյան զարկերակային ճնշման կայուն բարձրացումը:

Երեխաների հիպերտոնիայի հիմնական պատճառները.

1. Երիկամային / երիկամաանոթային.
 - հիդրոնեֆրոզ,
 - սուր կամ քրոնիկ գլոմերուլոնեֆրիտ,
 - երիկամների դիսպլազիա,
 - ժառանգական նեֆրիտներ (նեֆրոպաթիաներ),
 - նեֆրոտիկ համախտանիշով ընթացող երիկամային հիվանդություններ,
 - երիկամների պոլիկիստոզ,
 - երիկամների անոթների ստենոզ:
2. Սիրտ-անոթային.
 - բաց բոտալյան ծորան (բնորոշ է սիստոլիկ ճնշման բարձրացում),
 - աորտայի կոարկտացիա (բնորոշ է վերին վերջույթներում ճնշման բարձրացում և ստորիններում՝ իջեցում):
3. Էնդոկրին.
 - հիպերթիրեոիդիզմ,
 - Կուշինգի համախտանիշ,
 - ֆեոքրոմոցիտոմա:
4. Այլ.
 - ուռուցքներ,
 - Թերների համախտանիշ,
 - նեյրոֆիբրոմատոզ (երիկամի անոթների վնասում),
 - կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարում:

Ջարկերակային ճնշման ժամանակավոր (անցողիկ) բարձրացման հիմնական պատճառները.

- երեխայի հուզմունքը, վախը կամ անհանգիստ վիճակը,
- ճնշման չափմանն անմիջապես նախորդած ֆիզիկական բարձր ակտիվությունը,
- սուր ցավը,
- կոֆեին պարունակող դեղերն ու ըմպելիքները՝ կոլաներ, սուրճ, թունդ թեյ,
- նիկոտինը (երբ երեխան գտնվում է ծխած սենյակում),
- արևահարությունը:

10 տարեկանից մեծ երեխաների և մեծահասակների Ձճ կայուն բարձրացումը հաճախ էսենցիալ բնույթ է կրում (առաջնային հիպերտոնիա), երբ հիպերտոնիա պատճառող որևէ հիվանդություն չի հայտնաբերվում: Սակայն հաճախ, և հատկապես մանկական և դեռահասության տարիքում, այն զուգորդվում է գիրության հետ: Այս դեպքերում պայքարը հավելյալ քաշի դեմ՝ ներառյալ դիետան ու ֆիզիկական ակտիվության ավելացումը, հատուկ տեղ է զբաղեցնում Ձճ կարգավորման գործում:

Ը. Երեխայի զարգացման գնահատում

Հանձնարարվում է

ստուգել մինչև վեց տարեկան առողջ երեխայի հոգեշարժական զարգացումը բոլոր այցերի ժամանակ (1.5, 3, 4.5, 6, 9, 12, 15, 18 ամսական, 2, 3, 4, 5 տարեկան):

Նպատակը

Սկրինինգը օգնում է մանկան զարգացման հսկողություն սահմանել, հայտնաբերել երեխայի մտավոր, նյարդամկանային և հոգեւոցիալական զարգացման շեղումները:

Առանց հետևողական և նպատակաուղղված ստուգումների, զարգացման թեթև խանգարումները կարող են չհայտնաբերվել և, խորանալով, դարձնել տարիքում լուրջ դժվարություններ առաջացնել ուսման, դպրոցական առաջադիմության ու կարգապահության, ինչպես նաև՝ սոցիալական փոխհարաբերությունների մեջ:

Սկրինինգի կարևորությունը

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ վարքի, ուշադրության կենտրոնացման, խոսքի և շարժողական խանգարումների դեպքում վաղ (նախադպրոցական տարիքում) կատարված միջամտությունները բավականին արդյունավետ են և ունեն տևական արդյունքներ:

Զարգացման գնահատումը ներառում է հետևյալ 5 ոլորտները.

- 1. Լեզու/խոսք.** գիտակցական զարգացում, արտահայտչական լեզու, լեզվի ընկալում:
- 2. Սոցիալական** (հաղորդակցման ունակությունների) զարգացում. ինչպես է երեխան շփվում ծնողների, ընտանիքի անդամների և ընտանիքից դուրս այլ մեծահասակների ու երեխաների հետ: Սա ընդգրկում է երեխայի վարքագծի հետ կապված այնպիսի խնդիրներ, ինչպիսիք են բնավորությունը, հասարակական վայրերում պահելու ձևը և կարգապահությունը:
- 3. Մեծ շարժողական ունակություններ.** խոշոր մկանախմբերն օգտագործելու կարողությունը (շրջվել, նստել, սողալ, կանգնել, քայլել և վազել):
- 4. Նուրբ շարժողական ունակություն.** փոքր մկանախմբերն օգտագործելու կարողություն, առաջին հերթին՝ ձեռքերի: Սրա շնորհիվ երեխան առարկաներով «նուրբ» գործողություններ է կատարում (գդալի կամ մատիտի օգտագործում):
- 5. Ինքնասպասարկման ունակություն.** հիմնական ինքնասպասարկման՝ հագնվելու, հանվելու, լվացվելու կամ զուգարանից օգտվելու կարողություն:

Սկրինինգի կատարման կարգը

Մանկան զարգացման հսկողությունը բազմակողմանի է և իր մեջ ներառում է հսկում, հայտնաբերում, գնահատում:

Անհրաժեշտ է կիրառել առնվազն երեք իրար փոխադարձաբար լրացնող միջոցներ՝ առողջ երեխայի զննում, ծնողների ներգրավում և սկրինինգ թեստեր (երեխայի զարգացման քարտ ըստ Այրեստոնի):

Մանկան զարգացման հսկողության կարևոր միջոցներից է **ծնողների ներգրավումը** գնահատման գործընթացին: Կարևոր է ծնողներից իմանալ ոչ միայն մանկան անամենեստիկ տվյալները, այլև նրանց հիմնական մտահոգությունները մանկան զարգացման վերաբերյալ, նրանց սպասելիքները գնահատման արդյունքներից և դրանց իրատեսության աստիճանը:

Երեխայի զարգացման սկրինինգը կատարվում է **երկու փուլով**:
Առաջին փուլը կատարում են տեղամասային մանկաբույժը, բուժակը/բուժքույրը՝ առողջ երեխայի այցի ժամանակ: Մեթոդներն են.

1. **Առողջ երեխայի զննում** - կատարում է մանկաբույժը կամ բուժակը առողջ երեխայի այցի ժամանակ:
2. **Ծնողական հարցաթերթիկի** լրացում:
Լրացվում է ծնողների կողմից՝ մանկական բուժքրոջ օգնությամբ, նախքան մանկաբույժը կքննի երեխային:

Կիրառվում են 2 հատուկ հարցաթերթիկներ.

- ա) **Մանկան զարգացման գրանցում** (6 ամսական և 15 ամսական երեխաների համար)
- բ) **Երեխայի զարգացման ամփոփում** (2, 3, 4 և 5 տարեկան երեխաների համար):

3. **Երեխայի զարգացման քարտի** (ըստ Այրեստոնի) լրացում՝ զարգացման հարցազրույցի հիման վրա:

Լրացնում է մանկաբույժը (բուժակը) առողջ երեխայի յուրաքանչյուր այցելության ժամանակ՝ համեմատելու համար երեխայի փաստացի զարգացման աստիճանը տարիքային ցուցանիշների հետ և ըստ այնմ որոշելու երեխային սկրինինգի երկրորդ փուլ ուղարկելու անհրաժեշտությունը:

1. **Ծնողական հարցաթերթիկները** լրացվում են երեխայի ծնողի կողմից՝ բուժքրոջ օգնությամբ, նախքան երեխային կքննի մանկաբույժը (բուժակը):
2. Այնուհետև մանկաբույժը կամ բուժակը ծնողների հետ քննարկում է հարցաթերթիկների տվյալները, անհրաժեշտության դեպքում զննում է երեխային և ստացած տեղեկություններն օգտագործում է «Երեխայի զարգացման քարտը» (ըստ Այրեստոնի) լրացնելու համար:

Երեխայի զարգացման քարտը լրացնելու կարգը (ըստ Այրեստոնի):

Երեխայի նորմալ զարգացումն ունի լայն նորմատիվային սահմաններ (30% տարիքային տատանումներ): Այդ պատճառով նախ և առաջ պետք է ճշտել դրանք:

Գծել հորիզոնական հոծ գիծ զարգացման քարտի վրա՝ երեխայի տարիքային մակարդակով:

Հոծ գծից վեր և ցած գծել ևս 2 հորիզոնական կետագծեր, որոնք սահմանազատում են նորմայի սահմանները (30%): Մի կետագիծը գծվում է այն տարիքային մակարդակում, որը համապատասխանում է երեխայի տարիքի 70%-ին (-30%), իսկ մյուսը՝ այն տարիքային մակարդակում, որը համապատասխանում է երեխայի տարիքի 130%-ին (+30%): Այդ նորմատիվային սահմանները յուրաքանչյուր տարիքի համար ներկայացված են 1-ին և 2-րդ աղյուսակներում:

Աղյուսակ 1

Տարիքային մակարդակից 30%-ով ցածր և բարձր ցուցանիշները մինչև 12 ամսական երեխաների համար

Տարիք	30% ցածր	30% բարձր	Տարիք	30% ցածր	30% բարձր
ամիսներ			ամիսներ		
2	1.5	2.5	7	5	9
3	2	4	8	5.5	10.5
4	3	5	9	6	12
5	3.5	6.5	10	7	13
6	4	8	11	8	14

Աղյուսակ 2

Տարիքային մակարդակից 30%-ով ցածր և բարձր ցուցանիշները 12 ամս. - 5 տարեկան երեխաների համար

Տարիք	30% ցածր	30% բարձր	Տարիք	30% ցածր	30% բարձր
Ամիսներ՝			Տարիներ՝		
12	8.5	16.0	3-2	2-2	4-0
13	9.0	17.0	3-3	2-3	4-3
14	10.0	18.0	3-4	2-4	4-4
15	10.5	20.0	3-5	2-4	4-5
16	11.0	21.0	3-6	2-5	4-7
17	12.0	22.0	3-7	2-6	4-8
18	12.5	24.0	3-8	2-6	4-9
19	13.0	2-1	3-9	2-7	4-11
20	14.0	2-2	3-10	2-8	5-0
21	14.5	2-3	3-11	2-9	
22	15.5	2-5	4-0	2-10	
23	16.0	2-6	4-1	2-10	
Տարիք	30% ցածր	30% բարձր	Տարիք	30% ցածր	30% բարձր
Տարիներ՝					
2-0	17.0	2-7	4-2	2-11	
2-1	17.5	2-9	4-3	3-0	
2-2	18.0	2-10	4-4	3-0	
2-3	19.0	2-11	4-5	3-1	
2-4	19.5	3-0	4-6	3-2	
2-5	20.0	3-2	4-7	3-2	
2-6	21.0	3-3	4-8	3-3	
2-7	21.5	3-4	4-9	3-4	
2-8	22.5	3-6	4-10	3-5	
2-9	23.0	3-7	4-11	3-5	
2-10	2-0	3-8	5-0	3-6	
2-11	2-0	3-10			
3-0	2-1	3-11			
3-1	2-2	4-0			

ԵՐԵՒԱՅԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՔԱՐՏ ԸՍՏ ԱՅՐԵՏՈՆԻ

	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ	ԻՆՔՆԱՍՊԱ-ՍԱՐԿՈՒՄ	ՄԵԾ ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ	ՆՈՒՐԲ ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ	ԼԵԶՈՒ (ԽՈՍՔ)
Ծնունդ	Հանգիստ է կուշտ և ապահով վիճակում	Առույգ է, հետաքրքրվում է պատկերներով և ձայներով	Շարժում է ոտքերը և ձեռքերը	Նայում է (հայացքը հառում է) առարկաներին կամ դեմքերին	Ծչում է
1ամս.			Խաղի ժամանակ հարվածում է (թափահարում է) ոտքերով և ձեռքերով		Արտաբերում է կարճ կոկորդային հնչյուններ
2ամս.	Հաղորդակցման ժպիտ		Փորի վրա պառկած դիրքում բարձրացնում է գլուխը և կրծքավանդակը	Հայացքով հետևում է շարժվող օբյեկտներին	Քաղցած ժամանակ լացում է յուրահատուկ երանգով
3ամս.	Ճանաչում է մորը	Արձագանքում է շիշ կամ կուրծք տեսնելիս	Նստեցնելիս գլուխը պահում է ուղիղ	Բռնում է ձեռքի ակի մեջ դրված առարկան	Արտաբերում է հնչյուններ՝ ա՜, է՛, ու՛, ը՛, ը՛-ն, ա- ու՛
4ամս.	Ճանաչում է ընտանիքի մյուս անդամներին	Խաղալիք ցույց տալիս աշխուժանում է	Սողալու շարժումներ է կատարում	Բարձրացնում է իր ձեռքերը և զննում	Ծիծաղում է խիստ բարձրաձայն, ծղրտում է
5ամս.	Հետաքրքրվում է հայելու մեջ իր պատկերով, ժպտում է, սիրում է խաղալ, կայտառ է	Ձեռք մեկնում է առարկաներին	Փորի վրա պառկած դիրքում պտտվում է իր առանցքի շուրջը	Բերանն է մտցնում խաղալիքներ և այլ առարկաներ	Արտաբերում է «ա-դու՛», «գ-ը՛-դ»
6ամս.	Օտար մարդկանց արձագանքում է տարբերակված ձևով		Փորի վրա պառկած դիրքից շուռ է գալիս մեջքի վրա	Առարկաները բարձրացնում է մեկ ձեռքով	Արձագանքում է ձայներին՝ գլուխը թեքելով այդ կողմը:
7ամս.	Ձգտում է դեպի ընտանիքի անդամները	Հայացքով փնտրում է տեսադաշտից անհետացած առարկան (օրինակ, փնտրում է սեղանիկից ընկած խաղալիքը)	Մեջքի վրա պառկած դիրքից շուռ է գալիս փորի վրա	Առարկան մի ձեռքից մյուս ձեռքն է փոխանցում	Թոթովում է («բլբլում է»): Արձագանքում է իր անվանը, թեքվում է և նայում
8ամս.	Տիրում է և լացում, երբ միայնակ է	Ինքնուրույն ուտում է թխվածքաբլիթ	Միայնակ նստում է կայուն	Միաժամանակ պահում է երկու առարկա՝ յուրաքանչյուր ձեռքում մեկական: Երկու առարկաները մոտեցնում է միմյանց (միացնում է)	Արտաբերում է հնչյուններ՝ պա՛, բա՛, դա՛, տա՛, գա՛, կա՛, մա՛, բու՛ (թոթովախոսություն)
9ամս.	Խաղում է «պահմտոցի» (ծիկրակում է)		Փորի վրա մի կերպ կարողանում է շարժվել առաջ	Օգտագործում է ցուցամատը խառնելու, հրելու կամ փոքր առարկաները գլորելու համար	Արտաբերում է կապակցված հնչյունախմբեր՝ «մա-մա, դա-դա, գա-գա, բա-բա, բու-բու, գի-գի»

	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ	ԻՆՔՆԱՍՊԱ-ՍԱՐԿՈՒՄ	ՄԵԾ ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ	ՆՈՒՐԲ ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ	ԼԵՋՈՒ (ԽՈՍՔ)
10ամս.	Ձեռքը ճոճում է օդում՝ արտահայտելով «ցտեսություն»	Դիմադրում է, երբ ձեռքից խաղալիքը վերցնում են	Սողում է չորեքթաթ Կանգնած դիրք գրավելու համար ինքն իրեն ձիգ է տալիս	Վերցնում է փոքր առարկաներ բութ մատով և մատնածայրերով (հափշտակելով)	Կրկնում է Ձեր արտաբերած հնչյունները և դրանց խմբերը
11ամս.	Խաղում է «ծափիկ-ծափիկ» («ծեփել ծեփովներ»)	Վերցնում է գդալը՝ բռնելով պոչից	Բռնելով քայլում է կահույքի շուրջը կամ մանեթի ներսում		
12ամս.			Կարճատև կարող է ինքնուրույն կանգնել	Փոքր իրերը մտցնում է բաժակի կամ այլ առարկայի մեջ	Հասկանում է արտահայտություններ՝ «չէ, այո, արի, տուր, չկա»
13ամս.	Նմանակում է պարզ գործողություններ (օր.՝ տիկնիկին գրկելու կամ սիրելու)	Հագնվելու ընթացքում մի փոքր օգնում է	Կայուն կանգնում է միայնակ	Երբեմն կարողանում է գրքի մի քանի էջեր թերթել	Ծնողներից դիմում է՝ «մամա», «պապա»
14ամս.	Խաղում է մյուս երեխաների հետ	Բաժակը բարձրացնելով մոտեցնում է բերանին և խմում	Քայլում է առանց օգնության	Կառուցում է երկու կամ ավելի մասերից բաղկացած աշտարակ	Գլխի շարժումով արտահայտում է «այո», «ոչ» Ձեր հրահանգով տալիս է առարկան
15ամս.	Համբուրում է	Համառում է, որպեսզի ինքնուրույն ուտի	Բարձրանում է աթոռների կամ այլ կահույքի վրա	Գծում է մատիտով	
18ամս.	Մարդկանց ողջունում է՝ ասելով «բարև»	Ինքնուրույն ուտում է գդալով	Վազում է	Խզբզում է մատիտով (արագ ու անփույթ)	Բացի «մամա» և «պապա»-ից ասում է ևս 2 բառ Արտաբերում է մախադասությա ն մեծանվող հնչյունների հաջորդականությոն
21ամս.	Երբեմն ասում է «ոչ», երբ խանգարում են կամ միջամտում	Ուտում է պատառաքաղով	Հարվածում է ոտքով գնդակին դեպի առաջ Լավ հավասարակշռություն և շարժումների կոորդինացիա ունի	Կառուցում է աշտարակ 4 և ավելի մասերից	Բառապաշարում ունի 5 և ավելի անվանումներ Կատարում է մի քանի պարզ հրահանգներ

- Ջարգացման յուրաքանչյուր ոլորտի համար անհրաժեշտ է գնահատել՝ արդյո՞ք երեխայի վարքագիծը համապատասխանում է իր տարիքային մակարդակին (սահմաններին), թե ցածր կամ բարձր է այդ մակարդակից:
 - Պետք է հաշվի առնել, որ երեխայի վարքագծի տարիքային մակարդակը մոտավոր է և ոչ թե բացարձակ:
 - Ջարգացման յուրաքանչյուր ոլորտի վերաբերյալ անհրաժեշտ է տալ հատուկ հարցեր՝ զարգացման քարտի վրա նշված վարքագծերի մասին, հարցնել. «Արդյոք Ձեր երեխան անու՞մ է (որևէ գործողություն)», ապա նշել (✓) այն վարքագծերը, որոնց ծնողը պատասխանել է «այո»:
- Հարցազրույցի այս աստիճանական գործընթացը կրկնվում է՝ երեխայի կարողությունները զարգացման բոլոր 5 ոլորտներում պարզաբանելու համար:

Ջարգացման վերաբերյալ հարցազրույցը կարելի է սկսել այն վարքագծի մասին հարցերով, որոնք վերաբերում են նրանից մոտավորապես 30%-ով կրտսեր երեխայի զարգացմանը:

Ջարգացման վերաբերյալ հարցազրույցը կարելի է դադարեցնել երբ,

- երեխան չի կարողանում ցուցաբերել ավելի պարզ վարքագիծ զարգացման ցանկացած ոլորտում (իմաստ չունի հարցնել ավելի բարդ վարքագծերի մասին)
- միևնույն ոլորտի հաջորդական 3 հարցերին պատասխանվել է «ՈՉ»:
- երեխան ցուցաբերել է առնվազն իր տարիքին բնորոշ հասունություն, և եթե բուժաշխատողին չի հետաքրքրում տարիքի համեմատությամբ երեխայի ավելի առաջընթաց զարգացման գնահատումը:

Նորմալ է համարվում, եթե ցանկացած ոլորտում (30% տարիքային սահմաններում) ծնողը առնվազն մեկ հարցի պատասխանում է «Այո»:

Յուրաքանչյուր ոլորտում երեխայի զարգացման մակարդակը գնահատելու համար կարելի է օգտագործել հետևյալ բնութագրերը.

Ա = Արագընթաց (առաջ ընկած): Ցուցաբերած վարքագիծը բնորոշ է ավելի մեծ տարիքի երեխային: Վարքագիծը ավելի քան 30%-ով գերազանցում է տարիքային նորման:

Օրինակ՝ 3 տարեկան երեխա, որի խոսքի գործառույթը բնորոշ է 4 տարեկանին:

ՄՏ = Մոտավոր տարիքային մակարդակ: Ցուցաբերած վարքագիծը համապատասխանում է տարիքին կամ մոտ է դրան՝ տատանվելով տարիքային ցուցանիշների սահմաններում (տարիքից $\pm 30\%$ -ի սահմաններում):

Օրինակ՝ 3 տարեկան երեխայի վարքագիծը տատանվում է 2-4 տարեկանի սահմաններում:

ԿՁ = Կասկածելի զարգացում: Ցուցաբերած վարքագիծը ավելի ցածր է, քան իրենից 30%-ով կրտսեր երեխայինը:

Օրինակ՝ 3 տարեկան երեխա է, որի լեզվական զարգացումը միջին հաշվով ետ է մնում 2 տարեկանի մակարդակից:

ԴԶ = Դանդաղ զարգացում: Եթե երեխայի զարգացումը 50%-ով և ավել ետ է մնում իր տարիքային մակարդակից (վարքագիծը համապատասխանում է երեխայի անձնագրային տարիքի կեսից էլ ցածր մակարդակին):

Օրինակ՝ 2 տարեկան երեխա է, սակայն ընդհանրապես չի խոսում:

Ե՞րբ ուղեգրել երեխային զարգացման սկրինինգի երկրորդ փուլ (Վաղ միջամտության ծառայություններ)

1. Զարգացման տեսանկյունից կարևոր բժշկական վիճակ (ն/ա զարգացման ծանր արատներ, քրոմոսոմային անկանոնություններ, ցերեքրալ պարալիզ և այլ նյարդային հիվանդություն, խորը անհասություն, ծանր պերինատալ բարդություններ):
2. Եթե առկա է դանդաղ զարգացում (ԴԶ) նշված չափանիշներով.
 - ա) մինչև 18 ամսականը, երբ առկա է մեծ շարժողական ոլորտի զարգացման դանդաղում վերջին 3 հաջորդող այցելությունների ժամանակ,
 - բ) 2-6 տարեկանում, երբ կա խոսքի զարգացման դանդաղում, նաև.
 - դեռևս ոչ մի բառ չի ասում 18 ամսականում,
 - չի ասում երկբառ արտահայտություններ 24 ամսականում,
 - խոսքն անհասկանալի է երեք տարեկանում,
 - խոսքի արտասանությունը թերի է 5 տարեկանում:
3. 6 ամսականից մինչև 6 տարեկան հասակը, երբ վերջին երկու այցելությունների ընթացքում առկա են զարգացման դանդաղումներ 2 կամ ավելի ոլորտներում:

Զարգացման ուշացման կամ անսովոր զարգացման հիմնական նշանները՝ ըստ զարգացման հիմնական ոլորտների.

Շարժողական ոլորտ. մկանների հիպոտոնուս կամ հիպերտոնուս, սողալու և քայլելու ուշացում, շարժումների վատ կոորդինացիա:

Մտավոր ոլորտ. ուշացած կամ ատիպիկ խաղ, առարկաների ուշացած կամ ատիպիկ գործածություն, սինվոլիկ պատկերացումների ուշացած զարգացում:

Հաղորդակցության և խոսքի ոլորտ. արտասանության և արտահայտման սխալներ, տհաս խոսք, խոսքի ուշացում կամ բացակայություն:

Սոցիալական և էմոցիոնալ ոլորտ. անտարբերություն, հուզվածություն, քնի խանգարումներ, դեպրեսիա, մարդախույսություն, ուշադրության ընտրողական խանգարումներ:

Վարքագծային ոլորտ սովորության ռիթմիկ գործողություններ, միապաղաղ, կրկնվող վարքագիծ, փոփոխական գրգռականության շեն, փոփոխական ակտիվության մակարդակ:

10. ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ԽՆԱՄՔ՝ ՀԱՂՈՐԴԱԿՑՄԱՆ ԵՎ ԽԱՂԵՐԻ ՎՐԱ ՀԻՄՆՎԱԾ ԽԹԱՆՈՒՄ

Ծնողները ամենակարևոր մարդիկ են երեխայի կյանքում: Արժեքների համակարգը ձևավորվում է համապատասխան նրա, թե ինչ է երեխան սովորում առաջին հերթին իր ծնողներից և ապա շրջապատից: Երեխայի անձը ձևավորվում է մանկուց այն օրինակների և մարդկանց ազդեցությամբ, որոնք շրջապատում են իրեն:

Առաջին հայացքից պարզ թվացող գործողությունները, ինչպիսիք են խնամքը, շփումը, խոսքը, խաղը, իրականում հզոր խթան են հանդիսանում երեխայի զարգացման համար:

Հետևելով և տեսնելով, թե ինչպես է երեխան զարգանում, հստակ հասկանալով իրենց դերը երեխայի զարգացման գործընթացում, ծնողները կարող են հայտնաբերել այն նշանները, որոնք վկայում են հնարավոր զարգացման շեղումների և մտավոր թուլության մասին: Եթե երեխան զարգանում է դանդաղ, ապա ծնողները պետք է ավելի շատ ժամանակ տրամադրեն նրան, ցուցաբերեն հատուկ ուշադրություն:

Բոլոր երեխաները տարբեր են ծնված օրվանից: Անհրաժեշտ է երեխային ծնված օրվանից դիտել որպես ԱՆՁ, և երեխային որպես անձնավորություն ձևավորել:

Կարևոր է, որպեսզի երեխան իրեն ապահով զգա, աշխարհն ընկալի որպես անվտանգ ու կանխատեսելի միջավայր, ունենա հուսալի, ամուր հարաբերություններ մոր հետ, որը կարող է տալ նրան խնամք, իսկ ընտանիքին պատկանելիության զգացումը կօգնի նրան ավելի լավ շփվելու այլ մարդկանց հետ և ինքնավստահություն կտա շրջակա աշխարհը ճանաչելու համար:

Զարգացման խնամքի հիմքում ընկած են հետևյալ տարրերը. շփումը, խոսքը, խաղը:

Ա. Շփումը

Շփումը՝ մարդկային հարաբերությունների յուրահատուկ ձևն է, որի միջոցով էլ հենց ձևավորվում են մարդկային փոխհարաբերությունները:

Նորածինը նույնպես կարիք ունի շփման, որի արդյունքում էլ պետք է զարգանա և ձևավորվի մանկան հոգեկան աշխարհը: Միայն շփումը սեփական երեխայի հետ հնարավորություն կտա մորը և ընտանիքի մնացած անդամներին ճանաչելու և վստահելու միմյանց:

Յուրաքանչյուր տարիքային փուլում երեխայի համար գոյություն ունի առաջատար գործունեություն, որի հիման վրա ձևավորվում են նրա հուզականային ոլորտը, բնավորության հիմնական գծերը, որոնք նրան ուղեկցում են ողջ կյանքի ընթացքում:

Երեխայի մոտ կյանքի 1-ին իսկ շաբաթում սկսում է զարգանալ տակտիլ զգացողությունը, երեխան զգում է իրեն գրկող մոր ձեռքերը, լսում է ձայները, արձագանք է տալիս այդ ձայներին, տեսնում է մոր դեմքը:

Վաղ տարիքից երեխաները կարող են շփվել և յուրովի պատասխան տալ իրենց մայրերին: 0-2 ամսական հասակում առաջատար գործունեություն է համարվում մտերմիկ հուզա-կապային շփումը: Հենց այս փուլում է, որ երեխայի մոտ առաջանում է կամ բազային վստահություն կամ անվստահություն:

Այս փուլում պատասխանատուն հանդիսանում է մայրը, որը պետք է հուզականություն և ջերմություն ցուցաբերի երեխայի նկատմամբ, քանի որ այս փուլում երեխան աշխարհն ընկալում է մոր միջոցով, նա իրեն չի առանձնացնում մորից, մայրն ու երեխան կարծես թե մի ամբողջություն լինեն:

Կրծքով կերակրումը այս հասակում շփման ամենալավ պահերից մեկն է: Անհրաժեշտ է հաճախակի գրկել, կերակրել երեխային, մայելով նրան՝ քնքշորեն շոյել, ժպտալ, երգել նրա համար, ասել, որ սիրում են իրեն: Երբ մայրը մայում է երեխայի աչքերին և ժպտում նրան, խոսում երեխայի հետ, երեխան սովորում է շփվել և ժամանակի ընթացքում մայրը նկատում է, որ երեխան պատասխանում է իրեն:

Երեխաները արտահայտում են նաև իրենց ցանկությունները, նրանք սովորում են վստահել նրան, ով պատասխանում է նրանց ձայներին, շարժումներին, լացին:

Շփման յուրահատուկ ձև է երեխայի լացը՝ մանկիկի համար հաղորդակցվելու միջոց:

Երեխայի լացին ժամանակին արձագանքելը, գրկելն ու խոսելը կօգնի երեխայի մոտ ստեղծել ապահովության և հավատի զգացում: Լացը արտահայտում է զգացումների մի փունջ՝ սով, ցանկություն, անհանգստություն: Լացը կրծքի հասակի երեխաների մոտ հաղորդակցվելու միջոց է: Ուշադիր մայրը կարող է հասկանալ երեխայի ցանկությունը մինչև նրա լացը, ժամանակին կատարել անհրաժեշտ միջամտությունները:

Բացառապես կրծքով կերակրելով մինչև 6 ամսական հասակը, մայրերը հնարավորություն են ունենում ավելի սերտ շփվել փոքրիկի հետ:

Դրական էմոցիոնալ շփումը երեխայի կյանքի առաջին տարում առաջատար գործողության ձևն է, որը հիմք է հանդիսանում, որպեսզի ձևավորվի խոսքի շփումը:

Այս դեպքում երեխայի մոտ ձևավորվում է անհրաժեշտություն մեծահասակի հետ շփման, զարգանում են բազմաթիվ նախադրյալներ ձայնային ռեակցիաների ձևով՝ ինտոնացիոն և սենսորային, այսինքն՝ զարգանում են հաղորդակցային ճանաչողական ֆունկցիաները, որոնք շատ կարևոր դեր ունեն հետագայում հոգեկան զարգացման գործընթացում:

Ծնողները պետք է համբերատար լինեն իրենց փոքրիկների հետ, երբ նրանք փորձում են ինչ-որ բան ինքնուրույն անել: Դա դրական քայլ է երեխայի զարգացման համար:

Երեխաների վարքագիծը ձևավորվում է իրենց շրջապատող մարդկանց ընդօրինակմամբ: Նայելով ուրիշներին՝ երեխաները սովորում են հաղորդակցվելու ձևերը, սկսում են տարբերակել վարքագծի ընդունված և անընդունելի նորմերը:

ԵՐԵՒԱՆԵՐԸ ԱՆՈՒՄ ԵՆ ԱՅՆ, ԻՆՉ ՈՒՐԻՇՆԵՐՆ ԵՆ ԱՆՈՒՄ, ոչ թե այն, ինչ նրանց սովորեցնում են:

Այսինքն՝ երեխաներին բնորոշ է ընդօրինակելու, նմանակելու հատկությունը և այս հաշվի առնելով՝ ծնողը պետք է դրական օրինակ ծառայի իր երեխայի համար:

Այն երեխաները, որոնք մեծանում են սիրո, մտերմության, ուշադրության ներքո, հաճախակի խրախուսվում են, նաև լավ սովորում և համապատասխան խնամք ստանում, ավելի արագ են զարգանում:

Շփումն իրականանում է միմիկայի, ժպտի, խոսքի, բացատրության, խաղի միջոցով: Կարևոր է, որ մայրը երեխային նայի ժպտացող հայացքով, խոսի նրա հետ քնքուշ ձայնով, բացատրի այն ամենը ինչը հետաքրքրում է փոքրիկին, շատ ժամանակ տրամադրի երեխային, խաղա նրա հետ, կազմակերպի ժամանցը, հեքիաթներ կարդա:

Պետք է երեխային զերծ պահել առօրեական խնդիրներից, ընտանեկան կոնֆլիկտներից:

Բ. Խոսքը

Երեխան դեռևս վաղ մանկության տարիքից ձգտում է հաղորդակցվել մեծերի հետ, բնածին է երեխայի խոսելու ցանկությունը, այդ իսկ պատճառով կարևոր է, որպեսզի երեխան գտնվի ակտիվ խոսքային միջավայրում:

Որպեսզի երեխայի մոտ ձևավորվի և զարգանա խոսքը, նախ և առաջ երեխան պետք է ընկալի, լսի խոսքը, ուրեմն առաջին իսկ օրվանից անհրաժեշտ է խոսել երեխայի հետ:

Պետք է օգտագործել յուրաքանչյուր հարմար պահ երեխայի հետ խոսելու, շփվելու համար:

Այդ պահերից են՝ կերակրման պահը, այդ թվում՝ կրծքով կերակրելու, խնամելու ժամանակաընթացքը, զբոսնելը, լողացնելը, շորերը փոխելը:

Բոլոր գործողությունները, որոնք կատարում է մայրը, պետք է զուգորդվեն խոսքով (օրինակ. «Հիմա տեսնեմ՝ ի՞նչն է քեզ անհանգստացնում», «Դու լավ, սիրուն, խելոք բալիկ ես», «Մայրիկը քեզ շատ է սիրում» և այլն):

Շատ շուտ երեխան սկսում է արձագանքել մոր ձայնի տեմբրին և, ամենակարևորը, մոր ինտոնացիային, ճանաչում է մոր ձայնը: Մայրը և, իհարկե, բոլոր մեծահասակները, պետք է խոսեն դանդաղ, քնքուշ, **առանց աղավաղելու բառերը**, քանզի հետագայում առաջացած խոսքի խանգարումների մեծ մասի պատճառը հենց այս հանգամանքն է լինում:

Նորմալ լսողություն ունեցող երեխան, ճիշտ ընկալելով մոր և ընտանիքի անդամների ոչ աղավաղված խոսքը, անցնելով գոգդանքի և թոթովանքի փուլը՝ սկսում է խոսել 14-15 ամսական հասակում:

Գ. Խաղը

Երեխայի զարգացման հզոր խթան է խաղը:

Խաղը ուսումնական և շրջակա աշխարհի ճանաչության գործընթաց է, առաջատար գործունեություն է, վերջինիս կարևորագույն ձևն է, որի ընթացքում առավել արդյունավետ է իրականացվում երեխաների ֆիզիկական, մտավոր, խոսքային և բարոյական զարգացումը:

Խաղը տալիս է երեխային բազմակի հնարավորություններ, բացի այն, որ զարգացնում է իմացությունը, մտածողությունը, այլև խնդիրների լուծման հնարավորություն է տալիս:

Խաղի ընթացքում հայտնվում են բազմաթիվ առարկաներ՝ խաղալիքներ, որոնք լինում են բազմազան, գունավոր և գրավիչ: Երեխան միանգամից չի սկսում խաղալ այդ խաղալիքներով, երեխային պետք է սովորեցնել խաղալ, որովհետև երբ այդ գործընթացին մասնակցում են ակտիվորեն թե՛ մայրը, թե՛ երեխան, ԽԱՂԸ դառնում է մի հզոր զենք երեխայի զարգացման համար:

Զարգացման խնամքը տարբեր է տարբեր տարիքային խմբերում¹¹:

Պայմանականորեն առանձնացվում են հետևյալ տարիքային խմբերը.

- մինչև 6 ամսական,
- 6-ից 12 ամսական,
- 12-ից 2 տարեկան,
- 24 ամսականից մինչև 5 տարեկան:

Խորհուրդներ մինչև 6 ամսական երեխաների համար.

Մինչև 6 ամսական հասակի երեխաների աշխարհընկալումը կատարվում է երեխայի տեսնելու, լսելու, շոշափելու և շարժվելու ունակությունների միջոցով:

Սա զարգացման կրիտիկական շրջաններից կարևորագույնն է, ուստի պետք է գտնել, շտկել այն բազմաթիվ սխալները, որոնք թույլ են տալիս մայրերը:

1. Սխալ է փակել երեխայի դեմքը, կապել աչքերը. որպեսզի երեխան ճանաչի աշխարհը, նա պետք է տեսնի:
2. Սխալ է պինդ փաթաթել երեխային (բարուրել). երեխային անհրաժեշտ է ազատ շարժվել, նույնիսկ աննշան շարժումները քնի ժամանակ մեծ խթան են զարգացման համար:

¹¹ Տե՛ս Հավելված 6-ը:

Պետք է հիշել, որ երեխային այս տարիքում սկսում են հետաքրքրել առարկաները, և նա ձգվում է դեպի նրանք, այս տարիքից է հենց սկսվում շրջակա միջավայրի հանդեպ հետաքրքրությունը:

4-6 ամսական երեխաները սիրում են ձգվել դեպի առարկաները, ուստի խաղալիքները, տրված առարկաները պետք է լինեն վառ, գեղեցիկ, գրավիչ: Խաղի առաջին իսկ պահից պետք է ակտիվորեն օգնել փոքրիկին, որպեսզի երեխայի մոտ սերմանվի հետաքրքրությունը դեպի շրջակա աշխարհը՝ անպայման խոսելով. «Ի՞նչ ես ուզում, գնդա՞կ, վերցրու՛»:

Երեխան անպայման պետք է լսի խոսքը, քանի որ երեխայի խոսքի զարգացման և ձևավորման համար պարտադիր պայման է խոսքային ակտիվ միջավայրը:

Այս հասակում նա չի կարող իր զգացածը համադրել համապատասխան բառով, բայց և այնպես կարևոր է լսել բառը:

Երբ երեխային օգնում են՝ վերցնի առարկան, ուղղորդում են ձեռքերը դեպի ձգված առարկան, օգնում են՝ պահի առարկան ձեռքերի մեջ, զարգանում են ոչ միայն ձեռքերի շարժումները, այլ նաև՝ տարածության մեջ կոորդինացիան: Այս հասակում զարգանում է նաև մանր մոտորիկան: Այն պահից, երբ երեխան իր ձեռքն է վերցնում առարկան, սկսում են գործել նրա տարբեր զգայարանները: Ժամանակի ընթացքում երեխայի համար անհրաժեշտություն է դառնում շոշափել, համտեսել, ուսումնասիրել առարկան: Այսինքն՝ այս տարիքում երեխայի մոտ հետագա զարգացման համար անհրաժեշտ որոշակի հմտությունների և կարողությունների հիմք է դրվում:

Խորհուրդներ 6-ից 12 ամսական երեխաների համար.

Այս տարիքը այն կարևոր ժամանակահատվածն է, երբ երեխան կարիք ունի ակտիվ միջավայրի կողմից աջակցության: Երեխայի մոտ ձևավորվում է ինքնաարձագանքում, երբ երեխան նմանակում է ինքն իրեն, հետո արձագանքի նման կրկնում:

9-10 ամսական երեխաների մոտ սկսում են ձևավորվել կայուն հնչունային ռեակցիաներ՝ արտաբերում է մա-մա, պա-պա և այլ 2-4 բառեր, սակայն կարող է ընկալել ավելին:

Որքան ճիշտ և ինտենսիվ են շփվում երեխայի հետ, ինչպիսի խոսքային և սոցիալական միջավայրում է գտնվում երեխան, այնքան բարձր է երեխայի զարգացման աստիճանը:

Հենց այդ է պատճառը, որ նույն տարիքի երեխաների բառապաշարը և ընդհանուր զարգացումը լինում են տարբեր:

6-12 ամսականում առողջ երեխան արդեն ունի պասիվ բառապաշարի որոշակի բազա, և անհրաժեշտ է հստակեցնել այն և օգնել երեխային, որպեսզի պասիվ բառապաշարից անցնի ակտիվ բառապաշարի:

Ուրեմն՝ անպայման պետք է խոսել երեխայի հետ:

Երեխայի խոսքը զարգանում է նմանակմամբ, հետևաբար կարելի է նպաստել երեխայի խոսքի զարգացմանը, եթե խոսեն նրա հետ և արձագանքեն երեխայի արձակած բոլոր հնչյուններին. սա շատ է դուր գալիս երեխաներին:

Որպեսզի երեխայի մոտ ձևավորվի խոսքը, պետք է նա ընկալի բառերի նշանակությունը: Անպայման պետք է ասել այն առարկաների անունները, որոնց հանդեպ երեխան հետաքրքրություն է ցուցաբերում՝ հաց, ջուր, գնդակ, գդալ:

Այս տարիքում երեխան ավելի շարժունակ է դառնում, և մայրը պետք է համբերատար լինի, չնյարդանա, երբ երեխան ճմռթում է թուղթը, ծգում է, շպրտում է առարկաները: Երբ ճմռթում է, զարգանում է նրա մանր մոտորիկան, մարզվում են մատները:

Պետք է երեխային հնարավորություն տալ ինքնահաստատվելու, քանի որ անկախ տարիքից, յուրաքանչյուր անձ ունի իր պահանջները, զգացմունքները և հետաքրքրությունները:

Ցանկացած դեպքում ամեն մի գործողություն խաղի կարելի է նմանեցնել՝ ուտելը, շորեր հագցնելը և այլն:

Խաղեր կարելի է կազմակերպել հարցերի միջոցով՝

«Ու՞ր է շունիկը» - այդ դեպքում երեխայի ուշադրությունը կկենտրոնացվի այն բանին, որ խաղալիքների միջից գտնի շունիկին:

«Ուր՞ է տատիկը» - երեխան նայում է կողքերը՝ տատիկը չկա -«չկա»:

Սա վերացական հասկացողությունների ներմուծում է՝ «կա, չկա»:

Խորհուրդներ 12 ամսականից 2 տարեկան երեխաների համար.

Երեխայի մոտ կյանքի երկրորդ տարում առաջատար գործողության ձև է հանդիսանում առարկայակա-գործնական շփումը մեծահասակների հետ, որը պետք է խթանի զարգացմանը: Այս տարիքում երեխաները ակտիվ ձևով սկսում են ճանաչել շրջապատող աշխարհը:

Երբ երեխային տալիս են այնպիսի առարկաներ, որոնք կարելի է դասավորել իրար վրա, իրար մեջ, հանել այնտեղից, նրա մոտ ձևավորվում են պատկերացումը, երևակայությունը, կողմնորոշումը տարածության մեջ:

Կարևոր է հնարավորինս շատ շփվել երեխայի հետ: Նրանք սկսում են հասկանալ, թե ինչ են անում մյուսները և կարող են կատարել պարզ հանձնարարություններ: Անհրաժեշտ է գովել երեխաներին, հետևել, թե ինչ են անում կամ ասում և մեկնաբանել նրանց գործողությունները՝ «Դու լցնում ես տուփերը, ապրե՛ս»:

Անհրաժեշտ է առաջարկել իրենց օգնությունը երեխաներին. «Արի՛ միասին կերակրենք շունիկին»:

Այս տարիքում երեխան պատկերացում է կազմում «մեծ և փոքր», «փափուկ և կոշտ» հասկացողությունների վերաբերյալ: Նրանց դուր են գալիս խոհանոցի պարզ և հասարակ իրերը, ուրեմն պետք դրանք տալ երեխաներին խաղալու: Անհրաժեշտ է տալ առարկաներ, ասել նրանց անվանումները և անպայման խոսել, արձագանքել ամեն մի արտասանած

բառին, խաղալ «ծափիկ-ծափիկ», «ծիկ-ծիկ» խաղերը, երգել, կարդալ ոչ բարդ հեքիաթներ:

Ժամանակն է երեխային սովորեցնել ինքնուրյուն ուտել, հագնել, կատարել ոչ բարդ գործողություններ: Մայրերը կարող են խաղալ բառերով՝ «Որտե՞ղ է իմ բալիկի գնդակը»:

Խորհուրդներ 2-ից 5 տարեկան երեխաների համար

Այս տարիքը շատ կարևոր է երեխայի ընդհանուր զարգացման համար: Մեծանում է երեխայի աշխարհընկալման մակարդակը, ծագում են նոր հարցեր, հետաքրքրություններ, նոր սովորություններ: Զարգացման առաջատար ձևերից է մնում խաղը, սակայն այստեղ փոխվում են խաղի նպատակը և ձևը: Խաղը այս փուլում կրում է ուսուցողական բնույթ, զարգացնում է ուշադրությունը, հիշողությունը, մտածողությունը, տրամաբանությունը:

Այս փուլում առաջ են գալիս նաև սյուժետադերային խաղերը, որոնք խորացնում են շրջապատի մասին երեխայի պատկերացումը, ընդլայնում են նրանց գիտելիքները: Ուստի անհրաժեշտ է խաղալ հատուկ զարգացնող խաղեր (առաջարկվում է մոտ 25 խաղ), երեխայի համար գնել կամ պատրաստել վառ դիդակտիկ նյութեր՝ շրջանակներ, տարբեր չափերի խորանարդիկներ՝ կտրտած թղթերից:

Երեխային անհրաժեշտ է սովորեցնել հաշվել մատներով, իհարկե, անընդհատ հարցեր տալ, կարևոր է, որ երեխան գտնվի ակտիվ խոսքային միջավայրում: Օրինակ՝ «Ի՞նչ է սա, ու՞ր է քո եղբայրը, ո՞ր գնդակն է մեծ, ո՞ր բաժակն է կարմիր»: Ցանկալի է, որ երեխան խոսի իր տիկնիկի կամ այլ խաղալիքների հետ, որը ևս կնպաստի խոսքի և երևակայության զարգացմանը:

Անհրաժեշտ է կազմակերպել բացօթյա խաղեր, զբոսանք տարվա ամեն եղանակի ժամանակ: Զբոսանքի ժամանակ երեխային կարելի է պատմել այն ամենի մասին, ինչ տեսնում են: «Տես ինչ փոքրիկ շնիկ է», «Սա գեղեցիկ ծաղիկ է»: Այս տարիքի համար կարևոր են շփման բոլոր եղանակները:

Երեխաների համար հատկապես հետաքրքիր է շփվել մյուս երեխաների հետ: Խաղալով միասին, երեխան ձեռք է բերում կոլեկտիվ գործունեության հմտություններ, սովորում է հաշվի նստել խաղի մյուս մասնակիցների հետ, վիճել, խոսել:

Մայրը պետք է երեխայի հետ միասին թերթի նկարազարդ գրքեր և պատմի նկարների մասին, օգնի հասկանալ շրջապատող աշխարհը: Անհրաժեշտ է շատ կարդալ երեխայի համար, սովորեցնել ոտանավորներ, պատմել հեքիաթներ, խնդրել երեխային կրկնի:

Հարկավոր է երեխային ուշադիր լսել, չընդհատել, պատասխանել բոլոր հարցերին, հարգել նրա կարծիքը, չէ՞ որ փոքրիկները արդեն հասկանում են՝ ինչն է լավ, ինչը՝ վատ, ուստի եթե երեխան ինչ-որ բան սխալ է կատարել, անհրաժեշտ է սխալները ուղղել նուրբ, զգույշ:

2 տարեկանում նորմալ զարգացում ունեցող երեխան, որի հետ շատ խոսել են ոչ միայն մայրը և հայրը, այլև նրա ընտանիքի մյուս անդամները, որն արդեն պարուն է երաժշտություն լսելիս (շատ կարևոր է երեխայի շարժվող ակտիվությունը երաժշտության ներքո), որի հետ շատ երգել են, լսել է հեքիաթներ, ոտանավորներ, սկսում է ազատ խոսել:

Զարգացմանը նպաստող խնամքի գնահատում

Զարգացմանը նպաստող խնամքը գնահատելու և խորհրդատվություն անցկացնելու նպատակով անհրաժեշտ է.

- Հետևել մորը և երեխային. օրինակ՝
 - Ինչպե՞ս է մայրը պատասխանում, երբ երեխան ձգվում է դեպի իրեն:
 - Ինչպե՞ս է նա գրավում իր երեխայի ուշադրությունը: - Ինչպե՞ս է մայրը հասկանում իր երեխային: - Ինչպե՞ս է երեխան պատասխանում մորը: Ուշադրություն դարձնո՞ւմ է արդյոք ձայներին և շարժումներին խաղալու ժամանակ: Նայո՞ւմ է արդյոք երեխան մորը, որ հանգստանա:
- Հարցրնել մորը.
 - Ինչպե՞ս եք Դուք խաղում Ձեր երեխայի հետ:
 - Ինչպե՞ս եք Դուք շփվում Ձեր երեխայի հետ:
- Լսել մոր պատասխանները:
- Որոշել զարգացմանը նպաստող խնամքի խնդիրները և բացթողումները:
- Տալ զարգացման նպատակով խնամքի խորհուրդներ:

Մայրը, որն ունի երեխայի հետ շփվելու դժվարություններ, ունի նաև դժվարություններ երեխայի խնամքի և սնուցման հետ:

Երեխայի խնամքի ժամանակ հաճախ հանդիպող խնդիրներ

- **Մայրը դժվարանում է կերակրել երեխային կրծքով:**
Եթե նույնիսկ չի կարողանում կերակրել կրծքով, ապա անհրաժեշտ է անալոգիկ կերակրման ժամանակ գրկել: Կերակրման ժամանակ պահելով երեխային գրկին՝ մայրը վստահ կլինի, որ երեխան լավ է ուտում: Դա կնպաստի երեխայի հետ սերտ և ամուր կապերին: Մայրը կարող է նայել երեխային և խոսել նրա հետ կերակրման ժամանակ:
- **Մայրը չգիտի, որ պետք է շփվել երեխայի հետ կրծքով կերակրման ժամանակ:**
Կրծքով կերակրումը յուրովի հրաշալի պահ է շփման համար: Մայրը պետք է սիրալիր նայի երեխայի աչքերին, խոսի նրա հետ կամ երգի նրա համար: Այդ դեպքում երեխան իրեն կզգա ավելի ապահով, հարմարավետ և կզարգանա ավելի լավ և արագ:
- **Մայրը չգիտի, որ իր երեխային անհրաժեշտ է շփվել, խաղալ:**
Երեխաները խաղում են ծնված օրվանից: Որպեսզի օգնի երեխային ճանաչելու իրեն շրջապատող աշխարհը, մայրը պետք է իմանա, թե երբ է երեխան խաղում և շփվում:
Խաղի և շփման միջոցով երեխան ճանաչում է աշխարհը, և դրա համար մայրը պետք է աջակցի նրա գործունեությանը:

- **Սորը չի բավականացնում ժամանակը, որպեսզի իրականացնի երեխայի խնամքը՝ զարգացման նպատակով:**
Եթե մայրը ծանրաբեռնված է այլ գործերով, ապա երեխայի հետ կարելի է շփվել, խաղալ, խոսել կերակրելու, շորերը փոխելու ժամանակ: Ամեն մի գործողություն կարելի է վերածել խաղի, այդ ընթացքում անընդհատ խոսել երեխայի հետ:
- **Երեխան չունի խաղալիքներ խաղալու համար:**
Ծնողները կարող են ասել, որ չունեն խաղալիքներ երեխայի համար, խաղալիքներ գնելու համար չկան միջոցներ: Ծնողներին պետք է բացատրել, որ այդ տարիքում երեխաները կարող են խաղալ ցանկացած ապահով առարկաներով, օր.[՝] գունավոր բաժակներ, ափսե, մեծ գդալ, պլաստիկ տարա և այլն:
- **Երեխան թվում է «արգելակված» կամ պատասխան չի տալիս:**
Սա անհանգստացնող պահ է: Որոշ երեխաների մոտ ուսուցման գործընթացը իսկապես ավելի դժվար է ընթանում, քան մեկ ուրիշների մոտ: Բոլոր երեխաները տարբեր են, նրանք տարբերվում են իրենց ընդունակություններով, բայց նրանց մեծամասնությունը կարող է սովորել ավելի շատ, եթե լրացուցիչ ջանքեր ներդրվեն դրա համար: Ուրեմն պետք է ավելի շատ շփվել, խոսել, խաղալ երեխայի հետ: Անհրաժեշտ է ստուգել երեխայի լսողությունն ու տեսողությունը:
- **Երեխային դաստիարակում է ոչ թե մայրը, այլ մեկ ուրիշը:**
Եթե երեխային հարազատ մայրը չի դաստիարակում, ապա անհրաժեշտ է համոզվել, որ երեխան ստանում է լիարժեք սնունդ, խնամք և սեր:
- **Մայրը կարծում է, որ եթե երեխային միշտ պահի գրկում, ապա երեխան մշտապես կպահանջի ավելի մեծ ուշադրություն:**
Պետք է բացատրել մորը, որ սա սխալ կարծիք է: Երբ երեխային պահում է գրկում, երեխան ունենում է հնարավորություն տեսնելու ամենը, ինչը տեղի է ունենում շրջապատում և դա խթանում է երեխայի զարգացումը. սա ևս չփուն է: Բայց դա չի նշանակում, որ երեխան պետք է անընդհատ գտնվի մոր գրկում: Երեխային պետք է թույլ տալ հաճախակի ինքնուրույն խաղալ՝ միաժամանակ պահելով նրան տեսադաշտում:
- **Մայրը հաճախ է խորհրդի համար դիմում տատիկին, հարևանուհուն, ընկերուհուն կամ էլ նույնիսկ պատահական կանանց՝ զբոսանքի ժամանակ:**
Այսպիսի մայրերին անհրաժեշտ է բացատրել, որ պատահական մարդկանց կարծիքները ոչ միշտ են ճիշտ լինում, ավելի լավ է դիմել բուժաշխատողին:
- **Ծնողները վիճում են երեխայի ներկայությամբ:**
Ծնողներին անհրաժեշտ է բացատրել, որ փոքր երեխայի հոգեբանությունը անկայուն է, որ երեխան սթրեսից կարող է հոգեբանական տրավմա ստանալ, դառնալ շատ ջղային և անվստահ, ձեռք բերել վարքի փոփոխություններ, կակազել և այլն:
- **Ծնողները կարծում են, որ երեխաները պետք է ընտանիքում լինեն առաջին հերթին լսող, լռակյաց և փորձում են սահմանափակել նրանց գործունեությունը:**
Նման դաստիարակությունը կբերի նրան, որ երեխաները կլինեն մտահղացումներից զուրկ, կեղծավոր և անվստահ:
Չի կարելի երես տալ, բայց նաև սահմանափակել նրանց գործունեությունը:

11. ԵՐԵԽԱՅԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐ

Ա. Պատվաստումների ազգային օրացույց

Պատվաստման ժամկետը	Պատվաստանյութի անվանումը	Պատվաստման հերթական դեղաչափը
Ծնվելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում	ՎՅԲ	1
Ծնվելուց հետո 24-48 ժամվա ընթացքում	ԲՑԺ	1
6 շաբաթական (1,5 ամսական)	ԱԿԴՓ(ՎՅԲ)ՀԻԲ, ՕՊՎ	1
10 շաբաթական (2,5 ամսական)	ԱԿԴՓ(ՎՅԲ)ՀԻԲ, ՕՊՎ	2
14 շաբաթական (3,5 ամսական)	ԱԿԴՓ(ՎՅԲ)ՀԻԲ, ՕՊՎ	3
12 ամսական	ԿԿԽ	1
18 ամսական	ԱԿԴՓ, ՕՊՎ	4
6 տարեկան	ԱԴՓ-Ս	1
6 տարեկան	ՕՊՎ	5
6 տարեկան	ԿԿԽ	2
16 տարեկան	ԱԴՓ-Ս	2
26 տարեկան	ԱԴՓ-Ս	3
36 տարեկան	ԱԴՓ-Ս	4
46 տարեկան	ԱԴՓ-Ս	5
56 տարեկան	ԱԴՓ-Ս	6

Պատվաստանյութի անվանումը	Հիվանդությունների հակածինների պարունակությունը
ԲՑԺ	Տուբերկուլյոզ (Պալարախտ)
ՎՅԲ	Հեպատիտ Բ
ԱԿԴՓ(ՎՅԲ)ՀԻԲ	Դիֆթերիա, փայտացում, կապույտ հազ, հեպատիտ Բ, հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի
ՕՊՎ	Պոլիոմիելիտ
ԿԿԽ	Կարմրուկ, կարմրախտ, խոզուկ
ԱԴՓ-Ս	Դիֆթերիա, փայտացում

Բ. Պատվաստանյութեր

Բոլոր պատվաստանյութերը կարելի է բաժանել 2 մեծ խմբի. կենդանի և անկենդան պատվաստանյութեր: Երկու խմբի պատվաստանյութերն էլ ունեն օգտագործման և պահպանման առանձնահատկություններ:

- **Ղիֆթերիայի-կապույտ հազի-փայտացման համակցված պատվաստանյութը (ԱԿԴՓ)** բաղկացած է ղիֆթերիայի և փայտացման անատոքսիններից և կապույտ հազի սպանված պատվաստանյութից: Պատրաստուկը ներարկելուց առաջ պատվաստանյութն անհրաժեշտ է խառնել՝ թափահարելով սրվակը: ԱԿԴՓ պատվաստանյութը չի կարելի սառեցնել:
- **Փայտացման անատոքսինը (ԱՓ)** պաշտպանում է փայտացումով հիվանդանալուց: Պատրաստուկը թողարկվում է հեղուկ վիճակում՝ սրվակների կամ մի դեղաչափ ներարկիչ-պարկուճների մեջ: Այս պատվաստանյութը չի կարելի սառեցնել:
- **Հեպատիտ Բ-ի պատվաստանյութը (Հեպ. Բ)** թողարկվում է հեղուկ վիճակում, մեկ կամ բազմադեղաչափ սրվակներում կամ ներարկիչ-պարկուճներում: Ներմուծումից առաջ պատվաստանյութը պետք է խառնել՝ սրվակը թափահարելու միջոցով: Հեպատիտ Բ-ի պատվաստանյութը չի կարելի սառեցնել:
- **Ղիֆթերիայի, կապույտ հազի, կապույտ հազի, հեպատիտ Բ-ի և հեմոֆիլային վարակի դեմ համակցված հնգավալենտ պատվաստանյութը (ԱԿԴՓ, Հեպ. Բ, ՀԻԲ)** պաշտպանում է միանգամից հինգ հիվանդությունից՝ կապույտ հազից, ղիֆթերիայից, փայտացումից, հեպատիտ Բ-ից և Բ տիպի հեմոֆիլային ցուպիկի կողմից հարուցված հիվանդություններից: ԱԿԴՓ, Հեպ. Բ, ՀԻԲ պատվաստանյութը ներարկելուց առաջ պետք է վերականգնել (լուծել): Վերականգնված պատվաստանյութը պետք է ոչնչացնել լուծելուց 6 ժամ հետո և աշխատանքային օրվա վերջում:
- **Պոլիոմիելիտի օրալ պատվաստանյութը (ՊՕՊ կամ ՕՊՎ)** պաշտպանում է վայրի պոլիովիրուսի կողմից հարուցված հիվանդությունից: Այն հեղուկ պատրաստուկ է, որը բաց է թողնվում երկու տիպի սրվակներում. փոքր պլաստիկ սրվակներում, որոնք հենց իրենք դեղաչափող կաթոցիչներ են, ապակյա սրվակներում, որոնց հետ կան պլաստիկ կաթոցիչներ՝ պոլիէթիլենային ծրարներում: Պոլիոմիելիտը կանխարգելելու համար կա նաև ապակտիվացրած պատվաստանյութ (ԻՊՊ):

Կարմրուկի, կարմրախտի (ԿԿ) և կարմրուկի, կարմրախտի խոզուկի (ԿԿԽ) համակցված պատվաստանյութերը արտադրվում են փոշի վիճակում: Դրանց լուծիչները մատակարարվում են առանձին՝ սրվակների կամ շշիկների մեջ: Օգտագործելուց առաջ պատվաստանյութերը պետք է վերականգնել լուծելու միջոցով:

Այդ պատվաստանյութերը լուծելուց հետո պետք է պահել $+2^{\circ}\text{C}$ –ից մինչև $+8^{\circ}\text{C}$ ջերմաստիճանում, 6 ժամից ոչ ավելի:

Ցանկացած դեպքում վերականգնված պատվաստանյութը պետք է ոչնչացնել լուծելու պահից հաշված 6 ժամ և միշտ պատվաստումներն ավարտվելուց հետո (աշխատանքային օրվա վերջում):

Տուբերկուլյոզի դեմ պատվաստանյութը (ԲՑԺ) թողարկվում է փոշու ձևով: Դրա լուծիչը մատակարարվում է սրվակների մեջ: Օգտագործելուց առաջ պատվաստանյութը պետք է վերականգնել (լուծել):

ԲՑԺ-ն լուծելուց հետո պետք է պահպանել $+2^{\circ}\text{C}$ -ից մինչև $+8^{\circ}\text{C}$ ջերմաստիճանում: Ցանկացած դեպքում լուծված պատվաստանյութը պետք է ոչնչացնել 6 ժամ հետո՝ լուծելու պահից հաշված, միշտ աշխատանքային օրվա վերջում: Եթե սրվակներում է պահվում, ապա պետք է լուծելուց հետո պահել 2 ժամ:

Գ. Հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքեր (ՀԱԴ)

ՀԱԴ-ը հետպատվաստումային ժամանակահատվածում առաջացած առողջական վիճակի խանգարումներն են, որոնք բնորոշ չեն սովորական պատվաստումային գործընթացին և ունեն ապացուցված կամ ակնհայտ կապ պատվաստման հետ:

ՀԱԴ-ի դասակարգումը:

Համաձայն Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից առաջարկած դասակարգման՝ ՀԱԴ-երն արտահայտվում են հետպատվաստումային թեթև (սովորական) (բնորոշ են յուրաքանչյուր պատվաստանյութին) և հետպատվաստումային ծանր (անսովոր) ռեակցիաներով:

Հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքերը լինում են.

1. Ընդհանուր (ջերմության բարձրացում, թուլություն, գլխացավ, անհամգոստություն):
2. Տեղային (ցավ, հիպերեմիա և այտուց ներմուծման տեղում):

Հետպատվաստումային թեթև (սովորական) ռեակցիան՝

օրգանիզմի կողմից սպասվող վիճակն է՝ ի պատասխան պատվաստանյութի ներմուծմանը:

Թեթև (սովորական), թույլ արտահայտված ՀԱԴ-երը անցնում են առանց որևէ միջամտության և ծնողներին տրվում են տեղեկություններ և խորհուրդներ:

Հետպատվաստումային ծանր (անսովոր) ռեակցիան՝

պատվաստման հետևանքով առաջացած առողջության լուրջ, անցանկալի խանգարումն է (անաֆիլակտիկ շոկ, ցնցումներ, թրոմբոցիտոպենիկ ծիրանացան, պարալիտիկ պոլիոմիելիտ, մենինգոէնցեֆալիտ և այլն):

Ծանր (անսովոր) ՀԱԴ-երը.

ա) ենթակա են բուժման,

բ) ծնողներին տրվում են անհրաժեշտ տեղեկություններ հնարավոր ծանր վիճակների և անհապաղ բուժօգնության դիմելու մասին,

գ) տրվում է շտապ հաղորդում և իրականացվում է համաճարակաբանական հետաքննություն:

ՀԱԴ-երն ըստ առանձին պատվաստանյութերի

ԲՅԺ պատվաստանյութ

1) Տեղային

ա) Թարախային լիմֆադենիտներ. առաջանում են պատվաստումից 2-6 ամսվա ընթացքում, բնորոշ է ավշային հանգույցի մեծացում 1,5սմ և ավելի, կարող է առաջանալ խուղակ:
Սովորաբար առաջանում է պատվաստման կողմի թևատակում:
Անհրաժեշտ է թոքաբանի հսկողություն: Հնարավոր է լրիվ առողջացում (մի քանի ամիս կամ 1-2 տարի անց): Բուժումը ներառում է վիրաբուժական միջամտություն, տեղային հակատուբերկուլոզային դեղորայքի օգտագործում:

2) Ընդհանուր

ա) Դիսենտերիայի պատվաստումից 1-12 ամսվա ընթացքում՝ ինունադեֆիցիտով անձանց մոտ (հաստատվում է Միկոբակտերիա Բովիսի ԲՅԺ-ի շտամի անջատումով), հանդիպման հաճախականությունը՝ 2:1.000.000:
Բուժումն իրականացվում է հակատուբերկուլոզային դեղամիջոցներով (ռիֆամպիցին, իզոնիազիդ և այլն):
բ) Օստեիտ/օստեոմիելիտ, զարգանում է պատվաստումից 1-12 ամսվա ընթացքում: Բուժումը՝ նույնն է:

3) Տարբերակիչ ախտորոշում

ա) տուբերկուլոզ,
բ) օրգանների ոչ տուբերկուլոզային ախտահարում (ոսկրեր, ավշային հանգույցներ, մաշկ):

Հեպատիտ Բ պատվաստանյութ

Պատվաստումից հետո ՀԱԴ-եր չատ հազվադեպ են առաջանում: Ալերգիկ ռեակցիան, շոկը հանդիպում են 1: 600 000 դեպքերում:

1) Տեղային

15% մեծահասակների և 3% երեխաների մոտ դիտվում է ներարկման տեղում կարմրություն, այտուց:

2) Ընդհանուր

1-6% պատվաստվածների մոտ դիտվում է ջերմության թեթև բարձրացում, գլխացավ, անհանգստություն, սրտխառնոց, որոնք անցնում են 1-2 օրվա ընթացքում:

Պոլիոմիելիտի օրալ պատվաստանյութ՝

Պատվաստվածների մինչև 1%-ի շրջանում դիտվում է գլխացավ, մկանացավ, դիարեա: Շատ հազվադեպ հանդիպում է վակցինասոցացված պոլիոմիելիտ՝ 1-4 դեպք 1 000 000 պատվաստվածից, որը զարգանում է պատվաստումից 4-30 կամ 4-75 օրվա ընթացքում՝ կոնտակտավորների մոտ:

Տարբերակիչ ախտորոշում.

- ա) պոլիոմիելիտ,
- բ) ոչ պոլիոմիելիտային ախտածագման սուր թորշոմած կաթվածահարություն (ՍԹԿ),
- գ) Ջուլիեյն-Բարեի համախտանիշ,
- դ) նյարդաբանական, օրգանական, օրթոպեդիկ կամ անոթային ախտաբանություններ:

ԱԿԴՓ (կապույտ հազի, դիֆթերիայի, փայտացման) պատվաստանյութ

1) Տեղային

- ա) **Թեթև՝** 50%-ի շրջանում պատվաստման տեղում ի հայտ է գալիս կարմրություն, այտուց, ցավ:
- բ) **Ծանր՝** ստերիլ թարախակույտ՝ հանդիպում է 6-10 դեպք 1 000 000 պատվաստվածից՝ պայմանավորված փայտացման անատոքսինով:

2) Ընդհանուր ռեակցիա

Թեթև՝

- ա) Պատվաստումից հետո՝ առաջին 24 ժամվա ընթացքում երեխաների 50%-ի մոտ դիտվում է ջերմության բարձրացում մինչև $38,5^{\circ}$, որը սովորաբար տևում է մեկ-երկու օր: Եթե ջերմությունը բարձրացել է պատվաստումից 48 ժամ հետո, ապա այն պատվաստման հետ կապ չունի:
- բ) 1% երեխաների մոտ՝ 3 ժամ և ավելի հարատև, անմխիթար լացը պատվաստման տեղում ցավի հետևանք է:

Ծանր՝

- ա) Ցնցումներ, որոնք սովորաբար դիտվում են բարձր ջերմության ֆոնի վրա և հանդիպում են 1:12500 հաճախականությամբ, կոլլապս՝ 1:1750 դեպքում:
- բ) Անաֆիլակտիկ շոկը հանդիպում է շատ հազվադեպ:
- գ) Ապացուցված չէ, որ պատվաստանյութը կարող է առաջացնել որևէ ծանր նյարդաբանական բարդություն, օրինակ՝ էնցեֆալոպաթիա:

ԿԿԽ (կարմրուկի, կարմրախտի, խոզուկի) պատվաստանյութ

Պատվաստումից 6-12 օրը կարող է զարգանալ կարմրուկի/կարմրախտի կամ 3-4 շաբաթում՝ խոզուկի թեթև կլինիկա:

1) Տեղային

- ա) Ներարկման տեղում 10 % դեպքերում առաջանում է այտուց, հիպերեմիա, ցավ:

2) Ընդհանուր

Թեթև՝

ա) 5-15% պատվաստվածների շրջանում դիտվում է ջերմության բարձրացում, ցան՝ 6-12-րդ օրը և տևում է 1-2 օր,

Ծանր՝

ա) ֆեբրիլ ցնցումներ՝ 333 : 1000 000 դեպքում,
բ) թրոմբոցիտոպենիա՝ 1: 1000 000 դեպքում,
գ) էնցեֆալիտ (ապացուցված չէ),
դ) անաֆիլաքսիա՝ 1-50 : 1000 000 դեպքում,
ե) շճային մենինգիտ (խոզուկի բաղադրամաս):

ՀԻԲ/ ՎԿՂՓ/ ՎՀԲ (հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի, կապույտ հազի, դիֆթերիայի, փայտացման, հեպատիտ Բ-ի) հնգավալենտ պատվաստանյութ

1) Տեղային

ա) Ներարկման տեղում 25% դեպքերում առաջանում է այտուց, հիպերեմիա, ցավ, որը կարող է տևել 1-3 օր:

2) Ընդհանուր

Թեթև՝

ա) 25-50 % պատվաստվածների շրջանում դիտվում է ջերմության բարձրացում պատվաստումից հետո առաջին 24 ժամվա ընթացքում և տևում է 1-2 օր:

Ծանր՝

բ) հետպատվաստումային ռեակցիաներ արձանագրված չեն:

Դ. Պատվաստումների հակացուցումներ

Ծանր իմունադեֆիցիտային վիճակները հակացուցված են կենդանի պատվաստանյութերի (**ԲՅԺ, ՕՊՎ, ԿԿԽ**) համար.

ա) բնածին կամ առաջնային իմունադեֆիցիտներ,
բ) ձեռքբերովի իմունադեֆիցիտներ (ՉԻԱՀ, իմունադեֆիցիտներ՝ պայմանավորված օնկոլոգիական հիվանդություններով, քիմիաթերապիայով, ճառագայթային բուժումով իմունասուլարեսիա առաջացնող դեղամիջոցների երկարատև կիրառումով (օրինակ կորտիկոստերոիդներով՝ 2 շաբաթ և ավելի տևողությամբ՝ 2մգ/կգ կամ 20մգ/ օրական պրեդնիզոլոն):

- Բոլոր պատվաստանյութերի համար՝ ծանր ալերգաբանական ռեակցիա և անաֆիլաքսիա (տարածուն եղնջացան, սուլոլ շնչառություն, բերանի և կոկորդի այտուց, դժվարացած շնչառություն, հիպոթենզիա և շոկ) նախորդ պատվաստումից հետո կամ անաֆիլաքսիա պատվաստանյութի բաղադրիչների նկատմամբ, օրինակ՝ անաֆիլաքսիա կայունացուցչի (ստաբիլիզատորի)՝ ժելատինի և սորբիտոլի կամ նեոմիցինի նկատմամբ՝ կարմրուկ, ԿԿ, ԿԿԽ պատվաստումների դեպքում:

- Բոլոր պատվաստանյութերի համար՝ էնցեֆալոպաթիա (կոմա, գիտակցության նվազում, երկարատև՝ 15 րոպեից ավելի ցնցումներ) նախորդ պատվաստումից հետո՝ 7 օրվա ընթացքում:
- Բոլոր պատվաստանյութերի համար՝ սուր ընթացքով վարակիչ և սոմատիկ հիվանդությունները՝ միջին և ծանր, ջերմությամբ կամ առանց ջերմության նաև քրոնիկ հիվանդությունների սրացման շրջանը:
- Կարմրուկի, ԿԿ և ԿԿԽ պատվաստումները հակացուցված են հղիներին:
- Կարմրախտի պատվաստումից հետո խորհուրդ է տրվում խուսափել հղիությունից 1 ամսվա ընթացքում, սակայն, եթե պատահմամբ պատվաստում է կատարվել հղիին, ապա դա հղիությունն ընդհատելու ցուցում չէ:
Զգուշացում. եթե անամենեզում նշվում է թրոմբոցիտոպենիա կամ թրոմբոցիտոպենիկ պուրպուրա՝ կարմրուկի, ԿԿ և ԿԿԽ պատվաստումներից առաջ ստուգել թրոմբոցիտների քանակը:
- ԲՑԺ և ՎՀԲ պատվաստումները հակացուցված են նաև, եթե նորածինների մոտ առկա է ցածր քաշ՝ մինչև 1700գ:

Պատվաստումների հակացուցումներ չեն

- Պերինատալ էնցեֆալոպաթիան (ոչ հարաճուն),
- Պարզ տենդային ցնցումները,
- Կայուն նյարդաբանական վիճակները՝ մանկական ուղեղային կաթվածը, Դաունի հիվանդությունը և այլն,
- Ալերգիան, ասթման,
- Ալերգիան ձվի նկատմամբ՝ կարմրուկ, ԿԿ, ԿԿԽ պատվաստանյութերի համար,
- Սակավարյունությունը,
- Թիմուսի շողքի մեծացումը ռենտգենաբանական նկարում,
- Բնածին արատները, այդ թվում՝ սրտի բնածին արատները,
- Պահպանողական թերապիան քրոնիկ հիվանդության ռեմիսիայի շրջանում, այդ թվում հակաբիոտիկներով բուժումը՝ պատվաստումների ազգային օրացույցում ընդգրկված պատվաստանյութերի համար,
- Քիմիոթերապիան և ճառագայթային բուժումը՝ ապաակտիվացված պատվաստանյութերի համար,
- Տեղային ստերոիդների օգտագործումը,
- Անբարենպաստ ընտանեկան անամենեզը. ընտանիքում ալերգիայով հիվանդները, հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքերը, մանկան հանկարծամահության համախտանիշը, ցնցումային համախտանիշը, իմունադեֆիցիտով հիվանդը,
- Անամենեզում նախկինում տարած հիվանդությունները՝ սեպսիս, նորածինների հեմոլիտիկ հիվանդություն, հիալինային թաղանթների հիվանդություն,
- Կրծքով սնուցումը,
- Սոր հղիությունը,
- Նորածնային դեղնուկը,
- Ցանկացած տեղային և ջերմային ռեակցիաներ՝ նախորդ պատվաստումից հետո,
- Վարակիչ հիվանդի հետ շփումը,
- Ռեկոնվալեսցենցիայի շրջանը:

Ե. Ներարկման տեղ

Պատվաստանյութ	Ներարկման տեսակ	Ներարկման տեղ
ԲՑԺ	մերմաշկային	ծախ ձեռքի վերին հատված ուսային հատվածում բարձր բազկից
ԱԿԴՓ	միջմկանային	ազդրի վերին առաջադրսային հատվածում
ՎՅԲ	միջմկանային	ազդրի վերին առաջադրսային հատվածում
ԿԿԽ	ենթամաշկային	բազուկ՝ դելտայածև մկանի շրջանում
ԱԴՓ, ԱԴՓ-Մ	միջմկանային	ազդր, բազուկ
ԱԿԴՓ(ՎՅԲ)ՀԻԲ	խորը միջմկանային	փոքր երեխաներին՝ ազդրի վերին առաջադրսային հատված, մեծերին՝ բազուկ

ՕՊՎ-ն երեխաներին ներմուծվում է բերանի մեջ կաթեցման միջոցով:

Զ. Խորհրդատվություն մորը/ խնամողին պատվաստումների վերաբերյալ

Պատվաստման դեպքում մորը/խնամողին պետք է՝

- Բացատրել, թե որ հիվանդությունից (հիվանդություններից) է պաշտպանում պատվաստանյութը (պատվաստանյութերը):
- Խնդրել պատվաստումից հետո 30 րոպեի ընթացքում չհեռանալ, անբարեհաջող դրսևորումների առաջացման հնարավորության դեպքում, առաջին բուժօգնություն ցուցաբերելու համար:
- Բացատրել, որ անբարեհաջող դրսևորումները չեն սպառնում երեխային, այլ ցույց են տալիս, որ երեխայի օրգանիզմը պատասխանում է պատվաստանյութի ներմուծմանը:
- Խորհուրդ տալ, որ եթե երեխան տանջվում է ջերմության բարձրացումից, պատվաստման տեղում ցավոտությունից, այտուցից կամ եթե երեխան անհանգիստ է, ախորժակի կորուստ և թուլություն է նկատվում, նրան պետք է տալ մեծ քանակով հեղուկ (կրծքի կաթ կամ մաքուր ջուր), իսկ ցավի և բարձր ջերմության դեպքում՝ պարացետամոլ կամ մանկական նուրոֆեն, ներարկման տեղերին սառը թրջոց դնել:
- Դիմել բուժաշխատողին, եթե անբարեհաջող դրսևորումները տևում են 2 օրից ավելի:

12. ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅՈՒՆ՝ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄ, ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՕՐԱՑՈՒՅՑ

Ինչպես աշխարհում, այնպես էլ Հայաստանում 0-ից մինչև 5 տարեկան երեխաների մահացության պատճառական կառուցվածքում նշանակալի տեղ են զբաղեցնում վնասվածքները:

Վնասվածքների մեծ մասը միանգամայն կանխատեսելի և կանխարգելելի է: Վնասվածքն անմիջականորեն պայմանավորող գործոններն են՝

- վնասվող սուբյեկտը,
 - վնասվածքի պատճառը,
 - միջավայրը, որտեղ տեղի է ունեցել վնասվածքը:
- Կանխարգելիչ միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն այդ երեք գործոններին:

Վնասվող սուբյեկտի իմացության կարևորությունն ակնհայտ է դառնում, երբ ուսումնասիրվում են տարբեր տարիքին բնորոշ վնասվածքները՝

- Մինչև մեկ տարեկան երեխաներ՝ բազմաբնույթ վնասվածքներ (խեղդվել, անկումներ, այրվածքներ):
- Նախադպրոցական տարիք՝ թունավորումներ:
- Դպրոցական տարիք՝ ճանապարհային պատահարներ և հրազենային վնասվածքներ:

Ակնհայտ է **սեռի նշանակությունը**՝

Տղաների մահացությունը վնասվածքներից 2 անգամ գերազանցում է աղջիկների մահացությանը:

Հայտնի է նաև՝

Մի անգամ վնասվածք ստացած երեխան ավելի է ենթակա կրկնակի վնասվածքի, քան՝ վնասվածք չստացածը:

Դժբախտ պատահարներին նպաստող պայմաններ

- Սովորական ռեժիմի խախտում
- Խնամողի սթրեսային վիճակ
- Խնամողի հոգնած կամ հիվանդ վիճակ
- Երեկոյան կամ գիշերային ժամեր
- Միջավայրը
- Քաղց ու հոգնածություն (վնասվածքներն ավելի հաճախ են լինում ճաշից և քնելուց անմիջապես առաջ)
- Երեխայի գերակտիվությունը
- Մոր հիվանդությունը
- Հիմնական խնամողի փոխվելը
- Ընտանիքի անդամի հիվանդությունը կամ մահը
- Լարված փոխհարաբերություններ ծնողների միջև
- Շրջակա միջավայրի կտրուկ փոփոխությունները, օրինակ, տեղափոխությունը
- Մոր նախապատրաստվելը որևէ իրադարձության

Կանխարգելման միջոցներ

Ա. Մանկան հանկարծամահության համախտանիշ

- Երեխային պետք է քնեցնել մեջքին պառկած դիրքում:
- Երեխային անհրաժեշտ է քնեցնել կոշտ ներքնակի վրա:
- Անհրաժեշտ է խուսափել ծխախոտի նախածծնդյան և հետծննդյան ազդեցությունից:
- Պետք է խուսափել երեխայի գերտաքացումից:
- Երեխայի հետ պետք է քնել նույն սենյակում, բայց տարբեր անկողիններում:

Բ. Անկումներ

- Մահճակալի շարժական ճաղերը միշտ պահել բարձրացած վիճակում:
- Մահճակալի վրա թելերով խաղալիքներ չամրացնել և երեխայի պարանոցից որևէ բան չկախել:
- Մահճակալը տեղադրել կախված քուղերից ու վարագույրներից հեռու:
- Մահճակալի եզրերի բարձրությունը պետք է լինի երեխայի մարմնի երկարության 3/4-ից ոչ ցածր:
- Մահճակալի ճաղերի միջև հեռավորությունը չպետք է գերազանցի 5սմ-ից ավել:

Գ. Ասպիրացիա

- Փոքրիկներին թույլ չտալ խաղալ փոքր և քանդվող մասեր ունեցող խաղալիքներով ու իրենց բռնկեցից փոքր առարկաներով:
- Ավելի մեծ երեխաներին զգուշացնել բերանում փոքր առարկաներ պահելու վտանգավորության մասին:
- Մինչև 4 տարեկան մանկանը խուսափել այնպիսի կոշտ սնունդ տալուց, որը կոշտ է և մանրակրկիտ ծամել է պահանջում (ընդեղեն, կոշտ, հոլմ բանջարեղեն, ծամելու ենթակա հաբեր և այլն):
- Թույլ չտալ երեխային ուտելիս վազվզել, ծիծաղել, խոսել կամ քայլել, որովհետև ուտելու պահին հուզվելը կամ ֆիզիկական ակտիվությունը մեծացնում են ասպիրացիայի վտանգը:
- Իմանալ առաջին օգնության կանոնները օտար մարմինների ասպիրացիայի դեպքում:
- Հիշել ասպիրացիայի հաճախակի և առավել վտանգավոր պատճառներ են գնդասեղները, մետաղադրամները, պայթած կամ չփչված փուչիկները:

Դ. Ճանապարհատրանսպորտային պատահարներ

- Բացարձակապես անթույլատրելի է, որ մինչև 4 տարեկան երեխան մեքենայով երթևեկելիս գտնվի առջևի նստատեղում (ցանկացած պայմանով): Լավագույն անվտանգությունը այդ տարիքում ապահովում է ավտոմեքենայի հետին նստատեղին ամրացված հատուկ մանկական նստատեղում երեխային ամրակապելը:

Ապացուցված է, որ որքան էլ ամուր գրկի երեխային մեծահասակը, կտրուկ և անսպասելի արգելակման պահին նա կարող է ձեռքից բաց թողնել երեխային:

- Այլ տարբերակ՝ մեծահասակը պետք է նստի հետևի նստարանին և գրկի երեխային:
- 4-5 տարեկանից մեծ երեխայի համար ավելի ապահով է նստել հետին նստատեղին և ամրակապվել մեծահասակների համար նախատեսված գոտիով: Գոտին պետք է ամրացնել ոչ թե որովայնի վրայից, այլ ուսի և կոնքի, որովհետև կտրուկ արգելակման ժամանակ որովայնի վրա կապված գոտին կարող է սեղմել ներքին օրգանները՝ վնասելով դրանք: Սա է պատճառը նաև, որ 4-5 տարեկանից փոքր երեխաներին չեն ամրացնում հետին նստատեղին մեծահասակների համար նախատեսված գոտիներով:
- 4-5 տարեկանից մեծ երեխաները ավտոմեքենայում համեմատաբար ապահով են նաև այն դեպքում, երբ կանգած են հետին նստատեղի առաջ՝ ձեռքերով բռնած առջևի նստատեղի թիկնակը: Նման դեպքում պետք է հետևի դռները գաղտնափակելով ամուր փակել:
- Չպետք է ծանր առարկաները ավտոմեքենայում դնել երեխայի կողքին կամ հետևի ապակու տակ:
- Չպետք է մանկանը մեռնակ թողնել ավտոմեքենայում:
- Չի կարելի թույլ տալ, որ երեխան մեքենայի պատուհանից դուրս հանի թևը, գլուխը, ոտքը կամ հագուստի որևէ մասը:

Ե. Այրվածքներ

- Տաք հեղուկներ պարունակող տարողությունները տեղադրել մանկան համար անմատչելի և ապահով տեղերում, այնպես, որ հնարավոր չլինի դրանք վայր գցել կամ թափել՝ քաշելով կախված լարերից (էլեկտրական թեյնիկ, սրճեփ), սեղանի եզրից կախված սփռոցից կամ դուրս ցցված բռնակից:
- Երեխային գրկած վիճակում տաք հեղուկներ (սուրճ, թեյ) չխմել կամ չտեղափոխել:
- Արգելափակել մանկան մուտքը դեպի վառարանները, սալօջախները, ջեռուցիչները:
- Դյուրավառ նյութերը պահել մանկան համար անմատչելի տեղերում և կրակից հեռու:
- Բնակարաններում տեղադրել ծխի հայտնաբերիչներ (դեդեկտոր)՝ սկսվող հրդեհը ժամանակին հայտնաբերելու համար:
- Մանկանը չփորձել զբաղեցնել կամ հրապուրել կրակով (լուցկու, կրակվառիչի և այլն):
- Իմանալ առաջին օգնության միջոցառումները ջերմային այրվածքների ժամանակ¹²:
- Անջատված էլեկտրական սարքերը անջատել էլեկտրական վարդակներից և պարբերաբար ստուգել էլեկտրալարերի մեկուսացման հուսալիությունը:
- Էլեկտրական վարդակների անցքերը փակել մեկուսիչ վահանակներով:

¹² Տե՛ս հավելված 9-ը:

2. Խաղալիքների անվտանգություն

- Մինչև մեկ տարեկան երեխաների համար խաղալիքները զգայական խթանման միջոցներ են, հետևաբար պետք է ունենան վառ գույներ (տեսողական խթանում), հարթ, փափուկ ու սեղմվող մակերես (տակտիլ խթանում) և ձայներ արձակեն (լսողական խթանում):
- 1-2 տարեկանների համար խաղալիքներն ունեն ճանաչողական նշանակություն, հետևաբար հետաքրքիր են նկարազարդումները, խորանարդիկները, հանվող-հագցվող խաղալիքները (երեխայի բռունցքից ոչ փոքր մասերով), պլաստմասայից կամ փայտից պատրաստված տուփերը, տարողություններն ու տիկնիկները:
- 2-5 տարեկանների համար հետաքրքիր են մեծահասակների վարքը նմանակող և բնույթով փորձնական խաղալիքները՝ խաղալիք տնային առարկաներ, սպասքեղեն, խաղալիք կահույք, գրատախտակ ու կավիճ, խաղալիք ինքնաշարժեր (մեքենա, վագոն, հեծանիվ), զանգակներ, փոքրիկ պատմվածքներով նկարազարդ գրքեր:
- Խաղալիքները չպետք է ունենան փոքրիկ, քանդվող մասեր և պետք է լինեն մանկան բռունցքից մեծ:
- Խաղալիքները չպետք է ունենան սուր եզրեր և երկար, դուրս ցցված ելուններ:
- Խաղալիքները պետք է լինեն չկոտրվող:
- Խաղալիքները պետք է ներկված լինեն անվնաս, կայուն ներկով:
- Մանկան խաղը պետք է անընդմեջ հսկվի մեծահասակի կողմից:

Է. Թունավորումներ

- Դեղորայքը և բոլոր տեսակի թունավոր նյութերը (լվացող փոշիներ, մաքրող և փայլեցնող հեղուկներ, անձնական հիգիենայի նյութեր, կոսմետիկա և այլն) անհրաժեշտ է պահել փակվող դարակներում՝ մանկան հասանելիության սահմաններից դուրս:
- Չի կարելի գնել վառ ու գեղեցիկ տուփերով, ուտելիքի հոտ կամ տեսք ունեցող ոչ ուտելի նյութեր: Ոչ ուտելի նյութերի գեղեցիկ տուփերը պետք է ծածկել կաշուն թղթով և վրան գրել՝ թույն:
- Հնարավորության դեպքում պետք է ընտրել դեղորայքի այնպիսի տուփեր, որոնք երեխան չի կարող բացել:
- Երբեք չի կարելի դեղերը որպես կոնֆետներ ներկայացնել մանկանը:
- Ոչ ուտելի նյութերը երբեք չի կարելի պահել ուտելիքի ափսեի կամ բաժակի մեջ:
- Մանկան մոտ վտանգավոր և թունավոր նյութեր գործածելիս նրան ոչ մի վայրկյան չի կարելի ուշադրությունից դուրս թողնել:
- Պետք է հատկապես ուշադիր լինել սթրեսային և հոգսաշատ պահերին:
- Անհրաժեշտ է ծանոթ լինել առաջին օգնության միջոցներին՝ թունավորման ժամանակ (փսխում առաջացնող դեղորայք, ստամոքսի լվացում):

Ը. Կենդանիներ

- Երբեք երեխային մենակ չթողնել տնային կենդանիների հետ:
- Խուսափել օտար, վնասված կամ հիվանդ կենդանիներից:
- Վտանգավոր է կենդանուն անհանգստացնելը ուտելու պահին կամ քնած ժամանակ:
- Երեխային թույլ չտալ կենդանու հետ խաղալ, տանջել նրան կամ դեմքը մոտեցնել կենդանու մոռթին:
- Երեխային սովորեցնել, որ օտար շանը հանդիպելիս կարևոր է հանգիստ կանգնել, կտրուկ շարժումներ չանել, սևեռում չնայել շանը, չփորձել նրան դիպչել, իսկ եթե շունը մոտենում է, չի կարելի թիկունքով շրջվել դեպի նա կամ փախչել:

Թ. Արևահարություն

- Մանկանը դուրս հանելիս նրան պահել ստվերում:
- Դրսում մանկան գլուխը ծածկել արևային գլխարկով, իսկ մաշկը՝ հագուստով:
- Ամռանը, կեսօրվա ժամերին, երբ արևի ճառագայթները առավելապես ուղղահայաց են երկրի մակերևույթին, խուսափել երեխաներին զբոսանքի տանելուց:

Ժ. Վտանգ հասակակիցներից, մարդաշատ վայրերից

- Փոքրիկ քույրերին ու եղբայրներին երբեք չի կարելի թողնել մանկան հետ մենակ, քանի որ նրանց համար բնական են հետաքրքրասիրությունը և խանդը:
- Անհրաժեշտ է խուսափել մանկանը մարդաշատ վայրեր տանելուց, որտեղ անծանոթ մարդիկ կարող են գրկել երեխային, փռշտալ կամ հազալ նրանց դեմքին:

Ի. Մեղրի վտանգավորությունը

Երեխային չի կարելի մեղր տալ մինչև մեկ տարեկան հասակը, քանի որ մեղրի մեջ լինում են մեծ քանակով բոտուլիզմի սպորներ, որոնք մինչև մեկ տարեկան երեխաներին բնորոշ աղիքային միկրոֆլորայի պայմաններում (անաէրոբ բիֆիդոֆլորա) կարող են արագ վերափոխվել վեգետատիվ ձևերի և արտադրել տոքսին՝ առաջացնելով բոտուլիզմի հավաստի վտանգ: Մյուս կողմից մեղրը երեխայի համար ամենավտանգավոր ալերգեններից է:

L. Անվտանգության օրացույց

Մինչև 1,5 ամսական երեխային	- մի տվեք փոքր առարկաներ, մի կապեք վզնոց, ապարանջան, - մենակ մի թողեք ընտանի կենդանիների կամ փոքր երեխաների հետ, - մեքենայում տեղափոխեք հետին նստարանին ամրացված հատուկ աթոռակում, - երեխայի ոտքերից բռնած մի պահեք նրան գլխիվայր և մի թափահարեք, - օրորոցի ճաղերի հեռավորությունը 5սմ-ից ոչ ավելի, օրորոցում մեծ բարձեր կամ տոպրակներ մի դրեք, - տաք հեղուկները տեղափոխեք կամ խմեք երեխայից հեռու, - անմիջապես դիմեք բժշկի՝ ջերմության, անհանգստության, փսխումների, լուծի, ցանի, մրսածության կամ հիվանդության այլ նշանների դեպքում:
3-6 ամսական երեխային	- մի տվեք իր բռնեցքից փոքր առարկաներ, կոտրվող, սրածայր իրեր, տոպրակներ, մի կապեք վզնոց, ապարանջան, - առանց հսկողության մի թողեք այնպիսի տեղում, որտեղից կարող է ցած գլորվել, օրինակ՝ բազմոցի վրա, - օրորոցի ճաղերի բարձրությունը՝ ոչ պակաս քան երեխայի հասակի 2/3-ը, - ծեռքով ստուգեք լողացնելու ջուրը, - անհասանելի պահեք սեղանի սփռոցի եզրը, թեյնիկների բռնակները և լարերը, - մի տվեք կոշտ և չոր սնունդ, մեղր, - հսկեք երեխայի խաղը:
9-12 ամսական երեխային	- արգելափակեք լողավազանը, բարձրությունները, աստիճանները, պատուհանները, - անհասանելի տեղերում պահեք քիմիական նյութերը, կոսմետիկան, դեղերը, լուցկին, սուր գործիքները, զենքը, - էլեկտրական վարդակները փակեք մեկուսիչով, - կահույքի դռները և դարակները կողպած պահեք կամ հանեք բռնակները, - կենցաղում օգտագործվող ջուրը երբեք մի տաքացրեք եռման ջերմաստիճանի, - հսկեք երեխայի խաղը, - երեխայի գլուխը պաշտպանեք արևից:
15-36 ամսական երեխային	- մենակ կամ առանց հսկողության մի թողեք փողոցում, բակում կամ մեքենայի մեջ, - սովորեցրեք անժամոք մարդկանց չվստահել, - սովորեցրեք անձնական հիգիենայի կանոնները, 3 տարեկանից հետո երեխան մեքենայում կարող է երթևեկել հետին նստարանին նստած և ամրակապված, - խուսափեք կոշտ և խեղդող սնունդ տալուց, - հսկեք երեխայի խաղը, բայց անտեղի մի միջամտեք:
4-5 տարեկան երեխային	- սովորեցրեք երթևեկության կանոնները և կարևոր հեռախոսահամարները, - նույնիսկ կատակով թույլ մի տվեք խաղալ կրակի կամ զենքի հետ, - կենցաղում օգտագործվող ջուրը երբեք մի տաքացրեք եռման ջերմաստիճանի, - երեխային հասկանալի լեզվով բացատրեք, թե ինչով է վտանգավոր այս կամ այն արարքը:

ՄԱՍ II. ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵԽԱՅԻ ՎԱՐՄԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ

1. ՎՏԱՆԳԻ ՆՇԱՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՔ ՎԿԱՅՈՒՄ ԵՆ ԵՐԵԽԱՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

Մինչև 5 տարեկան ցանկացած հիվանդ երեխայի անհրաժեշտ է գնահատել վտանգի նշանների առկայության կապակցությամբ:

Մինչև 2 ամսական երեխաների համար վտանգի նշաններ են.

- երեխան վատ է ուտում,
- ռնգախաղ
- տնքոցով շնչառություն
- հաճախացած շնչառություն (60 շնչառական ակտ և ավելի 1 րոպեում),
- բարձր ջերմություն ($37,5^{\circ}\text{C}$ -ից բարձր) կամ նորմայից ցածր ջերմություն ($35,5^{\circ}\text{C}$ -ից ցածր),
- ցնցումներ,
- կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշում,
- մաշկի դեղնություն ծնվելուց անմիջապես հետո՝ կյանքի առաջին 24 ժամվա ընթացքում,
- ծանր դեղնուկի նշանների առկայություն՝ ափերի և ներբանների դեղնություն,
- արյուն կղանքում,
- սովորականից քիչ շարժունություն,
- լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակ:

2 ամսականից մինչև 5 տարեկան երեխաների համար վտանգի նշաններ են.

- չի կարողանում խմել կամ կուրծք ուտել,
- անզուսպ փսխումներ,
- ցնցումներ,
- գտնվում է լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում,
- կրծքավանդակի ներքաշում,
- ստրիդոր հանգիստ վիճակում,
- ծոծրակային մկանների կարկանդակություն,
- ականջի հետևում ցավոտ ուռածություն:

Վտանգի նշաններ, որոնք կարող են վկայել վաղ մանկական տարիքում սրտային անբավարարության մասին

- երեխայի կերակրման հետ կապված դժվարություններ (երեխայի քիչ քանակով ուտելը, ուտելու տևողության երկարելը և ուտելու ժամանակ շնչառական դիսթրեսի առաջացումը),
- անբավարար աճ,
- կրկնվող շնչառական վարակներ, ներառյալ՝ թոքաբորբեր,
- հանգստի պայմանում կամ աննշան ֆիզիկական ակտիվության հետ առաջացող հաճախաշնչություն կամ հևոց,
- հաճախասրտություն և լյարդի մեծացում¹³:

Կրճքի տարիքում սրտի քրոնիկ կանգային անբավարարության տիպիկ դրսևորումներից է աճի խանգարումը՝ անբավարար փարթամությունը:

Վտանգի նշաններ, որոնք կարող են վկայել վաղ մանկական տարիքում շաքարային դիաբետի¹⁴ (I տիպ) մասին

- հաճախամիզություն և կամ անմիզապահություն,
- բերանի չորություն, ծարավի զգացում,
- ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն,
- քաշի կորուստ,
- քնկոտություն,
- քաղցի զգացում,
- դողի զգացում,
- շղարշված տեսողություն,
- կոմա:

¹³ Մինչև 6 տարեկան առողջ երեխայի լյարդի ստորին եզրը կարող է կողադեղից 2սմ ցած լինել միջին անրակային գծով, (նորածնինը՝ անգամ մինչև 3սմ):

¹⁴ Առաջնակի հայտնաբերված շաքարախտի և կոմատոզ վիճակների դեպքում երեխային անհրաժեշտ է ուղեգրել հիվանդանոց:

2. ՍՈՒՐ ՇՆՀԱՌԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐ

Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպությունը (ԱՀԿ) սուր շնչառական վարակները (ՍՇՎ) բնորոշում է որպես շնչուղիների որևէ հատվածի վարակային ախտահարում, որը տևում է 30 օրից պակաս: Ըստ ախտահարման տեղակայման ընդունված է ՍՇՎ-ը բաժանել երկու խմբի՝ վերին և ստորին: ՍՇՎ դասվում են նաև շնչուղիների հետ կապված ականջի և հարքթային ծոցերի բորբոքումները: Այսպիսով, վերին ՍՇՎ թվին են պատկանում քթնապանի, հարքթային ծոցերի, ականջի բորբոքումները, իսկ ստորին՝ կոկորդի, բրոնխների, թոքերի ախտահարումները:

Շնչառական դիսթրեսի նշաններ

- **Ստրիդոր կամ ներշնչման հևոց.** եթե շնչառությունը դժվարացած է ի հաշիվ ներշնչման, և հիվանդը ներշնչում է դժվարությամբ, աղմկոտ: Ստրիդորն առաջանում է ընպանի, շնչափողի կամ մակկոկորդի այտուցի հետևանքով: Դժվարացած աղմկոտ ներշնչումը հանգիստ վիճակում՝ ստրիդորը, հանդիսանում է վտանգի նշան:
- **Ասթմոիդ շնչառություն.** եթե երեխան դժվարանում է արտաշնչել, արտաշնչում է երկարատև սուլոցով, ապա այս տեսակի շնչառությունը կոչվում է ասթմոիդ: Այսպիսի շնչառությունը պայմանավորված է մանր բրոնխների լուսանցքի նեղացումով: Այս ախտանիշը հանդիպում է **օբստրուկտիվ բրոնխիտի, բրոնխոլիտի, բրոնխային ասթմայի** ժամանակ: Վաղ տարիքի երեխաների մոտ բրոնխների անցանելիության խանգարումների հիմնական պատճառ են հանդիսանում՝
 - լորձաթաղանթի այտուցը,
 - արտադրուկի կուտակումը:

Շնչառական դիսթրեսի այլ նշաններ

- **Ոնգախաղ.** (ներշնչելիս երեխայի քթանցքները լայնանում են). հատկապես բնորոշ է վաղ մանկական տարիքին:
- **Տնքացող շնչառություն.** բնորոշ է նորածիններին և վկայում է վիճակի ծանրության մասին:
- **Ցիանոզ.** կախված հիպօքսիայի աստիճանից կարող է լինել կենտրոնական կամ պերիֆերիկ, առավել վաղ ի հայտ է գալիս քիթ-շրթունքային եռանկյունու ցիանոզը:
- **Միջկողային, վերանրակային և ստորանրակային շրջանների ներքաշումներ.** վկայում են այն մասին, որ օրգանիզմը լրացուցիչ ջանքեր է գործադրում թթվածնի անհրաժեշտ ծավալ ստանալու համար:
- **Կրծքավանդակի ստորին՝ ստոծանուն հարող հատվածի ներքաշումը¹⁵.** այս նշանը առավել կարևոր է երեխաների համար, քանի որ նրանց

¹⁵ Կրծքավանդակի ստորին մասի ներքաշումը կարող է փոփոխվել երեխայի դիրքի հետ: Համոզվելու համար պետք է զննումը կրկնել: Եթե երեխայի մարմինը գոտկատեղի շրջանում ծավալված է, կրծքավանդակի ստորին պատի շարժումը դժվար կլինի նկատել: Նման դեպքերում պետք է խնդրել, որպեսզի մայրը երեխայի դիրքը փոխի այնպես, որ երեխան հորիզոնական դիրքով պառկած լինի մոր ծնկներին:

շնչառությունն ունի գլխավորապես դիաֆրագմալ բնույթ: Առողջ երեխաների մոտ կրծքավանդակի ստորին մասը իջնում է (ներքաշվում է) արտաշնչման ժամանակ և բարձրանում է (արտափքվում) ներշնչման փուլում: Եթե կա արտահայտված շնչառական դիսթրես, ապա այդ դեպքում ստորին մասը ներքաշվում է ներշնչման ժամանակ՝ դրանով իսկ նպաստելով հավելյալ քանակությամբ օդի և թթվածնի մուտքին: Նորածինների մոտ կրծքավանդակը ավելի փափուկ է, և այս տարիքում թթվածնի պակասի մասին խոսում է միայն ստորին մասի արտահայտված ներքաշումը: Կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշումը համարվում է թոքաբորբի նշան և լուրջ խնդիր է նորածնի համար:

ՍՇՎ էթիոլոգիան

ՍՇՎ առաջացնում են հարյուրավոր վիրուսներ և մանրէներ: Հնարավոր է նաև հիվանդության խառը՝ վիրուս-մանրէային էթիոլոգիան:

Կլինիկական արտահայտություններ

- **Հազ.** կարևոր է ճշտել **հազի տևողությունը**: Հազը պայմանական անվանվում է **սուր՝ մինչև 1 ամիս** տևողության դեպքում:
1 ամսից երկար հազը համարվում է քրոնիկ: Վերջինս կարող է վկայել հետևյալ հիվանդությունների մասին՝
 - տուբերկուլյոզ,
 - ձգձգվող սինուսիտ,
 - քրոնիկ օտիտ,
 - բրոնխային ասթմա,
 - շնչուղիներում օտար մարմին,
 - կապույտ կամ հարկապույտ հազ,
 - գաստրոէոզոֆագալ ռեֆլյուքս:
- **Քթից արտադրություն և քթային շնչառության խանգարում.** երեխաների մոտ քթով շնչառությունը խանգարվում է ավելի վաղ, քան մեծերի մոտ, ինչը կապված է շնչուղիների հարաբերական նեղության և էքսուդատիվ ռեակցիաների հանդեպ երեխաների հակման հետ: Քթի խոռոչի խցանումը խանգարում է կրծքով կերակրումը, առաջացնում է անհանգստություն և նպաստում բարդությունների զարգացմանը: Հարբուխի չբարդացած դեպքերում արտադրությունը հիմնականում լորձային է, սինուսիտների ժամանակ այն դառնում է գերազանցապես թարախային: Սինուսիտի առկայության մասին է խոսում նաև արտադրության տևողությունը (**10-ից 15 օր**): Քթային շնչառության կրկնվող խանգարումները հանդիպում են նաև ադենոիդների գերաճի ժամանակ:
- **Կոկորդացավ.** պայմանավորված է նշիկների, ընկանի և կոկորդի պատերի, ինչպես նաև՝ հարող ավշային հանգույցների բորբոքմամբ: Վտանգի նշան է, երբ կոկորդացավի պատճառով երեխան չի կարողանում խմել (կուլ տալ). դա խոսում է ընկանի հետին պատի թարախակույտի կամ մակկոկորդի բորբոքման (էպիգլոտիտի) հավանականության մասին:

- **Կրծքավանդակի ցավեր.** կարող են լինել թե՛ նյարդամկանային, թե՛ թոքամզային ծագման: Ջերմությամբ ուղեկցվող և կրկնվող կրծքավանդակի ցավերը կարող են վկայել պարբերական հիվանդության առկայության օգտին:
- **Ականջացավը և կամ ականջից արտադրությունը** հազվադեպ չեն ՍՇՀ-ների ժամանակ: Բացի ցավից, երեխաների մոտ նկատվում են արտադրություն, խիստ գրգռվածություն, անբացատրելի ճիչ, ջերմություն, երեխան ձեռքը ձգում է դեպի հիվանդ ականջը: Սուր օտիտի հաստատման համար պետք է կատարել օթոսկոպիա:
- **Ավշային հանգույցների մեծացում.** սովորաբար մեծանում են պարանոցային խմբի գեղձերը, առավել ախտորոշիչ նշանակություն ունի առաջային պարանոցային գեղձերի մեծացումը, որը կարող է վկայել մանրէային ծագման տոնզիլիտի՝ ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի, օգտին: ՍՇՀ-ները կարող են բերել նաև լիմֆադենիտի (որպես ինքնուրույն նոզոլոգիական միավորի) զարգացմանը, ինչը շատ դեպքերում լրացուցիչ պահանջում է հակաբիոտիկների նշանակում:
- **Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում.** ՍՇՀ դեպքում սովորական նշան է՝ այն օրգանիզմի պաշտպանական պատասխան է:
- **Կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարման նշաններ.**
 - ցնցումներ,
 - անսովոր քնկոտություն,
 - արթնանալու դժվարություններ,
 - երեխան թուլության հետևանքով չի կարողանում խմել,
 - պարանոցային մկանների կարկամություն:

Ա. ԹՈՔԱԲՈՐԲ

Թոքաբորբը ծայրամասային շնչառական ուղիների սուր վարակային բորբոքում է:

Ըստ ծագման տարբերակում են երկու հիմնական ենթախմբեր՝ արտահիվանդանոցային և ներհիվանդանոցային կամ նոզոկոմիալ թոքաբորբեր: Թոքաբորբը կարող է լինել վիրուսային, մանրէային և խառը:

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբը երեխաների մոտ

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբը թոքային հյուսվածքի սուր վարակ է, որը ձեռք է բերվել հիվանդանոցային պայմաններից դուրս: Այն հաճախ հանդիպում է մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում:

Կլինիկական արտահայտություններ

Երեխայի մոտ թոքաբորբի մասին վկայող ծանրակշիռ ախտանիշներից են՝

- արագացած շնչառությունը կամ
- կրծքավանդակի ստորին մասի ներքաշումը:

Ինչպես նաև.

- տենդը,
- ցիանոզը,
- շնչառական դիսթրեսի մեկից ավելի հետևյալ նշանները՝
 - o հազը,
 - o ռնգախաղը,
 - o կրեպիտացիոն խզզոցները,
 - o թուլացած բշտիկային շնչառությունը:

Տախիպնոեն ախտորոշվում է երեխայի շնչառությունը մեկ րոպեի ընթացքում հաշվելով, երբ երեխան հանգիստ է:

ԱՅԿ-ի կողմից տախիպնոեի սահմանումը

Երեխայի տարիքը	Առկա է հաճախաշնչություն
1 շաբաթականից մինչև 2 ամսական	Եթե շնչառության հաճախությունը 60 կամ ավելի է մեկ րոպեում
2 ամսականից մինչև 12 ամսական	Եթե շնչառության հաճախությունը 50 կամ ավելի է մեկ րոպեում
12 ամսականից մինչև 5 տարեկան	Եթե շնչառության հաճախությունը 40 կամ ավելի է մեկ րոպեում

Երեխան, որն ուղիղ 12 ամսական է, ունի հաճախացած շնչառություն, եթե մեկ րոպեում հաշվվում է 40 կամ ավելի շնչառական ակտ:

Թոքաբորբի ծանր ընթացքի նշաններ են՝

- կրծքավանդակի ներքաշումը,
- տնքոցով շնչառությունը,
- լեթարգիան,
- ուտելուց հրաժարվելը, փսխումը, փորլուծությունը, որովայնի ցավը,
- գրգռվածությունը և դեհիդրատացիայի նշանները:

Թոքաբորբով երեխայի վարումը

Թեթև և միջին ծանրության թոքաբորբով երեխաների բուժումը կարելի է ապահով կազմակերպել տանը: Հիվանդության ծանր նշանների դեպքում երեխային պետք է հոսպիտալացնել:

Երեխայի հոսպիտալացման ցուցումներ են.

- 2 ամսականից փոքր տարիքը,
- տոքսիկ տեսքը,
- ցիանոզը,
- կրծքավանդակի ներքաշումները,
- տնքոցով շնչառությունը,

- ապնոեն,
- ռնգախաղը,
- ջրագրկումը, փսխումը կամ ուտելուց հրաժարվելը,
- հակաբիոտիկով բուժման ձախողումը կամ կլինիկական պատկերի վատացումը 48 ժամ հետո,
- ընտանիքի կողմից համապատասխան և լիարժեք հսկողության անհնարինությունը,
- իմունոդեպրեսիվ վիճակները:

Բուժումը

ա. Ընդհանուր միջոցառումներ

Եթե երեխայի բուժումը կազմակերպվում է տանը, ապա երեխայի ծնողները պետք է տեղեկացվեն բարձր ջերմության իջեցման, ջրագրկման կանխման, ինչպես նաև վտանգի նշանների և հիվանդի վիճակի որևէ վատացում ժամանակին նկատելու ու հայտնելու մասին:

Թոքաբորբով երեխաները սովորաբար ջերմում են և կարող են ունենալ որոշ ցավեր, ներառյալ՝ գլխացավ, կրծքավանդակի ցավ, արթրալգիա, որովայնի ճառագայթող բնույթի ցավ, և հնարավոր է, նաև միջին օտիտի հետ կապված ականջի ցավ: Պլևրալ ցավը կարող է խոչընդոտել խորը շնչելուն և դժվարացնել հազը: Ջերմիջեցնողները և ցավազրկողները կիրառվում են օգնելու երեխային լավ զգալ:

Երեխաների համար որպես ջերմիջեցնող և ցավազրկող դեղամիջոց ընդունված է պարացետամոլը¹⁶: Այլընտրանքային դեղամիջոց է հանդիսանում իբուպրոֆենը (5-10 մգ/կգ միանվագ դեղաչափով, որը կարելի է կրկնել 6- 8 ժամ պարբերությամբ):

բ. Հակաբիոտիկային բուժում¹⁷

Ամօքսիցիլինը մինչև 5 տարեկան երեխաների հակաբակտերային բուժման առաջին ընտրությունն է, քանի որ այն արդյունավետ է այս տարիքային խմբի թոքաբորբի հարուցիչների մեծ մասի նկատմամբ, ինչպես նաև լավ տանելի է և մատչելի:

գ. Լրացուցիչ միջոցներ

Բացի հակաբիոտիկներից, նշանակվում են նաև առատ հեղուկներ, հազը մեղմացնող միջոցներ (եթե երեխան կերակրվում է բացառապես մայրական կաթով, կոկորդը փափկացնելու լավագույն միջոցը կրծքի կաթն է, եթե երեխան մայրական կաթ չի ստանում կամ ստանում է հավելյալ սնունդ՝

¹⁶ Տե՛ս Հավելված 12-ը:

¹⁷ Տե՛ս Հավելված 12-ը:

եռացրած գոլ ջուր, գազը հեռացրած հանքային ջուր կամ գոլ կաթ): Երեխաները պետք է անպայման լիարժեք սնունդ ստանան:

Բուժման ավարտից հետո անախտանիշ հիվանդները, որոնց ֆիզիկական տվյալները նորմալ են, հսկիչ ռենտգենաբանական հետազոտության կարիք չունեն:

Հսկողություն¹⁸

Խորհուրդ է տրվում թոքաբորբով հիվանդ բոլոր երեխաներին կրկին զննել.

- մինչև 1 տարեկան երեխաներին՝ 24 ժամ հետո,
- 1 տարեկանից մեծ երեխաներին՝ 48 ժամ հետո:
- Եթե բուժումը սկսելուց 48 ժամ հետո երեխայի վիճակի բարելավում չի նկատվում, պահպանվում են թոքաբորբի նշանները կամ տենդը, ապա հիվանդի վիճակը կարիք ունի վերազնախառնման:

Այս դեպքերում երեխան կարիք ունի լրացուցիչ հետազոտությունների (ռենտգեն, արյան քննություն) և կամ հիվանդանոցային բուժման:

Բ. ՍՈՒՐ ԲՐՈՆԽԻՏ

Կլինիկական արտահայտություններ

Հասարակ բրոնխիտի հիմնական ախտանիշը հազն է, սկզբնական շրջանում չոր, հետո՝ թաց:

Օբստրուկտիվ բրոնխիտին հազից բացի բնորոշ են նաև արտաշնչման երկարացումը, ասթմոիդ շնչառության առաջացումը և սուլող խզզոցները:

Ախտորոշում

Բրոնխիտի ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական նշանների վրա, հիմնաքարն է թոքաբորբի ժխտումը:

Բուժում

Հասարակ բրոնխիտի դեպքում երեխան հիմնականում բուժվում է տանը, նշանակվում են առատ հեղուկներ, օդի խոնավացում: Խորիսի հեռացմանը նպաստում են խորխաբեր դեղամիջոցները¹⁹:

Բրոնխոսպազմի վարման մեջ կիրառվում են բրոնխոլայնիչ դեղամիջոցներ, որոնցից առավել կիրառելի է սալբուտամոլը²⁰՝ ներքին ընդունման կամ դեղաչափող ցողացիրով (ինհալատորով):

¹⁸ Տե՛ս Հավելված 12-ը:

¹⁹ Նորածիններին և մինչև 1 տարեկան երեխաներին չեն նշանակվում:

²⁰ Տե՛ս Հավելված 12-ը:

Գ. ՍՈՒՐ ԼԱՐԻՆԳՈՏՐԱԽԵԻՏ (ԿՐՈՒՊ)

Կրուպը հաճախ հանդիպող մանկական շնչառական հիվանդություն է:

Հիվանդությունն առավելապես արտահայտվում է ծայնի խռպոտությամբ, չոր, «հաչոցանման» հազով, ներշնչական ստրիդորով և տարբեր աստիճանի շնչառական դիսթրեսով, որոնք զարգանում են կարճ ժամանակահատվածում:

Կրուպի ամենահաճախ պատճառը սուր վիրուսային վարակն է, սակայն նկարագրված են նաև բակտերային և ատիպիկ հարուցիչներ:

Վիրուսային կրուպի համախտանիշի առավել հաճախ և բնորոշ տեսակը **սուր լարինգոտրախեիտն** է, որի ժամանակ օբստրուկցիայով ուղեկցվող ախտահարումը ընդգրկում է վերին շնչուղիների հատվածը՝ կոկորդի շրջանը, ստորըմպանային հյուսվածքը և շնչափողը:

Կրուպը (լարինգոտրախեիտ և սպաստիկ կրուպ) վաղ տարիքի (մինչև 5 տարեկան) երեխաների հիվանդություն է, առավելապես հանդիպում է 7 ամսականից մինչև 3 տարեկանում, սակայն կարող են հիվանդանալ թե՛ 3 ամսական, թե՛ 15 տարեկան երեխաները: Կրուպը կազմում է երեխաների շնչառական վարակների մոտ 15%-ը: Տղաները հիվանդանում են ավելի հաճախ, քան աղջիկները:

Կրուպի դեպքերի մեծ մասը պատահում է ուշ աշնանը և վաղ ծմռանը, սակայն կարող է հանդիպել նաև ամբողջ տարվա ընթացքում:

Կլինիկական արտահայտություններ

Սուր լարինգոտրախեիտը տիպիկ դեպքերում սկսվում է **ռինորեայով, ֆարինգիտով և ջերմության թեթև բարձրացումով**: Հաճախ լինում է թեթև հազ: Սակայն, կարճ ժամանակ անց, սովորաբար 12-ից 48 ժամ հետո նկատվում են վերին շնչուղիների օբստրուկցիայի ախտանիշներ: Երեխայի մոտ ի հայտ են գալիս բնորոշ «հաչոցանման» հազ, ծայնի խռպոտություն և ստրիդոր՝ ջերմության բարձրացումով կամ առանց տենդի:

Ուշադրության արժանի են հետևյալ կլինիկական արտահայտությունները.

- «հաչոցանման» հազ,
- ծայնը հաճախ խռպոտ է,
- առկա է տարբեր աստիճանի ստրիդոր,
- կրծքավանդակի տարբեր աստիճանի ներքաշումներ,
- երեխան հաճախ անհանգիստ է,
- թքահոսությունը բացակայում է,
- երեխան տոքսիկ տեսք չունի:

Ֆիզիկական քննության ժամանակ կարող են հայտնաբերվել նաև այլ նշաններ, որոնցից են.

- ջերմության բարձրացումը (մինչև 40°C),
- տախիկարդիան (ծանր օբստրուկտիվ ախտանիշների հետ),
- չափավոր տախիպնոեն (սովորաբար՝ 50 շնչ/րոպ-ից պակաս),

- զննելիս ընպանի նորմալ տեսքը:

Ըստ ծանրության կրուպը կարելի է դասակարգել չորս աստիճանների.

Թեթև – կա հատուկեմտ «հաչոցանման» հազ, երեխայի հանգիստ վիճակում ստրիդորը լսելի չէ, վերանրակային և կամ միջկողային ներքաշումները (կրծքավանդակի փափուկ մասերի ռետրակցիան) բացակայում են կամ շատ թեթև են արտահայտված:

Միջին ծանրության – առկա է հաճախակի «հաչոցանման» հազ, երեխայի հանգիստ վիճակում հեշտությամբ լսվող ստրիդոր և կրծքավանդակի պատի ու վերկրծոսկրային շրջանի նկատելի ներքաշումներ, սակայն անհագստություն չկա կամ քիչ է արտահայտված:

Ծանր – կա հաճախակի «հաչոցանման» հազ, առավելապես ներշնչական և, հազվադեպ նաև արտաշնչական (էքսպիրատոր) հևոց, կրծքավանդակի պատի նշանակալից ներքաշումներ, և զգալի անհանգիստ վիճակ կամ դիսթրես:

Սպառնացող շնչառական դիսթրես – «հաչոցանման» հազ, հանգիստ վիճակում լսելի ստրիդոր (հազվադեպ՝ դժվար լսելի), կրծքավանդակի պատի ներքաշումներ (կարող են չնկատվել), լեթարգիա կամ գիտակցության մթագնում, և հաճախ երեխայի ցիանոտիկ տեսք:

Բուժումը

Կորտիկոստերոիդները կրուպով հիվանդների բուժման հիմնական միջոցն են: Կրուպի բուժման նպատակով դեքսամետազոնի դոզան 0,6 մգ/կգ է: Բարելավումը սկսվում է **միանվագ դոզայի** ներմուծումից 2-ից 3 ժամ անց և տևում է 24-ից 48 ժամ:

Համարժեք արդյունավետ են դեքսամետազոնի ինչպես ներքին ընդունման ձևով, այնպես էլ պարենտերալ եղանակներով ներմուծումները: Այնուամենայնիվ, գերադասելի է ներքին ընդունման ձևով ներմուծումը, քանի որ այն ավելի քիչ տրավմատիկ է: Դեքսամետազոնը կարելի է նշանակել ներքին ընդունման ճանապարհով՝ նաև շատ ծանր կրուպով երեխաներին: Ներքին ընդունման դեքսամետազոնը (կարելի է օգտագործել ներարկման դեղաձևը՝ խառնած անուշահամ օշարակի հետ) արագ ներծծվում է:

Ցավազրկողների/ջերմիջեցնողների կիրառումը նվազեցնում է ցավը և ջերմությունը, օգնում երեխաներին ավելի լավ և հանգիստ զգալ իրենց:

Անտիբիոտիկների (այդ թվում՝ «կանխարգելիչ» նպատակով) և **խորխաբերների** կիրառումը կրուպով հիվանդ երեխաների բուժման մեջ անհիմն է:

Դ. ՏՈՆՁԻՆՈՖԱՐԻՆԳԻՏ

Տոնզիլոֆարիգիտը ընկանի լորձաթաղանթի և քմային նշիկների բորբոքումն է: Կարող է լինել վիրուսային կամ բակտերային ծագման:

Կլինիկական արտահայտություններ

Վիրուսային տոնզիլոֆարինգիտները դանդաղ են զարգանում: Ամենավաղ ախտանշաններից են.

- տենդը,
- ընդհանուր թուլությունը,
- վատ ախորժակը,
- ընկանի ցավը, որն իր գագաթնակետին է հասնում 2-3-րդ օրը,
- հազը,
- հարբուխը,
- դիսֆոնիան:

Ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտը հաճախ սկսվում է.

- գլխացավով,
- փորացավով,
- փսխումով:

Այս ախտանշանները կարող են ուղեկցվել տենդով (40°C և բարձր), որը տևում է 1-ից 4 օր: Այնուհետև գումարվում են.

- ընկանի ցավը,
- կարմրությունը (երիթեմա),
- քմային նշիկների մեծացումը,
- էքսուդատը (սպիտակ փառը),
- առաջնային պարանոցային ավշահանգույցների մեծացումը և շոշափելի ցավոտությունը:

Կոնյունկտիվիտը, հարբուխը, հազը և դիսֆոնիան ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտին բնորոշ նշաններից չեն: Այս նշաններից առնվազն երկուսի առկայությունը հուշում է ֆարինգիտի վիրուսային ծագման մասին:

Ախտորոշում

Երեխայի մոտ ախտորոշվում է ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտ, եթե առկա են հետևյալ երկու նշանները՝

- նշիկները պատված են սպիտակ փառով,
- պարանոցային առաջային լիմֆատիկ հանգույցները մեծացած են:

Ստրեպտոկոկային վարակների լաբորատոր ախտորոշում

Հիմնական նշանակություն ունեն

- Կոկորդից ցանքսը:
- Արագ հակածինային թեստը (Ա խմբի ստրեպտոկոկների անտիգենների հայտնաբերման արագ թեստը)²¹:

²¹ Հնարավորության դեպքում:

Բուժում

Վիրուսային տոնզիլոֆարինգիտները հակաբակտերային բուժման կարիք չունեն։ Ընթացում ուժեղ ցավի, բարձր ջերմության դեպքում նշանակվում է պարացետամոլ կամ իբուպրոֆեն։ Ցավը հանգստացնող հատկություն ունեն մաս աղային լուծույթներով ողողումները և գոլորշու ինհալացիան։

Ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտի բուժման հիմնական ուղղությունը հակաբիոտիկների²² նշանակումն է, որի նպատակն է.

- կանխարգելել ռևմատիզմը և գլոմերուլոնեֆրիտը,
- խուսափել թարախային բարդություններից,
- արագացնել կլինիկական ապաքինումը,
- վերացնել շրջապատին վարակելու վտանգը։

Բարդություններ

Վիրուսային ֆարինգիտները հազվադեպ բարդանում են միջին ականջի սուր թարախային բորբոքումով։

Ա խմբի ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտի բարդություններ՝

- ռևմատիզմ,
- գլոմերուլոնեֆրիտ,
- տոքսիկ շոկի համախտանիշ,
- սինուսիտ,
- թարախային օտիտ,
- հարմշիկային կամ հետըմպանային աբսցես
- սեպսիս,
- մենինգիտ (հազվադեպ)։

Ե. ՄԻՋԻՆ ԱՎԱՆՋԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ (ՕՏԻՏ)

Ականջի հետ կապված խնդիրներ ունեցող երեխայի գնահատումը հիմնված է հետևյալ ախտանիշների առկայության վրա.

- ականջի ցավ,
- ականջից արտադրություն (կարևոր է արտադրության տևողությունը),
- ականջի ետևում ցավոտ ուռածություն՝ մաստոիդիտի ախտանիշ։
 - Եթե ականջից արտադրությունը շարունակվում է երկու շաբաթից պակաս, այն դասակարգվում է որպես ականջի սուր բորբոքում։
 - Եթե ականջից արտադրությունը շարունակվում է երկու շաբաթ և ավելի այն դասակարգվում է որպես ականջի քրոնիկ բորբոքում։
 - Երեխայի հիվանդությունը որպես մաստոիդիտ դասակարգելու համար անհրաժեշտ է, որպեսզի ականջի ետևում առկա լինի և՛ ցավոտությունը, և՛ ուռածությունը²³։

²² Տե՛ս Հավելված 12-ը։

²³ Այդ ուռածությունը պետք է տարբերակել մեծացած ավշային հանգույցից։

Էթիկոգիա

Միջին ականջի սուր բորբոքման դեպքերի 2/3-ում հայտնաբերվում են մանրէներ: Դեպքերի մոտ 40% դեպքերում հայտնաբերվում են նաև վիրուսներ:

Քրոնիկ բորբոքում առաջացնում են հիմնականում մանրէները:

Կլինիկական արտահայտություններ

- ականջի ցավ (օթալգիա),
- լսողության իջեցում,
- բարձր ջերմություն,
- ընդհանուր թուլություն,
- հազ,
- ախորժակի իջեցում,
- ականջից թարախային արտադրություն՝ թմբկաթաղանթի թափածակման արդյունքում²⁴:

Կրծքի հասակի երեխաների շրջանում միջին ականջի բորբոքման ժամանակ, բացի վերոնշյալ ախտանիշներից կարող են լինել.

- անհանգստություն,
- փսխում,
- փորլուծություն,
- հրաժարվում է ուտելուց:

Ականջի բորբոքման հնարավոր բարդություններ

- լսողության իջեցում ընդհուպ մինչև խլություն,
- մաստոիդիտ,
- մենինգիտ:

Վարումը²⁵

- Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ հակաբիոտիկներով բուժման կարիք է լինում միայն դեպքերի 20%-30% -ում:
- Միջին ականջի սուր բորբոքման դեպքում նախընտրելի մոտեցումն է սպասել և դիտարկել 48-ից 72 ժամ: Այդ ընթացքում նշանակել միայն ընդհանուր հակաբորբոքային ոչ ստերոիդ դեղամիջոցներ:
- Հակաբիոտիկային բուժման համար ընտրության դեղամիջոց է անոքսիցիլինը, որն արդյունավետ է, անվտանգ, մատչելի և երեխաները այն լավ են տանում: Անոքսիցիլինը նշանակվում է ներքին ընդունման ձևով 5 օր: Ականջի արտադրության դեպքում անհրաժեշտ է օրը 3 անգամ պատրույգով չորացնել ականջը:

²⁴ Ականջի ցավը հիմնականում անցնում է:

²⁵ Տե՛ս Հավելված 12-ը:

- Քրոնիկ օտիտի դեպքում՝ ի հավելումն պատրույգով ականջը չորացնելուն, անհրաժեշտ է նշանակել *ցիպրոֆլոքսացինի* ականջի կաթիլներ՝ առնվազն 2 շաբաթ և ուղեգրել քիթ-կոկորդ-ականջաբանի խորհրդատվության:

3. ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

Փորլուծությունը (դիարեան) ջրիկ կղանքն է, որի մեջ ջրի պարունակությունը սովորականից ավելի շատ է:

Փորլուծությունը հաճախ է դիտվում երեխաների մոտ (հատկապես 6 ամսականից մինչև 2 տարեկանը): Փորլուծությունը տարածված երևույթ է նաև 6 ամսականից ցածր տարիքի այն երեխաների մոտ, ովքեր սնվում են կովի կաթով կամ կաթնային խառնուրդներով: Հաճախակի նորմալ կղանքը չի համարվում փորլուծություն: Կղանքի հաճախականությունը կախված է երեխայի կերակրումից և տարիքից: Փորլուծություն է համարվում 24 ժամվա ընթացքում երեք կամ ավելի անգամ ջրիկ կղանքը:

Էթիոլոգիա

Փորլուծության պատճառ կարող են հանդիսանալ բակտերիաները, վիրուսները, պարազիտները, սակայն փորլուծությունների գերակշռող մեծամասնությունը պայմանավորված է վիրուսներով (ամենից հաճախ ռոտավիրուս, ադենովիրուս և այլն) կամ բակտերիաներով (սալմոնելա, շիգելա, աղիքային ցուպիկ և այլն):

Փորլուծությամբ տառապող բոլոր երեխաների համար հարկավոր է պարզել, թե որքան ժամանակ է տևում փորլուծությունը և առկա է արդյոք կղանքում արյուն:

- Եթե երեխայի մոտ փորլուծությունը շարունակվում է 7 օրից պակաս, ուրեմն դա **սուր** փորլուծություն է: Սուր փորլուծությունը կարող է առաջացնել ջրազրկում և սնուցման խանգարումներ: Սուր փորլուծությամբ հիվանդ երեխայի մահը սովորաբար ջրազրկման հետևանք է լինում:
- Եթե երեխայի մոտ փորլուծությունը շարունակվում է 7 օր և ավելի, ուրեմն դա **ձգձգվող** փորլուծություն է: Տևական փորլուծությունը հաճախ առաջացնում է սնուցման խանգարումներ և հանգեցնում երեխաների մահացության տոկոսի աճի:

Կախված նրանից թե ձգձգվող փորլուծության դեպքում կա ջրազրկում թե ոչ, այն կարող է լինել.

1. ծանր ձգձգվող փորլուծություն,
2. ձգձգվող փորլուծություն:

Ծանր ձգձգվող փորլուծության դեպքում երեխան հիվանդանոցային բուժման կարիք ունի:

Ձգձգվող փորլուծության դեպքում մորը տրվում է խորհուրդներ կերակրման վերաբերյալ.

- Եթե երեխան կերակրվում է մայրական կաթով, պետք է շարունակել կրծքով կերակրումը՝ որքան հնարավոր է հաճախ և երկարատև:
- Եթե երեխան ստանում է այլ տեսակի կաթեր, ապա պետք է.
 - դրանք փոխարինել առավել ինտենսիվ կրծքով կերակրումներով կամ
 - փոխարինել դրանք ֆերմենտներով հարուստ կաթնամթերքով, ինչպես օրինակ Նարինեն, մածուցը, կեֆիրը կամ
 - փոխարինել կաթի կեսը սննդարար նյութերով հարուստ կիսակոշտ սննդով, ինչպես օրինակ բանջարեղենի պյուրեն, բրնձի շիլան,
- Այլ տեսակի սնունդի վերաբերյալ պետք է հետևել տարիքին համապատասխան խորհուրդներին:

Փորլուծության ժամանակ կղանքում արյան հետքերի առկայությունը, լորձի հետ միասին կամ առանց լորձի, կոչվում է **հեմոկոլիտ**, որը հաճախ պայմանավորված է դիզենտերիա ախտորոշումով: Հեմոկոլիտի ամենատարածված հարուցիչը *Shigella* բակտերիան է:

Փորլուծությամբ հիվանդ բոլոր երեխաները զննվում են՝ ջրազրկման աստիճանը որոշելու կապակցությամբ: Այդ նպատակով ուշադրություն է դարձվում հետևյալին.

1. Ինչպիսի՞ն է երեխայի ընդհանուր վիճակը՝
 - լեթարգիկ կամ անգիտակից,
 - անհանգիստ կամ հիվանդագին գրգռված,
 - բավարար:
2. Արդյո՞ք աչքերը ներընկած են:
3. Ինչպես է երեխան խմում՝
 - չի կարողանում խմել կամ դժվարությամբ է խմում,
 - ագահությամբ է խմում, ծարավ է,
 - խմում է նորմալ, չունի ծարավի զգացում:
4. Ինչպիսի՞ն է մաշկային ծալքի ռեակցիան փորիկի վրա՝
 - մաշկը հարթվում է շատ դանդաղ (2վրկ-ից ավելի),
 - մաշկը հարթվում է դանդաղ,
 - մաշկը հարթվում է անմիջապես:

1. Երեխայի մոտ առկա է **«անհանգիստ կամ հիվանդագին գրգռված վիճակ»** բոլոր այն դեպքերում, երբ երեխան անհանգիստ և դյուրագրգիռ է ողջ ընթացքում կամ իրեն դիպչելիս: Երբ նորածինը կամ երեխան հանգիստ է կուրծք ծծելիս, սակայն դառնում է անհանգիստ ու դյուրագրգիռ կուրծքը հեռացնելիս, ուրեմն նրա մոտ առկա է **«անհանգիստ կամ հիվանդագին գրգռված վիճակ»** ախտանիշը: Հաճախ երեխաներն անհանգիստ ու դյուրագրգիռ են

դառնում բուժհաստատությունում գտնվելու պատճառով: Նման դեպքերում երեխային կարելի է հանգստացնել, և «անհանգիստ կամ հիվանդագին գրգռված վիճակ» ախտանիշը բացակայում է:

2. Հնարավոր է, որ ջրազրկված երեխայի **աչքերը ներընկած** տեսք ունենան: Համոզվելու համար, թե արդյոք երեխայի աչքերն իսկապես ներընկած են, կարելի է հարցրնել մորը/խնամողին, արդյո՞ք նա գտնում է, որ երեխայի աչքերը տարօրինակ տեսք ունեն:
3. Պարզելու համար, թե **ինչպես է խմում** երեխան, անհրաժեշտ է երեխային ջուր տալ բաժակով կամ գդալով և ուշադրությամբ հետևել, թե ինչպես է խմում:
 - Երեխան **չի կարողանում խմել**, ծծել կամ կուլ տալ իրեն առաջարկված հեղուկը: Օրինակ, երեխան չի կարողանում խմել, որովհետև գտնվում է լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում:
 - Երեխան **վատ է խմում**, եթե նա թույլ է և չի կարողանում խմել առանց կողմնակի օգնության: Նա ի վիճակի է կուլ տալ միայն իր բերանը լցրած հեղուկը:
 - Երեխայի մոտ առկա է «**ազահությամբ է խմում, ծարավ է**» ախտանիշը, երբ բացահայտ երևում է, որ երեխան ծարավ է և ուզում է խմել: Ուշադրություն պետք է դարձնել, արդյոք ջրով լցված բաժակը կամ գդալը մոտեցնելիս երեխան ձգվու՞մ է ընդառաջ: Երբ ջուրը հեռացնում են, երեխան լացու՞մ է, քանզի չի հագեցրել ծարավը:
 - Եթե երեխան խմում է միայն ըստ պահանջի և չի ուզում այլևս խմել, ապա այդ երեխայի մոտ բացակայում է «**ազահությամբ է խմում, ծարավ է**» ախտանիշը:
4. Ստուգելու համար **մաշկային ծալքի ռեակցիան**, երեխային պետք է պառկեցնել հետազոտման սեղանին՝ մեջքի վրա, թևերը՝ ձգված մարմնի երկայնքով (և ոչ թե գլխավերևում), ոտքերն՝ ուղիղ (կարելի է նաև երեխային հորիզոնական դիրքով պառկեցնել մոր ծնկներից): Երեխայի փորիկի վրա^a պորտի և որովայնի կողմնային պատի մեջտեղում ընկած հատվածի մաշկի ծալքը պետք է բռնել բթամատով և ցուցամատով (մաշկը չի կարելի բռնել մատների ծայրերով, քանի որ դա կարող է երեխային ցավ պատճառել) այնպես, որ մաշկի ծալքը երեխայի մարմնի հետ զուգահեռ դիրքում լինի, և ոչ թե՝ ուղղահայաց: Պետք է բռնել մաշկի բոլոր շերտերը և ենթամաշկային հյուսվածքը, պահել այդպես մեկ վայրկյան և հետո բաց թողնել: Մաշկը բաց թողնելուց հետո պետք է գնահատել դրա ռեակցիան. այն կարող է հարթվել՝
 - շատ դանդաղ (2 վայրկյանից ավելի),
 - դանդաղ (մինչև 2 վայրկյան),
 - անմիջապես:

Վերը թվարկված նշաններն օգնում են պարզելու փորլուծությամբ հիվանդ երեխայի մոտ ջրազրկման աստիճանը: Կարող են լինել հետևյալ տարբերակները՝

- ծանր ջրազրկում,
- չափավոր ջրազրկում,
- ջրազրկում չկա:

Ջրազրկման աստիճաններն ըստ «Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարում» (ՄՀԻՎ) ծրագրի

Ծանր ջրազրկում	Եթե առկա են հետևյալ նշաններից առնվազն երկուսը. • լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում է, • աչքերը ներընկած են, • չի կարողանում խմել կամ խմում է դժվարությամբ, • մաշկի ծալքը հարթվում է շատ դանդաղ:
Չափավոր ջրազրկում	Եթե առկա են հետևյալ նշաններից առնվազն երկուսը. • անհանգիստ է և հիվանդագին գրգռված, • աչքերը ներընկած են, • խմում է ագահությամբ, ծարավ է, • մաշկի ծալքը հարթվում է դանդաղ:
Ջրազրկում չկա	Նշանները բավարար չեն որպես Չափավոր կամ Ծանր ջրազրկում դասակարգելու համար:

Ջրազրկման բուժման պլաններ

ՊԼԱՆ Ա

Փորլուծությամբ երեխաների մոտ, **եթե չկա ջրազրկում**, իրականացվում է փորլուծության տնային պայմաններում **բուժման Ա պլանը**:

Ա պլանը ներառում է հետևյալ չորս կանոնները.

1. Տալ լրացուցիչ հեղուկներ:
2. Տալ ցինկի պրեպարատներ:
3. Շարունակել կերակրումը:
4. Իմանալ, թե երբ է անհրաժեշտ կրկին վերադառնալ բժշկի մոտ:

Բուժում

1. Լրացուցիչ հեղուկներ

Բացառապես կրծքով սնվող երեխաներ	Երեխաներ, որոնք չեն սնվում բացառապես կրծքով
• շարունակել կրծքով կերակրումը՝ հաճախակի և երկարատև, • տալ ՕՌԱ լուծույթ, • տալ մաքուր ջուր:	• տալ ՕՌԱ լուծույթ, • տալ սննդանյութերի հիմքի վրա պատրաստված հեղուկներ՝ ջրիկ ապուրներ, բրնձի եփուկ, • կաթնաթթվային խառնուրդներ, • մաքուր ջուր:

ՕՌԱ (օռալ ռեհիդրատացիոն աղերի) լուծույթի քանակը Ա պլանի ժամանակ

Մինչև 2 տարեկան երեխաներ	50-100մլ յուրաքանչյուր ջրիկ կղանքից հետո:
2-ից մինչև 5 տարեկան երեխաներ	100-200մլ յուրաքանչյուր ջրիկ կղանքից հետո:

ՕՌԱ լուծույթը պետք է երեխային տալ բաժակով՝ հաճախակի և փոքր կուներով:

- Եթե երեխան փսխում է, պետք է սպասել տասը րոպե, որից հետո շարունակել ավելի դանդաղ:
- ՕՌԱ լուծույթը պետք է տալ մինչև փորլուծությունը դադարի:

2. Տալ ցինկի պրեպարատ

- Պետք է բացատրել մորը, թե ինչքան ցինկ է անհրաժեշտ տալ՝
 - մինչև 6 ամսական՝ 1/2 հաբ(10մգ) օրը, 10-ից 14 օր,
 - 6 ամսական և ավելի՝ 1 հաբ (20 մգ) օրը, 10-ից 14 օր:
- Ցույց տալ մորը, թե ինչպես պետք է տալ ցինկի պրեպարատները²⁶
 - կրծքահասակ երեխաներին՝ լուծել հաբը փոքր քանակի ջրի, կաթի կամ ՕՌԱ-ի մեջ, տալ գդալով կամ փոքր բաժակով,
 - ավելի մեծ տարիքի երեխաներին՝ հաբը տալ ծամել կամ լուծել փոքր քանակությամբ ջրի մեջ, գդալով կամ բաժակով:

3. Շարունակել կերակրումը նշանակում է, որ երեխան պետք է սնվի տարիքին համապատասխան խորհուրդների համաձայն:

4. Ցանկացած հիվանդության դեպքում ծնողը պետք է ճանաչի երեխայի մոտ այն նշանները, որոնց դեպքում պետք է անհապաղ դիմի բուժաշխատողին: Փորլուծության դեպքում այդ նշաններն են.

- երեխան չի կարող խմել կամ կուրծք ուտել,
- երեխան դժվարությամբ է խմում,

²⁶ Մայրերի ուշադրությունը պետք է դարձնել այն հանգամանքին, որ անհրաժեշտ է ավարտին հասցնել ցինկի պրեպարատներով բուժման կուրսը՝ 10-ից 14 օր:

- երեխայի ընդհանուր վիճակը վատթարանում է,
- երեխայի ջերմությունը բարձրանում է,
- երեխայի կղանքի մեջ հայտնվում են արյան հետքեր:

ՊԼԱՆ Բ

- **Չափավոր ջրազրկմամբ** երեխան կարիք ունի **ջրազրկման բուժման Բ պլանի**: Այն իրականացվում է առաջին 4 ժամերի համար: Գոյություն ունեն հատուկ աղյուսակներ, որոնց միջոցով կարելի է որոշել այդ ժամերի ընթացքում ստանալիք անհրաժեշտ հեղուկի քանակը մլ-ով՝ ելնելով երեխայի տարիքից կամ քաշից:

Արագ կողմնորոշման համար կիրառվում է հետևյալ բանաձևը.

Անհրաժեշտ ստանալիք հեղուկի քանակի բանաձևը՝
Երեխայի քաշը կգ-ով բազմապատկած 75-ով:

Օր.՝ 10 կգ քաշ ունեցող երեխայի համար այն հավասար կլինի՝
 $10 \times 75 = 750$ մլ:

Եթե երեխան ուզում է խմել ավելի շատ ՕՌԱ, քան ցուցված է՝ պետք է տալ ավելի շատ քանակությամբ լուծույթ:

6 ամսականից փոքր տարիքի երեխաներին, ովքեր չեն կերակրվում մայրական կաթով, այդ նույն ժամանակահատվածում (4 ժամ) պետք է տալ նաև 100-ից 200 մլ մաքուր ջուր:

ՍՈՐԸ ՊԵՏՔ Է ՍՈՎՈՐԵՑՆԵԼ, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ՊԵՏՔ Է ՏԱԼ ՕՌԱ-ն (ռեհիդրոն)
ԵՐԵՒԱՅԻՆ.

- Լուծույթը տալ բաժակով՝ հաճախակի և փոքր կումերով:
- Եթե երեխան փսխում է, սպասել տասը րոպե, որից հետո շարունակել ավելի դանդաղ:
- Շարունակել կրծքով կերակրել երեխային, երբ նա ցանկանա:

4 ժամ հետո

- Պետք է կրկին գնահատել երեխայի վիճակը և դասակարգել ջրազրկման աստիճանը:
- Բուժումը շարունակելու համար ընտրել համապատասխան պլանը:
- Երեխայի կերակրումն սկսել ամբուլատորիայում:

ԵԹԵ ՄԱՅՐԸ ՍՏԻՊՎԱԾ Է ՀԵՌԱՆԱԼ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐԻԱՅԻՑ ՆԱԽՔԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄՆ ԱՎԱՐՏԵԼԸ.

- Պետք է նրան ցույց տալ, թե ինչպես պատրաստել ՕՌԱ-ի լուծույթը տանը:
- Ցույց տալ, թե ինչ քանակությամբ ՕՌԱ-ի լուծույթ է անհրաժեշտ տալ երեխային չորսժամյա բուժումն ավարտելու նպատակով:
- Մորը տալ բավարար քանակությամբ ՕՌԱ-ի փաթեթներ՝ ռեհիդրացիան ավարտելու համար: Բացի այդ, տալ նաև երկու փաթեթ ՕՌԱ, ինչպես խորհուրդ է տրվում պլան Ա-ում:

ՊԼԱՆ Գ

Ծանր ջրազրկմամբ երեխան կարիք ունի անհապաղ հոսպիտալացման, եթե տվյալ բուժփնմարկում հնարավոր չէ կատարել ներերակային ներարկում (այսինքն իրականացնել ջրազրկման **բուժման Գ պլանը**): Երեխային պետք է ներարկել Լակտատ Ռինգերի լուծույթ կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ՝ 100մլ/կգ հաշվարկով:

Հեղուկների քանակը ջրազրկման բուժման Գ պլանի ժամանակ

Տարիքը	Սկզբում պետք է տալ 30 մլ/կգ	Այնուհետև պետք է տալ 70 մլ/կգ
Մինչև 1 տարեկան երեխաներ	1 ժամվա ընթացքում*	5 ժամվա ընթացքում
1-ից մինչև 5 տարեկան երեխաներ	30 րոպեի ընթացքում*	2,5 ժամվա ընթացքում

*Կրկնել, եթե ճաճանչային անոթազարկը շատ թույլ է կամ չի զգացվում:

- Երեխայի վիճակը պետք է կրկնակի գնահատել յուրաքանչյուր 1-2 ժամից հետո: Եթե հիդրատացիայի վիճակը չի բարելավվում, ապա պետք է անցնել ավելի արագ ներերակային ներմուծմանը:
- Հենց որ երեխան կարողանա խմել, պետք է նրան տալ ՕՌԱ լուծույթ (մոտավորապես 5 մլ/կգ/ժամ). սովորաբար 3-4 ժամ հետո ՕՌԱ-ն տալիս են մինչև 1 տարեկան երեխաներին, իսկ 1-2 ժամ հետո՝ 1 տարեկանից բարձր տարիքի երեխաներին:
- Կրծքի հասակի երեխայի կրկնակի գնահատումը պետք է կատարել 6 ժամ հետո, իսկ 1 տարեկանից մեծ երեխաների գնահատումը՝ 3 ժամ հետո: Պետք է կրկին դասակարգել ջրազրկման աստիճանը և այնուհետև ընտրել բուժումը շարունակելու համապատասխան պլանը (Ա, Բ կամ Գ):

Հեմոկոլիտ

Հեմոկոլիտի մասին է վկայում երեխայի կղանքի մեջ արյան առկայությունը: 1 շաբաթականից մինչ 2 ամսական երեխաներն այս դեպքում անհապաղ ուղեգրվում են հիվանդանոց, իսկ 2 ամսականից մեծ երեխաներին 5 օր նշանակվում է հակաբակտերային բուժում²⁷:

4. ՏԵՆՂԱՅԻՆ ՑՆՑՈՒՄՆԵՐ

Տենդային ցնցումները մանկական տարիքում առավել տարածված համախտանիշներից են և հանդիպում են 3 ամսականից 5 տարեկան երեխաների 2-ից 5%-ի մոտ, ընդ որում՝ ամենից հաճախ 18-ից 24 ամսականների շրջանում:

Տենդային ցնցումները լինում են **պարզ և համալիր** (կոմպլեքսային):

- **Պարզ ցնցումները** կարճատև (մինչև 15 րոպե տևողությամբ), ինքնուրույն անհետացող, տոնիկ-կլոնիկ ցնցումներ են, որոնք առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում սովորաբար չեն կրկնվում և իրենցից հետո որևէ մնացորդային նյարդաբանական ախտանիշ չեն թողնում:
- **Կոմպլեքսային ցնցումների** դեպքում ցնցումների սկզբում կամ նույնիսկ ընթացքում դիտվում են տենդային (ֆոկալ) նյարդաբանական նշաններ կամ նույնիսկ հետո մնում են որոշ նյարդաբանական խնդիրներ, տևում են 15 րոպեից ավելի, 24 ժամվա ընթացքում հնարավոր են ցնցումային նույնիսկ կրկնություններ տվյալ հիվանդության ընթացքում, առկա է նյարդաբանական հիվանդություն՝ ցերեբրալ պարալիչ կամ մտավոր թերզարգացում:

Ավելի հաճախ հանդիպում են պարզ ցնցումները (75-ից 80% դեպքերում): Կոմպլեքսային ցնցումներն առավել հաճախ հանդիպում են համեմատաբար ցածր ջերմության (մինչև 38,9⁰C) պայմաններում:

Տենդ

Ցնցումային համախտանիշով ընթացող հիվանդության տենդի ջերմաստիճանը սովորաբար ավելի բարձր է լինում, քան տենդով ընթացող այլ հիվանդությունների դեպքում, և ցնցումային համախտանիշը սովորաբար զարգանում է հիվանդության առաջին 24 ժամվա ընթացքում: Թեև տենդային ցնցման առաջացման միջին ջերմաստիճանը սովորաբար բարձր է (39,8⁰C), 25-ից 50% դեպքերում ցնցումային համախտանիշը հիվանդության արտահայտման առաջին նշանը կարող է լինել:

Տենդով ընթացող ցանկացած վիրուսային կամ բակտերային վարակ կարող է տենդային ցնցման պատճառ հանդիսանալ:

Վիրուսային վարակները առավել հաճախ են տենդային ցնցումով ընթանում:

²⁷ Տե՛ս Հավելված 12-ը:

Տենդային ցնցումներ ունեցած երեխաների շրջանում **ժառանգական գործոնը** առավել հաճախ գրանցվող ռիսկի գործոններից է: Տենդային ցնցում ունեցած երեխաների 25-ից 40%-ն ունենում է դրական ժառանգական անամնեզ և 9-ից 22% հավանականություն կա, որ այդ երեխայի քույրը կամ եղբայրը նույնպես կարող է տենդային ցնցումներ ունենալ:

Բուժումը

Ցնցումային միջադեպի բուժումը

Ցնցումային միջադեպի ընթացքում գործողությունները պետք է ուղղված լինեն շնչառական ուղիների անցանելիության ապահովմանը և ցնցումային նոպայի վերացմանը:

Մեծ մասամբ պարզ տենդային ցնցումները 10 րոպեից պակաս են տևում և բժշկին դիմելիս դրանք արդեն ինքնուրույն վերացած են լինում:

Սակայն եթե զննման ժամանակ ցնցումները դեռևս շարունակվում են, ապա առաջին օգնության դեղամիջոցը առողջության առաջնային պահպանման օղակում *դիազեպամի* մոմիկների կիրառումն է:

Դրանք նշանակվում են մոտ 0,5 մգ/կգ քաշին հաշվարկով: Ըստ տարիքի՝

6-ից 12 ամսականում՝ 2,5 մգ,

1-ից 5 տարեկանում՝ 5 մգ:

Ջերմիջեցնողները լավացնում են երեխայի ինքնազգացողությունը, սակայն դրանք չեն կանխում տենդային ցնցումների առաջացումը:

Խորհուրդներ ծնողներին երեխայի տենդային ցնցումների դեպքում

- Երեխային պետք կողքի պառկեցնել, որպեսզի նա թքով կամ փսխման զանգվածով չխեղդվի:
- Կարիք չկա որևէ բանով փորձել բացել երեխայի բերանը. այդ ընթացքում նա չի կարող «լեզուն կուլ տալ»:
- Ցնցման ընթացքում պետք չէ սահմանափակել երեխայի շարժումները:
- Ցնցման ընթացքում ամենակարևորը խուճապի չմատնվելն է: Ցնցումների մեծ մասը մի քանի րոպեի ընթացքում ինքնուրույն անցում է:
- Ցնցումների դեպքում անհրաժեշտ է դիմել շտապ օգնության ծառայությանը կամ մոտակա բուժօգնատառություն տեղափոխել, հատկապես, եթե ցնցումները 10 րոպեից չեն վերանում կամ եթե ուղեկցվում են պարանոցի մկանների կարկանդակությամբ, փսխումով կամ շնչառական խնդիրներով:
- Կարիք չկա ցնցման ընթացքում կտրուկ միջոցներով (ասենք, օրինակ սառը լոգանքով) փորձել իջեցնել երեխայի ջերմությունը:

Ծնողներին պետք է տեղեկացնել, որ երեխաների մեծ մասը կրկնակի տենդային ցնցումներ չեն ունենում:

5. ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ) ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ա. ԿԱՐՄՐՈՒԿ

Կարմրուկը սուր վարակիչ հիվանդություն է, որի հարուցիչը վիրուս է: Կարմրուկը բարձր հաճախականություն (կոնտագիոզություն) ունեցող վարակիչ հիվանդություն է: Կառավարելի վարակ է:

Վարակի փոխանցումը

Վարակի աղբյուրի հետ շփումից հետո հիվանդանում են ընկալ մարդկանց ավելի քան 90 տոկոսը: Վիրուսը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով՝ շնչառական ուղիների միջոցով: Կարմրուկով հիվանդը վարակիչ է ցանավորումից 2-4 օր առաջ և հետո՝ 4 օրերի ընթացքում: Կարմրուկին բնորոշ է սեզոնայնությունը. չափավոր կլիմայով երկրներում այն առավել հաճախ հանդիպում է ծմռան վերջին և գարնանը:

Կլինիկական արտահայտություններ

Կարմրուկի գաղտնի շրջանը միջինում տևում է 10-12 օր (հնարավոր տատանումները՝ 7-18 օր), որից հետո ընկալ օրգանիզմի դեպքում առաջանում են նախանշաններ.

- ջերմություն,
- ընդհանուր թուլություն,
- հազ,
- կոնյունկտիվիտ,
- հարբուխ:

Բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա՝ այտերի ներսային մակերեսներին, ցանի դուրս գալուց հետո, կարող են հայտնվել *Կոպլիկի բծեր* (փոքր, անհարթ բծեր են, վառ կարմիր՝ կենտրոնում փոքր սպիտակ կետիկով, չեն խանգարում երեխային ուտել և խմել): Նախանշանային շրջանին հաջորդող 2-4 օրերի ընթացքում ականջների հետևում, դեմքի վրա հայտնվում է բծավոր-պապուլոզ կարմիր ցանավորում՝ ձուլվող եզրերով: Այս փուլին բնորոշ է բարձր ջերմությունը՝ մինչև 40,5°C: Սկզբում ցանը մատով սեղմելու դեպքում գունատվում է, հետո՝ տարածվում է իրանի, վերջույթների վրա և պահպանվում է 4-ից 6 օր: Այն կարող է ուղեկցվել վերնաճաշի թեթև թեփոտմամբ: Ցանը անհայտանում է նույն հաջորդականությամբ, ինչ հաջորդականությամբ հայտնվել է և փոխվում պիգմենտացիայի. սկզբում՝ դեմքից, հետո՝ իրանից և վերջույթներից:

Կարմրուկը կարող է ուղեկցվել այլ ախտանիշներով՝ լուսավախություն, անոռեքսիա, փորլուծություն (հատկապես վաղ տարիքի երեխաների մոտ) և ընդհանուր լիմֆադենոպաթիա:

Հիվանդների 30%-ի մոտ կարող է լինել մեկ կամ մի քանի բարդություն:

Առավել հաճախ հանդիպող բարդություններ.

- օտիտ,
- թոքաբորբ,
- փորլուծություն,

- կուրություն և էնցեֆալիտ,
- պանէնցեֆալիտ:

Կարմրուկի դասակարգման երեք տարբերակները²⁸

Դասակարգում	Ախտանշաններ
Ծանր բարդացած կարմրուկ	• Պարանոցային մկանների կարկանդակություն • Լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակ • Չի կարող խմել • Ցնցումներ • Անզուսպ փսխում • Եղջերաթաղանթի պոտորություն • Բերանի խոռոչի խոր և տարածուն խոցեր
Բարդացած կարմրուկ	• Կա աչքից թարախային արտադրություն • Բերանի խոռոչում կան խոցեր (ոչ տարածուն) • Կան կարմրուկի այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են թոքաբորբը, օտիտը, սնուցման խանգարումները և այլն
Կարմրուկ կամ հետկարմրուկային վիճակ	• Եթե երեխայի մոտ կարմրուկ է կամ նա հիվանդացել է կարմրուկով վերջին 3 ամիսների ընթացքում

Բուժում

Ծանր բարդացած կարմրուկի դեպքում անհրաժեշտ է երեխային հոսպիտալացնել: Եթե կա եղջերաթաղանթի պոտորություն, նախապես պետք է աչքին քսել տետրացիկլինի քսուք:

Մյուս դեպքերում բուժումը ներառում է՝

- անկողնային ռեժիմ՝ ողջ տենդային շրջանում,
- երեխային հեռու պահել լույսի ուղղակի ազդեցությունից,
- առատ հեղուկներ,
- բերանի խոռոչի ողողումներ ուտելուց առաջ և հետո,
- դյուրամարս, վիտամիններով հարուստ սնունդ,
- բարձր ջերմության դեպքում՝ պարացետամոլ,
- աչքից թարախային արտադրության դեպքում՝ տետրացիկլինի աչքի քսուք,
- բերանի խոռոչի վերքերի դեպքում՝ բերանի լորձաթաղանթի մշակում անիլինային ներկերով,
- օտիտի, թոքաբորբի դեպքում՝ հակաբիոտիկային բուժում:

Կարմրուկով հիվանդ բոլոր երեխաները պետք է ստանան **Ա վիտամին պարունակող պոլիվիտամին:**

²⁸ Ըստ ՄՀԿ-ի:

Բ. ԿԱՐՄՐԱԽՏ

Կարմրախտը կառավարելի վարակ է:

Էթիոլոգիա

Կարմրախտի հարուցիչը վիրուս է:

Վարակի փոխանցումը

Կարմրախտի վիրուսը կարմրուկի համեմատությամբ ավելի պակաս հպավարանցիկ է: Կարմրախտով հիվանդը վարակիչ է ցանավորումից հետո, սակայն չի բացառվում նաև վիրուսի արտազատում ցանավորումից 7 օր առաջ և 14 օր առաջ: 25-30% դեպքերում վարակը կարող է ընթանալ առանց ախտանիշների:

Կարմրախտի վիրուսը փոխանցվում է շնչառական ուղիների միջոցով, այն բազմանում է քթնայանի լորձաթաղանթի բջիջներում և հարակից ավշային հանգույցներում:

Հիվանդության գաղտնի շրջանի տևողությունը 12-23 օր է (միջինում՝ 18օր): Վիրենիան (վիրուսի անցումը արյունատար համակարգ) տեղի է ունենում վարակվելուց 5-7օր անց և հանգեցնում է տարբեր օրգաններում վիրուսի տարածման: Հղի կանանց մոտ այն թափանցում է նաև ընկերք և զարգացող պտղի օրգանիզմ:

Կլինիկական արտահայտություններ

Երեխաների շրջանում կարմրախտը սովորաբար թեթև է ընթանում: Վիրուսի հետ շփմանը հաջորդող երկրորդ շաբաթվա ընթացքում կարող է հայտնաբերվել **լիմֆադենոպաթիա**, հատկապես հետականջային և ծոծրակային մասերում: Երկրորդ շաբաթվա ավարտին երևում են առաջին ախտանիշները՝ **ջերմություն** (մինչև 39°C), **ընդհանուր թուլություն**, **չափավոր կոնյունկտիվիտ**: Գաղտնի շրջանի վերջում դեմքի և պարանոցի վրա հայտնվում է **բծավոր-պապուլոզ ցան**, որը կարմրուկի ցանի համեմատ այնքան էլ վառ չէ և եզրերով իրար ձուլվելու միտումներ չունի: Հաջորդ 1-ից 3 օրերի ընթացքում ցանը տարածվում է ներքև և սկսում է անհայտանալ:

Բնածին կարմրախտային համախտանիշ (ԲԿՀ)

Կարմրախտային վարակը հղիության ընթացքում կարող է ախտահարել զարգացող պտղի բոլոր օրգանները և առաջացնել ինքնաբեր վիժում, պտղի մահ կամ զարգացման արատներ: Ռիսկի չափը կախված է նրանից, թե հղիության որ ժամկետում է կինը վարակվել կարմրախտով:

ԲԿՀ-ին բնորոշ են հետևյալ արատները և բարդությունները՝

- տեսողական՝ կատարակտ, միկրոֆտալմիա, գլաուկոմա, ռետինոպաթիա, խորիոռետինիտ,
- լսողական՝ նեյրոսենսոր խլություն,
- սրտային՝ բաց զարկերակային ծորան, թոքային զարկերակի պերիֆերիկ նեղացում կամ միջփորոքային պատի արատներ,
- կրանիոֆացիալ՝ միկրոցեֆալիա,
- նորածնային դրսևորումներ՝ հեպատիտ, հեպատոսպլենոմեգալիա, մենինգոէնցեֆալիտ,
- թրոմբոցիտոպենիա,
- ինտերստիցիալ թոքաբորբ:

Նորածնային շրջանում չմահացած ԲԿՀ-ի բարդություններով երեխաները հետագայում զարգացման լուրջ խանգարումներ են ունենում՝ տեսողության, լսողության, մտավոր զարգացման (այդ թվում՝ աուտիզմ):

Կարմրախտի բուժումը

- անկողնային ռեժիմ՝ 3-4 օր,
- առատ հեղուկներ,
- դյուրամարս, վիտամիններով հարուստ սնունդ,
- բարձր ջերմության դեպքում՝ պարացետամոլ,
- բարդությունների դեպքում՝ հակաբիոտիկներ:

Կարմրուկի և կարմրախտի համաճարաբանական հսկողությունը

Կարմրուկանման (տենդով և ցանավորմամբ ուղեկցվող) բոլոր հիվանդությունները ենթակա են համաճարակաբանական հետազոտության: Կարմրուկի, կարմրախտի և ԲԿՀ-ի յուրաքանչյուր կասկածելի դեպքի մասին, հայտնաբերող բուժանձնակազմի և լաբորատորիայի անձնակազմի կողմից 2 ժամվա ընթացքում տրվում է շտապ հաղորդում հեռախոսով Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն (ըստ դեպքի բնակչության վայրի), իսկ Երևան քաղաքում նաև «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոն» ՓԲԸ, այնուհետև 24 ժամվա ընթացքում ուղարկելով շտապ հաղորդման ձևը (Ձև ՇՀ 1):

Կարմրուկով և կարմրախտով հիվանդ բոլոր երեխաները, որոնք հայտնաբերվել են նախադպրոցական հիմնարկներում, մանկատներում և այլ մանկական կազմակերպություններում, մեկուսացվում են ցանավորման սկզբից հաշված 4 օր կարմրուկի և 7 օր՝ կարմրախտի դեպքում, իսկ կարմրուկի բարդությունների (թոքաբորբ) դեպքում՝ 10 օր:

Հիվանդների հետ շփված երեխաների նկատմամբ իրականացվող միջոցառումներ՝

- կարմրուկով հիվանդի հետ շփված կարմրուկով չհիվանդացած երեխաների նկատմամբ սահմանվում է կարանտին (շփման արգելում) հիվանդի հետ շփման օրից՝ պատվաստվածների համար 21 օր, իսկ չպատվաստվածների համար՝ 17 օր տևողությամբ:

- մեկ տարեկանից բարձր չպատվաստված և չհիվանդացած կոնտակավորները՝ հակացուցումների բացակայության դեպքում, պատվաստում են կարմրուկի դեմ՝ **շփման պահից 72 ժամվա ընթացքում**:

Գ. ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԷՊԻԴԵՄԻԿ) ՊԱՐՈՏԻՏ

Օդակաթիլային վիրուսային վարակ է, բնութագրվում է տենդով, ընդհանուր ինտոքսիկացիայով, կենտրոնական նյարդային համակարգի և գեղձային օրգանների (թագեղձերի, ենթաստամոքսային գեղձի, ամորձիների) ախտահարմամբ: Կառավարելի վարակ է: Հիվանդության աղբյուրը միայն հիվանդ մարդն է:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը վիրուս է:

Վարակի փոխանցումը

Վիրուսը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով՝ շնչառական ուղիների միջոցով: Սուտքի դուռ է հանդիսանում վերին շնչուղիների լորձաթաղանթը: Հարուցիչը թափանցում է թագեղձեր ոչ թե ծորաններով, այլ հենատոգեն ճանապարհով: Վիրուսը հենատոգեն տարածվում է ամբողջ օրգանիզմում և տեղակայվում գեղձային օրգաններում, նյարդային համակարգում՝ առաջացնելով այս կամ այն օրգանի ախտահարման կլինիկական ախտանշաններ: Հիվանդը վարակիչ է 1-2 օր մինչև կլինիկական նշանների ի հայտ գալը և հետագա մեկ շաբաթվա ընթացքում:

Կլինիկական արտահայտություններ

- Գաղտնի շրջանը տևում է 11-ից 21 օր: Բնորոշ է ջերմության բարձրացում մինչև 38⁰-39⁰C, գլխացավ, ընդհանուր թուլություն, մկանացավեր, քնի խանգարում:
- Առավել հաճախ ախտահարվում են **հարականջային թագեղձերը**: Բնորոշ է ցավ ծամելիս և կուլ տալիս, թագեղձի մեծացում՝ սկզբում մեկ կողմից, 1-ից 2 օր հետո՝ մյուս կողմից: Ուռածությունը տեղակայվում է սովորաբար ականջի առջևում, ականջի բլթակի տակ և ականջախեցու հետևում: Բնորոշ է հարականջային թագեղձի ծորանի արտաքին բացվածքի շրջանում լորձաթաղանթի այտուցվածությունն ու հիպերեմիան:
- **Սուբմաքսիլիտ**
 - ցավ ստորոծնոտային շրջանում,
 - գեղձի այտուց և ցավոտություն՝ ջերմային ալիքի ֆոնի վրա:
- **Սուբլինգվիտ** (հազվադեպ է հանդիպում)
 - ցավ և այտուց ենթալեզվային շրջանում:

Օրխիտ

- ջերմության բարձրացում մինչև 39°C և ավելի՝ թքագեղձերի ախտահարումից 1 շաբաթ անց,
- դող, սարսուռ, գլխացավ,
- ուժեղ ցավ ամորձու շրջանում, որը ճառագայթում է դեպի աճուկային շրջան, ուժեղանում է քայլելիս,
- ամորձին հաճախ միակողմանի այտուցված, մեծացած, հիպերեմիկ, շոշափելիս՝ ամուր, ցավոտ:

Այս ախտանիշները պահպանվում են մոտ 1 շաբաթ, ինքնուրույն հետ են զարգանում:

• Պանկրեատիտ

- սուր սկիզբ՝ ջերմության բարձրացումով,
- նոպայաձև ցավ որովայնում, որը տեղակայված է էպիգաստրալ շրջանում, ունի գոտևորող բնույթ,
- ախորժակի անկում,
- սրտխառնոց, կրկնվող փսխումներ,
- փորլուծություն կամ փորկապություն:

• Շճային մենինգիտ

- ջերմության կտրուկ բարձրացում՝ թքագեղձերի ախտահարումից 7-ից 10 օր անց,
- գլխացավ,
- կրկնվող փսխումներ,
- երբեմն՝ ցնցումներ, զառանցանք,
- դրական մենինգիալ ախտանիշներ:

• Մենինգոէնցեֆալիտ

- մենինգիտի նշաններ և
- գիտակցության կորուստ,
- հիպերկինեզներ,
- ախտաբանական ռեֆլեքսներ:

Բուժում

Պանկրեատիտի, մենինգիտի, մենինգոէնցեֆալիտի դեպքում երեխային պետք է շտապ հոսպիտալացնել:

Մյուս դեպքերը կարելի է բուժել տանը.

- սուր շրջանում՝ անկողնային ռեժիմ,
- բերանի խոռոչի ողողումներ ուտելուց առաջ և հետո,
- դյուրամարս, վիտամիններով հարուստ սնունդ,
- բարձր ջերմության և ցավի դեպքում՝ պարացետամոլ,
- առատ հեղուկներ,
- այտուցված գեղձերի շրջանում՝ չոր, տաք կոմպրես,
- օրխիտի դեպքում՝ տեղային սառը թրջոց, ամորձու բարձր դիրք:

Դ. ԶՐԾԱՂԻԿ

Օդակաթիլային փոխանցման ուղիով վիրուսային վարակ է: Բնութագրվում է ընդհանուր ինտոքսիկացիայով, բշտիկային ցանով, բարորակ ընթացքով և վիրուսի երկարատև պերսիստենցիայով օրգանիզմում՝ որպես լատենտ վարակ:

Վարակելիությամբ գրավում է երկրորդ տեղը կարմրուկից հետո: Վարակելիության գործակիցը բարձր է 90%-ից: Հիվանդության աղբյուր է հանդիսանում ջրծաղիկով կամ գոտևորող հերպեսով հիվանդ մարդը:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը հերպես վիրուսների ընտանիքի վիրուս է: Նույն վիրուսով հարուցվում է նաև գոտևորող հերպեսը:

Վարակի փոխանցումը

Վիրուսը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով կամ անմիջական շփման ճանապարհով:

Մուտքի դուռը վերին շնչուղիների լորձաթաղանթն է: Մուտքի դռներում փոփոխություններ չեն առաջանում, վիրուսը ենթարկվում է ռեպլիկացիայի, ապա ավշային անոթներով թափանցելով արյան մեջ՝ տարածվում է ամբողջ օրգանիզմում, ներդրվում է մաշկում՝ առաջացնելով ցան: Առաջնային վարակից հետո վիրուսը երկարատև պահպանվում է օրգանիզմում՝ լատենտ վարակի ձևով: Ենթադրվում է, որ վիրուսը կուտակվում է ողնուղեղի հետին ներվարմատներում և ողնուղեղային հանգույցներում, որտեղ էլ պահպանվում է: Իմունաանբավարարային վիճակների ժամանակ վիրուսն ակտիվանում է՝ առաջացնելով գոտևորող հերպես: Հետվարակային իմունիտետը կայուն է, կրկնակի հիվանդացումը՝ ծայրահեղ հազվադեպ:

Հիվանդը վարակիչ է 1-2 օր մինչև ցանի ի հայտ գալը և վերջին ցանային տարրերի ի հայտ գալուց հետո ևս 5 օր (կամ մինչև բոլոր բշտերի կեղևով պատվելը):

Կլինիկական արտահայտություններ

- Գաղտնի շրջանը տևում է 11-ից 21 օր:
- Նախանշանների շրջանը կարճատև է, ախտանիշները՝ սուբֆերիլ ջերմություն, ընդհանուր վիճակը աստիճանաբար վատանում է, կարող է զարգանալ քութշանման կամ կարմրուկանման ցան:
- Հիվանդության սկիզբը ընթանում է սուր, ջերմության բարձրացումով մինչև 38.5°C և ավելի, առավելագույն արտահայտված ինտոքսիկացիայի ֆոնի վրա դիտվում է ցանավորում: Ցանը՝ սկզբում մակուլո-պապուլյոզ, որը արագ վեր է ածվում բշտիկի՝ վեզիկուլի: Վեզիկուլը չփոփոխված մաշկի ֆոնի վրա է, շուրջը՝ հիպերեմիայի երիզ, պարունակությունը՝ թափանցիկ հեղուկ: Հետագայում վեզիկուլի տեղում զարգանում է կեղև: Ցանավորումը՝ հրոցանման, 1-ից 2 օր ընդմիջումով: Ցանի բնույթը կեղծ պոլիմորֆ է:

Բարդություններ

- Յուրահատուկ (վիրուսով պայմանավորված)՝ էնցեֆալիտ, մենինգոէնցեֆալիտ, միելիտ, մեֆրիտ, միոկարդիտ, հեպատիտ:
- Բակտերիային վարակի գումարումով՝ պուստուլա, ֆլեգմոնա, աբսցես, բուլյոզ ստրեպտոդերմիա, լիմֆադենիտ, թարախային կոնյունկտիվիտ, թոքաբորբ:

Ախտորոշում

Կլինիկական ախտանիշներ՝ բնորոշ բշտիկային (վեզիկուլոզ) ցանի առկայություն ամբողջ մարմնի վրա, այդ թվում գլխի մազածածկ մասում:

Համաճարակաբանական ցուցանիշներ՝ հիվանդը նշում է շփում ջրծաղիկով հիվանդի հետ:

Լաբորատոր հետազոտություններ

Արյան ընդհանուր քննություն՝ թույլ արտահայտված լեյկոպենիա, հարաբերական լիմֆոցիտոզ:

Արյան շճաբանական քննություն՝ ցուցված է կասկածելի դեպքերում, երբ ախտորոշման ճշտումը անհրաժեշտ է համաճարակաբանական կամ կլինիկական տեսակետից:

Հոսպիտալացման ցուցումներ

Վարակի ծանր ձևերի և բարդությունների առկայություն:

Բուժում

Տանը բուժելիս, բուժման հիմնական ուղղություններն են.

- անկողնային ռեժիմ՝ տենդի շրջանում,
- սնունդը պետք է լինի բարձր կալորիականության, վիտամիններով հարուստ,
- կանխել երկրորդային բակտերիային վարակի գումարումը, հսկել սպիտակեղենի, հագուստի, ձեռքերի մաքրությունը,
- բշտիկները մշակել բրիլիանտ կանաչի 1% կամ կալիումի պերմանգանատի 1-ից 2% լուծույթով,
- ընդհանուր հիգիենիկ լոգանքներ կալիումի պերմանգանատի թույլ լուծույթով,
- բերանի ողողումներ ուտելուց հետո,
- բարձր ջերմության դեպքում՝ ջերմիջեցնողներ:

Ե. ՔՈՒԹԵՇ

Սուր բակտերային վարակ է, բնութագրվում է տենդով, ինտոքսիկացիայով, անգինայով և առատ, մանր կետավոր ցանով:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը Ա խմբի հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկն է, որն արտադրում է էկզոտոքսին (Դիկի տոքսին): Մուտքի դուռը՝ քթնապանի լորձաթաղանթն է, վերքային (այրվածքային) մակերեսները, հազվադեպ՝ թոքերը:

Վարակի փոխանցումը

Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է՝ ստրեպտոկոկային վարակի ցանկացած արտահայտությամբ: Վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով հիվանդի հետ շփվելիս, ինչպես նաև հիվանդի օգտագործած իրերի՝ հագուստի, սպասքի, խաղալիքների միջոցով: Վարակելիության գործակիցը 40% է:

Հիվանդը վարակիչ է հիվանդության կլինիկական նշանների ի հայտ գալուց սկսած մոտ 7-10 օրվա ընթացքում՝ համապատասխան հակաբակտերիային բուժում ստանալու դեպքում: Բարդությունների դեպքում վարակիչ շրջանը երկարում է:

Կլինիկական արտահայտություններ

- Գաղտնի շրջանը տևում է 2-ից 7 օր:
- Սկիզբը սուր է, ջերմության բարձրացմամբ մինչև 40°C, ցավ կլման ժամանակ, գլխացավ, կարող է լինել փսխում: Մի քանի ժամ հետո դեմքին, մարմնի և վերջույթների վրա առաջանում է ցանավորում՝ վարդագույն մանր կետավոր էլեմենտներով՝ հիպերեմիկ մաշկի ֆոնի վրա: Քիթ-շրթունքային եռանկյունին ազատ է ցանից: Ցանը «փշոտ» է, առավել խիտ՝ բնական ծալքերի և ծալիչ մակերեսների շրջանում: Բնորոշ է սպիտակ դերմոգրաֆիզմը, «հնոցանման» բկանցքը, անգինան (կատառալ, ֆուլիկուլյար, լակունար, հաճախ՝ նեկրոտիկ), «մորենման» լեզուն:
- Թեփոտում՝ սկսվում է 2-րդ շաբաթվա սկզբում, ափերի և ներբանների շրջանում թիթեղանման, մարմնի մնացած հատվածներում՝ թեփանման:

Բարդություններ

Նեֆրիտ, սինովիտ, լիմֆադենիտ, օտիտ, սինուսիտ, թարախային արթրիտ, մաստոիդիտ, միոկարդիտ:

Ախտորոշում

Կլինիկական ախտանիշներ՝ հանկարծակի սուր սկիզբ՝ ջերմության բարձրացմամբ, փսխում, ցավ կոկորդում կլման ժամանակ, քմային աղեղների, նշիկների, լեզվակի հիպերեմիա: Մաշկի հիպերեմիկ ֆոնի վրա

մանր կետավոր ցանավորում, որն առավել արտահայտված է բնական ծալքերի շրջանում, գունատ քիթ-շրթունքային եռանկյունի, ռեգիոնար ավշահանգույցների մեծացում:

Համաճարակաբանական ցուցանիշներ՝ հիվանդը նշում է շփում ստրեպտոկոկային վարակի ցանկացած արտահայտությամբ հիվանդների հետ:

Լաբորատոր հետազոտություններ

Արյան ընդհանուր քննություն՝ լեյկոցիտոզ, նեյտրոֆիլոզ՝ ձախ թեքումով, էՆԱ բարձրացում:

Բկանցքի քսուկի մանրէաբանական հետազոտություն՝ հայտնաբերվում է Ա խմբի հեմոլիտիկ ստրեպտոկոկ:

Բուժում

Տանը բուժելիս, բուժման հիմնական ուղղություններն են.

- սուր շրջանում անկողնային ռեժիմ,
- սնունդը պետք է լինի բարձր կալորիականության, վիտամիններով հարուստ,
- մեծ քանակությամբ հեղուկների ընդունում,
- բարձր ջերմության դեպքում՝ ջերմիջեցնողներ,
- հակաբիոտիկներ՝
 - պենիցիլինային շարքի 5-ից 7 օր կամ
 - սուլֆանիլամիդներ՝ տարիքային դեղաչափերով,
- հակահիստամինային պրեպարատներ (սուպրաստին, տավեգիլ),
- բկանցքի ողողումներ երիցուկի թուրմով, ֆուրացիլինով:

Ձ. ԿԱՊՈՒՅՏ ՀԱՁ

Օդակաթիլային ուղիով փոխանցվող սուր վարակիչ հիվանդություն է, բնութագրվում է շնչուղիների կատառով և սպազմատիկ հազի նոպաներով: Վարակելիության գործակիցը՝ 70-80%: Կառավարելի վարակ է:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը գրամ-բացասական ցուպիկ է: Մուտքի դուռը շնչուղիների լորձաթաղանթն է: Մանրէն, թարթչավոր էպիթելին ամրանալով, բազմանում է՝ ներդրման տեղում առաջացնելով բորբոքային պրոցես: Ախտաբանական գործընթացն առավել արտահայտված է բրոնխներում և բրոնխիոլներում, ավելի քիչ՝ շնչափողում, կոկորդում, քթնպանում: Հազի նոպաների ծագման մեջ դեր ունի օրգանիզմի սենսիբիլիզացիան հարուցչի տոքսիններով: Շնչուղիների ռեցեպտորների մշտական գրգռումը բերում է հազի առաջացմանը, հետագայում շնչառական կենտրոնում ձևավորվում է դոմինանտ տիպի գրգռման օջախ: Հետվարակային իմունիտետը կայուն չէ, հնարավոր է կրկնակի վարակում մոտ 5% դեպքերում:

Վարակի փոխանցումը

Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է։ Վարակը փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով։ Հիվանդը վարակիչ է հիվանդության առաջին կլինիկական նշանների ի հայտ գալուց սկսած մինչև 4-5 շաբաթ։

Կլինիկական արտահայտություններ

- Գաղտնի շրջանը տևում է 5-ից 20 օր։
- Նախանշանների շրջան. տևում է 7-ից 14 օր, ախտանիշները՝ չոր տանջող հազ, ջերմությունը՝ նորմալ կամ սուբֆեբրիլ, ինքնազգացողությունը՝ բավարար։ Հազն աստիճանաբար ուժեղանում է՝ ստանալով նոպայաձև բնույթ։
- Սպազմատիկ շրջան. տևում է 4–6 շաբաթ, հազը՝ նոպայաձև, իրար հաջորդող արտաշնչական հրոցներին հաջորդում է սուլող, ստենոտիկ ներշնչում՝ ռեպրիզ, դեմքը՝ հիպերեմիկ, երբեմն՝ ցիանոտիկ, լեզուն՝ արտանկված, հազի նոպայի ժամանակ կարող է առաջանալ արյունազեղում սկլերաներում, քթային արյունահոսություն, պետեխիալ ցան իրանի վերին հատվածների և դեմքի վրա։ Հազի նոպան ավարտվում է կաշուն խորխի արտազատումով։ Կարող է լինել ապնոէ ։
- Հետզարգացման կամ լուծման շրջան. տևում է 2–3 շաբաթ, հազը կորցնում է տիպիկ բնույթը և աստիճանաբար մարում է։

Բարդություններ

- Շնչական համակարգի՝ բրոնխիտ, բրոնխիոլիտ, թոքաբորբ,
- ԿՆՀ-ի՝ էնցեֆալոպաթիա, ցնցումային համախտանիշ,
- Հեմոռագիկ բարդություններ՝ սուբկոնյունկտիվալ և ուղեղային արյունազեղումներ,
- Ստամոքս-աղիքային համակարգի՝ աճուկային և պորտային ճողվածքներ, ուղիղ աղու արտանկում։

Ախտորոշում

Կլինիկական ախտանիշներ

- Նախանշանների շրջանում՝ համառ, աստիճանաբար պրոգրեսիվող հազ՝ ընդհանուր ինտոքսիկացիայի, ջերմության և կատառալ երևույթների բացակայության պայմաններում։ Կապույտ հազի կասկածի դեպքում անմիջապես կատարել խորխի մանրէաբանական հետազոտություն։
- Սպազմատիկ շրջանում՝ տիպիկ դեպքերը բնորոշվում են սպազմատիկ հազով ու ռեպրիզներով և ախտորոշման տեսանկյունից դժվարություն չեն ներկայացնում։

Համաճարակաբանական ցուցանիշներ. հիվանդը նշում է շփում կապույտ հազով հիվանդների հետ։

Լաբորատոր ախտորոշում

Արյան ընդհանուր քննություն՝ Լեյկոցիտոզ (երբեմն մինչև 40-50 հազար),
լիմֆոցիտոզ, նորմալ կամ ցածր ԷՆԱ:

Մանրէաբանական հետազոտություն վերցվում է քսուկ ընպանի հետին
պատի լորձից՝ անոթի վիճակում:

Կրծքավանդակի ռենտգենոգրաֆիա՝ թոքաբորբի կասկածի դեպքում:

Բուժում

Տանը բուժելիս, բուժման հիմնական ուղղություններն են.

- զբոսանքներ մաքուր օդի պայմաններում,
- օդափոխել և խոնավացնել սենյակի օդը,
- սնունդը պետք է լինի բարձր կալորիականության, վիտամիններով հարուստ,
- մեծ քանակությամբ հեղուկների ընդունում,
- բարձր ջերմության դեպքում ջերմիջեցնողներ (Պարացետամոլ, Իբուպրոֆեն),
- խորխաբերներ,
- հակահիստամինային պրեպարատներ (բացի դիմեդրոլից),
- հակաբիոտիկային բուժումն արդյունավետ է միայն հիվանդության վաղ շրջանում:

Է. ՀԵՄՈՖԻԼՈՒ ՌԵՖԼՈՒԵՆՉԱ Բ ՎԱՐԱԿ

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը Հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ (ՀԻԲ) տիպի մանրէ է, որն ամբողջ աշխարհում երեխաների մոտ առաջացնում է ծանր ընթացքով հիվանդություններ:

ՀԻԲ մանրէն կենսագործում է կոկորդում և քթի խոռոչում: Կարմրուկի նման ՀԻԲ-ը փոխանցվում է առողջ երեխային հիվանդ երեխայի հազալու և փռչտալու ժամանակ՝ քթի և լորձի կաթիլների միջոցով: ՀԻԲ վարակը տարածվում է նաև հիվանդ երեխաների խաղալիքների և այլ առարկաների միջոցով, որոնք նրանք տանում են բերանը: Տարածման ռիսկը մեծանում է, եթե երեխան հաճախում է մանկական հաստատություն:

Երեխաները հաճախ կրում են ՀԻԲ վարակը առանց կլինիկական նշանների, սակայն միևնույն է, նրանք կարող են վարակել միմյանց:

Կլինիկական արտահայտություններ

- բակտերային մենինգիտներ,
- թոքաբորբեր:

Նաև՝

- արյան,
- ոսկրերի,
- կոկորդի,
- փափուկ հյուսվածքների,
- սրտապարկի ախտահարում

ՀԻԲ-ը նորածինների և մինչև հինգ տարեկան երեխաների մոտ բակտերային մենինգիտների դեպքերի մեկ-երրորդից մինչև մեկ-երկրորդի պատճառն է հանդիսանում: Նույնիսկ ճիշտ բուժման դեպքում ախտահարված երեխաների 3-ից 25-ը կարող են մահանալ: ՀԻԲ մենինգիտները տարած երեխաների 15-ից 35-ի մոտ մնում են կայուն նյարդաբանական բարդություններ, ինչպիսիք են շարժունակության սահմանափակումները, մտավոր թուլությունը և լսողության կորուստը:

Ըստ ԱՀԿ-ի յուրաքանչյուր տարի մոտ 450 000 չպատվաստված երեխա մահանում է ՀԻԲ հիվանդությունից: Սովորաբար ՀԻԲ-ը չի ախտահարում մեծահասակներին:

Չնայած Հեմոֆիլուս ինֆլուենզա անվանը՝ ՀԻԲ-ը չի հարուցում գրիպ կամ գրիպանման հիվանդություններ:

Կանխարգելումը

ՀԻԲ վարակն առավել բնորոշ է մինչև 5 տարեկան երեխաներին: 4-12 ամսական երեխաները համարվում են առավել խոցելի խումբ: Շատ կարևոր է պատվաստել երեխաներին և կանխել հիվանդության զարգացումը առավել վաղ տարիքային շրջանում:

Բուժումը

Կախված է հարուցած հիվանդությունից և հիվանդության ծանրության աստիճանից: Ցուցված է հակաբիոտիկային բուժում հիվանդանոցային պայմաններում:

6. ՈԱԽԻՏ

Աճող ոսկրերի կամ օստեոիդ հյուսվածքի հանքայնացման խանգարումը կոչվում է **ռախիտ**:

Ռախիտի պատճառ կարող են լինել բոլոր այն հիվանդությունները, որոնք ուղեկցվում են կալցիումի և ֆոսֆորի փոխանակության խանգարումներով և հանգեցնում են աճող ոսկրերի ապահանքայնացման (դեմիներալիզացիայի):

Վիտամին Դ-ի պակասի հետևանքով առաջացած աճող ոսկրերի հանքայնացման և ոսկրագոյացման խանգարումը կոչվում է **վիտամին Դ պակասային ռախիտ**:

Վիտամին Դ-ի նյութափոխանակությունը

Օրգանիզմը 2 ճանապարհով է ստանում վիտամին Դ.

1. **Սննդում** պարունակվող վիտ Դ2-ն և Դ3-ը ճարպալույծ մյուս վիտամինների հետ, լեղու ազդեցությամբ ներծծվում են աղիների ամբողջ երկայնքով (կրծքի հասակի երեխաների վիտ Դ-ի հիմնական աղբյուրն է):
2. **Մաշկը** պարունակում է 7-դեհիդրոխոլեստերին, որը ուլտրամանուշակագույն ճառագայթների (ՈՒՄՆ) ներքո դառնում է վիտամին Դ3 (մարդու օրգանիզմի Դ վիտամինի հիմնական աղբյուրն է, բացառություն են կազմում միայն կրծքի հասակի երեխաները):

Վիտամին Դ-պակասային ռախիտի պատճառները

Արևի ճառագայթների պակաս

- հագուստի հիգիենայի խախտումներ,
- խնամքի խախտումներ,
- օդի աղտոտվածություն, թունամշուշ (սմոգ):

Սննդում վիտամին Դ-ի պակաս

- մինչև 1 տարեկան երեխաների սնուցում կովի կաթով կամ ոչ ադապտացված խառնուրդով,
- ռացիոնալ սնուցման պահանջների խախտումներ,
- բուսակերություն:

Բնածին (ներարգանդային)

- հղիների վիտամին Դ-ի կանխարգելման խախտումներ կամ ոչ բավարար ինսուլյացիա և դիետա,
- ստամոքսաղիքային, լյարդի, ենթաստամոքսային գեղձի քրոնիկ հիվանդություններ ունեցող մայրերից ծնված երեխաներ:

Առանձին խումբ են կազմում **անհաս** նորածինները, որոնց վիտամին Դ-ի պահանջարկը օրգանիզմի արագ աճի հետևանքով բարձր է:

Կլինիկական արտահայտություններ

Ոսկրային փոփոխությունները ռախիտի ժամանակ կարող են ճանաչվել վիտամին Դ-ի մի քանի ամսվա պակասից հետո: Հասուն ծնվածների մոտ դրանք ճանաչվում են 2-3 ամսականում, իսկ անհաս ծնվածի մոտ՝ ավելի շուտ:

Ընդհանուր վիճակ

- ընդհանուր գրգռվածություն,
- արտահայտված քրտնարտադրություն:

Գլուխ

- կրանիոտաբես,
- մեծ գաղտունը սովորականից ավելի մեծ է. նրա փակվելը կարող է դանդաղել և ավարտվել կյանքի երկրորդ տարուց հետո,
- խորանարդաձև գլուխ (կողմնոսկրերի և ճակատոսկրերի հաստացում), գլխի չափերը նորմայից կարող են քիչ մեծ լինել,
- կաթնատամների ծկթման դանդաղում, էմալի դեֆեկտներ:

Կրծքավանդակ

- կողերի համրիչներ (հաստացած կողաճառային միացումներ), Հարիսոնյան ակոս (ակոս ստոծանու կաման գծով),
- աղավնու կուրծք, կոշկակարի կուրծք (կրծքավանդակը ֆրոնտալ ուղղությամբ տափակելու արդյունքում կրծոսկրը կամ առաջ է ցցվում կամ ներքաշվում):

Ողնաշար

- կողմնային ծռումներ (սկոլիոզ), առաջահետին ծռումներ (կիֆոզ, լորդոզ)՝ կապանային ապարատի թուլության արդյունքում:

Կոնք

- լորդոզի դեպքում՝ կոնքի ուղեկցող դեֆորմացիաներ,
- կոնքի աճի դանդաղում:

Վերջույթներ

- նախադաստակների և կոճերի էպիֆիզների արտացցումներ՝ ապարանջաններ,
- ազդրոսկրի, սրունքի O-ձև և X-ձև դեֆորմացիաներ,
- փոքր և մեծ ուղքների առաջային ծռություն,
- կապանների թուլություն և հոդերի գերշարժունություն:

Մկաններ

- մկանների ընդհանուր հիպոտրոֆիա և հիպոտոնիա. երեխաները ուշ են ոտքի կանգնում և քայլում,
- որովայնի չափերի մեծացում:

Բարդություններ

- Ռախիտով տառապող կրծքահասակ երեխաները հաճախակի են հիվանդանում ստորին շնչուղիների վարակներով:
- Կրծքավանդակի դեֆորմացիայի ծանր ձևերը հաճախ զուգակցվում են թոքերի ատելեկտազի հետ:

- Ռախիտը նպաստում է նաև այլ վարակային և բորբոքային հիվանդությունների ծանր ընթացքին և այդ հիվանդությունների մահաբերության բարձրացմանը:
- Աղջիկների կոնքա-սրբանային կայուն ռախիտիկ փոփոխությունները հետագայում կարող են հանգեցնել ծննդաբերության դժվարությունների, իսկ որոշ դեպքերում կեսարյան հատման ցուցում են հանդիսանում:

Ախտորոշում

- Վիտամին Դ պակասային ռախիտի ախտորոշումը հիմնված է երեխայի տարիքի, վիտամին Դ-ի անբավարարությունը փաստող անամնեզի և օբյեկտիվ քննության տվյալների վրա:
- Չնայած ընդհանուր անհանգստությունը և բարձրացած քրտարտադրությունը ռախիտի առաջին նշաններն են, միայն այս նշանների առկայությունն անբավարար է «ռախիտ» ախտորոշելու համար: Անհրաժեշտ է նաև ռախիտին բնորոշ վերը նշված ոսկրային փոփոխությունները փաստող կլինիկական կամ ռենտգենաբանական առնվազն մեկ նշան:
- Ախտորոշումը կարելի է հաստատել ռենտգենաբանական և կամ արյան կենսաքիմիական հետազոտություններով:

Նախածննդյան (անտենատալ) կանխարգելում

Ռախիտի կանխարգելումը պետք է սկսել դեռ մինչև երեխայի ծնվելը: Այն ներառում է՝

- հղի կնոջ լիարժեք քուն,
- զբոսանք մաքուր օդում (օրը 2-4 ժամ, ցանկացած եղանակին),
- ռացիոնալ սնունդ (կալցիումով և վիտամին Դ-ով հարուստ սննդամթերք),
- անձնական հիգիենայի պահպանում,
- վիտամին Դ-ն չպետք է գերազանցի 400 ՄՄ/օրը առանձին կամ Կալցիումի պրեպարատների կամ վիտամինային հավելումների հետ:

Հետծննդյան կանխարգելում

Ոչ դեղորայքային

- Կերակրող մոր և երեխայի հանգստի, սննդի, անձնական հիգիենա:
- Զբոսանք մաքուր օդում:

Դեղորայքային

Դեղորայքային կանխարգելումը կատարվում է երբ երեխաները.

- սնվում են բացառապես կրծքով, քանի որ կրծքի կաթը վիտամին Դ-ի շատ քիչ քանակություն է պարունակում,
- արհեստական սնուցման դեպքում, եթե ստանում են 1 լիտրից պակաս ադապտացված կաթնախառնուրդ:

Ռախիտի կանխարգելումը սկսում են ծննդյան առաջին օրերից: Երեխաների համար վիտամին Դ-ի դեղաչափը կազմում է 400-500 ՄՄ/օրը, կյանքի առաջին, երկրորդ տարվա ընթացքում:

Բուժում

- Վիտամին Դ 2000-5000 ՄՄ օրական, 30-ից 45 օրվա ընթացքում: Բուժական արդյունք ստանալուց հետո օրվա դեղաչափը իջեցվում է մինչև կանխարգելիչ՝ 400-ից 500 ՄՄ, որը երեխան ստանում է 2 տարվա ընթացքում ամեն օր և 3-րդ տարվա մեջ՝ միայն ձմռանը:
- Ca-ի պրեպարատներ (Ca գլիցերոֆոսֆատ, Ca գլյուկոնատ, Ca կարբոնատ) 2-ից 3 շաբաթ տևողությամբ:

7. ԵՐԿԱԹՂԱԿԱՍԱՅԻՆ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սակավարյունությունը արյան միավոր ծավալում էրիթրոցիտների թվի և կամ հեմոգլոբինի խտության իջեցումն է՝ տարիքային նորմայի²⁹ ամենացածր արժեքի համեմատ:

Երկաթապակասային սակավարյունությունը առաջանում է օրգանիզմում երկաթի անբավարար կուտակման կամ ներմուծման հետևանքով: Երկաթապակասային սակավարյունությունը ամենահաճախ հանդիպող տեսակն է մանկական տարիքում:

Երկաթապակասային սակավարյունության զարգացման հիմնական պատճառներն են.

Սննդի հետ ներմուծվող երկաթի անբավարար քանակություն և ներծծման խանգարումներ

- երկաթով աղքատ սնունդ,
- թերսնուցում,
- երկաթի ներծծման խանգարումներ, այդ թվում՝
- մինչև 1 տարեկան երեխաներին կովի կաթով կերակրում:

Երկաթի անբավարար պաշարներ

- անհասություն կամ ծննդյան ցածր քաշ,
- իմունաբանական (ռեզուս) կամ այլ կոնֆլիկտներ,
- պերինատալ արյունահոսություններ:

²⁹ Տե՛ս Հավելված 11-ը:

Երկաթի կորուստ

- աղեստամոքսային համակարգի վարակներ,
- հեմոռագիկ դիաթեզներ
- մինչև 6 ամսական մանկան կերակրումը կովի կաթով կամ չադապտացված այլ կաթնախառնուրդով,
- հելմինթոզներ (Հայաստանում առավել տարածված են ասկարիդոզը և էնտերոբիոզը):

Աղյուսակ 8

Երկաթապակասային սակավարյունության հաճախ հանդիպող պատճառները և ախտաճազման մեխանիզմները ըստ տարիքային խմբերի

Տարիք	Հիմնական (գերակշռող) պատճառները	Ախտաճազման մեխանիզմները
1 – 4 ամսական	Անհասություն Պերինատալ արյունահոսություն Նորածինների հեմոլիտիկ հիվանդություն	Երկաթի ցածր պաշարներ ծնվելիս Երկաթի/արյան կորուստ Երկաթի/արյան կորուստ
6-ից 12 ամսական	Սնուցման խանգարումներ Կովի կաթով սնուցում	Երկաթի անբավարար ներմուծում Երկաթի/արյան կորուստ
12-ից 24 ամսական	Ալիմենտար (թերսնվածություն) Կովի կաթի չարաշահում Քրոնիկ դիարեա Մալաբսորբցիա	Երկաթի անբավարար ներմուծում Երկաթի/արյան կորուստ Երկաթի/արյան կորուստ Երկաթի/արյան կորուստ
2 տարեկանից մեծ	Ստամոքս-աղիքային խոց Մեկելյան դիվերտիկուլ Հելմինթոզներ Մեմոռագիա Քրոնիկ կոլիտներ, պոլիպներ	Երկաթի/արյան կորուստ Երկաթի/արյան կորուստ Երկաթի/արյան կորուստ Երկաթի/արյան կորուստ

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ արտահայտություններ

- Քանի դեռ սակավարյունությունը չի ծանրացել, ախտանիշները սովորաբար չեն արտահայտվում: Հաճախ ծնողները գանգատ չեն նշում, և սակավարյունությունը ախտորոշվում է առողջության պարտադիր սկրինինգների³⁰ միջոցով՝ երեխայի առողջության վերահսկման այցերի ժամանակ:
- Մինչև 2 տարեկան երեխաները կարող են *գունատ, շուտ հոգնող, անհանգիստ, լացկան* լինել կամ վարքագծային խանգարումներ ունենալ. օրինակ՝ *լացելիս պահում են շնչառությունը* կամ *շատ դյուրագրգիռ են*:
- Ավելի մեծ երեխաների մոտ բացի գունատությունից կարող են նկատվել նաև *ֆիզիկական ծանրաբեռնության հանդեպ ցածր դիմադրողականություն, սրտխփոց, հևոց, գլխապտույտ, ուշաթափություն, անուշադրություն ու ուսման առաջադիմության իջեցում* և այլն:
- Թեթևից մինչև միջին ծանրության սակավարյունության (հեմոգլոբինը 60-100գ/լ) դեպքում հարմարողական մեխանիզմների արդյունավետության շնորհիվ ախտանիշները կարող են աղքատիկ լինել:
- *Գունատությունը (հատկապես ափերի, շաղկապենու)* երկաթապակասային սակավարյունության կարևոր ախտանիշներից է: Սակայն եթե հեմոգլոբինը բարձր է 70գ/լ-ից, գունատությունը կարող է չնկատվել:
- Քրոնիկ, ծանր երկաթապակասային սակավարյունությանը բնորոշ են *կոիլոնիսիան (գդալանման եղունգներ)* և երեխայի ախորժակի այլակերպվածությունը՝ *պագոֆագիան (ուտում են մատիտ, կիր)*:
- Հիվանդների 10-15%-ը ունենում է *սպլենոմեգալիա*:

Ախտորոշում

Ախտորոշումը կատարվում է կլինիկական նշանների և լաբորատոր հետազոտությունների հիման վրա:

Լաբորատոր քննություն

- Սակավարյունությունն ախտորոշվում է, երբ հեմոգլոբինի կամ հեմատոկրիտի ցուցանիշը տարիքային նվազագույն նորմատիվներից ցածր է:
- Երկաթապակասային սակավարյունությանը բնորոշ են հիպոքրոմիան ($Fi < 0,9$), էրիթրոցիտների միկրոցիտոզը, անիզոցիտոզը (չափերի տարբերություն), ռետիկուլոցիտների քանակի նվազումը:
- Հետագա հետազոտության պլանը կախված է հայտնաբերված նշանների արտահայտվածությունից և հավանական ախտորոշումից:
- Արյան կորուստի կասկածի դեպքում՝ կղանքում անհրաժեշտ է ստուգել թաքնված արյան առկայությունը:
- Հելմինթոզի կասկածի դեպքում՝ համապատասխան հետազոտություն:

³⁰ Առողջ երեխայի մոտ սակավարյունության սկրինինգը կատարվում է 9 ամսականում և 12 տարեկանում, արյան ընդհանուր քննությունը՝ նախադպրոցական հաստատություն ու դպրոց ընդունվելիս: Տե՛ս ձեռնարկի «Սակավարյունության ստուգում» նյութը:

- ԷՆԱ-ի բարձրացումը կարող է վկայել աղիների բորբոքային հիվանդությունների մասին:

Բուժում

- Սակավարյունության պատճառի վերացում (քանի դեռ երկաթի պակասի պատճառը չի բացահայտվել և վերացվել, երկաթի պրեպարատների արդյունավետությունը փոքր է):
- Դիետայի կարգավորում և ընտանիքի ուսուցում.
- Կովի կաթը կրծքի հասակի երեխայի օրվա ռացիոնում պետք է սահմանափակել. դա կնպաստի երեխայի ռացիոնում երկաթով հարուստ սննդի տոկոսային ծավալի մեծացմանը և կկանխի ստամոքսաղիքային թաքնված արյունահոսությունը:
- Երկաթը կապող ֆենոլ պարունակող նյութերը (տանիները) ընկճում են երկաթի ներծծումը. թեյ, սուրճ, կակաո, խոտաբույսերից պատրաստված թուրմեր և որոշ համեմունքներ:
- Երկաթի պրեպարատների նշանակում`
- ներքին ընդունման երկաթի աղերի³¹ նշանակում. դեղաչափը` 3-6 մգ/կգ/օրը էլեմենտային երկաթի հաշվարկով³²:
- երկաթի պրեպարատների պարենթերալ նշանակում:

Երկաթի պրեպարատների պարենթերալ նշանակման ցուցումներն են.

- երեխայի մարսողության խանգարումները և մալաբսորբիցիան,
- բերանացի նշանակված երկաթի պրեպարատների ժամանակին և կանոնավոր չտալը ծնողի կողմից և ծնողների ուսուցման անարդյունավետությունը:

Երկաթապակասային սակավարյունության բուժման արդյունավետությունը հաստատող չափանիշներ

- բուժման երկրորդ, երրորդ օրերից սկսած (առավելագույնը` 5-ից 7օրերին) ռետիկուլոցիտոզի առաջացումը,
- 1 ամիս բուժումից հետո հեմոգլոբինի մակարդակի բարձրացումը առնվազն 10գ/լ-ով:

Երկաթի պրեպարատներով բուժման անարդյունավետության հավանական պատճառներն են.

- դեղը ժամանակին և կանոնավոր չտալը,
- նշանակված երկաթի պրեպարատի վատ ներծծումը, պայմանավորված.
 - անորակ դեղամիջոցի նշանակումով կամ
 - աղիների ներծծումը վատացնող գործոններով, այդ թվում. ըմպելիք /սննդատեսակ (օր.` թեյ, սուրճ, կովի կաթ), դեղորայք (օր.` տետրացիկլին), հիվանդություն (օր.` մալաբսորբիցիա),
- շարունակվող թաքնված արյունահոսությունը,

³¹ Տե՛ս Հավելված 12-ը:

³² Երկաթի պրեպարատը առավել լավ է յուրացվում անոթի ժամանակ ընդունելիս:

- սակավարյունության ոչ երկաթապակասային բնույթը:

Կանխարգելում

- Կրծքով սնուցում մինչև առնվազն մեկ տարեկանը, արհեստական սնուցման դեպքում միայն երկաթով հարստացված կաթնախառնուրդի օգտագործում:
- Մինչև 9 ամսականը կովի կաթի բացառում որպես ընպելիք, իսկ մեկ տարեկանից հետո օրական չափաբաժինը՝ 500մլ-ից ոչ ավելի:
- 6 ամսականից հետո հավելյալ սնուցում՝ երկաթով հարուստ սննդատեսակներով:

Երկաթով հարուստ սննդատեսակներ

Կենդանական բնույթի	Բուսական բնույթի
• լյարդ • կարմիր միս՝ տավարի, ոչխարի, խոզի • թռչնամիս • ձկներեն • ձու	• ձավարեղեն • լոբազգիներ՝ կանաչ ոլոռ, սիսեռ, ոսպ, սոյա • հնդկացորեն • մուգ կանաչ տերև՝ սպանախ, ավելուկ • կարտոֆիլ (կեղևը) • չորացրած միրգ

8. ՀԵԼՄԻՆԹՈՋՆԵՐ

Հելմինթոզները զգալիորեն տարածված են երեխաների շրջանում: Երեխայի օրգանիզմում միաժամանակ կարող են մակաբուծվել մի քանի տեսակի հելմինթներ: Հելմինթների մեծ մասը հիմնականում տեղակայվում է աղիներում, որտեղ էլ տեղի է ունենում ձվադրությունը:

Հելմինթոզները հիմնականում ունենում են քրոնիկ ընթացք: Երեխաների շրջանում հիվանդության ընթացքը կախված է ինվազիայի (վարակման) աստիճանից, մակաբույծների շտամների տեսակից, երեխայի ընդհանուր վիճակից:

Ա. ԱՍԿԱՐԻԴՈԶ

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը՝ *Ascaris lumbricoides*: Ընթանում է ստամոքս-աղիքային և կենտրոնական նյարդային համակարգերի ախտահարմամբ:

Փոխանցման ուղիները՝ կենցաղային, սննդային, ջրային: Փոխանցման հիմնական ուղին՝ ֆեկալ-օրալ է: Երբ մարդը կուլ է տալիս որդի հասուն ձվիկները, բարակ աղիների վերին հատվածում դրանցից դուրս են գալիս թրթուրներ, որոնք, աղիների պատի միջով թափանցելով դմբերակ (*vena porta*), անցնում են արյան շրջանառության մեջ, լյարդով և վերին սիներակով հասնում սրտի աջ հատված: Թրթուրները թոքային զարկերակով անցնում են թոքեր և թոքային մազանոթների պատերի միջով թափանցում ավելուներ: Շնչառական ուղուց անցնում են բերանի խոռոչ (հաճախ գիշերը) և խառնվելով քթին՝ նորից կուլ գնում: Թրթուրը, նորից ընկնելով աղու մեջ, 2,5-ից 3 ամիս հետո դառնում է հասուն որդ:

Փոխանցման գործոններ՝ ջուր, բանջարեղեն, հատապտուղ, կեղտոտ ձեռքեր:

Ախտածնություն

Ասկարիդոզի վաղ՝ թափառող (միգրացիայի) շրջանին բնորոշ է հետևյալ ախտածին մեխանիզմը՝ թրթուրների վնասվածքային ազդեցությունը և մակաբուծային հակածիններով սենսիբիլիզացիան, որի ընթացքում տարբեր օրգաններում և հյուսվածքներում առաջանում է ախտահարումների 2 հիմնական տեսակ.

- միգրացող թրթուրների վնասվածքային ազդեցություն տարբեր օրգաններում և հյուսվածքներում արյունազեղումների առաջացումով,
- հյուսվածքների (որոնցում զարգանում են թրթուրները) էոզինոֆիլային բորբոքում:

Կլինիկական արտահայտություններ

- շնչառական օրգանների ախտահարման նշաններ,
- սուբֆերիլ ջերմություն,
- ընդհանուր թուլություն,
- գլխացավ,
- զանազան ալերգիկ երևույթներ
- հեպատոմեգալիա,
- թոքաբորբ,
- բրոնխային ասթմա,
- ուրտիկար տիպի ցանավորում,
- ստամոքս-աղիքային համակարգի խանգարումներ՝ ախորժակի փոփոխություն, ցավեր որովայնի շրջանում, թքահոսություն, ատամների կրճտոց:

Բարդություններ

- աղիների անանցանելիություն,
- բիլիար, պանկրեատիկ կամ լյարդային ասկարիդոզ,
- ասկարիդային ապենդիցիտ,
- էնցեֆալոպաթիա:

Լաբորատոր ախտորոշումը կատարվում է կղանքում հեղինքների ձվիկների հայտնաբերմամբ:

Բուժում

- Մեբենդազոլ (Mebendazole)՝ 100 մգ x 2 երեք օրվա ընթացքում (մեկ կուրսին 600 մգ) կամ
- Պիրանտել (Pyrantel)՝ 10 մգ/կգ միանվագ կամ
- Ալբենդազոլ (Albendazole) (երկու և ավելի տարեկան երեխաների համար)՝ 400 մգ միանվագ:

Կանխարգելում

- պահպանել անձնական հիգիենայի կանոնները,
- կանխել տնամերձ տարածքների և երեխաների խաղատարածքների աղտոտումը կղանքով,
- բարեկարգել սանիտարական պայմանները,
- անցկացնել համապատասխան սանիտարահիգիենիկ միջոցառումներ մանակական կազմակերպություններում:

Բ. ԷՆՏԵՐՈԲԻՈՋ

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը՝ Enterobius vermicularis

Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է: Վարակումը տեղի է ունենում սննդի, կեղտոտ ձեռքերի, փոշու միջոցով ձվիկների ներթափանցմամբ օրգանիզմ:

Ախտածնություն

Ախտածին մեխանիզմները զգալիորեն կախված են ինվազիայի ինտենսիվությունից (մակաբուծային ծանրաբեռնվածությունից) և կարող են բերել հելմինթների մեխանիկական, տոքսիկ-ալերգիկ, հոգեծին ազդեցության:

Կլինիկական արտահայտություններ

- հետանցքի շրջանում քոր (հատկապես գիշերային ժամերին),
- քնի խանգարում,
- գերզրգուծվածություն,
- ցավեր որովայնի շրջանում,
- ախորժակի փոփոխություն, սրտխառնոց,
- աղջիկների արտաքին սեռական օրգանների բորբոքում:

Բարդություններ

- վուլվովագինիտ,
- անոգենիտալ պրուրիտը (անտանելի քոր),,
- ապենդիցիտ (հազվադեպ):

Ախտորոշում

Էնտերոբիոզի ախտորոշումն իրականացվում է հետանցքի շրջանի քերուքի, կաշուն ժապավենի միջոցով:

Խորհուրդ է տրվում կատարել 5-ից ոչ պակաս կրկնակի հետազոտություն՝ բացառելու համար ինվազիայի հավանականությունը և լաբորատորիայի պատասխանում նշել ինվազիայի ինտենսիվությունը (անուղղակիորեն, ըստ ձվիկների քանակի):

Բուժում

- Մեբենդազոլ (Mebendazole)՝ 100 մգ միանվագ, անկախ տարիքից կամ
- Պիրանտել (Pyrantel)՝ 10 մգ/կգ միանվագ կամ
- Ալբենդազոլ (Albendazole), (երկու և ավելի տարեկան երեխաների համար)՝ 400 մգ միանվագ:
- Բուժումը կրկնել երկու շաբաթ անց:

Խորհուրդներ

- Սենյակը խոնավ եղանակով մաքրել (սրատուտի ձվիկները կենսունակ են մի քանի շաբաթ և կարող են հայտնաբերվել գործերի, գորգերի, անկողնային և անձնական սպիտակեղենի վրա),
- ամեն օր փոխել երեխայի անկողնային և անձնական սպիտակեղենը,
- կարճ կտրել երեխայի եղունգները,
- օրը երկու անգամ՝ առավոտյան և երեկոյան լվանալ երեխայի հետույքը և շեքի շրջանը:

Բուժման արդյունավետությունը հսկելը նպատակահարմար է էներգորիզի ձգձգվող և կրկնվող ընթացքների ժամանակ:

Հետազոտությունը պետք է կատարել ախտորոշման ընդունված մեթոդներով բուժման կուրսի ավարտից հետո սկսած 15-րդ օրից (ոչ ավելի վաղ):

Անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ պերիանալ քորը կարող է պահպանվել երկար ժամանակ անգամ ինվազիայի բացակայության պայմաններում ԿՆՀ-ում գրգռվող կայուն օջախներ առաջանալու հետևանքով:

Շփման միջոցով տարածվող հելմինթոզները կանխարգելելու հիմնական միջոցառումներ

- բնակչության շրջանում բժշկահիգիենիկ գիտելիքների քարոզչություն,
- սանիտարահիգիենիկ, հակահամաճարակային ռեժիմի և անձնական հիգիենայի կանոնների խստիվ պահպանում,
- պլանային հետազոտություններ մանկական կազմակերպություններում,
- վարակի աղբյուրի հայտնաբերում և բուժում,
- շփված անձանց հետազոտություն (ընտանիքի անդամներ, մանկական կազմակերպությունների այլ երեխաներ) և վարակը հայտնաբերելու դեպքում՝ բուժում:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1. «Կրծքի կաթի փոխարինիչների վաճառահանման միջազգային օրենսգրքի» ամփոփագիր³³

1. Արգելվում է բնակչության շրջանում կրծքի կաթի փոխարինիչների և դրա հետ առնչվող այլ արտադրանքի գովազդը:
2. Մայրերի շրջանում արգելվում է կաթնախառնուրդի անվճար օրինակների տարածումը:
3. Արգելվում է այդ արտադրանքի խրախուսումն առողջապահական հիմնարկներում, ներառյալ կաթնախառնուրդների անվճար օրինակներ տալը:
4. Արհեստական կաթնախառնուրդներ արտադրող և կամ բաշխող կազմակերպությունների աշխատակիցներին արգելվում է մայրերին խորհուրդ տալը:
5. Արհեստական կաթնախառնուրդներ արտադրող և կամ բաշխող կազմակերպություններին արգելվում է բուժաշխատողներին նվերներ և օրինակներ տալը:
6. Արգելվում է արհեստական սնուցումն իդեալականացնող բառերի կամ պատկերների, այդ թվում մանուկների նկարների տեղադրումն արտադրանքի պիտակներին:
7. Բուժաշխատողներին տրվող տեղեկությունները պետք է լինեն իրական և փաստացի:
8. Մանուկների արհեստական սնուցման վերաբերյալ ողջ տեղեկատվությունը, ներառյալ պիտակների վրա տպված գրառումները պետք է բացատրեն կրծքով սնուցման առավելությունները և արհեստական սնուցման վտանգները:
9. Արգելվում է մանկան սնուցման համար անհամապատասխան մթերք գովազդելը, օրինակ՝ քաղցրացված, խտացրած կաթ:
10. Արտադրողներն ու վաճառահանողները պետք է պահպանեն օրենսգրքի պայմանները, նույնիսկ, եթե երկրներն օրենսգրքի պահպանման ուղղությամբ միջոցներ չեն ձեռնարկել:

Բժշկական օգնության կազմակերպման
վարչության պետ՝

Վ. Պողոսյան

³³ Գլուխ III/Հավելված N10

ՀՀ Առողջապահության նախարարության 28.11.2008թ. N1746-Ա հրամանի:

**Հավելված 2. «Գովազդի մասին» ՀՀ օրենքում լրացում և փոփոխություն
կատարելու մասին**³⁴

«Գովազդի մասին» ՀՀ օրենքի 15 հոդվածը լրացնել հետևյալ բովանդակությամբ նոր՝ 6-րդ կետով.

«6. Արգելվում է՝

- ա) մինչև 6 ամսական երեխաների համար նախատեսված և մայրական կաթի փոխարեն օգտագործվող ցանկացած սնունդ և հեղուկ, ինչպես նաև կերակրման շշեր և ծծակներ գովազդելը,
- բ) կրծքի կաթի փոխարինիչների տուփերի վրա տվյալ արտադրանքը գովազդող գրառումներ և նկարներ տեղադրելը,
- գ) կրծքի կաթի փոխարինիչներ իրացնելը՝ առանց վերջիններիս տուփի վրա կրծքով սնուցման առավելությունների մասին գրառումների,
- դ) գովազդի նպատակով կրծքի կաթի փոխարինիչներ անվճար տարածելը»:

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

ՆԱԽԱԳԱՐ Ռ. ՔՈՉԱՐՅԱՆ

21 մայիսի 1999թ, Երևան

³⁴ Գլուխ III/Հավելված N11

ՀՀ Առողջապահության նախարարության 28.11.2008թ. N1746-Ա հրամանի:

Հավելված 3. Հավելյալ սնուցման խորհրդատվություն

Տարիքը	Խտությունն ու բաղադրությունը	Հաճախականությունը	Յուրաքանչյուր կերակրման ժամանակ սննդի քանակը
6 ամսականից հետո	Շիլաներ, լավ տրորած բանջարեղեն, միս, միրգ	Օրական 2 անգամ գումարած հաճախակի կրծքով սնուցում	2-3 ճաշի գդալից մինչև 100-150 մլ
7-8 ամսական	Տրորած սնունդ	Օրական 3 անգամ և հաճախակի կրծքով սնուցում	Աստիճանաբար ավելացնել մինչև 250 մլ բաժակի 2/3 չափ յուրաքանչյուր կերակրման ժամանակ
9-11 ամսական	Մանրացրած կամ տրորած սնունդ կամ կերակուր, որը երեխան կարող է բռնել	Երեք կերակրում, մեկ ետճաշիկ, կրծքով սնուցում	250 մլ բաժակի 3/4
12-24 ամսական	Ընդհանուր սեղան, մանրացնել կամ տրորել ըստ անհրաժեշտության	Երեք կերակրում, երկու ետճաշիկ կերակրումների միջև, կրծքով սնուցում	250-300մլ՝ 1լրիվ բաժակ կամ մի քիչ ավելի

Հավելված 4. ԶՆ պերցենտիլներ
Տղաների ԶՆ պերցենտիլներն ըստ տարիքի և հասակի

տարիք	ԶՆ պերցենտիլ	սիստոլային ԶՆ մմ սս								դիաստոլային ԶՆ մմ սս							
		հասակի պերցենտիլ								հասակի պերցենտիլ							
		5-րդ	10-րդ	25-րդ	50-րդ	75-րդ	90-րդ	95-րդ		5-րդ	10-րդ	25-րդ	50-րդ	75-րդ	90-րդ	95-րդ	
1	50-րդ	80	81	83	85	87	88	89		34	35	36	37	38	39	39	
	90-րդ	94	95	97	99	100	102	103		49	50	51	52	53	53	54	
	95-րդ	98	99	101	103	104	106	106		54	54	55	56	57	58	58	
	99-րդ	105	106	108	110	112	113	114		61	62	63	64	65	66	66	
2	50-րդ	84	85	87	88	90	92	92		39	40	41	42	43	44	44	
	90-րդ	97	99	100	102	104	105	106		54	55	56	57	58	58	59	
	95-րդ	101	102	104	106	108	109	11		59	59	60	61	62	63	63	
	99-րդ	109	110	111	113	115	117	117		66	67	68	69	70	71	71	
3	50-րդ	86	87	89	91	93	94	95		44	44	45	46	47	48	48	
	90-րդ	100	101	103	105	107	108	109		59	59	60	61	62	63	63	
	95-րդ	104	105	107	109	110	112	113		63	63	64	65	66	67	67	
	99-րդ	111	112	114	116	118	119	120		71	71	72	73	74	75	75	
4	50-րդ	88	89	91	93	95	96	97		47	48	49	50	51	51	52	
	90-րդ	102	103	105	107	109	110	111		62	63	64	65	66	66	67	
	95-րդ	106	107	109	111	112	114	115		66	67	68	69	70	71	71	
	99-րդ	113	114	116	118	120	121	122		74	75	76	77	78	78	79	
5	50-րդ	90	91	93	95	96	98	98		50	51	52	53	54	55	55	
	90-րդ	104	105	106	108	110	111	112		65	66	67	68	69	69	70	
	95-րդ	108	109	110	112	114	115	116		69	70	71	72	73	74	74	
	99-րդ	115	116	118	120	121	123	123		77	78	79	80	81	81	82	
6	50-րդ	91	92	94	96	98	99	100		53	53	54	55	56	57	57	
	90-րդ	105	106	108	110	111	113	113		68	68	69	70	71	72	72	
	95-րդ	109	110	112	114	115	117	117		72	72	73	74	75	76	76	
	99-րդ	116	117	119	121	123	124	125		80	80	81	82	83	84	84	
7	50-րդ	92	94	95	97	99	100	101		55	55	56	57	58	59	59	
	90-րդ	106	107	109	111	113	114	115		70	70	71	72	73	74	74	
	95-րդ	110	111	113	115	117	118	119		74	74	75	76	77	78	78	
	99-րդ	117	118	120	122	124	125	126		82	82	83	84	85	86	86	
8	50-րդ	94	95	97	99	100	102	102		56	57	58	59	60	60	61	
	90-րդ	107	109	110	112	114	115	116		71	72	72	73	74	75	76	
	95-րդ	111	112	114	116	118	119	120		75	76	77	78	79	79	80	
	99-րդ	119	120	122	123	125	127	127		83	84	85	86	87	87	88	
9	50-րդ	95	96	98	100	102	103	104		57	58	59	60	61	61	62	
	90-րդ	109	110	112	114	115	117	118		72	73	74	75	76	76	77	
	95-րդ	113	114	116	118	119	121	121		76	77	78	79	80	81	81	
	99-րդ	120	121	123	125	127	128	129		84	85	86	87	88	88	89	
10	50-րդ	97	98	100	102	103	105	106		58	59	60	61	61	62	63	
	90-րդ	111	112	114	115	117	119	119		73	73	74	75	76	77	78	
	95-րդ	115	116	117	119	121	122	123		77	78	79	80	81	81	82	
	99-րդ	122	123	125	127	128	130	130		85	86	86	88	88	89	90	
11	50-րդ	99	100	102	104	105	107	107		59	59	60	61	62	63	63	
	90-րդ	113	114	115	117	119	120	121		74	74	75	76	77	78	78	
	95-րդ	117	118	119	121	123	124	125		78	78	79	80	81	82	82	
	99-րդ	124	125	127	129	130	132	132		86	86	87	88	89	90	90	
12	50-րդ	101	102	104	106	108	109	110		59	60	61	62	63	63	64	
	90-րդ	115	116	118	120	121	123	123		74	75	75	76	77	78	79	
	95-րդ	119	120	122	123	125	127	127		78	79	80	81	82	82	83	
	99-րդ	126	127	129	131	133	134	135		86	87	88	89	90	90	91	
13	50-րդ	104	105	106	108	110	111	112		60	60	61	62	63	64	64	
	90-րդ	117	118	120	122	124	125	126		75	75	76	77	78	79	79	
	95-րդ	121	122	124	126	128	129	130		79	79	80	81	82	83	83	
	99-րդ	128	130	131	133	135	136	137		87	87	88	89	90	91	91	
14	50-րդ	106	107	109	111	113	114	115		60	61	62	63	64	65	65	
	90-րդ	120	121	123	125	126	128	128		75	76	77	78	79	79	80	
	95-րդ	124	125	127	128	130	132	132		80	80	81	82	83	84	84	
	99-րդ	131	132	134	136	138	139	140		87	88	89	90	91	92	92	
15	50-րդ	109	110	112	113	115	117	117		61	62	63	64	65	66	66	
	90-րդ	122	124	125	127	129	130	131		76	77	78	79	80	80	81	
	95-րդ	126	127	129	131	133	134	135		81	81	82	83	84	85	85	
	99-րդ	134	135	136	138	140	142	142		88	89	90	91	92	93	93	
16	50-րդ	111	112	114	116	118	119	120		63	63	64	65	66	67	67	
	90-րդ	125	126	128	130	131	133	134		78	78	79	80	81	82	82	
	95-րդ	129	130	132	134	135	137	137		82	83	83	84	85	86	87	
	99-րդ	136	137	139	141	143	144	145		90	90	91	92	93	94	94	
17	50-րդ	114	115	116	118	120	121	122		65	66	66	67	68	69	70	
	90-րդ	127	128	130	132	134	135	136		80	80	81	82	83	84	84	
	95-րդ	131	132	134	136	138	139	140		84	85	86	87	87	88	89	
	99-րդ	139	140	141	143	145	146	147		92	93	93	94	95	96	97	

Աղջիկների 26 պերցենտիլներն ըստ տարիքի և հասակի

տա- րիք	26 պեր- ցենտիլ	սիստոլային 26 մմ սս հասակի պերցենտիլ							դիաստոլային 26 մմ սս հասակի պերցենտիլ						
		5-րդ	10-րդ	25-րդ	50-րդ	75-րդ	90-րդ	95-րդ	5-րդ	10-րդ	25-րդ	50-րդ	75-րդ	90-րդ	95-րդ
1	50-րդ	83	84	85	86	88	89	90	38	39	39	40	41	41	42
	90-րդ	97	97	98	100	101	102	103	52	53	53	54	55	55	56
	95-րդ	100	101	102	104	105	106	107	56	57	57	58	59	59	60
	99-րդ	108	108	109	111	112	113	114	64	64	65	65	66	67	67
2	50-րդ	85	85	87	88	89	91	91	43	44	44	45	46	46	47
	90-րդ	98	99	100	101	103	104	105	57	58	58	59	60	61	61
	95-րդ	102	103	104	105	107	108	109	61	62	62	63	64	65	65
	99-րդ	109	110	111	112	114	115	116	69	69	70	70	71	72	72
3	50-րդ	86	87	88	89	91	92	93	47	48	48	49	50	50	51
	90-րդ	100	100	102	103	104	106	106	61	62	62	63	64	64	65
	95-րդ	104	104	105	107	108	109	110	65	66	66	67	68	68	69
	99-րդ	111	111	113	114	115	116	117	73	73	74	74	75	76	76
4	50-րդ	88	88	90	91	92	94	94	50	50	51	52	52	53	54
	90-րդ	101	102	103	104	106	107	108	64	64	65	66	67	67	68
	95-րդ	105	106	107	108	110	111	112	68	68	69	70	71	71	72
	99-րդ	112	113	114	115	117	118	119	76	76	76	77	78	79	79
5	50-րդ	89	90	91	93	94	95	96	52	53	53	54	55	55	56
	90-րդ	103	103	105	106	107	109	109	66	67	67	68	69	69	70
	95-րդ	107	107	108	110	111	112	113	70	71	71	72	73	73	74
	99-րդ	114	114	116	117	118	120	120	78	78	79	79	80	81	81
6	50-րդ	91	92	93	94	96	97	98	54	54	55	56	56	57	58
	90-րդ	104	105	106	108	109	110	111	68	68	69	70	70	71	72
	95-րդ	108	109	110	111	113	114	115	72	72	73	74	74	75	76
	99-րդ	115	116	117	119	120	121	122	80	80	80	81	82	83	83
7	50-րդ	93	93	95	96	97	99	99	56	56	56	57	58	58	59
	90-րդ	106	107	108	109	111	112	113	70	70	70	71	72	72	73
	95-րդ	110	111	112	113	115	116	116	74	74	74	75	76	76	77
	99-րդ	117	118	119	120	122	123	124	81	81	82	82	83	84	84
8	50-րդ	95	95	96	98	99	100	101	57	57	57	58	59	60	60
	90-րդ	108	109	110	111	113	114	114	71	71	71	72	73	74	74
	95-րդ	112	112	114	115	116	118	118	75	75	75	76	77	78	78
	99-րդ	119	120	121	122	123	125	125	82	82	83	83	84	85	86
9	50-րդ	96	97	98	100	101	102	103	58	58	57	59	60	61	61
	90-րդ	110	110	112	113	114	116	116	72	72	71	73	74	75	75
	95-րդ	114	114	115	117	118	119	120	76	76	75	77	78	79	79
	99-րդ	121	121	123	124	125	127	127	83	83	84	84	85	86	87
10	50-րդ	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90-րդ	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95-րդ	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99-րդ	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50-րդ	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90-րդ	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95-րդ	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99-րդ	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50-րդ	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90-րդ	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95-րդ	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99-րդ	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50-րդ	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90-րդ	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95-րդ	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99-րդ	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50-րդ	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90-րդ	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95-րդ	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99-րդ	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50-րդ	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90-րդ	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95-րդ	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99-րդ	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50-րդ	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90-րդ	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95-րդ	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99-րդ	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50-րդ	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90-րդ	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95-րդ	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99-րդ	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

**Հավելված 5. Այրետոնի քարտի լրացման օրինակ
ԵՐԵՄԱՅԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՔԱՐՏ (15 ամսականի այց)**

	ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ	ԻՆՔՆԱՄԱՍԱՐԿՈՒՄ	ՄԵԾ ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ	ՆՈՒՐԲ ՇԱՐԺՈՂԱԿԱՆ	ԼԵԶՈՒ (ԽՈՍՔ)
2.0տ. 21 ամս.	Սովորաբար արձագանքում է ուղղումներին, կանգ է առնում Ցուցաբերում է համակրանք մյուս երեխաների հանդեպ	Վրայից հանում է արձակված շորը առանց օգնության Ուտում է գդալով՝ փոքր-ինչ թափելով:	Բարձրանում և իջնում է աստիճաններով միայնակ Լավ է վազում, ընկնում է հազվադեպ	Մեկ առ մեկ թերթում է գրքի էջերը	Հետևում է երկու մասից բաղկացած հրահանգներին Օգտագործում է առավազն 10 բառ
18 ամս.	Երբեմն ասում է “ոչ”, երբ խանգարում են կամ միջամտում ✓	Ուտում է պատառաքաղով	Ուտքով հարվածում է գնդակին ✓	Կառուցում է աշտարակ 4 և ավելի մասերից	Հետևում է պարզ հրահանգներին ✓
	Ողջույն է արտահայտում ձեռքով կամ ասում է «հաջող, պակա, ցե» ✓	Ինքնուրույն ուտում է գդալով	Վազում է	Խզբզում է կավիճով ✓	Բառերով պահանջում է սնունդ կամ հեղուկ ✓
15 ամս.	Համբուրում է կամ գրկում	Համառորեն ուզում է որևէ բան՝ անել ինքնուրույն (օրինակ՝ ուտել) ✓	Քայլում է առանց օգնության ✓	Երկու փոքր խաղալիքներ բռնում է մեկ ձեռքով	Խոսում է մեկական բառերով ✓
12 ամս.	Միտում է անկողնում պահել խաղալիքներ կամ հարազատ առարկաներ ✓	Բաժակը մոտեցնում է բերանին և խմում	Կանգնում է առանց օգնության ✓	Իրար վրա է շարում 2 և ավելի խորանարդիկներ	Արտաբերում է մեկ կամ երկու բառ՝ որպես առարկաների կամ գործողությունների անվանում ✓
	Խաղում է “ծափիկ-ծափիկ” կամ այլ խաղ՝ խաղում է հաղորդակցման խաղեր. ծիրակել կամ ցե-ցե անել	Վերցնում է գդալը՝ բռնելով պոչից ✓	Բռնվելով քայլում է կահույքի շուրջը Սողում է չորեքթաթ	Վերցնում է փոքր առարկաներ՝ օգտագործելով մալ բութը	Հասկանում է որոշ բառեր (“ոչ”, “կանգնիր”, “չկա”) Ասում է՝ “մամա”, “պապա” ✓
9 ամս.	Մի կողմ է հրում առարկան, որ չի ցանկանում		Միայնակ նստում է կայուն՝ առանց օգնության	Առարկան վերցնում է մատներով	Տարբեր ձայնարկություններ՝ մա, բա, դա.....
6 ամս.	Զգվում է դեպի ծանոթները	Ինքնուրույն թխվածքաբլիթ է ուտում	Շրջվում է մեջքից փորի վրա	Խաղալիքը փոխանցում է մի ձեռքից մյուսը	Արձագանքում է ձայնին, շուռ է գալիս և մայում
	Տարբերում է մորը՝ մյուսներից	Հանգստանում է բութ մատը բերանում պահելով կամ ծծակը ծծելով	Փորի վրա պառկած դիրքում պտտվում է մարմնի առանցքի շուրջ	Խաղալիքը վերցնում է մեկ ձեռքով	Ինքն-իրեն ձայներ է հանում

Հավելված 6. Խորհրդատվություն զարգացման նպատակով խնամքի վերաբերյալ

Մինչև 6 ամսական երեխաներ	6-12 ամսական	12ամսականից 2 տարեկան	2-ից 5տարեկան երեխաներ
Խաղացք Երեխային ծնված օրվանից հնարավորություն տվեք տեսնել, լսել, շոշափել և շարժվել: Ապահովեք երեխային մեծ վառ գույնի առարկաներով, որպեսզի երեխան ձգվի դեպի դրանք, ինչպես նաև հետևի դրանց շարժմանը:	Խաղացք Տվեք երեխային մաքուր և անվտանգ առարկաներ՝ տնային օգտագործման իրերից, որպեսզի կարողանա այն պահել ձեռքում կամ վայր գցի:	Խաղացք Տվեք երեխային այնպիսի առարկաներ, որոնք կարելի է դասավորել իրար վրա կամ իրար մեջ, ինչպես նաև հանել այնտեղից:	Խաղացք Օգնեք երեխային հաշվել, անվանել առարկաները և համեմատել դրանք: Պատրաստեք պարզ խաղալիքներ Ձեր երեխայի համար:
Շփվեք Երեխայի հետ շփման ժամանակ նայեք երեխայի աչքերին և ժպտացեք նրան: Շփման համար ամենալավը կրծքով կերակրման պահն է: Մեծանալուն զուգահեռ ավելի շատ խոսեք նրա հետ, զուգակցելով խոսքը տարբեր բառերով և շարժումներով:	Շփվեք Պատասխանեք երեխայի արտաբերած ձայներին և նրա հետաքրքրությունն երին: Ներկայացրեք երեխային առարկաները և մարդկանց անունները:	Շփվեք Տվեք երեխային պարզ հարցեր: Պատասխան տվեք, երբ երեխան ցանկանում է խոսել: Ձեզ հետ: Նրա հետ խաղացեք «ցտեսություն, բարև» և այլն: Խնդրեք կատարել Ձեր ասածները. «Մեծ գնդակը տուր տատիկին» կամ «Արի մեծ գնդակը տանք շունիկին»: Մոր խոսքը խաղի ընթացքում պետք է լինի պարզ, ոչ մանկական:	Շփվեք Խթանեք երեխայի խոսքը: Պատասխանեք նրա բոլոր հարցերին: Սովորեցրեք Ձեր երեխաներին պատմել պատմություններ, երգել և խաղալ:

Հավելված 7. Երեխայի բժշկական հսկողության ամբուլատոր քարտի լրացման կարգը

Երեխայի բժշկական հսկողության ամբուլատոր քարտը յուրաքանչյուր երեխայի ամբուլատոր բուժսպասարկման վերաբերյալ հիմնական տեղեկությունն պարունակող պաշտոնական փաստաթուղթ է: Այն բուժհաստատության սեփականությունն է, պահվում է բուժհաստատության ներսում, և դրանում գրառված ցանկացած տեղեկատվության կամ դրա բացակայության, ինչպես նաև տեղեկության գաղտնիության պահպանման կամ տարածման համար պատասխանատվություն է կրում բուժհաստատությունը:

ՔԱՐՏԻ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԸ

Բաժինը	Քարտի էջը
1. Փաստաթղթեր	
• Անկետային տվյալներ և բժշկական հաշվառում	1-2
• Ընտանեկան անամնեզի գրանցում	2
• Հատուկ նշումներ	3
• Կրած մանկական վարակներ/ինֆեկցիաներ	3
• Հաստատված ախտորոշումներ	3
• Նախածննդյան պատրոնաժի թերթիկ /ներդիր/	4
• Հղիության և ծննդաբերության անամնեզ	4
• Տեղեկություն փոխանակման քարտից	4
• Պատվաստումների գրանցման քարտ	5
• Կանխարգելիչ նշանակումներ	5
• Առողջ երեխայի հսկողության քարտ	6-7
• Երեխայի սնուցման գրանցում	8
• Անվտանգության ուղեցույց	8
• Նորածնի պատրոնաժի թերթիկ	9
• Խնդիրների գրանցման թերթիկներ	10-ից սկսած
2. Ջարգացման գնահատման քարտեր	
• 1,5 ամսականից 5 տարեկան երեխայի զարգացման քարտեր	
• 6 և 15 ամսական մանկան զարգացման գրանցման թերթիկ	
• 2-5 տարեկան երեխայի զարգացման ամփոփման թերթիկ	
3. Աճի գնահատման պերցենտիլային քարտեր 0-5 տ. (քաշը ըստ տարիքի, երկայնությունը/հասակը ըստ տարիքի, գլխի շրջագիծը ըստ տարիքի, քաշը ըստ երկայնության 0-2տ. և 2-5 տ., ՄՁՑ-ն ըստ տարիքի)	
4. Աճի գնահատման պերցենտիլային քարտեր 5-20 տ. (հասակը ըստ տարիքի և քաշը ըստ տարիքի, ՄՁՑ-ն ըստ տարիքի)	
5. Կրծքով կերակրման դիտարկման թերթիկ	

ԱՆԿԵՏԱՅԻՆ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ ԵՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՇՎԱՌՄԱՆ ԲԱԺԻՆՆԵՐ

Լրացնում ե բուժքույրը: Անպայման լրացվում են անկետային բոլոր տվյալները: Քարտը համարակալվում է ըստ բուժհաստատությունում գործող համարակալման համակարգի:

Բժշկական հաշվառման բաժնում գրանցվում է տվյալ բուժհաստատության և տվյալ բժշկի կողմից երեխային հաշվառման վերցնելու (ընդունման ամսաթիվ) և, այնուհետև, հաշվառումից հանելու (դուրսգրման ամսաթիվ) օրը, ամիսը և տարին: Հաշվառումը հաստատվում է բուժփմնարկի բլանկային և/կամ բժշկի անձնական կնիքով: Հաշվառման պահը համարվում է այն օրը, երբ ծնողը (խնամակալը) տեղեկացնում է մանկական պոլիկլինիկային ընտանիքում նորածնի ծննդյան մասին կամ տվյալ տարածքում երեխայի բնակություն հաստատելու մասին և ցանկություն է հայտնում, որ տվյալ բժիշկը սպասարկի իր երեխային: Հղիների հաշվառումը կատարվում է նախածննդյան այցի պահից: Նորածններին հաշվառման վերցնելու համար փոխանակման քարտը պարտադիր է, բացառությամբ տնային ծննդաբերությունների: Երեխաներին հաշվառման վերցնելու համար նախկին բնակավայրից բերված քարտը կամ դրա համառոտագրությունը պարտադիր պայման է:

ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ ԱՆԱՄՆԵՋԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ԲԱԺԻՆ

Լրացնում է բժիշկը: Ընտանեկան անամնեզի մասում թվարկված են այն հիվանդությունները, որոնք ժառանգական նախատրամադրվածության կամ վարակելիության տեսակետից կարող են բարձր ռիսկի գործոններ հանդիսանալ: Կարդացվում է հիվանդությունների այդ ցանկը ծնողների համար՝ խնդրելով մտաբերել, թե իրենց մերձակա հարազատներից ով ունի կամ ով է ունեցել նման առողջական խնդիր: Այդ հիվանդությունների անվան դիմաց նշեք երեխայի մերձակա այն հարազատին (մայր, հայր, քույր, եղբայր, տատ, պապ, մորաքույր, հորաքույր, քեռի, հորեղբայր), ով ունի տվյալ հիվանդությունը: Եթե մերձակա հարազատներից ոչ ոք չունի այդ հիվանդությունը, «միմուս» (-) նշանով ցույց տվեք, որ դուք կատարել եք հարցումը և հարցման պահին ռիսկի գործոն չի հայտնաբերվել:

ՀԱՏՈՒԿ ՆՇՈՒՄՆԵՐԻ ԲԱԺԻՆ

Լրացնում է բժիշկը: Այս բաժնում գրանցվում են երեխայի ալերգիան և դրա պատճառը, սննդի կամ սննդային բաղադրիչների նկատմամբ երեխայի անհանդուրժողականությունը (ինտոլերանտությունը): Գրանցվում են նաև երեխայի առողջական վիճակի ցանկացած առանձնահատկություն, շեղում, վտանգի գործոն կամ քրոնիկ հիվանդություն, որոնք հատուկ բժշկական հսկողություն կամ խնամք են պահանջում (օրինակ՝ բրոնխիալ ասթմա, ֆենիլկետոնուրիա, անբարենպաստ սոցիալական կամ տնտեսական պայմաններ և այլն): Այս բաժնին վերաբերող տեղեկատվությունը լրացվում է ըստ բժշկի հայեցողության: Ցանկացած տեղեկություն, որը բժիշկը կարևոր է համարում երեխայի առողջության պահպանման տեսակետից, կարող է գրանցվել հատուկ նշումների բաժնում:

ԿՐԱԾ ՄԱՆԿԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ԲԱԺԻՆ

Լրացնում է բժիշկը կամ բուժքույրը: Լրացնելը հեշտացնելու նպատակով հաճախ հանդիպող մանկական վարակների ցանկը թվարկված է, պետք է միայն դիմացը գրանցել հիվանդանալու ամսաթիվը:

ԿՐԱԾ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԵՎ ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄՆԵՐԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ԲԱԺԻՆ

Լրացնում է բժշկը: Գրանցվում են բոլոր հաստատված ախտորոշումները, բացի վերին շնչուղիների սուր վարակից (ՎՇՎ) և չբարդացած (Ա պլանով բուժվող) փորլուծություններից: ՎՇՎ-ները գրանցվում են միայն այն դեպքում, երբ դրանք հաճախակի են կրկնվում (տարեկան ավելի քան 6 անգամ): Նման դեպքում նշվում է «Հաճախակի ՎՇՎ-ներ» ախտորոշումը և տարվա ընթացքում դրանց թիվը:

Եթե ախտորոշումը հաստատվել է տեղամասային մանկաբույժի կամ ընտանեկան բժշկի կողմից.

- հաստատող միջոցների սյունակում նշվում է կատարված այն ***օժանդակ քննությունը***, որը տվյալ հիվանդության կամ ախտաբանական վիճակի ախտորոշման տեսակետից որոշիչ նշանակություն ունի:
Ախտորոշումը հաստատող միջոցների սյունակում չեն նշվում կատարված օժանդակ քննության այն մեթոդները, որոնք տվյալ հիվանդության կամ ախտաբանական վիճակի ախտորոշման տեսակետից օգնող, բայց ոչ հաստատող կամ որոշիչ նշանակություն ունեն:
- Նշվում է ***«կլինիկորեն»*** բառը, եթե տվյալ ախտորոշումը հատուկ օժանդակ մեթոդների կիրառում չի պահանջում, ինչպես նաև այն բոլոր դեպքերում, երբ կատարված օժանդակ հետազոտությունները պարզապես կողմնորոշիչ նշանակություն ունեն և/կամ օգնում են հիվանդության առանձնահատկությունները գնահատելու գործում:
Եթե ախտորոշումը հաստատվել է նեղ մասնագետի կողմից՝ ամբուլատոր պայմաններում.
- հաստատող միջոցների սյունակում նշվում է ***նեղ մասնագետի անվանումը***, իսկ հաստատող փաստաթուղթը կցվում է երեխայի բուժհսկողության քարտին կամ նեղ մասնագետը համապատասխան գրառումներն ու եզրակացությունը կատարում է հենց քարտում (խնդիրների գրանցման թերթիկում):

Եթե ախտորոշումը հաստատվել է հիվանդանոցային բուժման պայմաններում և հիմնավորված է էպիկրիզով.

- հաստատող միջոցների սյունակում գրանցվում է ***«էպիկրիզ»***, և փաստաթուղթը կցվում է երեխայի բուժհսկողության քարտին:
Եթե հաստատված հիվանդությունը դիսպանսեր հսկողություն է պահանջում, ապա նշում է կատարվում նաև դիսպանսեր հսկողության սյունակում:

ՆԱԽԱԾՆՆԴՅԱՆ ՊԱՏՐՈՆԱԺ (ներդիր)

Լրացնում է բուժքույրը, հղի կնոջ մասին տեղեկություն ստանալուց հետո (հաշվի առնելով բժշկի ազատ ընտրության սկզբունքը): Ներդիրի վերին մասում պարտադիր նշվում է հղիի անունը, ազգանունը և հասցեն: Ներդիրը փակցվում է 4-րդ էջի ձախ անկյունում:

Նախածննդյան պատրոնաժ այցելությունը նախատեսվում է կատարել հղիության 28-32 շաբաթներում ընկած ժամանակահատվածում, մեկ անգամ: Բուժքույրը կատարում է հղի կնոջ խորհրդատվություն՝ երեխայի սնուցման, խնամքի և վնասվածքների կանխարգելման մասին, ✓ -ով նշելով դիմացի վանդակներում: Պատրոնաժի ընթացքում հղիին պետք է ներկայացնել նաև երեխայի բուժապաստարկման և կանխարգելիչ այցերի նպատակները, համապատասխան տեղեկատվություն տալ բուժիաստատության հեռախոսահամարների և աշխատանքային ժամերի վերաբերյալ:

Հղիության և ծննդաբերության անամնեզի գրանցման տողերում նշվում են միայն փոխանակման քարտում և նորածնի էպիկրիզում տեղ չգտած տեղեկությունները, իսկ տնային ծննդաբերության դեպքում՝ լիարժեք անամնեզը: **Նորածնի փոխանակման քարտը** փակցվում է այս էջի վերին աջ անկյունում:

Տեղեկություն փոխանակման քարտից բաժնում նշվում են ծննդատանը կատարված նորածնային սկրինինգների արդյունքները:

ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ՔԱՐՏ

Լրացնում է բժիշկը և պատվաստում կատարող բուժքույրը:

Քարտում գրանցվում են երեխային կատարված պատվաստումները (ամսաթիվը, երեխայի տարիքը, դոզան, սերիան), հետաձգման ամսաթիվը, ինչպես նաև հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքերը (ՀԱԴ):

- ՀԱԴ-ը նշվում են պատվաստանյութի տողում վերջին սյունակում: Թեթև տեղային կամ ընդհանուր ՀԱԴ-ը նշվում են կարճ՝ մեկ-երկու բառով, օրինակ՝ **Տ. կարմրություն և այտուցվածություն կամ Ը. հիպերթերմիա:**
- Ինակտիվացված պատվաստանյութերի ներմուծումից հետո ՀԱԴ-ը կամ դրա բացակայությունը գրանցվում է բժշկի կողմից 3-րդ օրը, իսկ կենդանի պատվաստանյութերի ներմուծումից հետո՝ 12-րդ օրը (ՀՀ ԱՆ հրաման N1823-Ա, 24.11.2009թ.): Այլ ժամկետներում ի հայտ եկած ծանր ՀԱԴ-երը գրանցվում են համապատասխան օրերին (նշումները կատարվում են խնդիրների բաժնում):
- ԲՑԺ պատվաստումից հետո՝ սպիի առկայությունը (կամ բացակայությունը) գրանցվում է խնդիրների գրանցման թերթիկում 1 տարեկանում (ՀՀ ԱՆ հրաման N1823-Ա, 24.11.2009թ.):

- Եթե ՀԱԴ-ը ծանր է կամ առաջացել է անաֆիլաքտիկ տիպի գերզգայունության ռեակցիա, բժիշկը պետք է այդ մասին գրանցի «ծանր» և խնդիրների գրանցման թերթիկում նույն ամսաթվով մանրամասն ներկայացնի ռեակցիայի բնույթը, պատվաստումից հետո դրա առաջացման ժամանակը, կատարված միջամտությունը:
- Պատվաստումը հետաձգելու դեպքում նշվում է այդ որոշումն ընդունելու ամսաթիվը: խնդիրների գրանցման թերթիկում նույն ամսաթվով նշվում է պատվաստումը հետաձգելու կամ պատվաստանյութի տեսակը փոխելու պատճառը/ցուցումը և համապատասխան բժշկական հանձնաժողովի անդամների որոշումը, անհատական ստորագրություններով (ՀՀ ԱՆ հրաման N1823-Ա, 24.11.2009թ.):
- Եթե ծնողը հրաժարվում է պատվաստումներից, ապա «Հետաձգման» բաժնում նշվում է հրաժարման ամսաթիվը և խնդիրների գրանցման թերթիկում նույն ամսաթվով, ծնողի ձեռագրով և ստորագրությամբ գրանցվում է հրաժարվելու փաստն ու պատճառը (եթե ծնողը չի փոխում իր դիրքորոշումը, նախապես հանձնաժողովին ներկայանալուց հետո) (ՀՀ ԱՆ հրաման N1823-Ա, 24.11.2009թ.):

ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄՆԵՐԻ ԱՂՅՈՒՄԱԿ

Լրացնում է բժիշկը: Այս աղյուսակում գրանցվում են երեխայի բոլոր կանխարգելիչ նշանակումները. *վիտամին Դ՝ ռախիտի կանխարգելում, երկաթի աղեր՝ երկաթապակասային սակավարյունության կանխարգելում, ֆտոր՝ ատամների կարիեսի կանխարգելում*, և այլն: Համառոտ նշվում է կանխարգելման նպատակը, կիրառվող միջոցը, դեղաչափը և ընդունման կարգը:

Օրինակ՝ *Ռախիտի կանխարգելում, վիտ Դ-400 ՄՄ/օրը:*

Աղյուսակում նշվում են նաև կանխարգելիչ միջոցի նշանակման և հանման ամսաթվերը:

ԱՌՈՂՋ ԵՐԵՒԱՅԻ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏ

Լրացնում է բժիշկը և բուժքույրը: Այս քարտը այցերի գրանցման հիմնական ձևն է, որը լրացվում է առողջ երեխայի բոլոր այցերի ժամանակ: Քարտը կազմված է այնպես, որ բժշկին հուշում է ինչպես առողջ երեխայի այցերի տարիքային ժամկետները, այնպես էլ յուրաքանչյուր այցի հիմնական խնդիրները:

Քարտի օգնությամբ բժիշկը նշում է միայն անամնեզի և օբյեկտիվ քննության արդյունքները: Այսպես.

- եթե դրանք բժշկի գնահատմամբ նորմայի սահմանում են, համապատասխան վանդակում նշում է $\sqrt$ - ով:
- Բացառություն են կազմում միայն **գլխի շրջագիծը, քաշը, հասակը և արյան հեմոգլոբինը**, որոնք նշվում են բացարձակ թվերով:

- Գլխի շրջագիծը գրանցվում է 0.1 սմ-ի ճշտությամբ (չափում և գրանցում է բուժքույրը):
- Քաշը գրանցվում է 0.1 կգ-ի ճշտությամբ (կշռում և գրանցում է բուժքույրը):
- Հասակը գրանցվում է 0.1 սմ-ի ճշտությամբ (չափում և գրանցում է բուժքույրը):
- Հենոգլոբինը գրանցվում է գ/լ -ով կամ չափման այլ միավորով, որը պետք է նշել հենոգլոբինի արժեքի հետ միասին: Գրանցում է բժիշկը կամ բուժքույրը լաբորատորիայից ստացված պատասխանի հիման վրա և անալիզի պատասխանը փակցվում է ամբուլատոր քարտում:
- Եթե բժիշկը որևէ շեղում է հայտնաբերում, համապատասխան վանդակում նշում է X-ով և այդ շեղումը մանրամասն նկարագրում է խնդիրների գրանցման թերթիկում:

ԵՐԵՒԱՅԻ ՍՆՈՒՑՄԱՆ ԳՐԱՆՑՈՒՄ

Լրացնում է բժիշկը կամ բուժքույրը:

- Բացառապես կրծքով սնուցման դեպքում նշվում է «Բ» տառը, իսկ գերազանցապես կրծքով սնուցման դեպքում՝ «Գ»:
- Մասնակի կրծքով սնուցման դեպքում գրանցվում է «Մ» տառը և դրան զուգահեռ լրացվում են արհեստական սնուցման կամ հավելյալ սնուցման վանդակները՝ ըստ դրանց լրացման կարգի (տե՛ս ստորև):
- Արհեստական սնուցման դեպքում համապատասխան վանդակում գրանցվում է ֆորմուլայի անվանումը, մեկ կերակրման միջին ծավալը և օրվա ընթացքում կերակրումների միջին թիվը:
- Հավելյալ սննդի համար նշվում են միայն տվյալ տարիքում նոր ներմուծված սննդատեսակների անվանումները:

ԱՆՎՏԱՆԳՈՒԹՅԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

Լրացնում է բժիշկը կամ համապատասխան ուսուցում անցած բուժքույրը: Հուշելու նպատակով համառոտակի նշված է, թե անվտանգության ապահովման ինչ առավել կարևոր խնդիրներ գոյություն ունեն այս կամ այն տարիքային խմբում: Բժիշկը պարտավոր է զգուշացնել և պարզաբանել երեխայի ծնողներին (խնամակալին) տվյալ տարիքային խմբին վերաբերող անվտանգության կանոնները և դիմացի վանդակներում ✓ -ով նշել այդ մասին:

ՆՈՐԱԾՆԻ ՊԱՏՐՈՆԱԺ

Լրացնում է բժիշկը՝ ի լրացում ԱՌՈՂՋ ԵՐԵՒԱՅԻ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ՔԱՐՏ էջում 1 շաբաթական երեխայի բուժակտիվության սյունակի բոլոր տվյալների: Եթե առկա է օմֆալիտ կամ պորտային օղի հետ կապված որևէ խնդիր, ապա կարճ նշվում է այդ խնդիրը և բուժման միջոցը: Եթե առկա են այտուցներ կամ դեղնություն, ապա նշվում է դրանց տեղակայումը և արտահայտվածության աստիճանը: Այտուցված նորածնի համար հատկապես կարևոր է ճիշտ քաշի գրանցումն ու ժամանակի ընթացքում դրա փոփոխության վերահսկողությունը: Վերջում բժիշկը ստորագրում է թերթիկը:

ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

Ա. Առողջ երեխայի այցերի համար
Այստեղ գրանցվում են անամնեզի և օբյեկտիվ քննության այն տվյալները, որոնք բժշկի կարծիքով ուշադրության արժանի են կամ նորմայից շեղումներ են: Անպայման նշվում են *ամսաթիվը* և երեխայի *տարիքը*:

Այնուհետև նշվում են հայտնաբերված շեղումները, ինչպես նաև բժշկի *եզրակացությունն* այդ խնդրի վերաբերյալ և հետագա գործողությունների *պլանը*:

- Անամնեզով հայտնաբերված խնդիրը նկարագրելուց առաջ նշվում է *Ա.* տառը, այնուհետև՝ առկա խնդիրը (շեղումը):
Օրինակ՝ *Ա. հազ, անհանգստություն*:
- Օբյեկտիվ քննությամբ հայտնաբերված խնդիրները նկարագրելուց առաջ նշվում է *Օ.* տառը, այնուհետև՝ առկա խնդիրը (շեղումը):
Օրինակ՝ *Օ. սիստոլիկ աղմուկ*:

Բ. Հիվանդ երեխայի այցերի համար
Խնդիրների գրանցման թերթիկում նշվում են նաև հիվանդ երեխայի բոլոր այցելությունները, այցի ամսաթիվը և երեխայի տարիքը: Հետո նույն սյունակում նշվում են հիվանդ երեխայի կենսական տվյալները. սրտի զարկերի/զարկերակային պուլսի հաճախություն,

1. շնչառության հաճախություն,
2. պերիֆերիկ պուլսի լեցունություն,
3. զարկերակային ճնշում (եթե հնարավոր է չափել):

Անամնեզի և օբյեկտիվ քննության տվյալները գրանցվում են նույն սկզբունքով, ինչպես նշված է այս բաժնի Ա կետում: Ամիրաժեշտ է հակիրճ գրանցել բոլոր այն փաստերը, որոնք կարևոր են հետևյալ տեսակետներից.

1. ախտորոշումը պարզելու,
2. տարբերակիչ ախտորոշման,
3. հիվանդության ծանրությունը գնահատելու,
4. հիվանդի վիճակը ժամանակի ընթացքում գնահատելու,
5. բուժման և խնամքի արդյունավետությունը գնահատելու:

Եթե վերահսկողական այց է, ապա **անամնեզի և օբյեկտիվ քննության տվյալներից** բժիշկը նշում է միայն նրանք, որոնք կարևոր են նշանակված բուժման և խնամքի արդյունավետությունն ու հիվանդի վիճակի փոփոխությունը գնահատելու տեսակետից:

«Եզրակացություն» բաժնում բժիշկը նշում է ախտորոշումը (եթե այն պարզ է) կամ հիմնական առողջական խնդիրը, կամ ենթադրությունը այդ խնդրի առկայության վերաբերյալ:

«Բժշկական վարման պլան» բաժնում նշվում են.

1. նշանակված դեղամիջոցները, դրանց դեղաչափը և ընդունման կուրսի տևողությունը,
2. նշանակված դիետան և դրա տևողությունը,
3. նշանակված ախտորոշիչ միջամտությունները,
4. նշանակված բուժական ու վերականգնողական միջամտությունները և դրանց տևողությունը,
5. ուղեգրումներն այլ մասնագետի մոտ կամ այլ բժշկական ծառայություններ:

ՋԱՐԳԱՑՄԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՓԱՏՏԱԹՂԹԵՐ

Լրացնում են բժիշկը և բուժքույրը:

Երեխայի զարգացման գնահատման համար առաջարկված են երկու հիմնական փաստաթղթեր:

I. Երեխայի զարգացման քարտ

Քարտում զետեղված են 0-5 տարեկան երեխաների զարգացման ցուցանիշները: Լրացնում է բժիշկը կամ բուժքույրը, հիմնվելով զարգացման հարցազրույցի և զննման տվյալների վրա:

II. Ծնողական հարցաթերթիկ

Հարցաթերթիկը լրացվում է 6 և 15 ամսական (*Մանկան զարգացման գրանցում*) և 2, 3, 4, 5 տարեկան (*Երեխայի զարգացման ամփոփում*) առողջ երեխայի այցերի ընթացքում:

Երեխայի զարգացման գնահատման փաստաթղթերի լրացման վերաբերյալ մանրամասն տե՛ս Երեխայի զարգացման գնահատում բաժնում:

ԱՃԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՊԵՐՑԵՆՏԻԼԱՅԻՆ ՔԱՐՏԵՐ

Լրացնում են բժիշկը և բուժքույրը:

Ներկայացվող «Աճի քարտերը» մշակված են *Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (WHO)* և ԱՄՆ-ի *Հիվանդությունների վերահսկման կենտրոնի (CDC)* կողմից:

Աճի քարտերը հնարավորություն են տալիս վերահսկել երեխայի քաշը, հասակը, գլխի շրջագիծը, քաշ-հասակային հարաբերությունը և մարմնի զանգվածի ցուցանիշը (ՄՁՑ): Այդ քարտերը ներկայացված են պերցենտիլային կորագծերի տեսքով՝ 3-ից մինչև 97-րդ սահմաններով, ինչը

համապատասխանում է Երեխայի նորմալ աճի տատանումներին՝ ± 2 ստանդարտ շեղումների սահմաններում:

Ցենտիլային մակարդակները (97%, 85% և այլն) ցույց են տալիս նույն սեռի և տարիքի երեխաների ամբողջ պոպուլյացիայում այն անհատների մասնաբաժինը (արտահայտված տոկոսներով), որոնց աճի ցուցանիշները ցածր են տվյալ արժեքից: 50% պերցենտիլային կորագիծը համապատասխանում է տվյալ տարիքի և սեռի երեխաների աճի ցուցանիշների միջին արժեքին (մեդիանա):

Օրինակ 1. 6 ամսական տղան կշռում է 7կգ, ինչը համապատասխանում է 15-րդ պերցենտիլի մակարդակին (տես աճի քարտերը): Սա նշանակում է, որ այդ տարիքի և այդ սեռի առողջ երեխաների ընդհանուր պոպուլյացիայի միայն 15%-ի քաշն է ցածր 7կգ-ից: Հետևաբար, նույն պոպուլյացիայի առողջ երեխաների 85%-ի քաշը բարձր է 7կգ-ից:

Օրինակ 2. 9 ամսական տղան կշռում է 10 կգ, ինչը համապատասխանում է 85-րդ պերցենտիլի մակարդակին: Սա նշանակում է, որ այդ տարիքի և այդ սեռի առողջ երեխաների ընդհանուր պոպուլյացիայի մեջ անհատների 85%-ի քաշը ցածր է 10 կգ-ից: Հետևաբար, նույն պոպուլյացիայի երեխաների ընդամենը 15%-ի քաշն է ավել 10կգ-ից:

- Աճի քարտերը լրացվում են առողջ երեխայի բոլոր այցերի ժամանակ (գլխի շրջագիծը որոշվում է մինչև 1 տարեկան հասակը):
- Երեխայի աճի ցուցանիշի պերցենտիլային համապատասխանությունը որոշելու համար համեմատվում են աճի տվյալ ցուցանիշը (քաշ, հասակ, գլխի շրջագիծ) երեխայի տարիքի հետ: Աճի ցուցանիշի և երեխայի տարիքի հատման կետը գրաֆիկի վրա (նշել x-ով) ցույց է տալիս աճի տվյալ ցուցանիշի պերցենտիլային մակարդակը:
- Քաշ-հասակային հարաբերության պերցենտիլային համապատասխանությունը որոշելու համար համեմատվում են տվյալ այցի ժամանակ որոշած երեխայի քաշի և հասակի ցուցանիշները՝ անկախ երեխայի տարիքից: Քաշի և հասակի ցուցանիշների հատման կետը գրաֆիկի վրա (նշել x-ով) ցույց է տալիս քաշ-հասակային հարաբերության պերցենտիլային մակարդակը:
- Մարմնի զանգվածի ցուցանիշի (ՄՁՑ) պերցենտիլային համապատասխանությունը որոշելու համար համեմատվում են տվյալ այցի ժամանակ որոշված ՄՁՑ-ի ցուցանիշը երեխայի տարիքի հետ: ՄՁՑ-ի ցուցանիշի և երեխայի տարիքի հատման կետը գրաֆիկի վրա (նշել x-ով) ցույց է տալիս աճի տվյալ ցուցանիշի պերցենտիլային մակարդակը:

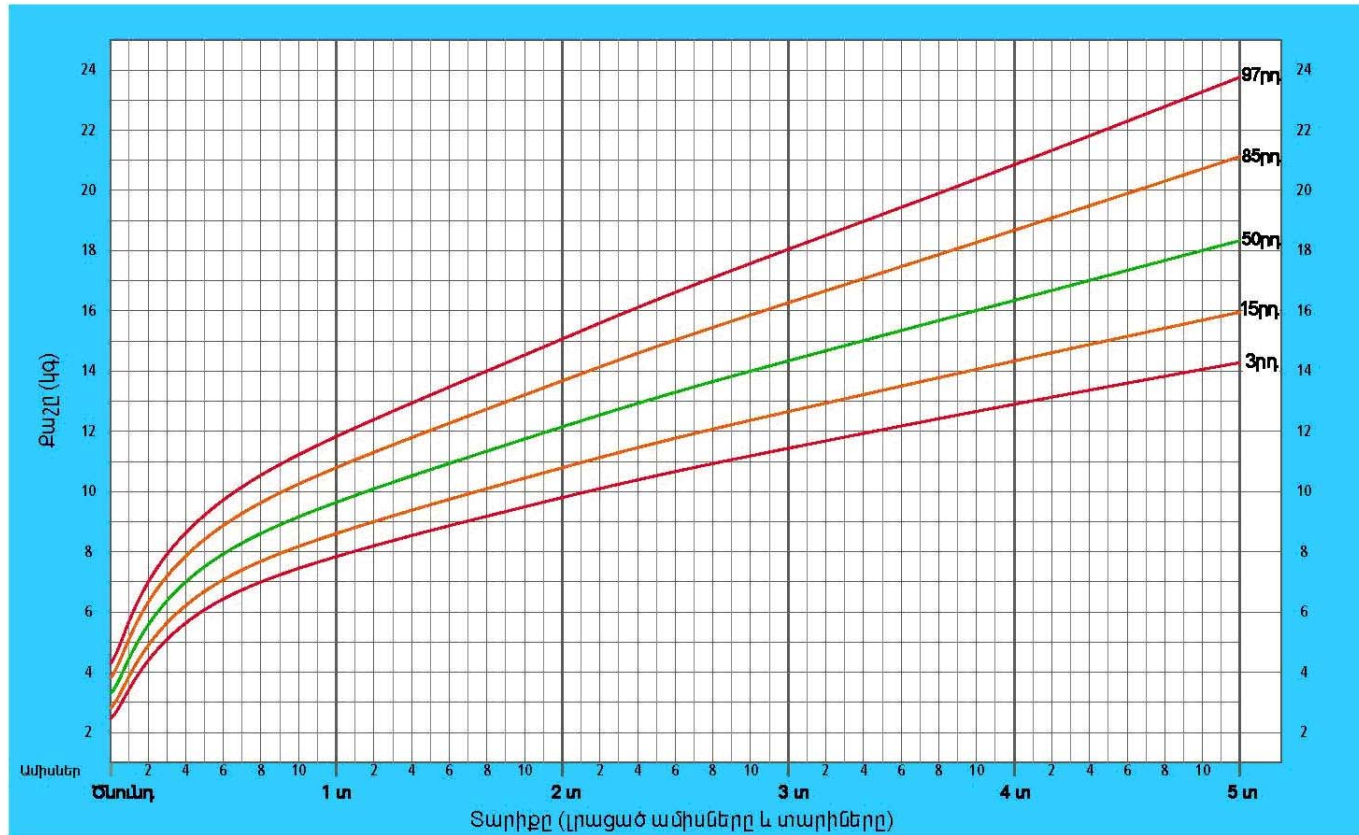
ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ԴԻՏԱՐԿՄԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

Լրացնում է բուժքույրը կամ բժիշկը՝ երեխայի 1 շաբաթական և 2 շաբաթական այցերի ժամանակ: Ըստ ցուցման՝ դիտարկումը կրկնվում է 1.5 ամսականում: Նախատեսված երեք դիտարկումների կատարման ամսաթվերը և արդյունքները համապատասխանաբար նշվում են 1, 2 և 3 թվերով առանձնացված սյունակներում: Թերթիկում կրծքով կերակրման ճիշտ դիրքի նշանները խմբավորված են ձախ կողմում, իսկ հնարավոր դժվարությունների նշանները՝ աջում: Կրծքով կերակրման սկրինինգի սահմաններում դիտարկման միջոցով պետք է ստուգել այդ նշանները և խաչ դնել միայն այն նշանների կողքին, որոնք առկա են տվյալ կերակրման ժամանակ:

Հավելված 8. Ածի գնահատման պերցենտիլային քարտեր

Քաշը ըստ տարիքի ՏՂԱՆԵՐ

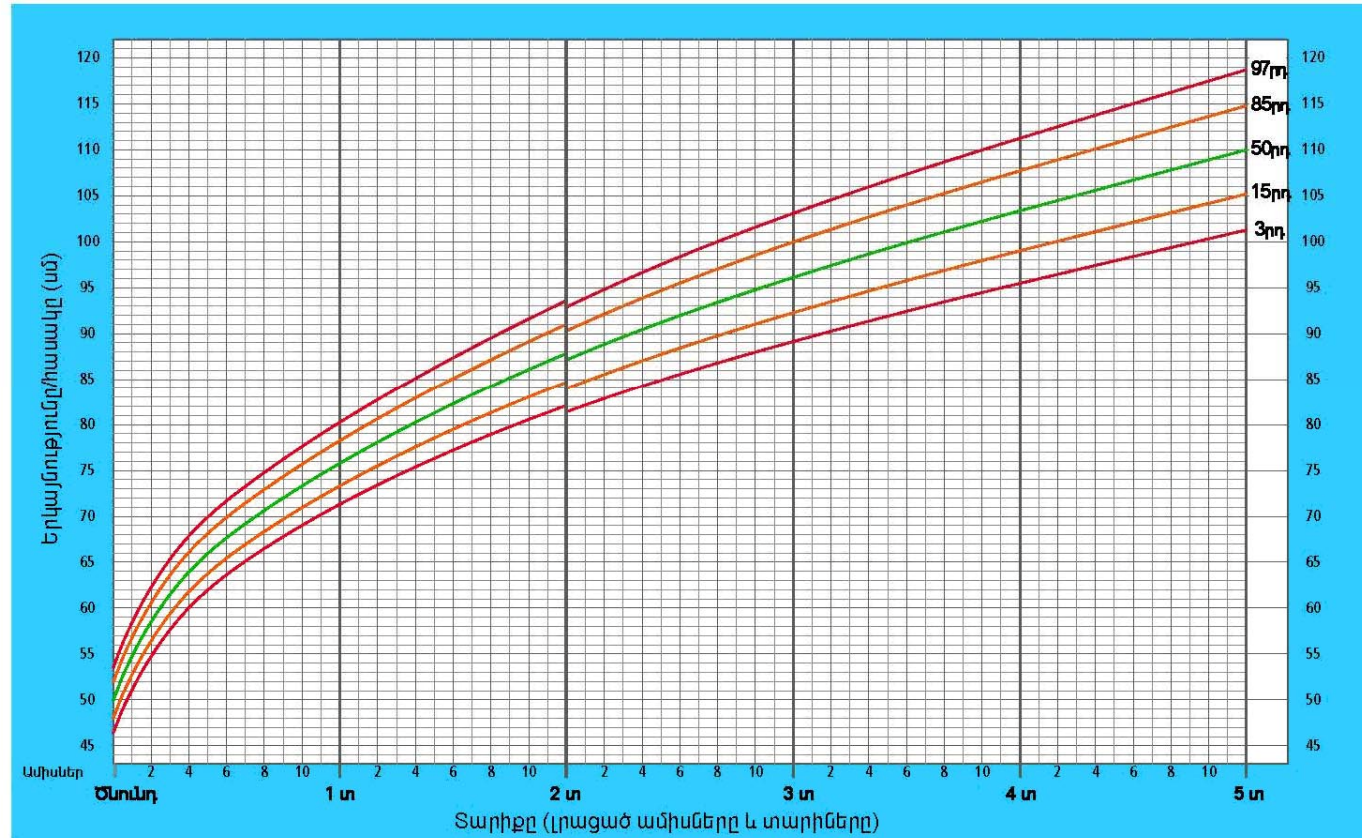
Ծննդից մինչև 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՅԿ երեխայի ածի ստանդարտներ

Երկայնությունը/հասակը ըստ տարիքի ՏՂԱՆԵՐ

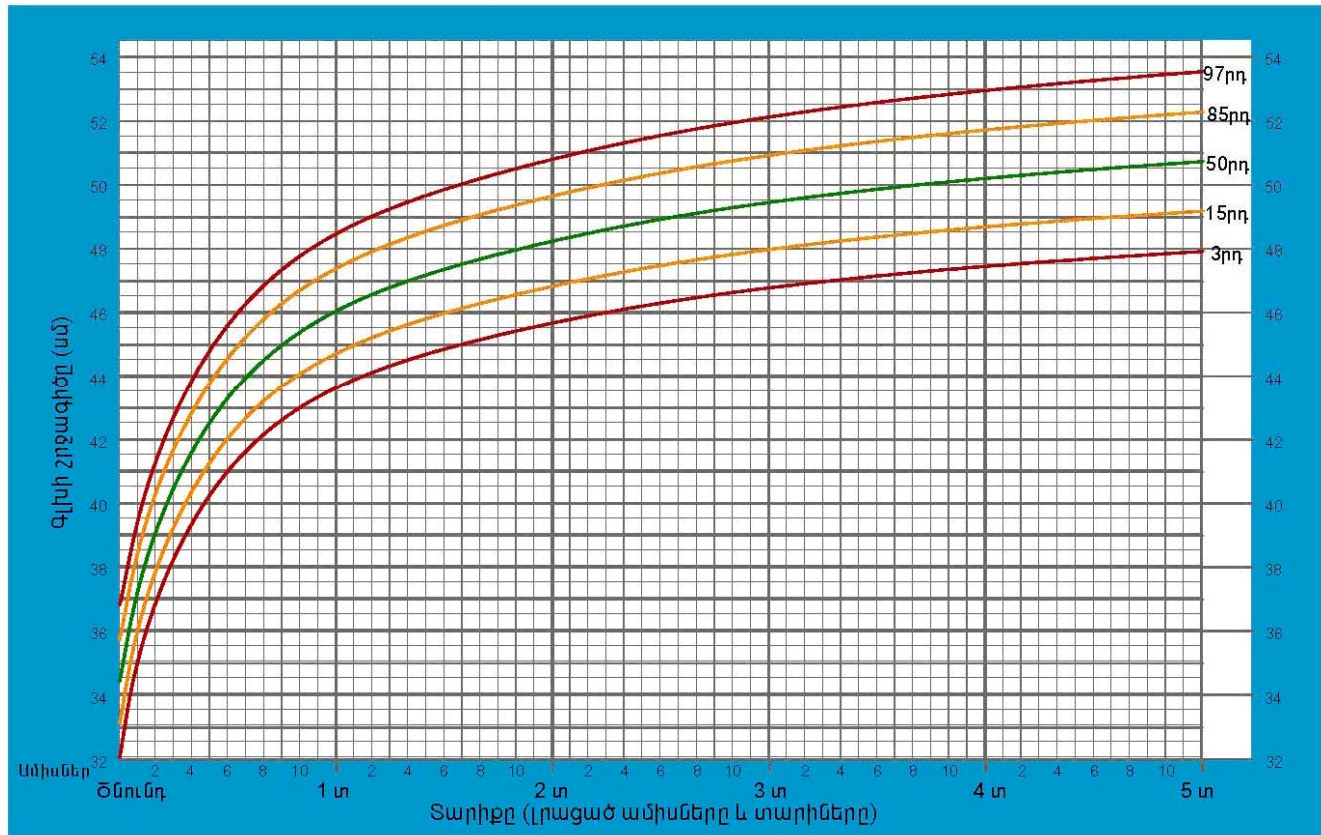
Ծննդից մինչև 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՅԿ երեխայի աճի ստանդարտներ

Գլխի շրջագիծը ըստ տարիքի ՏՂԱՆԵՐ

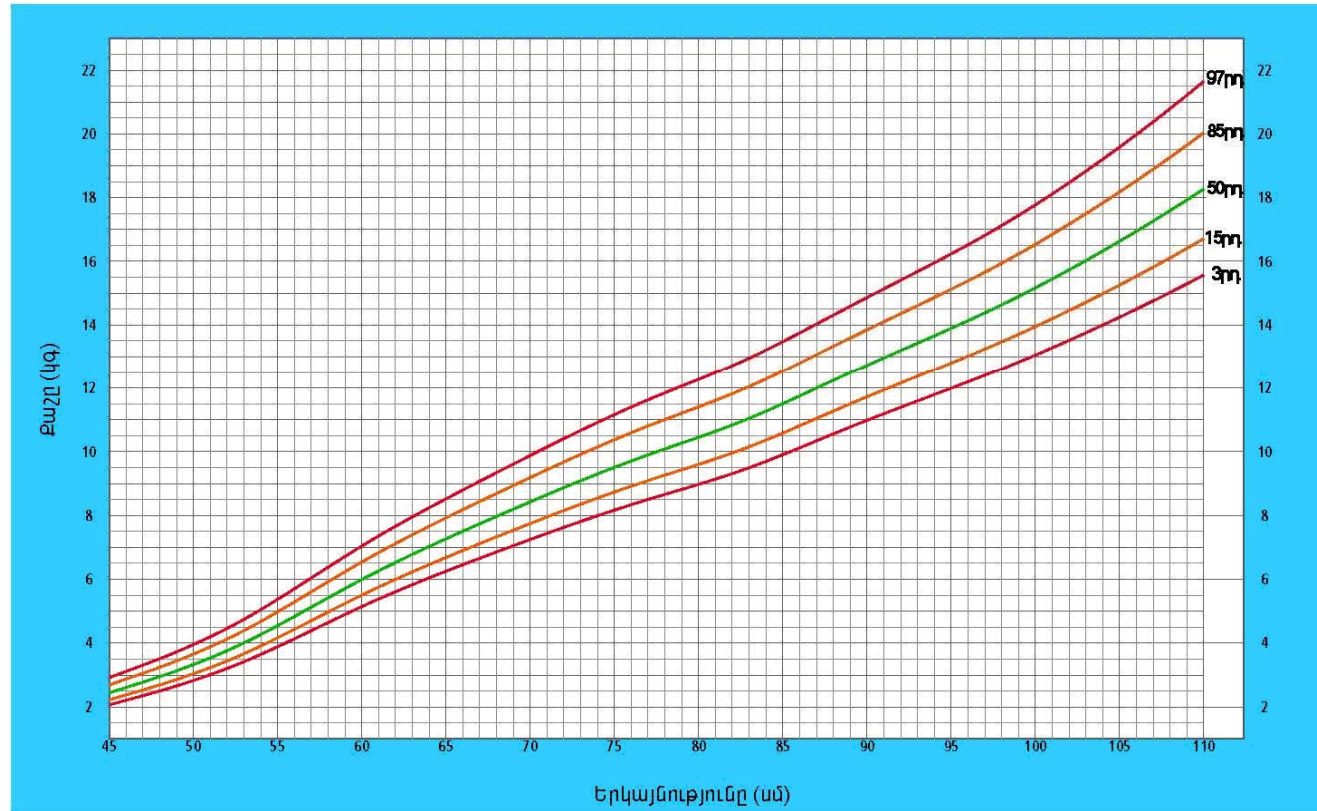
Ծննդից մինչև 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՀԿ երեխայի աճի ստանդարտներ

Քաշը ըստ երկայնության ՏՂԱՆԵՐ

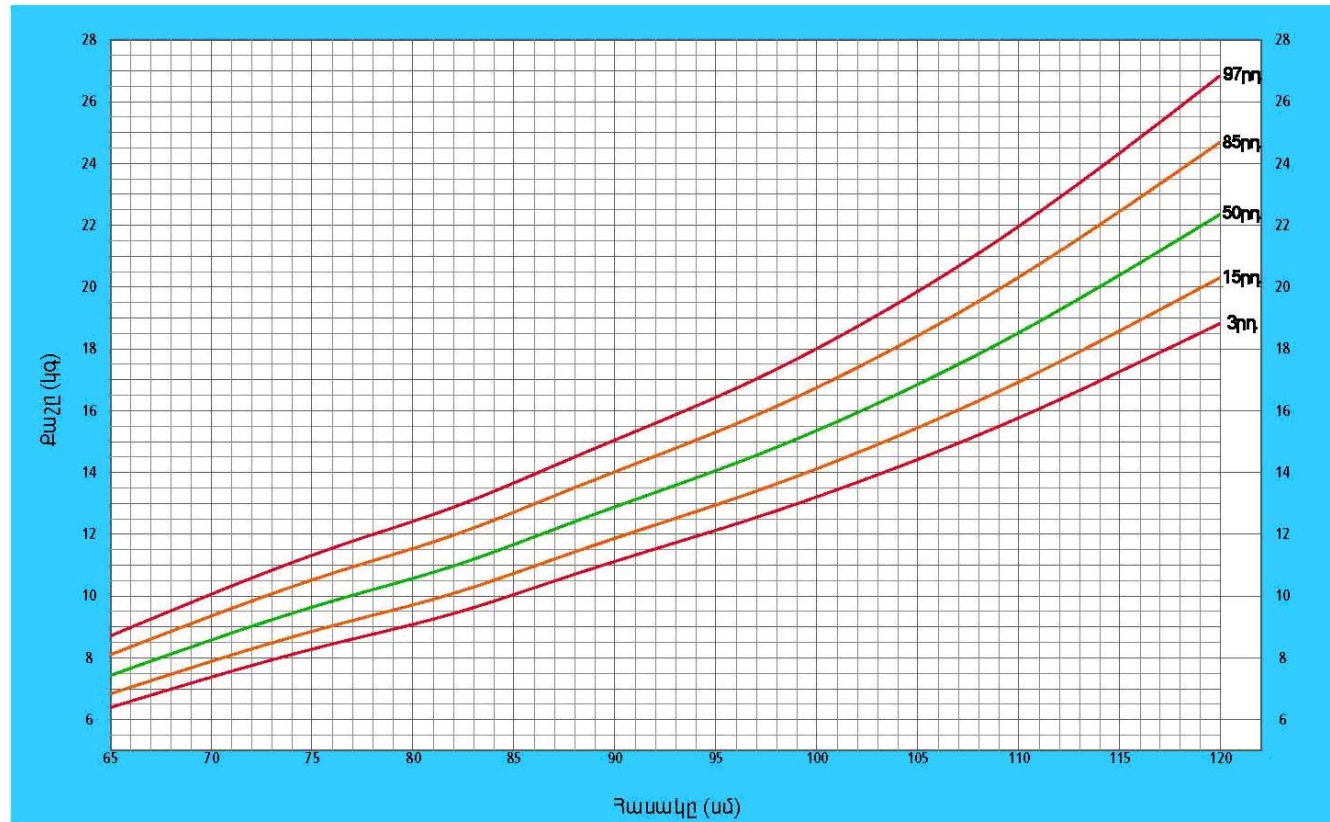
Ծննդից մինչև 2 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՅԿ երեխայի արդի ստամոքսաբաղասաններ

Քաշը ըստ հասակի ՏՂԱՆԵՐ

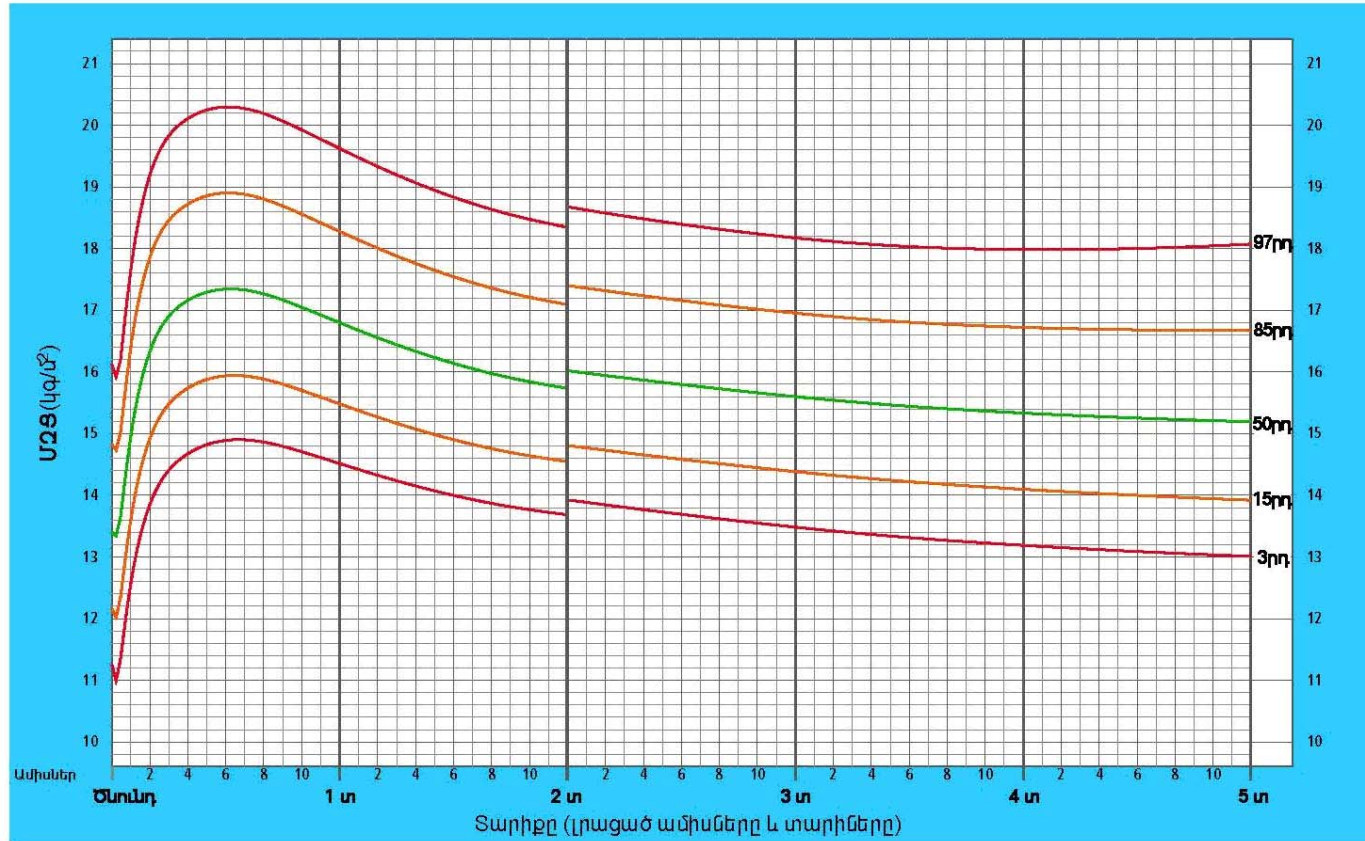
2-ից մինչև 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՀԿ երեխայի աճի ստանդարտներ

Մարմնի զանգվածի ցուցանիշը (ՄՁՑ) ըստ տարիքի ՏՂԱՆԵՐ

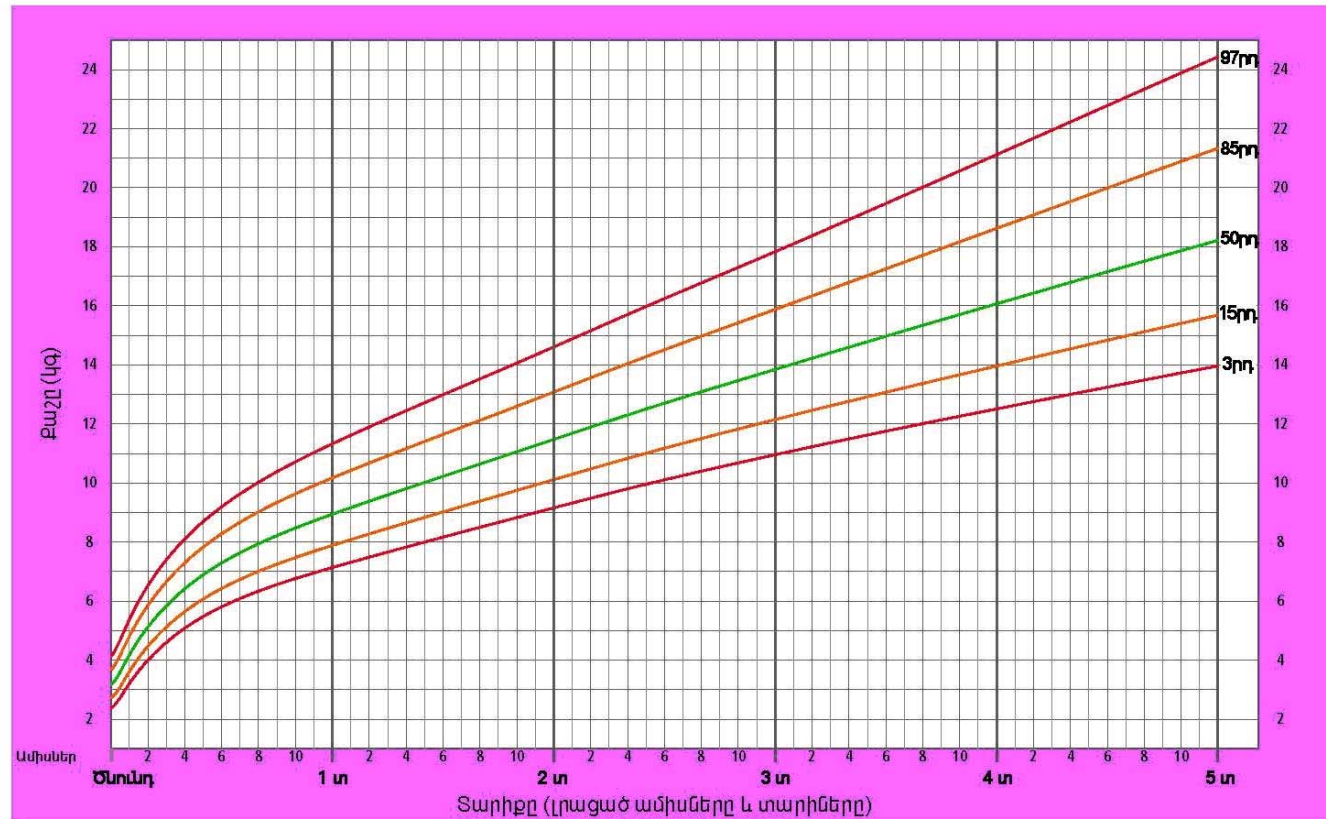
Ծննդից մինչև 5 տ (պերցենտիլներ)



ԱՅԿ երեխայի արժի ստանդարտներ

Քաշը ըստ տարիքի ԱՂՋԻԿՆԵՐ

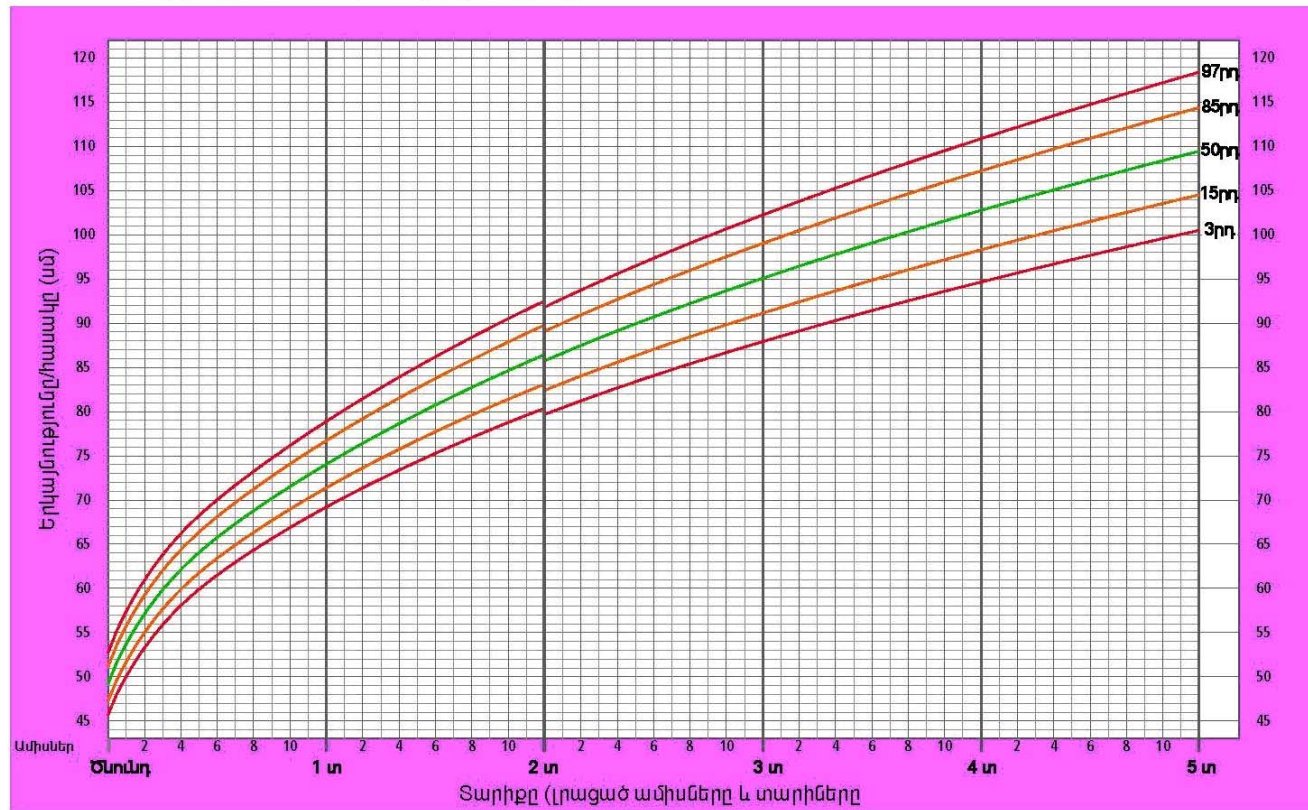
Ծննդից մինչև 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՂԿ երեխայի աճի ստանդարտներ

Երկայնությունը/հասակը ըստ տարիքի ԱՂԶԻԿՆԵՐ

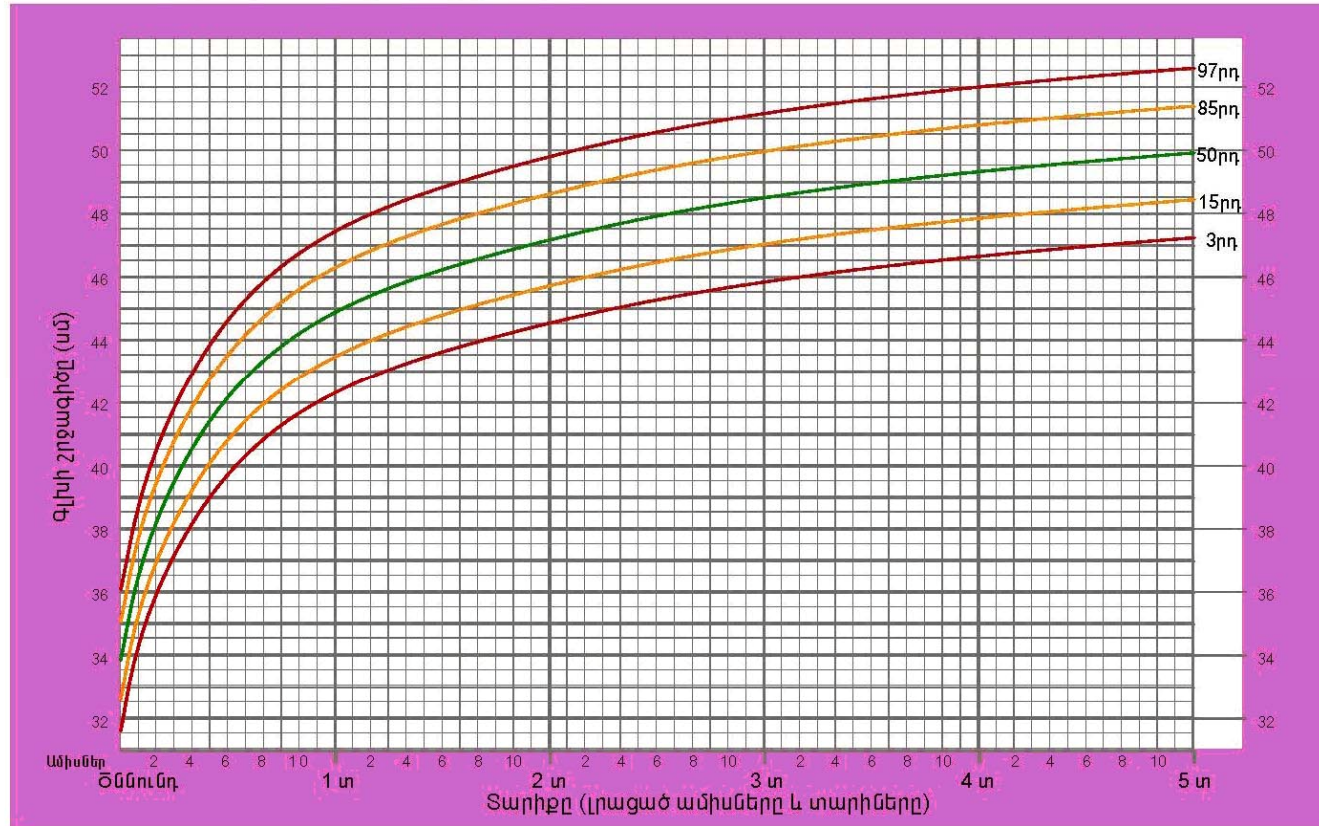
Ծննդից մինչև 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՂԿ երեխայի աճի ստանդարտներ

Գլխի շրջագիծը ըստ տարիքի ԱՂՋԻԿՆԵՐ

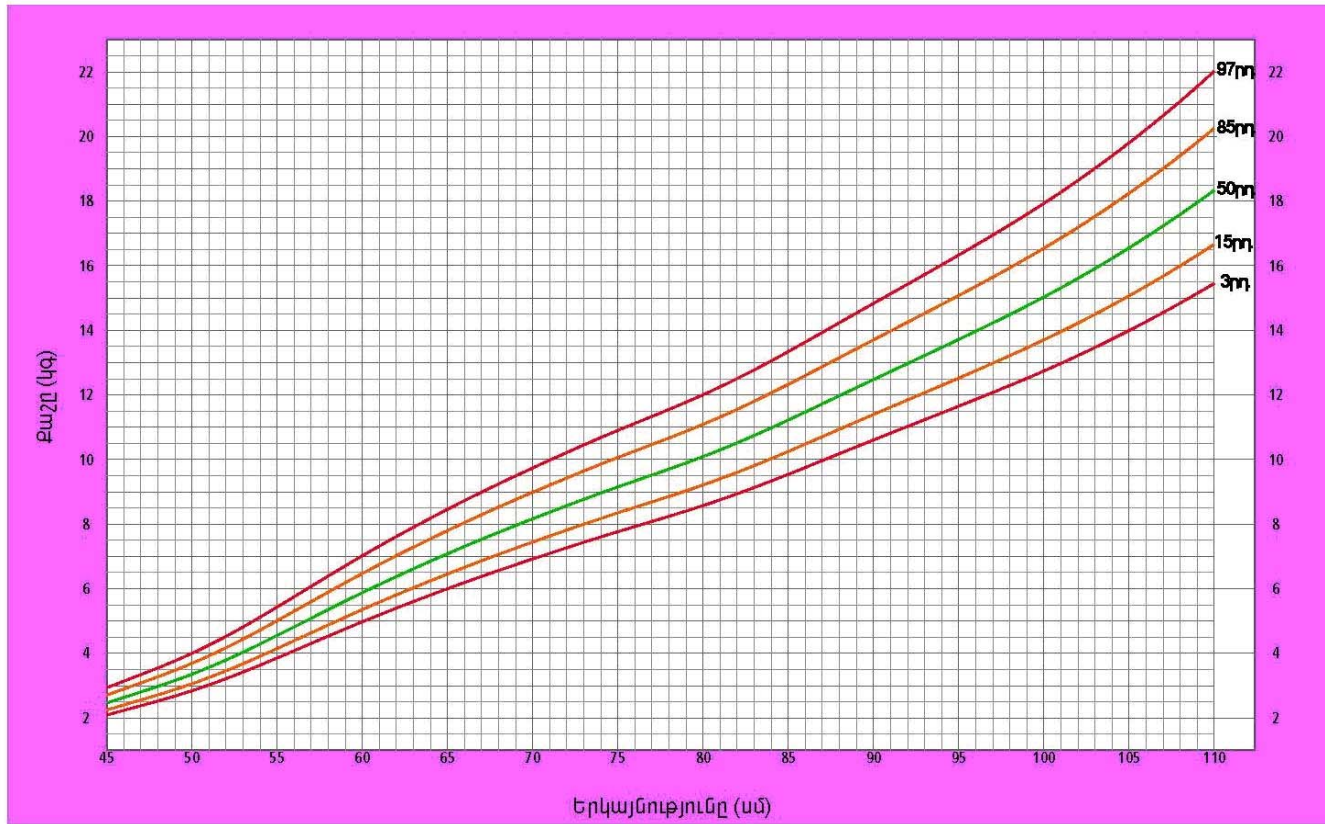
Ծննդից մինչև 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՂԿ ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՇԻ ՍՏԱՆՈՂԱՐՈՒՄՆԵՐ

Քաշը ըստ երկայնության ԱՂՋԻԿՆԵՐ

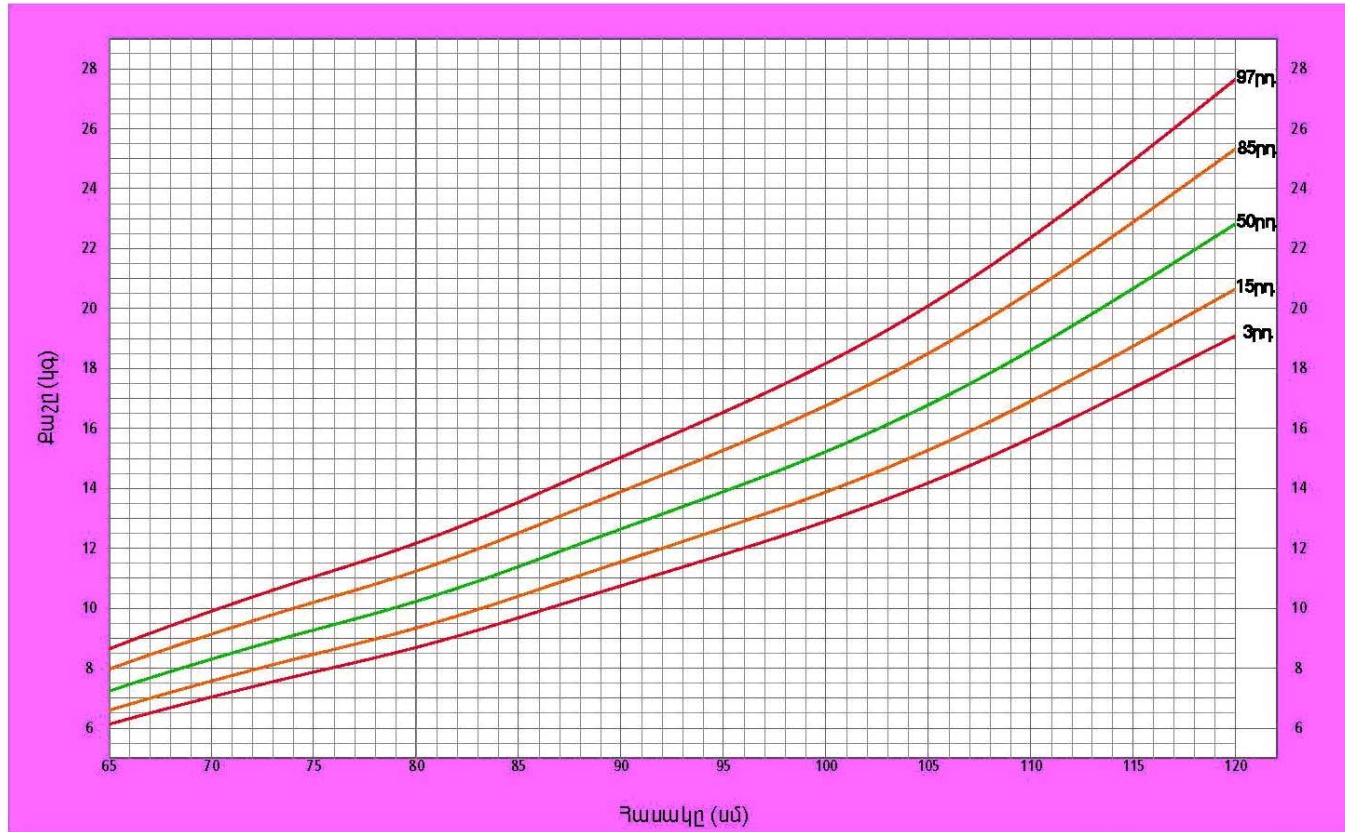
Ծննդից մինչև 2 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՂԿ երեխայի աճի ստանդարտներ

Քաշը ըստ հասակի ԱՂՋԻԿՆԵՐ

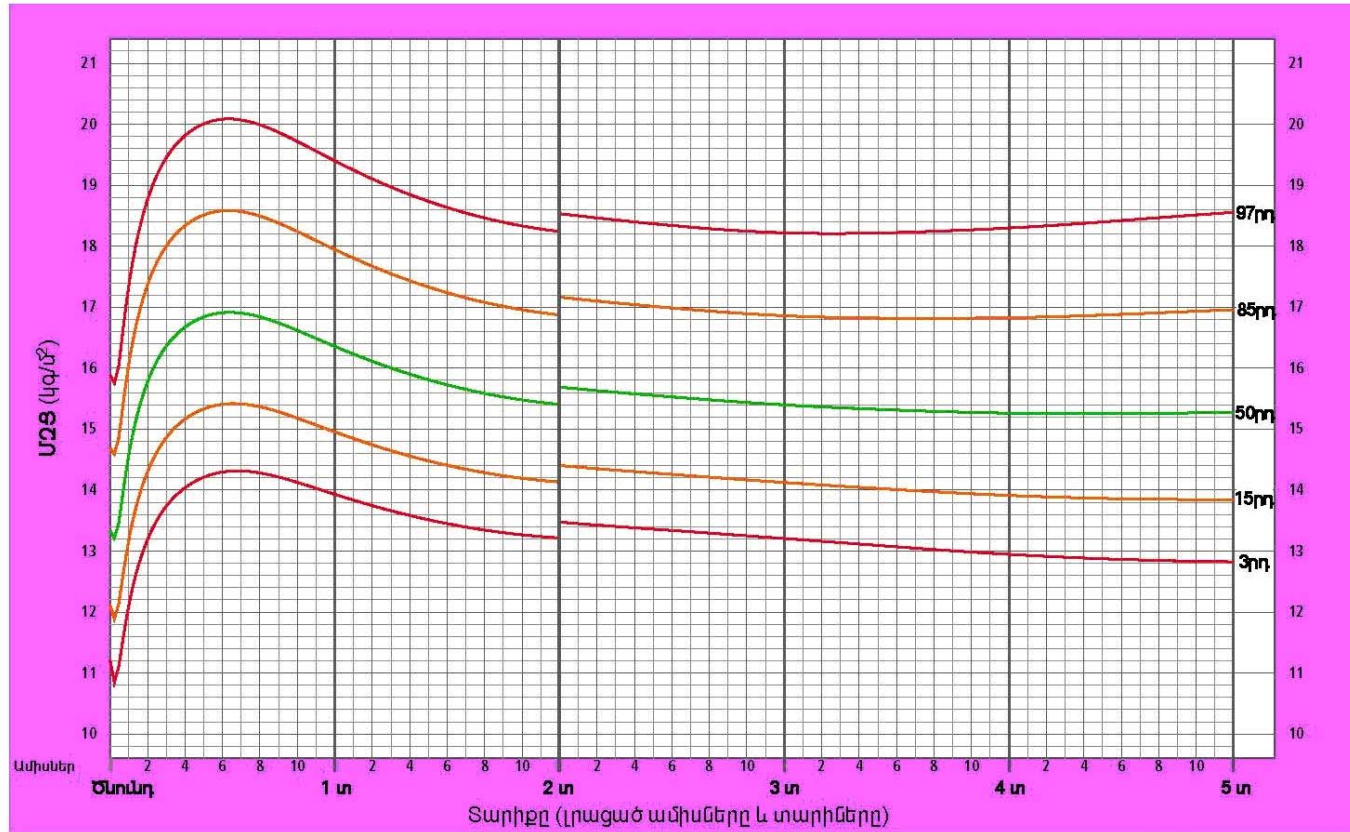
2-ից 5 տարեկան (պերցենտիլներ)



ԱՅԿ երեխայի արժի ստանդարտներ

Մարմնի զանգվածի ցուցանիշը (ՄՁՑ) ըստ տարիքի ԱՂՋԻԿՆԵՐ

Ծննդից մինչև 5 տ (պերցենտիլներ)



ԱՂԿ երեխայի աճի ստանդարտներ

Հավելված 9. Առաջին օգնությունը այրվածքների ժամանակ

1. **Դադարեցրեք այրվածք առաջացնող գործոնի ազդեցությունը:**
 - **Ջերմային այրվածքի** դեպքում առաջին հերթին դադարեցրեք ջերմության ազդեցությունը: Արձակեք և այրվածքի մակերեսից արագ հեռացրեք երեխայի հագուստը: Մի պոկեք մաշկին կպած հագուստը, որպեսզի մաշկը լրացուցիչ չվնասեք, այլ մկրատով զգուշությամբ կտրեք և հեռացրեք հագուստի ազատ մասերը: Հիշեք, որ տաք հեղուկով ներծծված կամ բոցավառվող հագուստը երկարատև է ներգործում այրված մասի վրա՝ խորացնելով հյուսվածքների վնասումը և ծանրացնելով այրվածքը: Նույնիսկ այրվածք առաջացնող գործոնի հեռացման դեպքում փափուկ հյուսվածքները շարունակում են ենթարկվել ջերմային վնասման՝ առաջացնելով լրացուցիչ վնասվածքներ («ջեռակի էֆեկտ»):
 - **Քիմիական այրվածքի** դեպքում քիմիական նյութի ազդեցությունը տևում է այնքան ժամանակ, քանի դեռ այն գտնվում է մաշկի վրա: Ուստի պետք է շտապ հեռացնել այն երեխայի մաշկի վրայից՝ լվանալով հոսող ջրի տակ: Եթե քիմիական նյութը բյուրեղների տեսքով է, ապա մինչև ջրով լվանալը, աշխատեք հնարավորին չափ արագ հեռացնել քիմիական նյութը չոր գործվածքով կամ փափուկ խոզանակով:
Եթե քիմիական նյութը վնասել է աչքը, ապա առնվազն 30 րոպե լվացեք այն հոսող ջրի տակ: Վնասված աչքը պահեք առողջ աչքի մակարդակից ցածր՝ աղտոտումից պաշտպանելով առողջ աչքը: Անհրաժեշտության դեպքում արտաշրջեք վերին կոպը, որ ջուրը մուտք գործի վերին կոպի տակ:
2. **Սառեցրեք վնասված մակերեսը:**

Այրվածքի մակերեսը պետք է սառեցնել առնվազն 15-20 րոպե: Այրված մակերեսը կարելի է սառեցնել պահելով այն հոսող ջրի տակ, սուզելով ջրի մեջ կամ դնելով սառը թրջոցներ:

Չի կարելի սառեցնել խորը թափանցող և էլեկտրական այրվածքները:
3. **Նվազեցրեք վարակի ներթափանցումը:**

Ծածկեք երեխայի մաշկի մակերեսը ստերիլ անձեռոցիկով կամ մաքուր գործվածքով և թույլ վիրակապեք:
4. **Ձեռնարկեք շոկի զարգացումը կանխարգելող քայլեր:**
5. **Անհրաժեշտության դեպքում շտապ երեխային ուղեգրեք մասնագիտացված բաժանմունք կամ հիվանդանոց:**

**Հավելված 10. Պանդեմիկ գրիպի վարակի կասկածի դեպքում հիվանդ
երեխաների վարման ուղեցույց³⁵**

1. Պանդեմիկ գրիպի վարակի կասկածի դեպքում առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատություններում հիվանդ երեխաների բուժօգնության կազմակերպումը իրականացվում է սույն հրամանի հավելված 1-ով հաստատված ուղեցույցի ընդհանուր դրույթներին համապատասխան:

2. Առողջության առաջնային պահպանման բուժհաստատություններում սուր շնչառական հիվանդություններով հիվանդ երեխաների վարման գործընթացը իրականացվում է ուղեցույցի աղյուսակ 1-ով սահմանված ալգորիթմով:

3. Սուր շնչառական վարակով հիվանդ երեխաների վարման գործընթացում անհրաժեշտ է հաշվի առնել հետևյալ առանձնահատկությունները՝

3.1. Նորածինները և 0-2 տարեկան երեխաները համարվում են պանդեմիկ գրիպի բարդությունների տեսանկյունից ռիսկի առանձնահատուկ խումբ և պահանջում են հսկողություն, խնամք: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նորածինների և վաղ տարիքի երեխաների մոտ դիտվող գրիպանման հիվանդության ոչ տիպիկ ախտանիշներին՝ ափնոէ, ցածր ջերմաստիճան, հաճախացած շնչառություն, ցիանոզ, չափազանց քնկոտություն, ախորժակի բացակայություն և դեհիդրատացիա:

3.2. Հիշել, որ

- 0-1 տարեկան երեխաներին ամբուլատոր պայմաններում Tamiflu չի նշանակվում
- իսկ 1 տարեկանից բարձր երեխաներին Tamiflu դեղամիջոցը նշանակվում է սույն ուղեցույցի աղյուսակ 2-ով նախատեսված չափաբաժինների համաձայն,
- 0-1 տարեկան երեխաներին կարող է նշանակվել Tamiflu հիվանդանոցային պայմաններում՝ հիվանդության ծանր, պրոգրեսիվող և շնչառական անբավարարությամբ ուղեկցվող թոքաբորբի դեպքում, երբ առկա է կենսական ցուցում և սպասվող արդյունքը գերակշռում է երեխայի համար դեղամիջոցի բացասական հնարավոր հետևանքը:

4. Ելնելով համաճարակային իրավիճակից, մանկապարտեզ հաճախող երեխաների խնամողներին ըստ անհրաժեշտության տրվում է տեղեկանք՝ աշխատանքից բացակայությունը հարգելի համարելու նպատակով:

³⁵ Հավելված N 3 ՀՀ Առողջապահության նախարարի 09.12.2009թ. N 1963-Ա հրամանի:

Գրիպով հիվանդ երեխաների (0-18տ.) վարումը ամբուլատոր-պոլիկլինիկական պայմաններում

Հիվանդության հիմնական ախտանշանները*

- Ջերմության բարձրացում 38.0°C-ից բարձր
- Հազ
- Կոկորդի ցավ
- Հարբուխ
- Գլխացավ
- Մկանացավ
- Կարող է լինել փորլուծություն և փսխում

Հիվանդությունը կարող է արտահայտվել բոլոր վերոհիշյալ ախտանշաններով կամ նրանցից մեկ կամ երկուսով

*Հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել նորածինների և վաղ հասակի երեխաների մոտ դիտվող գրիպանման հիվանդության ոչ տիպիկ ախտանշաններին՝ փսխում, ցածր ջերմաստիճանը, հաճախացած շնչառություն, ցիանոզ, չափազանց քնկոտություն, ախորժակի բացակայություն և դեհիդրատացիա:

Ոչ բարդացած գրիպ
Թոքաբորբի
ախտանշաններ
չկան և ռիսկի
խմբում չէ

Ռիսկի խմբի երեխաներ

- Մինչև 5 տարեկան երեխաներ
- Հղիներ
- Քրոնիկ հիվանդ երեխաներ

(նյութափոխանակության խանգարումներ, այդ թվում դիաբետ օրգան-համակարգերի անբավարարություն, մկրուլոգիական հիվանդություններ՝ էպիլեպսիա, նյարդամեղմանային, նյարդակողմնիտիլ խանգարումներ, իմունադեպրեսիվ վիճակներ):

- Երկարատև ասպիրինային բուժում ստացած երեխաներ

Հիվանդության արագրեսիվ ընթացք

Անհապաղ ուղարկել հիվանդանոց, եթե

- երեխան չի կարողանում խմել կամ կուրծք ծծել
- երեխան փսխում է յուրաքանչյուր կերակրումից կամ հեղուկ ընդունելուց հետո
- երեխայի մոտ առկա են ցնցումներ
- երեխան գտնվում է լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում:

Ուղարկել հիվանդանոց, եթե առկա է

- ապնոէ, հևոց, ցիանոզ
- գերզրգուշացություն
- սուր դեհիդրատացիա
- արագացած շնչառություն (2-12 ամսական՝ 50 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում, 12ամսականից մինչև 5 տարեկան՝ 40 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում)
- ռենտգենոլոգիական հաստատված թոքաբորբ
- երկրորդային բարդությունների առկայություն (երիկամային, մուկտիօրգանային անբավարարություն, միոկարդիտ)
- հիմնական քրոնիկ հիվանդության սրացում
- եթե երեխայի տարիքը 2 ամսականից փոքր է և առկա է հիվանդության հիմնական ախտանշաններից որևէ մեկը կամ ջերմությունը բարձր է 37.5°C-ից

Նշանակվում է սինտոմատիկ բուժում տան պայմաններում, համաձայն ՀՀ ԱՆ 30.12.2008թ. N1984-Ա հրամանով հաստատված «Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման չափորոշիչի», ընդ որում Ռեյի համախտանշանի կանխարգելման նպատակով չի թույլատրվում երեխաների սալիցիլատներով բուժումը (ասպիրին կամ ասպիրին պարունակող պատրաստուկներ): 24-48 ժամից վիճակի անփոփոխ մնալու կամ վատթարացման պարագայում նշանակվում է հակավիրուսային բուժում, համաձայն արդուսակ 2-ի, բացառությամբ 0-1տ. երեխաների:

Սիմպտոմատիկ և հակավիրուսային բուժում Օզելտամիր (Tamiflu) դեղամիջոցով, համաձայն սույն հրամանով հաստատված հավելված 2-ի (բացառությամբ հղիների և մինչև 1 տարեկան երեխաների)՝ տեղամասային մանկաբույժի/ընտանեկան բժշկի անենձորյա հսկողությամբ:

**Հավելված 11. Հեմոգլոբինի նվազագույն նորմալ չափանիշները
երեխաների մոտ (CDC)**

Տարիք	Հեմոգլոբին		
	միավոր	գ/%	գ/լ
1 շաբաթական	81	13,5	135
1 ամսական	66	11,0	110
2 ամսական	57	9,5	95
3 – 5 ամսական	60	10,0	100
6 ամս. - 4 տարեկան	66	11	110
5 - 11 տարեկան	69	11,5	115
12 – 14 տարեկան			
տղաներ	75	12,5	125
աղջիկներ	72	12,0	120
14 տարեկանից բարձր			
տղաներ	78	13,0	130
աղջիկներ	72	12,0	120

Հավելված 12. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման չափորոշիչ³⁶
Ալգորիթմային ուղեցույց առողջության առաջնային պահպանման համակարգի բուժաշխատողների համար

ՄՅԻՎ վարման սխեմաներ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՄԱՅԻՆ

ՀԱՐՑՐԵՔ ՍՈՐԸ ԵՐԵՄԱՅԻ ՍՈՏ ԵՂԱԾ ՊՐՈԲԼԵՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Պարզեք՝ այս խնդրի կապակցությամբ երեխայի այցն առաջնակի է, թե՛ կրկնակի:

- Եթե այցը կրկնակի է, օգտվեք «ԲՈՒԺԵՔ ԵՐԵՄԱՅԻՆ» սխեմայի ցուցումներից:
- Եթե այցը առաջնակի է, գնահատեք երեխայի վիճակը հետևյալ կերպ.

Ցանկացած վտանգի նշանով երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՀԱՊԱՂ ուշադրություն: Արագ ավարտեք հետազոտումը և նախահիվանդանոցային բուժումը, որպեսզի երեխայի հոսպիտալացումը չուշացվի:

<u>ԱՏՈՒԳԵՔ, ԿԱ՞Ն ԱՐԴՅՈՔ ՎՏԱՆԳԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՆՇԱՆՆԵՐ</u>	
<i>ՀԱՐՑՐԵՔ.</i>	<i>ՁՆՆԵՔ.</i>
• Կարողանում է երեխան խմել կամ կուրծք ծծել: • Կա՞ փսխում յուրաքանչյուր կերակրումից կամ խմելուց հետո: • Եղե՞լ են երեխայի մոտ ցնցումներ:	• Ձններ, արդյո՞ք երեխան լեթարգիկ է կամ անգիտակից:

³⁶ Հաստատված է ՀՀ ԱՆ 13.04.2010թ. N553-Ա հրամանով:

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵԽԱՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՆՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ՝ ԵՐԵԽԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ՊՐՈԲԼԵՄՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ

ԱՅՆՈՒՀԵՏԵՎ ՀԱՐՑՐԵՔ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ. Երեխայի մոտ կա՞ արդյոք հազ կամ դժվարացած շնչառություն				ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ	ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ՈՐՊԵՍ	ԲՈՒԺԵՔ (հիվանդանոց ուղարկելուց առաջ պահանջվող)
Եթե ԱՅՈՒ ՀԱՐՑՐԵՔ. Որքա՞ն ժամանակ է:	ՋՆՆԵՔ, ԼՍԵՔ, ՈՐՈՇԵՔ. - Հաշվեք շնչառության հաճախականությունը մեկ րոպեում: - Ձմռանը՝ կա արդյո՞ք երեխայի մոտ կրծքավանդակի ներքաշում: - Ձմռանը և լսեք՝ կա արդյո՞ք ստրիդոր: - Ձմռանը և լսեք՝ կա արդյո՞ք ասթմոիդ շնչառություն: Եթե կա, ապա առաջին անգամ՝ է, թե կրկնակի էպիզոդ է:	ԵՐԵԽԱՆ ՊԵՏՔ Է ԼԻՆԻ ՀԱՆԳԻՍՏ ՎԻՃԱԿՈՒ	Դասակարգեք ՀԱՋԸ կամ ԴԺՎԱՐԱՅԱԾ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ	Վտանգի ցանկացած նշան: Կամ	ԾԱՆՐ ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԿԱՄ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:
				Կրծքավանդակի ներքաշում: Կամ		
				Ստրիդոր վիճակում: հանգիստ		
				Հաճախացած շնչառություն:	ԹՈՔԱԲՈՐԲ	- Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոց 5 օր: - Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազը: - Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: - Հաջորդ այցը 1 օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է)
		Եթե երեխան. 2-12 ամսական է 12 ամսականից մինչև 5 տարեկան է	Հաճախացած շնչառություն 50 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում 40 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում	Թոքաբորբի կամ ծայրահեղ ծանր հիվանդության ախտանշաններ չկան:	ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԶԿԱ, ՀԱՋ ԿԱՄ ՄՐՍԱ-ԾՈՒԹՅՈՒՆ	- Եթե հազը տևում է 30 օրից ավելի, ուղարկեք հետազոտման: - Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազը: - Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: - Հաջորդ այցը 5 օր հետո, եթե չկա վիճակի բարելավում:

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՄԱՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈԼՈՐ ԲԱԺԻՆԵՐԸ, ԵՐԵՄԱՅԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ՊՐՈԲԼԵՄՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ

Ասքմոհի շնչառության ժամանակ.	Դասակարգեք ԱՍԹՄՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ		Վտանգի ցանկացած նշան: Կամ Կրծքավանդակի ներքաշում: Կամ Ստրիդոր հանգիստ վիճակում:	ԾԱՆՐ ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԿԱՄ ԾԱՅՐԱՅԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ, ԱՍԹՄՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: Տվեք արագ ազդող բրոնխոլայնիչ դեղամիջոց: ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:
Եթե կա ասքմոհի շնչառություն և կան վտանգի ընդհանուր նշաններ. դասակարգեք որպես «ԾԱՆՐ ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԿԱՄ ԾԱՅՐԱՅԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ, ԱՍԹՄՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆ» Եթե երեխայի մոտ կա ասքմոհի շնչառություն և չկան վտանգի ընդհանուր նշաններ. - բուժեք արագ ազդող բրոնխոլայնիչ դեղամիջոցով մինչև 3 ցիկլ. - կրկնակի անգամ զննատեք շնչառության հաճախականությունը 30 րոպե անց՝ արագ ազդող բրոնխոլայնիչ դեղամիջոցը օգտագործելուց հետո:	Եթե երեխան 2-12 ամսական է	Հաճախացած շնչառություն 50 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում	Չկան վտանգի նշաններ: Հաճախացած շնչառությունը պահպանվում է բրոնխոլայնիչ օգտագործելուց հետո (կարելի է տալ մինչև 3 ցիկլ):	ԹՈՔԱԲՈՐԲ, ԱՍԹՄՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոց ինչպես ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ ժամանակ: Տվեք սալբուտամոլ՝ 5 օր: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազը: Եթե ասքմոհի շնչառությունը նկատվել է նաև ներկա հիվանդությունից առաջ՝ ուղարկեք հետազոտման: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 1օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):
			Չկան վտանգի նշաններ: Բրոնխոլայնիչ օգտագործելուց հետո չկա հաճախացած շնչառություն: Ասքմոհի շնչառություն (բրոնխոլայնիչ դեղամիջոց օգտագործելուց առաջ կամ հետո):	ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԶՎԱ, ԱՍԹՄՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆ	Տվեք սալբուտամոլ՝ 5 օր: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազը: Եթե ասքմոհի շնչառությունը նկատվել է նաև ներկա հիվանդությունից առաջ կամ հազը տևում է 30 օրից ավելի՝ ուղարկեք հետազոտման: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 2 օր հետո:

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՍՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՒԱՆՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՆԵՐԸ, ԵՐԵՒԱՆՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ԴՐՈՒՄԵՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱԴԱՏԱՍԽԱՆ ԵՐԵՒԱՅԻ ՄՈՒ ԿԱ ԱՐՈՅՈՒՄՔ ՓՈՐՈՒԾՈՒՄՅՈՒՆ (դիարեա):

ԵԹԵ ՎՈՐՑՐԵՔ. - Որքա՞ն ժամանակ է: - Կա արդյո՞ք արյուն կղանքում:	ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ. - ՁՆՆԵՔ երեխայի ընդհանուր վիճակը: Արդյո՞ք երեխան՝ - լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում է. - անհանգիստ է, հիվանդագին գրգռված: - Արդյո՞ք աչքերը ներընկած են: - Երեխային առաջարկեք որևէ հեղուկ: Ինչպե՞ս է երեխան խմում. - չի կարողանում խմել կամ դժվարությամբ է խմում, - ազահությամբ է խմում, ծարավ է: - Ստուգեք մաշկային ծալքի ռեա կցիան փորի վրա : Մաշկի ծալքը հարթվում է՝ - շատ դանդաղ (2 վայրկյանից ավել), - դանդաղ:	ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	Հետևյալ նշաններից երկուսը. - լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում է, - աչքերը ներընկած են, - չի կարողանում խմել կամ խմում է դժվարությամբ, - մաշկի ծալքը հարթվում է շատ դանդաղ:	ԾԱՆՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ	ՇՏԱՊ ուղեգրեք հիվանդանոց: ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կոմերով տա ՕՌԱ լուծույթ: Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը: Եթե հնարավորություն չկա երեխային շտապ ուղեգրել հիվանդանոց՝ գործեք ըստ Գ պլանի:
		ԸՍՏ ՋՐԱԶՐԿՄԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻ	Հետևյալ նշաններից երկուսը. - անհանգիստ է և հիվանդագին գրգռված, - աչքերը ներընկած են, - խմում է ազահությամբ՝ ծարավ է, - մաշկի ծալքը հարթվում է դանդաղ:	ՉԱՓԱՎՈՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ	Չափավոր ջրազրկման դեպքում տվեք հեղուկներ, սնունդ և ցինկի պրեպարատ բերանացի (պլան Բ): Եթե երեխայի մոտ կա մեկ այլ ծանր հիվանդություն՝ ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց: ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կոմերով տա ՕՌԱ լուծույթ, Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 1 օր հետո՝ եթե չկա վիճակի բարելավում և եթե ջրազրկման բուժումը նշանակվել է տանը:
			Նշանները բավարար չեն որպես ՉԱՓԱՎՈՐ կամ ԾԱՆՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ դասակարգելու համար	ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ ՉԿԱ	Տվեք հեղուկներ, սնունդ և ցինկի պրեպարատ բերանացի. բուժումը տնային պայմաններում (Ա պլան): Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 2 օր հետո, եթե չկա վիճակի բարելավում:
		ԸՍՏ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅԱՆ (ԵՔԵ ՓՈՐՈՒԾՈՒՄՅՈՒՆՆԸ շարունակվում է 7 օր և ավելի)	Ջրազրկում կա	ԾԱՆՐ ԶԳԶԳՎՈՐ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	Եթե երեխայի մոտ չկա այլ ծանր հիվանդություն, մինչ հիվանդանոց ուղարկելը բուժեք ջրազրկումը: Ուղարկեք հիվանդանոց:
			Ջրազրկում չկա	ԶԳԶԳՎՈՐ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	Բացատրեք մորը՝ ինչպես կերակրել զգձգվող ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅԱՆ հիվանդ երեխային: Տվեք ցինկ պարունակող պոլիվիտամինների և համապատասխան պատրաստուկ՝ 14 օր: Հաջորդ այցը 2 օր հետո:
			Կղանքի մեջ կա արյուն	ՀԵՄՈԿՈԼԻՏ	Բուժեք տվյալ տեղանքում շիգելոզի դեպքում Խորհուրդ տրվող օրալ հակաբակտերիալ դեղամիջոցով՝ 5 օր: Տվեք ցինկի պրեպարատ բերանացի: Հաջորդ այցը՝ 1 օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):

Կա՞րդյոք երեխայի մոտ տենդ (բարձր ջերմություն): (Ամամենգուն մշուժ է ջերմություն կամ շոշափելիս երեխան շատ տաք է, կամ ջերմությունը 37,5°C կամ ավելի բարձր է)					
ԵՔԵ ԱՅՈՒ, ՀԱՐՅՐԵՔ. • Ինչքա՞ն ժամանակ է: • Եթե 5 օրից ավելի է, արդյո՞ք ամեն օր է երեխան ջերմել: • Հիվանդացե՞լ է արդյոք երեխան կարմրուկով վերջին 3 ամիսների ընթացքում: • Եղե՞լ է արդյոք երեխան մալարիայի գոտում վերջին 1 տարվա ընթացքում:	ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ. ՁՆՆԵՔ և շոշափեք ծոծրակային մկանները որոշելու համար կարկանդոյան առկայությունը: ՁՆՆԵՔ՝ կա՞ն արդյոք կարմրուկի նշաններ. տարածուն ցան և <i>հետկալ մշաններից որևէ մեկը</i> . հարբուխ, հազ կամ աչքերի կարմրություն:	Դասակարգեք ՏԵՆԴԸ	Վտանգի ցանկացած նշան: Կամ Ծոծրակային մկանների կարկանդոյուն:	ԾԱՅՐԱԴՅԵԼ ԾԱՆՐ ԶԵԲՐԻԼ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: Տվեք պարացետամոլի մեկ դեղաչափ ամբուլատոր պայմաններում՝ եթե ջերմությունը բարձր է 38,5°C և ավելի: ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:
			Դասակարգումը՝ ԹՈՔԱԲՈՐԲ, ՀԵՄՈԿՈԼԻՏ, ՍՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏ, ԱԿԱՆՋԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԵԿՑԻԱ կամ տենդի այլ բացահայտ պատճառներ:	ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոց: Տվեք պարացետամոլ եթե ջերմությունը բարձր է՝ 38,5°C և ավել: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 1 օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):
			Տենդ 5 օր և ավելի:	ԶԳԶՎՈՂ ՏԵՆԴ	Տվեք պարացետամոլի մեկ դեղաչափ ամբուլատոր պայմաններում, եթե ջերմությունը բարձր է՝ 38,5°C և ավելի:
Եթե երեխայի մոտ կարմրուկ է կամ նա հիվանդացել է կարմրուկով վերջին 3 ամիսների ընթացքում:	ՁՆՆԵՔ, կա արդյոք եղջերաթաղանթի պոտորություն: ՁՆՆԵՔ՝ կա՞ն արդյոք խոցեր բերանի խոռոչում: ՁՆՆԵՔ՝ կա՞ արդյոք թարախային արտադրություն աչքից: ՁՆՆԵՔ՝ կա՞ն արդյոք կարմրուկի այլ բարդություններ:	Դասակարգեք ԿԱՐՄՐՈՒԿԸ	Վտանգի ցանկացած նշան: Կամ Եղջերաթաղանթի պոտորություն: Կամ Բերանի խոռոչի խոր և տարածուն խոցեր:	ԾԱՆՐ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԿԱՐՄՐՈՒԿ	Ուղարկեք հետազոտման: Եթե կան եղջերաթաղանթի պոտորություն կամ թարախային արտադրություն աչքից, օգտագործեք տետրացիկլինի աչքի քսուքը: ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:
			Կա աչքից թարախային արտադրություն: Կամ Բերանի խոռոչում կան խոցեր: Կամ Կան կարմրուկի այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են թոքաբորբը, օտիտը, ստրիդորը, սնուցման խանգարումները:	ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԿԱՐՄՐՈՒԿ	Բուժեք աչքի ինֆեկցիան տետրացիկլինի քսուքով: Բուժեք բերանի խոռոչի խոցերը գենցիանվիոլետով: Եթե կան այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են թոքաբորբը, օտիտը, ստրիդորը, սնուցման խանգարումները՝ բուժեք ինչպես նկարագրված է համապատասխան բաժիններում: Տվեք պոլիվիտամին (որը պարունակում է վիտամին A): Հաջորդ այցը 1 օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):
			Եթե երեխայի մոտ կարմրուկ է կամ նա հիվանդացել է կարմրուկով վերջին 3 ամիսների ընթացքում	ԿԱՐՄՐՈՒԿ ԿԱՄ ՀԵՏԿԱՐՄՐՈՒԿԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿ	Տվեք պոլիվիտամին: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ:

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՄՍԱԿԱՆՈՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՒԱՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ, ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ՊՐՈԲԼԵՄՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ:

ՍՏՈՒԳԵՔ՝ ՈՒՆԻ՝ ԱՐԴՅՈՔ ԵՐԵՒԱՆ ԿՈԿՈՐԴԻ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽՆԴԻՐ:

ՀԱՐՑՐԵՔ.	ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ.		Չի կարող խմել:	ԸՄՊԱՆԻ ԱԲՍՑԵՍ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: Ցավերի դեպքում տվեք պարացետամոլի առաջին դեղաչափը: ԱՆՀԱՊԱՂ Ուղարկեք հիվանդանոց:
Կա՞ արդյոք կոկորդի ցավ: Չի կարող խմել	Ձննք և գնահատեք, կա՞ արդյոք մշկկների վրա սպիտակ փառ: Շոշափեք, մեծացա՞ծ են արդյոք առաջնային պարանոցային ավշային հանգույցները:	Դասակարգեք ԿՈԿՈՐԴԻ ԽՆԴԻՐԸ	Նշիկները պատված են սպիտակ փառով:	ՍՏՐԵՊՏՈ-ԿՈԿԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏ	Կատարեք բենզատին-պենիցիլլինի 1 ներարկում, կամ տվեք ամոքսացիլին 10 օր: Ցավերի կամ տենդի դեպքում տվեք պարացետամոլ: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 1օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):
			Մեծացած առաջնային պարանոցային ավշային հանգույցներ:		Ցավերի կամ տենդի դեպքում տվեք պարացետամոլ: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 1օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):
			Դեղին տողում մշված մշաններից մեկը կամ ոչ մեկը	ՈՉ ՍՏՐԵՊՏՈ-ԿՈԿԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏ	Ցավերի կամ տենդի դեպքում տվեք պարացետամոլ: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Հաջորդ այցը 5 օր հետո, եթե չկա վիճակի բարելավում:

Այնուհետև ստուգեք՝ ունի՞ արդյոք երեխան ականջների հետ կապված խնդիր:					
ԵԹԵ ԱՅՈ, ՀԱՐՑՐԵՔ.	ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ.		Ցավոտ ուռածություն ականջի ետևում	ՄԱՍՏՈՒԴԻՏ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: Ցավերի դեպքում տվեք պարացետամոլի առաջին դեղաչափը: ԱՆՀԱՊԱՂ Ուղարկեք հիվանդանոց:
Կա՞ արդյոք ականջից արտադրություն: Եթե այո, ապա ինչքա՞ն ժամանակ է:	Ձննք, կա՞ արդյոք ականջից թարախային արտադրություն: Շոշափեք, կա՞ արդյոք ականջի հետևում ցավոտ ուռածություն:	Դասակարգեք ԱՎԱՆՋԻ ՊՐՈԲԼԵՄԸ	Ականջից առկա է թարախային արտադրություն 14 օրից ոչ ավել տևողությամբ: Կամ Ականջի ցավ:	ԱՎԱՆՋԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԵԿՑԻԱ	Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոց 5 օր: Պատրույգով չորացրեք ականջը: Ցավերի դեպքում տվեք պարացետամոլ: Հաջորդ այցը 1օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):
			Ականջից առկա է թարախային արտադրություն 14 և ավելի օր տևողությամբ:	ԱՎԱՆՋԻ ԽՐՈՒՆԿ ԻՆՖԵԿՑԻԱ	Պատրույգով չորացրեք ականջը: Նշանակեք ցիպրոֆլոքսացինի ականջի կաթիլներ՝ առնվազն 2 շաբաթ: Ուղարկեք երեխային հետազոտման (LOR կոնսուլտացիա): Հաջորդ այցը 5 օր հետո:
			Ականջի ցավ և ականջից արտադրություն չկա:	ԱՎԱՆՋԻ ԻՆՖԵԿՑԻԱ ՉԿԱ	Բուժման կարիք չկա:

ԱՅՆՈՒՂԵՏԵՎ ՍՏՈՒԳԵՔ՝ ԿԱ՝ ԱՐԴՅՈՔ ՍՆՈՒՑՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ ԿԱՍ ԱՆԵՄԻԱ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ՝ ԵՐԵՒԱՅԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ

ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ. ՁՆՆԵՔ, արդյոք կա՞ն ծանր հյուժվածության ակնհայտ նշաններ: ՁՆՆԵՔ, արդյոք կա՞ն ափերի զոււնատություն: Եթե կա, ապա ի՞նչ աստիճանի. - արտահայտված - չափավոր ՁՆՆԵՔ, արդյոք կա՞ն զույգ ոտնաթաթերի այտուց: Որոշեք քաշի համապատասխանությունը տարիքին:	Դասակարգեք ՍՆՈՒՑՄԱՆ ՎԻՃԱԿԸ	<table><tr><td>Ակնհայտ խիստ հյուժվածություն: Կամ Ափերի արտահայտված զոււնատություն: Կամ Ձույզ ոտնաթաթերի այտուց:</td><td>ՍՆՈՒՑՄԱՆ ԾԱՆՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ ԿԱՍ ԾԱՆՐ ԱՆԵՄԻԱ</td><td>ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:</td></tr><tr><td>Ափերի չափավոր զոււնատություն: Կամ Տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ:</td><td>ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ</td><td>Գնահատեք երեխայի սնուցումը և խորհուրդ տվեք մորը սնուցման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՐԴՈՒՂ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ՍՆՈՒՑՈՒՄ» բաժնի. - Եթե կան կերակրման հետ կապված բարդություններ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: Անեմիայի դեպքում. - որոշեք հեմոգլոբինի մակարդակը արյան մեջ, եթե այն ցածր է 90 գ/լ-ից՝ տվեք երկաթ պարունակող դեղամիջոցներ և ասկորբինաթթու, - տվեք մեքենդազոլ, եթե երեխան երկու տարեկան է կամ ավելի և եթե վերջին վեց ամիսների ընթացքում նա այդ դեղամիջոցը չի ստացել: Բացատրեք մորը, որը է պետք անհապաղ վերադառնալ: Անեմիայի դեպքում հաջորդ այցը 14 օր հետո: Եթե քաշը տարիքի համեմատ ցածր է, հաջորդ այցը 14 օր հետո:</td></tr><tr><td>Չկա տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ և չկան սնուցման խանգարման կամ այլ նշաններ:</td><td>ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ ՉԿԱ</td><td>Եթե երեխան փոքր է երկու տարեկանից, կատարեք նրա կերակրման գնահատում և խորհուրդներ տվեք մորը կերակրման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՐԴՈՒՂՆԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ԿԵՐԱԿՐՈՒՄ» հատվածի. - Եթե կան կերակրման հետ կապված խնդիրներ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: Բացատրեք մորը, որը է պետք անհապաղ վերադառնալ:</td></tr></table>	Ակնհայտ խիստ հյուժվածություն: Կամ Ափերի արտահայտված զոււնատություն: Կամ Ձույզ ոտնաթաթերի այտուց:	ՍՆՈՒՑՄԱՆ ԾԱՆՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ ԿԱՍ ԾԱՆՐ ԱՆԵՄԻԱ	ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:	Ափերի չափավոր զոււնատություն: Կամ Տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ:	ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ	Գնահատեք երեխայի սնուցումը և խորհուրդ տվեք մորը սնուցման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՐԴՈՒՂ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ՍՆՈՒՑՈՒՄ» բաժնի. - Եթե կան կերակրման հետ կապված բարդություններ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: Անեմիայի դեպքում. - որոշեք հեմոգլոբինի մակարդակը արյան մեջ, եթե այն ցածր է 90 գ/լ-ից՝ տվեք երկաթ պարունակող դեղամիջոցներ և ասկորբինաթթու, - տվեք մեքենդազոլ, եթե երեխան երկու տարեկան է կամ ավելի և եթե վերջին վեց ամիսների ընթացքում նա այդ դեղամիջոցը չի ստացել: Բացատրեք մորը, որը է պետք անհապաղ վերադառնալ: Անեմիայի դեպքում հաջորդ այցը 14 օր հետո: Եթե քաշը տարիքի համեմատ ցածր է, հաջորդ այցը 14 օր հետո:	Չկա տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ և չկան սնուցման խանգարման կամ այլ նշաններ:	ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ ՉԿԱ	Եթե երեխան փոքր է երկու տարեկանից, կատարեք նրա կերակրման գնահատում և խորհուրդներ տվեք մորը կերակրման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՐԴՈՒՂՆԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ԿԵՐԱԿՐՈՒՄ» հատվածի. Եթե կան կերակրման հետ կապված խնդիրներ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: Բացատրեք մորը, որը է պետք անհապաղ վերադառնալ:
Ակնհայտ խիստ հյուժվածություն: Կամ Ափերի արտահայտված զոււնատություն: Կամ Ձույզ ոտնաթաթերի այտուց:	ՍՆՈՒՑՄԱՆ ԾԱՆՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ ԿԱՍ ԾԱՆՐ ԱՆԵՄԻԱ	ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:									
Ափերի չափավոր զոււնատություն: Կամ Տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ:	ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ	Գնահատեք երեխայի սնուցումը և խորհուրդ տվեք մորը սնուցման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՐԴՈՒՂ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ՍՆՈՒՑՈՒՄ» բաժնի. - Եթե կան կերակրման հետ կապված բարդություններ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: Անեմիայի դեպքում. - որոշեք հեմոգլոբինի մակարդակը արյան մեջ, եթե այն ցածր է 90 գ/լ-ից՝ տվեք երկաթ պարունակող դեղամիջոցներ և ասկորբինաթթու, - տվեք մեքենդազոլ, եթե երեխան երկու տարեկան է կամ ավելի և եթե վերջին վեց ամիսների ընթացքում նա այդ դեղամիջոցը չի ստացել: Բացատրեք մորը, որը է պետք անհապաղ վերադառնալ: Անեմիայի դեպքում հաջորդ այցը 14 օր հետո: Եթե քաշը տարիքի համեմատ ցածր է, հաջորդ այցը 14 օր հետո:									
Չկա տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ և չկան սնուցման խանգարման կամ այլ նշաններ:	ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ ՉԿԱ	Եթե երեխան փոքր է երկու տարեկանից, կատարեք նրա կերակրման գնահատում և խորհուրդներ տվեք մորը կերակրման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՐԴՈՒՂՆԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ԿԵՐԱԿՐՈՒՄ» հատվածի. Եթե կան կերակրման հետ կապված խնդիրներ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: Բացատրեք մորը, որը է պետք անհապաղ վերադառնալ:									

ՅՈՒՐԱՔԱՆՁՅՈՒՐ ԵՐԵՒԱՅԻ ՊԱՏՎԱՍՏՈՒՄԸ ԿԱՏԱՐԵՔ ԻՄՈՒՆԻԶԱՑԻԱՅԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԻ ՀԱՍԱԶԱՅՆ:

Ծնվելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում	ՎՀԲ - 1
Ծնվելուց հետո 24-48 ժամվա ընթացքում	ԲՑԺ
1,5 ամսական (6 շաբաթ.)	ԱՎԴՓ/ՀԻԲ/ՎՀԲ-1 + ՕՊՎ 1
2,5 ամսական (10 շաբաթ.)	ԱՎԴՓ/ՀԻԲ/ՎՀԲ-2 + ՕՊՎ 2
3,5 ամսական (14 շաբաթ.)	ԱՎԴՓ/ՀԻԲ/ՎՀԲ-3 + ՕՊՎ 3
12 ամսական	ԿԿԽ - 1
18 ամսական	ԱՎԴՓ 4 + ՕՊՎ 4

ԱՅՆՈՒՂԵՏԵՎ ՍՏՈՒԳԵՔ՝ ԱՐԴՅՈՔ ԵՐԵՒԱՆ ՍՏԱՑԵԼ Է ՎԻՏԱՄԻՆ Դ

Ռախիտի կանխարգելումը սկսում են ծննդյան առաջին օրերից՝ վիտամին Դ-ի կանխարգելիչ դեղաչափը կազմում է 400-500 ՄՄ/օրը, կյանքի 1-2 տարում:

ԿԱՏԱՐԵՔ ԱՅԼ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

**ԲՈՒԺԵՔ ԵՐԵԽԱՅԻՆ
ՓՈՒԼ ԱՌ ՓՈՒԼ ԿԱՏԱՐԵՔ «ՔՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ» ՍԽԵՄԱՅՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ ԲՈՒԺՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ**

ՍՈՎՈՐԵՑՐԵՔ ՍՈՐԸ ՏԱԼ ՕՐԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ ՏՆԱՅԻՆ ԴԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ Հետևեք տնային պայմաններում տրվող բոլոր օրալ դեղամիջոցների ցուցումներին: Հետևեք մաև դոզավորման աղյուսակներում պարունակվող յուրաքանչյուր դեղամիջոցի ցուցումներին: Որոշեք համապատասխան դեղամիջոցը և անհրաժեշտ դեղաչափն ըստ երեխայի տարիքի ու քաշի: Բացատրեք մորը, թե ինչու է երեխային անհրաժեշտ այդ դեղամիջոցը: Ցույց տվեք մորը, թե ինչպես պետք է չափել տվյալ դեղամիջոցի դեղաչափը: Հետևեք, թե ինչպես է մայրը չափում դեղամիջոցի անհրաժեշտ դեղաչափը: Խնդրեք, որ մայրը դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը տա երեխային 2 րոպեից հետո: Հանգամանորեն բացատրեք մորը, թե ինչպես պետք է տալ տվյալ դեղը, որից հետո միայն պատրաստեք պիտակը և փաթաթեք դեղը: Եթե երեխային անհրաժեշտ է տալ մեկից ավելի դեղամիջոց, հավաքեք, չափեք և փաթաթեք յուրաքանչյուր դեղն առանձին-առանձին: Բացատրեք մորը, որ ձեր տված օրալ դեղահաբերի և օշարակների ամբողջ քանակությունն անհրաժեշտ է տալ երեխային, մույմիսկ եթե նրա վիճակն արդեն բարելավվել է: Հրաժեշտ տալուց առաջ ստուգեք, թե ինչպես է մայրը հասկացել ձեր տված ցուցումները:

Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցը ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ, ՄԱՍՏՈՒԴԻՏԻ, ԱԿԱՆՋԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԿԱՄ ԾԱՅՐԱՅԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՈԻՄ:			
	ԱՌԱՋԻՆ ՇԱՐՔԻ ՀԱՎԱԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ		ԵՐԿՐՈՐԴ ՇԱՐՔԻ ՀԱՎԱԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ
	ԱՍՈՔՍԱՑԻԼԻՆ 80-90մգ/կգ/օրական Տվեք օրական 3 անգամ 5 օր		ԱՋԻՏՐՈՄԻՑԻՆ 10մգ/կգ/օրական Տվեք օրական 1 անգամ 3 օր
ՏԱՌԻՔԸ ԿԱՄ ՔԱՇԸ	ՀԱՔԵՐ 250 մգ	ՕՇԱՐԱԿ 125 մգ 5 մլ-ում	ՕՇԱՐԱԿ
2 ամս. մինչև 12 ամսական (4-10 կգ)	1/2	5 մլ	2,5-5մլ 100մգ /5 մլ
12 ամսականից մինչև 5 տարեկան (10-19 կգ)	1	10 մլ	2,5-5մլ 200 մգ/ 5 մլ
ՀԵՍՈԿԻՆԻՏԻ ԴԵՊՈԻՄ. 5 օր շարունակ տվեք տվյալ տեղանքի համար խորհուրդ տրվող հակաբակտերիալ դեղամիջոցը. ԱՌԱՋԻՆ ՇԱՐՔԻ ՀԱՎԱԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ - ՆԱԼԻԴԻՔՍԱԹՈՒՐ ԵՐԿՐՈՐԴ ՇԱՐՔԻ ՀԱՎԱԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ – ՑԻՊՐՈՖԼՈՔՍԱՑԻՆ			
	ՆԱԼԻԴԻՔՍԱԹՈՒՐ Տվեք օրական 4 անգամ 5 օր		ՑԻՊՐՈՖԼՈՔՍԱՑԻՆ Տվեք օրական 15մգ/կգ` օրը 2 անգամ երեք օր
ՏԱՌԻՔԸ ԿԱՄ ՔԱՇԸ	ՀԱՔԵՐ 250 մգ	ՀԱՔԵՐ 250 մգ	
2 ամսականից մինչև 4 ամսական (4-6 կգ)	1/4	1/4	
4 ամսականից մինչև 12 ամսական (6-10 կգ)	1/2	1/2	
12 ամսականից մինչև 5 տարեկան (10-19 կգ)	1	1	
ԽՈԼԵՐԻՏԻ ԴԵՊՈԻՄ. տվեք հակաբակտերիալ դեղամիջոցի` ՏԵՏՐԱՑԻԿԼԻՆԻ կամ ԷՐԻԹՐՈՄԻՑԻՆԻ առաջին դեղաչափը			
	ՏԵՏՐԱՑԻԿԼԻՆ Տվեք օրական 4 անգամ 3 օր		ԷՐԻԹՐՈՄԻՑԻՆ Տվեք օրական 4 անգամ 3 օր
ՏԱՌԻՔԸ ԿԱՄ ՔԱՇԸ	ՀԱՔԵՐ 250 մգ	ՀԱՔԵՐ 250 մգ	
2 ամսականից մինչև 4 ամսական (4-6 կգ)	1/4	1/4	
4 ամսականից մինչև 12 ամսական (6<10 կգ)	1/2	1/2	
12 ամսականից մինչև 5 տարեկան (10-19 կգ)	1	1	

Ասթմոիդ շնչառության դեպքում տվեք օրալ բրոնխոլայնիչ Տվեք միջև ասթմոիդ շնչառության դադարելը		
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ՕՐԱԼ ՍԱԼԲՈՒՏԱՄՈԼ Տվեք օրական 3 անգամ՝ 5 օր շարունակ	ԱԵՐՈՋՈԼԱՅԻՆ ՍԱԼԲՈՒՏԱՄՈԼ Տվեք օրական 3 անգամ
	ՀԱՔԵՐ 4 մգ	ԻՆՀԱԼՅԱՏՈՐ 1 դեղաչափ = 1 սեղմում գլխիկի վրա
2 ամսականից մինչև 12 ամսական (4-10 կգ)	1/4	1 դեղաչափ
12 ամսականից մինչև 5 տարեկան (10-19 կգ)	1/2	2 դեղաչափ

Տվեք ասկորբինաթթու Երկաթի դեղամիջոցների հետ միասին՝ անեմիայի ժամանակ	
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ԱՍԿՈՐԲԻՆԱԹՅՈՒՆ ՀԱՔԵՐ 25 մգ Տվեք օրական 2 անգամ
4 ամսականից մինչև 12 ամսական (6-10 կգ)	1/2
12 ամսականից մինչև 3 տարեկան (10-14 կգ)	1
3 տարեկանից մինչև 5 տարեկան (14-19 կգ)	2

Տվեք մեքենդազոլ Ամբուլատորիայում տվեք 500 մգ մեքենդազոլ միանվագ. եթե երեխան 2 տարեկան և ավելի է, եթե երեխան չի ստացել մեքենդազոլ վերջին 6 ամսվա ընթացքում:
--

Ականջի քրոնիկ ինֆեկցիայի ժամանակ նշանակեք ցիպրոֆլոքսացինի կաթիլներ Նշանակեք ցիպրոֆլոքսացինի ականջի կաթիլներ՝ 2 կաթիլից օրը 3 անգամ, առնվազն 2 շաբաթ:

Տվեք երկաթի դեղամիջոցներ Տվեք օրական մեկ դեղաչափ՝ 14 օր շարունակ		
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ՀԱՔԵՐ. ԵՐԿԱԹ/ՖՈԼԱՏ Երկաթի սուլֆատ 200 մգ + Ֆոլատ 250 մկգ (60 մգ տարրական երկաթ)	ԵՐԿԱԹԻ ՕՇԱՐԱԿ Երկաթի ֆումարատ՝ 100 մգ 5 մլ-ին (20 մգ տարրական երկաթ՝ մլ-երով)
2 ամսականից մինչև 4 ամսական (4-6 կգ)		1.00 մլ (< 1/4 թեյի գդալ)
4 ամսականից մինչև 12 ամսական (6<10 կգ)		1.25 մլ (1/4 թեյի գդալ)
12 ամսականից մինչև 3 տարեկան (10<14 կգ)	1/2 հաբ	2.00 մլ (<1/2 թեյի գդալ)
3 տարեկանից մինչև 5 տարեկան (14<19 կգ)	1/2 հաբ	2.5 մլ (1/2 թեյի գդալ)

Տվեք պարացետամոլ տեմդի (ջերմությունը > 38.5°C) կամ ցավերի ժամանակ		
ՊԱՐԱՑԵՏԱՄՈԼ		
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ՀԱՔԵՐ (100 մգ)	ՀԱՔԵՐ (500 մգ)
2 ամսականից մինչև 3 տարեկան (4<14 կգ)	1	1/4
3 տարեկանից մինչև 5 տարեկան (14<19 կգ)	2 1/2	1/2

ՍՈՎՈՐԵՑՐԵՔ ՍՈՐԸ ԲՈՒԺԵԼ ՏԵՂԱՅԻՆ ԻՆՖԵԿՑԻԱՆ ՏԱՆԸ

Բացատրեք երեխայի մորը, թե ինչու է կայանում բուժումը և ինչի համար է այն անհրաժեշտ:

Նկարագրեք համապատասխան շրջանակում բերված բուժման փուլերը:

Քանի դեռ մայրն ամբուլատորիայում է, հետևեք, թե ինչպես է նա անցկացնում բուժումն առաջին անգամ (բացառությամբ կոկորդ փափկեցնող և հազը թեթևանցնող դեղամիջոցներով բուժումից):

Բացատրեք, թե ինչ հաճախականությամբ է անհրաժեշտ կատարել բուժումը տնային պայմաններում:

Եթե տնային պայմաններում բուժման համար դա կարևոր է, տվեք երեխայի մորը մի փոքրիկ սրվակով գենցիանվիոլետ (մեֆիլեն կապույտ):

Հրաժեշտից առաջ ստուգեք, թե ինչպես է յուրացրել մայրը ձեր ցուցումները:

Աչքի ինֆեկցիան բուժեք տեսորացիկլինի աչքի քսուքով

Լվացեք աչքերը օրական 3 անգամ.

- Լվացեք ձեռքերը,
- խնդրեք երեխային փակել աչքերը,
- զգուշորեն մաքրեք թարախը՝ օգտագործելով մաքուր կտոր և ջուր :

Այնուհետև կիրառեք տեսորացիկլինի աչքի քսուք՝ օրական 3 անգամ.

- խնդրեք երեխային նայել վերև,
- ստորին կոպի ներքին մակերեսին սեղմեք քիչ քանակի քսուք (բրնձահատիկի չափով),
- նորից լվացեք ձեռքերը:

Բուժեք մինչև աչքերի կարմրության վերանալը:

Մի օգտագործեք այլ քսուքներ, կաթիլներ և այլ տեղային միջոցներ:

Ականջը չորացրեք պատրույգով

Ականջը չորացրեք առնվազն երեք անգամ:

Բինտից, մաքուր ծծող կտորից կամ փափուկ, բայց չպատռվող անձեռոցիկից պատրաստեք պատրույգ:

Պատրույգը մտցրեք երեխայի ականջը:

Հանեք պատրույգը, հենց որ այն թրջվի:

Վերցրեք մաքուր պատրույգ և նույնը կրկնեք այնքան՝ մինչև որ երեխայի ականջը չորանա:

Բերանի խոռոչի վերքերը բուժեք գենցիանվիոլետով (մեֆիլեն կապույտ)

Բերանի խոռոչի խոցերը բուժեք օրական երկու անգամ:

Լվացեք ձեռքերը:

Բերանի խոռոչը մաքրեք մատի վրա փաթաթած մաքուր կտորով, որը թաթախված է

1 % աղի լուծույթի մեջ:

Բերանի խոռոչը մշակեք ջրով կրկնակի նոսրացված (0,25%) գենցիանվիոլետով:

Կրկին լվացեք ձեռքերը:

Փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազն անվտանգ միջոցներով

Առաջարկվող անվտանգ միջոցներն են՝

- կրծքի կաթը՝ բացառապես մայրական կաթով սնվող երեխաների համար,
- գոլ եռացրած ջուրը կամ հանքային ջուրը առանց զազերի,
- գոլ կաթը սողայով, դոշաբով թեյը, ուրցով թեյը :

Վտանգավոր միջոցները, որոնցից խորհուրդ է տրվում խուսափել.

- դեղամիջոցներ, որոնք պարունակում են կոդեին, էֆեդրին և մեծ դեղաչափերով հակաիստամինային միջոցներ,
- բանկաներ:

ԲՈՒԺՔ ՆՈՐԱԾՆԻՆ ԵՎ ԽՈՐՀՈՒՂՆԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ

Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցը
Տեղային բակտերիալ ինֆեկցիայի դեպքում:

Հակաբակտերիալ դեղամիջոց. ԱՄՊԻՑԻԼԻՆ՝ մ/մ կամ ԱՄՈՔՍԻՑԻԼԻՆ՝
պերօրալ

	ԱՄՈՔՍԻՑԻԼԻՆ Տվեք 5 օր՝ օրական 2 անգամ	
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՄ ՔԱՇԸ	ԴԵՂԱՅԱԲԵՐ 250 մգ	ՕՇԱՐԱԿ 125 մգ 5 մլ-ում
ծննդյան պահից մինչև 1 ամսական (<4 կգ)	1/4	2,5 մլ (1/2 թեյի գդալ)
1 ամսականից մինչև 2 ամսական (4-5 կգ)	1/2	5 մլ (1 թեյի գդալ)

Փորլուծության բուժման համար տե՛ս «ԲՈՒԺՔ ԵՐԵՒԱՅԻՆ» սխեման:

Սովորեցրեք մորը, թե ինչպես կարելի է բուժել տեղային ինֆեկցիան տանը

- Բացատրեք, թե ինչպես պետք է անցկացնել բուժումը:
- Հետևեք, թե ամբուլատորիայում մայրն ինչպես է կատարում բուժումն առաջին անգամ:
- Խորհուրդ տվեք մորը տանը բուժումն անցկացնել օրական երկու անգամ:
- Երեխայի վիճակի վատթարացման դեպքում մա պետք է անպատճառ դիմի բուժօգնության:

Թարախաբշտիկները և պորտի ինֆեկցիան բուժելու համար
ՄԱՅՐԸ ՊԵՏՔ Է ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ 5 ՕՐ. ՕՐԸ 2 ԱՆԳԱՄ, ՀԵՏԵՎԵԼՈՎ
ԱՏՈՐԵՎ ԲԵՐՎԱԾ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԻՆ.

- Լվացեք ձեռքերը:
- Ջրի և օճառի օգնությամբ զգուշությամբ լվացեք թարախը և բշտիկների պատյանները:
- Չորացրեք մաշկը:
- Բշտիկների հատվածները մշակեք գենցիանվիոլետի (մեթիլեն կապույտի) 0,5%-ոց լուծույթով:
- Կրկին լվացեք ձեռքերը:

Կաթնախտը բուժելու համար (բերանի խոռոչում խոցերի կամ սպիտակ փառի առկայություն)

ՄԱՅՐԸ ՊԵՏՔ Է ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ 7 ՕՐ. ՕՐԸ 4 ԱՆԳԱՄ, ՀԵՏԵՎԵԼՈՎ
ԱՏՈՐԵՎ ԲԵՐՎԱԾ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԻՆ.

- Լվացեք ձեռքերը:
- Բերանի խոռոչը մաքրեք մատի վրա փաթաթած մաքուր կտորով, որը թաթախված է 50/50 ջրով բացված (0,25%-ոց) գենցիանվիոլետի (մեթիլեն կապույտի) լուծույթով:
- Կրկին լվացեք ձեռքերը:

ԱՅՍ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԸ ՏՎԵՔ ՄԻԱՅՆ ԱՄԲՈՒԼԱՏՈՐԻԱՅՈՒՄ

Բացատրեք մորը, թե ինչ նպատակով է տրվում տվյալ դեղամիջոցը:

Որոշեք դեղի համապատասխան դեղաչափը ըստ երեխայի տարիքի կամ քաշի:

Օգտագործեք միայն ստերիլ ասեղներ և ստերիլ ներարկիչներ: Ճշտությամբ չափեք անհրաժեշտ դեղաչափը:

Դեղամիջոցը տվեք միջմկանային ներարկումների ձևով:

Եթե երեխային հիվանդանոց տեղափոխելու հնարավորություն չկա, հետևեք ձեր ստացած ցուցումներին:

Տվեք Բենզատին - պենիցիլին

ԸՆԴԱՆԻ ԱՐՍՑԵՍԻ Լ ԱՏՐԵՏՈՎՈՎԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Մինչև 5 տարեկան երեխային՝ 600.000 միավոր:

Ներարկեք խորը միջմկանային:

Միջմկանային եղանակով տվեք հակաբակտերիալ դեղամիջոցը

ԱՅՆ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻՆ, ՈՐՈՆՑ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է ՇՏԱՊ ՏԵՂԱԺՈՒՆԵԼ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ ԵՎ ՈՎՔԵՐ ՉԵՆ ՎԱՐՈՂ ԸՆԴՈՒՆԵԼ ՕՐԱԼ ՀԱԿԱԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑԸ.

Ներարկեք քլորամֆենիկոլի կամ ամպիցիլինի գենտամիցինի առաջին դեղաչափը՝ միջմկանային և անհապաղ ուղարկեք հիվանդանոց:

ԵԹԵ ԵՐԵԽԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒ ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ՉՎԱ.

Հարունակեք քլորամֆենիկոլի ներարկումները 25մգ/կգ յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ՝ 5 օր շարունակ կամ

ամպիցիլինի գենտամիցինի ներարկումները՝

ամպիցիլինը՝ 50մգ/կգ յուրաքանչյուր 6 ժամը մեկ և գենտամիցինը՝ 7,5 մգ/կգ օրը 1 անգամ՝ 5 օր շարունակ:

Այնուհետև, միջմկանային ներարկումները փոխարինեք համապատասխան օրալ հակաբակտերիալ դեղամիջոցով՝ բուժման տասնօրյա կուրսն ավարտելու համար:

Խորհուրդներ և առաջարկություններ առողջ և հիվանդ երեխայի կերակրման վերաբերյալ			
մինչև 6 ամսական Կերակրեք երեխային այնքան հաճախ, որքան երեխան ուզում է, գիշեր թե ցերեկ, 24 ժամվա ընթացքում առնվազն 8 անգամից ոչ պակաս: Մի՛ կերակրեք երեխային ըստ ժամերի: Եթե կա կրծքով կերակրելու չնչին իսկ հնարավորություն, ապա երեխային մի՛ տվեք այլ սնունդ կամ հեղուկներ (ջուր, հյութեր, արհեստական խառնուրդներ կամ կաթի այլ տեսակներ, շիլաներ): <i>Կրծքի կաթի բավարարության հիմնական ցուցանիշը երեխայի քաշի կորագիծն է: Եթե նկատել եք աճի դանդաղում կամ կանգ, ապա</i> 4 ամսականից սկսեք երեխային տալ հավելյալ սնունդ ինչպես նշված է 6-12 ամսականի աղյուսակում: Բացառապես կրծքով կերակրումը միայն մայրական կաթով կերակրումն է, չտալ. ո՛չ ջուր, ո՛չ հյութեր, ո՛չ ջրով բացված կովի կաթ կամ այլ հեղուկներ:	6 - 12 ամսական Կերակրեք երեխային կրծքով այնքան հաճախ, որքան երեխան ուզում է: Տվեք բավարար քանակությամբ սնունդ՝ բանջարեղենի պյուրեներ (դոմիկով, կարտոֆիլի պյուրե գազարով, կաղամբով, լուլիկով և մեկ թեյի գդալ կարագով կամ բուսական յուղով), թանձր բրնձի, հնդկաձավարի (āḍā=ĕā) կամ մանրածավարի շիլա՝ մեկ թեյի գդալ բուսական յուղով, ջրիկ ապուրներ, աղացած կամ քերիչով անցկացրած միս (տավարի միս, հավի միս, ձուկ), թարմ սեզոնային մրգեր, հյութեր և պյուրե: Ցանկացած հավելյալ սնունդ տալ երեխային աստիճանաբար, հետևելով երեխայի ընդամուր վիճակին: Յուրաքանչյուր նոր տեսակի սնունդը սկսեք տալ 1-2 թեյի գդալից՝ սովորեցնել 1 շաբաթվա ընթացքում, հասցնելով մեկ չափաբաժնի: Տվեք բավարար քանակի սնունդ: Կերակրեք օրական 3 անգամ, եթե երեխան կերակրվում է կրծքով (կրծքով կերակրումից հետո): Կերակրեք օրական 5 անգամ, եթե երեխան չի կերակրվում կրծքով:	12 ամսականից մինչև 2 տարեկան Կերակրեք երեխային կրծքով այնքան հաճախ, որքան երեխան ուզում է: Երեխային տվեք բավարար քանակությամբ (յուրաքանչյուր կերակրման ընթացքում մեկ բաժակից կամ 250 մլ-ից ոչ պակաս սնունդ ձեր ընտանեկան սեղանից՝ օրական 5 անգամ, ներառյալ. մսեղեն (ձուկ, հավ), մսային ապուրներ (օրինակ՝ բորշ) բանջարեղենով, կամ մակարոնեղենով տեղական փլավ (մսով), սոլմա կամ պելմեններ, կարտոֆիլ՝ մսով, կարկանդակներ, կաթնային շիլաներ՝ հնդկաձավարի, բրնձի, վարսակի, մանրածավարի, ձու, հաց, հացամթերք, մածուկ, նարինջ, կաթնաշոռ, մրգեր, թարմ հյութ, պյուրե, կոմպոտ, հեղուկներ՝ եռացրած ջուր, կաթ:	2 տարեկան և ավելի բարձր Երեխային լիարժեք կերակրեք ընտանեկան սեղանից՝ օրական 3 անգամ: Դրանից բացի, կերակրումների միջև (որպես երկրորդ նախաճաշ կամ կեսօրյա սնունդ) տվեք այնպիսի սննդամթերքներ, ինչպիսիք են՝ մրգերը և բանջարեղենը (գազար, լուլիկ, պղպեղ, կաղամբ, վարունգ, խնձոր, տանձ, դեղձ, ելակ, բալ, սալոր, բանան, նարինջ), մածուկ, նարինջ, յոգուրթ, մսով կարկանդակ, հեղուկներ՝ եռացրած ջուր, հյութեր, կովի կաթ հաց, հացամթերք: Յուրաքանչյուր կերակրմանը տվեք լիքը ափսեով կերակուր (առնվազն 250 գրամ): Սահմանափակեք քաղցրեղենը (կոնֆետներ, թխվածքաբլիթ, շոկոլադ) և քաղցրացրած գազով ըմպելիքները: Մի՛ տվեք երեխային մուգ թեյ:
Խորհուրդներ ՏԵՎԱԿԱՆ ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅԱՄԲ տառապող երեխաների կերակրման վերաբերյալ Եթե երեխան կերակրվում է մայրական կաթով, տվեք նրան կուրծք՝ որքան հնարավոր է հաճախ և որքան հնարավոր է երկար՝ ցերեկը և գիշերը: Եթե երեխան ստանում է այլ տեսակի կաթեր, ապա՝ - փոխարինեք դրանք առավել ինտենսիվ կրծքով կերակրումներով ԿԱՄ - փոխարինեք դրանք ֆերմենտներով հարուստ կաթնամթերքներով, ինչպես, օրինակ՝ նարինջ, կեֆիր, յոգուրթ, մածուկ ԿԱՄ - փոխարինեք կաթի կեսը սննդարար նյութերով հարուստ կիսակոշտ սննդով, ինչպես, օրինակ՝ բանջարեղենային պյուրե (կարտոֆիլ, գազար, դդում), բրնձով շիլան: Ինչ վերաբերում է այլ տեսակի սննդին՝ ապա հետևեք երեխայի տարիքին համապատասխանող խորհուրդներին:			

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ՄԵՎ ՇԱՐՎԱԹՎԱՆՈՒՑ ՄԻՆՉԵՎ ԵՐԿՈՒ ԱՄՍԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴ ՆՈՐԱԾՆԻՆ

ՀԱՐՑԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ ԵՐԵՒԱՅԻ ՄՈՏ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ՊՐՈՔԼԵՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

- Պարզեք, արդյոք այդ առիթով երեխայի այցը բժշկին առաջին անգամ է, թե՞ կրկնվում է:
- Եթե կրկնվում է, օգտվեք այս սխեմայի ստորին մասում բերված ցուցումներից:
 - Եթե երեխան բժշկին դիմում է առաջին անգամ, գնահատումը կատարեք հետևյալ կերպ.

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՏՈՐԵՎ ԲԵՐՎԱԾ ԱՂՅՈՒՍԱԿՈՒՄ ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ՊՐՈՔԼԵՄՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՂ ԲՈԼՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ

ԲՈԼՈՐ ՀԻՎԱՆԴ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ԸՍՏ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄ ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԶՆՆԵՔ, ԼՍԵՔ, ՈՐՈՇԵՔ.						
ՁՆՆԵՔ, ԼՍԵՔ, ՈՐՈՇԵՔ.		ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ		ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ		
• Առկա են արդյո՞ք երեխայի մոտ սնուցման դժվարություններ • Եղել են արդյո՞ք երեխայի մոտ ցնցումներ:	• Հաշվեք մեկ րոպեում շնչառական ակտերի թիվը, եթե այն 60 և ավելի է , ապա նորից հաշվեք: • Փնտրեք կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշում: • Չափեք երեխայի ջերմությունը: • Ջնմեք երեխայի պորտը, կա արդյո՞ք կարմրություն կամ թարախային արտադրություն: • Փնտրեք թարախային բշտիկներ մաշկի վրա: • Հետևեք երեխայի շարժումներին, եթե երեխան քնած է, արթնացրեք նրան: • Կարողանում է արդյո՞ք երեխան ինքնուրույն շարժվել: Եթե չի շարժվում, զգուշությամբ շարժեք նրան: • Շարժվում է արդյո՞ք երեխան միայն խթանման պահին: • Երեխան բոլորովին չի շարժվում:	Երեխան պետք է լինի հանգիստ վիճակում	Հետևյալ ախտանշաններից որևէ մեկը՝ • Երեխան վատ է ուտում: Կամ • Ցնցումներ: Կամ • Հաճախացած շնչառություն (60 շնչառական ակտ րոպեում): Կամ • Կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշվածություն: Կամ • Բարձր ջերմություն (37.5 °C և ավել, հալվելիս երեխան տաք է): Կամ • Նորմայից ցածր ջերմություն (35.5C ից ցածր, հալվելիս երեխան սառն է): Կամ • Սովորականից ցածր շարժունություն:	ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ	• Տվեք միջմկանային հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: • Պրոֆիլակտիկ կարգով բուժեք հիպոգլիկեմիան: • ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք երեխային հիվանդանոց: • Խորհուրդ տվեք մորը, թե ինչպես կարելի է երեխային տաքացնել հիվանդանոցի ճանապարհին:	
			• Պորտի կարմրություն կամ պորտից թարախային արտադրություն: Կամ • Մաշկի վրա թարախային բշտիկների առկայություն:		ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱ	• Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցը: • Սովորեցրեք մորը տնային պայմաններում տեղային ինֆեկցիայի բուժման եղանակները: • Խորհուրդներ տվեք մորը տնային պայմաններում երեխայի խնամքի վերաբերյալ: • Հաջորդ այցը պետք է կայանա 2 օր հետո:
			Չկան		ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄ ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ Նշաններ	ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱ ԶԿԱ

ԲՈԼՈՐ ՀԻՎԱՆԴ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ԸՍՏ ԴԵՂՆՈՒԿԻ ԱՌԿԱՅՈՒԹՅԱՆ

ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ		ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	ԲՈՒԺՈՒՄ
Եթե կա դեղնուկ նորածնի մոտ, ապա հարցրեք` Ե՞րբ է այն հայտնվել:	- Փնտրեք դեղնուկի նշաններ (մաշկի կամ սկլերաների դեղնություն): - Զննեք, առկա է արդյո՞ք ափերի և ներքանցքների դեղնություն:	- Ցանկացած դեղնուկ նորածնի մոտ կյանքի առաջին 24 ժամվա ընթացքում: Կամ - Առկա են ծանր դեղնուկի նշաններ` ափերի և ներքանցքների դեղնություն:	ԾԱՆՐ ԴԵՂՆՈՒԿ - Պրոֆիլակտիկ կարգով բուժեք հիպոգլիկեմիան: - ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք երեխային հիվանդանոց: - Խորհուրդ տվեք մորը, թե ինչպես կարելի է երեխային տաքացնել հիվանդանոցի ճանապարհին:
		- Դեղնուկի նշանները (մաշկի կամ սկլերաների դեղնություն) նորածնի մոտ ի հայտ են եկել ծնվելուց 24 ժամ անց: Կամ - Չկա ափերի և ներքանցքների դեղնություն:	ԴԵՂՆՈՒԿ - Խորհուրդներ տվեք մորը տնային պայմաններում նորածնի խնամքի վերաբերյալ: - Խորհուրդ տվեք մորը անհապաղ վերադառնալ, եթե նորածնի մոտ հայտնվում է ափերի և ներքանցքների դեղնություն: - Եթե դեղնուկը պահպանվում է 2 շաբաթականից մեծ հասուն նորածինների և 3 շաբաթականից մեծ անհաս կամ ցածր կշիռով նորածինների մոտ` ուղեգրեք հիվանդանոց հետազոտման: - Հաջորդ այցը 1 օր հետո:
		Չկան դեղնուկի նշաններ:	ԴԵՂՆՈՒԿ ՉԿԱ Խորհուրդներ տվեք մորը տնային պայմաններում նորածնի խնամքի վերաբերյալ:

ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ

ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ

ԲՈՒԺՈՒՄ

ԵԹԵ ԶԱՐԳՐԵՔ. • Որքա՞ն ժամանակ է, • Կղանքի մեջ արյուն նկատե՞լ եք:	ԱՅՈՒ	ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ. • ՁՆՆԵՔ երեխայի ընդհանուր փնճակը և որոշեք, - արդյո՞ք երեխան շարժվում է ինքնուրույն, - արդյո՞ք երեխան շարժվում է խթանելուց հետո, - արդյո՞ք երեխան բուրդովին չի շարժվում, - արդյո՞ք երեխան անհամգիստ է կամ հիվանդագին գրգռված: • Ուշադրություն դարձրեք, արդյո՞ք երեխայի աչքերը փուս ընկած են: • Ստուգեք փորիկի մաշկի ծալքի ռեակցիան՝ մաշկի ծալքը հարթվում է. - շատ դանդաղ (2 վայրկյանից ավել), - դանդաղ:	Դասակարգեք ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	Ստորև բերված ախտորոշիչ նշաններից երկուսը. • երեխան շարժվում է խթանելուց հետո կամ չի շարժվում, • աչքերը փուս ընկած են, • մաշկի ծալքը հարթվում է շատ դանդաղ:	ԾԱՆՐ ԶՐԱԶՐԿՈՒՄ	• Երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՀԱՊԱՐ ուղարկել հիվանդանոց (պլան Գ): Ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կուժերով տա ՕՌԱ (օրալ ռեհիդրատացիոն աղերի) լուծույթ: Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը:
			ըստ ԶՐԱԶՐԿՄԱՆ աստիճանի	Ստորև բերված ախտորոշիչ նշաններից երկուսը. • երեխան անհամգիստ է և հիվանդագին գրգռված, • աչքերը փուս են ընկած, • մաշկի ծալքը հարթվում է դանդաղ:	ՉԱՓԱՎՈՐ ԶՐԱԶՐԿՈՒՄ	• Չափավոր ջրազրկման դեպքում երեխային տվեք հեղուկներ և սնունդ (պլան Բ), • Խորհուրդներ տվեք մորը անհապաղ վերադառնալու վերաբերյալ: • Հաջորդ այցը 2 օր հետո: ԿԱՍ Եթե երեխայի մոտ կա նաև ԱՅԼ ԾԱՆՐ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ. • երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՀԱՊԱՐ ուղեգրել հիվանդանոց: Ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կուժերով տա ՕՌԱ լուծույթ, • Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը:
			Եթե փորլուծությունը շարունակվում է 7 օրից ավել	Ախտորոշիչ նշանները բավարար չեն որպես ՉԱՓԱՎՈՐ կամ ԾԱՆՐ ԶՐԱԶՐԿՈՒՄ դասակարգելու համար:	ԶՐԱԶՐԿՈՒՄ ՉԿԱ	• Երեխային տվեք հեղուկներ և սնունդ. բուժումը տնային պայմաններում (պլան Ա): • Խորհուրդներ տվեք մորը անհապաղ վերադառնալու վերաբերյալ: • Հաջորդ այցը 2 օր հետո:
			Եթե կղանքում կա արյուն	• Փորլուծությունը շարունակվում է 7 օր և ավելի:	ԾԱՆՐ ԶԳԶԳՎՈՐ ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	• Երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՀԱՊԱՐ ուղեգրել հիվանդանոց: Ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կուժերով տա ՕՌԱ լուծույթ: Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը:

ԱՅՆՈՒՅԵՏԵՎ ԱՏՈՒԳԵՔ, ԿԱՆ ԱՐԴՅՈՔ ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱԸ

		ՆՇԱՆՆԵՐ	ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	ԲՈՒԺՈՒՄ
ՀԱՐՑՐԵՔ. Կա՞ն արդյոք կերակրման հետ կապված պրոբլեմներ: Երեխան արդյոք կրծքով է կերակրվում: Եթե այո, ապա 24 ժամվա ընթացքում քանի՞ անգամ: Ստանու՞մ է արդյոք նորածինը այլ սնունդ կամ հեղուկներ: Եթե այո, ապա ի՞նչ հաճախականությամբ: Ինչի՞ց եք օգտվում երեխային կերակրելիս:	ՁՆՆԵՔ, ԼՍԵՔ, ՈՐՈՇԵՔ. - Որոշե՞ք, համապատասխանում է արդյոք նորածնի քաշն իր տարիքին: - Փնտրե՞ք կաթնախտի նշաններ (խոցեր, սպիտակ կետեր բերանի խոռոչում)	- Կրծքին վատ է մոտեցված, <u>կամ</u> - Մոր կուրծքը արդյունավետ չի ծծում, <u>կամ</u> 24 ժամվա ընթացքում կրծքով կերակրվում է ութ անգամից պակաս, <u>կամ</u> - Ստանում է նաև այլ սնունդ և հեղուկներ, <u>կամ</u> - Ունի ցածր քաշ իր տարիքի համեմատությամբ, <u>կամ</u> - Կաթնախտ (բերանի խոռոչում խոցերի կամ սպիտակ կետերի առկայություն):	ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽՆԴԻՐ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱԸ	- Եթե երեխան կրծքին լավ չի մոտեցված կամ վատ է ծծում. սովորեցրե՞ք մորը, թե ինչպես պետք է երեխային ճիշտ մոտեցնել կրծքին: - Եթե չեք կարողանում նորածնին անմիջապես ճիշտ մոտեցնել կրծքին, ապա սովորեցրե՞ք մորը կթել կրծքի կաթը և կերակրել երեխային բաժակից: - Եթե մայրը երեխային կուրծք է տալիս օրվա ընթացքում ութ անգամից պակաս, խորհուրդ տվե՞ք ավելացնել կերակրումների հաճախականությունը: Խորհուրդ տվե՞ք մորը երեխային կրծքով կերակրել այնքան, որքան երեխան ուզում է՝ զիջելով թե ցերեկ: - Եթե նորածինը ստանում է նաև այլ լրացուցիչ սնունդ կամ հեղուկներ, խորհուրդ տվե՞ք մորն ավելի շատ կերակրել կրծքով և նվազեցնել այլ կերակուրների ու հեղուկների քանակությունը, որոնք ամեն դեպքում անհրաժեշտ է երեխային տալ բաժակով: - Եթե երեխան բուրդովին կրծքի կաթ չի ստանում՝ - ուղարկե՞ք մորը կոնսուլտացիայի կրծքով կերակրման և հնարավոր ռեակտացիայի հարցերով, - ցույց տվե՞ք մորը, թե ինչպես է անհրաժեշտ պատրաստել կաթնային խառնուրդները և կերակրման համար օգտվել միայն բաժակից: - Եթե երեխայի մոտ առկա են կաթնախտի նշաններ, սովորեցրե՞ք մորը, թե ինչպես կարելի է բուժել կաթնախտը տնային պայմաններում: - Խորհուրդներ տվե՞ք մորը, թե ինչպես պետք է կերակրել և տաք պահել ցածր քաշով նորածնին: - Ցուցումներ տվե՞ք մորը տնային պայմաններում նորածնի խնամքի վերաբերյալ: - Կերակրման հետ կապված ցանկացած պրոբլեմի կամ կաթնախտի հայտնվելու դեպքում հաջորդ այցը պետք է կայանա 2 օր հետո: - Ցածր քաշի հարցերով հաջորդ այցը պետք է կայանա 10 օր հետո:
	Եթե երեխան չի կերակրվել վերջին մեկ ժամվա ընթացքում, խնդրե՞ք, որ պեսզի մայրը նրան մոտեցնի կրծքին: Հետևե՞ք կերակրման պրոցեսին չորս րոպե: (Եթե երեխան արդեն կերակրվել է վերջին մեկ ժամվա ընթացքում, խնդրե՞ք, որ մայրը սպասի և տեղյակ պահի ձեզ, երբ որ երեխան կրկին ուտել ուզի:) Կարողանու՞մ է արդյոք նորածինը բռնել մոր կուրծքը:	ԿՐԾՔԻՆ ԵՒ ՀԵՏ ԱՄՐԱԿՑՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ. - Նորածնի ծնունդը հավում է մոր կրծքին, - Նորածնի բերանը լայն բացված է, - ստորին շրթունքը շրջված է դեպի դուրս, - հարպտկային շրջանի (արեոլայի) մեծ մասը երևում է ոչ թե երեխայի բերանի տակից, այլ վերևից: (Նորածնին կրծքին ճիշտ մոտեցնելու պահին պետք է առկա լինեն այդ բոլոր նշանները:)	- Կրծքին սխալ է ամրակցված կրծքին ճիշտ է ամրակցված - Վրդյունավե՞տ է արդյոք նորածինը ծծում մոր կուրծքը (այսինքն՝ դանդաղ, խորը ծծողական շարժումներով, պարբերական ընդհատումներով և լսվում է կլման ձայնը): - արդյունավետ չի ծծում - արդյունավետ է ծծում - Մաքրե՞ք փոքրիկի քիթը, եթե այն խցանված է և խանգարում է կերակրմանը:	

Մորը խորհուրդ տվեք նորածնին անմիջապես բերել բժշկի մոտ՝ ստորև բերված ախտորոշիչ նշաններից որևէ մեկի առկայության դեպքում.

- Երեխան վատ է ծծում մոր կուրծքը:
- Երեխայի շարժունակությունը նվազել է:
- Երեխայի վիճակը հետզհետե վատթարանում է:
- Երեխայի մոտ սկսվում է տենդ կամ ջերմությունը ցածր է 35.5°C :
- Երեխայի մոտ նկատվում է հաճախացած շնչառություն:
- Երեխայի մոտ նկատվում է դժվարացած շնչառություն:
- Կղանքի մեջ հայտնվում են արյան հետքեր:
- Եթե ի հայտ է եկել ափերի կամ ներբանների դեղնություն:

ՄՀԻՎ հաշվետվական ձևեր
Մինչև 2 ամսական հիվանդ նորածինների հաշվառման մատյան

N	Դիմելու ամսաթիվը	Հիվանդի Ազգանուն, Անուն.	Ծննդյան տարեթիվ	Հասցե	Ծայրահեղ ծանր հիվ. ԾԾՀ	Տեղ. բակտ. ինֆեկցիա	ԾԾՀ կամ տեղ. բակտեր. ինֆ. չկա	Ծանր դեղմուկ	Դեղմուկ	Դեղմուկ չկա	Ծանր ջրագր կուն	Չափա վոր ջրագր կուն	Ջրագրկ. չկա	Ծանր ծգծգ. լուծ	Հեմոկո լիտ	Կերակրման խնդիր, ցածր քաշ	Կերա- կրման խնդիր, ցածր քաշ չկա	Այլ խնդիր
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		
26																		
27																		
28																		

2 ամսականից 5 տարեկան հիվանդ երեխաների հաշվառման մատյան

N	Դիմելու ան	Հիվանդի ԱՊ	Ծննդյան տարեթիվ	Հասցե	Վտանգի ընդհան. նշաններ	ԾՕՀ կամ ՕԹԲ	Թոքաբորբ	Հազ կամ մրսածություն	ԾՕՀ, աթմոլիո չնշառ.	Թոքաբորբ, աթմոլիո չնշ	Թոքաբորբ չկա, աթ. չնշ.	Ծանր ջրազրկում	Չախալոր ջրազրկում	Ջրազրկում չկա	Ծանր ձգձգվոր փորլուծ.	Չձգվոր փորլուծություն	Հեմոկոլիտ	Ծ. ծանր ֆեբրիլ հիվ.	Հնարավ. բակտերիային . ինֆ.	Չձգվոր տենդ	Տենդ	Ծանր. բարդաց. կարմրուկ	Բարդացած կարմրուկ	Կարմրուկ	Ընկանի արսցես	Սուր աղրեսպո. ֆարինգիտ	Ոչ աղրեսպո. ֆարինգիտ	Մաստոիդիտ	Ականջի սուր ինֆեցիա	Ականջի քրոնիկ ինֆեցիա	Ականջի ինֆեցիա չկա	Ծանր անանիա, սնուց.իան	Անանիա, ցածր քաշ	Անանիա ցածր քաշ չկա	Այլ խնդիրներ		
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
1																																					
2																																					
3																																					
4																																					
5																																					
6																																					
7																																					
8																																					
9																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
21																																					
22																																					
23																																					
24																																					

ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ
2 ամսականից 5 տարեկան հիվանդ երեխաների վարման
ըստ ՄՀԻՎ ծրագրի

2 ամսականից 5 տարեկան հիվանդ երեխա	Վտանգի ընդհան. նշաններ	ԾՃՀ կամ ԾԹԲ	Թոքաբորբ	Հագ կամ նրսածություն	ԾՃՀ, ասթմիկ շնչառ.	Թոքաբորբ, ասթիկ շնչ.	Թոքաբորբ չկա, ասթ. շնչ.	Ծանր ջրազրկում	Չափավոր ջրազրկում	Ջրազրկում չկա	Ծանր ձգձգվող փորլուծ.	Չձգվող փորլուծություն	Հեմոկոլիտ	Ծ. ծանր ֆեբրիլ հիվ.	Հնարավ. բակտերիային . ինֆ.	Չզձգվող տենդ	Տենդ	Ծանր, բարդաց. կարմրուկ	Բարդացած կարմրուկ	Կարմրուկ	Ընթանի արսցես	Սուր ստրեպտ. ֆարինգիտ	Ոչ ստրեպտ. ֆարինգիտ	Մաստոիդիտ	Ականջի սուր ինֆեկցիա	Ականջի քրոնիկ ինֆեկցիա	Ականջի ինֆեկցիա չկա	Ծանր անեմիա, սնուց.խան	Անեմիա, ցածր քաշ	Անեմիա ցածր քաշ չկա	Այլ խնդիրներ	Ընդամենը հիվանդ	ԵԼՔ			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		Լավացում	Ուղեգրում ստացիոնար	Մահ	
Հունվար																																				
Փետրվար																																				
Մարտ																																				
Ապրիլ																																				
Մայիս																																				
Հունիս																																				
Հուլիս																																				
Օգոստոս																																				
Սեպտեմբեր																																				
Հոկտեմբեր																																				
Նոյեմբեր																																				
Դեկտեմբեր																																				
ԸՆԴԱՄԵՆԸ																																				

ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ
Մինչև 2 ամսական հիվանդ երեխաների վարման
ըստ ՄՀԻՎ ծրագրի

Մինչև 2ամսական նորածին	Ծայրահեղ ծանր հիվ. ԾԾՀ	Տեղ. բակտ. ինֆեկցիա	ԾԾՀ կամ տեղ. բակտեր. ինֆ. չկա	Ծանր դեղմուկ	Դեղմուկ	Դեղմուկ չկա	Ծանր ջրազրկում	Զափա վոր ջրազրկում	Ջրազրկ. չկա	Ծանր ձգձգ. լուծ	Հեմոկո լիտ	Կերակր. խնդիր, ցածր քաշ	Կերակրման խնդիր, կամ ցածր քաշ չկա	Այլ խնդիրներ	ԵԼՔ			
															Ընդամենը հիվանդ	Լավա ցում	Ուղեգրում ստացիոնար	Մահ
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				
Հունվար																		
Փետրվար																		
Մարտ																		
Ապրիլ																		
Մայիս																		
Հունիս																		
Հուլիս																		
Օգոստոս																		
Սեպտեմբեր																		
Հոկտեմբեր																		
Նոյեմբեր																		
Դեկտեմբեր																		
ԸՆԴԱՄԵՆԸ																		

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման չափորոշիչ (Ալգորիթմային ուղեցույց առողջության առաջնային պահպանման համակարգի բուժաշխատողների համար): ՀՀ ԱՆ 13.04.2010թ. N553-Ա հրամանով հաստատված:
2. «Չափորոշիչ պետական պատվերի շրջանակներում առաջնային, ամբուլատոր պոլիկլինիկական բուժօգնության տրամադրման մասին» ՀՀ Առողջապահության նախարարություն, ՀՀ Առողջապահության նախարարի 2009թ. դեկտեմբերի 14-ի թիվ 2001-Ա հրաման: Երևան 2009թ.:
3. «Հետպատվաստումային անբարեհաջող դեպքերի վարում: ՀՀ Առողջապահության նախարարի 2009թ. նոյեմբերի 24-ի թիվ 1823-Ա հրամանով հաստատված: ՀՀ ԱՆ, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ, Երևան 2009թ.:
4. Պատվաստումների հակացուցումներ: ՀՀ Առողջապահության նախարարի 2009թ. նոյեմբերի 24-ի թիվ 1823-Ա հրամանով հաստատված: ՀՀ ԱՆ, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ, Երևան 2009թ.:
5. Մանկաբուժական լրատու 4, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ: ԱՄՆ ՄԶԳ «Վորլդ Վիժն Հայաստան» բժշկական օգնության խմբեր, ՀՀ ԱՆ, ՄՀՄ, Երևան 2009թ.:
6. Մանկաբուժական լրատու 3, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ: ԱՄՆ ՄԶԳ, «Վորլդ Վիժն Հայաստան» բժշկական օգնության խմբեր, ՀՀ ԱՆ, ՄՀՄ, Երևան 2009թ.:
7. Մանկաբուժական լրատու 2, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ: ԱՄՆ ՄԶԳ «Վորլդ Վիժն Հայաստան» բժշկական օգնության խմբեր, ՀՀ ԱՆ, ՄՀՄ, Երևան 2009թ.:
8. «Տարածված մանկական հիվանդությունների վարումը ԱԱՊ պրակտիկայում» դասընթաց ընտանեկան բժիշկների համար: ԱՄՆ ՄԶԳ ԱԱՊԲ ծրագիր և Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի համատեղ նախագիծ, Երևան. «Էներջինգ Մարքեթս Գրուպ» հրատ., 2009թ.:
9. «Սիրտ-անոթային հիվանդություններ» դասընթաց ընտանեկան բժիշկների համար: ԱՄՆ ՄԶԳ ԱԱՊԲ ծրագիր և Երևանի Մխիթար Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի համատեղ նախագիծ, Երևան. «Էներջինգ Մարքեթս Գրուպ» հրատ., 2009թ.:
10. Ուսումնական ձեռնարկ «Երեխաների պատվաստումները Հենոֆիլուս Ինֆլուենզա Բ տիպի (ՀԻԲ) դեմ»: ՀՀ Առողջապահության նախարարի 2009թ. հուլիսի 14-ի թիվ 1044-Ա հրամանով հաստատված: ՀՀ ԱՆ, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ, Երևան 2009թ.:

11. Ուսումնական ձեռնարկ «Երեխաների պատվաստումները Հենոֆիլուս Ինֆլուենզա Բ տիպի (ՀԻԲ) դեմ»: ՀՀ Առողջապահության նախարարի 2009թ. հուլիսի 14-ի թիվ 1044-Ա հրամանով հաստատված: ՀՀ ԱՆ, ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամ, Երևան 2009թ.:
12. Պատվաստումների ազգային օրացույց: ՀՀ Առողջապահության նախարարության 28.11.2008թ. N 1746-Ա հրաման:
13. «Առողջ երեխայի գնահատման և բժշկական հսկողության ամբուլատոր քարտի լրացման գործելակարգ» մեթոդական ձեռնարկ, Երևան, 2008թ.:
14. Համառոտ գործելակարգեր՝ առավել տարածված հիվանդությունների վարման կլինիկական ստանդարտներ: ՀՀ ԱՆ 12.12.2008թ. N1841-Ա հրամանով հաստատված:
15. Կարմրուկի, կարմրախտի և բնածին կարմրախտի համախտանիշի համաճարակաբանական հսկողություն: ՀՀ Առողջապահության նախարարություն, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008թ. նոյեմբերի 17-ի թիվ 1658-Ա հրաման: Երևան 2008թ.:
16. «Ընտանեկան բժշկի գործնական ուղեցույցներ». Երեխաների և դեռահասների առողջության խնդիրները ընտանեկան բժշկի պրակտիկայում, հատոր I, ՀՀ ԱՆ Առողջապահական ծրագրերի իրականացման գրասենյակ, «Ընտանեկան բժիշկների հայկական ասոցիացիա», Երևան 2007թ.:
17. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարում «Խնամք երեխայի զարգացման նպատակով»: ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամ, ՀՀ ԱՆ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն: Երևան 2006թ.
18. Մանկաբուժական ձեռնարկ, ՍԻ.Օ.ԷՅ.ԷՖ մանուկների բարեգործական հիմնադրամ և «Արաբկիր» բժշկական համալիր-Երեխաների և Դեռահասների Առողջության ինստիտուտ, 2005թ.:
19. Saving Newborn Lines: Care of the Newborn Reference Manual. Save the Children. Save the Children Federation, 2004.
20. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարում «Գնահատեք և դասակարգեք 2 ամսականից մինչև 5 տարեկան հիվանդ երեխային»: ՄԱԿ-ի Մանկական հիմնադրամ, ՀՀ ԱՆ, Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն: Երևան 2004թ.
21. Í â î ã ò ì ë ï ã è ÿ: Ó ÷ â á í î ã ï ï ñ î ã è ã: Â 2 ò ÷ / Í. Î. Ø à á à è î â. - Ò.1.-3-â è ç ä., è ñ ï ð. è ä î ï. - Ì.: Ì Ä Æ ï ð ä ñ ñ - è í ð ï ð ï, 2004.

22. «ԱՅԿ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10–րդ վերանայում», Երևան, 2002թ.:
23. Richard A. Polin, Alan R. Spitzer. Fetal and neonatal secrets.// Hanley & Belfus, INC. Philadelphia. 2001.
24. Երեխայի առաջնային բուժօգնության ձեռնարկ, հատոր III, Առողջության շեղումներ և ախտաբանական վիճակներ, մաս 2, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ, 2000թ.:
25. Երեխայի առաջնային բուժօգնության ձեռնարկ, հատոր II, Առողջության շեղումներ և ախտաբանական վիճակներ, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ, Երևան, 1998թ.:
26. Երեխայի առաջնային բուժօգնության ձեռնարկ, հատ. I, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ, Երևան, 1998թ.:
27. Միջազգային հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10–րդ վերանայում, Մ.Ե.Օսկանյան-Յ.Յ.Օսկանյանի խմբագրությամբ, Երևան, 1998.