

**ՎԱՂ ՏԱՐԻՔԻ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՄԱՅԻ
ՎԱՐՄԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐ**

**ՁԵՌՆԱՐԿ ՄԱՆԿԱԲՈՒՅԺՆԵՐԻ ԵՎ ԸՆՏԱՆԵԿԱՆ
ԲԺԻՇԿՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ**

**ԵՐԵՎԱՆ
«ՍԵՂՎ ԴՐ ՀԻՂՈՐԵՆՆ»
2010**

ՀՏԴ 614:616-053.2 (07)
ԳՄԴ 51+57.3 ց7
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 ՄԻՎ ազգային ծրագրի ղեկավար

Վ 190 Վաղ տարիքի հիվանդ երեխայի վարման հիմունքներ: Կրթական
ծեռնարկ մանկաբույժների և ընտանեկան բժիշկների համար/
Խմբ.՝ Ն. Ասատրյան. - Եր.: Սեյվ դը չիլդրեն, 2010. – 112 էջ:

Գիրքը տրվում է անվճար և ենթակա չէ վաճառքի:

ՀՏԴ 614:616-053.2 (07)
ԳՄԴ 51+57.3 ց7

ISBN 978-99941-2-476-3

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 Ինունականխարզելման 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 ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
Ն Ա Խ Ա Ր Ա Ր**

Հայաստանի Հանրապետություն, Երևան 0010, Կառավարության շենք N3

06.04.10 N 12/4.02-2128

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

Ձեռ N _____

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

Հարգելի տիկին Մադոյան

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. ԲՈՒՇԿՅԱՆ

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

I. ՎՏԱՆԳԻ ՆՇԱՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՔ ՎԿԱՅՈՒՄ ԵՆ ԵՐԵԽԱՅԻ ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ	1
II. ՍՈՒՐ ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՎԱՐԱԿՆԵՐ	4
Ա. ՇՆՉԱՌԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԱԽՏԱՀԱՐՄԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	4
Բ. ԹՈՔԱԲՈՐԲ	9
Գ. ՍՈՒՐ ԲՐՈՆԽԻՏ	13
Դ. ՍՈՒՐ ԼԱՐԻՆԳՈՏՐԱԽԵԻՏ (ԿՐՈՒՊ)	14
Ե. ՏՈՆՁԻԼՈՖԱՐԻՆԳԻՏ	18
Զ. ՄԻՋԻՆ ԱԿԱՆՁԻ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ (ՕՏԻՏ)	20
III. ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ	23
IV. ՏԵՆԴԱՅԻՆ ՑՆՑՈՒՄՆԵՐ	30
V. ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ) ԶԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	35
Ա. ԿԱՐՄՐՈՒԿ	35
Բ. ԿԱՐՄՐԱԽՏ	37
Գ. ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԷՊԻԴԵՄԻԿ) ՊԱՐՈՏԻՏ	39
Դ. ԶՐԾԱԴԻԿ	41
Ե. ՔՈՒԹԵՇ	43
Զ. ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ) ՄՈՆՈՆՈՒԿԼԵՈՁ	45
Է. ԿԱՊՈՒՅՏ ՀԱԶ	46
Ը. ՀԵՄՈՖԻԼՈՒՄ ԻՆՖԼՈՒԵՆՁԱ Բ ՎԱՐԱԿ	48
VI. ՌԱԽԻՏ	50
VII. ԵՐԿԱԹՊԱԿԱՍԱՅԻՆ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆ	54
VIII. ՀԵԼՄԻՆԹՈՋՆԵՐ	59
Ա. ԱՍԿԱՐԻԴՈՁ	59
Բ. ԷՆՏԵՐՈՔԻՈՁ	61
IX. ԱՏՈՊԻԿ ՄԱՇԿԱԲՈՐԲ	63
ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ	67
Հավելված 1. Պանդեմիկ գրիպի վարակի կասկածի դեպքում հիվանդ երեխաների վարման ուղեցույց	67
Հավելված 2. Հեմոգլոբինի նվազագույն նորմալ չափանիշները երեխաների մոտ (CDC)	70
Հավելված 3. Երեխաների շարունակական հսկողությունը 1 տարվա ընթացքում ըստ հիվանդությունների և վիճակների	71
Հավելված 4. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման չափորոշիչ	75
Հավելված 5. Համառոտ գործելակարգեր՝ առավել տարածված հիվանդությունների վարման կլինիկական ստանդարտներ	97
Հավելված 6. Ձեռնարկում ընդգրկված հիվանդությունների ախտորոշման կոդերն ըստ ՀՄԴ 10-ի:	104
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ	105

Հապավումներ

ՀՀ ԱՆ	Հայաստանի Հանրապետության
ԱԾԻԳ	Առողջապահության նախարարություն
ԱՀԿ	Առողջապահության ծրագրերի իրականացման գրասենյակ
ԱԲՀԱ	Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպություն
ԸԲՀԱ	Ընտանեկան բժիշկների հայկական ասոցիացիա
ՀԿ	Հասարակական կազմակերպություն
ԱԱՊԲ ծրագիր	Առողջության առաջնային պահպանման բարեփոխումների ծրագիր
ՄԶԳ	Միջազգային զարգացման գործակալություն
ՍՇՎ	Սուր շնչառական վարակներ
ՍՇՀ	Սուր շնչառական հիվանդություն
ԱՅՑ	Ացետիլցիստեին
ԷՆԱ	էրիթրոցիտների նստեցման արագություն
ՄՀԻՎ	Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարում
ՕՈԱ լուծույթ	Օռալ ռեհիդրատացիոն աղերի լուծույթ
ՌՆԹ	Ռիբոնուկլեինաթթու
ԲԿՀ	Բնածին կարմրախտային համախտանիշ
ՓԲԸ	Փակ բաժնետերական ընկերություն
ՇՀ	Շտապ հաղորդում
ԴՆԹ	Դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթու
ՀՄԴ	Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում
ԿՆՀ	Կենտրոնական նյարդային համակարգ
ՀԻԲ	Հեմոֆիլուս ինֆլուենզա Բ տիպի
ՄՄ	Միջազգային միավոր
ԱՄ	Ատոպիկ մաշկաբորբ
ՏԿՍ	Տեղային կորտիկոստերոիդներ
ՏԿԱ	Տեղային կալցիների մի արգելակիչներ
ՁՍ	Ցիկլոսպորին
ՈւՄՃ	Ուլտրամանուշակագույն ճառագայթներ
ՈւՄ	Ուլտրամանուշակագույն
ԱՄՆ	Ամերիկայի միացյալ նահանգներ
Hb	Հեմոգլոբին
ԷՍԳ	Էլեկտրասրտագիր
ԶՃ	Զարկերակային ճնշում
ՌՀ	Ռևմատիկ հոդաբորբ
CDC	ԱՄՆ Հիվանդությունների վերահսկողության կենտրոն
RSV	Ռեսպիրատոր (շնչառական) սինցիտիալ վիրուս

I. ՎՏԱՆԳԻ ՆՇԱՆՆԵՐ, ՈՐՈՆՔ ՎԿԱՅՈՒՄ ԵՆ ԵՐԵՒԱՅԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ՄԱՍԻՆ

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

Մինչև 2 ամսական երեխաների համար վտանգի նշաններ են.

- երեխան վատ է ուտում,
- հաճախացած շնչառություն (60 շնչառական ակտ և ավելի 1 րոպեում),
- բարձր ջերմություն ($37,5^{\circ}\text{C}$ -ից բարձր) կամ նորմալից ցածր ջերմություն ($35,5^{\circ}\text{C}$ -ից ցածր),
- ցնցումներ,
- կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշում,
- մաշկի դեղնություն ծնվելուց անմիջապես հետո կամ առաջին 1-ից 2 օրերին,
- ծանր դեղնուկի նշանների առկայություն՝ ափերի և ներբանների դեղնություն,
- սովորականից քիչ շարժունություն:

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,
- անբավարար աճ,
- կրկնվող շնչառական վարակներ, ներառյալ՝ թոքաբորբեր,
- հանգստի պայմանում կամ աննշան ֆիզիկական ակտիվության հետ առաջացող հաճախաշնչություն կամ հևոց,
- հաճախասրտություն և լյարդի մեծացում¹:

Ծնողները նշում են երեխայի քիչ քանակով ուտելը, ուտելու տևողության երկարելը և ուտելու ժամանակ շնչառական դիսթրեսի առաջացումը: Ուտելու դժվարությունների պատճառը ֆիզիկական ծանրաբեռնվածության նկատմամբ ցածր տոլերանտությունն է, և միայն ավելի մեծ տարիքում է

¹ Մինչև 6 տարեկան առողջ երեխայի լյարդի ստորին եզրը կարող է կողադեղից 2սմ ցածր լինել միջին անրակային զծով, (նորածինը՝ անգամ մինչև 3սմ):

նկատվում հասակակիցների համեմատ հոգնածության ավելի արագ զարգացումը:

Կրճքի տարիքում սրտի քրոնիկ կանգային անբավարարության տիպիկ դրսևորումներից է աճի խանգարումը՝ անբավարար փարթամությունը: Այն զարգանում է երկու մեխանիզմով.

ա. ցածր կալորաժից՝ շնչառական խանգարումների պայմանում առաջացած ուտելու դժվարությունների արդյունքում,

բ. կալորիաների գերծախսից՝ կոմպենսատոր մեխանիզմների գործունեությունն ապահովելու համար էներգետիկ բարձր պահանջարկի հետևանքով:

- Արյան փոքր շրջանառության հարստացման պայմանում սրտային անբավարարության տիպիկ հետևանքներից են կրկնվող շնչառական վարակները:
- Սրտային անբավարարությունը վաղ տարիքում առավել հաճախ արտահայտվում է հանգստի պայմանում կամ աննշան ֆիզիկական ակտիվության հետ առաջացող հաճախաշնչությանը կամ հևոցով:
- Հաճախաշնչությունը թոքային կանգի ամենացայտուն նշաններից է և վկայում է ինտերստիցիալ թոքային այտուցի մասին: Կյանքի առաջին տարում հաճախաշնչություն է համարվում, երբ շնչառության հաճախությունը հանգստի պայմանում գերազանցում է 40-ը մեկ րոպեում:
- Հևոցը վկայում է թոքային երակներում կանգային վիճակի մասին: Այն արտահայտվում է հաճախաշնչությանը և դժվարաշնչությանը:
- Հաճախասրտությունը կարող է արտահայտվել հանգստի վիճակում կամ առաջանալ չնչին ֆիզիկական ակտիվության պայմանում: Կրճքի տարիքում սրտային անբավարարության հետևանքով սրտի զարկերի հաճախությունը հանգստի պայմանում կարող է գերազանցել 150 զարկը մեկ րոպեում:

Վտանգի նշաններ, որոնք կարող են վկայել վաղ մանկական տարիքում շաքարային դիաբետի ² (I տիպ) մասին

- հաճախամիզություն և կամ անմիզապահություն,
- բերանի չորություն, ծարավի զգացում,
- ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն,
- քաշի կորուստ:

² Առաջնակի հայտնաբերված շաքարախտի և կոմատոզ վիճակների դեպքում երեխային անհրաժեշտ է ուղեգրել հիվանդանոց:

Վտանգի նշաններ, որոնք կարող են վկայել վաղ մանկական տարիքում
շաքարային դիաբետի սուր զարգացող բարդությունների մասին

Հիպերգլիկեմիա կամ կետոացիդոզ

- հաճախամիզություն,
- ծարավ,
- քաշի կորուստ,
- սրտխառնոց, փսխում,
- ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն,
- մաշկի չորություն,
- մկանների հիպոտոնուս,
- Կուսմաուլյան շնչառություն,
- բարձր շաքար արյան մեջ, շաքար մեզի մեջ,
- ացետոնի հոտ մեզից,
- ացետոնի հոտ օդում,
- քնկոտություն,
- կոմա:

Հիպոգլիկեմիա

- քաղցի զգացում,
- դողի զգացում,
- քրտնարտադրություն,
- սրտխառնոց, փսխում,
- ընդհանուր թուլություն, հոգնածություն,
- մկանների հիպերտոնուս, ցնցումներ,
- տրամադրության հանկարծակի փոփոխություն, ագրեսիա,
- շղարշված տեսողություն,
- քնկոտություն,
- կոմա:

II. ՍՈՒՐ ՇՆՉԱՌԱՎԱՆ 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 քթնմպանի, հարքթային ծոցերի, ականջի բորբոքումները, իսկ ստորին՝ կոկորդի, բրոնխների, թոքերի ախտահարումները:

Ա. ՇՆՉԱՌԱՎԱՆ ՀԱՄԱՎԱՐԳԻ ԱԽՏԱՀԱՐՄԱՆ ՆՇԱՆՆԵՐԻ ԱՌԱՆՁՆԱԴՆԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Շնչառական համակարգի վիճակը գնահատելիս, առաջնահերթ է շնչառական դիսթրեսի նշանների հայտնաբերումը: Կարևորվում են՝

- շնչառության հաճախականության հաշվարկը,
- շնչառության խանգարման/դժվարացման բնույթի ճշտումը,
- շնչառության խանգարման փուլի պարզումը:

Շնչառական դիսթրեսի նշաններ

- **Ստրիդոր կամ ներշնչման հևոց.** եթե շնչառությունը դժվարացած է ի հաշիվ ներշնչման, և հիվանդը ներշնչում է դժվարությամբ, աղմկոտ: Ստրիդորն առաջանում է ըմպանի, շնչափողի կամ մակկոկորդի այտուցի հետևանքով: Դժվարացած աղմկոտ ներշնչումը հանգիստ վիճակում՝ ստրիդորը, հանդիսանում է վտանգի նշան: Բացի ստենոզացնող լարինգոտրախեիտից, սա կարող է դիտվել նաև որոշ այլ հիվանդությունների ժամանակ (մակկոկորդի բորբոքում, օտար մարմնի առկայություն):
- **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, բրոնխիոլիտի, բրոնխային ասթմայի ժամանակ: Բրոնխների անցանելիության խանգարումները պայմանավորում են մի քանի գործոններ՝
 - խորխի հիպերսեկրեցիա,
 - լուսանցքի խցանում մածուցիկ արտադրուկով,
 - սուրֆակտանտի արտադրության խանգարումներ,
 - լորձաթաղանթի ալերգիկ փոփոխություններ,
 - բրոնխների հարթ մկանների կծկում:

Վաղ տարիքի երեխաների մոտ հիմնական պատճառ են հանդիսանում լորձաթաղանթի այտուցը և արտադրուկի կուտակումը:

- **Խառը հևոց.** Եթե շնչառությունը հաճախացած է հավասարապես ներշնչման և արտաշնչման հաշվին, ապա սա խոսում է թոքերում արդյունավետ աշխատող շնչառական մակերեսի փոքրացման մասին կամ պայմանավորվում է կենտրոնական պատճառներով: Կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարման նշանների բացակայության պարագայում առավել հավանական է թոքաբորբը:

Հևոցի նշանը դրական է համարվում թոքաբորբի առկայության համար շուրջ 80% զգայունությամբ և յուրահատկությամբ: Ինչևէ, հաճախաշնչության (տախիպնոեի) բացակայությունը թույլ չի տալիս 100% հերքել թոքաբորբի հավանականությունը, և հակառակը, հաճախաշնչության առկայությունը դեռևս չի հաստատում թոքաբորբը:

Շնչառական դիսթրեսի այլ նշաններ

- **Ռնգախաղ.** (ներշնչելիս երեխայի քթանցքները լայնանում են). հատկապես բնորոշ է վաղ մանկական տարիքում:
- **Տնքացող շնչառություն.** բնորոշ է նորածիններին և վկայում է վիճակի ծանրության մասին:
- **Ցիանոզ.** կախված հիպոքսիայի 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 ներքաշումը³.** այս նշանը առավել կարևոր է երեխաների համար, քանի որ նրանց 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 (տե՛ս աղյուսակ 1): Հնարավոր է նաև հիվանդության խառը՝ վիրուս-մանրէային էթիոլոգիան:

³ Կրծքավանդակի ստորին մասի ներքաշումը կարող է փոփոխվել երեխայի դիրքի հետ: Համոզվելու համար պետք է զննումը կրկնել: Եթե երեխայի մարմինը գոտկատեղի շրջանում ծավված 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:

Աղյուսակ 1
Սուր շնչառական վարակների հիմնական հարուցիչները

Ախտահարման տեղակայում	Հարուցիչներ	
	Վիրուսային	Մանրէային
Նազոֆարինգիտ	Respiratory syncytial virus (RSV), Parainfluenza virus, Adenovirus, Influenza virus, Rhinovirus, Coronavirus, ECHO virus, Coxsackie virus	Micoplasma pneumoniae Chlamydia pneumoniae
Ստրեպտոկոկային ֆարինգիտ		Streptococcus β -haemolyticus A
Սուր տոնզիլիտ	Adenovirus, Coxsackie virus	Streptococcus β -haemolyticus A
Սուր օտիտ	RSV, Parainfluenza virus, Adenovirus	Streptococcus pneumoniae, Haemophilus Influenzae, Moraxella catarrhalis
Էպիգլոտիտ	Parainfluenza, Influenza virus, RSV, Metapneumovirus	Haemophilus Influenzae
Լարինգիտ, տրախեիտ	RSV, Parainfluenza virus, Influenza virus	Բարդացման դեպքում՝ Haemophilus Influenzae, Staphylococcus aureus, Streptococcus β -haemolyticus A

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:

Համեմատաբար բարորակ վիճակ է բրոնխների գերզգայունությունը (հիպերռեակտիվականությունը), որը սովորաբար հաջորդում է միկոպլազմային կամ վիրուսային վարակին, տևում է մի քանի շաբաթ, սրանում է ցրտից կամ ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից:

Շուրջ 10% երեխաների մոտ ձգձգվող հազն ունի փսիխոգեն ծագում:

- **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, ընկալի և կոկորդի պատերի, ինչպես նաև՝ հարող ավշային հանգույցների բորբոքմամբ: Վտանգի նշան է, երբ կոկորդացավի պատճառով երեխան չի կարողանում խմել (կուլ տալ). դա խոսում է ընկալի հետին պատի թարախակույտի կամ մակկոկորդի բորբոքման (էպիգլոտիտի) հավանականության մասին: Բկանցքի հետազոտումը ունի կարևոր նշանակություն ՍՇՎ տառապող երեխաների վիճակի գնահատման համար: Սակայն եթե առկա է թարախակույտի կամ էպիգլոտիտի կասկած, կոկորդի զննումը պետք է կատարվի զգուշությամբ:
- **Կրծքավանդակի ցավեր.** կարող են լինել թե՛ նյարդամկանային, թե՛ թոքանոցային 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: ՍՇՎ-ները կարող են բերել նաև լիմֆադենիտի (որպես ինքնուրույն նոզոլոգիական միավորի) զարգացմանը, ինչը շատ դեպքերում լրացուցիչ պահանջում է հակաբիոտիկների նշանակում:
- **Մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում.** ՍՇՎ դեպքում սովորական նշան է՝ այն օրգանիզմի պաշտպանական պատասխան է: Ապացուցված է, որ

բարձր ջերմությունը խթանում է γ -ինտերֆերոնի և ուռուցքների քայքայման α -գործոնի (α -TNF) արտադրությունը, որոնք իրենց հերթին նպաստում են հակամարմինների առաջացմանը:

- **Կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարման նշաններ.**

- ցնցումներ,
- անսովոր քնկոտություն,
- արթնանալու դժվարություններ,
- երեխան թուլության հետևանքով չի կարողանում խմել,
- պարանոցային մկանների կարկամություն:

Պերկուսիայի և շոշափման տվյալները կարևոր են ՍՇՎ-ով տառապող երեխաների մոտ՝ հատկապես թոքաբորբերն ու պլևրիտներն ախտորոշելու համար: Պերկուտոր հնչյունի կարճացումը ունի ախտորոշիչ նշանակություն թոքաբորբի ախտորոշման համար, տուփային կամ տիմպանիկ երանգը կօգնի գնահատել էմֆիզեմայի խորությունը:

Աուսկուլտացիայով պետք է գնահատվի շնչառության լսելիությունը թոքերում, վեզիկուլյար (պուերիլ) շնչառության ինտենսիվությունը, խզզոցների, թոքանզի քսման աղմուկի առկայությունը:

- **հաղորդակցվող խզզոցներ.** լսվում են 2 կողմից շնչուղիների վերին հատվածների ախտահարման ժամանակ,
- **կոշտացած շնչառություն.** կոշտացած համարվում է այն շնչառությունը, երբ երկարացած է արտաշնչումը, որը սովորաբար լսվում է բրոնխների ախտահարման ժամանակ:
- **կրեպիտացիոն խզզոցներ, շնչառության թուլացում, բրոնխային շնչառության առկայություն.** առավել կարևոր են թոքաբորբերի ախտորոշման համար: Աուսկուլտատիվ ֆենոմենների բացակայությունը չի բացառում թոքաբորբը հատկապես վաղ տարիքի երեխաների մոտ:

Ռենտգեն հետազոտությունը. ԱԱՊ համակարգում ՍՇՎ-ների ժամանակ նշանակվում է հետևյալ դեպքերում.

- կասկածվում է թոքաբորբի բարդություն՝ ինչպիսին է պլևրիտը, թարախակուլտը,
- թոքաբորբի ձգձգվող ընթացք, երբ հակաբիոտիկների նշանակումը չի բերում արդյունքի,
- հազի ձգձգում, երբ կասկածվում են տուբերկուլյոզ, օտար մարմին,
- երբ կլինիկական տվյալները հակասական են (օրինակ՝ արտահայտված տոքսիկոզ՝ հաճախաշնչության կամ աուսկուլտատիվ ֆենոմենների բացակայության պայմաններում):

Բ. ԹՈՔԱԲՈՐԲ

Թոքաբորբը ծայրամասային շնչառական ուղիների սուր վարակային բորբոքում է, որի ժամանակ լինում է ներալվետլային էքսուդացիայի առկայություն:

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 ծեռք է բերվել հիվանդանոցային պայմաններից դուրս: Այն հաճախ հանդիպում է մինչև 5 տարեկան երեխաների շրջանում:

Էթիոլոգիա

Աղյուսակ 2

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի հիմնական հարուցիչները

Երեխայի տարիքը, թոքաբորբի ընթացքը	Հարուցիչներ	
	Վիրուսային	Մանրէային
Կյանքի առաջին ամիս	Cytomegalovirus, Herpes virus	Streptococcus B, Anaerobes, listeria, Staphylococcus aureus
1-ից 6 ամսական երեխաներ, տիպիկ ընթացք	Parainfluenza virus, RSV, Adenovirus, Metapneumovirus	Streptococcus pneumoniae, Haemophilus Influenzae, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus aureus, Escherichia coli
1-ից 6 ամսական երեխաներ, ատիպիկ ընթացք	-	Chlamydia trachomatis, Haemophilus Influenzae, Ureaplasma urealyticum
6 ամսականից 5 տարեկան	Parainfluenza virus, RSV, Adenovirus, Rhinovirus	Streptococcus pneumoniae, Haemophilus Influenzae, Micoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae

Կլինիկական արտահայտություններ

Երեխայի մոտ թոքաբորբի մասին վկայող ծանրակշիռ ախտանիշներից են՝

- արագացած շնչառությունը կամ
- կրծքավանդակի ստորին մասի ներքաշումը:

Ինչպես նաև.

- տենդր,
- ցիանոզը,
- շնչառական դիսթրեսի մեկից ավելի հետևյալ նշանները՝

- հազը,
- ռնգախաղը,
- կրեպիտացիոն խզզոցները,
- 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:

Կլինիկական տվյալների համակցումը ունի առավել հավաստի ախտորոշիչ նշանակություն:

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,

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

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբի բարդություններ են.

- բուժման ձախողում՝ կապված հակաբիոտիկային կայունության հետ,
- պլևրալ էքսուդատ և էմպիեմա,
- թոքի արքցես,
- սեպտիցեմիա,
- վարակի տարածում, օր.՝ օստեոմիելիտ, սեպտիկ արթրիտ:

Բուժումը

ա. Ընդհանուր միջոցառումներ

Եթե երեխայի բուժումը կազմակերպվում է տանը, ապա երեխայի ծնողները պետք է տեղեկացվեն բարձր ջերմության իջեցման, ջրազրկման 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 (միկոպլազմային թոքաբորբի ժամանակ), 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 պարացետամոլը⁴: Այլընտրանքային դեղամիջոց է հանդիսանում իբուպրոֆենը (5-ից 10 մգ/կգ միանվագ դեղաչափով, որը կարելի է կրկնել 6-ից 8 ժամ պարբերությամբ):

բ. Հակաբիոտիկային բուժում⁵

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:

⁴ Տե՛ս Հավելված 4-ը:

⁵ Տե՛ս Հավելված 5-ը:

գ. Լրացուցիչ միջոցներ

Բացի հակաբիոտիկներից, նշանակվում են նաև առատ հեղուկներ, հազը մեղմացնող միջոցներ (եթե երեխան կերակրվում է բացառապես մայրական կաթով, կրկորդը փափկացնելու լավագույն միջոցը կրծքի կաթն է, եթե երեխան մայրական կաթ չի ստանում կամ ստանում է հավելյալ սնունդ՝ 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 ռեժիմում պահպանվող հետազոտության կարիք չունեն:

Հսկողություն⁶

Խորհուրդ է տրվում թոքաբորբով հիվանդ բուլոր 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 վերազնահատման: Հավանական են՝

- անհամապատասխան հակաբակտերային բուժում,
- միկրոբային կայունություն,
- թոքային բարդություններ, օր.՝ էմպիեմա կամ արքցես,
- վիրուսային էթիոլոգիա,
- այլ՝ այլընտրանքային ախտորոշումներ:

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

⁶ Տե՛ս Հավելված 5-ը:

Գ. ՍՈՒՐ ԲՐՈՆԵԽԻՏ

Էթիոլոգիան

**Աղյուսակ 3
Բրոնխիտի հիմնական հարուցիչները**

	Հարուցիչներ	
	Վիրուսային	Մանրէային
Հասարակ բրոնխիտ	Parainfluenza, RSV, Adenovirus, Rhinovirus, Metapneumovirus	Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Haemophilus Influenzae
Օբստրուկտիվ բրոնխիտ	Parainfluenza virus, RSV, Adenovirus, Influenza virus, Rhinovirus, Coronavirus, ECHO virus, Coxsackie virus	Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Haemophilus Influenzae

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, հիմնաբարն է թոքաբորբի ժխտումը: Կարևոր է նաև օբստրուկցիայի երևույթների ժամանակին հայտնաբերումը, ինչը ևս ունի տարբերակիչ նշանակություն:

Բուժումը

Հասարակ բրոնխիտի դեպքում երեխան հիմնականում բուժվում է տանը, նշանակվում են առատ հեղուկներ, օդի խոնավացում: Խորխի հեռացմանը նպաստում են խորխաբեր դեղամիջոցները, որոնք բաժանվում են մի քանի խմբերի:

Սուկոլիտիկ դեղամիջոցներ⁷. Դրանք նոսրացնում են խորխը՝ խզելով դիսուլֆիդային կապերը և կանոնավորելով մուկոցիլյար ապարատի

⁷ Նորածիններին և մինչև 1 տարեկան երեխաներին չեն նշանակվում:

գործունեությունը: Դրանցից են ացետիլցիստեինը և նրա ներքին ընդունման ձևերը՝ ԱՅՑ, մուկոմիստ և մուկոսուլվին:

Մուկոռեզոլյատոր դեղամիջոցներ⁸. Դրանք ավելացնում են խորխի ջրիկ մասը՝ միաժամանակ նվազեցնելով նաև դրա պինդ մասի քանակը: Բացի դրանից խթանում են սուրֆակտանտի, լիզոցիմի արտադրությունը: Մուկոռեզոլյատոր դեղամիջոցներից են բրոնհեքսինը (բիսուլվոն), լազուլվանը: Մոտորիկան ուժեղացնող դեղամիջոցներից են նաև ալթեի արմատը, մուկալտինը, մարիամախոտի տերևները, եզան լեզվի տերևները, պերտուսիսինը և թերմոպսիսը:

Ռեհիդրատանտներ. Դեհիդրատացիան խորխի խտացման պատճառով նվազեցնում է մուկոցիլիար տրանսպորտի արագությունը: Ռեհիդրատացիան կատարվում է ի հաշիվ ինհալացիայի և հեղուկների առատ ընդունման:

Երեխաներին չեն տրվում հազային ռեֆլեքսը ընկճող այնպիսի դեղամիջոցներ, ինչպիսիք են լիբեքսինը, կոդեինը, գլաուկենտը, գլաուցինը:

Բրոնխոսպազմի վարման մեջ կիրառվում են բրոնխոլայնիչ դեղամիջոցներ, որոնցից առավել կիրառելի է սալբուտամոլը⁹, ներքին ընդունման կամ դեղաչափող ցողացիրով (ինհալատորով):

Դ. ՍՈՒՐ ԼԱՐԻՆԳՈՏՐԱԽԵԻՏ (ԿՐՈՒՊ)

Կրուպը հաճախ հանդիպող մանկական ռեսպիրատոր հիվանդություն է: Կրուպ տերմինը ծագում է անգլո-սաքսոնական «kropan» բառից, որը նշանակում է «բարձրաձայն լաց լինել»:

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

«Կրուպի համախտանիշ» տերմինը վերաբերում է հիվանդությունների մի խմբի, որոնք տարբերվում են միմյանցից իրենց անատոմիական ընդգրկվածությամբ և էթիոլոգիական գործոնով:

Այդ խմբի մեջ ներառվում են.

- սուր լարինգոտրախեիտը,
- սպաստիկ կրուպը,
- բակտերային տրախեիտը,
- լարինգոտրախեոբրոնխիտը,
- լարինգոտրախեոբրոնխոպնևմոնիան:

Վիրուսային կրուպի համախտանիշի առավել հաճախ և բնորոշ տեսակը սուր լարինգոտրախեիտն է, որի ժամանակ օբստրուկցիայով ուղեկցվող

⁸ Նորածիններին և մինչև 1 տարեկան երեխաներին չեն նշանակվում:

⁹ Տե՛ս Հավելված 4-ը:

ախտահարումը ընդգրկում է վերին շնչուղիների հատվածը՝ կոկորդի շրջանը, ստորըմպանային հյուսվածքը և շնչափողը: Կրուպի ամենահաճախ պատճառը սուր վիրուսային վարակն է, սակայն նկարագրված են նաև բակտերային և ատիպիկ հարուցիչներ: Սուր լարինգոտրախեիտը և սպաստիկ կրուպը հարուցվում են միայն վիրուսներով, իսկ լարինգոտրախեոբրոնխիտը և լարինգոտրախեոբրոնխոպնևմոնիան կարող են լինել ինչպես վիրուսային, այնպես էլ բակտերային ծագման:

Կրուպը (լարինգոտրախեիտ և սպաստիկ կրուպ) 6 տարեկանից փոքր 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 ձմռանը, սակայն կարող է հանդիպել նաև ամբողջ տարվա ընթացքում:

Էթիոլոգիա

- Պարագրիպի վիրուսներ (կրուպի ամենահաճախ հարուցիչներն են, կազմելով բոլոր դեպքերի ավելի քան 65%-ը),
- Ադենովիրուս, ռեսպիրատոր սինցիտիալ վիրուս, ռինովիրուս, էնտերովիրուս, կարմրուկի վիրուս, գրիպի¹⁰ Ա և Բ տեսակներ:

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, ձայնի խռչոտություն և ստրիդոր՝ ջերմության բարձրացումով կամ առանց տենդի:

Հատկանշական ***«հաչոցանման» հազը, ստրիդորը և շնչառական դիսթրեսը*** մեծ մասամբ զարգանում են հանկարծակի, երեկոյան կամ գիշերը, սակայն հազվադեպ՝ կարող են զարգանալ նաև աստիճանաբար, ցերեկվա ընթացքում: Սովորաբար ախտանիշները զգալիորեն վատանում են գիշերը և մեղմանում՝ ցերեկը: Շնչառական դիսթրեսը վրա է հասնում մի քանի ժամ անց: Շնչառական դիսթրեսի և սպառնացող շնչառության կանգի նշաններն են երեխայի կողմից գործադրվող շնչառական ջանքերի թուլացումը, լեթարգիան, գունատությունը և մթազնած տեսքը:

Կրուպով երեխաների մեծ մասի մոտ օբստրուկցիայի ախտանիշները վերանում են 48 ժամվա ընթացքում, այնուամենայնիվ, երեխաների մի փոքր տոկոսի մոտ կարող են պահպանվել մինչև 5-ից 6 օր:

Կրուպի նշանների անցնելուց հետո երեխաները սովորաբար ունենում են վերին շնչուղիների վարակին բնորոշ ախտանիշներ և հազվադեպ՝ երկրորդային բակտերային վարակով պայմանավորված միջին օտիտ:

¹⁰ Տե՛ս Հավելված 1-ը:

Ուշադրության արժանի են հետևյալ կլիմիկական արտահայտությունները.

- «հաչոցանման» հազ,
- ձայնը 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:

Սպաստիկ կրուպը հակում ունի սկսվելու գիշերը: Հիվանդության սկզբում հաճախ դժվար է տարբերակել լարինգոտրախեիտը սպաստիկ կրուպից: Երեխան կարող է ունենալ «մրսածության» ախտանիշներ և հիմնականում լավ տեսք ունի: Սովորաբար երեխան արթնանում է գիշերը՝ հանկարծակի հևոցով, կրուպի հազով և ներշնչական ստրիդորով: Ջերմության բարձրացում չի լինում, և հաճախ միայն երեխային հանգստացնելը և սառը օդը թեթևացում են նրա վիճակը: Սակայն այս ախտանիշները կարող են մի քանի անգամ կրկնվել նույն գիշերվա և հաջորդող 3-ից 4 գիշերների ընթացքում:

Ախտորոշում

Հիմնվում է հիվանդության կլիմիկական արտահայտությունների, ինչպես նաև մանրամասն հավաքված անամնեզի և ֆիզիկական քննության վրա: Հարկավոր չէ կատարել լաբորատոր և ռենտգենաբանական հետազոտություններ:

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 մթազում, և հաճախ երեխայի ցիանոտիկ տեսք:

Տարբերակիչ ախտորոշում

Սուր էպիգլոտիտ

Հարուցիչը *Haemophilus influenzae*-ն է: Կարևոր տարբերակիչ նշաններն են՝

- «հաչոցանման» հազի բացակայությունը,
- ջերմության հանկարծակի բարձրացումը,
- թքահոսությունը,
- դիսֆագիան,
- տոքսիկ տեսքը,
- խորացող անհանգստությունը և տազնապը,
- նստած դիրքում կզակը առաջ մեկնելը,
- պառկելուց հրաժարվելը:

Էպիգլոտիտի կասկածի դեպքում երեխային անհապաղ պետք է հոսպիտալացնել:

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 պարէնտերալ 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:

Ե. ՏՈՆՁԻԼՈՖԱՐԻՆԳԻՏ

Տոնզիլոֆարիզիտը ընկանի լորձաթաղանթի և քմային նշիկների բորոբորումն է: Կարող է լինել վիրուսային կամ բակտերային ծագման:

Կլինիկական արտահայտություններ

Վիրուսային տոնզիլոֆարինգիտները դանդաղ են զարգանում: Ամենավաղ ախտանիշներից են.

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

Ռեսպիրատոր վիրուսների մի մասն առաջացնում են բավական բնորոշ ախտանիշներ, օրինակ՝

- ադենովիրուսները առաջացնում են ֆարինգիտ և կոնյունկտիվիտ,
- հասարակ հերպեսի վիրուսը՝ զինգիվոստոմատիտ,
- Կոքսակի Ա վիրուսը՝ բերանի խոռոչի աֆթաներ և վերջույթների պապուլավեզիկուլյար ցանավորում,
- Էբշտեյն-բարի վիրուսը՝ երկարատև տենդ, ծայրի ռնդային երանգ, ադենոիդիտով պայմանավորված բաց «բերանով» շնչառություն, ադենոպաթիա, սպլենոմեգալիա, քիմքի պետեխիալ ցանավորում, քմային նշիկների մեծացում և սպիտակ փառակալում, աղոտ մակուլոպապուլոզ ցան:

Ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտը հաճախ սկսվում է.

- գլխացավով,
- փորացավով,
- փսխումով:

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

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

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

Ա խմբի ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտների դասական ախտանիշներ

- հանկարծակի սկիզբ,
- ցավ ընկալում (ցավ կլման ժամանակ),
- տենդ,
- գլխացավ,
- սրտխառնոց, փսխում, փորացավ,
- ընկանի և քմային նշիկների երիթեմա և էքսուդատ (սպիտակ փառ),
- պարանոցային առաջային ավշահանգույցների մեծացում և շոշափելիս ցավոտություն,
- քութեշի ախտանիշներ:

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 հակաժինային թեստը (Ա խմբի ստրեպտոկոկների անտիգենների հայտնաբերման արագ թեստը)¹¹:

Սահմանափակ նշանակություն ունեն

- Արյան լեյկոցիտների հաշվումը:
- Անտիստրեպտոլիզին O-ի տիտրումը:

Ախտորոշիչ նշանակություն չունեն

- Սուր փուլային ռեակտանտները՝ C ռեակտիվ սպիտակուցը, Երիթրոցիտների նստեցման արագությունը (ԷՆԱ), սիալաթթուները:

Բուժում¹²

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

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

- կանխարգելել ռեմատիզմը և գլոմերուլոնեֆրիտը,
- խուսափել թարախային բարդություններից,

¹¹ Հնարավորության դեպքում:

¹² Տե՛ս Հավելվածներ 4-ը և 5-ը:

- արագացնել կլինիկական ապաքինումը,
- վերացնել շրջապատին վարակելու վտանգը:

Առ այսօր առաջին ընտրության հակաբիոտիկը պենիցիլինն է: Բացառությամբ որոշ դեպքերի, վարակը արդյունավետ կարելի է վերացնել բենզատին բենզիլպենիցիլինի (բիցիլին-1) միանվագ միջմկանային ներարկման կամ ֆենօքսիմեթիլպենիցիլինի 10 օր տևողությամբ ներքին ընդունման նշանակման միջոցով: Բուժման համար բակտերիոստատիկ դեղորայքը ցուցված չէ (օր.՝ սուլֆանիլամիդներ, տետրացիկլիններ, տրիմեթոպրիմ), քանի որ այս հակաբիոտիկների նկատմամբ Ա խմբի ստրեպտոկոկների ռեզիստենտականությունը բավականին տարածված երևույթ է:

Պենիցիլինի նկատմամբ ալերգիա ունեցող հիվանդների համար ընդունելի այլընտրանք է ներքին ընդունման էրիթրոմիցինի նշանակումը հետևյալ դեղաչափով՝ 250մգ օրը 4 անգամ (25կգ-ից ցածր քաշով երեխաներին՝ 40մգ/կգ/օրական դեղաչափով, բաժանած 2-4 ընդունման):

Բարդություններ

Վիրուսային ֆարինգիտները հազվադեպ բարդանում են միջին ականջի սուր թարախային բորբոքումով:

Ա խմբի ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտի բարդություններ՝

- ռևմատիզմ,
- գլոմերուլոնեֆրիտ,
- տոքսիկ շոկի համախտանիշ,
- սինուսիտ,
- թարախային օտիտ,
- հարնշիկային կամ հետընկալային աբսցես
- սեպսիս,
- մենինգիտ (հազվադեպ):

Թե՛ վիրուսային, թե՛ ստրեպտոկոկային տոնզիլոֆարինգիտները կարող են ուղեկցվել միջընդերային ավշահանգույցների բորբոքմամբ:

Ձ. 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՛ ուռածությունը¹³:

Էթիոլոգիա

Միջին ականջի սուր բորբոքման դեպքերի 2/3-ում հայտնաբերվում են մանրէներ: Առավել տարածված հարուցիչներն են *S. pneumoniae*-ն, *H. influenzae*-ն, *M. catarrhalis*-ը:

Դեպքերի մոտ 40% դեպքերում հայտնաբերվում են նաև վիրուսներ (ռեսպիրատոր սինցիտիալ վիրուս, ռինովիրուս, կորոնավիրուս, պարազրիպի վիրուս, էնտերովիրուս):

Քրոնիկ բորբոքում առաջացնում են հիմնականում *S. aureus*-ը, *P. aeruginosa*-ն:

Կլինիկական արտահայտություններ

- ականջի ցավ (օթալգիա),
- լսողության իջեցում,
- բարձր ջերմություն,
- ընդհանուր թուլություն,
- հազ,
- ախորժակի իջեցում,
- ականջից թարախային արտադրություն՝ թմբկաթաղանթի թափածակման արդյունքում¹⁴:

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:

Ախտորոշում

- հիվանդության հանկարծակի սկիզբ,
- թմբկաթաղանթի կարմրություն,

¹³ Այդ ուռածությունը պետք է տարբերակել մեծացած ավշային հանգույցից:

¹⁴ Ականջի ցավը հիմնականում անցնում է:

- թմբկաթաղանթի արտափրում,
- ականջից արտադրություն,
- պնևմատիկ օթոսկոպիայով հաստատված թմբկաթաղանթի շարժունակության նվազեցում,
- տինպանոցենտեզ¹⁵:

Օտիտով պայմանավորված կարմրությունն անհրաժեշտ է տարբերակել երեխայի լացի ժամանակ առաջացող վարդագույն գերարյունությունից, որը սակայն անցնում է հանգիստ ժամանակ:

Վարումը¹⁶

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

¹⁵ Ախտորոշման ոսկե ստանդարտն է. հիմնականում կատարվում է ախտանիշների մեղմացման կամ արտադրությունից քսուք վերցնելու նպատակով:

¹⁶ Տե՛ս Հավելվածներ 4-ը և 5-ը:

III. ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ

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, մածունը, կեֆիրը կամ
 - փոխարինել կաթի կեսը սննդարար նյութերով հարուստ կիսակոշտ սննդով, ինչպես օրինակ բանջարեղենի այուրեն, 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: Հանդգվելու 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 ծնկներին): Երեխայի փորիկի վրա՝ 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:

Աղյուսակ 4
**Ջրագրկման աստիճաններն ըստ «Մանկական հիվանդությունների
 ինտեգրացված վարում» (ՄՀԻՎ) ծրագրի**

Ծանր ջրագրկում	Եթե առկա են հետևյալ նշաններից առնվազն երկուսը. <ul style="list-style-type: none"> • լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում է, • աչքերը ներընկած են, • չի կարողանում խմել կամ խմում է դժվարությամբ, • մաշկի ծալքը հարթվում է շատ դանդաղ:
Չափավոր ջրագրկում	Եթե առկա են հետևյալ նշաններից առնվազն երկուսը. <ul style="list-style-type: none"> • անհանգիստ է և հիվանդագին գրգռված, • աչքերը ներընկած են, • խմում է ազահությամբ, ծարավ է, • մաշկի ծալքը հարթվում է դանդաղ:
Ջրագրկում չկա	Նշանները բավարար չեն որպես Չափավոր կամ Ծանր ջրագրկում դասակարգելու համար:

Ջրագրկման բուժման պլաններ

ՊԼԱՆ Ա

Փորլուծությամբ երեխաների մոտ, **եթե չկա ջրագրկում**, 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
<ul style="list-style-type: none"> • շարունակել կրծքով կերակրումը՝ հաճախակի և երկարատև, • տալ ՕՌԱ լուծույթ, • տալ մաքուր ջուր: 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 պրեպարատները¹⁷
 - 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,
- 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:

¹⁷ Մայրերի ուշադրությունը պետք է դարձնել այն հանգամանքին, որ անհրաժեշտ է ավարտին հասցնել ցինկի պրեպարատներով բուժման կուրսը՝ 10-ից 14 օր:

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:

ՄՈՐԸ 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 բուժիմնարկում հնարավոր չէ կատարել ներերակային ներարկում (այսինքն իրականացնել ջրազրկման բուժման **Գ պլանը**): Երեխային պետք է ներարկել Լակտատ Ռինգերի լուծույթ կամ ֆիզիոլոգիական լուծույթ՝ 100մլ/կգ հաշվարկով:

Աղյուսակ 5
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:
- Կրճքի 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 բուժում¹⁸:

¹⁸ Տե՛ս Հավելված 4-ը:

IV. ՏԵՆՂԱՅԻՆ ՑՆՑՈՒՄՆԵՐ

Ըստ Միջազգային Հակաէպիլեպտիկ Լիգայի սահմանման. «Ֆեբրիլ ցնցումները մանկական տարիքում հանդիպող էպիլեպտիկ ցնցումներ են, որոնց առաջացումը պայմանավորված է տենդով և չկա ներգանգային վարակ կամ ցնցման պատճառ հանդիսացող այլ ախտորոշված հիվանդություն»:

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: 6 տարեկանից մեծ երեխաների շրջանում տենդային ցնցումներ հազվադեպ են դիտվում:

Տենդային ցնցումները լինում են *պարզ և համալիր*¹⁹ (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:

¹⁹ Տե՛ս Աղյուսակ 6-ը:

Աղյուսակ 6
Պարզ և կոնալեքսային տենդային ցնցումների նկարագրերը

Պարզ տենդային ցնցումներ	Անցնում են ինքնուրույն: Տևում են մինչև 15 րոպե: Տոնիկ-կլոնիկ բնույթի են: Առաջիկա 24 ժամում չեն կրկնվում: Մնացորդային երևույթներ չեն թողնում:
Կոնալեքսային տենդային ցնցումներ	Երկարատև են (տևում են 15 րոպեից ավելի): Կարող են ընթանալ կարճատև ընդմիջումով միմյանց հաջորդող նոպաների սերիաների ձևով: Առաջիկա 24 ժամվա ընթացքում կարող է ցնցման նոր միջադեպ գրանցվել: Օջախային (ֆոկալ) ցնցումներ են՝ հետևյալ հնարավոր արտահայտչաձևերով. - տոնիկ և կամ կլոնիկ ցնցումներ, - մկանային լարվածության կորուստ, - սկիզբը մարմնի մի կեսում, հետագա գեներալիզացիայով կամ առանց դրա, - գլխի կամ աչքերի թեքում մի կողմի վրա, - ցնցմանը հաջորդող միակողմանի պարալիչ (մի քանի րոպեից մինչև ժամեր տևողությամբ, հազվադեպ կարող է տևել օրեր):

Վիրուսային վարակները առավել հաճախ են տենդային ցնցումով ընթանում:

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:

Տենդային ցնցման առաջին միջադեպի ռիսկի գործոններ են.

- մանկական հաստատություններ հաճախելը,
- զարգացման դանդաղումը,
- առաջին կամ երկրորդ աստիճանի հարազատների շրջանում տենդային ցնցումային միջադեպի առկայությունը,
- խիստ բարձր ջերմությունը:

Աղջիկ և տղա երեխաների շրջանում տարածվածությունը 1,4:1 հարաբերակցությամբ է: Վերը նշված ռիսկի գործոններից ցանկացած 2-ի առկայության դեպքում 28% հավանականություն կա, որ առնվազն ևս մեկ տենդային ցնցման միջադեպ կարող է լինել: Ռիսկի ամենակարևոր գործոնները տենդի ջերմաստիճանը և ընտանեկան անամնեզն են:

Կրկնակի տենդային ցնցումների առաջացում

Տենդային առաջին ցնցումից հետո դրա կրկնման հաճախականությունը 29-ից 35% է: Ռիսկը կախված է գեներտիկ և միջավայրի գործոնների ազդեցությունից:

Կրկնակի տենդային ցնցումների առաջացման ռիսկի գործոնները

- Տարիքը՝ մինչև 15 ամսական,
- Էպիլեպսիա առաջին աստիճանի հարազատների շրջանում,
- Տենդային ցնցումներ առաջին աստիճանի հարազատների շրջանում,
- Առաջին տենդային ցնցումների կոմպլեքս բնույթը,
- Մանկական խնամքի հաստատություններ հաճախելը:

Որքան մեծ է ռիսկի գործոնների թիվը, այնքան մեծ է առաջիկա մեկուկես տարվա ընթացքում տենդային ցնցման կրկնման հավանականությունը:

Էպիլեպսիայի հավանականությունը

Տենդային ցնցումներ ունեցած երեխաների մեծ մասը (մոտ 97%-ը) էպիլեպսիա չեն ունենում: Այնուամենայնիվ, տենդային ցնցումներ տարած երեխաների շրջանում էպիլեպսիայի առաջացման հավանականությունը մնացած երեխաների համեմատ ավելի է: Պարզ ցնցումային միջադեպից հետո էպիլեպսիայի առաջացման ռիսկը 1-ից 2,4% է, կոմպլեքս ցնցումներից հետո՝ 4,1-ից 6%:

Տենդային ցնցման միջադեպից հետո էպիլեպսիայի (ոչ տենդային ցնցումների) առաջացման ռիսկի գործոններ

- Կոմպլեքս տենդային ցնցումներ:
- Ցնցումին նախորդած տենդի շրջանի տևողությունը (մինչև մեկ ժամ տևողությունը մեծացնում է ռիսկը):
- Էպիլեպսիա առաջին աստիճանի հարազատների շրջանում:
- Նյարդահոգեկան զարգացման արատներ (ցերեբրալ պարալիչ, հիդրոցեֆալիա):

Կլինիկական արտահայտություններ և գնահատումը

Սովորաբար տենդային ցնցումներն ի հայտ են գալիս հիվանդության զարգացման վաղ շրջանում, երբեմն որպես հիվանդության առաջին նշան: Թեև տենդային ցնցումները կարող են ցանկացած տիպի լինել, առավել հաճախ հանդիպում են **տոնիկ-կլոնիկ ցնցումները**: Մեծ մասամբ սկզբում լինում է ճիչ, որին հաջորդում է գիտակցության կորուստը և մկանային լարվածությունը: Տոնիկ փուլում կարող է ապնոէ և անմիզապահություն կամ ակամա դեֆեկացիա դիտվել: Դրան հաջորդում են կրկնվող, ռիթմիկ ցնցումային շարժումները, այնուհետև՝ քնկոտությունը կամ քունը:

Այլ տիպի ցնցումներ ևս կարող են լինել.

- հայացքի անշարժացում,
- ցնցումներ առանց նախնական կարկանդակային,
- օջախային (ֆոկալ) ցնցումներ:

Ցնցումների մեծ մասը 6 րոպեից պակաս է տևում, 8%-ից պակաս դեպքերում է, որ ցնցումները 15 րոպե և ավելի են տևում: Սովորաբար տենդային ցնցումների դեպքում երեխայի ցնցումներն ավարտվում են մինչև բժշկական որևէ միջամտություն ցուցաբերելը:

Ախտորոշում

Տենդային ցնցման ախտորոշման համար անհրաժեշտ է բացառել տենդի հիմքում որևէ վտանգավոր հիվանդության առկայությունը (մենինգիտ, էնցեֆալիտ, էլեկտրոլիտային բալանսի լուրջ խանգարում, այլ սուր նյարդաբանական հիվանդություն) և ոչ տենդային ցնցման նախադեպի առկայությունը:

Տենդային ցնցման կլինիկական գնահատման գործընթացի հիմքում ցնցումային միջադեպի նկարագիրն է, հենց իր՝ տենդի առաջացման հիմքում ընկած հիվանդության բացահայտումը և ցնցում առաջացնող այլ հիվանդությունների ժխտումը:

Երբ երեխայի մոտ ի հայտ են գալիս աֆերիլ (առանց ջերմության ընթացող) ցնցումներ, անհրաժեշտ է պարզել դրա հիմքում ընկած հիմնական հիվանդությունը և բուժել այն:

Հիվանդության պատմություն հավաքելիս կարևոր է պարզել՝

- վարակային որևէ հիվանդության առկայությունը,
- դեղորայքային թունավորումը,
- տրավման,
- երեխայի նյարդահոգեկան զարգացումը,
- տենդային կամ ոչ տենդային ցնցումների առկայությունը ընտանիքում:

Ցնցման նոպայի ականատեսից անհրաժեշտ է պարզել նոպայի մանրամասն նկարագիրը:

Անհրաժեշտ է ճշտել.

- ինչպե՞ս է սկսվել ցնցումային նոպան,
- ինչպիսի՞ն են եղել կծկանքները,
- ի՞նչ զարգացում է ունեցել նոպան,
- ինչպե՞ս է նոպան ավարտվել,
- որքա՞ն ժամանակից է երեխայի ինքնազգացողությունն ամբողջովին վերականգնվել:

Օբյեկտիվ քննության ժամանակ պետք է ուշադրություն դարձնել՝

- երեխայի գիտակցության պարզությանը,
- ուղեղաթաղանթի գրգռվածության (մենինգիզմի) նշանների առկայությանը,

- գաղտունի լարվածության կամ պուլսացիայի առկայությանը,
- Կեռնիզի և Բրուձինսկու նշանների առկայությանը:

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 բուժհաստատություն տեղափոխել, հատկապես, եթե ցնցումները 10 րոպեից չեն վերանում կամ եթե ուղեկցվում են պարանոցի մկանների կարկանդակային, փսխումով կամ շնչառական խնդիրներով:
- Կարիք չկա ցնցման ընթացքում կտրուկ միջոցներով (ասեմբ, օրինակ սառը լոգանքով) փորձել իջեցնել երեխայի ջերմությունը:

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

V. ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ) ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Ա. ԿԱՐՄՐՈՒԿ

Կարմրուկը վիրուսային սուր վարակիչ հիվանդություն է, որի հարուցիչը Morbillivirus տիպի Ռիբոնուկլեինաթու (ՌՆԹ) պարունակող վիրուս է, որը պատկանում է պարամիքսովիրուսների ընտանիքին: Կարմրուկը բարձր հավաքարանցիկություն (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 սեզոնականությունը. չափավոր կլիմայով երկրներում այն առավել հաճախ հանդիպում է ձմռան վերջին և գարնանը:

Կլինիկական արտահայտություններ

Կարմրուկի գաղտնի շրջանը միջինում տևում է 10-ից 12 օր (հնարավոր տատանումները՝ 7-ից 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-պապուլյոզ կարմիր ցանավորում՝ ձուլվող եզրերով: Այս փուլին բնորոշ է բարձր ջերմությունը՝ մինչև 40,5⁰C: Սկզբում ցանը մատով սեղմելու դեպքում գունատվում է, հետո՝ տարածվում է իրանի, վերջույթների վրա և պահպանվում է 4-ից 6 օր: Այն կարող է ուղեկցվել վերնամաշկի 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` 7-9%,
- թոքաբորբ` 1-6%,
- փորլուծություն` 6%,
- կուրություն և էնցեֆալիտ` 1000-ից 1 դեպքում,
- ենթասուր սկլերոզացնող պանէնցեֆալիտ` 100 000-ից 1 դեպքում:

**Աղյուսակ 7
Կարմրուկի դասակարգման երեք տարբերակները²⁰**

Դասակարգում	Ախտանշաններ
Ծանր բարդացած կարմրուկ	<ul style="list-style-type: none"> • Պարանոցային մկանների կարկանդակություն • Լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակ • Չի կարող խմել • Ցնցումներ • Անզուսպ փսխում • Եղջերաթաղանթի պղտորություն • Բերանի խոռոչի խոր և տարածուն խոցեր
Բարդացած կարմրուկ	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Եթե երեխայի մոտ կարմրուկ է կամ նա հիվանդացել է կարմրուկով վերջին 3 ամիսների ընթացքում

Տարբերակիչ ախտորոշում

- կարմրախտ
- պարվոփիրուսային վարակ
- ադենովիրուսային վարակ
- հերպես վարակ

Բուժում

Ծանր բարդացած կարմրուկի դեպքում անհրաժեշտ է երեխային հոսպիտալացնել: Եթե կա եղջրաթաղանթի պղտորություն, նախապես պետք է աչքին քսել տետրացիկլինի քուլք:

Մյուս դեպքերում բուժումը ներառում է`

- անկողնային ռեժիմ` ողջ տենդային շրջանում,
- երեխային հեռու պահել լույսի ուղղակի ազդեցությունից,
- առատ հեղուկներ,

²⁰ Ըստ ՄՀԻՎ-ի:

- 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 բույր երեխաները պետք է ստանան **Ա վիտամին պարունակող պոլիվիտամին**:

Բ. ԿԱՐՄՐԱԽՏ

Կարմրախտը վիրուսային սուր վարակիչ հիվանդություն է: Կառավարելի վարակ է:

Էթիոլոգիա

Կարմրախտի վիրուսը ռուբիվիրուսների ցեղին պատկանող տոգավիրուս է: Սա պատիճավոր, ՌՆԹ-ի մեկ թել պարունակող վիրուս է, որը միայն մեկ սերոտիպ ունի: Ախտահարվում են միայն մարդիկ:

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 քթնմայանի լորձաթաղանթի բջիջներում և հարակից ավշային հանգույցներում:

Հիվանդության գաղտնի շրջանի տևողությունը 12-23 օր է (միջինում՝ 18օր): Վիրեմիան (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 **բժավոր-պապուլյոզ 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-ից 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 (թքագեղձերի, ենթաստամոքսային գեղձի, ամորձիների) ախտահարմամբ: Կառավարելի վարակ է: Հիվանդության աղբյուրը միայն հիվանդ մարդն է:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը պարամիքսովիրուսների ընտանիքի ՌՆԹ պարունակող վիրուս է: Վիրուսը անկայուն է արտաքին միջավայրում: Սուտքի դուռ է հանդիսանում վերին շնչուղիների լորձաթաղանթը: Հարուցիչը թափանցում է թքագեղձեր ոչ թե ծորաններով, այլ հեմատոգեն ճանապարհով: Վիրուսը հեմատոգեն տարածվում է ամբողջ օրգանիզմում և տեղակայվում գեղձային օրգաններում, նյարդային համակարգում՝ առաջացնելով այս կամ այն օրգանի ախտահարման կլինիկական ախտանիշներ:

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 թքագեղձերը:** Բնորոշ է ցավ ծամելիս և կուլ տալիս, թքագեղձի 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 թքագեղձի ծորանի արտաքին բացվածքի շրջանում լորձաթաղանթի այտուցվածությունն ու հիպերեմիան:
- **Սուբմաքսիլիտ**
 - ցավ ստործնոտային շրջանում,
 - գեղձի այտուց և ցավոտություն՝ ջերմային ալիքի ֆոնի վրա:

- **Սուբլինգվիտ** (հազվադեպ է հանդիպում)
 - ցավ և այտուց ենթալեզվային շրջանում:
- **Օրխիտ**
 - ջերմության բարձրացում մինչև 39⁰C 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 գոտևորոլ 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,
 - հիպերկիմեզներ,
 - 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 հերպետով հիվանդ մարդը:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը հերպես վիրուսների ընտանիքի Դեզօքսիռիբոնուկլեինաթթու (ԴԽԹ) պարունակող վիրուս է (տիպ 3): Նույն վիրուսով հարուցվում է նաև գոտևորող հերպեսը: Սուտքի դուռը վերին շնչուղիների լորձաթաղանթն է: Սուտքի 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:

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 քութեշանման 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, նեֆրիտ, միոկարդիտ, հեպատիտ, Ռեյի համախտանիշ²¹:
- **Բակտերիային վարակի գունարունով**՝ պուստուլա, ֆլեգմոնա, աբսցես, բուլյոզ ստրեպտոդերմիա, լիմֆադենիտ, թարախային կոնյունկտիվիտ, թոքաբորբ:

Ախտորոշում

Կլինիկական ախտանիշներ՝ բնորոշ վեզիկուլյոզ 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 բակտերային վարակի գունարունը, 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:

²¹ Սուր լյարդային էնցեֆալոպաթիա՝ լյարդի ճարպային ինֆիլտրացիա և գլխուղեղի այտուց:

Ե. ՔՈՒԹԵՇ

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

Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է՝ ստրեպտոկոկային վարակի ցանկացած արտահայտությամբ: Փոխանցվում է օդակաթիլային ճանապարհով, հնարավոր է՝ երրորդ անձի միջոցով: Վարակելիության գործակիցը 40% է:

Էթիոլոգիա

Հարուցիչը Ա խմբի հենոլիտիկ ստրեպտոկոկն է, որն արտադրում է էկզոտոքսին (Դիկի տոքսին): Մուտքի դուռը՝ քթնապանի լորձաթաղանթն է, վերքային (այրվածքային) մակերեսները, հազվադեպ՝ թոքերը: Այն մարդկանց մոտ, ովքեր Դիկի տոքսինի նկատմամբ ունեն իմունիտետ, հարուցիչը ներդրման տեղում առաջացնում է միայն տեղային բորբոքային պրոցես: Քուրեշ զարգանում է միայն այն անձանց մոտ, ովքեր չունեն հակատոքսիկ իմունիտետ: Հարուցիչը օրգանիզմում առաջացնում է տեղային (մուտքի դռներում բորբոքային պրոցես) և ընդհանուր (նյարդային, սիրտ-անոթային և այլ համակարգերի տոքսիկ ախտահարում) փոփոխություններ: Դիկի տոքսինը ունի 2 բաղադրիչ՝ ջերմազգայուն՝ տոքսիկ ազդեցությամբ և ջերմակայուն՝ ալերգիկ ազդեցությամբ: Ջերմազգայուն բաղադրիչով պայմանավորված է տենդը, ինտոքսիկացիան, ցանի առաջացումը:

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, անզինան (կատառալ, ֆոլիկուլյար, 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, ռեզիոնար 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:

Արյան շճաբանական քննություն՝ ցուցված է կասկածելի դեպքերում: Հայտնաբերում են անտիստրեպտոլիզին-Օ և այլ ստրեպտոկոկային հակամարմիններ:

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:

2. ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ) ՍՈՆՈՆՈՒԿԼԵՈՋ

Օդակաթիլային փոխանցման ուղիով վիրուսային վարակ է, բնութագրվում է տենդով, անզինայով, գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիայով, հեպատոսպլենոմեգալիայով և հենոզրամայում յուրահատուկ փոփոխություններով: Վարակի աղբյուրը հիվանդ մարդն է:

Էթիոլոգիա

- Հարուցիչը ԴՆԹ պարունակող էբշտեյն Բարրի վիրուսն է, պատկանում է հերպես վիրուսների ընտանիքին (տիպ 4): Կարող է երկարատև պահպանվել օրգանիզմում՝ լատենտ վարակի ձևով: Սուտքի դուռ է հանդիսանում ընկանը, որտեղ թափանցելով՝ վիրուսը ենթարկվում է ռեպլիկացիայի: Վիրուսը ֆիքսվում է Բ լիմֆոցիտների մակերեսին, որոնք ունեն յուրահատուկ ռեցեպտորներ: Վնասված բջիջների մի մասը մահանում է, վիրուսը ազատվելով՝ վնասում է նոր բջիջներ: Խանգարվում է թե՛ հունորալ, թե՛ բջջային իմունիտետը: Վերոհիշյալով պայմանավորված է գեներալիզացված լիմֆադենոպաթիան, հեպատոսպլենոմեգալիան, ծայրամասային արյան մեջ ատիպիկ մոնոնուկլեարների հայտնվելը: Պաթոգենեզում դեր ունի նաև երկրորդային վարակի գումարումը (ստրեպտոկոկ): Գաղտնի շրջանը տևում է 15 օր, առավելագույնը՝ երկու ամիս:

Կլինիկական արտահայտություններ

- տենդ (մինչև 40°C),
- հարբուխ,
- դեմքի այտուց,
- դժվարաշնչություն,
- երբեմն ցան՝ մանր կետավոր, մակուլոպապուլյոզ, ուրտիկար, հեմոռագիկ,
- ծայրամասային (պերիֆերիկ) լիմֆադենոպաթիա. բնորոշ է հետին պարանոցային ավշահանգույցների մեծացումը,
- անզինա (լակունար, ֆոլիկուլյար, հազվադեպ՝ մեռուկային),
- հեպատոսպլենոմեգալիա,
- ծայրամասային արյան մեջ ատիպիկ մոնոնուկլեարների հայտնաբերում:

Բարդություններ

Կապված են երկրորդային բակտերային վարակի գումարման հետ՝ սինովիտ, օտիտ, ստոմատիտ, բրոնխիտ, թոքաբորբ, նկարագրված են փայծաղի պատռման, էնցեֆալիտի, միոկարդիտի դեպքեր՝ մահացու վախճանով:

Վարակային մոնոնուկլեոզը երբեմն անվանում են «չռեալիզացված լեյկոզ», որպես ուշացած բարդություն կարող է զարգանալ լեյկոզ:

Ախտորոշում

Հիմնվում է կլինիկական ախտանիշների և լաբորատոր հետազոտությունների վրա:

Լաբորատոր հետազոտություններ

- Արյան ընդհանուր քննություն՝ **ատիպիկ մոնոնուկլեարների հայտնաբերում (8-ից ավելի):**
- Արյան շճաբանական քննություն՝ յուրահատուկ հակամարմինների հայտնաբերում:

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,
- հակաբիոտիկային բուժում՝ բկանցքում թարախային փառի առկայության դեպքում,
- կորտիկոստերոիդների նշանակումը՝ միայն լեյկոզը ժխտելուց հետո (հիվանդանոցային պայմաններում):

ՀԱՎԱՑՈՒՑՎԱԾ Է ԱՄՊԻՑԻԼԻՆԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄԸ:

Է. 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 *Bordetella pertussis*: 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, քթնմպանում: 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: Գրգիռը շնչառական կենտրոնից կարող է տարածվել այլ կենտրոններ (օրինակ՝ անոթաշարժ կենտրոն): Հետվարակային իմունիտետը կայուն չէ, հնարավոր է կրկնակի վարակում մոտ 5% դեպքերում:

Կլինիկական արտահայտություններ

- Ինկուբացիոն 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 կաչուն 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 հետազոտությունը վերցվում է քսուկ ընպանի հետին պատի լործից՝ անոթի վիճակում:

Արյան շճաբանական հետազոտությունը՝ հակամարմինների տիտրի աճ 4 և ավելի անգամ:

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:

Ը. ՀԵՄՈՖԻԼՈՒՄ ԻՆՖԼՈՒԵՆՉԱ 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 մենինգոիտների դեպքերի մեկ-երրորդից մինչև մեկ-երկրորդի պատճառն է հանդիսանում: Նույնիսկ ճիշտ բուժման դեպքում ախտահարված երեխաների 3-ից 25-ը կարող են մահանալ: ՀԻԲ մենինգոիտները 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:

VI. ՌԱԽԻՏ

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 (ՈՒՄՃ) 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-ից 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,
- խորանարդածն գլուխ (կողմնոսկրերի և ճակատոսկրերի հաստացում), գլխի չափսերը 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 արտացոլումներ՝ ապարանջաններ,
- ազդրոսկրի, սրունքի Օ-ձև և X-ձև դեֆորմացիաներ,
- փոքր և մեծ ուղքների առաջային ծռություն,
- կապանների թուլություն և հոդերի գերշարժունություն:

Սկաններ

- 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:

Արյան կենսաքիմիական քննություն

- հիպոկալցեմիա,
- հիպոֆոսֆատեմիա,
- հիմնային ֆոսֆատազայի բարձրացում,
- ցիտրատների իջեցում արյան մեջ:

Կանխարգելում

Նախաժննդյան (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:

Յետծննդյան կանխարգելում

Ոչ դեղորայքային

- Կերակրող մոր և երեխայի հանգստի, սննդի, անձնական հիգիենա:
- Ջրոսանք 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:

Պլազմայում հիմնային ֆոսֆատազայի մակարդակի նվազումը բուժման արդյունավետության ցուցանիշ է: Այն կարելի է որոշել 1-ից 2 շաբաթ պարբերականությամբ:

VII. ԵՐԿԱԹՊԱԿԱՍԱՅԻՆ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆ

Սակավարյունությունը արյան միավոր ծավալում էրիթրոցիտների թվի և կամ հեմոգլոբինի խտության իջեցումն է՝ տարիքային նորմայի²² ամենացածր արժեքի համեմատ:

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

Երկաթպակասային 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:

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):

²² Տե՛ս Հավելված 2-ը:

Աղյուսակ 8
Երկաթպակասային սակավարյունության հաճախ հանդիպող պատճառները
և ախտաճազման մեխանիզմները ըստ տարիքային խմբերի

Տարիք	Հիմնական (զերակշռող) 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 Մեկեյան դիվերտիկուլ Հելմինթոզներ Մենոռագիա 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 սկրինինգների²³ 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 *կոիլոնիխիան (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:

²³ Առողջ երեխայի մոտ սակավարյունության սկրինինգը կատարվում է 9 ամսականում և 12 տարեկանում, արյան ընդհանուր քննությունը՝ նախադպրոցական հաստատություն ու դպրոց ընդունվելիս:

- ԷՆԱ-ի բարձրացումը կարող է վկայել աղիների բորբոքային հիվանդությունների մասին:
- Արյան կենսաքիմիական քննություն՝ շիճուկային երկաթի կոնցենտրացիայի նվազում, պլազմայի տրանսֆերինի երկաթով հագեցվածության նվազում (<25%) և շիճուկային ֆերիտինի կոնցենտրացիայի նվազում (<30 մկգ/լ):

Բժշկական վարման սկզբունքներ

- Եթե 2-ից 24 ամսական այլ տեսակետից առողջ թվացող երեխայի հենոգլոբինի տվյալներով ախտորոշվել է սակավարյունություն, և առկա են բնորոշ անամնեստիկ տվյալներ, իսկ արյան քննությամբ հայտնաբերվում է միկրոցիտոզ և հիպոքրոմիա, կարելի է ախտորոշել սակավարյունություն և սկսել նախնական բուժումը առանց լրացուցիչ հետազոտությունների: Երկաթի աղերով բուժմանը տրված օրգանիզմի դրական պատասխանը հաստատում է երկաթապակասային սակավարյունության փաստը:
- 24 ամսականից մինչև տարեկան երեխաների նախնական բուժումը կարելի է սկսել, եթե բացի վերը նշված տվյալներից ապացուցվել է թաքնված արյան կորստի կամ հելմինթոզի առկայությունը:
- Մյուս բոլոր դեպքերում երկաթապակասային սակավարյունությունը ախտորոշվում է պլազմայի տրանսֆերինի հագեցվածության և շիճուկային ֆերիտինի մակարդակի որոշման միջոցով:

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 (տանինները) ընկճում են երկաթի ներծծումը. թեյ, սուրճ, կակաո, խոտաբույսերից պատրաստված թուրմեր և որոշ համեմունքներ:
- Երկաթի պրեպարատների նշանակում՝
 - ներքին ընդունման երկաթի աղերի²⁴ նշանակում. դեղաչափը՝ 3-6 մգ/կգ/օրը էլեմենտային երկաթի հաշվարկով²⁵:
 - երկաթի պրեպարատների պարենթերալ նշանակում:

²⁴ Տե՛ս Հավելվածներ 4-ը և 5-ը:

²⁵ Երկաթի պրեպարատը առավել լավ է յուրացվում անոթի ժամանակ ընդունելիս:

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:

Երկաթպակասային 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. ընպելիք /սննդատեսակ (օր.՝ թեյ, սուրճ, կովի կաթ), դեղորայք (օր.՝ տետրացիկլին), հիվանդություն (օր.՝ մալաբսորբիցիա),
- շարունակվող թաքնված արյունահոսությունը,
- սակավարյունության ոչ երկաթպակասային 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:

**Աղյուսակ 9
Երկաթով հարուստ սննդատեսակներ**

Կենդանական բնույթի	Բուսական բնույթի
<ul style="list-style-type: none"> • լյարդ • կարմիր միս՝ տավարի, ոչխարի, խոզի • թռչնամիս • ձկներդեն • ձու 	<ul style="list-style-type: none"> • ձավարեղեն • լոբազգիներ՝ կանաչ ոլոռ, սիսեռ, ոսպ, սոյա • հնդկացորեն • մուգ կանաչ տերև՝ սպանախ, ավելուկ • կարտոֆիլ (կեղևը) • չորացրած միրգ

VIII. ՀԵԼՄԻՆՈՑՆԵՐ

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:

Տարբերում են հելմինթների՝ մարդու օրգանիզմի վրա ազդեցության որոշակի ձևեր.

- օրգանների և հյուսվածքների մեխանիկական վնասում,
- սենսիբիլիզացնող ազդեցություն փոխանակման նյութերով, կենսագործունեության արգասիքներով,
- տոքսիկ ազդեցությունը կասկածելի է, քանի որ հելմինթները չեն արտադրում էկզոտոքսիններ: Սակայն տոքսիկ բնույթի անբարենպաստ ազդեցությունները պայմանավորված են վերջիններիս էքսկրետներով (հեմոլիզիններ, հիստոլիզիններ և այլն) կամ հելմինթների ոչնչացման դեպքում՝ դրանց քայքայման նյութերով,
- սննդանյութերի և վիտամինների կլանում (աղիներից վիտամին B₁₂-ի, արյան, թթվածնի, երկաթի կլանում):

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

Ա. ԱՍՎԱՐԻԴՈՋ

Էթիոլոգիա

Հարուզիչը՝ *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 դմնեռակ (vena porta), անցնում են արյան շրջանառության մեջ, լյարդով և վերին սինեռակով հասնում սրտի աջ հատված: Թրթուրները թոքային զարկերակով անցնում են թոքեր և թոքային մազանոթների պատերի միջով թափանցում ալվեոլներ: Շնչառական ուղուց անցնում են բերանի խոռոչ (հաճախ գիշերը) և խառնվելով թքին՝ 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.

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

Կլինիկական արտահայտություններ

Ասկարիդոզի վաղ շրջանին բնորոշ են.

- շնչառական օրգանների ախտահարման նշաններ,
- սուբֆերիլ ջերմություն,
- ընդհանուր թուլություն,
- գլխացավ,
- զանազան ալերգիկ երևույթներ:

Միզրացիոն շրջանին բնորոշ են.

- հեպատոմեգալիա,
- թոքաբորբ,
- Լեֆլերի²⁶ համախտանիշ,
- բրոնխային ասթմա,
- ուրտիկար տիպի ցանավորում:

Ասկարիդոզի ուշ շրջանին բնորոշ են.

- ստամոքս-աղիքային համակարգի խանգարումներ՝ ախորժակի փոփոխություն, ցավեր որովայնի շրջանում, թքահոսություն, ատամների կրճտոց:

Բարդություններ

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

Ախտորոշում

Ասկարիդոզ պետք է կասկածել որովայնի շրջանում ցավերով, էոզինոֆիլիայով, դրական շճաբանական ռեակցիաներով հիվանդների շրջանում, ինչպես նաև արյան շիճուկում ռետինուլի (վիտամին «Ա»-ի) մակարդակը իջնելու կամ օրգանիզմում այդ վիտամինի անբավարարության ախտանիշների առկայության դեպքում:

Լաբորատոր ախտորոշումը կատարվում է կղանքում հելմինթների ձվիկների հայտնաբերմամբ:

²⁶ Լեֆլերի համախտանիշ՝ իդիոպաթիկ թոքային էոզինոֆիլիա (էոզինոֆիլային թոքաբորբ):

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

Հարուզիչը՝ 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 (մակաբուժային ծանրաբեռնվածությունից) և կարող են բերել հելմինթների մեխանիկական, տոքսիկ-ալերգիկ, հոգեծին ազդեցության:

Կլինիկական արտահայտություններ

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

Բարդություններ

- վուլվոլագիմիտ,
- անոգեմիտալ պրուրիտը (անտանելի քոր),,
- ապենդիցիտ (հազվադեպ):

Ախտորոշում

Էնտերոբիոզի ախտորոշումն իրականացվում է հետանցքի շրջանի քերուքի, կաչուն 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 գրքերի, 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 էնտերոբիոզի 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:

IX. ԱՏՈՊԻԿ ՄԱՇԿԱԲՈՐԲ

Ատոպիկ մաշկաբորբը²⁷ (ԱՄ) մաշկի՝ քորով ուղեկցվող քրոնիկ բորբոքային հիվանդություն է:

45% դեպքերում ԱՄ-ն ի հայտ է գալիս կյանքի առաջին 6 ամիսների ընթացքում, 60% դեպքերում՝ կյանքի առաջին տարում, և 85% դեպքերում հիվանդությունն արտահայտվում է մինչև 5 տարեկանը:

ԱՄ-ի կլինիկական արտահայտությունները գենետիկ, իմուն, նյութափոխանակային, վարակային, նեյրոէնդոկրին և շրջակա միջավայրի գործոնների համակարգային փոխազդեցության արդյունք են:

ԱՄ-ի երկու հիմնաքարերն են հանդիսանում վերնամաշկի (էպիդերմիսի)՝

- պաշտպանական ֆունկցիայի դեֆեկտը և
- շարունակական բորբոքումը:

Կլինիկական արտահայտություններ

- Վաղ տարիք (մինչև 2 տարեկան).
 - այտերի, կզակի կամ գլխի կարմրավուն հանգուցիկներ (երիթեմատոզ պապուլաներ),
 - բշտիկներ (վեզիկուլներ), որոնք խիստ քոր են առաջացնում:
- 2 տարեկանից մեծ երեխաներ.
 - որքինացած (լիխենիզացված) հանգուցիկներ ու բծեր ձեռքերին, ոտնաթաթերին, դաստակներին, սրունքաթաթային հատվածին, արմնկափոսերին ու ծնկափոսերին:

Ախտորոշում

ԱՄ-ի ախտորոշումը հիմնված է պարտադիր, կարևոր և ուղեկցող կլինիկական հատկանիշների համակցության վրա:

Մանկական ԱՄ-ի ախտորոշման չափանիշները

Պարտադիր կլինիկական դրսևորումներ (առկայությունը պարտադիր է)

- քոր,
- էկզեմատոզ դերմատիտ (սուր, ենթասուր կամ քրոնիկ),
- տիպիկ մորֆոլոգիա և տարիքին բնորոշ պատկեր,
- քրոնիկ կամ կրկնվող ընթացք,

Կարևոր կլինիկական դրսևորումներ (դիտվում են դեպքերի մեծ մասում և օգնում են ախտորոշմանը)

- վաղ սկիզբ,
- ատոպիա,
- քսերոզ (մաշկի չորություն),

²⁷ ԱՄ-ով հիվանդ երեխաներն ալերգիկ ասթմայի և ալերգիկ ռինիտի զարգացման բարձր ռիսկի խմբում են: Կյանքի առաջին 2 տարիներին ԱՄ ունեցողներից 50%-ը հետագայում կարող են ունենալ ասթմա:

Ուղեկցող կլինիկական դրսևորումներ

- ատիպիկ անոթային պատասխաններ (օր.՝ գունատ դեմք, սպիտակ դերմոգրաֆիզմ),
- գերզոգազրված ափեր, իխտիոզ,
- օկուլյար, պերիօրթիտալ փոփոխություններ,
- տեղային այլ ախտանիշներ (օր.՝ պերիօրալ, հարականջային ախտահարումներ),
- որքինացում, քորվող օջախներ:

Տարբերակիչ ախտորոշում

- կոնտակտային դերմատիտ,
- սեբորեային դերմատիտ,
- քոս,
- փսորիազ,
- իմպետիզո,
- դեղորայքային ցան,
- պերիօրալ դերմատիտ,
- իխտիոզներ,
- մաշկային լիմֆոմա,
- իմունոդեֆիցիտներ (օր՝ Վիսկոտ-Օլդրիջի համախտանիշ²⁸ և այլն),
- ցինկի դեֆիցիտ:

Բուժում

- Տեղային բուժում

Փափկեցնողներ և խոնավեցնողներ. հանդիսանում են ԱՄ-ի ընդհանուր վարման հիմնաքարը: Փափկեցնող միջոցները պետք է անընդմեջ օգտագործվեն: Խորհուրդ է տրվում կիրառել դրանք նվազագույնն օրը երկու անգամ՝ թույլ տալու համար ակտիվ բուժական նյութերի ներծծումը մաշկի մեջ և դրանց բուժական ազդեցության զարգացումը:

Տեղային գլյուկոկորտիկոստերոիդներ (ՏԿՍ)՝ պրեդնիկարբատ (Prednicarbate), մոմեթազոն ֆուրոատ, ֆլուտիկազոն և մեթիլպրեդնիզոլոն ացեպոնատ. սրացումների բուժման կարևոր միջոցներից են: Ստերոիդները պետք է օգտագործել օրը 2 անգամից ոչ ավելի սրացած էկզեմատոզ մակերեսների վրա՝ կարճատև կուրսերի ձևով: Սեռական օրգանների, դեմքի կամ ինտերտրիգինոզ²⁹ մաշկին ցուցված է միայն թույլ կամ միջին հզորության ստերոիդների օգտագործումը: Երեխաները պետք է բուժվեն թույլ և միջին հզորության ստերոիդներով: Սրացումների ժամանակ ստերոիդները պետք է օգտագործվեն փափկեցնող միջոցների հետ

²⁸ Պենետիկական հիվանդություն է, որի ժամանակ լինում է էկզեմա, տրոմբոցիտոպենիա, փորլուծություն, կղանքի մեջ՝ արյուն:

²⁹ Ինտերտրիգո, ինտերտրիգինոզ (intertrigo). Գրգռված դերմատիտ, որն առաջանում է մաշկի այնպիսի ծալքերում, ինչպիսին են հետույքի հատվածը, ամորձու և ազդրի միմյանց հետ շփվող մաշկը և այլն: Վերջինս առաջանում է շփման, քրտնքի, տաքության, խոնավության և դրանց հետևանքով առաջացած բակտերային գերաճի պատճառով:

զուգահեռ՝ պակասեցնելու համար ստերոիդներից առաջացող կողմնակի ազդեցությունները:

Տեղային կալցիների արգելակիչներ (ՏԿԱ). ՏԿԱ պիմեկրոլիմուսն ու տակրոլիմուսը կարող են ապահովել ԱՄ-ի հակաբորբոքային բուժումն առանց ստերոիդների օգտագործման: ԱՄ-ի բուժման համար ցուցված է պիմեկրոլիմուսի (Pimecrolimus) 1% կրեմի և տակրոլիմուսի (Tacrolimus) 0,03% քուլքի օգտագործումը 2 տարեկանից մեծ երեխաների բուժման համար:

Տեղային հակամիկրոբային բուժում. ԱՄ-ով հիվանդների մաշկը խիստ կոլոնիզացված է *S. aureus*-ով նույնիսկ չախտահարված հատվածներում: Տեղային հակաբակտերային միջոցների (Fusidic acid) կիրառումը տեղային ստերոիդների հետ միասին տալիս է ավելի լավ կլինիկական արդյունքներ:

Երկրորդային վարակը պետք է բուժել միայն ախտանիշների առկայության դեպքում:

- **Համակարգային բուժում** (կիրառվում է, երբ տեղային բուժումն անարդյունավետ է): Ներառում է տեղային իմունոմոդուլյատորներ՝
 - ֆոտոթերապիա,
 - ցիկլոսպորին (Ciclosporin),
 - ազաթիոպրին (Azathioprinum):

- **Լրացուցիչ բուժում**

Քորը ԱՄ-ի որոշիչ ախտանիշներից է, որը բերում է էքսկորիացիաների, հաճախ՝ սուպերինֆեկցիայի, արյունահոսության, լիխենիզացիայի և/կամ հանգուցավոր փոփոխությունների առաջացման: Բացի այդ, քորը կարող է առաջացնել քնի զգալի խանգարումներ, ինչն իր հերթին ազդում է հիվանդի և նրա ընտանիքի կյանքի որակի վրա: **Հակահիստամինայինները** կարող են բարելավել սրացման մեջ գտնվող հիվանդների քունը:

Սրացումների կանխարգելում

Հիմքում ընկած է էկզոգեն ռիսկի գործոնների հնարավորինս վերացումը:

ԱՄ-ի պոտենցիալ տրիգերներ³⁰ են՝

Անմիջական շփման՝ կոնտակտի հետ, կապված.

- ալկոհոլ, տոպոլ և հոտավետ նյութեր պարունակող պերճանքի պարագաներ,
- մաքրող միջոցներ,
- հագուստ (բրոյա, սինթետիկ):

³⁰ Դրդիչներ:

Ֆիզիոլոգիական և էնդոհոնալ ազդակների հետ կապված.

- վարակներ (*S. aureus*, վիրուսներ, սնկեր և այլ),
- գերտաքացում/քրտնելը,
- հոգեբանական սթրես:

Սննդի հետ կապված. սննդային այերզեններ.

- կովի կաթ,
- ձու,
- ընկույզների տեսակներ,
- սոյա,
- ցիտրուսներ,
- շոկոլադ,
- ելակ,
- ձուկ,
- խեցգետնազգիներ:

Խնամքը

- Լոզանքի հիմնական առավելությունները մաշկի խոնավեցումը և մաքրումն են: Այն նաև կարող է լավացնել տեղային դեղամիջոցների ներծծումը և նպաստել վարակված էկզեմայի բուժմանը:
- Լոզանքի պոտենցիալ թերություններն են մաշկի չորացումը և եղջերային շերտի պատնեշային ֆունկցիայի վնասումը ջրի գոլորշիացման հետևանքով, ինչը կարելի է նվազագույնի հասցնել՝ օգտագործելով ստորև բերված սկզբունքները՝
 - Երեխային պետք է լողացնել մի քանի րոպե գոլ ջրում օրը 1-2 անգամ՝ համապատասխանաբար միջին և ծանր ԱԴ-ի դեպքում: Գերադասելի է օգտագործել խոնավեցնող մաքրող միջոցներ, անհրաժեշտ է խուսափել հոտավետ օճառներից կամ լոզանքի փրփուրներից:
 - Լոզանքից հետո անհրաժեշտ է նրբորեն շոյելով չորացնել երեխային՝ ուշադիր լինելով, որպեսզի չքերվի մաշկը:
 - Դրանից հետո անհրաժեշտ է օգտագործել խոնավեցնող միջոցներ՝ առավելագույնի հասցնելով խոնավեցման տևողությունը:

ՀԱՎԵԼՎԱԾՆԵՐ

Հավելված 1. Պանդեմիկ գրիպի վարակի կասկածի դեպում հիվանդ երեխաների վարման ուղեցույց³¹

1. Պանդեմիկ գրիպի վարակի կասկածի դեպում 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:

³¹ Հավելված N 3 ՀՀ Առողջապահության նախարարի 09.12.2009թ. N 1963-Ա հրամանի:

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

Հիվանդության հիմնական ախտանիշները*

- 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 ախտանիշներով կամ նրանցից մեկ կամ երկուսով

*Հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել նորածինների և վաղ հասակի երեխաների մոտ դիտվող գրիպաման հիվանդության ոչ տիպիկ ախտանիշներին՝ ափսոս, ցածր ջերմաստիճանը, հաճախացած շնչառություն, ցիանոզ, չափազանց քնկոտություն, ախտորժակի բացակայություն և դեհիդրատացիա:

Ոչ բարդացած գրիպ
Թոքաբորբի ախտանիշներ չկան և ռիսկի խմբում չէ

Ռիսկի խմբի երեխաներ

- Մինչև 5 տարեկան երեխաներ
- Հղիներ
- Քրոնիկ հիվանդ երեխաներ

(նյութափոխանակության խանգարումներ, այդ թվում դիաբետ օրգան-համակարգերի անբավարարություն, ներլուզիական հիվանդություններ՝ էպիլեպսիա, նյարդամկանային, նյարդակոգնիտիվ խանգարումներ, իմունադեպրեսիվ վիճակներ):

- **Երկարատև ասպիրինային բուժում ստացած երեխաներ**

Հիվանդության պրոգրեսիվող ընթացք

Անհապաղ ուղարկել հիվանդանոց, եթե

- երեխան չի կարողանում խմել կամ կլործք 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
- զերգրզովածություն
- 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, մուլտիօրգանային անբավարարություն, միոկարդիտ)
- հիմնական քրոնիկ հիվանդության սրացում
- եթե երեխայի տարիքը 2 ամսականից փոքր է և առկա է հիվանդության հիմնական ախտանիշներից որևէ մեկը կամ ջերմությունը բարձր է 37.5°C-ից

Նշանակվում է սիմտոմատիկ բուժում տան պայմաններում, համաձայն ՀՀ ԱՆ 30.12.2008թ. N1984-Ա հրամանով հաստատված «Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման չափորոշիչի», ընդ որում Ռեյի համախտանիշի 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 աղյուսակ 2-ի, բացառությամբ 0-1տ. երեխաների:

Սիմպտոմատիկ և հակավիրուսային բուժում Osetamivir (Tamiflu) դեղամիջոցով, համաձայն սույն հրամանով հաստատված հավելված 2-ի (բացառությամբ հղիների և մինչև 1 տարեկան երեխաների)՝ տեղամասային մանկաբույժի/ընտանեկան բժշկի ամենօրյա հսկողությամբ:

Հակավիրասուսային Ozeltamivir (Tamiflu) դեղամիջոցով բուժման ստանդարտ սխեմա*

Քաշ/ Տարիք	Դեղաչափ
մինչև 1 ամսական	2մգ/կգ օրական 2 անգամ
1-3 ամսական	2,5մգ/կգ օրական 2 անգամ
3-12 ամսական	3մգ/կգ օրական 2 անգամ` 5 օր
15կգ և պակաս	30մգ per os օրական 2 անգամ` 5 օր
15-23կգ	45մգ per os օրական 2 անգամ` 5 օր
24-40կգ	60մգ per os օրական 2 անգամ` 5 օր
40կգ և ավելի	75 մգ per os օրական 2 անգամ` 5 օր
13-18 տարեկան	75մգ per os օրական 2 անգամ` 5 օր

* Ամբուլատոր պայմաններում Ozeltamivir (Tamiflu) դեղամիջոցը ցուցված է 1տարեկանից բարձր երեխաների բուժման համար, 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:

Հավելված 2. 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 3. Երեխաների շարունակական հսկողությունը 1 տարվա ընթացքում ըստ հիվանդությունների և վիճակների³²

Հիվանդության, իրավիճակի անվանումը ըստ միջազգային դասակարգման	Մասնագետների հսկողության հաճախականությունը և տևողությունը**	Հետազոտության ծավալը
1. Անհասություն,* բազմապտղություն*	<p><u>Մանկաբույժը -մինչև 1տարեկան</u> Առաջին 45 օրը՝ 10 օրը մեկ 45 օր – 3 ամսական՝ 15 օրը 1 անգամ, 3-6 ամսական՝ ամիսը 1 անգամ 6-12 ամսական՝ 3 ամիսը 1 անգամ <u>Այլ մասնագետներ՝</u> ըստ բժշկի ուղեգրման</p>	Արյան անալիզ (Hb) - 1,5 ամսական, 3 ամսական, 9 ամսական Մեզի անալիզ - 9ամսական
2. Նորածինների ներգանգային վնասվածքներ և ասֆիքսիաներ*	<p><u>Մանկաբույժը –մինչև 1տարեկան ըստ հավելված 1-ի հսկողությունը՝</u> նյարդաբանի կողմից 1,5 ամսական, 3ամսական, 6 ամսական, 1տարեկան <u>Այլ մասնագետներ՝</u> ըստ բժշկի ուղեգրման</p>	Գլխի շրջագիծ, գաղթունի չափերը և վիճակը, ներուղեգրական վիճակի գնահատում Այլ քննությունները՝ ըստ մասնագետի նշանակումների
3. Դիաթեզներ*	<p><u>Մանկաբույժը –մինչև 1 տարեկան</u> 3 ամիսը մեկ անգամ <u>Այլ մասնագետներ՝</u> ըստ բժշկի ուղեգրման</p>	Արյան (Hb, EՆԱ) մեզի անալիզ՝ 6ամսական, 1տարեկան
4. Ռախիտ*	<p><u>Մանկաբույժը –մինչև 2 տարեկան</u> Առաջին 6 ամիսը՝ - 1.5 ամիսը մեկ անգամ, 6-12 ամսական 3ամիսը 1անգամ, 1-2 տարեկան տարին 2անգամ վիրաբույժ/օրթոպեդ-1,5 տարեկան</p>	Գլխի շրջագիծը, գաղթունի չափերը և վիճակը, Արյան անալիզ (Hb) - 3ամսական, 6 ամսական այլ ցուցանիշներն՝ ըստ անհրաժեշտության
5. Սնուցման խանգարումները*	<p><u>Մանկաբույժը-մինչև 1տարեկան</u> Ամիսը 1 անգամ, մինչև լավացումը</p>	1.Անթրոպոմետրիկ չափումներ՝ ամիսը 1 անգամ 2.Արյան անալիզ (Hb)- 3ամսական, 6ամսական

³² ՀՀ Առողջապահության նախարարության «Չափորոշիչ պետական պատվերի շրջանակներում առաջնային, ամբուլատոր պոլիկլինիկական բուժօգնության տրամադրման մասին» 14.12.2009թ. N2001-Ա հրամանի Գլուխ III/Հավելված N3: Երևան 2009թ.:

<p>6. Քրոնիկական տոնզիլիտ</p>	<p><u>Մանկաբույժը և քիթ-կոկորդ-ականջաբանը</u> - 3 ամիսը 1 անգամ, Բուժումից հետո՝ 1 տարվա ընթացքում՝ 6 ամիսը 1 անգամ</p> <p><u>Այլ մասնագետներ՝</u> ըստ բժշկի ուղեգրման</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb, EՍԱ, լեյկոցիտներ) 1 անգամ (անհրաժեշտության դեպքում ավելի) 2. Մեզի անալիզ՝ 1 անգամ (անհրաժեշտության դեպքում ավելի) 3. Այլ քննությունները՝ ըստ մասնագետի նշանակումների</p>
<p>7. Վեզետո-անոթային դիստոնիա</p>	<p><u>Մանկաբույժը և նյարդաբանը</u> Տարին 2 անգամ</p> <p><u>Այլ մասնագետներ՝</u> ըստ բժշկի ուղեգրման</p>	<p>1. Աճի դինամիկա 2. Անոթագրկ, Ձ/ճ, 3. ԷՍԳ, այլ քննությունները՝ ըստ անհրաժեշտության</p>
<p>8. Թոքաբորբ (սուր, չբարդացած)</p>	<p><u>Մանկաբույժը</u> Առաջին 2 ամսում՝ ամիսը 1 անգամ, 6 ամիս անց, 12 ամիս անց</p>	<p>Արյան անալիզ (Hb, EՍԱ, լեյկոցիտներ)-2 անգամ 2. Այլ քննությունները՝ ըստ մասնագետի նշանակումների</p>
<p>9. Անեմիաներ (դեֆիցիտային)</p>	<p><u>Մանկաբույժը</u> Ամիսը 1 անգամ մինչև լավացումը, հետագայում՝ 3 ամիսը 1 անգամ</p>	<p>1. Արյան անալիզ - ամիսը 1 անգամ մինչև լավացումը, հետագայում՝ 3 ամիսը 1 անգամ 2. Այլ հետազոտությունները՝ ըստ անհրաժեշտության</p>
<p>10. Սուր վիրուսային հեպատիտ, ռեկրովալեսցենտ</p>	<p><u>Մանկաբույժը</u> Բուժումից հետո՝ 1 ամիս անց, 6 ամիս անց, 1 տարի անց</p> <p><u>Այլ մասնագետներ՝</u> ըստ բժշկի ուղեգրման</p>	<p>1. Արյան անալիզ 1 ամիս անց 2. Արյան բիոքիմիական անալիզ 6 ամիս անց, 1 տարի անց. 3. Այլ հետազոտությունները՝ ըստ անհրաժեշտության</p>
<p>11. Ռևմատիզմ</p>	<p><u>Մանկաբույժը և ռևմատոլոգը</u> Գրոհից հետո - առաջին 3 ամիսը ամեն ամիս, հետագայում 3 ամիսը մեկ անգամ Ոչ ակտիվ փուլ - տարին 2 անգամ Սուր ՌՀ-ից կամ անգինայից 3 շաբաթ անց Ռևմատոլոգի հսկողություն՝ 1 անգամ Այլ մասնագետները՝ ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Ջերմաչափում 2. Անոթագրկի հաճախականություն 3. Արյան անալիզ (Hb, լեյկոցիտներ, EՍԱ) ԷՍԳ 4. Մեզի անալիզ՝ հիվանդությունից հետո</p>
<p>12. Սրտի բնածին արատներ</p>	<p><u>Մանկաբույժը և ռևմատոլոգը</u> Տարին 1 անգամ, անհրաժեշտության դեպքում՝ ավելի հաճախ: Սրտաբանի, սրտաբան-վիրաբույժի կոնսուլտացիաներ</p>	<p>1. Անոթագրկի հաճախականություն 2. Ջարկերակային ճնշում (Ձ/ճ) 3. ԷՍԳ</p>
<p>13. Ռևմատոիդ արթրիտ և շարակցական հյուսվածքի դիֆուզ հիվանդություններ</p>	<p><u>Մանկաբույժը և ռևմատոլոգը</u> Տարին 2 անգամ</p> <p><u>Այլ մասնագետները</u> ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb, EՍԱ, լեյտոցիտներ) 2. Բիոքիմիական և այլ հետազոտ. տարին 1-2 անգամ՝ ըստ վիճակի</p>

<p>14. Քրոնիկական թորաբորբ</p>	<p><u>Մանկաբույժը և թորաբանը՝</u> Տարին 2 անգամ (ըստ վիճակի ավելի հաճախ) <u>Այլ մասնագետները՝</u> ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb, EՆԱ, լեյկոցիտներ) 2. Այլ հետազոտությունները՝ ըստ անհրաժեշտության (ռենտգեն և այլն)</p>
<p>15. Բրոնխիալ ասթմա (ասթմատիկ բրոնխիտ)</p>	<p><u>Մանկաբույժը և այերգոլոգը՝</u> 1. ամիսը մեկ <u>Այլ մասնագետները՝</u> ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb, EՆԱ, լեյկոցիտներ) 2. Այլ հետազոտությունները՝ ըստ անհրաժեշտության</p>
<p>16. Լեղուղիների հիվանդություններ (խլեցիտոս, խլեցիտոս-խոլանգիտ, դիսկինեզիաներ և այլն)</p>	<p><u>Մանկաբույժը</u> Տարին 2 անգամ <u>Գաստրոէնտերոլոգը և այլ մասնագետները՝</u> ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Օգտվել մասնագիտացված ծառայության հետազոտությունների տվյալներից</p>
<p>17. Հեպատիտներ՝ քրոնիկական և լյարդի ցիրոզ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> Տարին 2 անգամ Հիմնական հսկողությունը՝ հեպատոլոգի կողմից</p>	<p>1. Օգտվել մասնագիտացված ծառայության հետազոտությունների տվյալներից</p>
<p>19. Քրոնիկական գաստրիտ, դուոդենիտ, պանկրեատիտ և կոլիտներ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> Տարին 2 անգամ Հիմնական հսկողությունը՝ գաստրոէնտերոլոգի կողմից</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb) 2. Օգտվել մասնագիտացված ծառայության հետազոտությունների տվյալներից</p>
<p>20. Խոցային հիվանդություններ (ստամոքս և 12-մատնյա աղիք)</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> Տարին 2 անգամ Հիմնական հսկողությունը՝ գաստրոէնտերոլոգի կողմից</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb) 2. Օգտվել մասնագիտացված ծառայության հետազոտությունների տվյալներից</p>
<p>21. Սուր նեֆրիտ և սուր պիելոնեֆրիտ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> 3 ամիսը մեկ անգամ <u>Այլ մասնագետները՝</u> ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb, EՆԱ) 2. Մեզի անալիզ 3. Ձ/ճ</p>
<p>22. Քրոնիկական նեֆրիտ և քրոնիկական պիելոնեֆրիտ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> Տարին 2 անգամ Հիմնական հսկողությունը՝ նեֆրոլոգի կողմից</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb, EՆԱ) 2. Մեզի անալիզ 3. Այլ հետազոտությունները՝ մասնագիտացված կենտրոններում 4. Ձ/ճ</p>
<p>23. Պարբերական հիվանդություն</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> Տարին 2 անգամ <u>Այլ մասնագետները՝</u> ըստ անհրաժեշտության <u>Հսկողությունը՝</u> մասնագիտացված կենտրոնում</p>	<p>1. Արյան անալիզ (Hb, EՆԱ) 2. Մեզի անալիզ 3. Այլ հետազոտությունները՝ մասնագիտացված կենտրոններում</p>
<p>24. Հեմոռագիկ վասկուլիտ, տրոմբոցիտոպաթիաներ, տրոմբոցիտոպենիաներ, կոագուլոպաթիաներ հեմոֆիլիա, անեմիաներ, ժառանգական նեյտրոպենիա</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> 3 ամիսը 1 անգամ <u>Հեմատոլոգ, այլ մասնագետները՝</u> հիմնական հսկողություն <u>Այլ մասնագետները՝</u> ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Արյան անալիզ՝ էրիթրոցիտներ հեմոգլոբին լեյկոցիտներ, տրոմբոցիտներ, մակարդելիություն 2. Մեզի ընդհանուր քննություն</p>

<p>25. Լեյկոզներ, լիմֆոմաներ, Չոքլիմյան և ոչ Չոքլիմյան և միելոդիսպլաստիկ համախտանիշ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> 3 ամիսը 1 անգամ <u>Չեմատոլոգ՝</u> հիմնական հսկողություն <u>Այլ մասնագետները՝</u> ըստ անհրաժեշտության</p>	<p>1. Արյան ընդհանուր քննություն (Hb, EՆԱ, լեյկոցիտներ) 2. Մեզի ընդհանուր քննություն 3. Ձ/ճ</p>
<p>26. Անհայտ էթիոլոգիայի լիմֆադենոպաթիա և սալենոմեզալիա</p>	<p><u>Մանկաբույժը</u> 3 ամիսը 1 անգամ <u>Չեմատոլոգ</u> հիմնական հսկողություն</p>	<p>1. Արյան ընդհանուր քննություն (Hb, EՆԱ, լեյկոցիտներ) 2. Մեզի ընդհանուր քննություն</p>
<p>26. Էնդոկրին պաթոլոգիաներ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> Տարին 1 անգամ <u>Հիմնական հսկողությունը՝</u> Էնդոկրինոլոգի կողմից</p>	<p>Քննությունները՝ ըստ հիվանդության (բժշկի նշանակմամբ)</p>
<p>27. Սուր ադիբային վարակիչ հիվանդություններ, ռեկոնվալեսցենտ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> <u>հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո 1 ամիս տևողությամբ</u></p>	<p>Քննությունները՝ ըստ անհրաժեշտության</p>
<p>28. Որովայնային տիֆ, պարատիֆ, ռեկոնվալեսցենտ</p>	<p><u>Մանկաբույժը՝</u> <u>հիվանդանոցից դուրս գրվելուց հետո 1 ամիս տևողությամբ</u></p>	<p>Քննությունները՝ ըստ անհրաժեշտության</p>
<p>29. Այլ վարակային և պարազիտար հիվանդություններ</p>	<p>Յուրաքանչյուր առանձին հիվանդության դեպքում տվյալ խնդիրը կարգավորող իրավական ակտերի պահանջներին համապատասխան:</p>	

* չի լրացվում հիվանդի շարունակական հսկողության քարտ (ծև N30)

** սուր հիվանդություններից հետո հսկողությունը սահմանվում է 1 տարի, հիվանդության քրոնիկ ընթացքի դեպքում (այդ թվում ծզծգվող)՝ մինչև լիարժեք առողջացում (1-5 տարի՝ կախված հիվանդությունից), կամ մինչև 18 տարեկանը (եթե առողջացումը լիարժեք չէ):

Հավելված 4. Մանկական հիվանդությունների ինտեգրացված վարման չափորոշիչ³³
Ավգորիթմային ուղեցույց առողջության առաջնային պահպանման համակարգի բուժաշխատողների համար

ՄՀԻՎ վարման սխեմաներ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՒԱՅԻՆ

ՀԱՐՑՐԵՔ ՍՈՐԸ ԵՐԵՒԱՅԻ ՄՈՏ ԵՂԱԾ ԴՐՈՒԲԼԵՄՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Պարզեք՝ այս խնդրի կապակցությամբ երեխայի այցն առաջնակի է, թե՛ կրկնակի:

- Եթե այցը կրկնակի է, օգտվեք «ԲՈՒԺԵՔ ԵՐԵՒԱՅԻՆ» 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:

ՍՏՈՒԳԵՔ, ԿԱ՞Ն ԱՐԴՅՈՔ ՎՏԱՆԳԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՆՇԱՆՆԵՐ	
ՀԱՐՑՐԵՔ.	ՁՆՆԵՔ.
<ul style="list-style-type: none"> • Կարողանու՞մ է երեխան խմել կամ կուրծք ծծել: • Կա՞ փսխում յուրաքանչյուր կերակրումից կամ խմելուց հետո: • Եղե՞լ են երեխայի մոտ ցնցումներ: 	<ul style="list-style-type: none"> • Ձններ, արդյո՞ք երեխան լեթարգիկ է կամ անգիտակից:

³³ Հաստատված է ՀՀ ԱՆ 13.04.2010թ. N553-Ա հրամանով:

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵՎԱՆ ՀԻՎԱՆԴ ԵՐԵՒԱՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ՝ ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ՊՐՈԲԼԵՄՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ

ԱՅՆՈՒՀԵՏԵՎ ՀԱՐՑՐԵՔ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ. ԵՐԵՒԱՅԻ մոտ կա՞ արդյոք հազ կամ դժվարացած շնչառություն		ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ	ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ՈՐՊԵՍ	ԲՈՒԺԵՔ (հիվանդանոց ուղարկելուց առաջ պահանջվող)	
<p>ԵՔԵ ԱՅՈՒ ՀԱՐՑՐԵՔ.</p> <p>Որքա՞ն ժամանակ է:</p> <ul style="list-style-type: none"> Հաշվեք շնչառության հաճախականությունը մեկ րոպեում: Ձննեք՝ կա արդյո՞ք երեխայի մոտ կրծքավանդակի ներքաշում: Ձննեք և լսեք՝ կա արդյո՞ք ստրիդոր: Ձննեք և լսեք՝ կա արդյո՞ք ասթմոիդ շնչառություն: Եթե կա, ապա առաջին անգամ՞ է, թե կրկնակի էլիզող է: 	<p>ՁՆՆԵՔ, ԼՍԵՔ, ՈՐՈՇԵՔ.</p> <p>ԵՐԵՒԱՆ ՊԵՏՔ Է ԼԻՆԻ ՀԱՆԳԻՍՏ ՎԻՃԱԿՈՒ</p>	<p><i>Դասակարգեք ՀԱՋԸ կամ ԴԺՎԱՐԱՅԱԾ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆԸ</i></p>	<p>Վտանգի ցանկացած մշան: Կամ</p> <p>Կրծքավանդակի ներքաշում: Կամ</p> <p>Ստրիդոր հանգիստ վիճակում:</p>	<p>ԾԱՆՐ ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԿԱՄ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ</p> <p>Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը:</p> <p>ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:</p>	
	<p><i>Եթե կա ասթմոիդ շնչառություն՝ անցեք «Ասթմոիդ շնչառության ժամանակ» բաժինը:</i></p>	<p>Եթե երեխան.</p> <p>2-12 ամսական է</p> <p>12 ամսականից մինչև 5 տարեկան է</p>	<p>Հաճախացած շնչառություն</p> <p>50 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում</p> <p>40 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում</p>	<p>Հաճախացած շնչառություն:</p>	<p>ԹՈՔԱԲՈՐԲ</p> <ul style="list-style-type: none"> Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոց 5 օր: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազը: 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)
				<p>Թոքաբորբի կամ ծայրահեղ ծանր հիվանդության ախտանշաններ չկան:</p>	<p>ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԶՎԱ, ՀԱՋ ԿԱՄ ՄՐՍԱ-ԾՈՒԹՅՈՒՆ</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ԵՐԵՒԱՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ, ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ԴՐՈՒՄԵՆՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ

<p>Ասթնոիդ շնչառության ժամանակ.</p>	<p>Դասակարգեք ԱՍԹՆՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆը</p>		<p>Վտանգի ցանկացած նշան: Կամ Կրծքավանդակի ներքաշում: Կամ Ստրիդոր հանգիստ վիճակում:</p>	<p>ԾԱՆՐ ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԿԱՍ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ, ԱՍԹՆՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<p>Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: Տվեք արագ ազդող բրոնխոլայնիչ դեղամիջոց: ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:</p>
<p>Եթե կա ասթնոիդ շնչառություն և կան վտանգի ընդհանուր նշաններ.</p>	<p>Եթե երեխան</p>	<p>Հաճախացած շնչառություն</p>	<p>Չկան վտանգի նշաններ: Հաճախացած շնչառությունը պահպանվում է բրոնխոլայնիչը օգտագործելուց հետո (կարելի է տալ մինչև 3 ցիկլ):</p>	<p>ԹՈՔԱԲՈՐԲ, ԱՍԹՆՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<p>Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոց ինչպես ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ ժամանակ:</p> <p>Տվեք սալբուտամոլ՝ 5 օր: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազը:</p> <p>Եթե ասթնոիդ շնչառությունը նկատվել է նաև ներկա հիվանդությունից առաջ՝ ուղարկեք հետազոտման:</p> <p>Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ:</p> <p>Հաջորդ այցը 1օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):</p>
<p>Եթե երեխայի մոտ կա ասթնոիդ շնչառություն և չկան վտանգի ընդհանուր նշաններ.</p>	<p>12 ամսականից մինչև 5 տարեկան է</p>	<p>40 և ավելի շնչառական ակտ մեկ րոպեում</p>	<p>Չկան վտանգի նշաններ: Բրոնխոլայնիչը օգտագործելուց հետո չկա հաճախացած շնչառություն:</p> <p>Ասթնոիդ շնչառություն (բրոնխոլայնիչ դեղամիջոց օգտագործելուց առաջ կամ հետո):</p>	<p>ԹՈՔԱԲՈՐԲ ԶՎԱ, ԱՍԹՆՈՒԴ ՇՆՉԱՌՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<p>Տվեք սալբուտամոլ՝ 5 օր: Անվտանգ միջոցներով փափկեցրեք կոկորդը և թեթևացրեք հազը:</p> <p>Եթե ասթնոիդ շնչառությունը նկատվել է նաև ներկա հիվանդությունից առաջ կամ հազը տևում է 30 օրից ավելի՝ ուղարկեք հետազոտման:</p> <p>Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ:</p> <p>Հաջորդ այցը 2 օր հետո:</p>
<ul style="list-style-type: none"> բուժեք արագ ազդող բրոնխոլայնիչ դեղամիջոցով մինչև 3 ցիկլ. կրկնակի անգամ գնահատեք շնչառության հաճախականությունը 30 րոպե անց՝ արագ ազդող բրոնխոլայնիչ դեղամիջոցը օգտագործելուց հետո: 					

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՄՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ԴԻՎԱՆԴ ԵՐԵՒԱՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ, ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ԴՐՈՒՄԵՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱԴԱՏԱՍԽԱՆ ԵՐԵՒԱՅԻ ՄՈՒՆ ԿԱ ԱՐՈՂՈՒՄՈՒՅՈՒՆ (ՂԽԱՐԵԱ):

<p>ԵԹԵ ՀԱՐՑՐԵՔ.</p> <ul style="list-style-type: none"> Որքան ժամանակ է: Կա արդյո՞ք արյուն կղանքում: 	<p>Ձևներ եւ ՈՐՈՇԵՔ.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ձևներ երեխայի ընդհանուր վիճակը: Արդյո՞ք երեխան՝ <ul style="list-style-type: none"> լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում է. անհանգիստ է, հիվանդագին գրգռված: Արդյո՞ք աչքերը ներընկած են: Երեխային առաջարկեք որևէ հեղուկ: Ինչպե՞ս է երեխան խմում. <ul style="list-style-type: none"> չի կարողանում խմել կամ դժվարությամբ է խմում, ազահությամբ է խմում, ծարավ է: Ստուգեք մաշկային ծալքի ռեա կցիան փորի վրա : Մաշկի ծալքը հարթվում է՝ <ul style="list-style-type: none"> շատ դանդաղ (2 վայրկյանից ավել), դանդաղ: 	<p>ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆԸ</p>	<p>Հետևյալ նշաններից երկուսը.</p> <ul style="list-style-type: none"> լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակում է, աչքերը ներընկած են, չի կարողանում խմել կամ խմում է դժվարությամբ, մաշկի ծալքը հարթվում է շատ դանդաղ: 	<p>ԾԱՆՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ</p>	<p>ՇՏԱՊ ուղեգրեք հիվանդանոց: ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կուներով տա ՕՌԱ լուծույթ: Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը: Եթե հնարավորություն չկա երեխային շտապ ուղեգրել հիվանդանոց՝ գործեք ըստ Գ պլանի:</p>
		<p>ԸՍՏ ՋՐԱԶՐԿՄԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻ</p>	<p>Հետևյալ նշաններից երկուսը.</p> <ul style="list-style-type: none"> անհանգիստ է և հիվանդագին գրգռված, աչքերը ներընկած են, խմում է ազահությամբ՝ ծարավ է, մաշկի ծալքը հարթվում է դանդաղ: 	<p>ՉԱՓԱՎՈՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ</p>	<p>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 կուներով 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:</p>
		<p>ԸՍՏ ՏԵՎՈՂՈՒԹՅԱՆ (Եթե փորլուծությունը շարունակվում է 7 օր և ավելի)</p>	<p>Նշանները բավարար չեն որպես ՉԱՓԱՎՈՐ կամ ԾԱՆՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ դասակարգելու համար</p>	<p>ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ ՉՎԱ</p>	<p>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:</p>
		<p>ԸՍՏ ԱՐՅԱՆ ԱՐԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ԿՂԱՆՔՈՒՄ</p>	<p>Ջրազրկում կա</p>	<p>ԾԱՆՐ ՉԳՉԳՎՈՂ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<p>Եթե երեխայի մոտ չկա այլ ծանր հիվանդություն, մինչ հիվանդանոց ուղարկելը բուժեք ջրազրկումը: Ուղարկեք հիվանդանոց:</p>
		<p>Ջրազրկում չկա</p>	<p>Ջրազրկում չկա</p>	<p>ՉԳՉԳՎՈՂ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<p>Բացատրեք մորը՝ ինչպես կերակրել ՉԳՉԳՎՈՂ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅԱՆ հիվանդ երեխային: Տվեք ցինկ պարունակող պոլիվիտամինների և հանքանյութերի պատրաստուկ՝ 14 օր: Հաջորդ այցը 2 օր հետո:</p>
		<p>Կղանքի մեջ կա արյուն</p>	<p>Կղանքի մեջ կա արյուն</p>	<p>ՀԵՄՈՎՈՒՄ</p>	<p>Բուժեք տվյալ տեղանքում շիգելոզի դեպքում խորհուրդ տրվող օրալ հակաբակտերիալ դեղամիջոցով՝ 5 օր: Տվեք ցինկի պրեպարատ բերանացի: Հաջորդ այցը՝ 1օր հետո (մինչև 1 տարեկան երեխայի համար) կամ 2 օր հետո (եթե երեխան 1 տարեկանից մեծ է):</p>

Կա՞ արդյոք երեխայի մոտ տենդ (բարձր ջերմություն): (Անամենեզում նշում է ջերմություն կամ շոշափելիս երեխան շատ տաք է, կամ ջերմությունը 37,5°C կամ ավելի բարձր է)					
<p>ԵՅԵ ԱՅՈՒ, ՀԱՐՑՐԵՔ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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: 	<p>ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ.</p> <p>Ձննեք և շոշափեք ծոծրակային մկանները՝ որոշելու համար կարկանդանքային առկայությունը:</p> <p>Ձննեք՝ կա՞ն արդյոք կարմրուկի նշաններ. տարածում ցան և <i>հետևյալ նշաններից որևէ մեկը</i>. հարբուխ, հազ կամ աչքերի կարմրություն:</p>	<p>Դասակարգեք ՏԵՆԴԸ</p>	<p>Վտանգի ցանկացած նշան: Կամ Ծոծրակային մկանների կարկանդանքային:</p>	<p>ԾԱՅՐԱՎԵՂ ԾԱՆՐ ԶԵՔՐԻԼ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<p>Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: Տվեք պարացետամոլի մեկ դեղաչափի ամբուլատոր պայմաններում՝ եթե ջերմությունը բարձր է 38,5°C և ավելի: ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:</p>
			<p>Դասակարգումը՝ ԹՈՔԱԲՈՐԲ, ՀԵՍՈԿՈԼԻՏ, ԱՏՐԵՊՏՈԿՈԿԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏ, ԱՎԱՆՋԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԵԿՏԻԱ կամ տենդի այլ բացահայտ պատճառներ:</p>	<p>ՀՆԱՐԱՎՈՐ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՏԻԱ</p>	<p>Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոց: Տվեք պարացետամոլ եթե ջերմությունը բարձր է՝ 38,5°C և ավելի: 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):</p>
			<p>Տենդ 5 օր և ավելի:</p>	<p>ԶԳԶՎՈՂ ՏԵՆԴ</p>	<p>Տվեք պարացետամոլի մեկ դեղաչափի ամբուլատոր պայմաններում, եթե ջերմությունը բարձր է՝ 38,5°C և ավելի:</p>
<p>Եթե երեխայի մոտ կարմրուկ է կամ նա հիվանդացել է կարմրուկով վերջին 3 ամիսների ընթացքում:</p>	<p>Ձննեք, կա արդյոք եղջերաթաղանթի պոտորություն:</p> <p>Ձննեք՝ կա՞ն արդյոք խոցեր բերանի խոռոչում:</p> <p>Ձննեք՝ կա՞ արդյոք թարխային արտադրություն աչքից:</p> <p>Ձննեք՝ կա՞ն արդյոք կարմրուկի այլ բարդություններ:</p>	<p>Դասակարգեք ԿԱՐՄՐՈՒԿԸ</p>	<p>Վտանգի ցանկացած նշան: Կամ Եղջերաթաղանթի պոտորություն: Կամ Բերանի խոռոչի խոր և տարածում խոցեր:</p>	<p>ԾԱՆՐ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԿԱՐՄՐՈՒԿ</p>	<p>Ուղարկեք հետազոտման: Եթե կան եղջերաթաղանթի պոտորություն կամ թարխային արտադրություն աչքից, օգտագործեք տետրացիկլինի աչքի քսուրը: ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:</p>
			<p>Կա աչքից թարխային արտադրություն: Կամ Բերանի խոռոչում կան խոցեր: Կամ Կան կարմրուկի այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են թոքաբորբը, օտիտը, ստրիդորը, սնուցման խանգարումները:</p>	<p>ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԿԱՐՄՐՈՒԿ</p>	<p>Բուժեք աչքի ինֆեկցիան տետրացիկլինի քսուրով: 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):</p>
			<p>Եթե երեխայի մոտ կարմրուկ է կամ նա հիվանդացել է կարմրուկով վերջին 3 ամիսների ընթացքում</p>	<p>ԿԱՐՄՐՈՒԿ ԿԱՍ ՀԵՏԿԱՐՄՐՈՒԿԱՅԻՆ ՎԻՃԱԿ</p>	<p>Տվեք պոլիվիտամին: Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ:</p>

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ 2 ԱՍՍԱԿԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ 5 ՏԱՐԵԿԱՆ ԴԻՎԱՆԴ ԵՐԵՒԱՅԻՆ

ԳՆԱՀԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈՒՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ, ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ՊՐՈԲԼԵՄՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ:

ՀԱՐՑՐԵՔ.	ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ.			ԸՄՊԱՆԻ ԱԲՍՑԵՍ	ՏՎԵՔ ԽԱՄԱԿԱՏԱՍԽԱՆ ԽԱԿԱՔԱԿՈՒՄԵՐԻՎԱԿ ԴՆԵՂԱՄԻՋՈՑԻ ԱՌԱՋԻՆ ԴՆԵՂԱՀԱՎԻՐ: ՑՎԵՔԻ ԴՆԵՔՐՈՒՄ ԵՎ ԿԱՐԱԳՎԵՏԱՄՈՂԻ ԱՌԱՋԻՆ ԴՆԵՂԱՀԱՎԻՐ: ԱՆՀԱՊԱՂ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ԻՎԿԱՆՊԱՆՈՑ:
Կա՞ արդյոք կոկորդի ցավ: Չի կարող խմել:	Ձննք և գնահատեք, կա՞ արդյոք նշիկների վրա սպիտակ փառ: Շոշափեք, մեծացա՞ծ են արդյոք առաջնային պարանոցային ավշային հանգույցները:	Դասակարգեք ԿՈԿՈՐԴԻ ԽՆԴԻՐԸ	Չի կարող խմել:		
			Նշիկները պատված են սպիտակ փառով: ԵՎ Մեծացած առաջնային պարանոցային ավշային հանգույցներ:	ԱՏՐԵՊՏՈ-ԿՈԿԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏ	Կատարեք բենզատին-պենիցիլինի 1 ներարկում, կամ տվեք ամոքսացիլին 10 օր: Ցավերի կամ տենդի դեպքում տվեք պարացետամոլ: Անվտանգ միջոցներով փափկեք 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 նշված նշաններից մեկը կամ ոչ մեկը	ՈՉ ԱՏՐԵՊՏՈ-ԿՈԿԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏ	Ցավերի կամ տենդի դեպքում տվեք պարացետամոլ: Անվտանգ միջոցներով փափկեք 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. Կա՞ արդյոք ականջի ցավ: Կա՞ արդյոք ականջից արտադրություն: Եթե այո, ապա ինչքա՞ն ժամանակ է:	ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ. Ձննք, կա՞ արդյոք ականջից քարախային արտադրություն: Շոշափեք, կա՞ արդյոք ականջի հետևում ցավոտ ուռածություն:	Դասակարգեք ԱՎԱՆՋԻ ՊՐՈԲԼԵՄԸ	Ցավոտ ուռածություն ականջի ետևում	ԱՍԱՏՈՒԴԻՏ	ՏՎԵՔ ԽԱՄԱԿԱՏԱՍԽԱՆ ԽԱԿԱՔԱԿՈՒՄԵՐԻՎԱԿ ԴՆԵՂԱՄԻՋՈՑԻ ԱՌԱՋԻՆ ԴՆԵՂԱՀԱՎԻՐ: ՑՎԵՔԻ ԴՆԵՔՐՈՒՄ ԵՎ ԿԱՐԱԳՎԵՏԱՄՈՂԻ ԱՌԱՋԻՆ ԴՆԵՂԱՀԱՎԻՐ: ԱՆՀԱՊԱՂ ՈՒՂԱՐԿԵՔ ԻՎԿԱՆՊԱՆՈՑ:
			Ականջից առկա է քարախային արտադրություն 14 օրից ոչ ավել տևողությամբ: Կամ Ականջի ցավ:	ԱՎԱՆՋԻ ԻՆՖԵԿՑԻԱ	ՏՎԵՔ ԽԱՄԱԿԱՏԱՍԽԱՆ ԽԱԿԱՔԱԿՈՒՄԵՐԻՎԱԿ ԴՆԵՂԱՄԻՋՈՑ 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 քարախային արտադրություն 14 և ավելի օր տևողությամբ:	ԱՎԱՆՋԻ ԽՐՈՆԻԿ 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 ՉՎԱ	Բուժման կարիք չկա:

ԱՅՆՈՒՐԵՏԵՎ ԱՏՈՒԳԵՔ՝ ԿԱ՞ ԱՐԴՅՈՔ ՄՆՈՒՑՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ ԿԱՍ ԱՆԵՄԻԱ

ԳՆԱԴԱՏԵՔ

ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ

ՈՐՈՇԵՔ ԲՈՒԺՈՒՄԸ

ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՂՅՈՒՄԱԿԻ ԲՈԼՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ՝ ԵՐԵՒԱՅԻ ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ԽՆԴԻՐՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆ

<p>ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ.</p> <p>Ձննեք, արդյոք կա՞ն ծանր հյուժվածության ակնհայտ նշաններ:</p> <p>Ձննեք, արդյոք կա՞ն փերի գունատություն: Եթե կա, ապա ի՞նչ աստիճանի.</p> <ul style="list-style-type: none"> արտահայտված չափավոր <p>Ձննեք, արդյոք կա՞ն զույգ ոտնաթաթերի այտուց:</p> <p>Որոշեք քաշի համապատասխանությունը տարիքին:</p>	<p>Դասակարգեք ՄՆՈՒՑՄԱՆ ՎԻՃԱԿԸ</p>	<p>Ակնհայտ խիստ հյուժվածություն: Կամ Ափերի արտահայտված գունատություն: Կամ Զույգ ոտնաթաթերի այտուց:</p>	<p>ՄՆՈՒՑՄԱՆ ԾԱՆՐ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄ ԿԱՍ ԾԱՆՐ ԱՆԵՄԻԱ</p>	<p>ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք հիվանդանոց:</p>
		<p>Ափերի չափավոր գունատություն: Կամ Տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ:</p>	<p>ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ</p>	<p>Գնահատեք երեխայի սնուցումը և խորհուրդ տվեք մորը սնուցման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՈՒՐԴ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ՄՆՈՒՑՈՒՄ» բաժնի.</p> <ul style="list-style-type: none"> Եթե կան կերակրման հետ կապված բարդություններ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: <p>Անեմիայի դեպքում.</p> <ul style="list-style-type: none"> որոշեք հենոգլոբինի 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: <p>Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ: Անեմիայի դեպքում հաջորդ այցը 14 օր հետո: Եթե քաշը տարիքի համեմատ ցածր է, հաջորդ այցը 14 օր հետո:</p>
		<p>Չկա տարիքին անհամապատասխան ցածր քաշ և չկան սնուցման խանգարման կամ այլ նշաններ:</p>	<p>ԱՆԵՄԻԱ ԿԱՍ ՑԱԾՐ ՔԱՇ ՉԿԱ</p>	<p>Եթե երեխան փոքր է երկու տարեկանից, կատարեք նրա կերակրման գնահատում և խորհուրդներ տվեք մորը կերակրման հարցերի վերաբերյալ՝ համաձայն «ԽՈՐՀՈՒՐԴՆԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ» սխեմայի «ԿԵՐԱԿՐՈՒՄ» հատվածի.</p> <ul style="list-style-type: none"> Եթե կան կերակրման հետ կապված խնդիրներ, հաջորդ այցը պետք է կայանա 5 օր հետո: <p>Բացատրեք մորը, երբ է պետք անհապաղ վերադառնալ:</p>

ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ ԵՐԵՒԱՅԻ ԴԱՏՎԱՍՏՈՒՄԸ ԿԱՏԱՐԵՔ ԻՄՈՒՆԻԶԱՑԻԱՅԻ ԱԶԳԱՅԻՆ ԾՐԱԳՐԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆ:

Ծնվելուց հետո 24 ժամվա ընթացքում	ՎՅԲ - 1
Ծնվելուց հետո 24-48 ժամվա ընթացքում	ԲՑԺ
1,5 ամսական (6 շաբաթ.)	ԱԿԴՓ/ՅԻԲ/ՎՅԲ-1 + ՕՊՎ 1
2,5 ամսական (10 շաբաթ.)	ԱԿԴՓ/ՅԻԲ/ՎՅԲ-2 + ՕՊՎ 2
3,5 ամսական (14 շաբաթ.)	ԱԿԴՓ/ՅԻԲ/ՎՅԲ-3 + ՕՊՎ 3
12 ամսական	ԿԿԽ - 1
18 ամսական	ԱԿԴՓ 4 + ՕՊՎ 4

ԱՅՆՈՒՐԵՏԵՎ ԱՏՈՒԳԵՔ՝ ԱՐԴՅՈՔ ԵՐԵՒԱՆ ԱՏԱՑԵԼ 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 ԳՆԱԴԱՏՈՒՄ

**ԲՈՒԺՔԵ ԵՐԵՒԱՅԻՆ
ՓՈՒԼ ԱՌ ՓՈՒԼ ԿԱՏԱՐԵՔ «ՎՆԱԴԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ» ՍԽԵՄԱՅՈՒՄ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ ԲՈՒԺՄԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ**

ՍՈՎՈՐԵՑՐԵՔ ՄՈՐԸ ՏԱԼ ՕՐԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐ ՏՆԱՅԻՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐՈՒՄ

Չետևեք տնային պայմաններում տրվող բոլոր օրալ դեղամիջոցների ցուցումներին:

Չետևեք նաև 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:

Չետևեք, թե ինչպես է մայրը չափում դեղամիջոցի անհրաժեշտ դեղաչափը:

Խնդրեք, որ մայրը դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը տա երեխային Չեր ներկայությամբ:

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, մուլմիսկ եթե նրա վիճակն արդեն բարելավվել է:

Հրաժեշտ տալուց առաջ ստուգեք, թե ինչպես է մայրը հասկացել ձեր տված ցուցումներին:

Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցը ԹՈՔԱԲՈՐԲԻ, ՄԱՍՏՈՒԴԻՏԻ, ԱԿԱՆՋԻ ՍՈՒՐ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԿԱՄ ՇԱՅՐԱՅԵՂ ՇԱՆՐ ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՈՒՄ.			
	ԱՌԱՋԻՆ ՇԱՐՔԻ ՀԱԿԱՐԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ		ԵՐԿՐՈՐԴ ՇԱՐՔԻ ՀԱԿԱՐԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ
	ԱՍՈՔՍԱՑԻԼԻՆ 80-90մգ/կգ/օրական Տվեք օրական 3 անգամ 5 օր		ԱՁԻՏՐՈՍԻՑԻՆ 10մգ/կգ/օրական Տվեք օրական 1 անգամ 3 օր
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՄ ՔԱՇԸ	ՀԱՐԵՐ 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
ՉԵՍՈՎՈՒՄ ԴԵՊՈՒՄ. 5 օր շարունակ տվեք տվյալ տեղանքի համար խորհուրդ տրվող հակաբակտերիալ դեղամիջոցը. ԱՌԱՋԻՆ ՇԱՐՔԻ ՀԱԿԱՐԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ - ՆԱԼԻԴԻՔՍԱԹՈՒ ԵՐԿՐՈՐԴ ՇԱՐՔԻ ՀԱԿԱՐԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑ – ՑԻՊՐՈՖԼՈՔՍԱԿԻՆ			
	ՆԱԼԻԴԻՔՍԱԹՈՒ Տվեք օրական 4 անգամ 5 օր		ՑԻՊՐՈՖԼՈՔՍԱԿԻՆ Տվեք օրական 15մգ/կգ` օրը 2 անգամ երեք օր
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՄ ՔԱՇԸ	ՀԱՐԵՐ 250 մգ	ՀԱՐԵՐ 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	
ԽՈՒՆԵՐԱՅԻ ԴԵՊՈՒՄ. տվեք հակաբակտերիալ դեղամիջոցի` ՏԵՏՐԱՑԻԿԼԻՆ ԿԱՄ ԷՐԻԹՐՈՍԻՑԻՆԻ առաջին դեղաչափը			
	ՏԵՏՐԱՑԻԿԼԻՆ Տվեք օրական 4 անգամ 3 օր		ԷՐԻԹՐՈՍԻՑԻՆ Տվեք օրական 4 անգամ 3 օր
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՄ ՔԱՇԸ	ՀԱՐԵՐ 250 մգ	ՀԱՐԵՐ 250 մգ	
2 ամսականից մինչև 4 ամսական (4-6 կգ)		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 մինչև ասթմոիդ շնչառության դադարելը		
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ՕՐԱԼ ՍԱԼԲՈՒՏԱՄՈԼ Տվեք օրական 3 անգամ՝ 5 օր շարունակ	ԱԵՐՈՋՈԼԱՅԻՆ ՍԱԼԲՈՒՏԱՄՈԼ Տվեք օրական 3 անգամ
	ԳԱԲԵՐ 4 մգ	ԻՆԳԱԼՅԱՏՈՐ 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 երկաթի դեղամիջոցներ Տվեք օրական մեկ դեղաչափ՝ 14 օր շարունակ		
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ԳԱԲԵՐ, ԵՐԿԱԹ/ՖՈԼԱՏ Երկաթի սուլֆատ 200 մգ + Ֆոլատ 250 մկգ (60 մգ տարրական երկաթ)	ԵՐԿԱԹԻ ՕՇԱՐԱԿ Երկաթի ֆունարատ՝ 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 ասկորբինաթթու Երկաթի դեղամիջոցների հետ միասին՝ անեմիայի ժամանակ	
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ԱՍԿՈՐԲԻՆԱԹՅՈՒՆ ԳԱԲԵՐ 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 պարացետամոլ տենդի (ջերմությունը> 38.5°C) կամ ցավերի ժամանակ		
ՊԱՐԱՑԵՏԱՄՈԼ		
ՏԱՐԻՔԸ ԿԱՍ ՔԱՇԸ	ԳԱԲԵՐ (100 մգ)	ԳԱԲԵՐ (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

Տվեք մեբենդազոլ
Ամբուլատորիայում տվեք 500 մգ մեբենդազոլ միանվագ. եթե երեխան 2 տարեկան և ավելի է, եթե երեխան չի ստացել մեբենդազոլ վերջին 6 ամսվա ընթացքում:

Ականջի քրոնիկ ինֆեկցիայի ժամանակ նշանակեք ցիպրոֆլոքսացինի կաթիլներ
Նշանակեք ցիպրոֆլոքսացինի ականջի կաթիլներ՝ 2 կաթիլից օրը 3 անգամ, առնվազն 2 շաբաթ:

ՍՈՎՈՐԵՑՐԵՔ ՄՈՐԸ 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 կոկորդը փափկեցնող և հազը թեթևանցնող դեղամիջոցներով բուժումից):

Բացատրեք, թե ինչ հաճախակա՞նությամբ է անհրաժեշտ կատարել բուժումը տնային պայմաններում:

Եթե տնային պայմաններում բուժման համար դա կարևոր է, տվեք երեխայի մորը մի փոքրիկ սրվակով գենցիանվիոլետ (մեթիլեն 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 պատրույզով

Ականջը չորացրեք առնվազն երեք անգամ:
 Բինտից, մաքուր ծծող կտորից կամ փափուկ, բայց չպատռվող անձեռոցիկից պատրաստեք պատրույզ:
 Պատրույզը մտցրեք երեխայի ականջը:
 Համեք պատրույզը, հենց որ այն թրջվի:
 Վերցրեք մաքուր պատրույզ և նույնը կրկնեք այնքան՝ մինչև որ երեխայի ականջը չորանա:

Բերանի խոռոչի վերքերը բուժեք գենցիանվիոլետով (մեթիլեն 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 գազերի,
- գոլ կաթը սողայով, դոշաբով թեյը, ուրցով թեյը :

Վտանգավոր միջոցները, որոնցից խորհուրդ է տրվում խուսափել.

- դեղամիջոցներ, որոնք պարունակում են կոդեին, էֆեդրին և մեծ դեղաչափերով հակահիստամինային միջոցներ,
- բանկաներ:

ԲՈՒԺՔԸ ՆՈՐԱԾՆԻՆ ԵՎ ԽՈՐՀՈՒՐԴՆԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ

Տվեք համապատասխան հակաբակտերիալ դեղամիջոցը Տեղային բակտերիալ ինֆեկցիայի դեպքում.

Հակաբակտերիալ դեղամիջոց. **ԱՄՊԻՑԻԼԻՆ՝ մ/մ կամ ԱՄՈՔՍԻՑԻԼԻՆ՝ պեոթալ**

ՏԱՐԻՔԸ ՎԱՍ ՔԱՇԸ	ԱՄՈՔՍԻՑԻԼԻՆ Տվեք 5 օր՝ օրական 2 անգամ	
	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 «ԲՈՒԺՔԸ 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 ԻՐԱՎԱՆԱՑՆԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ 5 ՕՐ. ՕՐԸ 2 ԱՆԳԱՄ, ՀԵՏԵՎԵԼՈՎ ԱՏՈՐԵՎ ԲԵՐՎԱԾ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԻՆ.

- Լվացեք ձեռքերը:
- Տրի 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 ԻՐԱՎԱՆԱՑՆԻ 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 ԱՄՐՈՒԼԱՏՈՐԻԱՅՈՒՄ

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

ԸՆՊԱՆԻ ԱԲՍՑԵՍԻ Լ ԱՏՐԵՊՏՈԿՈՎԱՅԻՆ ՖԱՐԻՆԳԻՏԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

Մինչև 5 տարեկան երեխային՝ 600.000 միավոր:

Ներարկեք խորը միջմկանային:

Միջմկանային եղանակով տվեք հակաբակտերիալ դեղամիջոցը

ԱՅՆ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻՆ, ՈՐՈՆՑ ԱՆՀՐԱԺԵՇՏ Է ՇՏԱՊ ՏԵՂԱՓՈԽԵԼ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ ԵՎ ՈՎՔԵՐ ՉԵՆ ԿԱՐՈՂ ԸՆԴՈՒՆԵԼ ՕՐԱԼ ՀԱՎԱԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԴԵՂԱՄԻՋՈՑԸ.

Ներարկեք քլորամֆենիկոլի կամ ամպիցիլինի **և** գենտամիցինի առաջին դեղաչափը՝ միջմկանային և անհապաղ ուղարկեք հիվանդանոց:

ԵԹԵ ԵՐԵՒԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՑ ՈՒՂԱՐԿԵԼՈՒ ՀՆԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆ ՉԿԱ.

Շարունակեք քլորամֆենիկոլի ներարկումները 25մգ/կգ յուրաքանչյուր 8 ժամը մեկ՝ 5 օր շարունակ կամ ամպիցիլինի **և** 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	6 - 12 ամսական	12 ամսականից մինչև 2 տարեկան	2 տարեկան և ավելի բարձր
<p>Կերակրեք երեխային այնքան հաճախ, որքան երեխան ուզում է, գիշեր թե ցերեկ, 24 ժամվա ընթացքում առնվազն 8 անգամից ոչ պակաս:</p> <p>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):</p> <p><i>Կրծքի կաթի բավարարության հիմնական ցուցանիշը երեխայի քաշի կորագիծն է: Եթե նկատել եք աճի դանդաղում կամ կանգ, ապա</i></p> <p>4 ամսականից սկսեք երեխային տալ հավելյալ սնունդ ինչպես նշված է 6-12 ամսականի աղյուսակում:</p> <p>Բացառապես կրծքով կերակրումը միայն մայրական կաթով կերակրումն է, չտալ ո՛չ ջուր, ո՛չ հյութեր, ո՛չ ջրով բացված կովի կաթ կամ այլ հեղուկներ:</p>	<p>Կերակրեք երեխային կրծքով այնքան հաճախ, որքան երեխան ուզում է:</p> <p>Տվեք բավարար քանակությամբ սնունդ՝ բանջարեղենի այուրներ (դոմիկով, կարտոֆիլի այուրե գազարով, կաղամբով, լուլիով և մեկ թեյի գդալ կարագով կամ բուսական յուղով), թանձր բրնձի, հնդկաձավարի (āḍā=āḍā) 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 այլուրե: 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:</p> <p>Կերակրեք օրական 3 անգամ, եթե երեխան կերակրվում է կրծքով (կրծքով կերակրումից հետո): Կերակրեք օրական 5 անգամ, եթե երեխան չի կերակրվում կրծքով:</p>	<p>Կերակրեք երեխային կրծքով այնքան հաճախ, որքան երեխան ուզում է:</p> <p>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), տոլմա կամ պելմեններ, կարտոֆիլ՝ մսով, կարկանդակներ, կաթնային շիլաներ՝ հնդկաձավարի, բրնձի, վարսակի, մանրածավարի, ձու, հաց, հացաձեռք, մածուց, նարինե, կաթնաշոռ, մրգեր, թարմ հյութ, այուրե, կոմպոտ, հեղուկներ՝ եռացրած ջուր, կաթ:</p>	<p>Երեխային լիարժեք կերակրեք ընտանեկան սեղանից՝ օրական 3 անգամ:</p> <p>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), մածուց, նարինե, յոգուրթ, մսով կարկանդակ, հեղուկներ՝ եռացրած ջուր, հյութեր, կովի կաթ հաց, հացաձեռք:</p> <p>Յուրաքանչյուր կերակրմանը տվեք լիքը ափսեով կերակուր (առնվազն 250 գրամ): Սահմանափակեք քաղցրեղենը (կոնֆետներ, թխվածքաբլիթ, շոկոլադ) և քաղցրացրած գազով ըմպելիքները:</p> <p>Մի՛ տվեք երեխային մուգ թեյ:</p>

Խորհուրդներ ՏԵՎԱԿԱՆ ՓՈՐՈՒԾՈՒԹՅԱՄբ 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՝ նարինե, կեֆիրը, յոգուրթը, մածուցը ԿԱՄ
- փոխարինեք կաթի կեսը սննդարար նյութերով հարուստ կիսակոշտ սննդով, ինչպես, օրինակ՝ բանջարեղենային այուրե (կարտոֆիլ, գազար, դդում), բրնձով շիլան:

Ինչ վերաբերում է այլ տեսակի սննդին՝ ապա հետևեք երեխայի տարիքին համապատասխանող խորհուրդներին:

ԳՆԱՀԱՏԵՔ ԵՎ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ՄԵՎ ՇԱԲԱԹԱՎԱՆԻՑ ՄԻՆՉԵՎ ԵՐԿՈՒ ԱՄՍԱԿԱՆ ՏԱՐԻՔԻ ԴԻՎԱՆԴ ՆՈՐԱԾՆԻՆ

ՀԱՐՑԵՐ ՏՎԵՔ ՄՈՐԸ ԵՐԵՒԱՅԻ ՄՈՏ ԱՈՒԱՋԱՑԱԾ ԴՊՐՈՒԼԵՄՆԵՐԻ 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.

ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ՕԳՏԱԳՈՐԾԵՔ ԱՏՈՐԵՎ ԲԵՐՎԱԾ ԱՂՅՈՒՄԱԿՈՒՄ ԵՐԵՒԱՅԻ ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐԻՆ ՈՒ ԴՊՐՈՒԼԵՄՆԵՐԻՆ ՀԱՄԱՊԱՏԱՍԽԱՆՈՂ ԲՈՒՈՐ ԲԱԺԻՆՆԵՐԸ

ԲՈՒՈՐ ԴԻՎԱՆԴ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ԸՍՏ ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԿԱՄ ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ ԶՆՆԵՔ, ԼՍԵՔ, ՈՐՈՇԵՔ.		ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ	ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	ԲՈՒԺՈՒՄ
<ul style="list-style-type: none"> • Առկա են արդյո՞ք երեխայի մոտ սնուցման դժվարություններ • Եղել են արդյո՞ք երեխայի մոտ ցնցումներ: 	<ul style="list-style-type: none"> • Հաշվեք մեկ ռոպեում շնչառական ակտերի թիվը, եթե այն 60 և ավելի է, ապա նորից հաշվեք: • Փնտրեք կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշում: • Չափեք երեխայի ջերմությունը: • Ձններ 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: 	<p>Երեխան պետք է լինի համզիստ վիճակում</p>	<p>Հետևյալ ախտանշաններից որևէ մեկը՝</p> <ul style="list-style-type: none"> • Երեխան վատ է ուտում: <p>Կամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ցնցումներ: <p>Կամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Հաճախացած շնչառություն (60 շնչառական ակտ ռոպեում): <p>Կամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կրծքավանդակի արտահայտված ներքաշվածություն: <p>Կամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Բարձր ջերմություն (37.5°C և ավել, հավելիս երեխան տաք է): <p>Կամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Նորմայից ցածր ջերմություն (35.5°C ից ցածր, հավելիս երեխան սառն է): <p>Կամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Սովորականից ցածր շարժունություն: 	<p>ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Տվեք միջնկանային հակաբակտերիալ դեղամիջոցի առաջին դեղաչափը: • Պրոֆիլակտիկ կարգով բուժեք հիպոգլիկեմիան: • ԱՆՀԱՊԱՂ ուղարկեք երեխային հիվանդանոց: • Խորհուրդ տվեք մորը, թե ինչպես կարելի է երեխային տաքացնել հիվանդանոցի ճանապարհին:
			<ul style="list-style-type: none"> • Պորտի կարմրություն կամ պորտից թարախային արտադրություն: <p>Կամ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Մաշկի վրա թարախային բշտիկների առկայություն: 	<p>ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱ</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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:
			<p>Չկան ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ կամ ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱՅԻ նշաններ</p>	<p>ԾԱՅՐԱՀԵՂ ԾԱՆՐ ԴԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆ ԿԱՄ ՏԵՂԱՅԻՆ ԲԱԿՏԵՐԻԱԼ ԻՆՖԵԿՑԻԱ ԶԿԱ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Խորհուրդներ տվեք մորը տնային պայմաններում երեխայի խնամքի վերաբերյալ:

ԲՈՒՆՈՐ ՀԻՎԱՆԴ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳԵՔ ԸՍՏ ԴԵՂՆՈՒԿԻ ԱՌԿԱՅՈՒԹՅԱՆ

	ԱԽՏԱՆՇԱՆՆԵՐ	ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	ԲՈՒԺՈՒՄ	
<p>Եթե կա դեղնուկ նորածնի մոտ, ապա հարցրեք`</p> <ul style="list-style-type: none"> Ե՞րբ է այն հայտնվել: 	<ul style="list-style-type: none"> Փնտրեք դեղնուկի նշաններ (մաշկի կամ սկլերաների դեղնություն): Ձննեք, առկա է արդյո՞ք ափերի և ներբանների դեղնություն: 	<ul style="list-style-type: none"> Ցանկացած դեղնուկ նորածնի մոտ կյանքի առաջին 24 ժամվա ընթացքում: Կամ Առկա են ծանր դեղնուկի նշաններ` ափերի և ներբանների դեղնություն: 	<ul style="list-style-type: none"> Պրոֆիլակտիկ կարգով բուժեք հիպոգլիկեմիան: ԱՆՀԱՊԱԴՆ ուղարկեք երեխային հիվանդանոց: Խորհուրդ տվեք մորը, թե ինչպես կարելի է երեխային տաքացնել հիվանդանոցի ճանապարհին: 	
		<ul style="list-style-type: none"> Դեղնուկի նշանները (մաշկի կամ սկլերաների դեղնություն) նորածնի մոտ ի հայտ են եկել ծնվելուց 24 ժամ անց: Կամ Չկա ափերի և ներբանների դեղնություն: 	<p>ԴԵՂՆՈՒԿ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Խորհուրդներ տվեք մորը տնային պայմաններում նորածնի խնամքի վերաբերյալ: Խորհուրդ տվեք մորը անհապաղ վերադառնալ, եթե նորածնի մոտ հայտնվում է ափերի և ներբանների 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:
		<ul style="list-style-type: none"> Չկան դեղնուկի նշաններ: 	<p>ԴԵՂՆՈՒԿ ՉԿԱ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Խորհուրդներ տվեք մորը տնային պայմաններում նորածնի խնամքի վերաբերյալ:

ԱՅՆՈՒՂԵՏԵՎ ԶԱՐՑՐԵՔ.

Կա՞րդո՞ւք նորածնի մոտ փորլուծություն

		ԱՆՏԱՆՇԱՆՆԵՐ	ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	ԲՈՒԺՈՒՄ	
<p>ԵՁԵ ԶԱՐՑՐԵՔ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Որքա՞ն ժամանակ է, • Կղանքի մեջ արյուն նկատե՞լ եք: 	<p>ՁՆՆԵՔ ԵՎ ՈՐՈՇԵՔ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ձննեք երեխայի ընդհանուր վիճակը և որոշեք, <ul style="list-style-type: none"> - արդյո՞ք երեխան շարժվում է ինքնուրույն, - արդյո՞ք երեխան շարժվում է խթանելուց հետո, - արդյո՞ք երեխան բուլորովին չի շարժվում, - արդյո՞ք երեխան անհանգիստ է կամ հիվանդագին գրգռված: • Ուշադրություն դարձրեք, արդյո՞ք երեխայի աչքերը փոս ընկած են: • Ստուգեք փորիկի մաշկի ծալքի ռեակցիան՝ մաշկի ծալքը հարթվում է. <ul style="list-style-type: none"> - շատ դանդաղ (2 վայրկյանից ավել), - դանդաղ: 	<p>Դասակարգեք ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<p>Ստորև բերված ախտորոշիչ նշաններից երկուսը.</p> <ul style="list-style-type: none"> • երեխան շարժվում է խթանելուց հետո կամ չի շարժվում, • աչքերը փոս ընկած են, • մաշկի ծալքը հարթվում է շատ դանդաղ: 	<p>ԾԱՆՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՅԱՊԱՂ ուղարկել հիվանդանոց (պլան Գ): Ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կունեթով տա ՕՈԱ (օրալ ռեհիդրատացիոն աղերի) լուծույթ: Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը:
		<p>ըստ ՋՐԱԶՐԿՄԱՆ աստիճանի</p>	<p>Ստորև բերված ախտորոշիչ նշաններից երկուսը.</p> <ul style="list-style-type: none"> • երեխան անհանգիստ է և հիվանդագին գրգռված, • աչքերը փոս են ընկած, • մաշկի ծալքը հարթվում է դանդաղ: 	<p>ՉԱՓԱՎՈՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Չափավոր ջրազրկման դեպքում երեխային տվեք հեղուկներ և սնունդ (պլան Բ), • Խորհուրդներ տվեք մորը անհապաղ վերադառնալու վերաբերյալ: • Չաջորդ այցը 2 օր հետո: <p>ԿԱՄ Եթե երեխայի մոտ կա նաև ԱՅԼ ԾԱՆՐ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՅԱՊԱՂ ուղեգրել հիվանդանոց: Ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կունեթով տա ՕՈԱ լուծույթ, • Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը:
		<p>եթե փորլուծությունը շարունակվում է 7 օրից ավել</p>	<p>Վխտորոշիչ նշանները բավարար չեն որպես ՉԱՓԱՎՈՐ կամ ԾԱՆՐ ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ դասակարգելու համար:</p>	<p>ՋՐԱԶՐԿՈՒՄ ՉԿԱ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Երեխային տվեք հեղուկներ և սնունդ. բուժումը տնային պայմաններում (պլան Ա): • Խորհուրդներ տվեք մորը անհապաղ վերադառնալու վերաբերյալ: • Չաջորդ այցը 2 օր հետո:
		<p>եթե կղանքում կա արյուն</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Փորլուծությունը շարունակվում է 7 օր և ավելի: 	<p>ԾԱՆՐ ՉԳՉԳՎՈՂ ՓՈՐԼՈՒԾՈՒԹՅՈՒՆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՅԱՊԱՂ ուղեգրել հիվանդանոց: Ճանապարհին մայրը պետք է հաճախակի կունեթով տա ՕՈԱ լուծույթ: Խորհուրդ տվեք մորը շարունակել կրծքով կերակրումը:
	<ul style="list-style-type: none"> • Կղանքի մեջ արյան առկայություն: 	<p>ԴԵՍՈՎՈՒՏ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Երեխային անհրաժեշտ է ԱՆՅԱՊԱՂ ուղեգրել հիվանդանոց: 		

ԱՅՆՈՒՅԵՏԵՎ ԱՏՈՒԳԵՔ, ԿԱՆ ԱՐԴՅՈՔ ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ԿԱՄ ՑԱԾՐ ՔԱԸ

ՀԱՐՑՐԵՔ.	Ձևներ, Լսեք, Որոշեք.	ՆՇԱՆՆԵՐ	ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ	ԲՈՒԺՈՒՄ
<p>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: Ի՞նչի՞ց էք օգտվում երեխային կերակրելիս:</p>	<p>Դասակարգեք ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Կրծքին վատ է մոտեցված, <u>կլամ</u> Մոր կուրծքը արդյունավետ չի ծծում, <u>կլամ</u> 24 ժամվա ընթացքում կրծքով կերակրվում է ութ անգամից պակաս, <u>կլամ</u> Ստանում է նաև այլ սնունդ և հեղուկներ, <u>կլամ</u> Ունի ցածր քաշ իր տարիքի համեմատությամբ, <u>կլամ</u> Կաթնախտ (բերանի խոռոչում խոցերի կամ սպիտակ կետերի առկայություն): 	<p>ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽՆԴԻՐ ԿԱՄ ՑԱԾՐ ՔԱԸ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Եթե երեխան կրծքին լավ չի մոտեցված կամ վատ է ծծում. սովորեցրեք մորը, թե ինչպես պետք է երեխային ճիշտ մոտեցնել կրծքին: <ul style="list-style-type: none"> Եթե չէք կարողանում նորածնին անմիջապես ճիշտ մոտեցնել կրծքին, ապա սովորեցրեք մորը կթել կրծքի կաթը և կերակրել երեխային բաժակից: Եթե մայրը երեխային կուրծք է տալիս օրվա ընթացքում ութ անգամից պակաս, խորհուրդ տվեք ավելացնել կերակրումների հաճախականությունը: Խորհուրդ տվեք մորը երեխային կրծքով կերակրել այնքան, որքան երեխան ուզում է՝ գիշեր թե ցերեկ: Եթե նորածինը ստանում է նաև այլ լրացուցիչ սնունդ կամ հեղուկներ, խորհուրդ տվեք մորն ավելի շատ կերակրել կրծքով և նվազեցնել այլ կերակուրների ու հեղուկների քանակությունը, որոնք ամեն դեպքում անհրաժեշտ է երեխային տալ բաժակով: Եթե երեխան բուլորովին կրծքի կաթ չի ստանում՝ <ul style="list-style-type: none"> ուղարկեք մորը կոնսուլտացիայի կրծքով կերակրման և հնարավոր ռեյակտացիայի հարցերով, ցույց տվեք մորը, թե ինչպես է անհրաժեշտ պատրաստել կաթնային խառնուրդները և կերակրման համար օգտվել միայն բաժակից: Եթե երեխայի մոտ առկա են կաթնախտի նշաններ, սովորեցրեք մորը, թե ինչպես կարելի է բուժել կաթնախտը տնային պայմաններում: Խորհուրդներ տվեք մորը, թե ինչպես պետք է կերակրել և տաք պահել ցածր քաշով նորածնին: Ցուցումներ տվեք 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:
<p>ու՞նի կերակրման հետ կապված խնդիրներ, կերակրվում է օրական ութ անգամից պակաս, ստանում է այլ տեսակի հեղուկներ կամ սնունդ, կամ ունի ցածր քաշ իր տարիքի համեմատ, կաթնախտ և չկան այլ նշաններ նրան անհապաղ հիվանդանոցային բուժման ուղարկելու համար, գՆԱՅԱՏԵՔ ԿՐԾՔՈՎ ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ:</p> <ul style="list-style-type: none"> Վերջին մեկ ժամվա ընթացքում կերակրվե՞լ է արդյոք երեխան կրծքով: 	<p>Եթե երեխան չի կերակրվել վերջին մեկ ժամվա ընթացքում, խնդրեք, որպեսզի մայրը նրան մոտեցնի կրծքին: Հետևեք կերակրման արոցեսին շրջա թուպե: (Եթե երեխան արդեն կերակրվել է վերջին մեկ ժամվա ընթացքում, խնդրեք, որ մայրը սպասի և տեղյակ պահի ձեզ, երբ որ երեխան կրկին ուտել ուզի:)</p> <ul style="list-style-type: none"> Կարողանո՞ւմ է արդյոք նորածինը բռնել մոր կուրծքը: 	<p>Կրծքին ճիշտ է ամրակցված կրծքին ճիշտ է ամրակցված</p>	<p>ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՉԿԱՆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ցուցումներ տվեք մորը տնային պայմաններում նորածնի խնամքի վերաբերյալ: Գու՞լեք մորը՝ երեխային ճիշտ կերակրելու համար:
<p>Կրծքին մեկ ժամվա ընթացքում կերակրվե՞լ է արդյոք երեխան կրծքով:</p>	<p>Կրծքին մեկ ժամվա ընթացքում կերակրվե՞լ է արդյոք երեխան կրծքով:</p>	<p>Ցածր քաշի կամ սխալ կերակրման նշաններ չկան:</p>	<p>ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՀԵՏ ԿԱՊՎԱԾ ԽՆԴԻՐՆԵՐ ՉԿԱՆ</p>	<p>Ցուցումներ տվեք մորը տնային պայմաններում նորածնի խնամքի վերաբերյալ:</p>

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 ավերի 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. ԾՕՀ	Տեղ. բակտ. ինֆեկցիա	ԾՕՀ կան տեղ. բակտեր. ինֆ. չկա	Ծանր դեղմուկ	Դեղմուկ	Դեղմուկ չկա	Ծանր ջրազրկում	Չափավոր ջրազրկում	Ջրազրկ. չկա	Ծանր ձգձգ. լուծ	Հեմոկոլիտ	Կերակրման խնդիր. ցածր քաշ	Կերակրման 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 անուն	Ուր. վնասողի անուն	Ծննդյան տարեթիվ	Քաղաք	Վտանգի ընդհան. նշաններ	ԾՕԳ կամ ԾՕԲ	Թնքաբերում	Հազ կոծ կամ զոծ	ԾՕԳ, ապստիլ շնչառ.	Թրթռաբորբ, առթուր շնչ	Թրթռաբորբ չնչ, առթ. շնչ.	Ծանր ջրաբուխ	Չափախախտումներ	Գրգռվածություն	Ծանր ձգձգվող փուլում	Չճվող սուլ	Բենիկոլիտ	Ղվեկիլի Ծ. ծանր ֆեյբրիկ	Գնդաբորբ, իրոնոբ. բակտերիային, լինֆ	Զգձգվող տենդ	Տենդ	Ծանր. բարդաց. կարմրուկ	Բարդացած կարմրուկ	Կարմրուկ	Ընկալման արագաց	Սուր աղբյուր. ֆարինգիտ	Ոչ ստրեպտ. ֆարինգիտ	Մաստոիդիտ	Ավանջի տար ինֆեկցիա	Ավանջի քրոնիկ ինֆեկցիա	Ավանջի ինֆեկցիա չկա	Ծանր անմիա, սնուց. խան	Մենինգ. ցանր քաշ	Ամենիա ցանր քաշ չկա	Այլ խնդիրներ				
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																																							

ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ
2 ամսականից 5 տարեկան հիվանդ երեխաների վարման
ըստ ՄՀԻՎ ծրագրի

2 ամսականից 5 տարեկան հիվանդ երեխա	Վտանգի ընդհան. նշաններ	ԾՕՀ կամ ԾԹԲ	Թոքաբորբ	Հազ կամ նրսածություն	ԾՕՀ, ասթմիկ շնչառ.	Թոքաբորբ, ասթիկ շնչ.	Թոքաբորբ չկա, ասթ. շնչ.	Ծանր ջրազրկում	Չափավոր ջրազրկում	Ջրազրկում չկա	Ծանր ձգձգվող փորլուծ.	Չձգվող փորլուծություն	Հեմոկլիտ	Ծ. ծանր ֆեբրիլ հիվ.	Հնարավ. բակտերիային . ինֆ.	Չգձգվող տենդ	Տենդ	Ծանր. բարդաց. կարմրուկ	Բարդացած կարմրուկ	Կարմրուկ	Ընկալման 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	Ե Լ Բ						
	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								
	Հունվար																																						
Փետրվար																																							
Մարտ																																							
Ապրիլ																																							
Մայիս																																							
Հունիս																																							
Հուլիս																																							
Օգոստոս																																							
Սեպտեմբեր																																							
Հոկտեմբեր																																							
Նոյեմբեր																																							
Դեկտեմբեր																																							
ԸՆԴԱՄԵՆԸ																																							

ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆ
Մինչև 2 ամսական հիվանդ երեխաների վարձան
ըստ ՄՀԻՎ ծրագրի

Մինչև 2ամսական նորածին	Ծայրահեղ ծանր հիվ. ԾԾԴ	Տեղ. բակտ. ինֆեկցիա	ԾԾԴ կամ տեղ. բակտեր. ինֆ. չկա	Ծանր դեղմուկ	Դեղմուկ	Դեղմուկ չկա	Ծանր ջրագր կում	Չափա վոր ջրագր կում	Զրագրկ. 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																		

Հավելված 5. Համառոտ գործելակարգեր՝ առավել տարածված հիվանդությունների վարման կլինիկական ստանդարտներ³⁴

Երկաթապակասային սակավարյունության վարումը ճանկական տարիքում																																																												
Համառոտ գործելակարգ																																																												
Սակավարյունության ախտորոշման գործընթաց		Տիպիկ պատճառները եւ ռիսկի խմբերը				ԵՐՎԱԹՈՎ ԳԱՐՈՒՄՏ ՄՆՈՒՆԴ																																																						
						Կենդանական բնույթի		Բուսական բնույթի																																																				
<p>Սակավարյունության.</p> <ul style="list-style-type: none"> առկայության կասկածի ձևավորում (ռիսկի գործոնների կամ հավանական արտահայտումների հայտնաբերում) լաբորատոր հաստատում (հեմոգլոբինի/հեմատոկրիտի որոշում) երկաթապակասային բնույթի հաստատում կամ բացառում. <ul style="list-style-type: none"> ա. երկաթի պրեպարատով 1 ամսյա բուժման արդյունավետություն՝ հեմոգլոբինի ավելացում ≥ 10 գ/լ-ով, կամ բ. օրգանիզմում երկաթի պակասի լաբորատոր հաստատում ըստ ցուցումների՝ Երիթրոցիտային պրոտոպորֆիրինի, կամ շիճուկում ֆերիտինի խտության, կամ տրանսֆերինի հագեցվածության որոշում/ հնարավորություն չլինելու դեպքում ուղեգրում մասնագետի պատճառների բացահայտում 		<p>Երկաթի անբավարար ներմուծում (կամ ոչ ճիշտ սնուցում)</p> <ul style="list-style-type: none"> Երկաթով աղքատ սնունդ Կրծքի հասակում՝ կովի կաթով կերակրում, 1 տարեկանից հետո՝ կովի կաթի չարաշահում Աղետամոռային տրակտի ներծծման խանգարումներ <p>Երկաթի ցածր պաշարներ ծնվելիս</p> <ul style="list-style-type: none"> Անհասություն կամ ցածր քաշ ծնվելիս Ինունդոգիական (Rh և այլ) կոմֆլիկտներ Պերինատալ արյունահոսություններ <p>Երկաթի/արյան քրոնիկական կորուստ</p> <ul style="list-style-type: none"> Թաքնված աղետամոռային արյունահոսություններ (օր.՝ ալերգիա կովի կաթի նկատմամբ, խոցային հիվանդություն, պոլիպոզ, Մեկկեյյան դիվերտիկուլ, աղիների բորբոքային հիվանդություններ) Մետրոռագիա (դաշտաանային արյունահոսություն) 				<p style="text-align: center;">ԵՐՎԱԹՈՎ ԳԱՐՈՒՄՏ ՄՆՈՒՆԴ</p> <table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • լյարդ • կարմիր միս <ul style="list-style-type: none"> ○ տավար ○ ոչխար ○ խոզ </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • թռչնամիս • ձկներ • ծուլ </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • ծավարեղեն, • լոբազգիներ <ul style="list-style-type: none"> ○ կանաչ ոլոռ ○ սիսեռ ○ ոսպ </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • հնդկացորեն • մուգ կանաչ տերև <ul style="list-style-type: none"> ○ սպանախ ○ ավելուկ • կարտոֆիլ (կճեպը) • չորացրած միդոզ </td> </tr> </table>		<ul style="list-style-type: none"> • լյարդ • կարմիր միս <ul style="list-style-type: none"> ○ տավար ○ ոչխար ○ խոզ 	<ul style="list-style-type: none"> • թռչնամիս • ձկներ • ծուլ 	<ul style="list-style-type: none"> • ծավարեղեն, • լոբազգիներ <ul style="list-style-type: none"> ○ կանաչ ոլոռ ○ սիսեռ ○ ոսպ 	<ul style="list-style-type: none"> • հնդկացորեն • մուգ կանաչ տերև <ul style="list-style-type: none"> ○ սպանախ ○ ավելուկ • կարտոֆիլ (կճեպը) • չորացրած միդոզ 																																																	
						<ul style="list-style-type: none"> • լյարդ • կարմիր միս <ul style="list-style-type: none"> ○ տավար ○ ոչխար ○ խոզ 	<ul style="list-style-type: none"> • թռչնամիս • ձկներ • ծուլ 	<ul style="list-style-type: none"> • ծավարեղեն, • լոբազգիներ <ul style="list-style-type: none"> ○ կանաչ ոլոռ ○ սիսեռ ○ ոսպ 	<ul style="list-style-type: none"> • հնդկացորեն • մուգ կանաչ տերև <ul style="list-style-type: none"> ○ սպանախ ○ ավելուկ • կարտոֆիլ (կճեպը) • չորացրած միդոզ 																																																			
<p>Հեմոգլոբինի (Hb) եւ էրիթրոցիտների միջին ծավալի նորմայի ստորին սահմանները ըստ տարիքի</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Տարիք</th> <th colspan="2">Hb</th> <th rowspan="2">հեմատոկրիտ Ht</th> <th rowspan="2">Էր.միջին ծավալը (մկմ3)</th> </tr> <tr> <th>Միավոր</th> <th>գ/լ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ծնունդ</td> <td>81</td> <td>135</td> <td>42</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>1 շաբ.</td> <td>87</td> <td>145</td> <td>45</td> <td>95</td> </tr> <tr> <td>1 ամս.</td> <td>60</td> <td>100</td> <td>31</td> <td>85</td> </tr> <tr> <td>2 ամս.</td> <td>54</td> <td>90</td> <td>28</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>3 - 5 ամս.</td> <td>57</td> <td>95</td> <td>29</td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>6 – 24 ամս.</td> <td>63</td> <td>105</td> <td>33</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>2տ - 5տ</td> <td>69</td> <td>115</td> <td>34</td> <td>75</td> </tr> <tr> <td>6 տ – 11 տ</td> <td>69</td> <td>115</td> <td>35</td> <td>77</td> </tr> <tr> <td>12 տ –</td> <td>72</td> <td>120</td> <td>36</td> <td>78</td> </tr> <tr> <td>18 տ</td> <td>78</td> <td>13030</td> <td>37</td> <td>78</td> </tr> </tbody> </table>		Տարիք	Hb		հեմատոկրիտ Ht	Էր.միջին ծավալը (մկմ3)	Միավոր	գ/լ	Ծնունդ	81	135	42	98	1 շաբ.	87	145	45	95	1 ամս.	60	100	31	85	2 ամս.	54	90	28	77	3 - 5 ամս.	57	95	29	74	6 – 24 ամս.	63	105	33	70	2տ - 5տ	69	115	34	75	6 տ – 11 տ	69	115	35	77	12 տ –	72	120	36	78	18 տ	78	13030	37	78	<p>Սակավարյունության ստուգում. Հեմոգլոբինի որոշման ցուցումները</p> <p><i>1. Երկաթի պակասի կասկած</i> <i>Ըստ տարիքի (Առողջ երեխայի սկրինինգ)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 2-ից մինչև 12 ամսական (Ցամսական) • 12-ից մինչև 15 տարեկան՝ առողջության վերահսկման այցեր <p><i>Ըստ անամնեզի</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • անհասություն • քրոնիկ արյունահոսություն կամ ճճվակրություն • սխալ սնուցում/ դիետա <p><i>2. Սակավարյունության կասկած ըստ կլինիկայի</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • գունատություն (ափեր, աչքի ստորին շաղկապենի, եղունգների մահիճ) • թուլություն/հոգնածություն՝ անհայտ պատճառից 	
Տարիք	Hb		հեմատոկրիտ Ht	Էր.միջին ծավալը (մկմ3)																																																								
	Միավոր	գ/լ																																																										
Ծնունդ	81	135	42	98																																																								
1 շաբ.	87	145	45	95																																																								
1 ամս.	60	100	31	85																																																								
2 ամս.	54	90	28	77																																																								
3 - 5 ամս.	57	95	29	74																																																								
6 – 24 ամս.	63	105	33	70																																																								
2տ - 5տ	69	115	34	75																																																								
6 տ – 11 տ	69	115	35	77																																																								
12 տ –	72	120	36	78																																																								
18 տ	78	13030	37	78																																																								
<p>Երկաթապակասային սակավարյունության վարման գործընթաց</p> <p>Բացահայտված պատճառի վերացում դիետային կարգավորում /ընտանիքի ուսուցում Բերանացի ընդունման երկաթի աղերի նշանակում Բուժման արդյունավետության հսկում</p>		<p>Երկաթի պրեպարատներով բուժման անարդյունավետության հավանական պատճառներն են.</p> <ul style="list-style-type: none"> • դեղը ժամանակին և կանոնավոր չտալը • նշանակված երկաթի աղի վատ ներծծումը, պայմանավորված. <ul style="list-style-type: none"> ա / անորակ դեղամիջոցի նշանակումով, կամ բ) աղիներում ներծծումը վատացնող գործոններով, այդ թվում. <ul style="list-style-type: none"> • ըմպելիք/սննդառեսակ (օր.՝ թեյ, կաթնամթերք) • դեղորայք (օր.՝ անտացիդներ, տետրացիկլին) • հիվանդություն (օր.՝ մալաբորբոքիա) • շարունակվող թաքնված արյունահոսությունը • սակավարյունության ոչ երկաթապակասային բնույթը 																																																										
<p>Վաղ տարիքում երկաթապակասային վիճակի կանխարգելման խորհրդատվություն/ հանձնարարականներ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Կրծքով սնուցում մինչև առնվազն 1 տարեկանը, արհեստական սնուցման դեպքում՝ միայն երկաթով հարստացված կաթնախառնուրդի օգտագործում • Մինչև 9 ամսականը կովի կաթի բացառում որպես ըմպելիք, իսկ մեկ տարեկանից հետո օրական չափաբաժինը՝ 500 մլ-ից ոչ ավել • 6 ամսականից հետո հավելյալ սնուցում՝ երկաթով հարուստ սննդատեսակներով 																																																												

³⁴ Հաստատված է ՀՀ ԱՆ 12.12.2008թ. N1841-Ա հրամանով:

Սուր վիրուսային վերին շնչառական վարակ` (ՍՎՎՇՎ)

Երեխաների մոտ հնարավոր են տարվա ընթացքում մինչև 5-8 անգամ:

Ախտանշանները. քթից արտադրություն, տենդ, հազ, կոկորդի ցավ, լարինգիտ, գրգռվածություն, ախորժակի իջեցում, քնի խանգարում, աչքերի կարմրություն կամ արցունքահոսություն

տարբերակիչ ախտորոշում

ձայնի փոփոխություն կոկորդի ուժեղ ցավ կլման խանգարում ստրիդոր առատ քթազատություն → Էպիգլոտիտ՝ անհետաձգելի ուղեգրում

ականջի ցավ, ականջից արտադրություն, լսողության, իջեցում, քմբկաթաղանթի արտափրություն, ականջի լիքը լինելու զգացում, գլխապտույտ → Սուր միջին օտիտ՝ տես համապատասխան ուղեցույցը

խորը հազ, խորխարտադրություն կրծքավանդակի ցավ (պլևրիտիկ), աուսկուլտատիվ՝ չոր և թաց խզզոցներ Մեղմ կամ արտահայտված շնչարգելություն կրծքավանդակի սեղմման զգացողություն → Թոքաբորբ/բրոնխիտ (տես համապատասխան ուղեցույցը) Միշտ ուշադիր լինել, եթե հիվանդն ունի ասթմա կամ այլ թոքային հիվանդություն

Ծնողի/խնամողի կրթում

Բացատրել, որ վիրուսային վարակի դեպքում հակաբիոտիկների նշանակումն անհնաստ է, բացատրել հակաբիոտիկների անտեղի նշանակման բարդությունները: Ծնողի հետ աշխատանքին պետք է բավականաչափ ժամանակ տրամադրել. բացատրել խնամքի առանձնահատկությունները, սովորեցնել ախտանշանային միջոցների կիրառությունը, զարգացնել ինքնուրույն ճիշտ որոշումներ կայացնելու ընդունակություն, բացատրել վտանգի նշանները և կրկնակի խորհրդատվության ցուցումները և ժամկետները: Բացատրել, որ հիվանդության բնական ընթացքը ենթադրում է որոշակի տևողություն:

Սենյակի օդափոխություն եւ օդի խոնավացում:
խոնավացումը գերադասելի է բնական միջոցներով՝ խոսափելով այրվածքների վտանգից:
Սնուցման, խնամքի խորհրդատվություն
Դեղուկների առատ ընդունում, գերադասելի են տաք ըմպելիքները, օր. հավի արգանակ, ուտելիքը հնարավորինս սննդաբար:
1 տարեկանից փոքր երեխաներին մեղրն արգելվում է՝ բոտուլիզմի վտանգից խոսափելու նպատակով:
Անկողնում գլխի դիրքը բարձր: Խոսափել ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից:
12տ բարձր երեխաներին ցուցված են կոկորդի փափկեցնող և ցավը մեղմացնող տեղային հալւեր:

Ախտանշանային բուժում

Քթից առատ արտադրություն, հազ
3 ամսականից փոքր երեխաների մոտ առատ քթային արտադրության դեպքում կարելի է քնից կամ կերակրումից առաջ փոքրիկ տանձիկով զգուշորեն արտածել, որից հետո տանձիկն անհրաժեշտ է տաք օճառաջրով լվանալ և թողնել չորանալու:
Վրդյունավետ միջոց է թույլ աղաջրով ողողումները և քթի մեջ կաթեցնելը: Լուծույթի պատրաստման եղանակը. 1/4 թեյի գդալ աղը լուծել 1 բաժակ տաք ջրի մեջ:

Դեղորայքային բուժում

Տենդի բուժումը՝ ըստ համապատասխան ուղեցույցի:
Մինչև 4 տարեկան երեխաներին հակացուցված են անոթասեղմիչ ազդեցությամբ դեկոնգեստանտ միջոցները: Վիտամին C կարելի է նշանակել, սակայն բարձր դոզաներն արդարացված չեն:
Հակաբիոտիկներն արդյունավետ են միայն բակտերիալ վարակների դեպքում:

Կանխարգելում

Չեռքերի հաճախակի լվանալը նվազեցնում է վարակի փոխանցման հավանականությունը:
Մանկապարտեզի հաճախումը բարձրացնում է ՍՎՎՇՎ, օտիտի, տոնզիլիտի, բրոնխիտի, բրոնխիոլիտի, թոքաբորբի հաճախությունը, ցուցվում է առնվազն մինչև 1 տարեկան երեխաներին չտանել մսուր/մանկապարտեզային հիմնարկություններ. այդ տարիքում երեխաներն ավելի ընկալունակ են ռեսպիրատոր սինցիտիալ վարակների համդեպ:
Խոսափել հյուրերի հրավիրելուց, երեխային գրկելուց առաջ ձեռքերն օճառով լվանալ:

Երկու ամսականից մինչև հինգ տարեկան երեխաների արտահիվանդանոցային թոքաբորբի ախտորոշումը և վարումը համառոտ գործելակարգ

Արտահիվանդանոցային թոքաբորբը` թոքային հյուսվածքի բորբոքային ինֆեկցիոն հիվանդություն է, որը նախկինում առողջ երեխան ձեռք է բերել հիվանդանոցային պայմաններից դուրս: Բուժսպասարկման առաջնային օղակի բժշկի գործելակերպը. ա) ախտորոշել թոքաբորբը, բ) գնահատել ռիսկը (հիվանդի ծանրության աստիճանը, հոսպիտալացման անհրաժեշտությունը), գ) նշանակել բուժումը, ե) սահմանել հետագա հսկողությունը:

Ախտորոշում

Անամնեզ. հագ, հազի տևողությունը, դժվարացած շնչառություն, սուր ռեսպիրատոր հիվանդության առկայություն, ջերմություն, ցնցումներ, կրծքավանդակի ցավ, որովայնի ցավ, շնչահեղձության դրվագ, մուկովիցիդոզ, իմունոդեֆիցիտ, ասթմա, չփուն տուբերկուլյոզով հիվանդի հետ, սոցիալական վիճակ և այլն: Կարևոր է ճշտել հեղուկների և սննդի ընդունումը, քանի որ վաղ տարիքի երեխաների շրջանում ուտելու և /կամ խմելու դժվարությունը կամ անկարողությունը` ծանր վիճակի նշան է, ինչը հոսպիտալացման ցուցում է:

Ջննում. Արտաքին տեսք, ընդհանուր վիճակ (գրգռվածություն, թուլություն, անսովոր քնկոտություն), ջերմություն, շնչառության հաճախականություն (հաշվարկել 1 րոպեի ընթացքում), կրծքավանդակի ներքաշումներ, կրծքավանդակի ստորին մասի ներքաշումներ, ցիանոզ, ռնգախաղ, ստրիդոր, սուլոլ (ասթմոիդ) շնչառություն, ատուկուլտացիա:

Թոքաբորբի բնորոշ նշանները (ըստ ԱԳԿ-ի)

- տախիպնե (2-11ամս ≥ 50 շնչ./րոպ, 12 ամս -5տ. ≥ 40 շնչ./րոպ)
- ջերմություն` 38,5 C-ից ավելի
- կրծքավանդակի ներքաշումներ
- աուսկուլտատիվ` մանր բշտիկավոր թաց խզզոցներ, կրեպիտացիա, բրոնխիալ շնչառություն, թուլացած շնչառություն

Լաբորատոր-գործիքային հետազոտություններ:

Ռենտգեն հետազոտությունը և արյան ընդհանուր քննությունը չբարդացած թոքաբորբի ախտորոշման համար պարտադիր հետազոտություններ չեն: Վերջիններս ցուցված են թոքաբորբի բարդությունների կասկածի և կամ հակաբակտերիալ բուժման անարդյունավետության դեպքում:

Թոքաբորբով հիվանդի հոսպիտալացման ցուցումներ

- տոքսիկ տեսք
- կենտրոնական ցիանոզ
- շնչառության դժվարություն` ապնոե, տնքոցով շնչառություն, կրծքավանդակի ստորին մասի ներքաշումներ, ռնգախաղ
- անզուսպ փսխում, դեհիդրատացիա
- ցնցումներ, լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակ
- ծոծրակային մկանների ռիգիդություն
- ուտելու և խմելու անկարողություն
- զուգակցող այլ ծանր հիվանդություն
- իմունոդեֆիցիտային վիճակ
- հակաբիոտիկներով բուժման անհաջողություն
- ընտանիքի անդամների կողմից անհամապատասխան հսկողություն

Հիվանդանոց տեղափոխելուց առաջ տալ հակաբիոտիկի առաջին դեղաչափը (եթե ճանապարհը 2-3 ժ-ից ավելի է տևում) և այլ անհրաժեշտ դեղամիջոցներ:

Թոքաբորբով հիվանդի ռենտգենաբանական հետազոտման հիմնական ցուցումները. ա/ թոքաբորբի բարդության կասկած (օր. պլևրալ էքսուդատի, էմփեմայի, թոքի արքցեսի, սեպտիցեմիայի, ինֆեկցիայի տարածման, օր. օստեոնիելիտի կամ սեպտիկ արթրիտի) բ/ բուժման նկատմամբ չկա դրական պատասխան կամ առկա են ատիպիկ* նշաններ գ/ լոբար թոքաբորբով կամ ձգծվող ախտանշաններով հիվանդի հետագա հսկողության համար (բուժումից հետո լավացած, առանց ախտանշանների երեխան կարիք չունի հսկողական ռենտգենաբանական քննության)

*Ատիպիկ բակտերիալ թոքաբորբերը պայմանավորված են հիմնականում Mycoplasma pneumoniae-ով կամ Chlamydia pneumoniae-ով (տենդ, միալգիա, գլխացավ, կոկորդի ցավ, աստիճանաբար զարգացող չոր հազ` մյուս ախտանշանների լավացման ֆոնի վրա):

Բուժում (տանը)

Թոքաբորբի բուժումը ենթարկվում է, հակաբիոտիկների ընտրությունը հիմնված է կլինիկական նշանների և ենթադրվող հարուցիչի (ըստ տարիքային խմբերի) վրա: Բուժման տևողությունը՝ 3-10 օր է, միջինում՝ 5-7 օր:



Մինչև 5 տարեկան չբարդացած բակտերիալ թոքաբորբով երեխաների բուժման **առաջին ընտրության դեղամիջոցն է՝ Amoxicillin 80-100 մգ/կգ/օրը**, 3 անգամ, per os (առավելագույնը 2–3 գ/օրը):



Այլընտրանքային դեղամիջոցներ (ալերգիայի*, բուժման անարդյունավետության կամ, եթե երեխան վերջերս է ստացել առաջին ընտրության դեղամիջոցը):

Amoxicillin-Clavulanate 80-100 մգ/կգ/օրը, 3 անգամ per os,
 Cefuroxime 30 մգ/կգ, օրը 2 անգամ per os,
 Ceftriaxone 50-75 մգ/կգ, միջմկանային, օրը 1 անգամ,
 Cefdinir 14 մգ/կգ, օրը 2 անգամ per os,
 Azithromycin 10 մգ/կգ օրը մեկ անգամ, առավ. 500 մգ առաջին օրը, իսկ հաջորդ 2–5 օրերին՝ 5 մգ/կգ/օրը, առավ. 250 մգ/օրը
 Clindamycin 30 – 40 մգ/կգ/օրը, 6 - 8 ժ մեկ, առավելագույնը 1–2 գ/օրը,
 Clarithromycin 15 մգ/կգ/օրը, 12 ժ մեկ, առավ. 1 գ/օրը:

Եթե վաղ տարիքի երեխան անկարող է հեղուկ ընդունել, կարելի է հակաբիոտիկի առաջին դեղաչափը տալ մ/մ կամ գ/ե, օրինակ՝ Penicillin կամ Ampicillin 50-100 մգ/կգ, Ceftriaxone 50 - 75 մգ/կգ, հետո շարունակել բուժումը օրալ հակաբիոտիկներով:

*Պենիցիլինի նկատմամբ անհապաղ տիպի ալերգիայի (անաֆիլաքսիա) դեպքում նշանակում են մակրոլիդներ, իսկ ոչ անհապաղ տիպի գերզգայունության դեպքում՝ ցեֆալոսպորիններ:

Հետագա հսկողություն

Թոքաբորբով հիվանդ երեխային պետք է վերագնահատել ախտորոշումից 24-48 ժամ հետո (մինչև 1 տարեկան երեխային՝ 24 ժամ հետո, բոլոր երեխաներին՝ 48 ժամ հետո):

24 ժամ հետո

- եթե առկա է որևէ վտանգի նշան (լեթարգիկ կամ անգիտակից վիճակ, ուտելու և/կամ խմելու անկարողություն, անզուսպ փսխումներ, ցնցումներ)՝ ուղեգրել հիվանդանոց
- եթե վիճակը նույնն է (ջերմությունը, շնչառության հաճախականությունը)՝ շարունակել բուժումը, բացատրել մորը վտանգի նշանները
- վիճակը բարելավվել է՝ շարունակել բուժումը և հսկել մինչև առողջացումը (այցելել տանը կամ հրավիրել բուժփիմնարկ)

48 ժամ հետո

- եթե առկա է որևէ վտանգի նշան՝ ուղեգրել հիվանդանոց
- եթե վիճակը նույնն է (ջերմությունը, շնչառության հաճախականությունը)՝ կատարել կրծքավանդակի ռենտգեն և արյան ընդհանուր քննություն: Ելնելով հետազոտության արդյունքներից՝ փոխել հակաբիոտիկը կամ ուղեգրել հիվանդանոց:
- վիճակը բարելավվել է՝ շարունակել բուժումը և հսկել մինչև առողջացումը (այցելել տանը կամ հրավիրել բուժփիմնարկ)

**Տոնզիլիտ և ֆարինգիտ երեխաների մոտ
Համառոտ գործելակարգ**

Երեխայի մոտ կոկորդի ցավ, կարմրություն, էքսուդատ/փառ, պարանոցային առաջային ավշահանգույցների մեծացում, ջերմության լարձրացում

Թիրախային խումբը
Երեխաներ տոնզիլիտի և ֆարինգիտի կասկածով

պարացետամոլ կամ իբուպրոֆեն ցավի և/ կամ բարձր ջերմության $t > 38,5$ C ժամանակ

Պատճառաճառումը
Ամենից հաճախ պատճառն աղեղնվիրուսն է:
3 տարեկանից ցածր երեխաներ մոտ ստրեպտոկոկային վարակը հազվադեպ է դիտվում:

անտիզենային արագ թեստ

Ախտանշանները
Տենդը, կոկորդի ցավը, կարմրությունը, նշիկների վրա էքսուդատի առկայությունը և պարանոցային առաջային ավշահանգույցների մեծացումը ստրեպտոկոկային ֆարինգիտի հիմնական նշաններն են: Դպրոցահասակ երեխաների 2/3-րդի մոտ ստրեպտոկոկային վարակի դեպքում էքսուդատ չի դիտվում:

հնարավոր չէ	դրական	բացասական
-------------	--------	-----------

նշանակել ցանքս և վարել ըստ ՄՀԻՎ ուղեցույցի	A խմբի ստրեպտոկոկային վարակ	վարել որպես վիրուսային վարակ կամ բուժել այլ վարակները
--	-----------------------------	---

Հիվանդությունը կարող է հարուցվել աղեղնվիրուսով կամ այլ վիրուսներով: Ռիսկիտով կամ հազով ընթացքի դեպքում վիրուսային ախտահարումն ավելի հավանական է: Մաշկային ցանով ուղեկցումն ավելի բնորոշ է աղեղնվիրուսային կամ այլ վիրուսներով վարակներին:
Կոկորդի կարող է ճառագայթել ականջների ցավը կամ հակառակը:
Ստրեպտոկոկային վարակի դեպքում կարող է որովայնի ցավ դիտվել:

հակաբակտերիալ բուժում՝ պենիցիլին V, 70 մգ/կգ/օրը (100,000 միավոր/կգ/օր) կամ միանվագ բենզատիպ ենիցիլին (բիցիլին-1) մինչև 5տ. 600000ՄՄ, 5տ-ից բարձր՝ 1200000ՄՄ կամ ցեֆալեքսին 50 մգ/կգ/օր, 2 դեղաչափով՝ 10օր.

Ախտորոշումը
այլ զանգատների պարզաբանում, ընդհանուր և ընթացի զննում, ջերմաչափում, մաշկային ցանի համար զննում, օթոսկոպիա:
- Ստրեպտոկոկային վարակը հիմնավորվում է կոկորդի արտազատուկների ցանքսով կամ արագ անտիզենային թեստի միջոցով:
Բացառել - թուրեչ, ինֆեկցիոն մոնոնուկլեոզ, դիֆթերիա

Բուժումը

Բուժումը կարելի է սկսել, հիմնվելով կլինիկական ախտանշանների վրա՝ ըստ ՄՀԻՎ ուղեցույցի, չսպասելով ցանքսի պատասխանին (պատասխանը տրվում է 4-5 օր հետո):
Ընդհանուր միջոցառումներ՝ ցավի կամ տենդի ժամանակ $t < 38,5^{\circ}\text{C}$ -ից բարձր՝ պարացետամոլ կամ իբուպրոֆեն:
Ստրեպտոկոկային վարակի դեպքում առաջին ընտրության դեղամիջոցն է պենիցիլին V, 70 մգ/կգ/օրը (100,000 միավոր/կգ/օր), կամ միանվագ բենզատիպ-պենիցիլին (բիցիլին-1) մինչև 5տ. 600000ՄՄ, 5տ-ից բարձր՝ 1200000ՄՄ, ցուցված է նաև ամօքսիցիլին 50-80մգ/կգ դեղաչափով, 10 օր, ցեֆալեքսին 50 մգ/կգ/օր, 2 դեղաչափով՝ 10օր:
Մանրէաբանական հետազոտության բացասական պատասխան ստանալուն պես հակաստրեպտոկոկային բուժումը կարելի է դադարեցնել:
Վարակի տարածման կանխարգելման նպատակով երեխան մեկուսացվում է այլ երեխաների հետ շփումից, առնվազն մինչև հակաբակտերիալ բուժման երկրորդ օրը: Մանկապարտեզից կամ դպրոցից բացակայության ընդհանուր տևողությունը որոշվում է հիվանդի ընդհանուր վիճակով:

Հիմնական բարդությունները.

Վաղ տեղային թարախային՝ բուժումը հիվանդանոցում
Հարըմպանային թարախակույտ կամ պարանոցի խորը փակեղային տարածության ինֆեկցիա

Ուշ՝ ոչ վարակական
Ռևմատիզմ
Սուր հետինֆեկցիոն գլոմերուլոնեֆրիտ

<p>«Ծանր ախտահարվածության» մասին են վկայում.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 տարվա ընթացքում - տարեկան 3 և ավելի դեպքեր, ՎԱՄ • 2 տարվա ընթացքում - տարեկան 5 և ավելի դեպքեր, ՎԱՄ • մեկ տարվա ընթացքում 7 և ավելի դեպքեր 	<p><i>Էպիզոդների կրկնության բարձր հաճախականությունը դասվում է հարաբերական ցուցումների շարքում:</i> <i>Տոնզիլէկտոմիայի ցուցում է զիջերային սպանեն:</i></p>
---	---

Երեխաների մոտ միջին ականջի սուր բորբոքում (սուր օտիտ) Համառոտ գործնականորեն			
Սուր օտիտի ախտորոշման չափորոշիչները հիվանդության հանկարծակի սկիզբ, միջին ականջում բորբոքային հեղուկի առկայություն, միջին ականջից արտադրություն և տեղային բորբոքային ախտանշանների առկայություն:			
Ախտանշանները՝ ընդհանուր		Ախտանշանները՝ տեղային	
մինչև 3 տարեկան երեխաների մոտ ավելի հաճախ ոչ սպեցիֆիկ ախտանշաններ՝ տենդ, անհանգստություն, ընդհանուր թուլություն, նրսածության ընդհանուր նշաններ, սննդի ընդունման/կրծքով կերակրման դժվարացում		ականջի ցավ, արտադրություն, օթոսկոպիկ՝ թմբկաթաղանթի պլոտորվածություն, արտափքում, հիպերեմիա, հնարավոր է թափածակում, ցերեզի դեղին օջախներ պնևմատիկ օթոսկոպիայով՝ թմբկաթաղանթի ներքաշում, շարժունակության նվազեցում, լուսային ռեֆլեքսի կրճատում	
Ռիսկի գնահատում			
Ցածր ռիսկ՝ գնահատվում է ընդհանուր առողջ երեխաների մոտ, ովքեր մանկապարտեզ չեն հաճախում և վերջին ամսվա ընթացքում ականջի բորբոքում չեն ունեցել:	Բարձր ռիսկի գնահատման չափանիշներ՝ գանգի անոմալիաներ, Դաունի համախտանիշ, գայլի երախի համախտանիշ, խոսքի զարգացման ուշացում		Շանր հիվանդություն օտիտի դեպքում գնահատման չափանիշները, չափավորից մինչև ականջի ուժեղ ցավ, գուգակցված վերջին 24 ժամվա ընթացքում 39° C և բարձր տենդով:
Տարբերակիչ ախտորոշում			
Ուղեղաբորբ ախտորոշվում է 3-5 օրվա հակաբիոտիկային բուժման ընթացքում չափավոր բորբոքային ախտանշանների (ցավ և տենդ) և թմբկաթաղանթի ետևում բարձր ճնշման մասին վկայող ախտանշանների առկայությամբ՝ արտափքման պահպանման դեպքում:		Չգծավոր (Persistent) օտիտ ախտորոշվում է հակաբիոտիկային բուժման կուրսից հետո 6 օրվա ընթացքում պահպանվող ախտանշանների դեպքում	
6-24 ամսական ցածր ռիսկով երեխաներին՝ ծանր հիվանդության բացառում, հսկողական վարում 48-72 ժամ, ախտանշանային բուժում:	Օտիտ արտադրությամբ՝ արտադրություն՝ առանց թմբկաթաղանթի ետևում ճնշման բարձրացման ախտանշանների (արտափքում): 40%-50% դեպքերում զանգատներ չեն նշում, ցուցված է հսկողական վարում, դեպքերի մեծ մասում ինքնաբերաբար անցնում է:	Կրկնվող օտիտի ռիսկի գործոններն են. <ul style="list-style-type: none"> • Վերին շնչուղիների հաճախակի կրկնվող վիրուսային վարակներ • Իմունոդեֆիցիտային վիճակներ • Գանգի դիմային հատվածի անոմալիաներ, Դաունի համախտանիշ • Կյանքի առաջին 6 ամիսների ընթացքում հիվանդության առաջին էպիզոդ • Կրկնվող օտիտների ընտանեկան անամնեզ • Մանկապարտեզի հաճախում/ վատ խնամք • Երեխայի ներկայությամբ ծխելը • Արհեստական սնուցում/ շշով կերակրում 	
Վարումը			
Երեխային հանգստացնող միջոցներից ցուցված են. <ul style="list-style-type: none"> • գրկին պահել, • ացետամինոֆեն կամ իբուպրոֆեն՝ տարիքին ու քաշին համապատասխան դեղաչափով, ականջին չոր տաք դնել, • զլխի բարձր դիրք պահպանել, • արտադրության դեպքում ականջը չորացնել պատրույգով՝ առնվազն օրը երեք անգամ 	Օտիտի կանխարգելման խորհրդատվություն. անհրաժեշտ է հնարավորինս վերացնել ռիսկի գործոնները. <ul style="list-style-type: none"> • խրախուսել կրծքով կերակրումը, • շշով կերակրելու դեպքում գլուխը բարձր դիրքում պահել, • պասիվ ծխելու գործոնի վերացում, • վերին շնչուղիների վարակից խուսափում, զարգամալու դեպքում՝ բուժում, • իմունոհզացիայի ժամանակացույցի պահպանում, • մինչ 10 ամսական հասակը խուսափել ծծակների կիրառումից 	Հակաբիոտիկային բուժում Առաջին շաբթի հակաբակտերիալ դեղամիջոց է Ամօքսիցիլինը՝ 80 մգ/կգ դեղաչափով, ցածր ռիսկի դեպքում՝ 40 մգ/կգ: Որպես այլընտրանքային հակաբիոտիկներ ցուցված են. <ul style="list-style-type: none"> • ամօքսիցիլին/կլավուլանատ, բարձր դեղաչափով- 90մգ/կգ ըստ ամօքսիցիլինի • ցեֆուռոքսիմ արքեստին, ցեֆիքսիմ, ցեֆտրիաքսոն մատրիում, ծնողների կողմից ցուցումների հստակ կատարման վերաբերյալ կասկածների դեպքում միանվագ ցեֆտրիաքսոնի 50 մգ/կգ: 	
Տիմանոցենտեթ թմբկաթաղանթի միջով միջին ականջի պարունակության արտածումն է ասեղի և ներարկիչի օգնությամբ, ցուցված է միայն ախտանշանների մեղմացման, արտադրությունից թուրք վերցնելու, ախտորոշման ճշգրտման նպատակով:			
Օտիտ արտադրությամբ ցածր ռիսկի դեպքում ցուցված է հսկողական վարում 4-6 շաբաթ, դեպքերի մեծ մասում ինքնաբերաբար անցնում է: 3 ամսից ավել տևողության և բարձր ռիսկի դեպքում՝ ուղեգրում մասնագետի:	Չգծավոր (Persistent) օտիտի բուժումը հակաբիոտիկների երկրորդ կուրսն է ցուցված, փոխելով դեղամիջոցը:	Ուղեղաբորբ օտիտի բուժումը. առաջին գծի երկրորդ հակաբիոտիկ: Մասնագետին ուղեգրում, երբ ախտանշանները պահպանվում են 4-5 օր բուժման պայմաններում, կամ կասկածներ կան բարդությունների զարգացման վերաբերյալ:	Կրկնվող օտիտի դեպքում բուժման նպատակով նշանակվող հակաբիոտիկի կուրսին պիտի հետևի կանխարգելիչ հակաբիոտիկների կուրսը: Բարձր ռիսկով երեխաների մոտ հիմնավորված է կանխարգելիչ կուրսի նշանակումը:
Մասնագիտական խորհրդատվության ուղեգրման ցուցումներն են.			
Բարդությունների սպառնալիք կամ կասկած. <ul style="list-style-type: none"> • մաստոիդիտ • դիմային նյարդի պարալիզ • կոմային ծոցի (sigmoid) թրոմբոզ • մենինգիտ • ուղեղի աբսցես • լաբիրինթի ախտահարում 	<ul style="list-style-type: none"> • Բարձր ռիսկի հիվանդները • Կրկնվող օտիտի բուժման անհաջողություն • Համառ օտիտ, նույնիսկ 2 տարբեր հակաբիոտիկների կիրառությունից հետո շարունակվող երկկողմանի կամ միակողմանի օտիտ, 3 ամիս տևողությամբ արտադրությամբ, լսողության իջեցումով • Թմբկաթաղանթի ատրոֆիայի կամ այլ փոփոխությունների զարգացումը • Դեղորայքային բուժման դժվարացումը դեղամիջոցների հանդեպ զերգազմության կամ այլ պատճառներով • 12 ամիսների ընթացքում 6 ամիս արտադրության առկայությունը 		

Հավելված 6. Ձեռնարկում ընդգրկված հիվանդությունների ախտորոշման կոդերն ըստ ՀՄԴ 10-ի:

ԹՈՔԱԲՈՐԲ	J12-J18
ՍՈՒՐ ԲՐՈՆԽԻՏ	J20-J21
ՍՈՒՐ ԼԱՐԻԳՈՏՐԱԽԵՒՏ	J04.2
Սուր Ֆարինգիտ,	J02
Սուր տոնզիլիտ,	J03
Ստրեպտոկոկային տոնզիլիտ	J03.0
ՄԻՋԻՆ ԱՎԱՆՋԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ԲՈՐԲՈՔՈՒՄ (ՕՏԻՏ)	H66.0
ՏԵՆԴԱՅԻՆ ՑՆՑՈՒՄՆԵՐ	R56.0
ԿԱՐՍՐՈՒԿ	B05
ԿԱՐՍՐԱԽՏ	B06
ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԷՊԻԴԵՄԻԿ) ՊԱՐՈՏԻՏ	B26
ՋՐԾԱԴԻԿ	B01
ՔՈՒԹԵՇ A38	
ՎԱՐԱԿԱՅԻՆ (ԻՆՖԵԿՑԻՈՆ) ՄՈՆՈՆՈՒԿԼԵՈՋ	B27
ԿԱՊՈՒՅՏ ՀԱՋ	A37
ՌԱԽԻՏ	E55.0
ԵՐԿԱԹՊԱԿԱՍԱՅԻՆ ՍԱԿԱՎԱՐՅՈՒՆՈՒԹՅՈՒՆ	D50
ԱՍԿԱՐԻԴՈՋ	B77.
ԷՆՏԵՐՈՔԻՈՋ	B 80
ԱՏՈՊԻԿ ՄԱՇԿԱԲՈՐԲ	L20

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. Մանկաբուժական լրատու 2, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ: ԱՄՆ ՄԶԳ «Վորլդ Վիժն Հայաստան» բժշկական օգնության խմբեր, ՀՀ ԱՆ, ՄՀՄ, Երևան 2009թ.:
4. Մանկաբուժական լրատու 4, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ: ԱՄՆ ՄԶԳ «Վորլդ Վիժն Հայաստան» բժշկական օգնության խմբեր, ՀՀ ԱՆ, ՄՀՄ, Երևան 2009թ.:
5. «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.:
6. «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.:
7. 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.:
8. Համառոտ գործելակարգեր՝ առավել տարածված հիվանդությունների վարման կլինիկական ստանդարտներ: ՀՀ ԱՆ 12.12.2008թ. N1841-Ա հրամանով հաստատված:
9. Կարմրուկի, կարմրախտի և բնածին կարմրախտի համախտանիշի համաճարակաբանական հսկողություն: ՀՀ Առողջապահության նախարարություն, ՀՀ առողջապահության նախարարի 2008թ. նոյեմբերի 17-ի թիվ 1658-Ա հրաման: Երևան 2008թ.:
10. «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.:

11. Մանկաբուժական ձեռնարկ, ՍԻ.Օ.ԷՅ.ԷՖ մանուկների բարեգործական հիմնադրամ և «Արաբկիր» բժշկական համալիր-Երեխաների և Դեռահասների Առողջության ինստիտուտ, 2005թ.:
12. Saving Newborn Lines: Care of the Newborn Reference Manual. Save the Children. Save the Children Federation, 2004.
13. 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.
14. «ԱՅԿ հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10–րդ վերանայում», Երևան, 2002թ.:
15. Երեխայի առաջնային բուժօգնության ձեռնարկ, հատոր III, Առողջության շեղումներ և ախտաբանական վիճակներ, մաս 2, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ, 2000թ.:
16. Երեխայի առաջնային բուժօգնության ձեռնարկ, հատոր II, Առողջության շեղումներ և ախտաբանական վիճակներ, Կ. Տեր-Ոսկանյանի խմբագրությամբ, 1998թ.: