

ნინო სანოძე, ნანო შვანგირაძე, თინათინ ოვსეფიანი
ღებინებით მიმდინარე დაავადებები ბავშვთა ასაკში

თსსუ გ. ჯვანიას სახელობის პედიატრიის აკადემიური კლინიკა

Doi: <https://doi.org/10.52340/jecm.2022.06.008>

NINO SANODZE, NANO SHVANGIRADZE, TINATIN OVSEPHIAN
APPROACH TO THE INFANT OR CHILD WITH NAUSEA AND VOMITING

TSMU, G.Zhvania Pediatric Academic Clinic

SUMMARY

Patients with acute vomiting, typically for hours to a few days, most often present to an emergency department, whereas patients with chronic symptoms are more often initially evaluated in outpatient office settings. Emergency department clinicians should expeditiously exclude life-threatening disorders such as bowel obstruction, diabetic ketoacidosis, adrenal crisis, toxic ingestion, or increased intracranial pressure (ICP).

In both urgent care and routine outpatient settings, the following three steps should generally be undertaken in patients with nausea and vomiting:

- The etiology should be sought, taking into account the child's age and whether the nausea and vomiting are acute, chronic, or episodic.
- The consequences or complications of nausea and vomiting (eg, fluid depletion, hypokalemia, and metabolic alkalosis) should be identified and corrected.
- Targeted therapy should be provided when possible (eg, surgery for bowel obstruction or insulin for diabetic ketoacidosis). In other cases, the symptoms should be treated.

Keywords: Infant, child, nausea, vomiting

კლინიკური შემთხვევის განხილვა

3 კვირის ასაკის ბიჭუნა მოყვანილ იქნა გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტში, რადგან მას უკანასკნელი 3 დღის მანძილზე აღენიშნებოდა ღებინების ეპიზოდები გაუმჯობესების გარეშე. ღებინება მშობლის მიერ აღწერილ იქნა, როგორც შადრევანისებური და არანაღვლოვანი. იგი იღებს 60 მლ საკვებს ყოველ კვებაზე. ცხელება და ღიარების ეპიზოდი არ ვლინდება. წარსული სამედიცინო, სოციალური და საოჯახო ანამნეზი არ არის დატვირთული. ფიზიკალური გამოკვლევით სასიცოცხლო მონაცემებია: რექტალური ტემპერატურა-37.8 C⁰, HR-140¹. RR-35, T/A-60/40mm/Hg, SpO₂- ოთახის ჰაერზე - 99%, წონა 3.2კგ. ის არ არის ისეთივე ფუმფულა, როგორც სხვა ახალშობილები. დისტრესის მოვლენები არ ვლინდება.

თავის, თვალების, ყურების, ცხვირის და ყელის გამოკვლევით გამოხატულია პირის ღრუს და თვალების ლორწოვანის სიმშრალე. ყიფლიბანდი არის რბილი, არ არის ჩავარდნილი. კისერს ამოძრავებს თავისუფლად, გულისცემა არის რეგულარული. Pulmo-აუსკულტაციით - ვეზიკულური სუნთქვა. მუცელი პალპაციით რბილი, ბრტყელი, ნაწლავთა ხმიანობა N. ყურადღებას იპყრობს ზეთისხილისოდენა წარმონაქმნი, რომელიც ისინჯება პალპაციით კვების დროს. კანის ფერი და პერფუზიის ხარისხი კარგია.

განხილვა:

დიფერენციალური დიაგნოზი:

- პილოროსტენოზი
- ადრენალური კრიზი (თანდაყოლილი ადრენალური ჰიპერპლაზია)
- ნაწლავთა ობსტრუქცია
- მენინგიტი
- საშარდე გზების ინფექცია
- გასტროენტერიტი

შეფასება. უპირველესყოფლისა - ჩატარებული მუცლის ღრუს რადიოგრაფიული კვლევით გამოირიცხა ნაწლავთა ობსტრუქცია. კუჭი არ არის დილატირებული. მუცლის ღრუს ექოსკოპიით არ ვლინდება პილოროსტენოზი.

ჩაუტარდა ლაბორატორიული კვლევები:

სისხლის საერთო ანალიზი - ცვლილებები არ ისახება.

გლუკოზა - 50mg/dl (ნორმა 60-120 mg/dl)

Na- 131 mmol/L (ნორმა 135-145 mmol/L)

K-6.1 mmol/L (ნორმა 3.5-5.0 mmol/L)

Cl - 98 mmol/L (ნორმა 95-105 mmol/L)

ბიკარბონატი- 14 mmol/L

შარდის ხვედრითი წონა- 1.030

საშუალო რაოდენობით **კეტონები**

0-1 ლეიკოციტი მხედველობის არეში

მკურნალობა. უზრუნველყოფილ იქნა ინტრავენური მიდგომა, პაციენტს მიენოდა სწრაფად ინტრავენურად ფიზიოლოგიური ხსნარი და მოხდა გლუკოზის დონის კორექტირება. მიენოდა ინტრავენური მეთილპრედნიზოლონი და ორალური ფლუდროკორტიზონი. საბოლოო დიაგნოზია ადრენალური კრიზი, კონგენიტალური ადრენალური ჰიპერპლაზია და 21-ჰიდროქსილაზას დეფიციტი.

გათვალისწინეთ: კლინიკური გამოხატულებებით საფიქრებელია პილოროსტენოზი. თუმცა პარაკლინიკური კვლევების შედეგები არ მიუთითებს პილოროსტენოზის არსებობას. ასე მაგალითად:

პაციენტების უმეტესობას პილოროსტენოზით, აღენიშნება ჰიპონატრემია, ჰიპოკალემია და მეტაბოლური ალკალოზი. თუ დეჰიდრატაციის ხარისხი მეტად მძიმეა, ვითარდება მეტაბოლური აციდოზი. აღნიშნულ შემთხვევაში სახეზეა ჰიპოგლიკემია, ჰიპონატრემია და ჰიპერკალემია. აღნიშნული მდგომარეობები დამახასიათებელია ადრენალური კრიზისათვის (აღისონის კრიზი).

როდესაც მშობელს ეკითხებით, ღებინება იყო თუ არა შადრევანისებური, მშობლების უმეტესობა გპასუხობთ რომ - დიახ! ხშირ შემთხვევაში ძლიერ ღებინებას შეცდომით აღწერს როგორც შადრევანისებურ ღებინებას. უმჯობესია ჰკითხოთ: თუ კი იგი დადგებოდა კედლიდან ერთი მეტრის მოშორებით, მიწვდებოდა თუ არა ნაღებინები მასა კედელს. არამადრევანისებური ღებინება ვერ მიწვდება კედელს, ხოლო ნამდვილი შადრევანისებური ღებინება მიწვდება.

ადრენალური კრიზი კორტიკოსტეროიდების (გლუკოკორტიკოსტეროიდები) და მინერალოკორტიკოსტეროიდების მწვავე უკმარისობაა. გლუკოკორტიკოიდების უკმარისობის შედეგია კვებითი დარღვევები და ღებინება, ჰიპოგლიკემია და შემდგომი გაურესების დროს ვითარდება შოკი. მინერალოკორტიკოიდების დეფიციტის შედეგია ჰიპონატრემია და ჰიპერკალემია. ჰიპერკალემია შესაძლებელია იყოს იმდენად მაღალი, რომ გამოიწვიოს მწვავე გულის რითმის დარღვევები.

მძიმე ჰიპერკალემია არის სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობა. გულის რითმის დარღვევები შესაძლებელია იმართოს IV კალციუმით. ნორმალური რითმი აღდგება დროებით. მაგრამ შრატის კალიუმის დონე უნდა შემცირდეს მანამ სანამ ინტრავენური კალციუმის ეფექტი დადგება.

ჩვეულებრივ რეკომენდირებული თერაპია კალიუმის დონის სწრაფი შემცირებისა არის ინტრავენური ნატრიუმის ბიკარბონატი, ალბუტეროლის აეროზოლი და ინტრავენური ინსულინი. ეს ყოველივე ახდენს კალიუმის რედისტრიბუციას უჯრედგარეთა სივრციდან უჯრედშიდა სივრცეში. ნატრიუმის ბიკარბონატი ამცირებს აციდოზის ხარისხს. ალკალოზის დროს კალიუმი გადადის უჯრედშიდა სივრცეში. აციდოზის დროს კი უჯრედგარეთ სივრცეში.

ალბუტეროლს აქვს ადრენერგული ეფექტი და უნდა მიენოდოს სითრთხილით. ამასთანავე იგი ანაწილებს კალიუმს ინტრაცელულარულად.

ინსულინს გადაჰყავს კალიუმი უჯრედშიდა სივრცეში, მაგრამ მისი ეფექტი არის ჰიპოგლიკემია. რის გამოც უნდა მოხდეს გლუკოზის შეყვანა და პარალელურად საჭიროებს გლუკოზის დონის ხშირ კონტროლს.

აღნიშნული მკურნალობიდან 2 უნდა იყოს დაუყოვნებლივ დაწყებული: **IV ნატრიუმის ბიკარბონატი და ალბუტეროლის აეროზოლი**. ამ ზომების მიღების შემდეგ კალიუმი ორგანიზმიდან გამოიდევენება ფუროსემიდით.

მწვავე გლუკოკორტიკოიდების დეფიციტი ნამკურნალები უნდა იყოს მეთილპრენიზოლონის განსაზღვრული ინტრავენური დოზით. მწვავე მინერალოკორტიკოიდების დეფიციტი კი ფარმაკოლოგიური მინერალოკორტიკოიდებით. ასევე ინტრავენურ ჰიდროკორტიზონს აქვს მინერალოკორტიკოიდული აქტივობაც, მაგრამ არასაკმარისი. ფლუდროკორტიზონს აქვს უფრო გრძელვადიანი მინერალოკორტიკოიდული აქტივობა.

თანდაყოლილი ადრენალური ჰიპერპლაზიის მქონე პაციენტების უმეტესობას, ადრენალური კრიზით აღენიშნება 21-ჰიდროქსილაზას დეფიციტი.

21-ჰიდროქსილაზას დეფიციტის მქონე მდედრობითი სქესის პაციენტები იბადებიან ვირილიზებული (მასკულიზირებული), გენიტალიები გაურკვეველია. რაც სწრაფად იქცევა ყურადღებას და გოგონებთან თანდაყოლილი ადრენერგული ჰიპერპლაზიის დიაგნოსტიკა ხდება დაბადებისთანავე.

ბიჭებს აღენიშნებათ ნორმალური ვიზუალი და თანდაყოლილი ადრენალური ჰიპერპლაზიის დიაგნოსტიკა ჩვეულებრივ არ ხდება, მანამ სანამ არ ჩამოყალიბდება მწვავე ადრენერგული კრიზი.

დაავადების შემდგომი მართვა გულისხმობს გლუკოკორტიკოიდების და მინერალოკორტიკოიდების დოზის ბალანსირებას, რომელიც საკმაოდ რთული საკითხია.

გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტში პაციენტის მართვა ფოკუსირებულია დაავადების გამოვლინებებზე, ჰიპოგლიკემიის და დეჰიდრატაციის კორექტირებისა და ჰიპერკალემიის მიერ გამოწვეული გართულებების პრევენციისა და მკურნალობისაკენ.

ამგვარად, გულისრევა და ღებინება არის ხშირად გამოვლინებადი სიმპტომი მრავალი დაავადების დროს და მერყეობს საშუალო სიმძიმის, თვითღიმიტირებადი დაავადებიდან, მძიმე სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობამდე. გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტის ექიმებმა სწრაფად უნდა გამოირიცხონ სიცოცხლისათვის საშიში ისეთი დარღვევები, როგორცაა ნაწლავის ობსტრუქცია, დიაბეტური კეტოაციდოზი, თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა, ტოქსინების ზემოქმედება ან გაზრდილი ინტრაკრანიალური წნევა.

პაციენტებთან ღებინებით და გულისრევით, ორივე შემთხვევაში, ჰოსპიტალური და არაჰოსპიტალური მართვის დროს უნდა განხორციელდეს სამი ნაბიჯი:

- ეტიოლოგიის ძიების დროს უნდა მოხდეს ბავშვის ასაკის გათვალისწინება და განისაზღვროს ღებინება და გულისრევა არის მწვავე, ქრონიკული თუ პერიოდული.
- სწრაფად უნდა შეფასდეს ღებინების და გულისრევის გართულებები (მაგ: დეჰიდრატაციის დონე, ჰიპოკალემია და მეტაბოლური ალკალოზი) და სწრაფადვე მოხდეს მისი კორექტირება.
- უნდა იქნეს წარმოებული შესაბამისი ეტიოლოგიური მკურნალობა (მაგ. ქირურგიული ჩარევა ნაწლავის ობსტრუქციის დროს, დიეტა საკვებისმიერი აუტანლობის დროს). სხვა შემთხვევაში მკურნალობა სიმპტომური ხასიათის მატარებელია.

გამოყენებული ლიტერატურა:

1. Merke DP, Auchus RJ. Congenital Adrenal Hyperplasia Due to 21-Hydroxylase Deficiency. N Engl J Med 2020; 383:1248.
2. Speiser PW, Arlt W, Auchus RJ, et al. Congenital Adrenal Hyperplasia Due to Steroid 21-Hydroxylase Deficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2018; 103:4043.
3. ES: Clinical practice guideline on congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency (2018)
4. Li B U.K. Nausea, vomiting and pyloric stenosis. In: Pediatric Gastrointestinal Disease, 5th Ed, Kleinman RE, Goulet OJ (Eds), BC Decker Inc, Ontario 2008. Vol 1, p.127.
5. Mohinuddin S, Sakhuja P, Bermundo B, et al. Outcomes of full-term infants with bilious vomiting: observational study of a retrieved cohort. Arch Dis Child 2015; 100:14.

6. Rosen R, Vandenplas Y, Singendonk M, et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018.
7. Niedzielski J, Kobielski A, Sokal J, Krakós M. Accuracy of sonographic criteria in the decision for surgical treatment in infantile hypertrophic pyloric stenosis. Arch Med Sci 2011; 7:508.
8. McCollough M, Shariieff GQ. Abdominal surgical emergencies in infants and young children. Emerg Med Clin North Am 2003; 21:909.

ნინო სანოძე, ნანო შვანგირაძე, თინათინ ოვსეფიანი
ღებინებით მიმდინარე დაავადებები ბავშვთა ასაკში
 თსსუ გ.ჟვანიას სახელობის პედიატრიის აკადემიური კლინიკა

რეზიუმე

გულისრევა და ღებინება არის ხშირად გამოვლინებადი სიმპტომი მრავალი დაავადების დროს და მერყეობს საშუალო სიმძიმის, თვითღებინებადი დაავადებიდან, მძიმე, სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობამდე. გადაუდებელი დახმარების დეპარტამენტის ექიმებმა სწრაფად უნდა გამოორიყხონ სიცოცხლისათვის საშიში ისეთი დარღვევები, როგორცაა ნაწლავის ობსტრუქცია, დიაბეტური კეტოაციდოზი, თირკმელზედა ჯირკვლის უკმარისობა, ტოქსინების ზემოქმედება ან გაზრდილი ინტრაკრანიალური წნევა.

პაციენტებთან ღებინებით და გულისრევით, ორივე შემთხვევაში, ჰოსპიტალური და არაჰოსპიტალური მართვის დროს უნდა განხორციელდეს სამი ნაბიჯი:

- ეტიოლოგიის ძიების დროს უნდა მოხდეს ბავშვის ასაკის გათვალისწინება და განისაზღვროს ღებინება და გულისრევა არის მწვავე, ქრონიკული თუ პერიოდული.
- სწრაფად უნდა შეფასდეს ღებინების და გულისრევის გართულებები (მაგ: დეჰიდრატაციის დონე, ჰიპოკალემია და მეტაბოლური ალკალოზი) და სწრაფადვე მოხდეს მისი კორექცია.
- უნდა იქნეს წარმოებული შესაბამისი ეტიოლოგიური მკურნალობა (მაგ. ქირურგიული ჩარევა ნაწლავის ობსტრუქციის დროს, დიეტა საკვებისმიერი აუტანლობის დროს). სხვა შემთხვევაში მკურნალობა სიმპტომური ხასიათის მატარებელია.