

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
ალერგოლოგიკისა და კლინიკური იმუნოლოგიის მიმართულება

დაპირის თელიას  
პლიციპური ლექციების ციკლი

მ უ ც ლ ი ს ტ კ ი ზ ი ლ ი  
ბ ა ვ შ ვ ე ბ შ ი

თბილისი  
2009 წ.

## მუცლის ტკივილი ბავშვები

---

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტის  
ალერგოლოგისა და კლინიკური იმუნოლოგის მიმართულება  
დავით თელიას კლინიკური ლექციების ციკლი

## მუცლის ტკივილი ბავშვები

ნაშრომი განკუთვნილია  
უმაღლესი სამედიცინო სასწავლებლების  
სტუდენტებისთვის, ალერგოლოგებისთვის,  
თერაპევტებისთვის, პედიატრებისთვის, ოჯახისა და  
ზოგადი პრაქტიკის მქონე ექიმებისთვის.

ნაშრომზე ყველა საავტორო უფლება ეკუთვნის დავით თელიას.  
ავტორის ნებართვის გარეშე ნაშრომის სრული ან  
ნაწილობრივი კოპირება და გავრცელება აკრძალულია.

თბილისი, 2009 წ.

## მუცლის ტკივილი ბავშვთა

მუცლის ტკივილი ბავშვთა ასაკში საკმაოდ გავრცელებული სიმპტომია. მას მრავალი მიზეზი აქვს, ხშირად სიცოცხლისთვის საშიშ მდგომარეობას უკავშირდება და დიაგნოზის უმოკლეს ხანში დაზუსტებას მოითხოვს. ექიმის უმთავრესი ამოცანაა, დროულად განსაზღვროს, ტკივილი ქირურგიული დაავადებით არის გამოწვეული თუ მედიკამენტურ თერაპიას ექვემდებარება.

ბავშვთა სხვადასხვა ასაკობრივ ჯგუფში მუცლის ტკივილისა და მისი გამომწვევი დაავადებების სიხშირე და ხასიათი მკვერრად განსხვავებულია [1]. პათოგენეზის კვალობაზე, განასხვავებენ სამი სახის მუცლის ტკივილს: **ვისცერულს, სომატურსა და ინადიაციულს.** **ვისცერული ტკივილი** დაზიანებულ ორგანოში წარმოიშობა. ტკივილად აღიქმება შინაგანი ორგანოს კედლის დაჭირვა (გაწელვა) ან ძლიერი კუნთოვანი შეკუმშვა, მაშინ, როცა ორგანოს გაჭრა და გაგლევა უმტკივნეულია [2; 3]. **ვისცერული ტკივილი** და დიოფუზურია. სხეულის მდებარეობის (პოზის) შეცვლა მის ინტენსივობაზე გავლენას არ ახდენს.

მართალია, ვისცერული ტკივილი დიფუზურია, მაგრამ მაინც შეიძლება, მისი წარმოშობის ლოკალიზაცია ვივარაუდოთ: კუჭის, თორმეტგოვა ნაწლავის, ღვიძლის, სანალვლე გზებისა და პანკრეასის ვისცერუ-

ლი ტკივილი უპირატესად ეპიგასტრიუმში აღინიშნება, წვრილი ნაწლავების, ჭიანაწლავისა და მსხვილი ნაწლავების პროქსიმული ნაწილისა – ჭიპის გარშემო, ხოლო მსხვილი ნაწლავების დისტალური ნაწილისა და მენჯის ღრუს ორგანოებისა – ჰიპოგასტრიუმში.

**სომატური ტკივილი** პარიესული პერიტონეუმის გაღიზიანების შედეგია. შეგრძნება საკმაოდ ინტენსიურია. მისი ლოკალიზაცია ადგილი დასადგენია (მაგალითად, მაკბურნის წერტილი მწვავე აპენდიციტის დროს). სომატური ტკივილის ინტენსივობას მოძრაობა და ხელება აძლიერებს.

ზოგჯერ დაზიანებული ორგანოდან წამოსული აფერუნტული სიმპათიკური იმპულსაცია გადაეცემა ზურგის ტვინის მგრძნობელობით სისტემას, რაც შესაბამის დერმატომაში ტკივილის ფენომენს წარმოშობს. ასეთ ტკივილს **არეპლილი** ეწოდება. ის ვისცერო-სენსორული რეფლექსის შედეგია (ასეთია, მაგალითად, ფილტვების ანთების დროს განვითარებული მუცლის ტკივილი, ასევე – ბეჭის ტკივილი სანალვლე გზების კოლიკის დროს) [3; 19].

**მუცლის მწვავე ტკივილი.** მუცლის ტკივილის შეფასებისას ტკივილის ხანდაზმულობა უფრო საყურადღებოა, ვიდრე მისი ინტენსივობა. ახლად აღმოცენებული მუცლის ტკივილი ექიმისგან განსაკუთრებული გვინდის მიზანის დროს [3].

## მუცლის ტკივილის ბაზები

ბულ სიფრთხილეს მოითხოვს. მისი მიზეზის ძიებისას აუცილებელია ბავშვის ასაკის გათვალისწინება. 1 წლამდე ასაკში მუცლის მწვავე ტკივილის მიზეზი შეიძლება იყოს ინფანტილური კოლიკა, რომელიც მხოლოდ ამ ასაკისთვის არის სპეციფიკური. მოსალოდნელია აგრეთვე გასტროენტერიტი, ილიოცეკალური ინვაზინაცია, ნაწლავების შემოგრეხა, ჩაჭედილი თიაქარი, საშარდე გზების ინფექცია და ჰირშპრუნგის დაავადება. 2-დან 5 წლამდე ასაკში ზემოთ ჩამოთვლილთა გარდა შეიძლება ვივარაუდოთ აპენდიციტი, მეზენტერული ლიმფადენიტი, შონლეინ-ჰენოზის პურპურა და ნამღლისებრუჯრედოვანი ანემია. 6 წლის შემდეგ შედარებით იშვიათია სტრანგულაციური გაუვალობა. ამავე ასაკში შესაძლოა თავი იჩინოს ფუნქციურმა მუცლის ტკივილმაც (სხვა მიზეზები იხ. ცხრილ №1-ში). მუცლის მწვავე ტკივილის ყველაზე ხშირი ქირურგიული მიზეზია აპენდიციტი [5; 6], ხოლო არაქირურგიული – გასტროენტერიტი.

მუცლის ტკივილის შესწავლა ანამნეზის დაწვრილებითი შეკრებით იწყება. უნდა დადგინდეს მისი ხასიათი და თანმხლები სიმპტომები (იხ. ცხრილი №2). მუცლის ტკივილს ხშირად თან სდევს გულის-რევა, ღებინება, დიარეა და კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის-მხრივი სხვა გამოვლინებები, თუმცა ეს სიმპტომები შესაძლოა არასპეციფიკური იყოს. ზოგჯერ ისინი იმდენად სპეციფიკურია, რომ პირდაპირ მიუთითებს არსებულ დაავადებაზე. მაგალითად, ნაწლავების ობსტრუქციაზე მეტყველებს ნაღვლოვანი ან განავლოვანი მასებით ღებინება [1; 4], დეფეკაციის შემდეგ ტკივილის ინტენსივობის შემცირება მსხვილი ნაწლავების დაინტერესებაზე მიანიშნებს, ხოლო ღებინების შემდეგ ტკივილის შემსუბუქება – კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის პროქსიმული ნაწილის დაზიანებაზე. დიარეა გასტროენტერიტისა და საკვებისმიერი ინტოქსიკაციის თანმხლები სიმპტომია, თუმცა ბაგშვთა ასაკში ის ხშირად ქირურგიული პროფილის დაავადებები-

### ცხრილი №1

მუცლის ტკივილის გამომჯვევი მთავარი მიზეზები ბაზები ასაგვი

აპენდიციტი	პოსტოპერაციული შეხორცებები	პემატოკოლპოსი
გასტროენტერიტი	წყლულოვანი კოლიტი	მწვავე პიდორნეფროზი
ინფანტილური კოლიკა	ტუბერკულოზი	პიელონეფრიტი
ილიოცეკალური ინვაზინაცია	საკვებისმიერი ალერგია	დიაბეტური კეტოაციდოზი
ნაწლავის შემოგრეხა	ლაქტოზის აუტანლობა	პორფირია
ჰიპენერგიული დაავადება	ფუნქციური მუცლის ტკივილი	ტყვიით ინტოქსიკაცია
ჩაჭედილი თიაქარი	ქოლეცისტიტი, ქოლელითიაზი	პემოლიზურ-ურემიული სინდრომი
ყაბზობა	პანკრეატიტი	საკვერცხის ან სათქსლე ჯირკვლის შემოგრება
პეპტიური დარღვევები	ფარინგიტი	აბდომინალური გულყრები
მეცელის დივერტიკულიტი	ფილტვების ანთება	შონლეინ-ჰენოზის პურპურა
კრონის დაავადება	შუა ფერის ანთება	ნამღლისებრუჯრედოვანი ანემია
მეზენტერული ლიმფადენიტი	მენსტრუალური ტკივილი	
პარაზიტული დაავადებები	ენდომეტრიოზი	

ცხრილი №2

პითხეარი მუცლის ტკიბილისთვის	ტკიბილის თანახლები სიმართლები და მდგრადარღვები
<p>ტკიფილის ლოკალიზაცია ტკიფილის ხასიათი (კოლიკა, მუდმივი ხასიათის ტკიფილი) ტკიფილის ინტენსივობა ტკიფილის დასაწყისი (მწვავე, ქვემწვავე) ტკიფილის მიგრაცია და ორადიაცია ტკიფილის ანამნეზი (ადრეც აღინიშნებოდა თუ არა ასეთი შეგრძენება) <b>თუ ტკიფილი ქრონიკული და მორუციდებული შემდეგიც:</b> ტკიფილის კავშირი საკვებთან ან სხვა ფაქტორებთან ტკიფილის ხანგრძლივობა დღე-ღმის რომელ პერიოდში წარმოიშობა ტკიფილი იზღუდება თუ არა აქტიური ცხოვრების წესი ტკიფილის გამო რომელი მედიკამენტი ხსნის ტკიფილს</p>	<p>გულისრევა, ღებინება რეფლუქსი დიარეა, ყაბზობა ცხელება ნაწლავების პერისტალტიკური ხმიანობა განავალში სისხლი კანის ფერი და გამონაყარი დიზურია, ჰემიტურია ნამღლისებრუჯრედოვანი ანემია ართრიტი, ართრალგია გადატანილი ტრავმა სხვადასხვა დაავადების ოჯახური ანამნეზი <b>თუ ტკიფილი ქრონიკული და მორუციდებული შემდეგიც:</b> მაღალი კლება, ზრდაში ჩამორჩენა ფეცალური მასების ხასიათი (კონსისტენცია) დეფეციის შემდეგ დაუკმაყოფილებლობის შეგრძელება, ცრუტენების სხვა</p>

საც სდევს თან. სისხლიანი განავალი ნაწლავების ან-თების ან ნაწლავების ინფექციური დაავადების მომასწავებელია. თუ ბავშვს მუცლის ღრუს რაიმე ოპერაცია აქვს გადატანილი, ვერც შეხორცებით ობსტრუქციულ გაუვალობას გამოვრიცხავთ. ცხელება და ან-თებითი ცვლილებები სისხლში შესაძლოა უკავშირდებოდეს როგორც მწვავე ქირურგიულ მუცელს, ისე ექსტრააბდომინალურ მიზეზებს.

სომატური ტკიფილი (მაგალითად, პერიტონიტის დროს) მოძრაობისას ძლიერდება, ამიტომ ბავშვი გაუნძმულებელ წესს, ვისცერულ ტკიფილს პერისტალტიკური ტალღა აძლიერებს. შესაბამისად, ბავშვის წუხილიც პერისტალტიკურ ტალღებს უკავშირდება.

მუცლის ტკიფილი შეიძლება გამოიწვიოს ზოგიერთმა პრეპარატმა (მაგალითად, ერითრომიცინმა, სალიცილატებმა) [1]. თუ ტკიფილი და შებერილობა რმის ან მისი ნაწარმის მიღების შემდეგ განვითარდა, ლაქტოზის აუტანლობა უნდა ვივარაუდოთ. ამასთანავე, უნდა გვახსოვდეს, რომ ბავშვებში დიზურია და

პოლაკიურია მიუთითებს არა მხოლოდ საშარდე გზების ინფექციაზე, არამედ აპენდიციტზეც, როდესაც ჭიანაწლავი მენჯის ღრუში მდგებარეობს. მუცლის ტკიფილის ფონზე ხველება და სუნთქვის გახშირება ფილტვების ანთებისა და გულმკერდის სხვა დაავადებების გამორიცხვას მოითხოვს.

ზოგადი ინსპექციის (სიფითრე, ოფლიანობა, გამონაცარი, შელესილი ან მშრალი ენა და სხვა) და ფიზიკალური გამოკვლევის (პულსი, არტერიული წნევა, გულმკერდის აუსკულტაცია და სხვა) პარალელურად განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა მუცლის ღრუს ობიექტურ შეფასებას. შებერილი მუცელი და ოპერაციის შემდგომი ნაწიბური ნაწლავების შეხორცებით ობსტრუქციაზე მეტყველებს. ექვიმოზები კოსტოვერტებრულ კუთხეში (გრეი-ტურნერის ნიშანი) და ჭიბის გარშემო (კულენის ნიშანი) ჰემორაგიული პანკრეატიტის დროს ვითარდება. თუ გაძლიერებული პერისტალტიკის ფონზე ნაწლავების პერისტალტიკური ხმიანობა ნორმის ფარგლებშია, მუც-

## მუცელის ტკივილი ბაზებებში

### ცხრილი №3

დაავადება	დახასიათება
აპნედიციტი	მწვავე ტკივილი თავდაპირველად აღინიშნება ჭიპის გარშემო, შემდეგ გადაინაცვლებს მარჯვენა თეძოს ფოსოში. პერიტონიტის განვითარების შემდეგ ტკივილი შეიძლება გაძლდეს დიფუზური. თან სდევს გულისრევა, ღებინება, მუცლის კედლის ადგილობრივი დაჭიმულობა და ტემპერატურული რეაქცია დაავადების სიმძიმის შესაბამისად. რეტროცეკალური ლოკალიზაციის დროს ტკივილი ვლინდება წელის არეში ან მენჭის ღრუში.
ინგუგინაცია	პერიოდულად განმეორებადი მწვავე ტკივილი ლოკალიზდება ჭიპის გარშემო ან მუცლის ქვედა ნაწილში. შეტევებს შორის პერიოდები უმტკივნეულოა. განავალში შეიმჩნევა სისხლი.
პანკრეატიტი	დამახასიათებელია მლრღნელი ხასიათის მწვავე ტკივილი ეპიგასტრიუმში ან მარცხენა ფერდექვეში მიდამოში, ირადიაციით წელის არეში (შემოსარტყვლითი ტკივილი). თან სდევს გულისრევა და ღებინება.
გაუგალობა	ტკივილი იწყება მწვავედ ან თანდათანობით და ლოკალიზდება ჭიპის გარშემო ან მუცლის ქვედა ნაწილში. შეტევითი ტკივილისა და შედარებით უმტკივნეულო პერიოდები ერთმანეთს ენაცვლება. მუცელი შებერილია, აღინიშნება მრავალჯერადი ღებინება, აუსკულტაციით გაძლიერებულია პერისტალტიკური ხმიანობა.
ფუნქციური მუცლის ტკივილი	ტკივილი არასპეციფიკურია, ხშირად აღინიშნება ჭიპის გარშემო.
გალიზიანებული ნაწლავის სინდრომი	გარდამავალ კოლიკას თან სდევს დიარეა ან ყაბზობა.
ქრონიკული ყაბზობა	ტკივილი უპირატესად მუცლის მარცხენა ნახევარში ან ჰიპოგასტრიუმში აღინიშნება. ძლიერდება საკვების მიღებისას.
ლაქტოზის აუტანლობა	სიმპტომები რძის პროდუქტების მიღებისას მწვავდება. დამახასიათებელია კოლიკა, დიარეა, მეტეორიზმი, მუცლის შებერვა.
ჰელმინთოზი	დამახასიათებელია კოლიკა, დიარეა, მუცლის შებერვა. დიაგნოსტიკის მიზნით ტარდება განავლის ლაბორატორიული შესწავლა და სპეციფიკური იმუნური ანალიზები.
კრონის დაავადება	დამახასიათებელია შეტევითი ან მუდმივი ტკივილი უპირატესად მარჯვენა თეძოს ფოსოში, იშვიათად – ჭიპის ირგვლივაც. ტკივილი ხშირად ძლიერდება ჭამის შემდეგ. გამწვავებას თან სდევს ცხელება. შესაძლოა, მარჯვენა თეძოს ფოსოში ისინჯებოდეს მკვრივი წარმონაქმნი.

ცხრილი №3 (გაგრძელება)

დააგვადება	დახასიათება
პეპტიკური წყლული	მწველი ან მღრღნელი ხასიათის ტკივილი ეპიგასტრიუმის მიდამოში, რომელიც განსაკუთრებით ინტენსიურია გამოღვიძებისას ან შიმშილისას. ხსნის ანტაციდი.
ეზოფაგიტი	დამახასიათებელია ტკივილი ეპიგასტრიუმში, ასევე – წვის შეგრძნება მკერდის ძვლის უკან
მეცელის დივერტიკულიტი	ტკივილი ლოკალიზებულია ჭიათის გარშემო ან მუცლის ქვედა ნაწილში. განა-გალში შევამჩნიოთ სისტლი.
თასქარი	ტკივილის ლოკალიზაცია შეესაბამება თასქრისას. შეგრძნება ძლიერდება გაჭირ-თვის, ხელების, ფიზიკური დატვირთვის, პორიზონტალურიდან ვერტიკალურ პო-ზაში გადასვლის დროს.
ქოლელითიაზი	ტკივილი აღინიშნება მარჯვენა ფერდებებში მიდამოში. შესაძლოა, გაძლიერდეს ცხიმიანი და ცხარე საკვების მიღების შემდეგ. დამახასიათებელია არეკლილი ტკი-ვილი მარჯვენა ბჟეზის არეში. ცხიმიანი საკვების მიღების შემდეგ მოსალოდნელია ფალარათი.
საშარდე გზების ინფექცია	ყრუ ტკივილი ბოქენის ძვლის ზემოთ ან წელის მიდამოში
პიდრონულურიზი	მუცლის ღრუს ან წელის მიდამოს ცალმხრივი ტკივილი
თირკმელენჭოვანი დააგვადება	ძლიერი, მზარდი ტკივილი, რომელიც წელიდან საზარდულამდე და სათესლე ჯირ-კვლებამდე ვრცელდება.
ნამგლისებრუჯრედოვანი ანემია	პემოლიზურ კრიზებს ახასიათებს შინაგანი ორგანოების თრომბოზი, ნორმოქრო-მული ანემია, მუქი შარდის გამოყოფა.
ტკივით მოწამვლა	უეცარი ძლიერი ტკივილი (ტყვიის კოლიკა), რომელსაც შესაძლოა ახლდეს ყაბ-ზობა, პირში ლითონის გემოს გაჩენა.
პორფირია	დამახასიათებელია ძლიერი ტკივილი, რომლის პროფორებასაც იწვევს მედიკამენ-ტები, ინფექციები და შიმშილი. უნდა დადგინდეს პორფირინების არსებობა შარ-დში.
შონლეინ-ჰენოხის პურპურა	ძლიერი კოლიკა მუცელში, რომელსაც მორეციდივე ხასიათი აქვთ, ფარული გას-ტრონტერული სისტლდენა, დამახასიათებელი გამონაყარი და ართრიტი

ლის ტკივილის მიზეზი არაქირურგიული დაავადებაა (მაგალითად, გასტრონეტრიტი), ხოლო თუ ამ ფონზე პერისტალტიკური ხმიანობა ძლიერია (ფურუური), საფირუებელია ნაწლავთა ობსტრუქცია. ძლიერი ტკივილი და პერისტალტიკური ხმიანობის არარსებობა პერიტონიტს ახასიათებს.

მუცელის პალპაცია იწყება ზერელე მოსინჯვით ტკივილისგან დამორებული უნიდან მტკივანისკენ. ზერელე პალპაციით განისაზღვრება მტკივნეული მიღამო და მუცელის კედლის დაჭიმულობა, ღრმა პალპაციით კი შესაძლებელია დაგინდეს მოცულობითი წარმონაქმნი მუცელის ღრუში და ორგანომეგალია. აქნდიციტის ეჭვის შემთხვევაში ისინჯება როგორინგის, სიტკოვსკის და სხვა სიმპტომები, ქოლეცისტის ეჭვისას კი – კერისა და მერფის სიმპტომები. საზარდულის ფოსოსა და პოსტოპერაციული ნაწილურების პალპაცია აუცილებელია შესაბამისი ლოკალიზაციის თიაქრის გამოსარიცხად. ბავშვი, საჭიროებისამებრ, უნდა გაისინჯოს რექტალურადაც [23].

მუცელის მწვავე ტკივილის დროს, გარდა რუტინული კვლევებისა, საჭიროებისამებრ, ტარდება სპეციფიკური ანალიზებიც. ჰელმინთოზის დასადგენად მიზანშეწონილია ფეკალური მასების ლაბორატორიული კვლევა. ფეკალურ მასებს იყვალევნ აგრეთვე ფარული სისხლდენის გამოსავლენად, პოლიმორფულ-ბირთვიანი ლეიკოციტების აღმოსაჩენად და სხვა. პანკრეატიტის ეჭვის დროს განისაზღვრება შრატში ამილაზის დონე. ლაქტოზის აუტანლობისას ტარდება წყალბადის სუნთქვითი ტესტი. მოწოდებულია სეროლოგიური ანალიზები ლაბბლიოზის, ამებიაზისა და H.pylori-ი ინფიცირების დასადგენად [24; 25].

მუცელის მწვავე ტკივილის დროს ბავშვს უტარდება გულმკერდისა და მუცელის მიმოხილვითი რენტგენოლოგიური კვლევა. პერფორაციისა და გაუვალობის ეჭვის შემთხვევაში მუცელის რენტგენოლოგიური კვლევა ტარდება როგორც ვერტიკალურ, ისე ჰორიზონტალურ პოზიციაში. პათოლოგიას შეესაბამება: პნევმატოზი ანუ წვრილი ნაწლავების პაერით გადავსება (მსხვილ ნაწლავში პაერის არსებობა ნორმის ვარიანტია), კლოიბერის ფიალები ან პაერის არსებობა დიაფრაგმული გუმბათის ქვეშ. ინვაგინაციაზე მეტყველებს მდგომარეობა, როდესაც მარჯვენა ფერდეჭვება მიდამოში ნაწლავებში პაერი არ ისახება და, ამასთანავე, რენტგენოგრამა ავლენს ქსოვილოვანი სიმკვრივის რენტგენოლოგიურ ჩრდილს (იხ. დანართი სურათები) [4]. საჭიროების შემთხვევაში ტარდება ირიგოსკოპია, გასტროლუროდენოსკოპია და კოლო-

ნოსკოპია. აღსანიშნავია, რომ ბარიუმის შემცველი საკონტრასტო ნივთიერება პერიტონეუმის ანთებას იწვევს, ამიტომ პერფორაციის ეჭვის დროს მისი გამოყენება უკუნაჩვენებია. ულტრასონოგრაფიული კვლევა განსაკუთრებით ინფორმაციულია ღვიძლისა და სანალვლე გზების, საშარდე სისტემისა და გინეკოლოგიური დაავადებების დროს. ის ადვილად გამოავლენს კენჭებს სანალვლე გზებსა და საშარდე სისტემაში [4]. მუცელის გამოხატული ტკივილის დროს უმნიშვნელოვანესია კონტრასტული კომპიუტერული ტომოგრაფიული კვლევა. მას ასიდან 95 შემთხვევაში აქვს დიაგნოსტიკური ღირებულება [3].

**ქრონიკული მუცელის ტკივილი.** მიუხედავად იმისა, რომ სანგრძლივი მუდმივი ან პერიოდული მუცელის ტკივილი ბავშვთა ასაკში საკმაოდ ხშირია, ის არასულყოფილად არის შესწავლილი და მისი კლინიკური შეფასება საკმაოდ პრობლემურია. ბოლო 40 წელია, ქრონიკული მუცელის ტკივილის განსაზღვრის მიზნით ხშირად მიმართავენ Apley-სა და Naish-ის კრიტერიუმებს. ამ კრიტერიუმების მიხედვით, მუცელის ტკივილი ქრონიკულია, თუ ანამნეზში ფიგურირებს ტკივილის სამი და მეტი ეპიზოდი, რომელთა სანგრძლივობა 3 თვეს აღემატება [8; 9], თუმცა კლინიკურ პრაქტიკაში 1-2 თვეზე ხანგრძლივი მუცელის ტკივილიც ქრონიკულად განიხილება [7].

ქრონიკული მუცელის ტკივილის დიაგნოსტიკური შეფასება მწვავეს მსგავსად ხორციელდება, თუმცა რამდენიმე თავისებურებაც ახასიათებს. პირველ ყოვლისა, უნდა ითქვას, რომ მუცელის ქრონიკული ტკივილის დიაგნოსტიკა, მწვავესგან განსხვავებით, გადაუდებელ ამოცანას არ წარმოადგენს. სასურველია, ბავშვები ან მისმა მშობლებმა აწარმოონ დღიური, სადაც აღრიცხავენ ტკივილის განვითარების დასაწყისს, მის თავისებურებებსა და თანმხლებ სიმპტომებს (კითხვარი ცხრილ №2-შია წარმოდგენილი).

მუცელის ქრონიკული ტკივილი უმეტესად არაორგანული ბუნებისაა ანუ საფუძვლად არ უდევს ანატომიური, მეტაბოლური, ინფექციური, ანთებითი და სიმსინური ცვლილებები. ასეთ ტკივილს ფუნქციური ეწოდება (იხ. ცხრილი №4) [7].

ფუნქციური მუცელის ტკივილი, როგორც ჩანს, კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ნერვული რეგულაციის დარღვევებს უკავშირდება. ნერვული სისტემის ნაწილს, რომელიც კუჭ-ნაწლავის ტრაქტის ინერვაციას ახდენს, ნაწლავების „ზატარა ტგინს“ უწოდებენ [10]. მას ცნს-თან ორმხრივი კავშირი აქვს. სწორედ

ტვინსა და ნაწლავებს შორის არსებული ნერვული ურთიერთკავშირის დარღვევა წარმოადგენს ფუნქციური მუცლის ტკივილის პათოფიზიოლოგიურ საფუძველს. ამჟამად მიჩნეულია, რომ შეცვლილია არა ნაწლავების მოტორიკა, როგორც ადრე მიაჩნდათ, არამედ ნაწლავების რეაქციულობა ფიზიოლოგიური გამღიზიანებლებისა (მაგალითად, საკვების მიღება, ნაწლავების გადავსება, ჰორმონული ცვლილებები) და სტრესული ფაქტორების (გადაღლა, ემოციური სტრესები, ანთებითი ცვლილებები და სხვა) მიმართ [11]. გარდა ამისა, არსებული მონაცემები მიუთითებს, რომ დაქვეითებული უნდა იყოს ტკივილის ზღურბლიც ნაწლავის სანათურში არსებული წნევის ცვალებადობის მიმართ, რაც ვისცერულ ჰქილავების განაპირობებს [12].

ქრონიკული მუცლის ტკივილის დროს ექიმის უმთავრესი მიზანია, ერთმანეთისგან განასხვაოს ფუნქციური და ორგანული წარმოშობის ტკივილი, რაც არცუ ითლი ამოცანაა. ორგანული მიზეზით განვითარებულ მუცლის ტკივილს მკაფიო ლოკალიზაცია ახასიათებს. თუ ტკივილის შეგრძება ლოკალიზებულია არა ჭიპის, არამედ სხვა მიდამოში, ორგანული დაავადებების გამორიცხვა განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია. Apley-ს დაკირვების თანახმად, ჭიპიდან რაც უფრო შორის აღმოცენდება ტკივილი, მით უფრო მეტია ორგანული დაავადების აღბათობა [13]. ორგანული წარმოშობის მუცლის ტკივილმა შესაძლოა ბავშვი ღამით გააღიძოს. დამახასიათებელია ტკივილის ირადიაცია სხვადასხვა მიდამოში. თუ მუცლის პერიოდულ ტკივილს ანატომიური საფუძველი აქვს, მის პროვოკირებას ახდენს გამაღიზიანებელი ფაქტორები, კერძოდ, საკვების მიღება, რომელიმე კონკრეტული საკვები, დეფეკაცია და სხვა. ტკივილის ორგანულ ბუნებაზე მიუთითებს ისეთი სიმპტომები, როგორიც არის წონის კლება, ზრდაში ჩამორჩენა, გასტროენტერული სისხლდენა, გამოხატული ღებინება, ქრონიკული ძლიერი ფაღარათი, მარჯვენა ფერდექვეშა მიდამოში ან თებოს ფოსოში ლოკალიზებული ხანგრძლივი ტკივილი, აუსნელი ცხელება, ნაწლავთა ანთებითი დაავადებების ოჯახური ანამნეზი, ფიზიკალური გამოკვლევისას აღმოჩენილი დარღვევები და სხვა. გამოხატული ღებინების ცნება გულისხმობს ნაღვლოვან ღებინებას, გახანგრძლივებულ ღებინებას, პერიოდულად განმეორებად ღებინებას და ექიმისთვის აუსნელ სხვა თავისებურებებს. მუცლის გასინჯვისას

#### ცხრილი №4

ცურცილი გუცლის ტკიბილის სახეები  
გავშვთა ასაკში [7]

ფუნქციური მუცლის ტკივილი	ფუნქციური მუცლის ტკივილი წარმოადგენს მუცლის ისეთ ტკივილს, როდესაც ტკივილის გამომწვევი თვალსაჩინო (ანატომიური, მეტაბოლური, ინფექციური, ანთებითი, სიმსივნური) მიზეზი არ არსებობს. შესაძლოა, მიმდინარეობდეს ფუნქციური დისპეფსის, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომის, მუცლის შაკიკის ან ფუნქციური მუცლის ტკივილის სინდრომის სახით.
ფუნქციური დისპეფსია	ფუნქციური მუცლის ტკივილი ან დისკომფორტი მუცლის ზედა ნაწილში.
გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი	ფუნქციური მუცლის ტკივილი, როდესაც დარღვეულია ნაწლავთა მოქმედება..
აბდომინალური შაკიკი	შაკიკის ნიშნებით მიმდინარე ფუნქციური მუცლის ტკივილი (პაროქსიზმული მუცლის ტკივილი, რომელსაც თან სდევს ანორქესია, გულსრევა, ღებინება, სიფითრე, დედა უჩივის შაკიკს).
ფუნქციური მუცლის ტკივილის სიდრომი	ფუნქციური მუცლის ტკივილი, როდესაც არ არის გამოხატული ფუნქციური დისპეფსია, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომი და მუცლის შაკიკი.

საყურადღებო ნიშანია ადგილობრივი დაჭიმულობა (განსაკუთრებით – მარჯვენა ფერდქეშა მიდამოში ან მარჯვენა თეძოს ფოსოში), პალპაციით აღმოჩენილი მოცულობითი წარმონაქმნი, ღვიძლისა და ელენთის გადიდება და სხვა [7].

ფუნქციური მუცლის ტკივილი სპეციფიკური დიაგნოზია და ქრონიკული მუცლის ტკივილის უმთავრეს მიზეზს წარმოადგენს. ის შესაძლოა გამოიხატოს ფუნქციური დისპეფსიით, გაღიზიანებული ნაწლავის სინდრომით, მუცლის შაკიკით ან ფუნქციური მუცლის ტკივილის სინდრომით. ზოგჯერ ორი ან მეტი სინდრომი ერთდროულად ვლინდება (იხ. ცხრილი №4).

ფუნქციური მუცლის ტკივილი არასპეციფიკურია. ის შესაძლოა იყოს ყრუ, ზომიერად ინტენსიური ან კოლიკისმაგვარი. შესაძლოა, წააგავდეს ორგანული წარმოშობის ტკივილს, თუმცა ზემოთ ჩამოთვლილი საყურადღებო ნიშნები თან არ სდევს. ასეთ ბავშვებში ხშირია ფსიქოსოციალური დარღვევები. ანამნეზის შეკრებისას ექიმმა უნდა გამოიკითხოს, ხომ არ გადაუტანია ბავშვს ფიზიკური ძალადობა, როგორი ურთიერთობა აქვს მშობლებთან, მასწავლებლებთან, ბავშვებთან. ფუნქციური მუცლის ტკივილის მქონე ბავშვები ხშირად უჩივიან შიშებს, დეპრესიას, დაძაბულობას, დამოკიდებული არიან მშობლებზე. ხშირად მათი მშობლებიც გადაჭარბებულ მზრუნველობას იჩენენ შვილის მიმართ. ექიმმა აფორიაქებულ დედ-მამას უნდა აუხსნას, რომ ქრონიკული მუცლის ტკივილი ბავშვებსა და მოზარდებს შორის საკმარის გავრცელებულია. ეს არ არის ორგანული დაავადება. მაგალითის თვის შეიძლება შევადაროთ თავის ტკივილს. ფუნქციური მუცლის ტკივილის სინდრომის დიაგნოზი დაისმის, როდესაც:

- 1) 4-18 წლის ბავშვს აღენიშნება ქრონიკული მუცლის ტკივილი;
- 2) არ არის გამოხატული ზემოთ ჩამოთვლილი საყურადღებო ნიშნები;
- 3) ფიზიკალური გამოკვლევა პათოლოგიას არ ავლენს;
- 4) განავალში არ არის ფარული სისხლდენის ნიშნები;
- 5) არ არსებობს დამატებითი დიაგნოსტიკური კვლევების კლინიკური აუცილებლობა [7].

ფუნქციური მუცლის ტკივილის სინდრომის მკურნალობისას განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ფსიქოსოციალურ ფაქტორებზე ზემოქმედება. პაციენტი და მისი მშობლები ექიმს უნდა ენდობოდნენ. ბავშვს უნდა მიეცეს მეტი დამოუკიდებლობა. საჭიროა წააგანალისოთ ჯანსაღი საზოგადოებრივი ურთიერთობები, გამოუეტეშაოთ თავდაჯერება. სკოლისა და ბაღის მასწავლებლებს ეძლევათ რეკომენდაცია, ტკივილის დროს გამოიყენონ სუსტი ანალგეტიკები (მაგალითად, პარაცეტამოლი). ძლიერი დეპრესიისა და სხვა ფსიქიკური დარღვევების დროს სასურველია ფსიქიატრის კონსულტაცია.

პერიოდულად განმეორებადი დებინების სინდრომს აბდომინალურ შაკის უწოდებენ. ბავშვს პერიოდულად აღნიშნება გულისრევა, მრავალჯერადი დებინება, მუცლის ტკივილი. ჩვეულებრივ, შეტევა იწყება დამით ან გამთენისას და 6-48 საათს გრძელდება. შეტევებს შორის პერიოდი რამდენიმე კვირას ან რამდენიმე თვეს გრძელდება. ამ ხნის განმავლობაში არავთარი სუბიექტური თუ თბიექტური სიმპტომი არ ვლინდება. ასეთ ბავშვებს შორის ხშირია შაკიკის ოჯახური ანამნეზი. ანტიემეტური და შაკიკის საწინააღმდეგო პრეპარატები შეტევის დაწყებისთანავე უნდა დაინიშნოს [16].

1-დან 12 წლამდე ასაკში ქრონიკული მუცლის ტკივილის ერთ-ერთი უმთავრესი მიზეზია **ყაბზობა** – გაიშვიათებული დეფეკაცია გამკვრივებული მასებით. უფრო მართებული იქნება, თუ მას განვიხილავთ, როგორც მდგომარეობას, როდესაც მსხვილი ნაწლავების დისტალური ნაწილის დაცლა არასრულფასოვანია [15]. მთავარი მიზეზია სიზარმაცე, რომლის გამოც ბავშვები არ ასრულებენ დეფეკაციის აქტს. შედეგად ფართოვდება კოლინჯის დისტალური ნაწილი, ხოლო დეფეკაცია არარეგულარული ხდება. დიდი ოდენობით საკვების მიღებისას თავს იჩენს სხვადასხვა ინტენსივობის შეტევითი ტკივილი, რაც უმაღლების მიზეზად იქცევა. განავლოვანი მასებისა და აირების გამო მუცელი შეძერილია. ყაბზობა შესაძლოა გართულდეს განავლის შეუკავებლობითა და სწორი ნაწლავის ნახეთქებიდან სისხლდენით. ბავშვს ენიშნება უჯრედისით მდიდარი საკვები. იზღუდება შეკრულობის ხელშემწყობი პროდუქტები (ყველი, ცომეული). თავდაპირველად შესაძლოა, დეტამ ნაწლავებში ფეკალური მასების დიდი ოდენობით დაგროვების გამო შეკრუ-

ლობა გაამწვაოს. ექიმმა და მშობლებმა ბავშვს უნდა ჩააგონონ, რომ ნაწლავების ყოველდღე დაცლა აუცილებელია. საფალარათო სანთლები და ოქნა ნაჩვენებია, როდესაც ნაწლავების დაუცლელობა 3 დღე-დამეზე მეტსანს გასტანს. საჭიროებისას მოწოდებულია პერორალური საფალარათო საშუალებები (ლაქტულოზა, სხვადასხვა ზეთი, სენადეს პრეპარატები, მაგნიუმის სულფატი და სხვა).

პეპტიკური დარღვევები გულისხმობს რეფლუქ-ს-ეზოფაგიტს, ანტრალურ გასტრიტს, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვან დაავადებას და *H. pylori*-t ინფიცირებას.

ბავშვთა ასაკში წყლულოვანი დაავადების მთავრი რისკფაქტორია გენეტიკური განწყობა. თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლული ვაჟებს შორის 2-3-ჯერ უფრო ხშირია, კუჭის წყლული კი გოგონებსა და ვაჟებს თანაბრად აღნიშნებათ. ჩვილებსა და მცირეჭლოვან ბავშვებში პეპტიკური დარღვევების 75% სტრესულ წყლულებზე მოდის და უმთავრესად ანთების საწინააღმდეგო არასტეროიდული პრეპარატების მიღებას უკავშირდება [14].

ბავშვთა ასაკში საკმაოდ გავრცელებულია ანტრალური გასტრიტიც. მისთვის დამახასიათებელია ქრონიკული ეპიგასტრიული ტკივილი. საკვების მცირე უღლუფის მიღების შემდეგ აღინიშნება სიმაძლრის შეგრძნება და გულისრევა, რის გამოც ბავშვი წონას იკლებს. კუჭის დაცლა ჭირს. საყლაპავის რეფლუქ-სი შესაძლოა წამყვან სიმპტომად მოგვევლინოს.

ანტრალური გასტრიტის დასაწყისი ხშირად მწვავეა და ვირუსულ ინფექციებს უკავშირდება. ამ შემთხვევაში ოჯახური ანამნეზი პეპტიკური დაავადებებით დატვირთული არ არის.

ბავშვთა ასაკში გასტროდენალური სისხლდენა, გარდა პეპტიკური დარღვევებისა, შეიძლება გამოიწვიოს თირკმლის ქრონიკულმა უკმარისობამ, ნამგლისებრუჯრედოვანმა ანემიამ, ცისტურმა ფიბროზმა და ციროზმა. ნაწლავების ანთებით დაავადებებს შორის აღსანიშნავია წყლულოვანი კოლიტი და კრონის დაავადება. მათთვის დამახასიათებელი ტკივილი, ჩვეულებრივ, მუცლის ქვედა ნაწილში ლოკალიზდება და შეტევითი ხასიათი აქვს. ჭამა და ფიზიკური დატვირთვა ტკივილს აძლიერებს, საკვების მცირე უღლუფები კი ტკივილის ინტენსივობას ამცირებს, რის გამოც ბავშვი სრულფასოვან კვებაზე

უარს ამბობს, ეს კი, თავის მხრივ ზრდაში ჩამორჩენის მიზეზად იქცევა. დიაგნოზის დასმა შედარებით ადვილია, თუ კლინიკურ სურათში გამოხატულია სისხლიანი ფალარათი, ღამის დეფეკაციები, დაზიანებულია ანუსის ლორწოვნი გარსი, ილიოცეკალურ ფოსოში პალპაციით ისინჯება მოცულობითი წარმონაქმნი. ნაკლებად სპეციფიკური სიმპტომებია გვიანი პუბერტაცია, ანემია, რომელიც არ ექვემდებარება რკინის პრეპარატებით მკურნალობას, პირის ღრუს ლორწოვნი გარსის მორეციდივე აფტოზური წყლულები, ღვიძლის ქრონიკული დაავადება, აგრეთვე – მსხვილი სახსრების სინოვიტი და ართრიტი [17].



### ଲିଟେରେଶନ୍ସ

1. Alexander K.C., David L., Acute abdominal pain in children. Am Fam Physician. June 1, 2003
2. Behrman, Nelson Textbook of Pediatrics, 17th ed., Abdominal pain
3. Mark Davenport, ABC of General Surgery in Children: Acute abdominal pain in children. BMJ. 1996;312:498-501
4. Ashcraft K.W., Pediatric surgery. 3d ed. Philadelphia: Saunders, 2000
5. Caty M.G., Azizkhan R.G., Acute surgical conditions of the abdomen. Pediatr Ann 1994;23:192-4,199-201
6. Di Lorenzo C., Colletti, Richard B., Lehmann H., Boyle J. T., Gerson W. T., Hyams J. S., Squires R. H., Walker L. S., Kanda P. T., Chronic Abdominal Pain in Children: A Clinical Report of the American Academy of Pediatrics and the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition: American Academy of Pediatrics Subcommittee on Chronic Abdominal Pain and NASPGHAN Committee on Abdominal Pain. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition: Volume 40(3) March 2005 pp 245-248
7. Apley J., The child with recurrent abdominal pain. Pediatr Clin North Am 1967;14:63-72
8. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1,000 school children. Arch Dis Child 1958;33:165-70
9. Cooke H.J., Role of the little brain in the gut in water and electrolyte homeostasis. FASEB J 1989;3:127-38
10. Drossman D.A., Camilleri M., Mayer E.A., Whitehead W.E., AGA technical review on irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2002;123:2108-31
11. Di Lorenzo C., Youssef N.N., Sigurdsson L., Scharff L., Griffiths J., Wald A., Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. J Pediatr 2001;139:838-43
12. Apley J., The child with abdominal pains. 2d ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1975
13. Mezoff A.G., Balistreri WF. Peptic ulcer disease in children. Pediatr Rev 1995;16:257-65
14. Alan M. Lake. Chronic Abdominal Pain in Childhood: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. April 1, 1999.
15. Fleisher D.R., The cyclic vomiting syndrome described. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1995;21 Suppl 1:S1-5.
16. Hyams J.S., Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994;19:7-21
17. Rasquin-Weber A., Hyman P.E., Cucchiara S. et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. Gut 1999;45 Suppl 2:II60-8
18. Ruddy R.M., Pain—abdomen. In: Fleisher GR, Ludwig S. Textbook of pediatric emergency medicine. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000:421-8
19. Leung A.K., Robson W.L., Urinary tract infection in infancy and childhood. Adv Pediatr 1991;38:257-85
20. Robson W.L., Leung A.K., Henoch-Schönlein purpura. Adv Pediatr 1994;41:163-94
21. Robson W.L., Leung A.K., Kaplan B.S., Hemolytic-uremic syndrome. Curr Probl Pediatr 1993;23:16-33
22. Scholer S.J., Pituch K., Orr D.P., Dittus R.S., Use of the rectal examination on children with acute abdominal pain. Clin Pediatr [Phila] 1998;37:311-6
23. Ader-Shotet F., Palmer P., Reed G., Edwards K., Prevalence of Helicobacter pylori antibodies in normal children. Pediatr Infect Dis J 1996;15:172-4
24. Hardikar W., Feekery C., Smith A., Oberklaid F., Grimwood K., Helicobacter pylori and recurrent abdominal pain in children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1996;22:148-52
25. Walsh J.H., Peterson W.L., The treatment of Helicobacter pylori infection in the management of peptic ulcer disease. N Engl J Med 1995;333:984-91.