

მუშავი პროექტი

კლინიკური მდგომარეობის მართვის სახელმწიფო
სტანდარტი

(პროტოკოლი)

მწვავე ბრონქიტი

(პირველადი ჯანდაცვის ობიექტი)

1. დეფინიცია

მწვავე ბრონქიტი ბრონქული ხის ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებაა, რომელიც გრძელდება 2-3 კვირამდე და რომლის აუცილებელ სიმპტომს წარმოადგენს ხველა ნახველის გამოყოფით ან მის გარეშე.

2. სიმპტომები და ნიშნები

მწვავე ბრონქიტი უხშირესად გამოწვეულია რესპირაციული ვირუსებით, ამიტომ იგი იწყება რესპირაციული ინფექციის ნიშნებით, როგორცაა შემცივნება, საერთო სისუსტე, მსუბუქი ცხელება (არაუმეტეს 3 დღის განმავლობაში), ცხვირიდან გამონადენი, ყელის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა.

ძირითადი კლინიკური ნიშანი არის ხველა, რომელიც დაავადების დაწყებიდან 2-4 დღის შემდეგ იჩენს თავს. თავიდან ის მშრალი, შემაწუსებელი ხასიათისაა, შემდეგ პროდუქტიული ხდება. ნახველი თავიდან ლორწოვანია, მოგვიანებით ჩირქოვანი შეიძლება გახდეს. თუმცა ჩირქოვანი ნახველი გამოწვეულია ლეიკოციტების მიგრაციით და ყოველთვის არ მიუთითებს ბაქტერიული ინფექციის არსებობაზე. ადრეული ასაკის ბავშვები ნახველს ყლაპავენ, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ღებინება. დინამიკაში ნახველი თანდათან თხიერდება და 5-10 დღეში ხველა გაივლის. ბრონქიტის სიმპტომები ჩვეულებრივ 2 კვირამდე გრძელდება, თუმცა იშვიათად შეიძლება ხველა გახანგრძლივდეს 4-6 კვირამდე.

ტემპერატურა ნორმალურია ან სუბფებრილური. ადრეულ ეტაპზე შესაძლოა გამოხატული იყოს ნაზოფარინგიტი, კონიუნქტივიტი და რინიტი. დაავადების პროგრესირების და ხველის ინტენსივობის მატებასთან ერთად მოისმინება მშრალი და სხადასხვა ყალიბის სველი ხიხინი. ზოგ პაციენტში ისმის მსტვინავი სუნთქვა. ბრონქიტისათვის არ არის დამახასიათებელი ლოკალური სიმპტომატკა: ლოკალური კრეპიტაცია, ბრონქული სუნთქვა, პერკუტორული ხმიანობის მოყრუება. ასეთ შემთხვევაში გამოსარიცხია პნევმონიის არსებობა.

მიკოპლაზმური ეტიოლოგიის ბრონქიტის შემთხვევაში შესაძლებელია კანზე გამონაყარის გაჩენაც.

ბრონქიტზე ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი იმ პაციენტებში, რომელთანაც მწვავე რესპირაციული ინფექციის ნიშნები ასოცირებულია ხველასთან. სრული ანამნეზური გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს გარემო არის და სიგარეტის ზეგავლენის დადგენას, ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს. სრული ობიექტური გამოკვლევა აუცილებელია, რათა გამოირიცხოს ხველის სხვა მიზეზები, როგორცაა კარდიოვასკულარული დაავადებები და ფილტვის პარენქიმის დაზიანება.

3. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები

სისხლის საერთო ანალიზი - არ იძლევა დაავადების დიაგნოსტიკის და მისი მკურნალობის განსაზღვრის საშუალებას. ამიტომ არ არის მიზანშეწონილი მისი რუტინულად ჩატარება. მწვავე ბრონქიტის დროს შეიძლება გამოვლინდეს ლეიკოპენია ან ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, თუმცა ეს არ არის სპეციფიური ამ დაავადებისათვის.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა - მწვავე ბრონქიტის დროს გულმკერდის რენტგენოგრაფია ნორმალურია ან აღინიშნება ბრონქოგენური გაძლიერება. გულმკერდის რენტგენოგრაფია არ ტარდება რუტინულად. გულმკერდის რენტგენოგრაფიის ჩვენებებია:

- პაციენტს აქვს ცხელება, მაგრამ არ აქვს ზემო სასუნთქი გზების დაზიანების სიმპტომები;
- პაციენტს აქვს თანმხლები დაავადება, რომელიც ხელს უწყობს პნევმონიის განვითარებას – ბრონქოექტაზია, დიაბეტი, გულის, ღვიძლის ან თირკმლის პათოლოგია;
- ანამნეზში პნევმონია (< 1 წელი);
- ანამნეზში ტუბერკულოზის არსებობა;
- დაავადების გახანგრძლივება ან უჩვეულო მიმდინარეობა;
- ეჭვი პნევმონიაზე.

4. მკურნალობა

მწვავე ბრონქიტის ძირითადი გამომწვევია ვირუსი, ამიტომ ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის ნაჩვენები. ანტიბიოტიკოთერაპიაზე უნდა ვიფიქროთ, თუ:

- ზოგადი მდგომარეობა უარესდება;
- ცხელება გრძელდება ერთ კვირაზე მეტ ხანს;
- ცხელება თავიდან იწყება;
- აღინიშნება პროფუზული და ჩირქოვანი ნახველი;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციიდან გამომდინარე ეჭვია მიკოპლაზმურ, ქლამიდიურ ინფექციაზე ან ყივანახველაზე;
- თუ მწვავე ბრონქიტის სიმპტომებთან ერთად აღინიშნება სინუსიტი ან ოტიტი;
- თუ დაავადება მიმდინარეობს იმ ფაქტორების ფონზე, რომელთაც შეუძლიათ გაზარდონ პნევმონიის განვითარების რისკი (იმუნოდეფიციენტი, ალკოჰოლიზმი, გულის ქრონიკული უკმარისობა, ფილტვის ქრონიკული პათოლოგია).

მიკოპლაზმურ და ქლამიდიურ ინფექციაზე ეჭვის დროს რეკომენდებულია მაკროლიდის გამოყენება.

მკურნალობის პრინციპები ბავშვებში

1. მშვიდი, კომფორტული გარემო;
2. სითხეების დამატებითი მიწოდება;
3. ანტიპირეტული საშუალებები;
4. ბავშვებში ხველის დამორგუნველების გამოყენება არ ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას, ამასთან ნახველის ევაკუაციის დათრგუნვამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ბაქტერიულ გართულებას;

5. ბავშვებში არ არსებობს მწვავე ბრონქიტის დროს β₂-აგონისტების ეფექტურობის დამადასტურებელი მონაცემები;
6. ანტიბიოტიკური პრეპარატები არ არის რეკომენდებული, რადგან ისინი იწვევენ ნახველის გამოშრობას და შეიძლება გააძლიერონ ხველა.

მშობელს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ დაუყოვნებლივ მიმართოს ექიმს, თუ ბავშვს გამოეხატა შემდეგი ნიშნები: სუნთქვა გახდა უფრო გაძნელებული; დაეწყო ღებინება ყოველი კვების შემდეგ; ვერ იღებს სითხეებს; გამოიხატა ზოგადი მძიმე მდგომარეობა – დათრგუნვა, ძილიანობა.

მკურნალობის პრინციპები მოზრდილებში

1. სითხეების დამატებით მიწოდება ბრონქული სეკრეტის გამოშრობის თავიდან აცილების მიზნით;
2. სიგარეტის მოწვეისაგან თავის შეკავება;
3. ანტიპირეტული საშუალებები;
4. ხველის დამთრგუნველი საშუალებები ხშირად ინიშნება ბრონქიტის დროს. მათ შეიძლება შეამცირონ ხველა, მაგრამ მათი მიღება არ ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას.
5. ამოსახველებელი საშუალებების რუტინული გამოყენება არ არის რეკომენდებული. ნახველის გამათხიერებელი საშუალებების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ წებოვანი, ძნელად გამოსაყოფი ნახველის შემთხვევაში;
6. ბრონქოდილატატორების გამოყენება უმნიშვნელო ეფექტს იძლევა გახანგრძლივებული ხველის დროს;
7. კორტიკოსტეროიდების გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

5. რეაპილიტაცია და დაკვირვება

შემდგომი მეთვალყურეობა ჩვეულებრივ არ არის საჭირო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა:

- მდგომარეობა უარესდება ან ახალი სიმპტომები ჩნდება;
- ხველა ხანგრძლივდება >1 თვეზე;
- სიმპტომები მეორდება (>3 ეპიზოდზე წელიწადში).

6. გაიდლაინი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი

– „მწვავე ბრონქიტი“.

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტიმნიკური რესურსი

ადამიანური რესურსი: ოჯახის ექიმი, უბნის თერაპევტი ან პედიატრი.

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი), ფონენდოსკოპი.

მწვავე ბრონქიტი

(სტაციონარი)

1. დაავადების დეზინიცია

მწვავე ბრონქიტი ბრონქული ხის ლორწოვანი გარსის მწვავე ანთებაა, რომელიც გრძელდება 2-3 კვირამდე და რომლის აუცილებელ სიმპტომს წარმოადგენს ხველა ნახველის გამოყოფით ან მის გარეშე.

2. სიმპტომები და ნიშნები

მწვავე ბრონქიტი უხშირესად გამოწვეულია რესპირაციული ვირუსებით, ამიტომ იგი იწყება რესპირაციული ინფექციის ნიშნებით, როგორცაა შემცივნება, საერთო სისუსტე, მსუბუქი ცხელება (არაუმეტეს 3 დღე), ცხვირიდან გამონადენი, ყელის ტკივილი, კუნთების ტკივილი, ხმის ჩახლეჩა.

ძირითადი კლინიკური ნიშანი ხველაა, რომელიც დაავადების დაწყებიდან 2-4 დღის შემდეგ იჩენს თავს. თავიდან ის მშრალი, შემაწუხებელი ხასიათისაა, შემდეგ პროდუქტიული ხდება. ნახველი თავიდან ლორწოვანია, მოგვიანებით ჩირქოვანი შეიძლება გახდეს. თუმცა ჩირქოვანი ნახველი გამოწვეულია ლეიკოციტების მიგრაციით და ყოველთვის არ მიუთითებს ბაქტერიული ინფექციის არსებობაზე. ადრეული ასაკის ბავშვები ნახველს ყლაპავენ, რასაც შეიძლება მოჰყვეს ღებინება. დინამიკაში ნახველი თანდათან თხიერდება და 5-10 დღეში ხველა გაივლის. ბრონქიტის სიმპტომები ჩვეულებრივ 2 კვირამდე გრძელდება, თუმცა იშვიათად შეიძლება ხველა გახანგრძლივდეს 4-6 კვირამდე.

ტემპერატურა ნორმალურია ან სუბფებრილური. ადრეულ ეტაპზე შესაძლოა გამოხატული იყოს ნაზოფარინგიტი, კონიუნქტივიტი და რინიტი. დაავადების პროგრესირების და ხველის ინტენსივობის მატებასთან ერთად მოისმინება მშრალი და სხადასხვა ყალიბის სველი ხიხინი. ზოგ პაციენტში შეიძლება მოისმინებოდეს მსტვინავი სუნთქვა. ბრონქიტისათვის არ არის დამახასიათებელი ლოკალური სიმპტომატიკა: ლოკალური კრეპიტაცია, ბრონქული სუნთქვა, პერკუტორული ხმიანობა მოყრუება. ასეთ შემთხვევაში გამოსარიცხია პნევმონიის არსებობა.

მიკოპლაზმური ეტიოლოგიის პნევმონიის შემთხვევაში შესაძლებელია კანზე გამონაყარის გაჩენა.

ბრონქიტზე ეჭვი უნდა იქნეს მიტანილი იმ პაციენტებში, რომელთანაც მწვავე რესპირაციული ინფექციის ნიშნები ასოცირებულია ხველასთან. სრული ანამნეზური გამოკვლევა უნდა მოიცავდეს გარემო არის და სიგარეტის ზეგავლენის დადგენას, ეპიდემიოლოგიურ მონაცემებს. სრული ობიექტური გამოკვლევა აუცილებელია, რათა გამოირიცხოს ხველის სხვა მიზეზები, როგორცაა კარდიოვასკულარული დაავადებები და ფილტვის პარენქიმის დაზიანება.

3. დიაგნოსტიკურ-ლაბორატორიული ტესტები და სპეციალისტთა კონსულტაციები

ა) პირველ 4 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის ორგანოების რენტგენოლოგიური კვლევა;
- ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა (ჩვენების მიხედვით).

ბ) პირველ 24 საათში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;
- ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა (ჩვენების მიხედვით);
- ეკგ (ჩვენების მიხედვით)

გ) პირველ 3 დღეში

- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გულმკერდის რენტგენოლოგიური კვლევა;
- ჟანგბადის სატურაციის განსაზღვრა (ჩვენების მიხედვით);
- მიკრობიოლოგიური კვლევა (ჩვენების მიხედვით);
- სეროლოგიური კვლევა (ჩვენების მიხედვით);
- ეკგ (ჩვენების მიხედვით).

სისხლის საერთო ანალიზი - არ იძლევა დაავადების დიაგნოსტიკის და მისი მკურნალობის განსაზღვრის საშუალებას. მწვავე ბრონქიტის დროს შეიძლება გამოვლინდეს ლეიკოპენია ან ლეიკოციტოზი, ლიმფოციტოზი, თუმცა ეს არ არის სპეციფიური ამ დაავადებისათვის.

რენტგენოლოგიური გამოკვლევა - მწვავე ბრონქიტის დროს გულმკერდის რენტგენოგრამა ნორმალურია ან აღინიშნება ბრონქოგენური გაძლიერება. გულმკერდის რენტგენოგრამის ჩვენებებია:

- პაციენტს აქვს ცხელება, მაგრამ არ აქვს ზემო სასუნთქი გზების დაზიანების სიმპტომები;
- პაციენტს აქვს თანმხლები დავადება, რომელიც ხელს უწყობს პნევმონიის განვითარებას - ბრონქოექტაზია, დიაბეტი, გულის, ღვიძლის ან თირკმლის პათოლოგია;
- ანამნეზში პნევმონია (< 1 წელი);
- ანამნეზში ტუბერკულოზის არსებობა;
- დაავადების გახანგრძლივება ან უჩვეულო მიმდინარეობა;
- ეჭვი პნევმონიაზე.

ექთოლოგიური კვლევა - ნაზოფარინგული სეკრეტიდან შეიძლება ვირუსის გამოყოფა, თუმცა ეს არ არის აუცილებელი დიაგნოზის დასასმელად ან მკურნალობისთვის. ვინაიდან მწვავე ბრონქიტი ძირითადად ვირუსული გენეზისაა, არ არის რეკომენდებული ნახველის მიკრობიოლოგიური თუ მიკროსკოპული კვლევის ჩატარება.

ფილტვის ფუნქციის შესწავლა - ფილტვის ფუნქციის შესწავლა ტარდება ბრონქულ ასთმაზე ეჭვის დროს.

4. მკურნალობა

მწვავე ბრონქიტის ძირითადი გამომწვევია ვირუსი, ამიტომ ანტიბიოტიკოთერაპია არ არის ნაჩვენები. ანტიბიოტიკოთერაპიაზე უნდა ვიფიქროთ, თუ:

- ზოგადი მდგომარეობა უარესდება;
- ცხელება გრძელდება ერთ კვირაზე მეტ ხანს;
- ცხელება თავიდან იწყება;
- აღინიშნება პროფუზული და ჩირქოვანი ნახველი;
- ეპიდემიოლოგიური სიტუაციიდან გამომდინარე ეჭვია მიკოპლაზმურ, ქლამიდიურ ინფექციაზე ან ყივანახველაზე;
- თუ მწვავე ბრონქიტის სიმპტომებთან ერთად აღინიშნება სინუსიტი ან ოტიტი;
- თუ დაავადება მიმდინარეობს იმ ფაქტორების ფონზე, რომელთაც შეუძლიათ გაზარდონ პნევმონიის განვითარების რისკი (იმუნოდეფიციტი, ალკოჰოლიზმი, გულის ქრონიკული უკმარისობა, ფილტვის ქრონიკული პათოლოგია).

მიკოპლაზმურ და ქლამიდიურ ინფექციაზე ეჭვის დროს რეკომენდებულია მაკროლიდის გამოყენება.

მკურნალობის პრინციპები ბავშვებში

1. მშვიდი, კომფორტული გარემო;
2. სითხეების დამატებითი მიწოდება;
3. ანტიპირეტული საშუალებები;
4. ბავშვებში ხველის დამორგუნველების გამოყენება არ ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას, ამასთან ნახველის ევაკუაციის დათრგუნვამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ბაქტერიულ გართულებას;
5. ბავშვებში არ არსებობს მწვავე ბრონქიტის დროს ქაგონისტების ეფექტურობის დამადასტურებელი მონაცემები;
6. ანტიჰისტამინური პრეპარატები არ არის რეკომენდებული, რადგან ისინი იწვევენ ნახველის გამოშრობას და შეიძლება გააძლიერონ ხველა.

მშობელს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია, რომ დაუყოვნებლივ მიმართოს ექიმს, თუ ბავშვს გამოეხატა შემდეგი ნიშნები: სუნთქვა გახდა უფრო გაძნელებული; დაეწყო ღებინება ყოველი კვების შემდეგ; ვერ იღებს სითხეებს; გამოიხატა ზოგადი მძიმე მდგომარეობა – დათრგუნვა, ძილიანობა.

მკურნალობის პრინციპები მოზრდილებში

1. სითხეების დამატებით მიწოდება ბრონქული სეკრეტის გამოშრობის თავიდან აცილების მიზნით;
2. სიგარეტის მოწვევისაგან თავის შეკავება;
3. ანტიპირეტული საშუალებები;
4. ხველის დამორგუნველი საშუალებები ხშირად ინიშნება ბრონქიტის დროს. მათ შეიძლება შეამცირონ ხველა, მაგრამ მათი მიღება არ ამცირებს დაავადების ხანგრძლივობას.
5. ამოსახველებელი საშუალებების რუტინული გამოყენება არ არის რეკომენდებული. ნახველის გამათხიერებელი საშუალებების დანიშვნა შესაძლებელია მხოლოდ წებოვანი, ძნელად გამოსაყოფი ნახველის შემთხვევაში;

6. ბრონქოდილატატორების გამოყენება უმნიშვნელო ეფექტს იძლევა გახანგრძლივებული ხველის დროს;
7. კორტიკოსტეროიდების გამოყენება არ არის რეკომენდებული.

სპეციალისტთა კონსულტაცია:

- ა. ყელ-ყურ-ცხვირის სპეციალისტი;
- ბ. კარდიოლოგი, ქირურგი, ფთიზიატრი (ჩვენების მიხედვით).

5. რეაბილიტაცია და დაკვირვება

შემდგომი მეთვალყურეობა ჩვეულებრივ არ არის საჭირო, გარდა იმ შემთხვევებისა, როცა:

- მდგომარეობა უარესდება ან ახალი სიმპტომები ჩნდება;
- ხველა ხანგრძლივდება >1 თვეზე;
- სიმპტომები მეორდება (>3 ეპიზოდზე წელიწადში).

6. ბაიფლანი, რომელსაც ეყრდნობა აღნიშნული პროტოკოლი – “მწვავე ბრონქიტი”.

7. ადამიანური და მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი

ადამიანური რესურსი: თერაპევტი ან პედიატრი.

მატერიალურ-ტექნიკური რესურსი: გამანათებელი მოწყობილობა ხახის დასათვალიერებლად, ენის სუპრესორი (შპადელი), ფონენდოსკოპი, რენტგენოგრაფიის აპარატი, ეკგ, სპიროგრაფიის აპარატი.

მწვავე ბრონქიტის მართვის ალგორითმი

პნევმონიის ნიშნები სახეზეა?

- რესპირაციული დისტრესი;
- გულისცემის სიხშირე >100/წთ –ზე;
- სუნთქვის სიხშირე * >24/წთ –ზე;
- ტემპერატურა >38°C;
- ლოკალურად პერკუტორული ხმის მოყრუება, კრეპიტაცია, ბრონქული სუნთქვა

იფიქრეთ პნევმონიაზე (იხ. პნევმონიის მართვის გაიდლაინი)

დიახ

არა

გულმკერდის რენტგენოგრაფია და სხვა ლაბორატორიული კვლევა რუტინულად არ არის საჭირო

ხანგრძლივობა < 10-14 დღეზე, მდგომარეობა დამაკმაყოფილებელი

ხველის ხანგრძლივობა > 10-14 დღეზე

ხველის ხანგრძლივობა 4-8 კვირა

- სიმპტომების კონტროლი;
- სითხეების დამატებით მიწოდება
- ხველის საწინააღმდეგო საშუალებები**;
- ანტიბიოტული საშუალებები;
- გარემოს გამღიზიანებლებთან კონტაქტის შეზღუდვა.

იფიქრეთ ყვიანახველასა ან ატიპურ (მიკოპლაზმა, ქლამიდია) ინფექციაზე

თუ დადასტურდა ლაბორატორიული კვლევით, გამოიყენეთ მაკროლიდი

იფიქრეთ სხვა მიზეზზე:

- ასთმა;
- უცხო სხეული;
- ტუბერკულოზი;
- მუკოვისციდოზი;
- ბრონქოექტაზია;
- ფქოდ და სხვა.

განმეორებითი კონსულტაცია და გამოკვლევა საჭიროა, თუ:

- მდგომარეობა უარესდება*** ან ჩნდება ახალი სიმპტომები;
- ხველა ხანგრძლივდება 1 თვეზე მეტ ხანს;
- სიმპტომები მეორდება (>3 ეპიზოდზე წელიწადში).

პაციენტთან/მშობელთან ისაუბრეთ:

- ანტიბიოტიკის უეფექტობაზე;
- დაავადებაზე;
- ანტიბიოტიკის გამოყენებასთან დაკავშირებულ რისკზე

**ბავშვებში ხველის დამთრგუნველი და ამოსახველებელი საშუალებების ეფექტურობა არ არის დადასტურებული.

***მშობელმა დაუყოვნებლივ უნდა მიმართოს ექიმს, თუ ბავშვს გამოეხატა: ძილიანობა; გაძნელებული სუნთქვა; ღებინება ყოველი კვების შემდეგ; ვერ იღებს სითხეებს.

* ბავშვებში პნევმონიის ერთ-ერთ ძირითად სადიაგნოსტიკო ნიშნად მიჩნეულია სუნთქვის სიხშირე:

- 2 თვემდე > 60-ზე წუთში,
- 2-დან 12 თვემდე > 50-ზე წუთში,
- 12 თვიდან 5 წლამდე > 40-ზე წუთში,
- 5 წელზე მეტი ასაკი > 30 -ზე წუთში.

სუნთქვის სიხშირის დათვლა უნდა მოხდეს ერთი წუთის განმავლობაში, როდესაც ბავშვი მშვიდ მდგომარეობაშია და არ ტირის. ბავშვებში გულმკერდის რეტრაქცია (გულმკერდის ქვედა მესამედის ჩახნექვა სუნთქვის პროცესში) მიჩნეულია მძიმე პნევმონიის ერთ-ერთ ძირითად სადიაგნოსტიკო ნიშნად, თუმცა გათვალისწინებული უნდა იყოს, რომ მსუბუქი რეტრაქცია დამახასიათებელია ახალშობილებსა და ჩვილ ბავშვთა ასაკისთვის და ითვლება ნორმად.