

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН
MEDISINA
AKADEMIASY



SOUTH KAZAKHSTAN
MEDICAL
ACADEMY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Кафедра педиатрия-2

044/68 -33

Дәріс кешені

72 беттің 1 беті

**“Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы” АҚ
жанындағы медицина колледжі**

2020-2021 оқу жылына қашықтан оқытуға арналған

Дәріс кешені

Пән: Акушерия және педиатрия негіздері

Пән коды : АП 04СД 04

Оқу сағаттарының / кредиттердің көлемі:60

Курс және семестрлік оқу:2/2

Дәріс көлемі : 20

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

MEDISINA
AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Кафедра педиатрия-2

Дәріс кешені

044/68 -33

72 беттің 2 беті

Дәріс кешені силлабусқа сәйкес әзірленген .

Мамандығы: 0304000 - «Стоматология» Біліктілігі: 0304023 - «Дантист»

«Акушерлік және педиатрия негіздері» пәні кафедра мәжілісінде талқыланды.

№ «_11_» хаттама «_19_» _06_ 2020 ж.

Кафедра меңгерушісі, профессор Бектенова Г. Е.



Тақырып № 1 Кіріспе . Балалардың сүйек және бұлшықет жүйесінің АФЕ-сі.

2. Мақсаты. оқушыларға асқорыту жүйесінің ауруларын оқып, үйрету. ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу.

3. Дәріс тезисы *Асқорыту жүйесінің АФЕ-рі.* Асқорыту ағзаларына – ауыз қуысы, жұтқыншақ, өңеш, асқазан, ішек, сонымен бірге ұйқы безі және бауыр жатады. Нәрестелерде асқорыту жүйесінің даму сатысы толығымен аяқталмаған. **Ауыз қуысы**-үлкен емес, кілегей қабаты нәзік, қантамырлармен жақсы қамтамасыз етілген. 3 айлыққа дейін сілекей бөліну төмен, кейін көп мөлшерде бөліне бастайды. Тек 1 жаста ғана бала сілекейді жұта алады. Алғашқы тістері 6 айында шығады. Тістің шығуын жақсарту үшін арнайы резеңкелі және силиконды шеңберлер қолданылады. Өмірінің алғашқы айларында, олардың ауыз қуысының кілегей қабатын сүртпейді. Сүт тістері пайда болғаннан бастап балаға ұйықтар алдында тісін тазалауды үйрету керек.

Өңеш қуысы-жасына байланысты ұлғаяды, соған байланысты зонд және эзофагогастроскоп диаметрлерін анықтайды.

Асқазан-нәрестелерде көлемі кішкентай (30-35 мл). Оның физиологиялық көлемі баланы емізгеннен бастап тез ұлғаяды, 1 жасында асқазан сиымдылығы 200-225мл-ге жетеді. Бұл бір ретте тағам көлемін анықтауға қажет. 1 жасқа дейінгі балаларға асқазанның кардиалды бөлігінің қызметін және анатомиялық жетімсіздігі байқалады, оның толық түзілуі 8 жаста аяқталады. Асқазанның пилорикалық бөлігі жақсы дамыған, кардиалды бөлігінің әлсіз дамуына байланысты бала асқазанын ашық бөтелкеге теңейді. Баланың горизонталды жағдайында, асқазан түбіне қарағанда, асқазанның шығу жолы жоғары орналасуына байланысты лоқсу мен құсу жиі болады, сондықтан алғашқы айларда баланы тамақтандырып болған соң тігінен немесе басын жоғары етіп кереуетке жатқызу керек. Асқазанның қышқылдық құрамы мен ферменттердің активтілігі туылған кезде төмен, 6 айдан 1 жастан кейін ұлғаяды.

Тоқ ішек-1 жасқа дейін жақсы дамымаған, салыстырмалы қысқа, осыған байланысты жиі дефекация байқалады. Тік ішектің кілегей асты қабаты жақсы дамыған, кілегей қабаты нәрестелерде әлсіз фиксация жасайтындықтан, тұрақсыз нәжіс бөлуде тік ішек төмен түсіп кетеді.

Ұйқы безі-туылған кезде анатомиялық құрылысы толық дамыған, бірақ секрет бөлу қызметі толығымен қалыптаспаған. Алғашқы 3 айда ұйқы безі сөлінде амилаза, трипсин, липаза ферменттері мен асқорытуға қатысатын крахмал, ақуыз және майдың активтілігі төмен. Оның эндокриндік қызметі толығымен қалыптасқан. Рационға қосымша тамақ енгізгеннен бастап, ұйқы безінің сыртқы секреторлық қызметі ересек адамдардың дәрежесіне жетеді.



Бауыр-нәрестелерде үлкен, оң және сол қабырға астын алып жатады. 7 жасқа дейін оның төменгі бөлігін сипап білуге болады. Нәрестелерде бауыр қызметі, әсіресе алмасу процессінде улы заттарды шығару (барьерлік-детоксикациялық) қызметі жеткіліксіз дәрежеде. Әр-түрлі ауруларда токсикоздардың пайда болуы осы ерекшеліктерімен түсіндіріледі. Нәрестелерде өт аз жасалады, ол майлардың сіңірілуін шектейді, сондықтан баланың нәжісімен сіңірілмеген майлар шығады (стеаторея). Асқорыту органдарының ауруларында емдік-сақтандыру тәртібін ұйымдастырумен қатар, емдік тамақтану мен суландыру рациондары сақталынады. Ауыз қуысы мен ішектің қызметіне мұқият көңіл бөлінеді.

Бала жасының кезеңдерінің ішінде ең жедел өсіп-даму кезең-бала туылғаннан 1 жасқа дейінгі аралық. баланың дұрыс өсіп дамуы үшін оны дұрыс тамақтандырудың маңызы зор.

1 жасқа дейінгі баланы тамақтандырудың, баланың негізгі тамақ түрімен байланысты 3 түрін анықтай аламыз: табиғи тамақтандыру – баланы тек ана сүтімен қоректендіру; қолдан (жасанды) тамақтандыру-баланы негізінен сүт қоспаларымен қоректендіру жатады.

4. Иллюстративті материал а) техникалық құралдар:

компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

<https://www.youtube.com/watch?v=EzVGMceqBak>

<https://www.youtube.com/watch?v=fHX0qlicMvl>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар ауруларының <https://www.youtube.com/watch?v=EzVGMceqBak>н

пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни.

Детские болезни.

5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2.Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б. 15 15

3.Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.



4. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (Обайт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1

Адилова, Л. М.

5. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб.

Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 248б

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

Тақырып № 2

1. Баланың ауыз қуысы жүйесінің АФЕ-і.

2. Сабақтың мақсаты:

оқыту: оқушыларға Ауыз қуысы шырышты қабықтарының АФЕ-і, балаларға күтім жасауды, үйрету.

тәрбиелік: саламатты өмір салтын қалыптастыру.

дамыту: ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу.

3. Дәріс тезисы

Ауыз қуысының анатомиясы, физиологиясы. Кілегей қабатының құрылымы.

Сілекей. Ауыз қуысының сұйықтығы. Құрамы, қасиеттері. Физиологиялық және патологиялық процесстердегі ролі. Ауыз қуысының микрофлорасы.

Құрамы. Атқаратын ролі. Тістер

Жоғарғы және төменгі жақ сүйектер

Тіл

Кілегей қабық

Сілекей бездерінің өзектері

Бейорганикалық заттары: кальций, фосфор, натрий, магний, темір, мыс, марганец, никель, күкірт, алюминий, цинк, хром

Органикалық заттары: ақ уыз, азот, мочеви́на, амин қышқылдары, кретин, креатинин, несеп қышқылы, витаминдер, ферменттер, көмірсулар,

Стресстің әсерінен, қорққан кезде сілекейдің бөлінуі төмендейді, ал ұйқыдағы адамда сілекей мүлдем бөлінбейді

Сілекейдің бөлінуі шайнағанда және тағамның иісі мен дәмі білінгенде күшейеді

Стрептококктер

Дифтероидтар

Вейлонеллалар

1 мл сілекейде 4 млн 5 млрд дейін микроорганизмдер болады; 1 г тіс



табақшасында — 10-1 триллион микробтар табылған

Тұрақты температура

Сулекейдің полимері муцин микробтарды тістерге, шырышты қабыққа жабысуын қамтамасыз етеді

Микробтардың бөлетін полимерлер - гликан, декстран аффинитет

Хромотогендік

Ацидогендік (стрептококк, лактобацилла, дрожжи)

Протеолитикалық - протеолитикалық энзимдер бөліп тұрады

Ауыз қуысын ішінен қаптайтын кілегей қабық қозғалмалы және қозғалыссыз болуына қарай, тығыз және борпылдақ түрлеріне бөлінеді.

Тығыз кілегей қабық жақсүйектердің альвеолалық өсінділерін және қатты таңдайдың бетін қаптайды. Қалыпты жағдайда тығыз кілегей қабықтың эпителий мүйізгектенуі тиіс. Бетіне дәнекер тінді талшықтар тік бағытта өтетіндіктен, хирургиялық іс-әрекеттерінде кілегей қабықты сүйек қабынан ажырату едәуір қиындық тудырады. Оның орнына кілегей мен сүйек қабығын бірге тіліп, қиық дайындау, әлдеқайда жеңіл.

Тығыз кілегей қабық, сондай-ақ тілдің бетін қаптайды. Қан және лимфа тамырлары бұл жерлерде өте жақсы дамыған. Осыған байланысты, кішкене көлемді карциноманың өзі ауқымды метастаз беруі мүмкін. Себебі, тілдің кілегей қабықастында борпылдақ дәнекер тіні болмауынан қабыну процесі өтпей, уақытша болса да карциноманың дамуын тежей алмайды. Тығыз кілегей қабық ерінді ауыз қуысының кіреберісі жағынан қаптайды. Еріннің кілегей қабығы мен дөңгелек бұлшықеті аралығында оны жұмсартып тұратын ұсақ сілекей бездері өте көп кездеседі. Кілегей қабық еріндерді бір-бірімен қабысып тұратын жеріне дейін жауып, біртіндеп көпқабатты жалпақ эпителиге ауысады. Мүйізгектенетін және мүйізгектенбейтін эпителилер аралығын микроскоппен айқын көруге болады. Ерінді ішкі бетінен жабатын эпителилі өте жұқа. Мұқият қарағанда, еріндердің кілегей қабық бетінен кіші сілекей бездерінің өзектері ашылатын жерлерде сілекейдің ұсақ тамшыларын көруге болады. Осындай тамшыларды жұмсақ таңдайдың кілегей қабық бетінен де көруге болады. Ұрттың және тілдің кілегей қабық беттерінен кіші сілекей бездерінің өзектері ашылса да, олар көзге анық көріне бермейді.

Борпылдақ дәнекер тінді кілегей қабығы ұртты және ауыз қуысының түбін жабады. Ұрттың кілегей қабығы, басқа жерлердің кілегей қабығымен салыстырғанда, әлде- қайда қалың, кейде бұл жерден тіс сауытының қалған іздерін көруге болады. Кілегей қабықтың қалың болуы эмбриогенездік



бітіміне байланысты. Толық ұртты, Биша май түйіршігі жақсы дамыған адамдарда бүйір тістері қабысқанда, ұрттың кілегей қабығы жиі жарақаттанады.

Қызыл иектің және таңдайдың кілегей қабығымен салыстырғанда, ауыз қуысының, ұрттың және еріндердің кілегей қабығының эпителилері үнемі түлеп тұрады, сол себептен түсі ашық қызғылт. Ауыз қуысының кілегей қабығы түгелдей эпителимен қапталған Эпителийі еріндердің қызғыл жиегіне, әрі қарай бет терісінің эпителийіне, көмейде – жұтқыншақтың кілегей қабығына ауысады.

Қалыпты жағдайда ауыз қуысының эпителийі тіс аймақтарына үзіліссіз жалғасады. Бұл жерлерде кілегей қабықтың эпителийі қатпарлар құрып, кейін физиологиялық тіс-қызыл иектің қалта атауымен насмит қабығына ауысады.

Қызыл иектің емізіктері жоғарғы азу тістері тұсында едәуір ұзын (438,4 микрон), ал төменгі азу тістерді тұсында қысқа (79,2 микрон). Қабыну процестерінде емізіктердің ұзындығы арта түседі

Тіс –қызыл иектік қалталарының эпителийі тістің эмаліне бекітіні жөнінде көптеген пікірлер айтылып келеді. Зерттеушілердің басым көпшілігі қызыл иектің эпителийі эмальдің насмит қабығымен тығыз бітісетіндігін мәлімдейді. Енді біреулері (Waerhang 1952), эпителий табақшасы эмальмен бітіспейтіндігін, тек оның бетімен жанасып өтетіндігін мәлімдейді. Зерттеулер барысында анықталғандай, қызыл иектің эпителийі тіс кутикуласымен тығыз байланыс құртатындығы, тіс байламының көп қабатты жалпақ эпителийі қалыпты жағдайда мүйізгектенбейтіндігі анықталған.

Эпитлийдің астында емізікті қабатының болмауынан, эпителий мен дәнкер тіннің шекарасы тегіс болып өтеді. Тіс қызыл иектің қалтаның кілегей қабығын астарлайтын эпителий тістің насмитті қабығымен бітісіп, оның түбін құрайды. Басқа жерлердің кілегей қабығымен салыстырғанда, физиологиялық қалыпты жағдайдағы тіс-қызыл иектік қалтаның эпителий жасаушылары баяу түлейді, мүйізгектену процесі мұнда өте аз өтеді

4.Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, , мультимедиялық құрылғы.

https://www.youtube.com/watch?v=6--UXfIKa_0

5. Әдебиеттер: Негізгі (Н)



1. Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2. Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3. Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4. Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.

5. Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2. Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б. 15 15

3. Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.

4. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (0байт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1 Адилова, Л. М.

5. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб. Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 248б.

1. Тақырып № 3 Фондық аурулар туралы түсінік: мешел (мешел)

2. Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға рахит (мешел), гипервитаминоз Д, спазмофилия аллергоздар, зақымдану семиотикасын және зерттеу тәсілдерін оқып үйрету

ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу..

3. Дәріс тезисы Рахит – сүйектер түзілу мен сүйек минерализациясының вит. Д-жетіспеушілігінің ерте жастағы балаларда болатын бұзылыстар. Остеомаляция дегеніміз минерализация дефицитпен түтікше сүйектердің жұмсауы.

Рахиттың басты себебі вит. Д-ның кемшілігі.

1. Күн сәулесінің дефициты мен таза ауаның жетімсіздігі (атмосфераның бұзылуы).

2. Тамақтық факторлар (адаптацияланбаған қоспалар, ұзақ, біршақты емізу қосымша қоспа прикормда жануарлық белоктың жоқтығы.

3. Перинатальды факторлар Са мен Р екі қабаттылықтың, соңғы 2 айында пайда болады. Тез өсу екі қабат әйелдер дұрыс тамақтандыру. Шала туылғандық.

4. Қимылсыздың сүйектен, бұлшық еттен қан айналысын нашарлатады.



5. Ішек диареясы мен дисбактериозды.
6. Тырысуға қарсы қолданылатын терапия метаболизмді тездетеді.
7. Сіңірудің бұзылу синдромы.
8. Вит.Д-мен кальций-фосфор алмасуларының тұқым қуалаушылық аномалиялары.
9. Экологиялық факторлар (ауқаттағы стронций, қорғасын, цинк ж.б).
10. Тері пигментациясы колькальциферолдың түзілуін азайтады.
11. Кішкентай болып туылған, балалардың остеопения.
12. Полиговитаминдер.
13. Созылмалы инфекциялық процесстер.

Патогенезі:

Д витаминінің алмасуы. Жақсы жағдайда күн сәулесінің әсерінен баланың терісінде Д3 (колкальциферол) түзіледі. Ал, асқазан – ішек трактысына Д3 жануарлық азықтармен дайын түрінде түседі немесе дәрі түрінде Д2 (эргокальциферол) – алды ішекте өттің қатысумен Д3 сіңіріледі. Д витаминінің транспортты түрі 2500 диоксикальций немесе Д3 бауырда 25 гидроксияданың күшімен 1,5-2 есе белсенді түрінде айналады. Ол глобулиннің көмегімен бүйректе вит. Д3 тағы да гидроксияланып жоғары активты метаболиттер Д3 немесе 24,25 дигидрахомкальциферолға (кальцитриол – 1,25) айналады. Бірақ бұл Д3-ның белсенділігі 8-10 рет жоғары да антирахиттың қасиетпен сипатталады. Бұл витамин қандағы Са мен, қалқанша және қалқаншаны, безінің гармондарымен реттеледі. Осылардың қосындысы цитраттарды, остеогенезді, сүйекте, фосфор мен Са тұздарының сіңірді реттеп, оларды асқазан-ішек трактысынан сіңіруі түзіледі.

Организмдегі вит.Д дефектысы Са деңгейін бұзып, паратгормонды, кальцитонин өзгертеді, гармондар мен вит.Д-ның активті түрінің түзілуі бұзылады. Клеткалық мембрананың өткізгіштігі бұзылып кальций қосатын белоктың синтерог мен қандағы Са деңгейі азаяды. Гипокальциемия, паратгормон (АТГ) белсенділігін арттырады. Ал, паратгормон неорганикалық Са-ды сүйектен босатып, ащы ішектегі Са алмасуының бұзылуындағы ацидоз, тамырдан бұзылып, алмасудың толықтырылмаған азықтардың бөлінуіне соқтырады. Иммуно жүйесі төмендейді.

Са, Ф, цитраттар алмасуы бұзылуынан остеолераз болып, сүйектер жұмсарады. өсу зонасында шеміршектер мен остеоидты клеткалар ретсіз, өсіп көбейеді. Магний, калий, цинк алмасулары бұзылады. Полигиповитаминоз.

Классификациясы:

Кезеңіне қарай (бастапқы, даму, репарациясы, қалдықты).

Ауырлығына: (жеңіл, орташа, ауыр немесе I,II,III).

Ағымына: жылдам, созылмалы рецидивті. Са в№2,37-2,62 фосфор1,45-1,77.



Бастапқы кезең: III шала туылғандардың 1 айлығынан бастап, дұрыс туылғандардың 2-3 айлығында пайда болады. Асықтың, тұрақты қызыл дермографизм. Гипертонус гипотонусы ауысады.

Биохимиясы № немесе Са, фосфор төмен. Сілтілік фосфатаза жоғарылауы мүмкін. Қанда ацидоз 1,5 аптадан 1 айға, ал жылдамдығында 2-3 айға дейін созылады.

Даму кезеңі: 6 айлықтан бастап нерв-бұлшық ет, вегетативті бұзылыстармен, әлсіздік, аз қозғалыс, психомоторлық кейде физикалық дамудың қалуымен сипатталады, терлегіш, шаршағыш, сүйектердің өсу зонасында өзгерістер болады. Остеомалациялық процесстер: желке сүйек жұмсарды жалпақтанады, көкірек сүйегі деформацияланады (етікші төс, горрисон салы жамбастың қисаюуы).

Анық гипофосфатемия, аздаған гипокальцемиа. Остеомалация симптомы, остеоидты гиперплазия, еттің гипотониясы, сілтілік фосфатаза деңгейінің көтерілуі.

Реконволесцент кезеңі, жалпы жағдайы жақсарады неврологиялық және вегетативтік өзгерістер. Бірақ еттік гипотония мен скелет деформациялары аздаған гипокальцемиаузаққа созылады. Фосфор қалпына келеді. Қалдық кезеңінде барлық биохимиялық көрсеткіштер дамыптанады.

Ауырлығы:

I- дәрежесі нерв бұлшықет, вегетивті бұзылыстармен 2-3 сүйектерде болатын өзгерістер.

II-дәрежелі нерв бұлшық ет сүйек жүйесінде және ішкі ағзалар функциясының аздап өзгерістер болады.

III-дәрежелі - өте айқын сүйек бұлшық жиелері жағынан, буындарының босауы, статикалық және локомоторлы дамуының тежеліп ішкі ағзалар функциясының ацидоздан бұзылуы.

Пысылдаған (пыхтящая) ентігуі, қатты демалсы пен ылғалды сырыл. Көкірек қуысының сорылу қасиеті мен диафрагманың өзгеруі миокардтың дистрофиясына, артер. қысымының төмендеуіне соқтырады (тахикардия, жүрек шекарасының кеңеюі, дамуы нашар) естіледі, қысқа систолоалық шу. Жүректің рентгенді өзіндік фомасының тең сәулесі бар.

Ағымдарда вариантты тез, жылдамдау рецидивты.

Дифференциальды диагнозы:

Рахиттың диф.диагностикасын рахит тәрізді аурулармен жүргізіледі. Вит.Д тәуелді рахит, I-типі, бүйректегі 24,25дегидроколекальциферол түзілуінің дефектісінен.

Витамин тәуелді II-ші типті рахит бүйректегі 1,25 дегидрокальциферол түзілуінен дефектісіне болған рахиттер. Бұл жағдайдағы рахитте гипокальцемиа мен гипофосфатемия өте жоғары.



Клиникасы: Витамин Д резистентті тұрақты рахит: іштен туған жанұялы гипофосфатемиялы рахит немесе фосфат-диабет: кейде туылғандардың бойы кішілеу, аяқтары қисайған. Фосфатурия. Аяғы о х-тәрізді. Балалардың бойы аласа, күшті.

Хондродистрофия – генетикалық іштен туылған эхокондралық сүйектену. Шеміршекті сүйектер зақымдалады. Себебі, шығынға үлкен бас, аяқ-қолдары қысқа, терісі тез қыртысқа жиналады, сондықтан саусақтары үш тіс тәрізді.

Сүйектердегі остеобласт синтезінің бұзылуымен байланысты нәсілдік ауру. ұзын сүйектер жіңішке, аз, сынғыш. Олар сүйек сүйелдерімен іштен туады. Көп сынықтар туғанда болады. Бас сүйегі жұмсақ, каучукты қалта тәріздес. Бұл балалар өмір сүре алмайды.

Екіншілік рахит - әртүрлі созылмалы ауруларда әсіресе асқорыту ағзаларында болады.

Емдеу: Рациональды тамақтану, кальцийге бай, таза ауа, гигиеналық массаж. Жұмыртқаның сары уызы, творог. Сүтпен кефирді азайту.

Бастапқы кезең: Вит Д2-ның майлы ерітіндісі мен цитратты қоспа тәуліктің дозасы 500-625МЕ немесе УФО-мен. Курстық дозасы 100000-120000.

Даму кезеңі: II және III дәрежесінде 2000-4000-5000x5-тәуліктік дозасы. Кездейсоқ 400x5 немесе УФО.

Вит.Р-ны берудің оптимальды жолы, күнделікті бөліп беру. Преморатты рахиттың белсенділігі тоқтап қалпына келгенше береді.

Дозаны 2 ретке бөледі. Сонымен қатар витамин А, В12,5,6, АТФ, ванна массасын береді. Кальций мен фосфорды беру соңғы уақыттары шала туғандарға ғана беріледі.

3-4 апта эффектісының болмауы вит.Д резистентты немесе екіншілік рахит екендігін көрсетуі мүмкін.

II типті витамин Д бағынышты рахитте вит. Д2+1000x5/кг немесе 1-4мг кальцитиол береді, егерде 4-6 аптада эффект болмаса бұл дозаны 20% көтереді, қосымша вит.Р-ға 0,5 тәулікке кальций береді. Сулькон сынағы тексеріледі. Витамин Д – бағынышты II-ге типті рахитте вит. Д-ны 0:5мкг-ден 5мкг (тәулігіне дейін).

Витамин Д2 фосфат – диабеттегі тәуліктік дозасы. 200ХБ/кг, тақау, 20мкг кальциферол, 0,00-0,05мкг/кг кальцитриол. Ерте жастағы балаларға фосфат 0,5-1г/мг, ал ересек балаларға тәулігіне 1,0-4,0г/кг.

Профилактикасы:

Антенатальды: спецификалы: УФО 15-20 сеанс немесе тәулігіне 400-500ХБ Двит.

Спецификалы емес: гендевит тәул. 1-2де.



Постнатальды: спецификасы 1-1, 1-2 айлығынан 10-25 рет УФА немесе вит. Д3 немесе Д2 майлы ерітіндісін тәулігіне 1 тамшы 1 рет немесе кунаратия (500x5). Шала туғандарға немесе риск топтағыларға 500-800ХБ дейін. Спецификалық емес: гендевит 1-2 рет күніне.

1. Вилехол – Д3-0,125 холекальциферолдың майлы ерітіндісі 1мл – 25000 1т-500x5.

2. Видеин немесе видеин – 3 таблеткалы, суға тез ериді. Бұл витамин Д2 немесе Д3+ белде. Таблетка, драже түрінде 500,1000,5000,10000x5- терде болады.

3. Вит. Д2- эргокальциферол – 0,125% майлы ерітінді 1мл-50000ХБ, 1т-1000ХБ.

4. 0,5% спиртті ерітіндісі 1мл-200000, 1т-5000ХБ.

Спазмофилия. Спазмофилия патогенезі рахитпен байланысты, жасы 6-18 айлық баланың тырысуға және спатикалыққа бейімділігін сипаттайтын ауру. Көбіне ұлдарда, көктемнің алғашқы айларында кездеседі. 2 түрі бар айқын және латентті тырысулар, ларингоспазм.

Этиологиясы, патогенезі пайда болатын гипокальцемиа, нервтен бұлшықет ткандарында келетін хабарды тежейді.

Клиникасы: айқын спазмофилия ларингоспазм (бозару, шулы, қиындаған дем алу, бала көгереді, ауаны аузымен жұтады, суық тер, қысқа уақытта есінен айырылу түрінде кездеседі. Сауығып кетеді. Кардиопедальды спазм – аяқ-қол саусақтарынан тоникалық тартылуы. Аяқ-қолдарының ірі буындары бүгілген иығы денесіне жабысқан, қол-саусақтары түскен (алақан бүгілісі), акушер қолы ісіктер болуы мүмкін. Демалыс бұлшық еттерінің спазмы қауіптің демнің тоқтауы мүмкін, жүрек еттерінің спазм, жынысын үстем алмау).

Экзамиссия клонико-тоникалық тартылыстар.

Латентты спазмофилия тынышсыздық. Хвостека, труссо симптомдары.

Диагностика, клиникасы, гипофосфатемия.

Емдеу. Ингаляция. в/м 0,5% седуксен: ерітіндісі: 3 айға дейін 0,3-0,5мл. 1жылға дейін 0,5-1мл.

5 жылға дейін 1,0-1,5мл.

10жылға дейін 1,5-2,0мл.

Голек кг/на 100мг немесе 0,5мл/кг.

Хлоралгидратин клизма 20-30мл.

Магний 25% в/м мл/кг.

Кальций хлорид 10 % немесе са глюкоген 6 айға дейін – 0,058мл.

Профилактикасы, емі рахитке байланысты.

Д гипервитаминозды.

- гиперкальциемия береді және органдар мен тканьдарға токсикалық әсер етеді.

Жедел және созылмалы гипервитаминоз Д болып бөлінеді.



Д- гипервитаминозының жедел түрі, ерте жастағы балаларда (2-10 аптадай болады).

Созылмалы түрі.

Емдеу: Лазикс 0,5мл/кг в/в. Инсулинде гипокальциемиялық қасиет бар 2-4 ед, 1 рет тамақтанудан 15 бұрын. Сауылған адам сүті 10-2 күн Е вит. С және В тобы, В1, В6.

Д витаминге тәуелді рахит. Көбінесе сәбидің 3-6 ай шағында басталады, клиникалық және биохимиялық сипаты мешелден айнамайды. Қанда – гипокальциемия, фосфор деңгейі төмен не қалыпта, сілтілі фосфатаза белсенділігі жоғары, гипераминоацидоурия. Минералдану бұзылыстары мен сүйек деформациялары да айқын: жүйелі остеопороз, кортикалық қабаттың жұқаруы метафиз бен эпифиз жолағындағы мешелге тән өзгерістер.

Ауру туа болатын бүйректегі биологиялық белсенді D^3 -1,25 дигидроохолекальциферолға айналып түзілуі бұзылысна қатысты. Бұл кеселдің дамуы Д витаминінің емдік мөлшеріне қарамайды. Тек Д витаминінің жоғары мөлшерін тәулігіне 10нан 40мың ХБ қолданғанда ғана барлық көрсеткіштер орнына келеді.

Оң әсері 1,25 дигидроохолекальциферол берілген кезде байқалады. Емді өмір бойы жүргізу қажет.

Д витаминіне тәуелсіз мешел, фосфат – диабет көбінесе 1жас 3ай-1,5 жас кезінде білінеді. Ауру доминатты жолмен беріліп, бүйрек өзекшелерінде фосфаттардың қайта сорылуының туа болатын бұзылысына байланысты.

Айқын гипофосфатемия мен фосфатурия, Са деңгейі қалыпта, сілтілік фосфатаза белсенділігі шамалы жоғары. Рентген көрінісінде метафиздегі бокал тәрізді тұрпайы өзгерістер, ұзын түтікті сүйектердің қисаюы мен жуандауы периостық сұр, қабаттың медиальды толысуына байланысты сүйек трабекуласының тұрпайы бейнесі байқалады.

Клиникасы: Тез дамидын аяқ деформациялары мен жүріс бұзылысы, мешелге тән “білезіктер” мен “тасбиықтар”, тапалдық. Сырқат жағдайының дұрысталуы Д витаминінің аса жоғары мөлшерін (тәулігіне 50-400 мың ХБ) фосфор, кальций тұздарын қосып берген кезде ғана мүмкін.

Ем өмір бойына жүргізілуі тиіс, бірақ оның тиімділігі алғашқы ауруға қарағанда төмен.

Де-Тони-Дебре-Фанкони синдромы бүйректік остеопатия (глюкозофосфатаминдік диабет, нанизм мен витамин Д-тәуелсіз мешел) негізгі глюкоза, фосфат және амин қышқылдарының қайта сорылуының туа біткен бұзылысы. Осының салдарынан қанда гипофосфатемия, қалыпты не гипоСа-емия, гипоА-емия, анықталады.



Тұрақты, әрі айқын зәрлік синдром, глюкозурия, гипераминоацидоурия және бүйректе аммоний мен қышқыл түзу қабілетінің өзгерісі тән. Клиникалық көрінісі түрліше. Көбінесе 1-2 жасқа таман бойы салмақ көрсеткіштерінің кемуі, аяқтың аралас Х және О тәрізді деформациясы, кифоз ж.б сүйек бұзылыстары байқалады. Оған дейін дене қызуына көтерілуі, әлсіздік, тәбеттің жойылуы, құсу шөлдеу, полиурия, полидипсия, бұлшықеттің ауруы, артериалдық гипотония, миокард бұзылысы, бауырдың ұлғаюы, іштің қатуы, дегидратация симптомы, жиі инфекциялармен ауру басталады. Ауыртатын баланың өмір болашағы азғантай: ұқсас, түрлі себептерге байланысты осы синдромның өзіне де терең жүргізілетін ажырату диагнозы керек болады.

Бүйректік тубулярлық (өзекшелік) ацидоздың шығу дистальдық өзекшелердің қышқыл заттарды бөліп шығару қабілетінен айрылуында (зәр рН 6,8 төмен болмайды). Ацидоз кальцийурияға, ол сүйектердің минералдар жоғалтуына әкеледі, түрлі сүйек бұзылыстары мен нефрокальциноз дамиды. Аурудың екі түрі бар (1 түрі, дистальдық, Баттлер-Олбрайт синдромы туа бітеді, II түрі Лайтвуд синдромы, ер балаларда жүре бара пайда болады).

Бұлшықеттер гипотониясымен қатар, бұл ауруларда сүйек өзгерістерінің болуы мешел диагнозының қате қойылуына соқтырады. Салыстырмалы диагноз зәр өгерістеріне көңіл аударған жөн, мәселен. Са мөлшерінің жоғарылығы, құм табылуы.

Остеогенез жетімсіздігі (сүйектердің туа пайда болатын сынғыштығы) бас сүйектерінің жұмсақтығы мешел диагнозының қате қойылуына мүмкіндік береді. Кесел негізгі – остеобласттар және де басқа мезенхима құрамының жарамсыздығы. Осының салдарынан қалыпты шеміршек пайда болғанымен андост пен периосттың сүйектенуі бұзылады. Клиникалық көрінісіне үштік тән: сүйек сынғыштығы, көз склерасының көктүстілігі, тістердің, көкшіл түс алуы (бұлардың бәрі салмақ-бой, көрсеткіштерінің кемістігімен ұштасады). Ересек кезінде – саңыраулық (отосклероз) Лобштейн түрі. Сүйек жиі сынып, қисық бітеді, бұлар жатыр ішінде, бала өмірінің алғашқы апталарында-ақ кездесуі мүмкін.

Вролик түрі. Рентген көрінісінде - өте айқын остеопороз, сүйек эпифизи мен диафизі шекарасы қалыпта. Қанда Са, Р деңгейі, сілтілік фосфатаза белсенділігі қалыптты жағдайда болады.

Хондромдистрофия – туа біткен шеміршектің өсу аймағының тарылуына байланысты сүйектену бұзылысымен білінетін ауру. Көбіне баланың алғашқы жылында көрінеді. Аурудың басында мешелге ұқсас белгілері кездеседі: статикалық өсу қабілетінің кемістігі, үлкен еңбектің кеш жабылуы, іштің үлкеюі. Қанда Са, Р-деңгейі, сілтілік фосфатаза белсенділігі өзгермейді, кейінірек аурудың дамуында қалыпты кеудеұзындығында қол-аяқтың аса қысқа болуы,



саусақтарының үш тармақ кейпін алуы, бел бүкірлігі, буындар үстіндегі терінің жиырылып босандануы анық байқалады. Рентген суретінде мешелге тән өзгерістер табылмайды

Гипотиреоз миксемада қозғалыс және статикалық қабілет кемістігімен ерекшелінеді. Бірақ мұнда психиканың едәуір артта қалуымен бірге ерекше бет бейнесі қалыптасады (мұрны батыңқы, тілі үлкен, терісі бозғылт, құрғақ, шашы қатқыл). Бұл ауруда мешелге тән рентген және биохимиялық қан өзгерістері анықталмайды. Аурудың диагнозын қою тиісті ем көмегіне аса қажет.

Гипофосфатезия – туа болатын фосфатаза белсенділігін кемістігіне қатысты ауру. Ауру бала туылысмен не алғашқа жылы білінеді. Көрінісінде сүйек жүйесі (рахиттік деформациялар, бастың шар сияқты формасы), олар бас сүйегінің айқын босандығы қосылғанда мешелге ұқсас болады. Диагнозы клиникалық көрінісі мен қанның биохимиялық өзгерістеріне сүйеніп қойылады (гиперСаемия, Р-дың қалыпты деңгейі, фосфатаза белсенділігінің кемуіне жоқтығы).

Емі: Витаминдер, минералдық заттар, әсіресе, құрамында кальций бар тағамдар беру, таза ауада жеткілікті серуендеу, массаж бен гимнастиканың емдік мағынасы зор. Күніне жетіп тұрған сәбидегі мешелдің бастапқы белгілерінде, егер отбасының тұрмысы мен тамағы жеткілікті болса, Д2 витаминінің тәулігіне 1300-2000 ХБ-ке тең, курстық мөлшері мешелдің дендеу кезеңінде күніне 3000-4000ХБ-ке тең курстық мөлшері 100000-200000ХБ-ке дейін бергеннің өзі жеткілікті. Орташа және ауыр мешелдің дендеу кезеңінде күніне 3000-4000ХБ-ке тең курстық мөлшері 200000-400000ХБ-ке дейін беріледі. Балада басқа ілеспелі ауруы бар болса да оған байланысты витамин мөлшерін көтерудің қажеті жоқ. Витамин Д-мен емдеу курсы мешел белсенділігінің лабораториялық көрсеткіштері қалпына келуіне (кальций мен фосфордың деңгейі, қандағы негіздік фосфатаза белсенділігі) сай тоқтатылады. Кальцифедиол (25/ОН/Д3) мен кальцитриолдың (1,25/ОН/2Д3) мешелді емдеудегі тәуліктік мөлшері көп емес, ол 10мкг және 1мкг тең. Оларды қабылдау үшін екіге бөледі.

Д2 витаминімен емдеу курсы бітірген соң, оны профилактика үшін 10мкг (тәулігіне 400ХБ) мөлшермен беруге көшеді. Ультракүлгін сәулесін қолдану мешелді емдеудің әсерлі тәсіліне жатады.

Мешелде цитраттарды берудің мәні бар. есте болу керек, кейбір балалардың Д2 витаминіне деген жоғары сезімталдығына байланысты Д гипервитаминоздық қолайсыз жағдай пайда болуы мүмкін, сондықтан, мешел профилактикасындағыдай ем жүргізген кезде мезгіл-мезгіл Сулкович реакциясын жасап отыру керек. Мешелді Д витаминінің спирттік ерітіндісімен, видеинмен, видехолмен емдейді, оны А,В1,В2,В5,В6, АТФ берумен қоса жүргізеді.Сауығу кезеңінде немесе мешелдің қалдықтары қалғанда тұзды, қылқан жапырақты,



тұзды-қылқан жапырақты, құмды ванналар, УФ сәулесі, бұлшық ет және сүйек диатермиясы, массаж бен гимнастика, теңіз бен күн сәулесі ванналары пайдалы. Кальций және фосфор препараттарын мешелдің емі ретінде, тек тым шала туған сәбилерге береді (мысалы, кальцийглицерофосфатын 0,05x3 рет, тағамнан бұрын). Д2 витаминінің емдік мөлшерін 3-4 жеті бойына бергенде кальций фосфат алмасуы қалыпқа келмесе, жоғарыда айтылған Д витамин тәуелді, әлде Д витамин тәуелсіз мешел және мешелдің екіншілік түрі туралы ойлау керек.

Д витамин тәуелді мешелдің I түрінде Д2 витамин тәулігіне 1000ХБ кг 25мг/кг немесе 1-2мкг кальцитриол береді. Емнің қонуын әуелі әр жетіде, кейін әрбір 4-6 жетіде тексеріп отырады, егер емнен нәтиже болмаса (қандағы кальций деңгейі көтерілмесе) витамин мөлшерін 20%-ға көтереді.

Әлбетте сүйемелдеу мөлшерін (әдеттегіден 1,5-2,0 есе жоғары) үнемі беріп отыруға тура келеді. Улану әсерлері сирек кездеседі, бірақ қан мен зәрдегі кальций деңгейін әрбір екі айда тексеріп тұру қажет.

Д витамин – тәуелді рахиттің II түрінде әрбір кг салмаққа Д2 витамин тәулігіне 4000ХБ немесе одан да жоғайырақ көтереді, ал кальцитриолды тәулігіне 15-30мкг береді. Д2 витаминінің бұл мөлшері Д гипервитаминозын туғызады. Кальцитриол мен кальциферолдың жоғары мөлшерлері (тәулігіне 50-100мкг) әдетте қандағы кальций деңгейін қалпына жеткізеді, бірақ бастағы шаштың түсуі тоқтамайды.

Фосфат-диабет, Фанкони синдромы, бүйректің өзекшелік ацидозында Д2 витаминінің -2000ХБ/кг, кальциферолдың – 200мкг/кг, кальцитриолдың – 0,02-0,05мкг/кг тәуліктік мөлшерлері сүйектердің минералдануын ретке келтіруге жеткілікті. Алайда, фосфатдиабетте фосфаттарды қосымша беріп отыру қажет, сәбилерге тәулігіне 0,5-1,0г., ал үлкен балаларға 1,0-4,0 г/кг-нан беріледі. Бүйректің өзекшелік ацидозы мен Фанкони синдромында ацидозды кетіру үшін венаға, кейін ішуге калий, натрий гидрокарбонатын тағайындайды.

Мешелден сақтану жолдары.

1. Антенатальдық алдын-алу. Нәресте тумастан бұрынғы алдын-алу шаралары жүкті әйелдің режим сақтап, сүт, жеміс-жидек тағамдар қабылдап, маңызды және жеткілікті тамақтану, таза ауада көп уақыт болуымен ұштасады.

Арнайы алдын-алу. Жүктіліктің 28-30 аптасынан бастап 6-8апта бойына күн сайын 400-500ХБ-тен Д витамин береді. Жүктіліктің соңғы 3-4 айында гендевит поливитаминін күніне 1-2 дражеден беруге болады (бір дражеде 250ХБ Д2 витамині бар). Жасы 35-тен асқан, сонымен бірге жүрек-қан тамырлары жүйесінің дерті бар жүкті әйелге Д витаминімен мешел профилактикасын жүргізуге болмайды.



2. Мешелден поспнатальдық сақтандыру. Мешел ауруымен күресте міндетті түрде табиғат факторларын барынша мол және дұрыс пайдаланған жөн: күн, ауа және су, сондай-ақ уалау мен гимнастика.

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, мультимедиялық құрылғы

<https://khabar.kz/kk/m-ra-at/top-beine/item/104455-kaltsij-zhetispeushiligi-rakhit-auruuny-aldyn-alu-zholdary>

<https://www.youtube.com/watch?v=YZHwplm4R3k>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2. Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3. Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4. Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.

5. Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2. Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б. 15 15

3. Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.

4. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (Обайт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1

Адилова, Л. М.

5. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб. Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016

1. Тақырып № 4 Фондық аурулар .аллергиялық диатез, гипотрофия .

2. Сабақтың мақсаты: Оқушыларға конституция аномалиялары түрлерін оқып-үйрету. Конституция аномалиялары жайлы түсінік, экссудативті-катаральды диатезге алып келетін факторлар, емдеу принциптері білім бекіту. Асқынулар ерекшеліктері, балаларда фондық ауруларында асқынулардың клиникалық белгілерін оқыту. ЭКД кезінде күту және бақылауда ме процесс дағдыларын бекіту.



3. Дәріс тезисы

Адамда 90% созылмалы аурулар бейімділік нәтижесінде дамиды. Диатезге Ю.Е Вельтищев полигендік-мультифакториалдық жолмен тұқым құалайтын ауруларға бейімділік, қалыпты фенотиптен түрлі ауытқулар деп анықтама береді. Диатез түсінгі – организм реактивтілігінің өзгерісі мен аурудың әртүрлі формаларына биімділігі.

Диатездер сыртқы ортаның кез-келген қоздырғышның әсерінен дамуы мүмкін. Экссудативті диатезі бар балаларда аз уақытты тітірпендіргіштік (су жоялық, тағамдық заттар) әсерінің өзінде терінде өзгерістер дамиды: баздану, экзема, бөртпелері. Диатезі бар балаларды дені сау болады, бірақ оларда кез-келген ауру ауыр дәрежелі өтуі мүмкін..

Диатезі бар балаларға көмек ұйымдастыруде ерте диагностика жасау мен дер кезінде емдеу үлкен маңызға ие. Мысалы ЭКД күтімнің маңызды этапы – санитарлық-эпидемиялық тәртіпті қатаң сақтау, баздану орындарына инфекцияның енуін болдырмау, алдын-алу. тамақтану, этиопатогенетикалық емді тағайындау маңызды.

Сондықтан конституция аномалияларын оқып үйрену өте маңызды.

Диатез – терінің аллергиялық қабыну сырқаты. Оған көбінесе тектік бейімдігі бар балалар шалдығады. Бұндай тектік бейімдікті «атопия» деп атайды. Нәресте шақта атопия көбіне атопиялық дерматит түрінде көрініс береді. Оны бұрын «экссудативті диатез» деп атайтын. Атопия көптеген аллергияларға қатысты болуы мүмкін: тағамдық, шаң-тозандық, дәрі-дәрмектік, бактериялық, вирустық аллергиялар, т.б.

Диатез жүре келе аллергияның ауыр түрлеріне ауысуы мүмкін. Мысалы, аллергиялық тұмау немесе қолқа демікпесіне. Балада аллергияның бұл түрлерінің бәрі қатар жүруі мүмкін, бұл ауру түрін, «аллергиялық триада» деп

атайды.

Болезни детей раннего возраста. Аллергический дерматит

Аллергический диатез



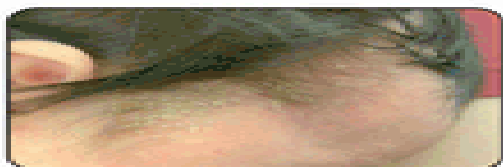
Эритема



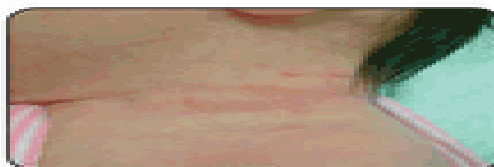
Сыпь



Юрелестігі



Гнейс



Молочные корочки

Диатездің патогенезінде : аллергияның алатын орны күмән келтірмейді. Оны теріге және тері асты аллергияны енгізгенде байқаудың оң нәтижелі болуы және айқын көрінетін **эозинофилия** дәлелдейді.

Аллергияның дамуы, ағзадағы көптеген функцияларының бұзылысына соқтыратыны мәлім, :бауыр жұмысы және көптеген зат, май және сулы-тұз алмасуы бұзылады.Жануар және өсімдік текті тағам өнімдері, дәрі-дәрмектер, химиялық заттар аллергия болуы мүмкін.

Көбіне *туа болған гипотрофия* кездеседі, оның себебі анасының соматикалық және гинекологиялық аурулары, ата-анасының зиянды әдеттері "алкоголизм, темекі шегу", өндірістік зияндылықтар болуы мүмкін.

Жүре пайда болған гипотрофияның негізгі себептері:

1. Алиментарлық фактор-баланы дұрыстамақтандырмау-керекті мөлшерден аз беру немесе тамақтың сапасының нашар болуы.
2. Инфекциялық фактор-баланың жиі ауыруы, әсіресе ас қорыту мүшелерінің ауруларында.
3. Баланың күтімінің нашар болуы.
4. Тұқымқуалаушылыққа байімділік. Клиникасы



Дене салмағының кему дәрежесіне байланысты гипотрофияның 3 дәрежесі бар:

1. I Дәрежесі-салмағының мөлшерден кемдігі 10-20%, теріасты май қабаты қарнында аздап кеміген, тәбеті жаман емес, терісі сәл бозғылт.

Терінің созылғыштығы төмен, психикалық дамуы жасына сәйкес.

Бұл дәрежедегі гипотрофияны байқау киын, сондықтан ауқытында емделмей қалады

2. II Дәрежесі-баланың салмағы мөлшерден 20-30% кем, теріасты май қарнында және аяқ-қолдарында азайған, тәбеті төмендеген, терісі бозғылт, құрғақ, терісінің созылғыштығы төмен, баланың қорғаныс күштері төмендеген, психикалық дамуы қалыс қалған.

3. III Дәрежесі-салмағының кемдігі 30%-тен артық, баланың бойы да мөлшерден 4-5 см-ге кем, теріасты май қабаты денесінде жоқ, бетінде азайған, терісі бозғылт, құрғақ, қабыршықтанған, терісінің созылғыштығы төмендеген, психикалық дамуы өте артта қалған. Емі және күтімі

Гипотрофияның себебін тауып, оны жою. Баланың күн тәртібін реттеу. Гигиеналық күтім-терісін, шырышты қабықтарын, киім, төсек-орындарын таза ұстау, баланың бөлмесінің тазалығын сақтау. Негізгі ем - диетотерапия. Әдетте I дәрежелі гипотрофиялы балаларды емхана жағдайында емдейді. II және III дәрежедегілерді ауруханада емдейді.

I дәрежелі гипотрофияда тағамды тиісті дене салмағына есептейді. Салмақ өсуі жеткіліксіз болса, ана сүтіне не қолдан тамақтан дыруда бейімделген қоспаға езілген сүзбе (творог), қант, кілегей қосуға болады. Асқорыту сөлдерінің ферментті бесенділігін арттыру үшін пепсинді тұз қышқылын, асқазан сөлін, панкреатин не фестал тағайындау тиімді. Тәбет ашу үшін свечада апилакты күніне 3 рет, С, В1, В2 Авитаминдерін береді.

Ем нәтижелі критерийі (белгісі) болып, баланың эмоционалды тонусы, дұрыс дене дамуы мен гемоглобин көрсеткіштері, созымалы (эластичный) терінің қызғылт түстілігі, ішкі жағына өзгерістер болмауы табылады.

Диспансерлік бақылауда басында аптасына 1 рет, сосын 2 аптада 1 рет, қалыптағы салмаққа тағамды есептеп түзетулер жасайды. Витаминді және фермент емі жүргізіледі. Емханада балаға сылау, гимнастика жасап, ультрафиолет сәулесін береді.

Аурудың алдын алуы:



1. Баланы дұрыстамақтандыру: мүмкіншілікболсатабиғитамақтандыру, шырын, қосымшатамақтардыуақтылыенгізу
2. Күн тәртібін дұрыс сақтау.
3. Жұқпалыаурулардансақтау.
4. Ата-аналар мен санитарлық-ағарту жұмысын өткізу.

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, , мультимедиялық құрылғы.

<https://doromarine.kz/kz/korsetilim/balalar-diatezini-belgileri.html>

https://www.youtube.com/watch?v=HmDbt2H_opc

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

- 1.Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.
- 2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55
- 3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.
- 4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.
- 5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

- 1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.
- 2.Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б. 15 15
- 3.Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.
- 4.Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (0байт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1
- Адилова, Л. М.
- 5.Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб. Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 248б.

1.Тақырып № 5 Ауыз қуысының шырышты қабатының аурулары : стоматитер, ауыздың ойылуы.

2.Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға ауыз қуысы ауруларын оқып үйрету.

3.Дәріс тезисы Стоматит (ауыз ойылу)

Анықтамасы. Ауыз ойылу қуысы шырышты қабаты қабыну аурулары.

**Жіктемесі:**

- 1.Кандидозды ауыз ойылуы (молочница).
- 2.Афтозды ауыз ойылу (дәл себебі анықталмаған, бірнеше қоздырғыш анықталады).
- 1.Герпетикалы ауыз ойылу.

Қауіп факторы:

- 2.Кандидозда – бұл алғаш айлардағы балалар; иммунодефицитпен, иммуносупрессиямен балалар; ортопедиалы аппарат, фонды патологиясы бар балалар;
 - 3.Афтозды ауыз ойылуында – 6 айдан 3 жасқа дейін; иммунодефицитпен балалар; санитарлы жағдайы нашарлығы; фонды патология
- Герпетикалы ауыз ойылуында – жас кездегі балалар

Диагностика критериилері

Афтозды ауыз ойылуы – дөңгелек , ауырсынулы және терең жара, шырышты қабаттың кез – келген жерінде арналған, көбіне қозғалмалы бөлігінде (ұрт шырышты). Зақымдану жеке немесе көптеген, сұр жабындымен және айналмалы көтерілген валикпен жабылған

Герпетикалы ауыз ойылуы – ұрт, тіс иектерінде, кейде таңдай және тілде ауырсынулы, гиперемияланған, ісінулы жаралы аймақтар көреміз.40 с – қа деэнгі қалтырау

Кандидозды ауыз ойылуы – ауыз қуысы шырышында ақ ірімшікті жабынды. Бұл көбіне ауыз қуысының шырыштысының жайылмалы эритемасымен бірге жүреді, оның құрғауы болады.

Негізгі диагностикалы шаралардың жіктемесі

Стоматолог кеңесі:

Қосымша диагностикалы шаралар тізімі:

Гастроэнтеролог кеңесі

Емдеу шарты

- 1 Науқасты жекешелеу (жеке ыдыстар, гигиеналы құралдар)
2. Диета өсімдік – сүтті , механикалы азды.
- 3.Көп сусын ішу (қайнаған су, жеміс – жидек шырындары)
- 4.Саңырауқұлақты ауыз ойылуында – ауыз қуысын 1% метелин көк сулы ерітіндісімен өңдеу, 1% клотримазол мазі немесе кремін күніге 2 рет (азанда – кешке) қолдану. Жайылмалы түрде 5 жастан жоғары балаларға оралды интраконазол 5 мг/кг алғаш 20сек аузын шайып, кейін ертіндіні жұтып жіберу; флуконазол 6 мг/кг/ тәул алғаш емдеу күнінде. Кейін 3 мг/кг/тәул, 2 аптаға дейінгі нәрестелерге – 72 сағ, аралығы, 2 апта – 4 аптаға дейін – аралығы 48 сағ.



5. Афтозды – герпетикалы ауыз ойылуында – ауыз қуысын 3 % сутегі асқын тотығымен өңдеу, 1:10.000 қатынаста калий перманганат ертіндісімен , 0,02% фурациллин ертіндісімен тамақтан алдын және кейін өңдеу. Бүркеуші және бырыстырушы тәсілдер астан алдын - 10% анестезиалы эмульция, 1-2% танин. Интерфералды мазь 4 рет күніне аралығы 2 сағат. 0.25% оксалин мазі 4 рет күніне.

6. Дене қызуы жоғарылауда парацетамол: 3 айға дейін 10 мг/кг, 3- ай 1 ж,60-100 мг; 1-5 жас 120-250 мг; 6-12 жас 250-500 мг; 12 жас (60 кг жоғары болса)- 500 мг. Бұл реттік доза.

Негізгі дәрілер тізімі:

- 1.Метилинді көк 1%-10 мл, спиртті ерітінді;
- 2.Клотримазол мазь, 1% крем; 1% флакоиды ертінді;
- 3.Сутегі асқын тотығы 3%- 25 мл ертінді, 40 мл флаконда;
- 4.Пропафол 10 мг\мл, көктамырға егуге эмульсия;
- 5.Калий перманганат 1:10.000 сулы ертінді
- 6.Оксалин мазь 0,25%
- 7.Интраконазол оральды ертінді 150 мл – 10мг/мд

Қосымша дәрілер тізімі:

- 1.Флуконазол 60 мг, 150 мг, капс; 100 мл флакондағы ертінді көктамырға
- 2.1% танин ерт; 2%,10% мазь
- 3.Парацетамол 200 мг; 500 мг табл, 2,4 сироп флаконда; 80 мг суппозитерия
- 4.Интерферонды мазь

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, презентациялар мультимедиялық құрылғы.

https://www.youtube.com/watch?v=_AxJYv6qz1c

<https://www.youtube.com/watch?v=Pvvj0UXrYs0>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет55

3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.

5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.
2. Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б.
3. Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.
4. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитонов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (Обайт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1
- Адилова, Л. М.
5. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб. Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 248б.

1. Тақырып № 6 Ауыз қуысының шырышты қабатының аурулары : баспа, созылмалы тонзилит

2. Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға ауыз қуысы ауруларын оқып үйрету.

3. Дәріс тезисы Баспа, ангина (латынша angina — қысамын, тұншықтырамын) — көмейдегі бадамша бездерінің қабынуынан болатын жұқпалы ауру. Оның қоздырғышы — стрептококк бактериясы. Аурудың атауы «тұншықтыру» - «анго» деген ертеректегі грек сөзінен шыққан. Сондықтан да көп ауруларды баспа



ауруы деп санайтын болған

Балалардағы баспа ауруының себептері

Баспа – тамаққа суық тигеннен пайда болады деген түсінік қалыптасқан. «Аузыңды ашпа, тамағыңа суық тиеді», «Суық су ішпе, балмұздақ жеме, тамағың ауырады» деген сөздерді ата-аналардан жиі естіп жатамыз. Мұндай кездерде тамақтың ауыруы әрине мүмкін, бірақ бұл баспа ауруы емес. Тонзилит – қоздырғыштары инфекциялық микроағзалар стрептококк пен стафилококк болып табылатын қауіпті ауру. Бұл бактериялар ауа тамшылары арқылы беріледі, демек бала мектептен, автобустан немесе басқа бір қоғамдық орындардан ауру жұқтыруы мүмкін. Сонымен бірге бұлар ағзада ұзақ уақыт сақталуы мүмкін, жағымды атмосфера туғанда олар тіріле бастайды. Қарапайым мысал: сыныпта немесе балабақшадағы топта балалар баспамен ауыра бастады, бірақ тек сіздің балаңыз бұл сырқатқа қарсы тұра білді. Демек

балаңыздың **иммунитеті** мықты болып, инфекцияның ары қарай дамуына жол бермей тұр. Инфекциялық таяқшалардың тірілуіне мынадай жағдайлар әсер етуі мүмкін:

- иммундық қызметтердің төмендеуі;
- дұрыс тамақтанбау;
- белгілі бір аурумен ауырып тұрғаннан кейін ағзаның әлсеруі;
- суық тию;
- шаршау.

Сонымен қатар балалардағы баспа ауру тіс жегі, құлақтың қабынуы, мұрынның шырышты қабығына суық тигенде, **аденоидит**, гайморит салдарынан да пайда болуы мүмкін.

Балалардағы баспа ауруының түрлері

Бұл қауіпті ауру сипаттамалық ерекшеліктеріне қарай әртүрлі болып келеді:

Баспа түрлері	Белгілері
Қабынбалы баспа	Мұндай жағдайда тамақтың ауыруы, қышуы мен құрғауы байқалады. Бұл жағдайлар ешқандай себепсіз пайда болады. Сонымен қатар баланың дене қызуы көтеріліп, ағза әлсіреп қалады.
Фолликулдық	Қабынбалы баспа кезіндегідей белгілер білінеді, алайда олар анық байқала бастайды. Лимфа түйіндері ұлғаяды, мойын ауыра бастайды. Тамақта кеңірдектің ауыруы байқалады, ашық жаралы қабыршақтар пайда болады.
Үңгіршікті баспа	Баспаның бұл түрінде кеңірдекте сары қабыршақтар байқалады.
Ұшықтық	Бұл кезде кеңірдекте сулы көпіршіктер пайда болып, 2-3 күннен кейін олар жарыла бастайды. Олардың орындарында кішкентай жаралар қалып қалады. Оған қоса бала құсып, нәжісі сұйыла бастайды. 5-7 жастағы балалар тобы осы сырқатқа жиі шалдығады.
Қышыма	Баспаның мұндай түрінде кеңірдекте ірімшіктенген қабыршақ пайда болады. Қышыма баспа түрі бір жасқа толмаған балаларда байқалады.

Баспа ауруының белгілері



Арудың өзіне тән белгілері әдетте бірден пайда болады және күшті қарқын ала бастайды.

Мынадай белгілер баспаны анықтауға көмектеседі:

- жалпы ағзаның әлісеруі;
- **тәбеттің** болмауы, бұл жағдай көбінесе өзінің ауырғанын түсіндіре алмайтын кішкентай балаларда кездеседі;
- дене қызуының күрт жоғарылауы;
- біресе қалтырау, біресе қызу;
- тамақтың ауыруы бірден пайда болмайды, ол тек екінші, үшінші күндері пайда болады;
- жұтынғанда тамақ ауырады.

Егер сырқат соңғы сатыларында жүріп жатса, оған тағы мына белгілер қосылады:

- мұрыннан су ағу;
- **жөтел**;
- тамақтың қырылдауы;
- тамақты күйдіру, тамақтың құрғауы;
- лимфа түйіндерінің үлкеюі, оларды сипағанда ауыру сезімдерінің болуы;
- көздің жасаурауы және конъюнктивит.

Кеңірдектің сыртқы түрі де өзгереді: олар үлкейеді және қызарады, кей кездері жоғарыда айтып өткеніміздей қабыршақтар пайда болады.

Баладағы баспа ауруын диагностикалау

Өкінішке орай, баспа белгілерін қарапайым суық тию белгілеріне теңеп, ата-аналар дәрігерге барудың орнына өз беттерінше емдеу жасай бастайды. Алайда аруды диагностикалау мен оған ем тағайындау тек дәрігердің қолында. Сол себептен де тонзилиттің асқынған түрлері жиі орын алып жатады.

Белгілеріне, олардың пайда болған уақытына қарай дәрігер мынадай диагностика түрлерін жасай алады:

Клиникалық зерттеу



Бұл стандартты диагностикалау тәсілі, ол науқастың өзімен немесе ата-анасымен әңгімелесуден тұрады. Дәрігер белгілері, олардың пайда болу сипаттары, қаншалықты байқалатыны туралы толық сұрайды. Диагностикалаудың келесі сатысы фарингоскопия болып табылады, бұл медициналық құрал - шпательдің көмегімен ауыз қуысы мен тамақты тексеру. Қабыну немесе қызару, жара, жұмсақ таңдайдың шырышты қабатында қабыршақтар бар ма, қызыл иек, кеңірдек, ауыз қуысының айналасы тексеріледі.

Алғашқы тексеруден кейін дәрігер алдын ала талдау жасап, қажетті зерттеу тағайындайды.

Зертханалық жағдайда диагностикалау

Төменде көрсетілген зертханалық талдаулар нақты диагноз қоюға көмектеседі. Олар:

- қабыну белгілерін анықтау үшін жалпы қан талдауы;
- ауру қоздырғыштарын анықтау үшін ауыздың шырышты қабатынан жұғынды алу;
- баспаның жіті формаларын анықтау үшін таңдай мен мұрын қуысынан жұғынды алу.

Баспаны емдеу

Балалардың баспа ауруларын емдеу толықтай ауру деңгейіне байланысты. Жағдай тіпті нашар болса, ауруханаға жату керек болады, алайда көп жағдайларда дәрігер үй жағдайында ем қабылдау мен дәрілік заттар жазып береді. Баспа деңгейі мен сипатына қарай вирусқа қарсы немесе бактерияларға қарсы дәрілер береді. Сондай-ақ емдік шараларға қызуды түсіретін, ауыруды басатын дәрілер мен тамақты шаюға арналған ерітінділер және антисептиктер кіреді.

Сонымен бірге ата-аналар баланың жазылуына қолайлы жағдай жасаулары керек. Кез келген жағдайда бірнеше күн төсекте жатып емделу керек болады. Егер балаңыз мектеп жасында болса, мектепке бару туралы сөз де қозғалмауы тиіс. Ағзаны одан ары шаршатуға болмайды, сол себепті балаға толық тыныштық пен демалыс қамтамасыз етілуі тиіс. Кез келген мультифильмдерді немесе комедиялар көрсін, ұзақ ұйықтасын және жай ғана демалсын.



Жылдам жазылуға жетелейтін келесі қадам – ол дұрыс тамақтану. Кез келген ауру түрінде **тәбет** төмендейді немесе мүлде болмайды, алайда ағзаға вирустармен күресу үшін және қайта қалпына келу үшін қоректік заттар қажет. Баланың тамағы ауырып тұрғандықтан, оған жағымсыз әсер тудырмайтын жұмсақ және жайлы тамақтар іштіру керек. Тамақ пен сусындардың барлығы жылу болуы тиіс. Бұл уақыттағы ең тиімді тамақ үлесі – лимон қосылған шай, морс, компот, езбе мен көкөніс сорпасы.

Дәстүрлі емді қатты пайдаланудың қажеті жоқ, бірақ олардың дәрілік заттар емес екенін де естен шығармау керек. Ауырғанда бал, таңқурай немесе лимон жақсы көмектеседі, алайда олар ауруды толықтай жазып, ағзадан инфекцияларды шығара алмайды. Сол себептен дәрімен емдеу кезінде олар қосымша ретінде көмекке келулері керек.

Сонымен бірге науқас жатқан бөлмені желдетіп, күн сайын ылғалды тазалық жүргізіп тұрған абзал

4 Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, , мультимедиялық құрылғы. Презентациялар

<https://www.youtube.com/watch?v=Pvvj0UXrYs0>

<https://www.youtube.com/watch?v=DMDKyYrvnI0>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.

5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2.Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024

3.Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.

4.Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (0байт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1



Адилова, Л. М.

1. Тақырып № 7 Ауа тамшы инфекциялары жедел респираторлы жұқпа .

2. Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға ауа тамшы инфекцияларының жүзу жолдарын үйрету.

3. Дәріс тезисы

Жіті респираторлық вирустық инфекция (ЖРВИ) - әлемдегі тұмауды біріктіретін аурулардың ең кең тараған тобы тұмау, парагрипп, респираторлық-синцитиалдық инфекция, риновирусты және аденовирусты инфекция, басқа жоғарғы тыныс алу жолдарының талаурамалы қабынбалары. Даму үдерісінде вирустық ауру бактериялық инфекцияға асқынуы мүмкін.

ЖРВИ- бұл төрт ортақ белгілерді біріктіретін аурулар тобы.

1. Олардың барлығы жұқпалы болып табылады. Олардың вирусын тудырады;
2. Ауру қоздырғыштары ағзаға ауа-тамшы жолдарымен – тыныс алу ағзалары арқылы келеді;
3. ЖРВИ кезінде бірінші кезекте тыныс алу ағзалары зардап шегеді. Ауруды тегіннен респираторлық, яғни «тыныс алуға қатысты» деп атаған жоқ;
4. ЖРВИ тез таралады және көпке созылмайды. Қоздырғыштар жөтелу, түшкіру, сөйлесу кезінде ауа арқылы науқас адаммен байланыс жасаған кезде жұғады.

Вирустар мен бактериялар тыныс алу жолдарына түседі, шырышты қабыққа түсіп, зиянды заттар уыттар бөліп шығарады, сосын олар қан арқылы барлық ағзаға таралады. ЖРВИ-мен балалар және иммундық жүйесі әлсіреген адамдар жиі ауырады. Иммунитет ауырғаннан кейін тұрақты емес, сондықтан әр адам жыл сайын 3-4 және одан да көп ауруы мүмкін.



ЖРВИ әдетте жіті, күтпеген жерден басталады. Жұқтыру мен ауру арасында орташа алғанда шамамен 2 күн өтеді. Ауырар алдында адамды мыналар мазалау мүмкін: шаршау сезімі, әлсіздік, ашуланшақтық. Бұдан әрі бұл белгілер көбейеді, бас ауырады, қатты әлсіздік, бұлшық еттер сырқырайды, дене қызуы жоғарлауы мүмкін, терлегіш болады. Тұмау, тамақтың ауруы, жөтел пайда болуы мүмкін. Кейбір жағдайларда тыныс алу жолдарының зақымдануымен конъюнктивит-қатты ауырғандар және қатты асқынулар бойынша емдеуге жатқызуға мұқтаж. ЖРВИ диагнозын педиатр қараған және наукастан сұраған кезде қояды. Сонымен бірге дәрігер несеп пен қан талдауын тағайындауы мүмкін.

ЖРВИ емдеу әдетте дәрігердің бақылауымен үй жағдайында жүргізіледі. Пациентті ауруханаға тек аса ауыр жағдаятта немесе шиеленген жағдайда жібереді.

Науқас міндетті түрде төсек тартып жатуды қадағалауы және барынша сұйық зат ішуі керек, жылы шай мен морс ішкені жақсы. Дене қызуы жоғары болғанда қызу басатын дәрі-дәрмектерді, қажеттілігіне қарай тұмауға қарсы дәрілерді немесе жөтелге қарсы препараттарды қолдануы керек.



ЖРВИ кезінде тыныс алу гимнастикасы мен дәрумендер терапиясы жақсы әсер етеді. ЖРВИ кезінде антибиотиктер тиімді емес, сондықтан олар бактериялық инфекция немесе асқыну кезінде тек дәрігердің тағайындауымен қабылданады. Тұмауды алдын алудың 3 түрі бары белгілі:

- Екпелік алдын алу;
- Дәрімен алдын алу (вирусқа қарсы дәрілер);
- Жеке және қоғамдық гигиена (ақпараттандыру жолымен) ережесін қадағалау.

Екпелік алдын алу— тұмауды бақылаудың басты амалы. Екпе - кез келген тұмау эпидемиясы кезінде ең сенімді қорғаныс болып табылады. Екпе нәтижесінде пайда болған иммунитет аурудан сенімді қорғайды. Көптеген маңызды инфекция, атап айтқанда полиомиелит, дифтерия, қызылша жаппай екпе нәтижесінде толық жойылады. Маусымдық тұмауға қарсы жыл сайынғы екпе барлық жастағы топтарда ауру мен өлім-жітімді барынша азайтады. Осы мақсаттар А/Н1N1/2009 тұмау індеті даму кезеңінде қазір де көзделген.

Екпе мақсаты – инфекция ретінде тұмауды толық жою емес, тұмаудан өлім-жітімді және ауруларды, әсіресе оның асқынуларын, жүрек-қантамырлық, өкпе ауруларының, басқа да созылмалы патологиялардың асқынуын азайту. ДСҰ жыл сайын қатерлі топтарға тұмауға қарсы егуді ұсында: 65 жастан жоғары (созылмалы патология болған жағдайда –кез келген жаста), 6 айдан бастап 15 жасқа дейінгі балалар, медицина қызметкерлері және басқа да көптеген өндірістік байланыстағы адамдар.

Қауіп-қатердің ерекше тобы, яғни бөлек қарастыратындарды жүкті әйелдер, әсіресе екінші және үшінші триместрдегі жүкті әйелдер құрайды. Қазіргі замандағы жағдаятқа жасалған – дені сау жүкті әйелдердің көп бөлігі тұмау катты ауырғандар және қатты асқынулар бойынша емдеуге жатқызуға мұқтаж.

Қазіргі таңда тіркелген жүкті әйелдер арасында А/Н1N1/2009 тұмаудан болған аурудың өліммен аяқталған жағдайы шамамен 5% расталды. Және де негізгі тұрғындардың ішінен жүкті әйелдер шамамен 1 пайызын құрайды. Сондықтан Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы мен Денсаулық сақтау министрлігі барлық жүкті әйелдерге екпе егуді, соның ішінде маусымдық тұмауға қарсы белсенділігі жойылған екпе егуді ұсынады.

Негізгі тұжырымдар:

- Тұмауға қарсы вакцина қауіпсіз;



- Екпе жасау егде адамдар мен қатерлі топтар арасында ауруларды, емдеуге жатқызу және өлім-жітімнің болу қауібін азайтады;
- Тұмауға қарсы екпе дені сау жастар, балалар мен ұйымдастырылған ұжымдар арасында ауру және асқыну қауібін азайтады;
- Егде адамдар мен қатерлі топтарға екпе міндетті түрде ұсынылады.

Ақпарттандыру жолымен алдын алу. Жеке және қоғамдық гигиена ережесін қадағалау.

ЖРВИ, H1N1/pdm2009 (ол ғана емес) тұмауы таралмау үшін алдын алу іс-шараларын қолдану қажет және де әр адамның қарапайым санитарлық-гигиеналық ережелерді қолдана отыра, аурудың және тұмаудың таралу қауібін азайта алады. Сондықтан әркім тап болатын жағдаяттарды қарастырайық және жағдаяттардың барлығына нақты қажетті алдын алу іс-шараларын тізіп шығайық.

Біріншіден:

Өзіңіздің ауырып қалмауыңыз және айналадағыларға жұқтырмау үшін не істеу керек:

- Науқас адамдармен байланыстан алшақ болу;
- Науқасқа 1 метрден жақын жақындамау;
- Науқас адамдармен байланыс жасаған кезде демперде кию;
- Инфекцияның таралуын алдын алу үшін қолды сабынмен немесе бактерияға қарсы (құрамында спирт бар) ерітіндімен жуу;
- Бір реттік қол орамалын қолдана отыра, жөтелген және түшкірген кезде мұрын мен ауызды жабу;
- Адам көп жиналған жерге (ойын-сауық шараларына, жиналыстарға, кездесулерге) бармау;
- Бөлмені жиі желдету;
- Кір қолмен көзді, мұрын мен ауызды түртпеу;
- Салауатты өмір салтын ұстану (толық қанды ұйқы, таза ауа, белсенді демалыс, дәрумендерге бай тағамдар), ол ағзаның кез келген инфекциямен күресуіне көмектеседі.

Екіншіден:

Егер Сіз ауырып қалсаңыз, басқа адамдармен байланысты барынша азайту және емдеу бойынша нұсқау алу үшін шұғыл дәрігерді үйге шақырыңыз. Жеке



күнделікті гигиена шараларын ескере отыра және науқастанған күннен бастап 7 күн ішінде үйде қалыңыз.

Егер Сіз бәрібір ауырып қалсаңыз, онда:

- Басқа адамдарға қауіп төндірмеу және қауіпті асқынуды болдырмау үшін үйде қалыңыз;
- Төсек тартып жату режимін қадағалаңыз;
- Мүмкіндігінше өзіңізді басқа отбасы мүшелерінен оқшаулаңыз;
- Аурудың бірінші белгілері кезінде дәрігерді шақырыңыз;
- Бір реттік қол орамалын қолданыңыз, қолданған соң бірден оны лақтырыңыз;
- Дәруменді сұйық сусындарды, сонымен қатар қызу басатын қасиеті бар мүкжизек, итбүлдірген тұнбасын көп ішіңіз;
- Дәрігердің барлық тағайындамасын орындаңыз және препараттар қабылдаңыз, әсіресе вирусқа қарсы, қатаң кесте бойынша. Сіз жазылған сияқты болсаңыз да, препарат қабылдаудың толық курсың өтуіңіз қажет;
- Хал-жағдайыңыз нашарлап кеткен жағдайда дәрігерге уақытылы бару және қажетті ем алу үшін, өз хал-жағдайыңызды мұқият қадағалаңыз.

Үшіншіден:

Отбасының бір мүшесі ауырса болды, бір-бірден қалғандары да ауыратынын жиі білеміз. Науқасты бөлек бөлмеге оқшаулау, ауырған адамның отбасы мүшелері үшін дәке таңғыш қолдану, науқастың бөлмесін жиі желдету және ылғалды жуып-шаю осының барлығы алдын алу іс-шараларының ажырамас бөлігі. Тұмау ошағында – науқас жатқан бөлмедегі тұрмыстық заттарда, ауада ауру қоздырғыштарды зарарсыздандыру бойынша дезинфекциялық іс-шаралар өткізу міндетті. Ауада инфекциялық аэрозолдің (ұсақ дисперстік, шаң фазаларының) шоғырлануын азайтудың қарапайым тәсілі бөлмені жиі желдету болып табылады. Суық жыл мезгілінде күніне 3-4 рет 15-20 минуттан желдету ұсынылған. Сонымен бірге науқас бөлмесінің ауа температурасын бақылау керек. Ол 20°C төмен болмауы қажет.

Егер отбасында науқас пайда болса, онда келесі ережелерді қадағалау керек:

- Мүмкіндігінше науқас отбасының басқа мүшелерінен мүмкіндігінше бөлек орналастыру;
- Науқасқа бір адам күтім жасаса жақсы болады;
- Науқасқа жүкті әйел күтім жасамағаны дұрыс;



- Отбасының барлық мүшелері демпердені қолдану, қолды жиі жуу, зарарсыздандыру заттарымен қолды сүрту сияқты гигиеналық іс-шараларды қадағалауы тиіс;
- Отбасының басқа мүшелерінде тұмау белгілерінің пайда болуын бақылау;
- Науқастан кемінде 1 метр қашықтықта болуға тырысу керек;
- Науқасқа бөлек ыдыс-аяқ бөлу;
- Хал-жағдайы нашарлауы мүмкін кезде уақытында дәрігерге каралу және қажетті ем алу үшін науқас жағдайын мұқият қадағалау.

Сіз бір реттік демперде қолдансаңыз, онда келесі талаптарды орындауға тырысыңыз:

4 Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, , мультимедиялық құрылғы. **Презентациялар**

<https://www.youtube.com/watch?v=Vd3htOKKbrk>

<https://www.youtube.com/watch?v=d96pZIVIQhU>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет55

3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни.

Детские болезни.

5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблшинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2.Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024

3.Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.

4.Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (Обайт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1

Адилова, Л. М.

Тақырып № 8 Қызамық, қызылша .Балаларда жоғарыда аталған инфекцияларда ауыз қуысының патологиялық өзгерістерінің дифференциальды диагностикасы



Әр түрлі жұқпалы аурулар кезінде кездесетін ауыз қуысындағы өзгерістердің диф.диагностикасы

2.Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға ауа тамшы инфекцияларының жұғу жолдарын үйрету.

3.Дәріс тезисы Қ ы з ы л ш а – вирустармен шақырылып , жоғары температурамен , тыныс жолдарынң шырышты қабеттарының қабынуымен, тері және шырышты қабаттарындағы бөртпелермен сипатталатын балалардың өте жұқпалы ауруы.

Ертеректе қызылша ауруы тек жиі кездесумен қоймай , бала өмірі үшін өте қауіпті аурудың бірі еді, оның асқынуларынан кейін балалар өлімі көп болатын. Соңғы 30-40 жылдың ішінде ауруға қарсы жалпы және арнайы шаралар жүргізу арқасында, ауру саны азайып қана қоймай , өлім көрсеткіші де төмендеді. Ал соңғы 1-2 жылда бұл ауру қайтадан «басын көтере» бастады, бұның себебі алдын алу егу жұмыстарын жүйелі түрде жүргізбеу салдарынан иммунитет деңгейінің төмендеуі деп айтуға болады.

Эпидемиология. Аурудың қоздырығышы- м и к р о в и р у с т а р, сыртқы ортада өте төзімсіз , тез тарағыш, өте жұқпалы (ару бала отырған бөлмедегі ауа арқылы басқа бөлмелерге, этаждарға тарап , басқа балаларға жұғады . аурудың көзі – ауру бала, ауырғаннан бастап , бөртпе шығу кезеңінен 5-ші күніне дейін, асқынулар кезінде 10-шы күнге дейін жұқпалы болып сепетеледі. Таралу жолдары – ауа сілекей арқылы. Иммунитет ауырып өткенен кейін тұрақты.

Патогенез. Вирус организмге тері және жоғары тыныс жолдарының шырышты қабаттары арқылы еніп, сол жерлердің қабынуына әкеледі. Вирустар қанға өтіп(вирусемия), барлық ағзағаларға тарайды және олардың қызметін бұзады, қабындырады.

Клиникасы. Қызылшаның клиникалық белгілері сатылап, бірнеше кезеңде өтеді.

ж а с ы р ы н к е з е н 7-17 күн, профилактикалық екпелер алған балаларда 21 күнге созылады.

б а с т а п қ ы к е з е н- катаральды , продромальды деп те атайды. 4-5 күнге созылады. Дене қызуы көтеріледі катаральды, іріңді ринит , конъюнктивит, ларингит, фарингит белгілері пайда болады осы кезеңде ерте диагноз қою үшін Бельский –Филатов-Коплик белгісінің маңызы зор : баланың ұртының шырышты қабатында, кіші азу тістерінің қарсысында ақ жарма тәрізді бөртпе пайда болып, 3-4 күнге дейін сақталады. Таңдайда қызыл түсті дақтар-энантема байқалады. Бала өте мазасыз, ұйқысы бұзылып, тәбеті төмендейді, кейде құсып , іші өтуі де мүмкін.



бөртпе шығу кезеңі – аталған катарльды белгілер анықтала, күшейе түседі. Дене қызуы қатты жоғарылап, баланың жалпы жағдайы нашарлайды. Осы кезеңнің бірінші күні тері қабатында : маңдайында , құлағының артында, бетінде макуло-папулезді бөртпелер пайда болады. бөртпелер арасында тері қабаты өзгермейді , бірақ бөртпелер денеге қосылып , тұтасып кетеді. 2-ші күні бөртпелер денеге , 3-ші күні аяқ-қолдарына жайылады. 3 күн өткен соң бөртпелер солғындап, келесі жазылу кезеңі басталады.

жазылу кезеңі - пигментация, реконволесценттік кезең деп те аталады. Бұл кезеңде баланың жалпы жағдайы дұрыстала бастайды, тері қабатындағы бөртпелер солғындай келе, орнында қошқыл түсті дақтар қалады. Кейде тері қабатында ұзақ түлеу байқалады. Осы кезеңде бала тез шаршағыш , ұйқышыл келеді, организмнің қорғаныш күштері қатты төмендейді. Сол себепті қызылшадан кейін әр түрлі аурулармен асқынулар жиі болады: ларингит, пневмония, отит анtrit, энцефалит т.б. Қызылша ауырлығы бойынша 3-дәрежеде өтеді: жеңіл, орташа, ауыр және өте ауыр түрде. Ағымы бойынша : типті және атипті (митигированная корь- екпе қабылдаған балаларда) түрлерін ажыратамыз. Атипті түрінде клиникалық белгілер әлсіз білінеді, жасырын кезең ұзағырақ,. Бөртпелер шығу сатысы сақталмайды, дене қызуы өте жоғары болмайды, асқынулары өте сирек кездеседі.

Диагноз қою. Бұл үшін эпидемиологиялық анамнезге , осы ауруға тән клиникалық белгілерге (патогномичные симптомы) сүйенеміз. Мысалы: катаральды кезеңде – Бельский – Филатов- Коплик белгісіне , бөртпе шығу кезеңінде – бөртпелердің ерекшеліктеріне , сатылап шығуына қарап анықтауға болады. лабораториялық тексерулер кезінде тыныс жолдарынан вирусологиялық зерттеуге жағынды алынады.

Емдеу. Ауру бала негізінен үй жағдайында емделеді. Стационарда арнайы бокстарда келесі балалар ем қабылдайды: 2 жасқа дейінгі балалар, аурудың ауыр түрлерінде, асқынған түрлерінде , қанағаттанғысыз эпидемиологиялық жағдайларда.

Емдеу принциптері таза ауамен қамтамасыз ету, тез сіңетін, витаминдерге бай, жасына сәйкес тағам түрлерін тағайындау, балаға өте жақсы гигиеналық күтім ұйымдастыру. Симптомдық ем жүргізу, жөтелге қарсы , ыстық түсіретін антигистаминді дәрілер; антибиотиктер 2 жасқа дейінгі балаларға, әсіресе фондық аурулары бар балаларға және асқынулар кезеңінде тағайындалады. Аурудың асқынған түрлерінде стационарда жағдайына сәйкес ем тағайындалып, жүргізіледі.

Қызылшаның профилактикасы арнайы және жалпы шаралардан тұрады.



Арнайы шаралар – арнайы профилактика жүргізу- қызылша вакцинасын егу- жаңа күнтізбекке сәйкес 12 айлығында , қайта егу 6-7 жасында 0,5 мл бұлшық етке немесе тері астына жасалады. Егер бала жақын арада гамма глобулин, қан плазма, гормондар қабылдаса, екпе 6 апта өткеннен кейін жүргізіледі. Бұрын қызылшамен ауырмаған , егу жұмыстарын алмаған балалар , ауру баламен қарым-қатынаста болса, тез арада екпе қабылдау қажет. Егу жұмысын жүргізуге болмайтын жағдайда, пассивті иммунитет туғызу үшін иммуноглобулин 1,5,-3 мл егіледі.

Жалпы шаралар:

ару баланы мүмкіндігінше т оңашалау;

СЭС-ке жедел хабар беру; балалар мекемелеріндегі қарым-қатынастағы балаларға 17-21 күнге карантин тағайындау.

Қ ы з ы м ы қ - вирустармен шақырылып, тері қабатындағы бөртпелермен, мойын лимфа түйіндерінің ісінуімен сипатталатын балалардың жұқпалы ауруы. Ұзақ жылдар бойы қызамық балалардың жұқпалы ауруларының ішіндегі жеңіл түрі болып саналып келеді. Ауырған бала үшін бұл ауру онша қауіпті емес, өйткені көбінесе жеңіл түрде өтеді. Бірақ қызамық құрсақтағы балалар үшін өте қауіпті болып саналады, өйткені қызамық қоздырғыштары құрсақтағы баланың ағзаларын зақымдап, ол бала әртүрлі ағза ақауларымен туылатыны дәлелденді (туа біткен соқырлық, саңылаулық, гидроцефалия, жүрек ақаулары т.б.)

Эпидемиология. Қоздырғышы – вирустар , қоршаған ортада төзімсіз. Аурудың көзі – ауру бала, жұғу қаупі жасырын кезеңнен басталып, бөртпе шыққаннан кейін де 5 күнге созылады. Таралу жолдары: ең жиі кездесетін таралу жолы ауа тамшы арқылы ; тікелей қатынас арқылы(контактный); плацента арқылы сирегірек өтеді.

Патогенез. Басқа ауа сілекей арқылы тарайтын аурулардікіне ұқсас. Тыныс жолдарының шырышты қабаттары арқылы өткен вирус қанға, одан лимфа түйіндеріне өтіп, оларды және тыныс жолдарының эпителий клеткаларын зақымдайды.

Клиника. И н к у б а ц и я л ы кезең- 11-23 күнге созылады.

П р о д р о м а л ь д ы кезең- өте қысқа, 1-2 күн. Бұл кезеңдегі белгілер: мұрын бітіп, көз қызару, сирек жөтел пайда болу, субфебрильді температура байқалу. Бірінші белгілердің осындай әлсіз және қысқа болуымен байланысты бұл кезең көбінесе байқалмай өтеді.

Б ө р т п е ш ы ғ у кезеңі- қызамықтың көзге көрінер ең негізгі белгісі. Бөртпелердің шығуында қызылшадағыдай сатылап шығу тәптібі жоқ. Бөртпелер макуло-папулезді, бөлек-бөлек , негізінен аяқ-қолдардың сыртқы жазушы



жақтарында , жамбаста орналасады. Бөртпелер 2-3 күннен кейін солғындап, жоғала бастайды, орнында дақ қалмайды. Бөртпелерден басқа қызамық ауруына тән белгінің бірі желке мойын лимфа түйіндерінің 8-12 мм-ге дейін үлкеюі, ісіну (нормада 3-5 мм немесе білінбейді).

Асқынулар: Қызамықтың асқынулары негізінен нерв жүйесі тарапынан байқалады: энцефалит, энцефаломиелит, менинглэнцефалит және құрсақтағы баланың жүйке жүйесі тарапынан байқалатын туа пайда болған ақаулары.

Диагноз қоюға эпидемиологиялық анамнез, клиникалық белгілер, иммунофлюоросценция арқылы жұтқыншақтың алынған жағындыдан фирустар табылу көмектеседі.

Емдеу. Арнайы ем жүргізілмейді. Қызамықтың емі асқынбаған түрлерінде симптоматикалық дәрілерді қолдану арқылы өткізіледі. Ал асқынулар байқалса, міндетті түрде стационарға жатқызып , синдромдар бойынша ем тағайындау қажет.

Профилактика. Қызамыққа қарсы арнайы профилактика жүргізілмейді. Жалпы шараларды: ауру балаларды бөртпе шыққаннан бастап 5 күнге , жүкті әйелдерді 18 күнге дейін оңашалау.

4.Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, , мультимедиялық құрылғы презентациялар
<https://www.youtube.com/watch?v=-EtGvN4cxUc>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни.

Детские болезни.

5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблшинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2.Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР -

Медиа, 2015. - 3.Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] :

учебник / А. М. 4.Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд.,



перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (Обайт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1

Адилова, Л. М.

5.Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб. Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 248б

1.Тақырып № 9 Ауа тамшы инфекциялары Желшешек

дифтерия(қырылдауық) .Балаларда жоғарыда аталған инфекцияларда ауыз қуысының патологиялық өзгерістерінің диф.диагностикасы .

2.Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға ауа тамшы инфекцияларының жұғу жолдарын үйрету.

3.Дәріс тезисы

Желшешек – өте қауіпі, вирусты этиологиялы жедел инфекциянды ауру. Көбінесі балалар ауырады, бала бақшаға баратын немесе мектеп жасындағы балалар . Желшешек ауруы бала кезінде жеңіл түрде өтеді; емізулі балаларда, үлкендерде және иммунитеті төмен адамдарда өте ауыр түрде өтеді. Желшешек тұқымқуалау ауруына жатпайды. Аурудың көзі – ауру науқас болып саналады. Аурудың жасырын кезеңі орта есеппен 14 күн, бірақ кейде 21 күнге созылуы мүмкін. Аурудың таралу ауа-сілекей жолы арқылы таралады, вирус сойлегенде, жөтелгенде және түшкіргенде көп мөлшерде шығады. Вирус жәнеде вертикальді механизм түрде таралады , анасынан құрсақтағы балаға берілуі, егерде анасы жүктілік кезінде желшешек ауруымен ауырса. Адамдардың желшешек ауруына сезімталдығы жасына байланысты. 6 айға дейінгі балалар іс жүзінде ауырмауы мүмкін, анасынан берілген иммунитетіне байланысты. Өсе келе сезімталдығы жоғарлап және іс жүзінде баланың бірінші кездесуі инфекцияның қоздырғышының бастауымен зарарлануына келтіреді. Қоршаған ортада вирус тұрақты емес және тез өледі. Вирус ауру адамның көрінетін сілемейлерінде және терісінде орналасқан көпіршіктерден сыртқы ортаға бөлініп шығады. Ауру қоршаған ортаға бөртпенің пайда болуына 2-3 күн бұрын және соңғы көпіршік пайда болғаннан кейін 5 күн қауіпті болып саналады. Осы кезде науқасқа желшешекпен ауырмаған адамдарды қарым-қатынаста ұстауға болмайды, өйткені жұғу көзі жоғары. Сау бала науқас баламен қарым- қатынаста болған жағдайда, оларды 21 тәулікке каратинге немесе жеке ұстайды, егерде қарым-

қатынас болған күнін нақты білген жағдайда , 11-ші тәуліктен бастап қатынас болған күннен 21-ші тәулікке дейін жекелендіреді.



Клиникалық белгілері:

Жасырын кезеңі орта есеппен 14 күн, бірақ кейде 21 күнге созылуы мүмкін. Бастапқы кезеңі көбінесе байқалмай өтеді. Желшешек алғашында баланың жалпы жағдайының өзгеру белгілерінен басталады: дене қызуы 38°C көтеріледі, тәбеті төмендейді, басы ауырып, ұйқысы бұзылады. Осы кезде баланың бетінде, шаштарының арасында, денесінде бөртпелер пайда болады. Бөртпелер бастапқыда макуло-папулезды 2-4 мм болса, тез арада (5-6 сағаттың ішінде) везикулаларға – іші мөлдір сұйықтыққа толы көпіршікті бөртпелерге айналады. Бөртпелер мен көпіршіктер қатты қышиды. Бұл көпіршіктердің ішіндегі сұйықтық кейіннен өзгеріп, іріңді көпіршіктерге айналуы мүмкін. Бірақ олардың айналасындағы тері қабаты өзгермейді, сөйтіп 1-2 күннің ішінде көпіршіктер құрғап, қабыршақтармен жабылады. Қабыршақтар құрғап түскеннен кейін орнында дақ қалмайды. Желшешек ауруында бөртпелер қабыршақтанып жатса, осы кезде кейбір бөртпелер жаңадан шығып жатады. Осыған байланысты аурудың жағдайының ауырлығын анықтайды.

Балаларда папула және көпіршіктер ауыз қуысының көрінетін сілемейлерінде байқауға болады, олар афтозды жараға дейін айналады. Аурумен қайталап ауруы мүмкін емес, өйткені организмді тұрақты иммунитет пайда болады. Емі: ауру баланы көбінесе үйде оңашалайды. Стационарда тек клиникалық көрсеткіштерге байланысты емделеді. Спецификалық ем дәрігердің



тағайындауымен вирусқа қарсы препараттар қабылдайды. Ұсынылады төсектік тәртіп, көп сұйықтықты ішу, айран- сүт тағамдары қабылдау, баланың жеке басының, киім-кешегінің, төсек орнының, бөлменің тазалығын қатаң сақтау. Баланың тырнағын қысқа қылып алып тастау керек. Себебі бала бөртпелерді қасыған кезде микробтар еніп, бөртпелер жараға айналады. Көпіршіктер тез кебу үшін бөртпелерге калий перманганатының (1-2 пайыздық) ерітіндісін немесе калий марганец қышқылының (10 пайыздық) ерітіндісін, жасыл дәрі (зеленка) жағу керек.

Желшешектің асқынуы:

Желшешек ауруы көбінесе бактериялы инфекция ауруларына алып келеді: вирусты пневмония (өкпенің инфекциясы, белгілі вируспен шақырылған және қызба белгілерімен өтетін, жөтел және демікпе); энцефалит. Бас миының вирусты энцефалит ауруы, сирек кездесетін түрі. Оның белгілерін біліп жүрген дұрыс: қызба, есінің тануы, ұмытшақтық, шаршағыштық және бірден бас ауырсынуы, аяқ-қолдарына таралатын.

Дифтерия (Қырылдауық) асқынуларымен қауіпті, балалардың жұқпалы ауруларының ішіндегі ауыр түрі. Арнайы егу жұмыстары жүргізілмей тұрған уақыттарда бұл аурудың балалар өлімі өте жоғары болған. Арнайы вакцина егу арқылы балаларда осы ауруға қарсы активті иммунитет туғызып, ауру саны күрт төмендетілген еді. Кейінгі жылдары алдын ала егу жұмыстары жақсы жолға қойылған кезде дифтерия ауруы тек төтенше уақиға ретінде кездесіп жүрді. Бірақ, соңғы 5-6 жылдың көлемінде дифтерия қайтадан «басын көтере» бастады. Оның себебі арнайы профилактиканың дұрыс жүргізілмеу салдарынан болады. соңғы 10 жыл ішінде Қазақстанда дифтереиямен ауыру жиілігінің ең жоғарғы көрсеткіші 1995 жылы байқалды- әр 100 000 адамнан 6 адам ауырған, осы аурудың өлім жағдайымен аяқталу көрсеткіші 6% болады. 1995-1996 жылдары жүргізілген ұлттық иммунизация күндерінде 10 миллионға жуық адам екпе қабылдады, соның нәтижесінде дифтерия ауруы Қазақстан барлық жерінде тізгінделді. Дегенмен дифтерия мәселесі күн тәртібінен түспек емес.

Эпидемиология. Қоздырғышы- Леффлер коринобактериялары, 1884 жылы Ф.Леффлер атты ғалым ашқан, таяқшалар сыртқы ортада төзімді, сондықтан әртүрлі заттарды ұзақ уақыт сақталады. Бұл таяқшаларға тек дезинфекциялаушы еітінділер (фенол, хлорамин, сутегі асқынототығы) және қайнату әсер етеді. Аурудың көзі – ауру бала және бактерия тасымалдаушылар. Тарлу жолдары- ауа-сілекей, дыс-аяқ, ойыншықтар т.б. заттар арқылы . иммунитет тұрақты. Егу жұмыстарынан кейін активті иммунитет пайда болған – болмағанын Шик белгісі арқылы анықтауға болады.

Патогенез. Қоздырғыш организмге тыныс жолдарпы арқылы енеді. Коринобактериялар өзінен өте улы экзотоксин бөліп шығарады. Экзотоксин эпителийді некрозға ұшыратп, сол жерде алынуы қиын, ақшыл- сұр түсті қабыршақ пайда болады. ал қанға өткен токсин барлық ағзаларға жетіп, оларды зақымдайды (көбінесе жүрек, бүйрек, бүйрек үсті бездерін).

Дифтерияның жіктелуі

(БДДҰ, 1996 жыл)

Клиникалық түрлері	Псевдомембраналар	Мойын ісігі
1. шоғырланған	Таңдай бездері мен мұрын қуысында	Жоқ
2. аралық	Жұтқыншық пен көмейге тараған	Жоқ
3. ауыр (токсикалық)	Жайылмаған немесе жайылған	Аз дәрежеден анық үлкен ісіктерге дейін

Клиникасы. Дифтерияның ең жиі кездесетін клиникалық түрі жұтқыншақ дифтериясы (95-97%). Жасырын кезеңі – 2-10 күн. Жұтқыншақ дифтериясында аты айтып тұрғандай, патологиялық өзгеріске жұтқыншақта орналасқан таңдай бездері, жұмсақ таңдай, тілшік, тілшік имектері ұшырайды. Осымен байланысты жұтқыншақ дифтериясының шоғырланған, жайылған, токсикалық (1,2,3 дәрежелі), субтоксикалық , гипертоксикалық түрлерін ажыратады.

Шоғырланған жұтқыншақ дифтериясында патологиялық өзгеріс тек таңдай бездерінде байқалады. Оның өзінде 3 түрін анықтай аламыз: а) катаральды; б) аралды; в) қабыршақты. Катаральды шоғырланған жұтқыншақ дифтериясында таңдай бездері аздап ісініп , қызарады, температура субфебрильді , организмнің улану белгілері жоқ. Яғни қарапайым катаральды баспалан ешқандай айырмашылығы жоқ. Сондықтан бұл түрінде диагнозды анықтау өте қиын, тек бактериологиялық тексеріс қана дифтерия екенін көрсете алады. Аралды шоғырланаған жұтқыншақ дифтериясында – таңдай бездері ісініп, қызарады, қабыршақтары пайда болғанмен. Олар таңдай бездерін түгел жауып тұрмайды. Баланың тамағы ауырады, темепературасы



субфебрильді. Қабыршақты шоғарланған жұтқыншақ дифтериясында- қабыршақ түгелдей таңдай бездерін жауып, тамағы жұтқанда ауырады, мойын лимфа түйіндері ісінеді. Қабыршақтардың алынуы қиын, зорлап алынса, қанап кетеді.

Жайылған жұтқыншақ дифтериясы- қабыршақтар тек қана таңдай бездерінде ғана есем, кішкентай тілге, тілшік имектеріне жұтқыншақтың артқы қабырғасына дейін жайылады. Организмнің жалпы улану белгілері анығырақ байқалады.

Токсикалық жұтқыншақ дифтериясы- жұтқыншақтағы қабыршақтар жұмсақ таңдайға дейін жайылып, қатты ісінеді. Таңдай бездері де қатты ісініп, жұтқыншақ саңылауын жабуға дейін жетеді. Мойынныңтері асты май қабаты да ісініп, осы ісіктің таралауына сәйкес дәрежесі анықталады. Егер ісік мойынның ортасына дейін жетсе 1-ші дәрежелі бұғанға дейін 2-ші дәрежелі, бұғанадан төмен 3-ші дәрежелі токсикалық жұтқыншақ дифтериясы болып табылады. Дене қызуы жоғары 39-40 С, қайталап құсады, тәбеті жоғалады, қатты әлсірейді.

Субтоксикалық түрінде - жұтқыншақтағы өзгерістер аздау, ал мойынның сыртындағы ісік тек лимфа түйіндерінің аңналасында ғана байқалады.

Мұрын дифтериясы- дифтерияның бұл түрін ажырату қиын, анық диагнозды тек бактериологиялық тексерістің қорытындысынан кейін ғана қоя аламыз. Интоксикация байқалмайды, ұзақ уақыт мұрыннан қан аралас шырыш ағып жүреді. Риноскопиялық тексерісте мұрынның шырышты қабатында жарақат бар екені, қабыршақпен жабылғаны анықталады.

Көмейдифтериясы көбіне кішкентай балаларда кездеседі. Қабыршақтардың орналасуына сәйкес көмей дифтериясының келесі түрлерін ажыратамыз: көмей дифтериясы немесе дифтериялық круп- қабыршақтар көмейде, дифтериялық круп «А»- қабыршақтар көмей және кеңірдекте дифтериялық круп»Б» - қабыршақтар көмей, кеңірдек, бронхтарда. Көмей дифтериясы немесе дифтериялық круп (нағыз круп) бірнеше сатыда өтеді: дисфония- стеноз-асфиксия. әр сатының өту уақыты әртүрлі, бірнеше сағаттан- бірнеше күнге дейін. Дисфония кезеңінде температура жоғарғы, бланың дауысы өзгереді, қарлығыңқы жөтел, инспираторлық еңтігу пайдаа болады. стеноз кезңінде – баланың дем алысы шулы, көкірек клеткасының бұлшық еттерінің ішке тартылуы байқалады. Асфиксия кезеңінде: бала өте мазасыз, терлеп кетеді, көзінде үрей байқалады. Тері қабаты бозарып, одан кейін көгеру пайда болады, тахикардия, содан кейін брадикардия, пульс әлсірейді, бала есін жоғалтады, елімелейді, егер шұғыл көмек көрсетілмесе, өліп кетеді.

Дифтерияның қалған түрлері қазіргі уақытта сирек кездеседі.



Асқынулары. Дифтерия ауруы асқынуларымен қауіпті деп дәрістің басында айтылған еді. Асқынулардың пайда болуы токсиннің мөлшерімен, баланың жалпы фонымен және дифтерияға қарсы арнайы емнің дер кезінде басталу-басталмауымен байланысты. Дифтерияның қауіпті асқынулары: миокардит, жедел бүйрек үсті бездерінің жетіспеушілігі, полиневрит, нефроз т.б.

Диагноз қою. Дифтерия ауруына диагноз қою үшін лабораториялық тексерістер үлкен роль атқарады: қанның жалпы тексерісі; зәрдің жалпы тексерісі; қанның биохимиялық тексерісі: зәрдің жалпы тексерісі; қанның биохимиялық тексерістері; АСТ, СРБ, ЭКГ тексерісі; бактериялогиялық тексерістер.

Бактериологиялық тексеріс шешуші тексеріс болып саналады. Тексеріске жағынжы патологиялық өзгеріс болып саналады. Тексеріске жағынды патологиялық өзгеріске ұшырған жерден алынады. Егер қабыршақ бар болса, жағындыны зақымданған және сау тканьдердің шекарасынан алу керек. Алынған жағынды 3 сағаттан кешіктірілмей бактериологиялық лабораторияға жеткізілуі тиісті.

Серологиялық тексеріс науқастың қанындағы антиденелердің титрінің бірнеше рет артуына негізделеді. Дифтериялық крупты анықтауға ларингоскопия көмектеседі. Дифтерия диагнозын қою үшін, оны қарапайым баспаларадан да ажырата білу керек.

Емдеу. Дифтерия диагнозы анықталған балалар коринобактериялар тасымалдаушы балалар және барлық күдікті жағдайлардың бәрі міндетті түрде ауруханаға жатқызылып емделеді.

Дифтерияны емдеудің міндетті шарты- дифтерияға қарсы антитоксикалық сарысу егу болып табылады. Сарысу жыл қының қанынан арнайы дайындалады, науқастың қанындағы тіндерге сіңе қоймаған токсиндерді заласыздандырады. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау министрлігінің № 113 бұйрығына сәйкес сарысудың барлық дозасы көп кешіктірмей, бірден салынуы керек. Ал егілетін сарысудың дозасы қабыршақтың орналасқан жеріне, көлеміне, аурудың түріне және ұзақтығына байланысты болады. сарысуды егер алдында безредко әдісімен белгі қойылып, тесеріледі. Алдымен 100 есе әлсіретілген сарысудың 0,1 мл тері ішіне енгізіп, байқайды, өзгеріс болмаса, сарысудың өзінен 0,1 мл тері астына, 30 минуттан кейін барлық қалған доза бұлшық етке егіледі.

Дифтерияға қарсы антитоксикалық сарысудың емдік дозалары

Клиникалық түрлері	Мөлшері (МЕ)	Егу әдісі
1. Шоғырланған	10 000-20 000	Бұлшық етке
2. Аралық	30 000- 50 000	Бұлшық етке



Кафедра педиатрия-2

044/68 -33

Дәріс кешені

72 беттің 2 беті

3. Ауыр (токсикалық)	60 000 -100 000	Бұлшық етке , көк тамырға
----------------------	-----------------	---------------------------

Антитоксикалық сарысумен қатар антибиотиктер тағайындалады. Алғашқыда етке немесе көк тамырға енгізіледі де, наукас жұта алса, ауыз арқылы таблетка түрінде тағайындалады, ұзақтығы 14 күн.

Антибиотик	Балалар	Ересектер
Бензилпенициллин	100000 ед/кг тәулігіне 2 рет	4000 000 ед/тәулігіне 2 рет
Прокаинпенициллин	50 000 ед/кг тәулігіне 1 рет	1 200 000 ед/ тәулігіне 1 рет
эритромицин	470-50 мг/кг тәулігіне 4 рет	1 г тәулігіне 4 ретке
Ровамицин (спирамицин)	150000 ме/кг тәулігіне 2 рет	3 млн Ме*2 рет

Дифтерияның барлық түрлерінде антигистаминді дәрілер – тавегин , димедрол, супрастил т.б. бала жасына сәйкес дозаларда тағайындалады. В тобының витаминдері мен аскорутин беріліп, жұтқыншақты дезинтериялаушы ертінділермен шаю жүргізіледі. Аурудың ауыр түрлерінде детоксикалық ем – көк тамырға сұйықтықтар құйылады. Аурдың асқынған түрлерінде, миокардитте- 1-2 аптаға қатаң төсек режимі; преднизолон 2 мг/кг/тәулігіне: курантил, рибоксин; панангин, кокарбоксилаза инсулин қосылған глюкозамен бірге көк тамырға ; диуретиктер егіледі. Невриттермен асқынса прозерин, дибазол, витаминдер В,С; вольтарен, индометацин, диуретиктер тағайындалады. Нағыз круппен асқынған жағдайда трахеостомия ғана бала өмірін сақтап қалады.

Профилактика . арнайы профилактика –АКДС,АДС, АДС-м, АД-м вакциналарын күнтізбеге сәйкес 0,5 мл бұлшық етке егіп отыру, № 270 26.06.95 ж. қабылданған бұйрыққа сәйкес дифтерияға қарсы егу мерзімдері:

1 айлығында - АКДС

3 айлығында – АКДС

4 айлығында АКДС

18-айлығында АКДС

6-7 жасында –АДС

12 жасында АД-М

16-17 жасында АДС-М



Әр 10 жыл сайын 26,36,46,56 жаста АДС-М егілу керек. Егілу керек. Егу техникасын практикалық сабақтарда меңгересіздер.

Жалпы шаралар: ауруға күдік жасалысымен, баланы стационарға жатқызып, оңашалау: қарым-қатынастағыларды бақылауға алып, бактериологиялық тексерістен өткізу қажет болған жағдайда профилактикалық ем тағайындау: 6 жасқа дейін 600 000 ед, 6 жастан кейін 1200 000 ед. 1 рет бұлшық етке бициллин 5 егу; пенициллин тобындағы антибиотиктер жақпаса, ауыз арқылы эритромицин 40 мг/кг/ тәулігіне 4 ретке бөліп, 7 күн бойы; немес ровамицин 150 000 ХБ /кг тәулігіне 2 рет ауыз арқылы ішке, курсы 5-7 күн; қарым-қатынастағыларға екпе жүргізу, бұрын екпе қабылдамағандарға, екпее алғаны жайлы құжаттарында белгісі жоқтарға, соңғы екпеден кейін 5 жыл уақыт өткендерге, ошақта дезинфекция жасау; СЭС-ке жедел хабар жіберу; санитарлық ағарту

4Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, презентация мультимедиялық құрылғы.

https://www.youtube.com/watch?v=_7Cc04fNaIE

https://www.youtube.com/watch?v=ZoZqD_pfA6g

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.

5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2.Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ;

ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б. 15 15

3.Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.

4.Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (0байт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1

Адилова, Л. М.



5. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб. Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 248б.

1. Тақырып № 10 Ауа тамшы инфекциялары. Жәншау, мысқыл .

2. Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға ауа тамшы инфекцияларының жүзу жолдарын үйрету.

3. Дәріс тезисы

Балаларда жоғарыда аталған инфекцияларда ауыз қуысының патологиялық өзгерістерінің диф. диагностикасы

Бір жасқа дейінгі балалар өте сирек ауырады. Клиникада ерекшеліктер болады. Қалдықты трансплацентарлы иммунитеті бар балаларда жәншау рудиментарлы инфекция түрде ағады. Бастапқы белгілер әлсіз дамыған, температура субфебрилді, жүрек - қан тамырлар жүйесінің өзгерістері аз. Бөртпе айқын емес, тез жоғалады. Қабыршақтану көп емес, немесе болмайды. Емшектегі балаларда, жәншауға қарсы иммунитеттің жоқтығына байланысты, ауру ауыр ағады; көбінесе септикалық түр, іріңді- некроздық қабынулар кездеседі. Ерте жаста скарлатина кезінде сирек жағдайларда аллергия дамуы мүмкін, инфекциялық - аллергиялық асқынулар кездеседі.

Асқынулар: жәншаудың асқынулары токсикалық, септикалық және аллергиялық болып бөлінеді. Пайда болу уақытына байланысты — ерте және кеш асқынулар. Септикалық асқынуларға лимфаденит, аденофлегмона, отит, мастоидит, синусит, пневмония, септикалық интерстициалды нефрит жатады.

Аллергиялық асқынулар — **жедел диффузды гломерулонефрит**, синовит, инфекциялық жүрек. Аталған асқынулар кеш асқынуларға жатады (2-3 аптада немесе одан кеш дамиды). Кейбір балаларда 3-4 ші аптада рецидив дамып, негізгі белгілер қайталануы мүмкін. Көп ғалымдардың ойы бойынша рецидивтер реинфекция және суперинфекция нәтижесінде немесе бала организмінің жалпы аллергиялық жағдайының нәтижесінде пайда болады.

Жәншау мен ревматизмнің генетикалық байланысын есте сақтау қажет (В.И. Молчанов). Кейбір балаларда жәншауревматизм дамуында аяқтаушы фактор болуы мүмкін, басқа жағдайларда ревматизмінің асқынуы мен активтенуіне соғуы мүмкін. Осыған байланысты балаларда жүрек қызметін зерттеу керек; жәншаудан кейін инфекциялық жүрек симптомдары бар балалар ұзақ уақыт диспансерлік бақылауда болған жөн.

Егер жәншау желшешекпен, тұмаумен, қызылшамен, күлмен қатар жүрсе, ағымы ауырлайды; сепсистік асқынулар дамуы мүмкін.

Әдеттегідей жағдайларды диагноз қою қиындыққа соқпайды, себебі жәншауға тән бөртпе, баспа дамиды; регионарлы лимфа түйіндер үлкейеді; гемограммада тән



өзгерістер болады.

Жасырын немесе атипиялық түрлерде клиникалық эпидемиологиялық және лабораториялық мәліметтер жиынтығына назар аударылады. Дұрыс клиникалық бақылаулардың және ерте кезде зерттеудің шешуші маңызы бар.

Жәншауды баспамен және бөртпемен көрінетін аурулардан ажырату керек; ерте жастағы балаларда — аллергиялық бөртпеден, тершендік (потница) ажыратады. Үлкен жастағы балаларда псевдотуберкулезден, иерсиниоздан, стафилококктық инфекциядан ажырату қиындыққа соғады.

Жәншаудың токсикалық түрлерін менингиттерден ажыратады. Аңқада некроз болса, аңқа күлінен ажырату керек.

Нәтижелері. Соңғы жылдары жәншау көбінесе жеңіл түрде ағады; ауыр іріңдіасқынулар болмайды; пенициллин қолданғанға байланысты организм тез санацияланады. Алғашқы жылдары өлім көрсеткіштері 30-40% болса, кейінгі жылдары өлім өте сирек кездеседі.

Емдеу. Этиопатогенді ем қолданылады. Ауру түріне, асқынуларға; Науқас организмнің ерекшеліктеріне байланысты комплексті ем тағайындалады.

Орташа ауырлықтағы және ауыр түрлерімен ауыратын Науқастар және клиникалық - эпидемиологиялық көрсеткіштері бар Науқастар ауруханаға жатқызылады. Науқастарды ауруханаға жатқызған кезде келесі принциптерге назар аударған дұрыс: палатаға бірден бірнеше адам жатқызу (2-3 Науқас) -8-10 күнге төсекті режим

арнайы диета (сүт - өсімдікті), жоғары температура кезінде № 13 диета; кейін № 15 диета;

барлық Науқастарға антибиотиктер тағайындалады. Ең жақсысы- пенициллин 100-200 мың 1кг салмағына, бұлшық етке. Емдеу курсы 5-7 күн. Жеңіл түрде пенициллинді ауыз арқылы қабылдауға болады. Пенициллинге аллергия болса, линкомицин, дурацеф, амоксиклав, рулид, сульфаниламидтер, т.б \қолдануға болады. Антигистаминді препараттар (тавегил, супрастин, пипольфен) Аскорбин қышқылы

Қан тамырлар қабырғасын қатайтушы дәрілер (рутин, аскорутин).

Аңқаны фурациллин, ас содасының ерітіндісімен шаю.

Токсикалық түрде — преднизолон 2-3мг/кг; дезинтоксикациялаушы ем (гемодез, глюкозаның 10%-тік ерітіндісі, реополиглюкин), рибоксин. Геморагиялық синдром дамыған жағдайда гепарин; тұздатылған сарысу (СЗП), дезагреганттар, протеолиздік ферменттер.

Менингоэнцефалиттік синдром болған жағдайда - құрысуға қарсы ем диуретиктер, преднизолон.

Септикалық түрде қосымша екінші кең спектрлі антибиотик тағайындалады.



Қысқа курспен гормондар қолдануға болады. Асқынуларды емдеу: іріңді асқынуларда - антибактериалды емді күшейтеді; аллергиялық асқыну кезінде — антигистаминді дәрілер және симптоматикалық ем. **Алдын алу**

Активті иммунизация жүргізілмейді. Алдын - алудың жалпы шаралары: Науқасты ерте кезде анықтап, оны жеке бөлу (изоляция). Мектепке дейінгі балалар мен 1-2-ші класс оқушылар Науқаспен қатысқан жағдайда 7 күнге (ауру көзін жеке бөлгеннен бастап) карантин салынады. Егер Науқас үйде калса, карантин 17 күнге салынады.

Науқас ауруханадан клиникалық лабораториялық сауығу жағдайында; температура қалыптасқаннан 5 күннен кейін шығарылады. Науқас 10 күнге бөлек бөлінеді (изоляция). Бірақ мектепке дейінгі балалар және 1-2-ші класс оқушылар 22 күн бойы үй төртбінде болуы керек (ауру рецидивтері мен аллергиялық асқынуларды алдын — алу үшін).

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, , мультимедиялық құрылғы. презентация

<https://www.youtube.com/watch?v=Kdai3doJ-bY>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2. Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3. Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4. Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.

5. Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2. Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б. 15 15

3. Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.

4. Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (0байт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1

Адилова, Л. М.

Тақырып № 11 Акушерияға кіріспе .



2.Сабақтың мақсаты: оқыту: оқушыларға акушерия пәні туралы түсінік беру жүктілікті, босануды және босанғаннан кейінгі кезеңді жүргізу мен диагноз қою бойынша, жиі кездесетін акушериялық және гинекологиялық патологияға диагноз қою мен шұғыл көмек көрсету бойынша білімін, іскерлігі мен дағдыларын қалыптастыру. зерттеу тәсілдерін оқып үйрету.

3.Дәріс тезисі. Акушерия және гинекология ішкі аурулармен және хирургиямен бірге клиникалық медицинаның іргелі саласы болып табылады. Бұл саладағы біліктілік медициналық жоғары оқу орнының түлегі үшін міндетті. Білікті дәрігер әйел организмнің түрлі жас кезеңдеріндегі клиникалық-физиологиялық ерекшеліктерін білуі, тек емдік-диагностикалық қана емес, сондай-ақ алдын алу шараларын жасай алуы керек. Сонымен қатар, кез келген мамандық дәрігері жедел көмек көрсету мақсатында ең кең таралған акушериялық және гинекологиялық патологияның клиникалық көрінісін, анықтау принциптерін және емін білуі керек.

Гинекология және акушерия дегеніміз - адамдар анықтап, саралауды байқамайтын терминдер. Кейбір адамдар денсаулық сақтау саласындағы функциялары мен рөлдерін бір-бірімен алмастырады. Адамдар оның айырмашылықтарына көп мән бермейді, дегенмен ол адам үшін, әсіресе әйелдер үшін, оның сәйкес еместігін білу негізгі болып саналады, өйткені бұл олардың кімнен көмек сұрай алатындығын анықтайды. денсаулық мәселелерінің мерзімдері. Бұл әлемнің кейбір аймақтарында олар тіпті екі өріске Үндістандағыдай айырмашылықты бермейді. Екі салада да әйелдерге қамқорлық көрсетіледі, бірақ белгілі бір ерекшелік оларды бір-бірінен ажыратады.

Гинекология немесе басқа тілдерде оны гинекология деп атайды, грекше «gynaeikos» сөзінен шыққан, «әйел» деген мағына береді. Екінші жағынан, акушерия латынның «parture» сөзінен шыққан, «тұру» дегенді білдіреді. Гинекология практиканың медициналық саласы, оның функциясының негізгі бағыты әйелдің репродуктивті жүйесі болып табылады, оның құрамына қынап, жатыр, аналық бездер және басқа репродуктивті аксессуарлар ағзаның гомеостазына әсер етеді. Бұл әйелдер туралы ғылым деп айтылады, бұл оның негізгі бағытын түсіндіреді. Ал акушерия - бұл әйелдердің ұрпақты болу органдарына жүктілік кезінде, босану кезінде және қайтыс болу кезінде қамқорлық жасау қағидатына сәйкес практиканың медициналық мамандығы. Бұл функциямен қатар, жүктілік кезіндегі ұрық пен нәрестеге не босану немесе босану кезінде қамқорлық жасау олардың міндетіне жатады. Гинекология андрологияның қарсы құралы деп аталады, оның тәжірибесі пениса, ұрық және



басқа ерлердің репродуктивті қосымша мүшелерінен тұратын еркектің репродуктивті жүйесіне қамқорлық жасауға бағытталған, ал акушерия басқа дәрігерлердің денесінен, ветеринарлық акушериядан тұрады. , әйел жүкті жануарларды күтуге қатысты.Медицинаның бұл екі саласы бір-бірімен байланысты және тіпті бір-бірімен бірлесіп жұмыс істейді. Алайда, кейбір елдерде дәрігердің осы екі салаға мамандануы артықшылығы бар. Гинеколог әйелдің жүктілігін растауға немесе тексеруге қабілетті. Кейіннен, егер жүктілік расталса, бұл жағдайда әйел акушерге жіберіледі. Қазіргі уақытта жауапкершілік әйелге жүктілік және босану мәселелерімен айналысатын акушерге жүктелді.Гинекологтар әртүрлі жағдайларда және диагностикалық емтихандарға мамандандырылған, бұл әйелдерге вагинальды инфекциялар, жыныстық жолмен берілетін аурулар, контрацепция, ұрықтану тестілері, маммография, тубальды байламалар, гистерэктомиялар және акушерия сияқты нақты аурулардың пайда болуын растауға мүмкіндік береді. жүктілікпен, босанғаннан кейінгі, босанғаннан кейінгі және босанған кезде.

Әйелдердің ұрпақты болу органдарына қатысты ауруларды емдеу мен басқаруды ескере отырып, гинекологтар олармен күресуге қабілетті және үйретілген, ал акушер-дәрігерлерде бұл үшін қажетті деректемелер жоқ. Алайда, жүкті әйелдерге қатысты эктопиялық жүктілік, ұрықтың күйзелісі, плацента previa, аброцио плацента, преэклампсия, жатыр мойнының қан кетуі, дистоция және сымның пролапсы сияқты акушер-дәрігерлер асқынулар мен бұзылулар туралы айтқан кезде Қысқаша мазмұны:

Гинекология грекше «gynaikos» сөзінен шыққан, «әйел» деген мағына береді. Екінші жағынан, акушерлік латын тілінен аударғанда «obstare» дегенді білдіреді, «тұру» дегенді білдіреді.Гинекология тәжірибенің медициналық саласы болып табылады, оның функциясының негізгі бағыты әйелдердің ұрпақты болу жүйесі болып табылады, ал акушерия - бұл жүктілік, босану және босану кезіндегі әйелдердің ұрпақты болу органдарына күтім жасау принципіне сәйкес жұмыс жасайтын медициналық мамандық. бірізділік процесі.Гинекология андрологияның қарсы құралы деп аталады, оның тәжірибесі ерлердің репродуктивті жүйесін күтуге бағытталған, ал акушерия басқа әйелді жүкті жануарларға күтім жасайтын ветеринарлық акушериядан алады.Гинеколог әйелдің жүктілігін растауға немесе тексеруге қабілетті. Кейіннен, егер жүктілік расталса, бұл жағдайда әйел акушерге жіберіледі. Гинекологтар әртүрлі



жағдайларда және диагностикалық емтихандарға мамандандырылған, бұл әйелдерге қатысты бірнеше аурудың пайда болуын растауға мүмкіндік береді, ал акушерия жүктілік, босанғаннан кейінгі, босанғаннан кейінгі көмек және босануға байланысты. Гинекологтар әйелдерге қатысты ауруларды емдеуге және басқаруға қабілетті және үйретілген, ал акушер-дәрігерлерде бұл үшін қажетті деректемелер жоқ. Алайда, жүкті әйелдерге қатысты асқынулар немесе бұзылулар туралы сөйлескенде, оларды акушерлер басқара алады

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, мультимедиялық құрылғы. презентация

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н) Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>

Авторы: Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.
Издательство ГЭОТАР-Медиа
Год издания 2016

Қосымша әдебиеттер Прототип Электронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-353

Тақырып № 12 Қазақстан Республикасында акушерлік көмекті ұйымдастырыуы:

2. Сабақтың мақсаты: оқыту: акушериялық және гинекологиялық патологияға диагноз қою мен шұғыл көмек көрсету бойынша білімін, іскерлігі мен дағдыларын қалыптастыру. зерттеу тәсілдерін оқып үйрету

3. Дәріс тезисі. Әйелдер кеңесі туралы ереже

1. Әйелдер кеңесі, халыққа амбулаториялық акушерлік-гинекологиялық көмектің барлық түрлерін көрсететін емхананың өзіндік бөлімшесі болып табылады.
2. Акушерлік-гинекологиялық кабинеттің жұмысы осы Ережеге сәйкес ұйымдастырылады.



3. Әйелдер кеңесінің негізгі міндеттері мыналар:

- а) бекітілген аумақтағы халыққа білікті акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету;
- б) жүктіліктің асқынуы, босанудан кейінгі кезең, гинекологиялық ауруларды болдырмауға бағытталған емдеу-алдын алу шараларын жүргізу.
- в) жүкті әйелдерді және гинекологиялық аурулардың алдын алу, диагностика жасау және емдеудің заманауи әдістерін, алдыңғы қатарлы нысандары мен амбулаториялық акушерлік-гинекологиялық көмек әдістерін жұмыс тәжірибесіне енгізу;
- г) Ана мен бала денсаулығын қорғау заңнамасына сәйкес әйелдердің әлеуметтік-құқықтық әдістерін енгізу.

4. Әйелдер кеңесі негізгі міндеттеріне сәйкес мыналарды іске асырады:

- а) амбулаторлық қабылдау жүргізу;
- б) үйге келіп көмек көрсету;
- в) жүкті әйелдерді уақтылы амбулаторлық зерттеу, жүктіліктің асқынуы, экстрагениталдық және босанудан кейін болатын ауруларды ескерту және анықтау, сырқат бейіні (экстрагениталдық, эндокриндік аурулар, иммуноконфликт, жүктілікке төзімсіздің және т.с.с.) бойынша перзентхананың немесе басқа емдеу-алдын алу мекемелерінің жүктілер патологиясы бөлімшесіне емдеуге жатқызуды қажет ететін жүкті әйелдерді анықтау; жүкті әйелдерге диспансерлік бақылау жүргізу, оларды босануға дене және психикалық, профилактикалық дайындау; жүктілер мен босағандар үйіне акушерлердің патронаж жасауы;
- г) әйелдерге профилактикалық гинекологиялық тексерулерді ұйымдастыру және жүргізу;
- д) гинекологиялық ауруларды ерте анықтау, науқастарды уақтылы амбулаториялық зерттеу және емдеу; стационарлық емдеуді қажет ететін гинекологиялық науқастарды анықтау, оларды емдеуге жатқызу үшін дайындау;
- е) гинекологиялық науқастарды диспансеризациялау (диспансеризациялау тиісті контингенттерді уақтылы есепке алу, емдеу және сауықтыру шараларын жүргізу);
- ж) қажетсіз жүктілікті болдырмау мақсатында ұрықтануға қарсы заманауи дәрілерді қолдану;
- з) жүкті және гинекологиялық науқастарды зерттеу және емдеу басымдылығын қамтамасыз ету; перзентхана, жедел және шұғыл медициналық көмек станциялармен, емхананың соматикалық бөлімшелермен, сондай-ақ басқа емдеу-алдын алу мекемелермен (туберкулезге қарсы, тері-венерологиялық, онкологиялық және т.б. диспансерлермен) жүйелік байланысты қамтамасыз ету;



- и) басқа жұмысқа ауыстыруды қажет ететіндерге медициналық көрсетілімдерді анықтау;
- к) уақытша еңбекке жарамсыздық сараптамасы мен науқас парағын беру;
- л) МСЭК-не еңбекке жарамдылықты тұрақты жоғалтқан тұлғаны белгіленген тәртіпте бағыттау;
- м) санаториялық-курорттық емдеуге жіберуді қажет ететін гинекологиялық аурулармен ауыратын науқастарды анықтау және іріктеу;
- н) әйелдер денсаулығын қорғау жөнінде кәсіпорын мен қоғамдық ұйымдар әкімшіліктерінің өткізетін іс-шараларын әзірлеуге және жүзеге асыруға қатысу;
- о) санитариялық-атқару жұмыстарын жүргізу, санитариялық активтерді дайындау;
- п) алдын алу және емдеудің жаңа тиімді тәсілдері мен құралдарын жүйелік игеру; алдыңғы ұйымдастырушылық нысандарды тексеру және қолдану; тәжірибеге еңбекті ғылыми ұйымдастыруды енгізу.

5. Әйелдер кеңесі, ана ретінде құқықтық қорғау тәртібінде әйелдерге әлеуметтік-құқықтық көмек көрсетеді.

6. Әйелдер кеңесі перзентхана, әйелдер кеңесі және аурухананың акушерлік бөлімшесін жобалау бойынша әрекеттегі көрсетілімдерге сәйкес ғимараттар жиынынан құралуы тиіс.

7. Әйелдер кеңесінің басшылығын тікелей бас дәрігердің орынбасарлары мен емдеу-алдын алу мекемелерінің басшысына бағынатын әйелдер кеңесі меңгерушісі басқарады. Әйелдер кеңесінің меңгерушісі белгіленген тәртіпте тағайындалады.

8. Әйелдер кеңесінің медициналық қызметкерлер штаттары әрекеттегі штаттық нормативтерге сәйкес анықталады.

9. Әйелдер кеңесінің қызметкері әрекеттегі заңнаманы, осы Ережені, денсаулық сақтау органдарының бұйрықтары, нұсқаулары, әдістемелік және басқа да көрсеткіштерін өз жұмысында басшылық етеді.

10. Әйелдер кеңесін медициналық аппараттар, аспаптар, қатты мүліктер мен шаруашылық мүліктермен жабдықтау белгіленген тәртіпте бекітілген нормативтерге сәйкес жүргізіледі.

11. Әйелдер кеңесі белгіленген тәртіпте өз қызметі туралы жоспарлар мен есептерді құрады және ұсынады, тіркеу-есептеме құжаттамаларын жүргізеді.

12. Әйелдер кеңесі ғылыми-зерттеу мекемелері мен медициналық училище дәрігерлерді жетілдіру бойынша медициналық институттың (факультеттің) клиникалық қоры болуы мүмкін.

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, , мультимедиялық құрылғы. <https://www.youtube.com/watch?v=ny-RM6iScsA>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н) Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>

Авторы Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2016

Қосымша әдебиеттер Прототип Электронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-3535-

Тақырып № 13 Жүктілік физиологиясы .

2. Сабақтың мақсаты: оқыту: Жүктілік физиологиясы клиникалық белгілерен ажрата білу.

3. Дәріс тезісі. Жүктілік (лат. *graviditas*) – физиологиялық құбылыс; ұрықтанған жұмыртқа жасушасының жатыр қуысында дамуы. Жүктілік ұрықтанудан басталады. Ұрықтанғаннан кейін зиготаның бөлшектенуі, яғни **бластомерлер** (жұмыртқа жасушасы бөлінген кезде түзілетін жасуша бөлшектері) пайда болады. Соның нәтижесінде бір жасушалы ұрықтан көп жасушалы **ұрық – морула** түзіледі. Бөлшектену кезінде ұрық жатыр түтігінен жатыр қуысына қарай жылжиды. Бұл процесс 4 – 5 күнге созылады. Бұдан кейін ұрық морула сатысында жатырға түсіп, **бластоцистаға** (іші сұйыққа толы қуыс) айналады. Адам ұрығының **қағанак (амнион), бүр (хорион)** қабықтары болады. Бүр жатыр денесіне еніп, жатыр жасушаларымен қосылуының нәтижесінде бала жолдасы пайда болады. Бала жолдасы ұрықты ана организммен байланыстырады. Қағанак ішінде ұрықты қоршап жатқан қағанак сұйығы бар. Қағанак сұйығы ұрықты түрлі зақымданудан сақтайды. Сондай-ақ, ұрық өзінің өсіп дамуына қажетті минералды заттарды осы сұйықтан алады. 7-тәулікте ұрық жатырдың шырышты қабығына енеді. Жүктіліктің гестациялық мерзіміне сәйкес физиологиялық ағымы. Алғашқы тексеру жүктіліктің 12 аптасына дейінгі мерзімде бірінші медициналық тексерумен бірге өткізіледі.

8. Іншекті екі қолмен және айнамен тексеру, ең бірінші мақсаты жұқпалар болу мүмкіндігін анықтау. Жүктіліктің кеш мерзімінде іншекті екі қолмен тексеру



үлкен сақтықпен жүргізіледі, жатыр мойнын мүмкіндігінше аз тітіркендіру. Бұл тексеру жатыр тонусының жоғарылығында немесе жүктіде іштің төменгі жағында бату сезімі болғанда жүргізіледі. Бұл сезім мерзімінен бұрын босануды меңзейді;

9. Жүкті әйелдер консультациясына әр келгенінде, жатыр мойнының ұзындығын анықтау үшін, айнамен абайлап қарауға болады. Айнамен тексеру жатыр мойнының ашылуы мен қағанақты анықтауға да мүмкіндік береді;

10. Іншек және жатыр аңқасы жұқпалардың болуына тексеріледі (жытыр мойнының эрозиясы, жыныс жолдарынан иісті шығындылардың бөлінуі). Қажет болса, тікелей іншек шығындыларына калий гидроксиді ерітіндісін тамызғаннан кейін одан балық иісінің білінуіне тест өткізіледі, сонымен қоса микроскоппен жатыр жағындысын негізгі жасушаларға және трихомонадаға тексереді. Іншек қышыса, саңырауқұлақтарды анықтау үшін жағындыларды микроскопиясын пайдалануға болады (іншек қабырғаларынан ақ шығындыларды қырнау) немесе өсіндіні себу әдісі. Тексеру сәтінде мойын жолдарынан қанды шығындылар болса немесе науқас оған шағымданса, материалды хламидия, сөз инфекциясына тексеруге алу керек.

1 кесте. Жатырдың жүктілік кезіндегі көлемі

Жүктілік аптасы	Жатыр көлемі
6-шы	Жатыр көлемі елеулі үлкеймеген
8-ші	9 см.
12-ші	12 см.
16-шы	Жатыр түбі қасаға жігінің жоғарғы жақтауы мен кіндік қашықтығының ортасында орналасқан
20-шы	Жатыр түбі кіндік деңгейінде орналасқан

Жатыр көлемі аменорея ұзақтығымен сәйкес келмеген жағдайда, әйелді УДЗ-ға жіберу керек.

Басқа ұсыныстар:

- Нәрестенің жүрек соғуын анықтау керек. Ол УДЗ немесе “Малыш” аппаратымен жүктіліктің ең ары кеткенде 14-аптасында анықталуға тиіс;
- Жүктіге қалыпты жүктілік 42 аптаға созылуы мүмкін екені түсіндіріледі;
- Қан анализі (1-ші келгенде 6 параметрде);



- Гемоглобин деңгейі 110 г/л төмен болса, қанның сарысулық темір құрамын анықтайды;
- Зәр анализі келген сайын;
- 1-ші келгенінде іншектің тазалық дәрежесін анықтау үшін жағынды ;
- 1-ші келгенінде RW;
- 1-ші келгенінде АИТВ (ВИЧ) (қалауы бойынша);
- Терапевтің, стоматологтың, эндокринологтың тексеруі;
- Жасы 35-тен асқан жүктіні генетиктің консультациясына жіберу (қосымша тексеру).

Қорытынды (бақылаулық) тексеру жүктіліктің 14-15-аптасында.

- Жүктінің келісімімен қанын сарысулық АФП-ға тексереді.

Қорытынды (бақылаулық) тексеру жүктіліктің (22)-24-(26) апта мерзімінде.

- Тексеру мақсаты – мерзімінен бұрын босану қаупі дәрежесін бағалау;
- Тексеру барысында жатыр түбінің тұру биіктігін өлшеу маңызды (көп ұрықты жүктілік болуы мүмкін);
- Жүктінің анамнезінде мерзімінен бұрын босану мүмкіндігіне меңзеу болса, ол медициналық тексеруге жіберіледі. 20-22 аптада УДЗ (туа біткен даму ақауларында болмайды).

Жүктіліктің (26)-28-(30) апта мерзімінде өткізілетін екінші медициналық тексеру:

- Жүктіліктің осы мерзімінде жатыр түбінің тұру биіктігін өлшеу және УДЗ арқылы көпұрықты жүктілікті түбегейлі растау қажет. Бұдан басқа, екінші медициналық тексеру кезінде кешеуілді уыттану белгілерін мақсатты түрде анықтау қажет;
- Бұрын жүкті болған әйелдерден нәрестенің бұрынғы жүктілік пен қазіргі жүктіліктің осы мерзіміндегі мөлшерін салыстыру сұралады;
- Тексеру барысында айқандалатыны:
 1. Жүктінің өз жұмысын қаншалықты орындай алатыны.
 2. Салмағының шектен тыс ұлғаю себебі (кешеуілді уыттануы (преэклампсия)).

Акушерлік тексеру.

Жатыр көлемі (орташа мәннен 2 см.артық емес ауытқу рұқсат етіледі).

1. Мойын жолы (каналы) (ішкі аңқа 1 саусақты өткізеді).
2. Нәрестенің алда жатуы (көлденең немесе бөксемен жатуы жатыр дамуының анмалиясын меңзейді).
3. Нәрестенің мөлшері мен салмағын салыстырады немесе келесі түрде сипаттайды:



к – жүктілік мерзімімен салыстырғанда нәресте мөлшері кіші;

қ – жүктілік мерзімімен салыстырғанда нәресте мөлшері қалыпта;

ү – жүктілік мерзімімен салыстырғанда нәресте мөлшері үлкен.

Жүктіліктің соңғы мерзімінде жүктілердің бәріне скринингтік УДЗ жүргізуге болмайды, алайда нәресте кіндігі тамырларындағы қан жүруіне доплерография жасау жоғары қауіп тобындағы жүктілердің перинаталдық өлім-жітім жиілігін азайтуға мүмкіндік береді.

-Қан анализі (эритроциттер, ЭТЖ (СОЭ), лейкоциттер, ұйығыштығы).

-Зәр анализі.

-RW (30 аптада)

-іншектің тазалық дәрежесін анықтау үшін жағынды 30 аптада

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, презентация мультимедиялық құрылғы.

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>

АвторыАпресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.

ИздательствоГЭОТАР-Медиа

Год издания2016

Қосымша әдебиеттер ПрототипЭлектронное издание на основе: Акушерия.

Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-3535-

Тақырып № 14. Жүктілік кезінде ағзада кездесетін өзгерістер .

2.Сабақтың мақсаты: оқыту: акушериялық және гинекологиялық ағзада кездесетін өзгерістерде зерттеу тәсілдерін оқып үйрету

3.Дәріс тезисі. Жүкті болу ұрықтанудың нәтижесінде, яғни еркек пен әйелдің жыныс клеткаларының қосылуынан кейін болады. Еркектердің жыныс клеткаларын сперматозоидтар деп атайды. Олар еркектің жыныс безі — жұмыртқасында дамиды, оның басы, мойыны және ұзынша келген құйрығы болады, соның қозғалуы нәтижесінде сперматозоидтар жылжып отырады.

Ұрықтық сұйық заттағы (спермадағы) сперматозоидтар, жыныс қатынасы кезінде



әйелдің қынабына түседі. Бір текше миллиметр ұрықтық затта 60 мыңнан 2 миллионға дейін сперматозоид болады. Сперматозоидтың әйелдің шәуһет клеткасымен кездесіп, қосылуы жатыр қуысының ішінде жүреді. Сол сперматозоидтардың біреуі әйелдің шәуһет клеткасының қабығын тесіп түседі де, онымен араласып кетеді. Әйелдің шәуһет клеткасы сперматозоидпен араласқаннан кейін жатыр қуысында өсіп жатырға қарай жылжи бастайды. Бұл кезеңде шәуһет клеткасы өзіндегі бар заттардың есебінен қоректенеді. Жатырға түсіп, былжыр қабықтың бір жеріне орналасасымен-ақ шәуһет клеткасы енді ана организмнен қорек ала бастайды. Ұрық бұдан былай дами келе қоректік затты ана организміндегі жатынның қан тамырлары арқылы ала бастайды. Жатын мен кіндіктің қан тамырлары арқылы ана организмнен, су, оттегі, гормондар, углеводтар және ұрықтың дамуына қажетті басқа да заттар барып тұрады. Ұрық пен жатырдың көлемі бірте-бірте ұлғая береді. Жатырда өсіп келе жатқан ұрық (бала) дорба тәрізді ерекше қабықшамен қоршалған, оның ішінде жыныс маңындағы су деп аталатын сұйық зат бар. Осы сұйық заттың қатысуымен ұрық қозғалысқа келеді де, 18—20-шы аптадан бастап, оны әйелдің өзі де сезетін болады. Әдетте жүктіліктің ақырғы кезінде бала жатырдың ішінде бойлай жатып, басын жамбас қуысына қарай бағыттап, төмен қарай орналасады. Сондықтан да босану кезінде бала жамбас қуысы шеңберінен алдымен басымен шығады. Баланың артқы жағымен төмен қарай орналасуы әлдеқайда сирек кездеседі, ал мұның өзі босану кезінде балаға кейбір жағдайда қауіпті болады. Сондықтан баланың бұлай орналасуы кезінде екі қабат әйел әйелдер консультациясына мұқият барып, ұдайы дәрігердің бақылауында болуы тиіс, ал босануына екі апта қалғанда әйелдер босанатын үйге жатқаны жөн. Баланың көлденең келуі — өте сирек болатын жағдай, мұндай кезде өз бетімен босану мүмкін емес. Сондықтан әйелге екі қабат кезінде немесе босану үстінде тікелей арнайы көмек көрсетіледі. Жүктіліктің негізгі белгісі етеккірдің тоқтауы екені мәлім. Алайда бұл құбылыс басқа себептерден кейін де байқалуы ықтимал, сондықтан айтылған жағдайға қарап, екі қабат екенмін деуге болмайды. Басқа белгілерге сүт бездерінің үлкеюі мен ауруы, емшек ұшы мен оның айналасындағы терісі түсінің қошқылдануы жатады. Сонымен қатар қара дақ мандайда, мұрынның қырында, жоғары ерінде, іште, кіндік пен шап аралығында пайда болады. Кейбір әйелдердің аузынан қара судың бөлінуі күшейіп, дәмді сезуі өзгереді, лоқсып құсқысы келеді. Әдетте, бұл құбылыстың барлығы да таңертеңгілік мезгілде, аш қарында байқалады, ал көптеген әйелдерде бұл құбылыс жүкті болғаннан кейінгі 3—4 айдың ішінде қойып кетеді. Лоқсу мен құсу күшейген жағдайда әйелдер консультациясының дәрігеріне қаралу керек немесе емделу үшін әйелдер босанатын үйге жату керек. Кейде кіші дәрет қышап, зәр сындырғысы келе береді, алайда бұл негізінен



жүктіліктің соңғы кезінде болады, оның себебі баланың басы қуықты қыса түседі. Жоғарыда айтылған барлық белгілердің жиынтығы — ананың жүкті болғандығын дәлелдейді. Сондықтан мұндай белгілер білінісімен-ақ уақтылы консультация алу үшін дәрігерге қаралуы тиіс. Жүкті болып, баланың шапшаң өсуіне байланысты әйел организмне өзгеріс ене бастайды. Нерв жүйесінің қызметі, зат алмасу, ішкі секреция бездерінің жұмысы өзгеріп, қанның жалпы көлемі көбейеді, жүрек-қап тамырлары жүйелеріне түсетін күш артады. Жүктіліктің соңғы айында өкпе мен жүрек өсе бастаған жатырмен қатар аздап жоғары көтеріледі, сондықтан бұл кезеңде екі қабат әйелде енгігу болуы мүмкін. Бүйректің қызметі де едәуір күшейе түседі. Терінің кейбір жерлерінде, мысалы, сүт бездерінде, қарында, кейде бетте қара қош- қыл таңба (секпіл) пайда болады. Бұл әсіресе аққұба әйелдерде анық білінеді. Қарынның терісінде әжімге ұқсас сызықтар пайда болады. Жыныс ағзасының сырты ылғалданып, сәл үлкейеді, кейде осының маңында вена тамырының кеңейгендігі байқалады. Қынаптың кіре берісіндегі терісі көкшілденіп, одан бөлінетін заттың көлемі бірнеше есе артады. Жатыр да үлкейеді, оның үлкеюі бұлшық ет талшықтарының артуы, олардың өсіп, жуандауы есебінен, сонымен қатар қан тамырларының жетілуі нәтижесінде болады. Егер жатыр жүкті емес кезде орта есеппен 60 г. болса, ал босанар алдындағы оның салмағы 1000 грамға дейін жетеді. Жатырдың мойны босансиды да, бұл баланы туар кездегі оның ашылуын едәуір жеңілдетеді.

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>

Авторы: Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2016

Қосымша әдебиеттер Прототип Электронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-3535-



Тақырып № 15 Жүктіліктің ерте диагностикасы .

2.Сабақтың мақсаты: оқыту Жүктілікті ерте диагностикалауды үйрету.

3.Дәріс тезісі. Жүктіліктің 12- аптасында өткізілетін бірінші медициналық тексеру:

1. Жүкті әйелдің жасы.18-ге дейінгі және 35-тен асқан жүкті УДЗ жолданады;
2. Әйелге тексерудің қосымша әдістері туралы мәлімет беру керек, өйткені ол оларды жүргізу қажеттігі туралы шешім қабылдауға тиіс;
3. Жүктінің дене салмағы. Дене салмағының индексі 25,0-ден артық болса глюкозаға төзімділігіне (толеранттылық) тест және УДЗ өткізу қажет. Салмағы артық жүктілер рационында калория мен белокты шектеу, сондай-ақ жүктіліктің бастапқы кезеңінде салмақты көп қосқандарға бұл өте тиімсіз, тіпті нәрестенің дамуына зиянды әсер етуі мүмкін;
4. Жүктілік мерзімін анықтау (жүкті 12-14 аптада УДЗ өтеді.):- Соңғы етеккір мезгілі, оның сипаты (етеккір сипаты әдеттегіден өзгеше болған жағдайда УДЗ-ге жолдау қажет). Нәтижесі оң болған жағдайда, жүктілікті анықтауға арналған тест уақыты.- Етеккір оралымының реттілігі (тым ретсіз).
5. Әйел жүктіліктен сақтандыратын дәрілер ішкен бе (жүктіліктің дәл алдында қабылдаған ба?);
6. Алдыңғы жүктілік ағымы:- Алдыңғы жүктілік ұзақтығы (36 аптадан кем немесе 42 аптадан артық болса, УДЗ қажет)- Алдыңғы жүктілікті ауырлатқан бауыр ішілік холестаз, уыттану (әрқашан УДЗ өткізіледі)- Босану ұзақтығы (кесар тілігі), вакуум көмегімен сорып шығару (тар жамбас)- Босанудан қорқу Босану кезіндегі нәресте салмағы (4,5 кг-нан артық немесе 2,5 кг-нан кем болса, УДЗ, глюкозаға төзімділікке тест)- Туған баланың денсаулық жағдайы (туа біткен ауытқулар, хромосомдық патология, нәрестенің өлі тууы)-

Алдындағы аборттар (2, одан да көп)

- Алдындағы аурулары және денсаулыққа байланысты басқа мәселелері
- Жүктілік кезінде дәрі қабылдауы (дәрілерді шектен көп қабылдау, тератогенді, психотроптық дәрілерді қабылдауы)
- АҚ (с.б.б. 140/90мм. жиі жоғарылауы)
- Зәр жолдарының инфекциясы (сақтандырушы ем жүргізу, жүктіге кеңес беру)
- Сусамыр (глюкозаға төзімділікке тест өткізу қажет)
- Тромбоз, эмболиялар, гепатит, жүрек тоқтауы, субарахноидальдық қанқұйылу, қатерлі ісік (жүктіні арнайы маманға немесе УДЗ мейілінше тез жіберу керек)
- Қояншық, геморрагиялық аурулар, жүрек, тыныс алу ағзаларының, бүйрек немесе бауыр жүйке жүйесі аурулары, қалқанша без қызметінің бұзылуы, құяң, ішек аурулары (жүктіні арнайы маманға жіберу керек немесе оны одан ары бақылау тактикасы жөнінде кеңес алу қажет)



7. Жүктіліктің ерте мерзімінде диагностикалық шаралар өткізу қажет патология (ата-анасының бірінде немесе алдында туған балада хромосомдық өзгерістер, жанұя мүшелерінде тұқым қуалайтын ауру, алдында туған балада немесе жанұяның басқа мүшелерінде нефроз, анэнцефалия, менингомиелоцеле немесе ОЖЖ (ЦНС) басқа патологиясы). Бедеуліктен емдеу (дәл осы жүктілік алдында)

- Шылым шегу (айқын құмарлық)
- Кәсіптік зияндылықтар
- Әлеуметтік мәселеле.
- Аллергия
- Жатырға операция жасау қажет

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, мультимедиялық құрылғы.

5. Әдебиеттер:

Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html> АвторыАпресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.

ИздательствоГЭОТАР-Медиа

Год издания2016

Қосымша әдебиеттер ПрототипЭлектронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-3535-

Тақырып № 16 Жүктілөк кеш диагностикасы .Физиологиялық жүктілікті жүргізу.

2.Сабақтың мақсаты: оқыту Жүктілікті кеш диагностикалауді уйрету.

3.Дәріс тезісі.

Қорытынды (бақылаулық) тексеру жүктіліктің (30)-32-(33) апта мерзімінде.

-Бұл қараудың мақсаты – нәресте өсуін айғақтау, бұл үшін жатыр түбінің тұрған биіктігі өлшенеді.

-Нәресте мөлшерін бағалау (жоғары қара).



-Нәрестенің алда жатуын анықтау (бөксемен жатуы мүмкін).

-Ерекше қауіп факторы бар жүктілерде жүктіліктің 33-35 апта мерзімінде нәрестенің қимылдау белсенділігін бақылау ұсынылады (алдыңғы жүктілікте нәресе өлуі, жүктілердің бауыр ішілік холестазы, сусамыр немесе глюкозаға төмен төзімділік). Нәрестенің өздігінен қимылдауын жүктіліктің 41 аптасынан ерте санау ұсынылмайды, себебі бақылаудағы тексерулерде олардың мәліметі расталмайды.

-Нәрестенің қимылын санау.

1. Қимыл ұйықтар алдында бір сағат бойы саналады. Норма болып нәрестенің 1 сағат ішінде ең кемі 10 қимыл жасауы саналады. Егер нәресте қимылы 10-нан кем болса, санау тағы 1 сағат жалғастырылады, нәрестенің 10 айқын қимылы білінбесе, жүктіні тікелей әйелдер консультациясына жіберу керек.

2. Нәрестенің қимылын күні бойы да санауға болады.

3. Жүктіні өлшеу, АҚ өлшеу, зәрінде белокты анықтау.

Жүктіліктің (35) – 36 – (37) апта мерзімінде өткізілетін медициналық тексеру.

Тексеру мақсаты – нәрестенің бөксемен жату ықтималдығын анықтау, нәрестенің өсуін айғақтау, жыныс ағзаларының ұшықтық инфекциясын ашу.

Келесі белгілерге көңіл аударылады:

1. Нәрестенің қимыл белсенділігі;

2. Қышудың болуы жүктілердің бауыр ішілік холестазын меңзеуі мүмкін; бұл жағдайда аш қарында қан сарысуында АЛТ және өт қышқылының болуын анықтайды.

3. Акушерлік тексеру;

4. Жатыр көлемі (орташа мәннен 2 см.артық емес ауытқу рұқсат етіледі);

5. Сыртқы жыныс мүшелері (ұшықтық жұқпадан қауіптенгенде, яғни күлдіреу немесе жаралар болса, жүктіге ол туралы ескертіп, тиісті зерттеу үшін материал алу);

6. Жатыр мойны сыртқы аңқасының жағдайы;

7. Нәрестенің алда жатуы (бөксемен жатуы);

8. Нәрестенің мөлшері (жоғары қара);

-Қан анализі (36 аптада);

-Зәр анализі;

-RW (36 аптада);

-Инфектің тазалық дәрежесін анықтау үшін жағынды 36 аптада

Қарау босанғаннан 5-12 аптадан кейін.

1. Алғашқы патронаж перзентханадан шыққаннан кейін 7-10 күнде өткізіледі.



2. Жатыр мойны сыртқы аңқа аймағында эктопия болса, етеккір қайта басталғанда, цитологиялық зерттеу үшін Папаниколау бойынша жағынды алынады. 6 айдан кейін жағынды қайта алынады да, қажет болса ем тағайындалады. Эктопияның өзі емдеуді талап етпейді.

3. Жұқпаның белгілері болғанда, қажетті зерттеулер жүргізілуі тиіс.

Босанғаннан кейінгі қарау мақсаты.

1. Жүктілікке қарсы құралдар қабылдау қажеттігін анықтау және сақтану тәсілін таңдау. Қалыпты мөлшердегі жатырға ЖІҚ (ВМС) енгізуге болады. Екі және одан көп дені сау балалары бар немесе жасы 35-тен асқан әйелдер күйеуінің келісімімен хирургиялық тұлдауға құқылы.

2. Нәжіс ұстамаудың дамуы мүмкін (нәжіс немесе газ ұстау қабілетінің төмендеуі). Босанғаннан кейінгі депрессия белгілерінің болу мүмкіндігі.

- Келесі тестер өткізіледі: Қанда гемоглобин деңгейін , ЭТЖ (СОЭ), АҚ өлшеу; жүктілік кезінде зәр жолдарында жұқпа болған жағдайда, зәрге бактериологиялық тексеру жүргізіледі.

- Балада қандай да бір тұқым қуалаушылық патологияның бар екеніне күдік туған жағдайда, әйелді медициналық генетика маманына кеңеске жіберу керек.

4. **Иллюстративті материал) техникалық құралдар:** компьютерлер, мультимедиялық құрылғы.

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н) Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>. Бисембаева Р.С., Раисова Ә.Т., Нұрқасымова Р.Ғ. оқулық «Акушерия». – Алматы 2004. А.Т. Раисова., Нұрқасымова Р.Ғ. оқулық «Акушерия және гинекология». – Алматы 2002 Орыс тілінде: Акушерство: учебник + CD. Раздинский В.Е.- М., 2008-904с.

Авторы Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. Издательство ГЭОТАР-Медиа Год издания 2016

Қосымша әдебиеттер Прототип Электронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын



басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-3535

Тақырып № 17 Босану физиологиясы .

2.Сабақтың мақсаты: Босану физиологиясы кезеңдерін оқып уйрену.

3.Дәріс тезісі.

Босану кезеңдері.Босанудың клиникалық ағымын үш кезеңге бөледі. Бірінші кезең - жатыр мойнының ашылуы. Екінші кезең - ұрықтың босану жолдарынан өтіп, туылуы. Үшінші кезең - плацентаның жатыр қабырғасынан бөлініп бала жолдасының туылуы. Бірінші кезеңде ретті толғақ басталып, жатыр мойны жайылып, толық ашылады (10 -12 см). Жатыр мойнының ашылуы толғақтың күшіне, жиілігіне, ұзақтығына байланысты. Босанудың басында толғақтың ұзақтығы -10 -15 сек; ортасында - 30 -40 сек; соңында - 45 -50 сек. Толғақтың күші үш түрлі болады: әлсіз (10 -15 сек), орташа (30 -40 сек) және күшті (45 -50 сек). Босанудың басында толғақ 15 -20 мин сайын қайталанып, біртіндеп жиілейді.

Жатыр мойнының ашылуында екі механизмнің әсері бар.

1.жатырдың бұлшық еттерінің жиырылуы

2.Жатыр қуыс қысымының ұлғаюына сәйкес, іштен жатыр мойның ашылуына қаған қуығы немесе ұрықтың төменгі бөлігі әсер етеді.Жатыр мойнының ашылуына әсер ететін негізгі механизм - жатыр бұлшық еттерінің жиырылуы.

Бұлшық еттердің орналасуы қалпына байланысты жиырылу ерекшеліктері : жатыр денесінде бұлшық еттер ұзынша , ал төменгі сегментінде айналмалы қалыпта орналысқан . Осыған байланысты жатыр денесі және төменгі сегменттің қызметі әртүрлі : жатыр мойны ашылғанда , жатыр денесі жиырылады(ұрық пен плацентаны ығыстыру үшін).

Әрбір толғақ сайын жатыр бұлшық еттерінде бір мезгілде үш процесс байқалады:

1.жатыр бұлшық ет талшықтарының жиырылуы (контракция)

2.бұлшық ет талшықтарының бір-бірімен жанама (ретракция)

3.бұлшық ет талшықтарының созылуы (дистракция)

Жатыр денесінде негізінде контракция және ретракция байқалады, толғақ кезінде бұлшық еттер ұзынша созылады, жиырылғанда қысқарады, жанама жылжып бір-бірімен араласып жатады.

Жатыр денесінде ұзынша орналасқан бұлшық ет талшықтары контракция және ретракция кезінде , жатыр мойнының айналмалы қалыпта орналасқан бұлшық ет талшықтарын тартып, жатыр мойнының ашылуына әсер етеді. Босану кезінде жатырдың жиырылуы механизмін Монтевидно, Уругвай 1960 жылы толық зерттеген. Жатырдың жиырылуы қасиетін токографиялық әдістерімен зерттеу



арықшылы "төменгі үштік градиент" теориясын анықтаған. Бұл теория бойынша жиырылғыш толқын жатырдың бір бұрышынан еінші бұрышынан ,одан кейн жатыр түбіне , төменгі сегментіне тарайды, (жатырдың алғашқы қозуы оң жақ жатыр бұрышынан басталады), бірақ жатырдың жиырылуы балық бөліктерінде бір мезгілде байқалады.

Жатырдың жиырылуы "төменгі үштік градиент" принципі бойынша болған жағдайда , жатыр мойнының ашылуына толық жағдай жасалады(жатыр мойын бұлышық ет талшықтары тартыладыжәне жатыр қуысының қысымы жоғарлайд). Жатыр жиырылған кезде, қағанақ суына жатыр қабырғаларынан бірдей қысым түсіп, гидравликаның заңы бойынша қағанақ суы жатырдың төменгі сигментіне қарай бағытталады. Ал жатыр мойнының ішкі өзегіне жатыр қуыс қысымының артуы салдарынан қағанақ суы жылжиды. Қағанақ суы қысымының әсерінен ұрық қабыршағының төменгі полюсі жатыр қабырғасынан ажырап, жатыр мойнының ішкі өзегіне енеді. Қағанақ суымен бірге жатыр мойын өзегіне енген ұрық қабыршағының төменгі полюсінің бөлігін өағанаө қуығы дейді. Толғақ кезінде қағанақ қуығы керіліп, жатыр мойын өзегіне қарай тартылып, жатыр мойнының ашылуына әсер етеді.

Босанудың бірінші кезеңінің ағымында латентті, белсенді және бәсіңкі фазаны ажыратады.

Латентті фаза – ретті толғақтан бастап, жатыр мойнының 3– 4 см ашылғанға дейінгі аралығы. Ұзақтығы: тұңғыш босанушыларда – 4– 8 сағат; босанып жүрген әйелдерде – 2– 4 сағат. Латентті фазадан кейін бірден белсенді фаза басталады, бұл фазада жатыр мойны тез жайылып, 4 см-ден 8 см-ге дейін ашылады. Осыдан кейін бірден нәресте басының төмен түсуімен - бәсіңкі фаза басталады. Латентті фазадағы жатыр мойнының ашылу жылдамдығы: 0, 35 см бір сағатта. Белсенді фазада – 1, 5– 2 см сағатына тұңғыш босанушыларда, 2– 2, 5 см сағатына босанып жүрген әйелдерде. Бәсіңкі фазада – 1– 1, 5 см сағатына. Сонымен жатыр, мойнының ашылу қарқыны жатыр бұлшық еттерінің жиырылуына, жатыр мойнының резистенттілігіне байланысты. Жатыр мойны ашылған сайын, оның жиектері жұқаланып, жатырдың төменгі сегменті пайда болады. Жатыр мойнының ашылуымен қатар, бір мезгілде нәрестенің төменгі бөлігі біртіндеп босану жолдары арқылы жылжиды. Толғақ басталғанда нәресте басы жамбас қуысына түседі, ал жатыр мойны толық (10– 12 см) ашылғанда, оның басы үлкен сегментімен жамбастың кіре беріс жазықтығында орнығады. Нәресте басымен орныққанда қағанақ суы алдыңғы және артқы бөлігі болып екіге бөлінеді; себебі нәресте басы жатырдың төменгі сегментінің қабырғасын босану жолдарының негізгі сүйектеріне басып тұрады. Жатыр мойны толық ашылғанда қағанақ қуығы өзінің физиологиялық функциясын жоғалтады.



Қағанақ қуығы кейде жазық болады, оны суы жоқ мұндай қуық тек нәресте басына кептеліп, босанудың ағымын тоқтады. Жатыр мойны толық ашылғанда, жатыр қуысы қысымының артуы салдарынан, қағанақ қуығының қабықшасы жарылып, қағанақ суының алдыңғы бөлігі төгіледі (қағанақ суының мезгілінде кетуі). Қағанақ қабықшасы толғақ басталмай жарылса — қағанақ суының мезгілсіз кетуі; ал толғақ басталғанан кейін немесе жатыр мойны толық ашылмай жарылса — қағанақ суының ерте кетуі дейді. Бірінші кезеңнің ұзақтығы: тұңғыш босанушыларда – 11– 12 сағат, босанып жүрген әйелдерде – 7– 8 сағат. II кезең — жатыр мойнының толық ашылып, ұрықтың босану жолдарынан өтіп, туылуы. Тұңғыш босанушыларда бұл кезеңнің ұзақтығы – 1 сағаттан 2 сағатқа дейін, босанып жүрген әйелдерде 5– 10 минуттан 1 сағатқа дейін созылады. Осы кезеңде жатыр бұлшық еттерінің жиырылуына, құрсақ диафрагма және жамбас бұлшық еттері қосылып, әйелдің күшену кезеңі басталады. Күшенген кезде жатыр қуыс қысымы қатты жоғарылап, оның күші ұрықтың жатыр қуысынан шығуына әсер етеді және ұрық бірнеше күрделі қимылдар жасап, төменгі бөлігімен (бас немесе құйрығымен) жамбас түбіне түсіп, оған қатты қысым жасайды. Осыдан кейін қосымша құрсақ диафрагма жиырылуы әйелдің күшенуін ұлғайтып, жиілетіп, ұрықтың төменгі бөлігі жыныс қуысын созады. Әйел күшенген кезде созылған жыныс қуысынан нәресте басының шамалы бөлігі көрініп, қайтадан жыныс қуысына кіреді (күшенбеген мезгілде); бұл бастың "кесіп шығуы" - бастың ішкі бұрылысы бітіп, оның шалқаюы басталады. Егер нәресте басы, әйел күшенбеген мезгілде жыныс қуысының сыртында бір қалыпта тұрса - бұны бастың "жарып шығуы" дейді. Бас толық жыныс ернеуінен шыққаннан кейін, оның денесі туылып, қағанақ суының артқы бөлігі ағады. III кезең – нәресте туылғаннан кейін басталады. Плацентаның жатыр қабырғасынан бөлініп, бала жолдасының туылуымен аяқталады. Нәресте туылғаннан кейін, бірнеше минут жатыр тоникалық жиырылу қалпында болады, жатыр деңгейі кіндік тұсында анықталады. Осыдан кейін жатырдың ретті жиырылуы басталады - бұны бала жолдасының бөлінуіндегі толғақ дейді, осы толғақтың алғашқы кездерінде плацента жатыр қабырғасынан бөліне бастайды. • Бала жолдасы туылғаннан кейін, жатыр қатты жиырылып, оның деңгейі шатпен кіндік ортасында болады. III кезеңде жатыр қуысынан қан кетеді, қанның мөлшері әдетте 300– 500 мл аспайды (дене салмағының 0, 5%–ті). III кезеңнің ұзақтығы – 5– 30 минут Бала жолдасы туылғаннан кейін босанушыны – босанған әйел дейді

4 Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер презентация , мультимедиялық құрылғы.

<https://www.youtube.com/watch?v=fM4vJU8Jm2k>

<https://www.youtube.com/watch?v=PdoikpLiH9A>



5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2016. - 166 бет. с.

2.Көрнекті педиатрия оқу құралы М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 184 бет 55

3.Большой медицинский справочник. Акушерство. Женские болезни. болезни почек и мочевых путей.

4.Болезни органов пищеварения. Нервные болезни. Детские болезни.

5.Инфекционные болезни: книга практикующего врача. - М. : ООО "Директмедиа Паблишинг", 2009. 3

Қосымша әдебиеттер

1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2011.

2.Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ред. бас. А. А. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 б. 15 15

3.Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М.

4.Запруднов, К. И. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (Обайт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 752 1

Адилова, Л. М.

5.Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері [Электронный ресурс] : оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : веб. Пособие/Электрон. текстовые дан. (39.5Мб). - М. : "Литтерра", 2016. - 248б

Тақырып № 18 Заманауи кезеңмен босануды физиологиялық босануды жүргізу .

2.Сабақтың мақсаты: Заманауи кезеңмен босануды физиологиялық босануды жүргізуді оқушыларға үйрету .

3.Дәріс тезісі. Қазір барлық болашақ аналарға көмекшімен (күйеуімен, анасымен, құрбысымен) бірге босануды ұсынады. Көптеген ерлі-зайыптылар 9 ай бойы теориялық тұрғыдан түпкілікті дайындалып, серіктес босану туралы шешім қабылдай отырып, перзентханаға бірге келеді. Серіктестің қатысуы әйелге психологиялық жағынан да, күш-қуат жағынан да баға жетпес көмек болуы мүмкін. Мәселен, босану күйзелісін азайтады, ауруды жеңілдетеді және нәтижесінде босану ойдағыдай өтеді. Мәселен, босану кезінде қолайсыздық сезімін азайтуға көмек беретін массаж тәсілдері. Босану кезіндегі ауыратын жерлерді сезінуді төмендететін ауыратын нүктелердің тітіркенуі, босанудың бірінші және екінші кезеңдерінің сатылары бойынша дұрыс тыныс алу



тәсілдерін айту. Сөйтіп, ана мен баланың жарақат алуын азайтады немесе «жөкқа шығарады». Серіктес босанулардың екінші жағымды жағы – босанатын әйелдің күйеуінің серіктес рөлінде болуы (бұл өте жиі кездеседі) отбасының береке-бірлігінің бекемденуіне көмегін тигізеді. Кейіннен күйеулері әйелдеріне үлкен құрметпен, қамқорлықпен және сүйіспеншілікпен қарайтын болады, өз балаларын тәрбиелеуге белсене қатысады. Орталықта босануда кесарь тілігі операциясына қатысу «қарсы көрсеткіш» болып табылмайды.

4. Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, мультимедиялық құрылғы.

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н) Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>

АвторыАпресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.

ИздательствоГЭОТАР-Медиа

Год издания2016

Қосымша әдебиеттер ПрототипЭлектронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-3535-9
Тақырып № 19 Акушерияда шұғыл жағдайлар . Эклампсияда дәрігерге дейінгі жедел көмек корсету.

2.Сабақтың мақсаты: Эклампсия кезінде жедел көмек корсете білу,оқып уйрену

3.Дәріс тезісі..

Эклампсия - преэклампсиясы бар науқастардағы мидың басқа бұзылыстарына қатысы жоқ, бір немесе одан көп тырыспалардың пайда болуы. Тырыспалар жүктілік, босану және босанғаннан кейін пайда болуы мүмкін.

Егер тырыспаның себебі анықталмаса, әйелді талма жағдайындағы сияқты бақылаңыз, және шын себебін іздеуді жалғастырыңыз.

Тырыспа кезінде көрсетілетін көмек

- Жабдықтарды дайындаңыз (ауажұтқыш, сорғыш, бет перде және қап, оттегі) және минутына 4-6 л жылдамдықта оттегін беріңіз.
- Әйелді жарақаттанудан сақтаңыз, бірақ қатты күш салып ұстамаңыз.



• Асқазандағы ішкен-жегені, құсқаны және қаны аспирация болу қаупін азайту мақсатында әйелді сол жағына жатқызыңыз.

• Тырыспа кейін қажет болған жағдайда сорғышпен ауыз қуысын және көмейін тазалаңыз.

• Ұстамадан кейін бірден магнезиальдық терапияны бастаңыз:

-бастапқы мөлшер - 5-10 мин арасында 20 мл дейін араластырылған 4 г құрғақ затты в/і;

-егер тырыспа қайталанса 5 минут ішінде 2 г в/і салу керек.

Талма босандырудың абсолюттік көрсеткіші болып саналмайды.

Біріншіден науқастың хал-жағдайын бір қалыпқа келтіру керек.

Гестоз кезінде инфузиондық - трансфузиондық терапияның қажетілігі, оның көлемі мен сапасын клиникалық және зертханалық мәліметтерді (гиповолемия дәрежесін, ДВС-синдром айқындығын және т.б.) есепке ала отырып реаниматолог акушер - гинекологпен бірге анықталады.

Босанғаннан кейінгі кезеңдегі бақылау

Өмір сүруіне қауіпті асқынулардың пайда болу қаупі жойылғанға және хал-жағдайы бір қалыпқа келгенше акушер-гинеколог және анестезиолог-реаниматолог екеуі ПИТ жағдайында бақылау және емдеуді жалғастыруы керек.

Магнезиальдық терапия босанғаннан немесе соңғы эклампсия талмасынан кейін оң динамика кезінде бір тәулікке дейін жалғасуы керек.

Гипотензивтік терапия дәрілік заттарды жекелей таңдаумен, хал-жағдайы бір қалыпқа түскенде дәрі мөлшерін біртіндеп түсіру арқылы жүргізіледі.

Инфузиондық терапия: стандартты тәртіп - 85 мл/сағ. Бұған Магния ертіндісінің мөлшері де (20 - 40 мл\сағ.) кіреді. Егер әйел сұйықтық іше бастаса, ішкен сұйықтың мөлшері құйылған ертіндіден алынып тасталады.

Хал-жағдайы қалпына келсе босанғаннан кейінгі бөлмеге ауыстыру.

4.Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, мультимедиялық құрылғы. <https://www.youtube.com/watch?v=N297e58uttc>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н) Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>

Авторы:Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.



Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2016

Қосымша әдебиеттер Прототип Электронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы Түсіпқалиев АБ

Тақырып № 20 Акушерияда шұғыл жағдайлар Қан кетуде дәрігерге дейінгі жедел көмек корсету.

2.Сабақтың мақсаты: Қан кетудің жіктелуін және қан кетуді тоқтатудың уақытша әдістерін үйрету.

3.Дәріс тезісі.

1.Залалсыздандырылған қолғаптарды киіп алып, қынапқа қолды енгізіңіз және қолыңыздың жұдырығын түйіп алыңыз..Жұдырықты алдыңғы күмбезге орналастырып, жатырдың алдыңғы қабырғасын басыңыз.Екінші қолмен алдыңғы іш қабырға арқылы, жатырдың артқы қабырғасына, қынапқа енгізілген қолдың бағытына қарай басыңыз.Басуды қан тоқтап, жатыр жиырылғанша жүргізіңіз. *Жалғасқан қан кетулер кезінде жасалатын әрекеттер.* Бірмезгілде келесілерді жасау керек:Барлық бос қызметкерлер мобилизациясы (көмекке қосымша шақыру қажет: бөлімше меңгерушісін, анестезиолог-реаниматологты (егер бұрын шақырылмаған болса), лаборантты, стационардағы қан құю үрдісіне жауапты маманды).Төсектің бас жағын түсіру керек.Ылғалды оттегіні 10-15 л/мин. берілетіндей етіп жалғастыру қажет.Қан жоғалту көлемін анықтау. 1500 мл немесе одан жоғары қан жоғалтылған болса- орталық венаны катетерлеу керек (мейілінше мойындырық венасын).Ағзаның өмірге қажетті қызметтерін бақылау және әйелдің жалпы жағдайын бағалау (АҚ, ЖСЖ, ЭКГ, тамыр соғысының, дене температурасының, тыныс алу жиілігінің, диурездің үнемі мониторингісі) қарқынды бақылау картасын қосымша жүргізу арқылы жасалады.Кристаллоидтарды қан кету мөлшерінің 3:1 қатынасындай етіп енгізуді жалғастыру. Инфузия жылдамдығы 15 минутта 1,0 л болуы тиіс. Кейінгі инфузиялық емдік терапия анестезиолог-реаниматологпен бірге келісімді түрде жүргізіледі.

Операциялық бөлімді дайындау.

4.Иллюстративті материал) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

5. Әдебиеттер:



Негізгі (Н) Радзинский В.Е., Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық [Электронный ресурс] / Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 с. - ISBN 978-5-9704-3535-9 - Режим доступа:

<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435359.html>

<https://www.youtube.com/watch?v=QLzpHbCr0-4>

https://www.youtube.com/watch?v=Jaj7OXjKgnU&list=PLQ9YWtLzI_BLu07VG9Hq4H9DJPIX-PQSm

Авторы Апресян С.В., Воронцова Ю.Н., Гагаев Ч.Г., Галина Т.В., Голикова Т.П., Гончаровская З.Л., Дурандин Ю.М., Ермолова Н.П.

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2016

Қосымша әдебиеттер Прототип Электронное издание на основе: Акушерия. Тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық : оқу құралы / редакциясын басқарған В.Е. Радзинский ; қазақ тіліне аударған және жауапты редакторы А.Б. Түсіпқалиев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 776 б. : ил. - ISBN 978-5-9704-3535-