



ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра педиатрия-2 Дәріс кешені	044/68 -19 88 беттің 1 беті	

“Оңтүстік Қазақстан Медицина Академиясы” АҚ
жанындағы медицина колледжі

2020-2021 оқу жылына қашықтан оқытуға арналған
Дәріс кешені

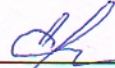
Пән: Балалар аурулары
 Мамандығы: 0301000 «Емдеу ісі»
 Біліктілігі: 0304013 «Фельдшер»
 Курс: IV
 Семестрі: VII-VIII
 Сағат саны: 40


Шымкент 2020ж

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра педиатрия-2		044/68 -19
Дәріс кешені		88 беттің 2 беті

Кафедра мәжілісінде қаралды және бекітілді

№ « 11__ » хаттама « 19_06__ » 2020 ж.

Кафедра меңгерушісі, профессор  Бектенова

Құрастырушы оқытушы:  Умарова А.Н.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра педиатрия-2 Дәріс кешені	044/68 -19 88 беттің __ беті	

1. Сабақтың тақырыбы: Ай-күні толып туылған нәресте. Шала туылған нәресте. Күтім жасау.

2. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға жетіліп және шала туылған нәрестенің АФЕ-сін, күтім жасауды, нәрестелер ауруларын оқып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.

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

3. Дәріс тезисі Жетілген нәресте –бұл жатырдағы 38-40 бар мүшелері мен жүйелері дұрыс және тиімді қалыптасқан нәресте, сондықтан босану кезінде организм мен жүйелер ақауланбауына мүмкіндік береді.

Жаңа туған нәресте жатырдан тыс өмір сүре алса, оны функционалды және морфологиялы жетілген дейді.

Жетілгендік -- жаңа туған нәрестенің бейімделу және тірі қалуына жауапты физиологиялық жүйенің функционалды жеткіліктігінің дәрежесі. Жетілгендік туралы түсініктің негізінде П.К. Анохиннің системогенез туралы ілімі жатыр. Ілімнің мәні -- жаңа туған нәресте тек өмірлік қажет жүйелердің толықтығының айқын дәрежесінде ғана тірі қалады. Өйткені бұл жүйелер жатырдан тыс өмірге дайын болмаса, олардың қоршаған ортаға бейімделуі мүмкін емес.

Жетілгендікті бағалау әдістерін перенатальды және постнатальды деп бөледі. Перенатальды әдіске амниотикалық сұйықты (АЖ) зерттеу жатады, оның құрамы жеке органдар мен организм жүйелерінің даму дәрежесін көрсетеді. А,Ж-дағы креатинин мен фосфолипид деңгейін анықтау, іштегі нәрестенің жетілу дәрежесін анықтауға мұндік береді. Жүктілік мерзімінің ұлғайған сайын А,Ж-дағы креатинин мөлшері көтеріледі.

Шала туылған балалар деп - құрсақ-ішілік даму аяқталғаннан уақытта, салмағы 2500 г-нан төмен, бойы 45 см-ден аз туылған балаларды айтамыз. Шала туылған балалардың барлық органдарының функциясының дамуы, құрсақ-ішілік дамуына байланысты, сондықтан олар сыртқы ортаға әлсіз бейімделгіш болып келеді. Шала туылған балаларда жалпы әлсіздік, терморегуляцияның жетіспеушілігі байқалады. Неғұрлым салмағы төмен болған сайын, дене температурасының айқын тұрақсыздығы байқалады. Шала туылған балалардың тынысы беткейлі, асфиксия ұстамасы байқалады. Шала туылғандардың иммунитеті жеткіліксіз болғандықтан инфекцияларды яғни грипп пен өкпе қабынуымен жиі ауырады.

Шала туылудың себептері болуы мүмкін жатырдың созылмалы қабыну аурулары, жатырдың дұрыс орналаспауы, көп жүктілік, жүктілік кезінде

ананың жедел және созылмалы аурулары, психикалық және физикалық жарақаттары, резус конфликт. Анамнезінде аборттар мен жүктілік кезінде С, А, Е витаминдерінің жетіспеушілігі.

Шала туылғандардың клиникалық симптомы шала туылғанның дәрежесі мен себебіне байланысты бөлінеді. Шала туылғандарда салмақтың төмендеуі, бойының қысқалығы теріасты май қабатының нашар дамуы. Физиологиялық эритема мен сарғаю шала туылғандарға қарағанда (айқын) жаңа туылғандарда айқын және ұзақ сақталады. Құлақ қалқандары өте жұмсақ және бас сүйегіне тегіс жабылғыш болып келеді. Тырнақтары өте жұқа. Қызбалада сүт бездері әлсіз дамыған, ұлбалаларда аталық бездері қалтасына түспей қалады. Шала туылған балаларды күту.

Шала туылған балалардың сыртқы қоршаған ортасы физиологиялық ерекшелікке сәйкес болу керек. Шала туылған балаларды дұрыс қарап, рациональды тамақтандырса, алғашқы күндері-ақ жақсы дами бастайды. Палата едендерін міндетті түрде тәулігіне 3 рет ыстық сумен, хлорлы әк ерітіндісімен немесе хлораминмен жуу керек. Тәулігіне 7 рет бөлмені желдету керек. Медициналық қызметкерлері мұрын мен жұтқыншақтан ішек инфекциясына нәжісті жүйелі түрде тапсыру.

Шала туылған бала, бірінші тексеруден өткеннен кейін, сол арада шала туылғандар бөліміне көшірілу керек.

Шала туылған балаларды төмендегі ретпен бөледі:

1. Өте төменгі салмақпен туылған, яғни 1600-1700 г-мен балаларды кувезді палатаға жатқызады сондай-ақ кувезге склеремамен, жүрек-қан тамыр жүйесі әлсіз балаларды жатқызады;
2. 1600-1700 г салмақтан жоғары, бірақ 2000 г-нан төмен туылған балаларды ерекше палатаға жатқызады;
3. 2000-2500 г салмақпен туылған балаларды бөлек госпитализация жасайды;
4. Бөлек палатаға патологиялық бөлімнен ауыстырылған балалар жатады.

Әрбір топқа ерекше тамақтану ерекшелігі, емдеу мен күту болады. Шала туылғандарда терморегуляцияның жетіспеушілігі бірнеше апта мен 3-4 айға дейін сақталады. Сондықтан олардың үсуін немесе қызып кетуін қадағалау ең басты күту болып табылады.

Шала туылған балаларды туыла салысымен жылы таза матамен орап, кувезге жатқызу керек. Үй жағдайында кәдемгі резеңке қыздырғышты (грелка) адына қойып пайдаланады. Бөлме температурасы 22-24°C болу керек. Баланы сыртқа таза ауаға алып шыққан кезде, бөлмені де желдету керек. Шала туылғандарға арналған киімдер: иткөйлек, бас киімінің астынан бір қабат дәке, қолы жабық распашонка, дәкеден жасалған аяқ киім. Аяқ киімінің 3-4 жұбы болуы керек. Шала туылған балалар комплектысына подгузник, байкалы мата, байкала жылы көрпе және конверт болады. Шала туылған балалар бір айға дейін қосымша жылтуды қажет етеді.

Бірінші шомылдыру кіндік жарасы жазылғаннан және кіндігі түскесін болады. Шомылдыру техникасы, жетіліп туылған балаларды шомылдырған сияқты. Шала туылған балаларды 23-24°C бөлме температурасында, 38-39°C

суда шомылдыру керек. Шомылдыру ұзақтығы 4-5 минут. Киіндіретін киімдерін алдын ала жылытып қоюды. Таза ауада серуендеуді 2-айдан кейін бастайды. Алғашқы кезде баланы 6-10 минутқа, одан кейін 1,5-2 сағатқа күніне 2 рет шығару қажет.

Шала туылған балаға 1-1,5 айдан кейін рутокварцты жарықпен Д, С витаминдерімен массаж тағайындау керек.

Шала туылған балаларды тамақтандыру-сору және жұту рефлекстерінің толық дамымауына байланысты қиындайды. Мұндай балаларға көп мөлшерде пластикалық материалдар – белоктар мен минералды тұздар керек. Сондықтан, шала туылған бала айдың аяғында 1 кг салмаққа тәулігіне 130-150 ккал алып отырды. Егер бала еметін болса күніне 3-4 рет емізеді. Емгенде шаршағандықтан, оған бөтелкемен, қасықпен, пипеткамен сауылған сүт беру керек. Егер бала ембейтін, жұтпайтын болса, онда ауызға салынған катетермен береміз. Сусын ретінде қайнаған су, 5%-ті глюкоза ерітіндісі немесе физиологиялық ерітінділерді тәулігіне 30-50 мл көлемінде әр 1 кг салмаққа береміз. Қосымша тамақты 4 айдан бастады. Жұмыртқаның сары 5 айда. ¼ бөлігін ботқаға, сүтке немесе жеміс-жидек пюресіне қосып беріледі. Шала туылғандарға бірінші тамақтандыруды 6-8 сағаттан кейін береді. 1000 г салмақтағы баланың тамақтандыру жиілігі 12-15 рет, 1000-1500 г салмақтағы тәулігіне 10-12 рет, 1500-2000 г салмақтағы тәулігіне – 8-11 рет, 2000-2500 г – тәулігіне -8 рет. 1500-2000 г салмақтағы шала туылғандардың ана сүтінің көлемі 80-125 мл тәулігіне. Шала туылған баланың алғашқы өмірінің 10 күнінде Роммель формуласымен есептеледі

$$X = n + 10 \text{ (n – күн саны).}$$

4. Иллюстративті материал а) техникалық құралдар:

мультимедиялық құрылғы.

<https://www.youtube.com/watch?v=ITDbPf99qSw>

<https://www.youtube.com/watch?v=DAmD3RnEgUM>

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

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.

4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (К)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1. Жетіліп туылудың және шала туылудың критерийлері.
2. Ерте неонатальдық кезең.
3. Нәрестенің физиологиялық жағдайы

2. Сабақтың тақырыбы: Іріңді-септикалық аурулар. Жаңа туылған нәрестенің ОНЖ зақымдануы.

2. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға нәрестелер ауруларын оқып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу.

3. Дәріс тезісі

Сепсис - бұл ауыр, ациклды, жайылған жұқпалы ауру, қан айналымындағы көп мөлшердегі госпитальды штаммды шартты – патогенді микробтар тудырады, олар ағзаның төмендеген не бұзылған иммунитеті фонында антибиотиктерге резистентті. Сепсиспен жетіліп туғандардың 0,1%-і, шала туғандардың 1%-і ауырады (шет елдік авторлардың мәліметтері бойынша).

- Неонатальды сепсис қоздырушысы – грамтеріс (ішек, протейдің көк іріңді таяқшасы, клебсиелла т.б. және грамон) сарғыш және эпидермальды стафилококктар, бактероиттар, клостридиялар, фузобактериялар т.б. бактериялардың шартты-патогенді госпитальды штаммы. Неонатальды сепсисің қоздырғышы болып грамтеріс шартты-патогенді микробы табылады, итермелеуші рольді вирусты инфекция (әсіресе жатырдағы) атқарады. Күтушілердің қолы арқылы, жеке заттар, медициналық құралдар, ӨЖЖ аппараты, донор сүті, ауыз су т.б. арқылы жұғады.

Бейімдеуші факторлар:

- 1. Табиғи инфекцияға қарсы кедергілерді төмендететін факторлар (тамыр катетеризациясы, трахея интубациясы, ӨЖЖ т.б.).
- 2. Жаңа туған нәрестенің иммунологиялық реактивтілігін төмендететін факторлар (босану патологиясы, тұншығу, бактериологиялық инфекциялар).
- 3. Баланың жалпы бактерия жұғу қаупін және госпитальды флораның жұғу қаупін көтеретін факторлар (анасының іріңді процесстері, ұзақ сусыз болу, әйелдер босанатын үйдегі тазалық-эпидемиологиялық жағдайдың нашарлығы).
- 4. Өмірінің алғашқы аптасында іріңді-қабыну ауруларының пайда болуы.
- Шала туған нәрестелер алғашқы 2 топтағы факторлар қосылса, сепсиске бейімделеді.

Патогенезі.

- Сепсиске соқтыратын инфекциясының қақпасы болып, кіндік жарасы, тері, шырышты қабықтар, ішек, кейде - өкпе, құлақ, несеп шығару жолдары, көз табылады. Кірген жері белгісіз болғанда, сепсисті криптогенді деп атайды. Г.Н. Сперанский патогенезде келесі негізгі звеноларды бөлді: кіретін қақпа, жергілікті қабыну ошағы, бактеремия, сенсублизация және иммунологиялық реактивностының қайта құрылуы, септицемия, септикопиемия.
- Сепсисте қан бактерия тасымалдаушы ғана емес, сонымен қатар оның көбейетін орны. Егер бактерия 1 мл 100 000 колониясы болса, септикалық деп саналады.

Классификациясы.

- Клиникалық диагнозда мыналарды көрсеткен дұрыс: жұққан мезгілі (антенальды, интрапостнатальды), этиологиясын, инфекция кірген қақпаны, түрін (септицемия, септикопиемия), оның көріністерін, алдыңғы септикалық ошақты, өтуін (тез, ауыр, ауырлау), ауру кезеңі (бастапқы, қызған қалпына келу, айығу), асқынуларын (ТҚҰ-синдром тромбоздар, тромбоэндокардит, гипотрофия, анемия, гипербилирубинемия, ішек өткізгіштігінің жоғалуы, бүйрек, бауыр бүйрек үсті жетімсіздігі, ішек дисбактериозы т.б.).

Клиникалық көрінісі.

- Сепсистің бастапқы кезінде жергілікті іріңді ошақтармен қатар, токсикоз белгілері де көңіл аудартады: тәбеті төмендеу, салмағы кему, селқостану, акроцианоз, гипорerefлексия т.б. Әсіресе науқастың «септикалық хабитус» деп аталатын түрі тән: мазасыздану не селқостық, ыңырсу, адинамия; терінің боздау сұрғылт түрі, көбіне геморрагиямен, сарғаюмен, іріңдеумен, склерема бөліктерімен; тін тургоры өзгереді; ішінің алдыңғы жағы ісіп, іш кебеді, іштегі тамыр торлары жақсы көрініп тұрады; лоқсу, көбіне запырланды, құсық, дәреті тұрақсыз, анорексия; бет пішімі үшкірленіп, салмағы кеміп, мезгіл-мезгіл дене қызуы көтеріледі. Шамалап бауыр мен көк бауыр үлкейеді.

Емдеу:

- 1. Науқасты міндетті түрде ауруханаға жатқызады;
- 2. Дұрыс күтім ұйымдастырады;

■ 3. Антибактериальды химиотерапия

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=LB4EiavBZdU>

<https://www.youtube.com/watch?v=Ci7Zzur0VMI>

<https://www.youtube.com/watch?v=BuYHxf2WtKUhttps://www.youtube.com/watch?v=HnCRXM2e-wo>

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.

4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (К)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.

2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.

3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.

4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1 Кіндікті тазалау.

2 Кіндік жарасын және қалдығына күтім жасау.

1.Тақырыбы: Тамақтану мен асқорытудың созылмалы бұзылуы

2. Сабақтың мақсаты:

оқыту: оқушыларға тамақтану мен асқорытудың созылмалы бұзылуы зақымдану семиотикасын және зерттеу тәсілдерін оқып үйрету.

тәрбиелік: саламатты өмір салтын қалыптастыру.

дамыту: ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу

3.Дәріс тезісі

Тамақтанудың созылмалы бұзылыстары, дистрофиялар ерте жастағы балаларда жиі кездеседі және 3 типті болады – гипотрофия (салмақ тапшылығымен жүретін тамақтандырудың жетімсіздігі), семіздік (шектен тыс тамақтану) және паратрофия (дене салмағы мен бойының ұзындығы қалыпты тамақтанудың созылмалы бұзылысы). Англо-американдық әдебиет бойынша гипотрофияның I және II дәрежелерін жеңіл белокты-калориялық жетімсіздік, III дәрежесін – алиментарлық маразм немесе квашиоркор деп атайды. Гипотрофия кезінде әртүрлі жағымсыз факторлардың (тамақтану дефектісі, күтімінің бұзылуы, инфекциялық аурулар) әсерінен ішекте және тіндерде тағамдық заттардың сіңірілуі бұзылады.

Этиология. Гипотрофияның даму негізінде – алиментарлы, инфекциялық және конституциональды факторлар жатады. Алиментарлы факторлардың ішінде ең бірінші тамақтанудың сандық немесе сапалық сипаттағы бұзылыстары, анасының (гипогалактия, сүт бездерінің дефектісі, сүт бездерінің ұштары жайпақ немесе ішке кіріккен және т.б.) және баласының шала туылуы, сору рефлексінің жетілмеуі, туу жарақаты, даму дефектілері, сороды қиындататын жағдайлары жатады. Гипотрофия келесі жағдайларда дамуы мүмкін:

- тағамның сапалық құрамының бұзылысында, ақуыз, май, көмірсудың қатынасы дұрыс болмағанда;
- күтімінің дұрыс жүргізілмеуі;
- ретсіз тамақтандыру;
- аралас және жасанды тамақтандыру;
- баланың жедел және созылмалы инфекциялық аурулары;
- әртүрлі токсикалық әсерлер;
- тұма патологиялар (муковисцидоз, целиакия, нэзимопатия);
- сиыр сүтінің белоктарын, глютенге төзімсіздік;
- эндокринді, иммунды тапшылық аурулары;
- орталық нерв жүйесінің зақымдануы;
- ас қорыту бездерінің секреторлы функциясының бұзылуы.

Патогенез.

- Ішекте және тіндерде тағамдық заттардың сіңірілуінің төмендеуі, азотты заттардың экскрециясы жоғары.

- Ас қорыту жүйесінің, ұйқы безінің ферментативті активтілігінің төмендеуі.
- Барлық ішкі органдардың қызметінің бұзылуы.
- Т-лимфоидты жүйе мен спецификалық емес қорғаныс факторларының тежелуі.
- Метаболизмнің бұзылуы: гипопропротеинемия, гипогликемия, гипокальциемия, гипонатремия, гипокалиемия, гипофосфатемия.
- Эндокринді жүйенің қызметінің бұзылуы.

Клиникалық көрінісі. Гипотрофияның негізгі клиникалық симптомдары салмақ қосудың азаюы, тоқтауы, дене салмағының төмендеуі. Дене салмағының жетімсіздігіне қарай гипотрофияның I, (дене салмағының жетімсіздігі 10-20%), II (20-30%), III (30% жоғары) дәрежелерін және біріншілік, екіншілік түрлерін ажыратады. Гипотрофиямен ауыратын балаларда реактивтілік төмен болғандықтан жиі ауырады, инфекциялық ауруларды тез қабылдайды, асқынулар жиі дамиды. Гипотрофияның клиникалық симптомдарын бөледі:

1. Трофикалық бұзылыстар синдромы.
2. Ас қорыту бұзылыстарының синдромы.
3. ОНЖ-ң дисфункциялық синдромы.
4. Гемопоздің бұзылу және иммунды реактивтіліктің төмендеу синдромы.

Емі. Ем комплексті болу керек, этиологиялық факторды жою, диеталық ем, рациональды тәртіп, күтім, инфекция ошағын анықтау, рахит, анемия және т.б. ауруларды емдеу.

Гипотрофияның барлық формаларында тамақтану үлкен маңызға ие. Баланы тағамдық заттарға жасына қарай қажеттілігіне, оның физиологиялық мүмкіндіктеріне қарай тамақтандырады.

Негізгі тағамдық ингредиенттердің дұрыс қатынасы бұзылған алмасу процесстерін, физикалық және нервтік бұзылыстарды қалпына келтіреді.

Гипотрофияның I-ші дәрежесінде баланың тамақтандырудағы дефектті жою, тағам тәртібі мен дұрыс күтім жүргізу жеткілікті. II, III дәрежелі гипотрофияда тағамға толерантылығы төмен балаларға емдеудің алғашқы күндері тағамның тәулікті көлемін $\frac{3}{4}$ -ке дейін төмендеді. Жетпеген тағам көлемінің орнына сұйықтықтар беріледі (шай, итмұрын тұнбасы, глюкоза ертіндісі, жеміс шырындары, көкөніс және жемісті қайнатпалар). Баланың жалпы жағдайына байланысты тағам көлемін бірте-бірте физиологиялық қалыпқа жеткізеді. Гипотрофиямен ауыратын балаға тағам мөлшерін рационның химиялық құрамын есептеу аруылы белгімейді.

Метаболикалық бейімделу кезеңінде ферментті препараттар тағайындалады (пепсинді тұз қышқылы ертіндісі, панкреатин), панзиеорм, фестал, абомин және т.б. , трофикалық функцияларды стимуляция жасау үшін апилак тағайындалады. Гипотрофияның емге көнбейтін ауыр дәрежесінде гормонды ем тағайындалады. Медикаментті еммен бірге массаж және жаттығулар қолданады.

Алдын-алу үшін – рациональды тамақтану, дұрыс күн тәртібі, таза ауада жеткілікті жүру, тиянақты күтім, шынықтыру, жаттықтыру керек.

Паратрофия – дене салмағының, болу керек немесе қалыпты дене салмағының 10% артуымен, жалпы дистрофия белгілерімен сипатталатын ерте жастағы балалардың созылмалы тамақтану бұзылысы.

Алып келуші факторларға – конституция аномалиялары, жиі лимфатико-гипопластикалық диатез жатады. Негізгі себебі – жоғары калориялы тағам, май, көмірсулар көп тағам қолдану.

Липоматозды формасында – дене салмағы жоғарылайды, гиперлипидемия, холестеринемия болады. Липоматозды – пастозды формасында – дистрофияның жалпы белгілерімен бірге 2-3 жасында диэнцефальды бұзылыстар симптомдары дамиды: вегетативті дисфункция синдромы, шөлдеу, субфебрилитет, ұйқының бұзылуы, семіздік. Гиперлипидемия мен холестеринемиядан басқа анемия, диспротеинемия болады.

Емі. Рациональды тамақтануды ұйымдастыру. Дене салмағына қалыпты көрсеткішке дейін төмендету, ол диеталық емнің 2 этапымен жүреді. 1 этап - жоғары калориямен тағамдарды алып тастау. Емшек сүті немесе бейімделген қоспалар немесе айран береді.

Ұзақтығы 7-10 күн. Тағам көлемі баланың негізгі дене салмағына есептеледі, тәулігіне 1 л-ден аспау керек.

2-ші этап – ауыспалы кезең, ұзақтығы 3-4 апта. Негізгі тағамға қосымша – көкөністі және жемісті пюре (бөкпе) енгізіледі. Кейін бірте-бірте жасына қарай қалыпты тамақтануға көшеді.

Гипостатура – тері тургоры мен тығыздығының төмендеуімен қатар дене салмағы мен бойдың ұзындығының біркелкі төмендеуі. Гипостатура жиі жүректің тума ақаулары, мидың даму ақаулары, энцефалопатия, эндокринді патологиясы бар балаларда болады. Негізгі ауруды емдегеннен кейін балалардың физикалық дамуы қалыпты болады.

Гипостатураның гипотрофиялы типінде – гипотрофияның II дәрежесінің белгілері (трофикалық бұзылыстар, теріде полигиповитаминоз белгілері, диспротеинемия, ішекте шаймардың сіңірілуінің бұзылысы, аминоацидоурия) болады.

Гипопластикалық типінде – (бойдың конституциялық тежелуі) тамақтану бұзылыстары жоқ; оларда терісі бархат тәрізді, гиповитаминоз белгілері жоқ, тері тургоры жақсы.

Нервтік-психикалық дамуы қалыпты.

Емі: гипостатураның дамуына алып келген негізгі ауруды емдеу.

4. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=s39YOWwOOL0>

<https://www.youtube.com/watch?v=GAC5uV0Zw4M>
<https://www.youtube.com/watch?v=T3spzp5bmGI>
<https://www.youtube.com/watch?v=I-VXWVijcvU>

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

6. Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1. Емшекпен емізу принциптері.
2. Гипотрофияның даму себебі
 1. Балалардағы созылмалы тамақтану бұзылысы түрлері мен сипаттамасы
 2. Даму себептері мен дәрежелі

1.Тақырыбы: Ерте жастағы балаларда ас қорыту жедел бұзылыстары. Диареялар (БАБЖ бағдарламасы бойынша). Ішек инфекциялары.

2. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға балалардағы іш өтумен өтетін ауруларды таныстыру, олардың күтімі, емін оқып үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** ерте жастағы балалардың асқазан -ішекАФЕ-ін танып, білу.

3.Дәріс тезисі

Тітіркенген ішек синдромы және басқа да ішектің функционалды бұзылыстары (диареямен, диареясыз, функционалды диарея,іш қату). Этиология және патогенезіне байланысты инвазивті (шигеллез, сальманеллез, кампилобактериоз, эширихиоз), секреторлық (ротавирусты инфекция және т. б) және созылмалы диареалар (целиакия, эксудативті энтеропатия, лактозаның, сахарозаның, изомальтозаның жетіспеушілігі, муковисцедоз, тағамдық аллергия, дисбактериоз және т.б.) түрлерін ажыратады.

Инвазивті ішек инфекциялары кезінде қоздырғыштар эпителиоциттер арқылы, ащ және тоқ ішектің шырышты қабатын қабынумен зақымдап, ішке енеді.

Секреторлық диарея аш ішектің эпителилік функционалды бұзылыстарымен сипатталып, көп мөлшерде сұйық нәжістің бұзылуы мен және сусыздану мен сипатталады.

Секрсторлы диарея емдеудің негізгі қағидалары:

- 1.Рациональді диетотерапия
- 2.Переорольді регидратация
- 3.Энтеросорбентті терапия.

Сондай-ақ этапқа қосымша ферменттік терапия (креон және т.б.), антисекреторлық (имодум, индолятация), қосады.

Антибактериальді терапияны қолдану эффективті емес.

Целиакия – бұл тұрақты стеаториямен, дене массасын жоғалтумен, көптеген дефицитті күймен, аш ішектің шырышты қабатының екіншілік зақымдануы, глютенсіз (глиацин) диетаны эффективтісімен сипатталатын ауру.

Эксудативті энтеропатия – плазмалық белоктардың асқорыту жолдары арқылы жоғалтумен сипатталатын ауру. Бұл жағдай белоктық дефектке және басқа да метоболиттік бұзылыстарға әкеп соқтырады.

Лактозаның жетіспеушілігі – лактозаның дефициті кезінде туындайтын диарея, қортылмаған лактоза ащ және тоқ ішектің дистальды бөліміне барып, онда бактериальді ферментацияға түсіп сутегі органикалық қышқылдарының (уксус және т.б.) түзілуіне әкеледі. Осының әсерінен ішек қуысының гемотогенді қысымы жоғарлайды, яғни қан плазмаснан қысымы жоғары, ол

өз кезегінде абсорбцияның төмендеуіне және құсудың жоғарлауына әкеледі. Ауру негізі құсу, іш өтумен, іш аурумен, баланы сүтпен тамақтандырғанан кейін іштің кебуімен сипатталады. Нәжісі сулы, көпіршіктенген, уксус иісіне ұқсас болады.

Муковисцидоз – физикалық дамудан қалу тамақтанудың бұзылысы, ерекше тәбет кезінде, капрограммада нейтральды май мөлшерінің көбеюі, тік ішектің тусуі, бұрындары мекониялы өткізбеушілік болған, терде хлоридтің жоғарлауы, 60 мкм/л жоғары, қазіргі кезде ДНК – диагностикасын қолданады.

Муковисцидоз – жиі моногенді ауру, гендік мутациямен шартталған (трансмембрандық регуляторлық белок), патогенезінде эндокринді бездердің жүйелі зақымдану, өмірге қажетті мүшелердің және жүйелердің, ағымымен және болжамы жатады.

Созылмалы диареялардың диагностикасының алгоритмі

Анамнезі, физикалды зерттеу, ректорманоскопия, рентгенологиялық зерттеу, капрограммалар және нәжістік массаларды бактериологиялық зерттеу нәтижесінде диагноз қойылмаған.

Іш қату – бұл жүйелі түрде ішекті сирек немесе тіптен босатудың жетіспеушілігі кезінде болатын жағдай. Іш қату кезіндегі практикалық жұмыс шудың 48 сағаттан көп тұрақтануы, баланың өзін - өзі ұстауының өзгерісін спазмдарының тұрақтануын санауға болады. Іш қату барысында сирек сондай-ақ, қатты, нәжісі аз сипатта болады. Іш қатудың объективті критерийі шу массасы 35г/күніне болып есептеледі. 95 -98 % ерте жас балаларда, іш функционалды сипатқа ие болады.

Іш қату классификациясы.

I) Ұзақтығы бойынша: жедел, созылмалы.

II) Этиологиялық және патогенетикалық сипаты бойынша:

1. Алиментарлы

2. Неврогенді

- дискенетикалық

- рефлектор Тітіркенген ішек синдромы және басқа да ішектің функционалды бұзылыстары (диареямен, диареясыз, функционалды диарея, іш қату).

Этиология және патогенезіне байланысты инвазивті (шигеллез, сальманеллез, кампилобактериоз, эширихиоз), секреторлық (ротавирусты инфекция және т. б) және созылмалы диареялар (целиакия, эксудативті энтеропатия, лактозаның, сахарозаның, изомальтозаның жетіспеушілігі, муковисцидоз, тағамдық аллергия, дисбактериоз және т.б.) түрлерін ажыратады.

Инвазивті ішек инфекциялары кезінде қоздырғыштар эпителиоциттер арқылы, ащ және тоқ ішектің шырышты қабатын қабынумен зақымдап, ішке енеді.

Секреторлық диарея аш ішектің эпителилік функциональды бұзылыстарымен сипатталып, көп мөлшерде сұйық нәжістің бұзылуы мен және сусыздану мен сипатталады.

Секреторлы диарея емдеудің негізгі қағидалары:

- 1.Рациональді диетотерапия
- 2.Переорольді регидратация
- 3.Энтеросорбентті терапия.

Сондай-ақ этапқа қосымша ферменттік терапия (креон және т.б.), антисекреторлық (имодум, индолятация), қосады.

Антибактериальді терапияны қолдану эффективті емес.

Целиакия – бұл тұрақты стеаториямен, дене массасын жоғалтумен, көптеген дефицитті күймен, аш ішектің шырышты қабатының екіншілік зақымдануы, глютенсіз (глиацин) диетаны эффективтісімен сипатталатын ауру.

Эксудативті энтеропатия – плазмалық белоктардың асқорыту жолдары арқылы жоғалтумен сипатталатын ауру. Бұл жағдай белоктық дефектке және басқа да метоболиттік бұзылыстарға әкеп соқтырады.

Лактозаның жетіспеушілігі – лактозаның дефициті кезінде туындайтын диарея, қортылмаған лактоза ащ және тоқ ішектің дистальды бөліміне барып, онда бактериальді ферментацияға түсіп сутегі органикалық қышқылдарының (уксус және т.б.) түзілуіне әкеледі. Осының әсерінен ішек қуысының гемотогенді қысымы жоғарлайды, яғни қан плазмаснан қысымы жоғары, ол өз кезегінде абсорбцияның төмендеуіне және құсудың жоғарлауына әкеледі. Ауру негізі құсу,

іш өтумен, іш аурумен, баланы сүтпен тамақтандырғанан кейін іштің кебуімен сипатталады. Нәжісі сулы, көпіршіктенген, уксус иісіне ұқсас болады.

Муковисцидоз – физикалық дамудан қалу тамақтанудың бұзылысы, ерекше тәбет кезінде, капрограммада нейтральды май мөлшерінің көбеюі, тік ішектің тусуі, бұрындары меконияльді өткізбеушілік болған, терде хлоридтің жоғарлауы, 60 мкм/л жоғары, қазіргі кезде ДНҚ – диагностикасын қолданады.

Муковисцидоз – жиі моногенді ауру, гендік мутациямен шартталған (трнсмембрандық регуляторлық белок), патогенезінде эндокринді бездердің жүйелі зақымдану, өмірге қажетті мүшелердің және жүйелердің, ағымымен және болжамы жатады.

Созылмалы диареялардың диагностикасының алгоритмі

Анамнезі, физикалді зерттеу, ректромагнитография, рентгенологиялық зерттеу, капрограммалар және нәжістік массаларды бактериологиялық зерттеу нәтижесінде диагноз қойылмаған.

Іш қату – бұл жүйелі түрде ішекті сирек немесе тіптен босатудың жетіспеушілігі кезінде болатын жағдай. Іш қату кезіндегі практикалық жұмыс шудың 48 сағаттан көп тұрақтануы, баланың өзін - өзі ұстауының өзгерісін спазмдарының тұрақтануын санауға болады. Іш қату барысында

сирек сондай-ақ, қатты, нәжісі аз сипатта болады. Іш қатудың объективті критерийі шу массасы 35г/күніне болып есептеледі. 95 -98 % ерте жас балаларда, іш функциональды сипатқа ие болады.

Іш қату классификациясы.

I) Ұзақтығы бойынша: жедел, созылмалы.

II) Этиологиялық және патогенетикалық сипаты бойынша:

1. Алиментарлы
2. Неврогенді
 - дискенетикалық
 - рефлекторлық
 - қалыпты (дефекацияға шақырудың төмендеуіне байланысты)
3. Гиподинамикалық
4. Іш қабыну аурулары әсерінен іш қату
5. Проктогенді
6. Механикалық
7. Тоқ ішек дамуының ақаулықтары әсерінен іш қату
8. Токсикалық
9. Медикаментозды
10. Эндокринді
11. Су – электролиттік алмасу бұзылыстары кезіндегі іш қату

III) Ішектің қозғату бұзылыстары сипаты бойынша:

1. Гипермоториканың басым болуы (гиперкинетикалық)

Гипомоториканың басым болуы (гипокинетикалық лық қалыпты (дефекацияға шақырудың төмендеуіне байланысты)

3. Гиподинамикалық
4. Іш қабыну аурулары әсерінен іш қату
5. Проктогенді
6. Механикалық
7. Тоқ ішек дамуының ақаулықтары әсерінен іш қату
8. Токсикалық
9. Медикаментозды
10. Эндокринді
11. Су – электролиттік алмасу бұзылыстары кезіндегі іш қату

III) Ішектің қозғату бұзылыстары сипаты бойынша:

1. Гипермоториканың басым болуы (гиперкинетикалық)

Гипомоториканың басым болуы (гипокинетикалық

4. Иллюстративті материал а) техникалық құралдар:

компьютерлер, мультимедиялық құрылғы.

https://www.youtube.com/watch?v=_9vkvjpKQII

<https://www.youtube.com/watch?v=Zm3pB0JgbM8>

<https://www.youtube.com/watch?v=OFiGu-FHCVs>

5.Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

- 1.Сестринское дело в педиатрии : учебное пособие / под ред. К. Аскамбай. - Шымкент : ТОО "Кітап", 2011.
- 2.Түсіпқалиев, Б. Педиатриядағы мейірбикелік іс : оқулық / Б. Түсіпқалиев ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; "Медицина білімі мен ғылымының инновациялық технологиялар Республикалық Орталығы"; ЖШС Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемл. мед. ун-ті. - Ақтөбе : Б. ж., 2011. - 880 бет. с
- 1.Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған және жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024 бет. +эл. опт. Диск Исаева, Л. А.
- 2.Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Аскамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Исаева, Л. А. Детские болезни. 3 том : учебник - Алматы : Эверо, 2015
- 4.Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
- 5.Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.
6. Шабалов Н. П. Детские болезни. В 2 т. Т. 2. : учебник. -6-е изд., перераб. и доп.. -СПб.: Питер, 2007, 2008. Дадамбаев, Е. Т.

Қосымша (Қ)

1. Шабалов Н.П., Неонатология, 2 томдық, Санкт-Петербург, 2002 ж.
2. Емшекпен тамақтандыру тәжірибесін қорғау, қолдау және демеу.
3. ДДҰ/ЮНИСЕФ бірлескен декларациясы, Женева, 2010 ж.
4. Учайкин В.Ф., Балалар жұқпалы аурулары бойынша нұсқаулық, М., 2000 ж.
5. Цыбулькин Э.К.редакциясымен педиатриядағы шұғыл көмек, Л., Медицина,2010ж.
6. Жуковский Н., Балалар эндокринологиясы, М., 2010ж

Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

Ерте жастағы балалардағы аскорытудың жедел бұзылыстары.

- 1.Диарея патогенезі, әртүрлі дегидратацияның негізгі көріністері.
- 2.Балалардағы дегидратация дәрежесін бағалау.
- 3.Балалардағы диарея кезіндегі дәрігердің емдеу жоспары.
- 4.Ротавирустары инфекция

1.Тақырыбы: Рахит (мешел). Гипервитаминоз Д. Спазмофилия.

Аллергоздар.

4. Сабақтың мақсаты:

оқыту: оқушыларға рахит (мешел),гипервитаминоз Д, спазмофилия, аллергоздар,

зақымдану семиотикасын және зерттеу тәсілдерін оқып үйрету.

тәрбиелік: саламатты өмір салтын қалыптастыру.

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

3.Дәріс тезісі

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 екіқабат 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 ДЗ (колкальциферол) түзіледі. Ал, асқазан – ішек трактысына ДЗ жануарлық азықтармен дайын түрінде түседі немесе дәрі түрінде Д2 (эргокальциферол) – алды ішекте өттің қатысумен ДЗ сіңіріледі. Д витаминінің транспортты түрі 2500 диоксикальций немесе ДЗ бауырда 25 гидроксияданың күшімен 1,5-2 есе белсенді түрінде айналады. Ол глобулиннің көмегімен бүйректе вит. ДЗ тағы да гидроксияланып жоғары активты метаболиттер ДЗ немесе 24,25 дигидрахомкальциферолға (кальцитриол – 1,25) айналады. Бірақ бұл ДЗ-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 фосфатин аминокислоттардың сарылуы төмендейді: гипофосфатемия нерв жүйелері деминерализацияланады – бала қозғыш, жылауық.

Fe-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 гипокальциемия. 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 гипокальциемияұзаққа созылады. Фосфор қалпына келеді. Қалдық кезеңінде барлық биохимиялық көрсеткіштер дамыптанады.

Ауырлығы:

I- дәрежесі нерв бұлшықет, вегативті 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 формасының 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 эхондралық 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 аскорыту 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 эффектісінің болмауы вит.Д резистентты немесе екіншілік рахит екендігін көрсетуі мүмкін.

II типті витамин Д бағынышты рахитте вит. Д2+1000x5/кг немесе 1-4мг кальцитриол 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:

Аntenатальды: 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 (500х5). 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-500х5.

2. Видеин немесе видеин – 3 таблеткалы, суға тез ериді. Бұл витамин Д2 немесе Д3+ белде. Таблетка, драже түрінде 500,1000,5000,10000х5- 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 қауіпті демнің тоқтауы мүмкін, жүрек еттерінің спазм, жынысын үстем алмау).

Экламиссия клонико-тоникалық тартылыстар.

Латентті 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.

Магnezий 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 айнымайды. 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 дамиды 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 карағанда 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 (I 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 диагнозға 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 босаңдануы 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 0,05х3 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 жоғаырақ 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 послнатальдық 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 а) техникалық құралдар:

компьютерлер, мультимедиялық құрылғы.

<https://www.youtube.com/watch?v=Ls1R8WjOX9g>

<https://www.youtube.com/watch?v=oFO3EatRv2k>

<https://www.youtube.com/watch?v=0hh8Zh38wxM>

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

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

- 3.Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. – 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (К)

- 1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
- 2.Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. -Алматы: БАУР, 2008.
- 3.Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

6 Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1. Дәрумендер алмасуы, әсіресе калций-фосфор алмасуы.
2. Д дәруменінің ағзадағы маңыздылығы.
3. Рахиттің клиникалық көрінісі, этиологиясы, патогенезі.
4. Рахит ағымының түрлері.

1.Тақырыбы: Темір тапшылықты анемия. Шала туылған нәрестенің анемиясы. Витамин-ақуыз тапшылықты анемиялар.

Диареялар. (ішөтпе)

2. Сабақтың мақсаты:

оқыту: оқушыларға темір тапшылықты анемия, шала туылған нәрестенің анемиясы, витамин-ақуыз тапшылықты анемияларды, балалардағы іш өтумен өтетін ауруларды таныстыру, олардың күтімі, емін оқып үйрету.

тәрбиелік: саламатты өмір салтын қалыптастыру.

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

3.Дәріс тезісі

Темір тапшылықты анемия.

ТГА-ға қауіпті тобы: жылдам өсуші балалар, экссудативті-катаральды диатезі бар, тамаққа аллергиясы бар, созылмалы қан жоғалту. Егер анемия тромбоцитопения салдарынан болатын геморрагиялық көріністермен (бөртпе,

көгеру, мұрыннан қан кету т.б.) өтсе, онда фолий тапшылықты немесе апластикалық анемияға күмәндану керек. Анамнезді мұқият жинау бірқатар туа пайда болған және тұқым қуалайтын анемияларды анықтауға үлесін тигізеді. Науқастың туысқандарында Нв деңгейінің төмендеуімен қатар, сарғаю және спленомегалия анықталса, гемолитикалық анемия мен гемоглобинопатияға күмәндану керек. Науқасты қарау кезінде ең алғаш баланың сыртқы пішініне, мінезіне сондай-ақ терлегіштік, ұйқышылдық, АҚ төмендеуіне, пульс жиілігіне көңіл аудару керек. Егер гемоглобин деңгейі біртіндеп төмендей бастап, ұзаққа созылатын болса, онда баланың жағдайы ұзақ уақытқа дейін қанағаттанарлық болып, гипоксияға бейімделе түседі. Тері беткейін қарағанда ең алдан оның түсіне көңіл аудару қажет (бозғылттық, сарғаю т.б.).

ТТА-ға тері беткейі мен кілегей қабатының бозғылттануынан басқа терінің құрғауы, қабыршақтануы, ихтиоз, қасық тәрізді тырнақ, сынғыштық, тырнақтың, шаштың түсуі, анулярлы стоматит, тілдің қызарып, емізікшелердің тегістелуі тән. Балалардың физикалық даму кешеуілдейді. В₁₂-тапшылықты, фолий тапшылықты анемияларда тромбоцит санының төмендеуінен теріде геморрагиялық бөртпелер немесе кілегей қабаттарынан қан кетулер (мұрыннан, ішектен) кездеседі. Нейтропения салдарынан температуралық реакциялар мен инфекциялық асқынулар, жиі тіс кариесі кездеседі. Мұрынжұтқыншақта созылмалы ошақ инфекциялары (синусит, тонзиллит); жүрек жағынан функциональді систолалық шу, асқазан-ішек трактісі жағынан – тәбеттің төмендеуі, тамақ ішкеннен кейін. Гемолитикалық анемияларда спленомегалия бастапқы симптом болып табылады, оған өт-тас ауруы тән.

ТТа-да ОНЖ жағынан көңіл-күйдің төмендеуі, баланың эмоциональді сферасының кедейленуі байқалады. Балалар тітіркенгіш, көңіл-күйі тез өзгергіш келеді, қоршаған ортаға қызығушылығы жоғалады. Мұндай балалар кеш жүреді, кеш сөйлейді, қабілеті мен үлгерімі төмендейді. Олар тез шаршайды, азғана материалды оқығанда тез көңілі бөліне береді. В₁₂ – тапшылықты анемияда – атаксия, парестезия, рефлексстердің төмендеуі, елестеу, сандырақтау байқалады.

Анемияның диагностикасы.____ ТТа-ң анамнезде және клиникалық көріністерінде ерекшеліктері болады: Нв 110-120 г/л-ден төмендеуі, түстік көрсеткіштің 0,85-тен төмен болуы, ретикулоцитоз 17-20%, микроцитоз, сарысулық темірдің 17-24 ммоль/л төмен болуы тән.

Фолий қышқылының жетіспеушілік және витамин В₁₂ жетіспеушілік анемияда клиникалық ерекшеліктерінен басқа гиперхромды немесе нормохромды анемия (түстік көрсеткіш 1,0 жоғары), макроцитоз, тромбоцитопения, нейтропения болады.

Витаминаптапшылық анемиялар. Этиологиясы. Балаларда сирек кездесетін бұл ауруға бейімдейтіндер — жасанды қоректендіру, ұзақ біржақты қоректену (тек сүт), вегетериандық тамақтану (құрамында мал белоктары жоқ), баланың жиі ауруы, рахит, гипотрофия, ішек паразиті, кейбір дәрілер (сіреспеге қарсы,

метотрексат т. б.). Зат алмасуының түрлері бір-бірімен өте тығыз байланысты болғанымен де әрқашан аурудың түпкі негізін анықтау абзал. Кейбір кезде асқазан жүйесінде дұрыс қорытылу бұзылуы мүмкін (целиакия, спру, энтеропатиядағы белоктар "шығыны", жаралы колит т. б.), оларда осы анемия себебі.

Патогенезі. Витаминдер тапшылығы (В₁, В₂, В₆, РР, С) белоктар алмасуына әсерін тигізіп, метаболизм бұзылысына әкеледі. Қан түзілу бойында В₂ витамині мен фолий қышқылының алатын орны "ерекше". Бұлардың тапшылығы фолаттар алмасуын, амин-қышқылдары мен ДНК түзілісін бұзады, сүйек миындағы қан клеткаларының жетілуін тежеп, мегалобластық өсу түріне икемдейді. Осы негізде клеткалар Нв-ді ерте қабылдап, ерте жетіледі, сүйтіп қанға тұрқы үлкен, қабілеті төмен, "өмірі" қысқарған мегалоциттер (макроциттер) шығады. Бұлардың көпшілігі мегалобласт күйінде сүйек миында-ақ бұзылады. Бұл жағдай басқа да қан бөлшектеріне бірдей болғандықтан панцитопения пайда болады.

Клиникалық көрінісі. Көрнекті түрінде бұл ауруға 3 жүйелі синдром тән: 1) асқазандық; 2) макроцитті мегалобластық анемия; 3) нервтік (фуникулярлық миелоз негізінде — диагноздық және болжамдық мәні зор). Көбінесе аурулардың шағымы: енжарлық, тәбетінің төмендеуі, үлкен балаларда — терінің сарғылт-қуқыл тартуы, парестезия, глоссит, стоматит, асқазан-ішек бұзылысы, жүрек-қан айналысындағы өзгерістер, бауырдың шамалы үлкеюі. Гемолиз әсерінен дене қызуы шамалы көтерілуі мүмкін. Қанның жалпы сынағында түрлі дәрежедегі анемия анықталады, көбіне гипер- не нормохромдық (Рс тапшылығы аралас кезінде), макроцитарлық, гиперрегенераторлық. Анизо-пойкилоцитоз, мегалобластоз, шизоцитоз, эритроциттерде Жолли дене қалдығы, Кебот жүзікшесі, өзгерген нейтрофилдер мен метамиелоциттер табылады. Қосалқы гемолиз жиі анықталады (өнімсіз эритропоэз салдары). Сүйек миын зерттеу мегалобластық қан түзілісін (эмбриондық) анықтайды.

Диагнозы мен салыстырмалы диагнозы. Диагноз қоюда мына өзгерістер көмектеседі: қуқыл-сарғылт түр, бұған қосымша парестезия, глоссит, стоматит, түс көрсеткіші 1,0 не одан жоғары, жалпы қан сынағында норма (немесе) гиперхромды мегалоциттер мен мега-лобластар, айқын анизоцитоз, макроцитарлы, ядросы қанық боялған үлкен нейтрофильдер, ауыр түрдегі анемия, панцитопения; сүйек миын зерттегенде мегалобластық қан түзілісі.

Витаминтапшылық анемияларды отбасылық мегалобластық Иммерслунд (эссенциалдық эпителиопатия) анемиясынан ажырату керек. Бұл кесел клиникалық және қан көріністері бойынша В₁₂ витаминтапшылығынан айнымайды. Сәби кезде басталады, бірақ көрінісі есейгенде айқындалуы мүмкін. Бұл аурудың негізінде гендік, ферменттік жетіспеушілік арқасында В₁₂ витаминінің сіңуі бұзылған деп есептеледі. В₁₃ — витаминтапшылық анемиясынан айырмашылықтары: негізі — отбасылық, қосалқы протеинурия, бірақ асқазан жүйесінің жұмысы қалыпта (ішкі Касл факторы түзілісі қалыпта).

Емі. Режим мен диета негізі бұрын қарастырғандай. Бұған қоса патогенетикалық емге В₁₂ витамині мен фолий қышқылының дәрілері қосылады. Егер фолаттар жетімсіздігі басым болса, оны тәулігіне 10—30 мг-нан 50 мг-ға дейін 2—3 апта бойына және В₁₂ витаминінің аз мөлшерін (тәулігіне 5—15 мкг) етке, аскорбин қышқылын (тәулігіне 200 мг) ішуге береді. В₁₂ витаминінің тапшылығы үстем жағдайда (көбіне жоғары жастағы балаларда) оны тәулігіне 100-200 мкг етке 7—10 күн бойы ретикулоциттер кризі болғанша созып, сонан соң мөлшерін 500—100 мкг-нан күнара гемолитикалық ремиссияға жеткенше (сүйек миын зерттеу бойында) фолий қышқылымен (тәулігіне 20—30 мг, 2—3 апта) қоса жалғастырады. Нерв жүйесі синдромдары көрінген кезінде В₁₂ — витамині етке тәулігіне 1 г мөлшерінде кемінде 2 апта берілуі тиіс.

Алдын алу. Бала тағамын жүйелі ойластыру; В₁₂ витамині мен фолий қышқылының ішкі түзілуі мен сіңуіне кері әсер ететін жағдайларды болдырмау; осы витаминдердің шығынын көбейтетін ауруларды емдеу.

Болжамы. Диагнозы кезінде қойылып, дұрыс емделген жағдайда бала жазылып кетеді, кейде қайталауы мүмкін.

Белоктапшылық анемиялар. Белок тапшылығының себептері ашығу, не біржақты көмірсулы тамақтану: бұл жағдайларда глобин және белоктың тасымал қызметін атқаратын қосындылардың түзілісі азаяды, эритропоэтин түзілісі мен эритропоэз кемиді, гормондар мен ферменттер (тіндік және аскорыту жүйесінде) азаяды. Бұның салдары қорытылу мен сіңірілу бұзылысына соқтырады; белок, темір, мыс және басқа микроэлементтер, В₁₂ витамині мен фолий қышқылы да бұл жағдайдан тыс қалмайды. Сонымен, белоктапшылық анемия әрқашан пандефицитті болып, түрлі қан түзілісіне қатысы бар заттардың жетіспеушілігімен қатар жүреді.

Клиникалық көрінісі. Белоктапшылығы анемиясына көрнекті бұзылыстар, полигиповитаминоз белгілері, пигмент алмасуының бүлінулері тән. Блефарит, тері мен шаш түсінің өзгерісі, олардың сынғыштығы, тіндер ісінуі осылардың белгісі. Көбінесе тәбет жоғалу, құсу, іш өту, бауырдың катаюы мен үлкеюі байқалады. Қаның жалпы сынағында, әдетте, ауыр дәрежедегі анемия анықталады: көбінесе нормохромды, норморегенераторлы, нормоцитарлы болумен қатар, анизо-пойкилоцитоз сипат алады. Эритроциттердің өмірі екі есе қысқарады (гемолиз белгісі жоқ). Қандағы жалпы белок мөлшері азайып, айқын диспротеинемия болады. Белоктапшылық анемияның көрнекті мысалына квашиоркор ауруындағы анемия жатады (өте ыстық жерлерде тұратын 1—4 жастағы балалар арасында кездеседі).

Диагнозы. Диагноз қоюға анық трофикалық және пигмент бұзылысы, тіндердің ісінуі, белок мөлшерінің қанда азаюы (60 г/л-ден төмен), диспротеинемия (альбуминдер— 35—40%), нормоцитарлық, норморегенераторлық, нормохромдық анемиямен қатар, айқын анизо-пойкилоцитоз және эритроциттер өмірінің қысқаруы негіз болады.

Емі. Белоктапшылық анемияны көп бұзылыстарымен қабат, схема (дистрофияны қараңыз) бойынша емдейді. Бұған витаминдер мен темір дәрілерін қосады.

Болжамы. Уақытында диагнозы қойылып, дұрыс емделген жағдайда науқас айығып кетеді. Ауыр түрлері (квашиноркор) емделмеген күнде (30%-ке дейін) өлімге әкеледі.

Тітіркенген ішек синдромы және басқа да ішектің функционалды бұзылыстары (диареямен, диареясыз, функционалды диарея, іш кату).

Этиология және патогенезіне байланысты инвазивті (шигеллез, сальманеллез, кампилобактериоз, эширихиоз), секреторлық (ротавирусты инфекция және т. б) және созылмалы диареялар (целиакия, эксудативті энтеропатия, лактозаның, сахарозаның, изомальтозаның жетіспеушілігі, муковисцедоз, тағамдық аллергия, дисбактериоз және т.б.) түрлерін ажыратады.

Инвазивті ішек инфекциялары кезінде қоздырғыштар эпителиоциттер арқылы, ащ және тоқ ішектің шырышты қабатын қабынумен зақымдап, ішке енеді.

Секреторлық диарея ащ ішектің эпителилік функционалды бұзылыстарымен сипатталып, көп мөлшерде сұйық нәжістің бұзылуы мен және сусыздану мен сипатталады.

Секреторлы диарея емдеудің негізгі қағидалары:

- 1.Рациональді диетотерапия
- 2.Переорольді регидратация
- 3.Энтеросорбентті терапия.

Сондай-ақ этапқа қосымша ферменттік терапия (креон және т.б.), антисекреторлық (имодум, индолятация), қосады.

Антибактериальді терапияны қолдану эффективті емес.

Целиакия – бұл тұрақты стеаториямен, дене массасын жоғалтумен, көптеген дефицитті күймен, ащ ішектің шырышты қабатының екіншілік зақымдануы, глютенсіз (глиацин) диетаны эффективтімен сипатталатын ауру.

Эксудативті энтеропатия – плазмалық белоктардың асқорыту жолдары арқылы жоғалтумен сипатталатын ауру. Бұл жағдай белоктық дефектке және басқа да метаболиттік бұзылыстарға әкеп соқтырады

Лактозаның жетіспеушілігі – лактозаның дефициті кезінде туындайтын диарея, қортылмаған лактоза ащ және тоқ ішектің дистальды бөліміне барып, онда бактериальді ферментацияға түсіп сутегі органикалық қышқылдарының (уксус және т.б.) түзілуіне әкеледі. Осының әсерінен ішек қуысының гемотогенді қысымы жоғарлайды, яғни қан плазмаснан қысымы жоғары, ол өз кезегінде абсорбцияның төмендеуіне және құсудың жоғарлауына әкеледі. Ауру негізі құсу, іш өтумен, іш аурумен, баланы сүтпен тамақтандырғанан кейін іштің кебуімен сипатталады. Нәжісі сулы, көпіршіктенген, уксус иісіне ұқсас болады.

Муковисцидоз – физикалық дамудан қалу тамақтанудың бұзылысы, ерекше тәбет кезінде, капрограммада нейтральды май мөлшерінің көбеюі, тік ішектің

тусуі, бұрындары меконияльді өткізбеушілік болған, терде хлоридтің жоғарлауы, 60 мкм/л жоғары, қазіргі кезде ДНҚ – диагностикасын қолданады.

Муковисцидоз – жиі моногенді ауру, гендік мутациямен шартталған (трнсмембрандық регуляторлық белок), патогенезінде эндокринді бездердің жүйелі зақымдану, өмірге қажетті мүшелердің және жүйелердің, ағымымен және болжамы жатады.

Созылмалы диареалардың диагностикасының алгоритмі

Анамнезі, физикалді зерттеу, ректромагностия, рентгенологиялық зерттеу, капрограммалар және нәжістік массаларды бактериологиялық зерттеу нәтижесінде диагноз қойылмаған.

Іш қату – бұл жүйелі түрде ішекті сирек немесе тіптен босатудың жетіспеушілігі кезінде болатын жағдай. Іш қату кезіндегі практикалық жұмыс шудың 48 сағаттан көп тұрақтануы, баланың өзін - өзі ұстауының өзгерісін спазмдарының тұрақтануын санауға болады. Іш қату барысында сирек сондай-ақ, қатты, нәжісі аз сипатта болады. Іш қатудың объективті критерийі шу массасы 35г/күніне болып есептеледі. 95 -98 % ерте жас балаларда, іш функциональды сипатқа ие болады.

Іш қату классификациясы.

I) Ұзақтығы бойынша: жедел, созылмалы.

II) Этиологиялық және патогенетикалық сипаты бойынша:

12.Алиментарлы

13.Неврогенді

- дискенетикалық

- рефлекторлық

- калыпты (дефикацияға шақырудың төмендеуіне байланысты)

14.Гиподинамикалық

15.Іш қабыну аурулары әсерінен іш қату

16.Проктогенді

17.Механикалық

18.Тоқ ішек дамуының ақаулықтары әсерінен іш қату

19.Токсикалық

20.Медикаментозды

21.Эндокринді

22.Су – электролиттік алмасу бұзылыстары кезіндегі іш қату

III) Ішектің қозғату бұзылыстары сипаты бойынша:

2. Гипермоториканың басым болуы (гиперкинетикалық)

Гипомоториканың басым болуы (гипокинетикалық)

4. Иллюстративті материал а) техникалық құралдар:

компьютерлер, мультимедиялық құрылғы.

https://www.youtube.com/watch?v=1PV_cNEIY_Y

<https://www.youtube.com/watch?v=My9jFFi->

б) оқыту орны: қашықтан

5. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (К)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

6 Бақылау сұрақтары (Feedback кері байланысы).

1. Темір тапшылықты анемияның себебі, профилактикасы емі

1. Сабақтың тақырыбы: Жіті ринит, баспа, жіті стенозды ларингит, бронхит, бронхиолиттер. Жіті пневмония..

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға тыныс алу жүйесі ауруларын оқып, үйрету
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу.

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=P6cHLlp5qpw>
<https://www.youtube.com/watch?v=C09Dazf8g2E>
<https://www.youtube.com/watch?v=OioBCJ-mmF4>
https://www.youtube.com/watch?v=Rszy72_WTpI
<https://www.youtube.com/watch?v=Bkf7q8GUSrg>
https://www.youtube.com/watch?v=zww0kff0v_o
<https://www.youtube.com/watch?v=Q3lqvdtvrTE>
https://www.youtube.com/watch?v=ZzySkju_t7M

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

Ринит. Мұрын қуысының қабынуы (ринит) көбінесе ринофарингит (мұрын қуысының және жұтқыншақтың қабынуы) түрінде өтеді, өйткені қоздырғыш мұрын қуысының жұтқыншаққа тез тарап қабындырады. Белгілері: баланың мұрны бітеп, дем алуы және емуі қиындайды, кейіннен іріңді шырыш ағады, түшкіреді. Фарингит белгілері қосылғанда тамағы жыбырлап, құрғап, жөтел пайда болады, тамағы қырнап, ашып ауырады. Дене қызуы нормада немесе субфебрильді.

Асқынулары - инфекцияның ары қарай тарап, көмей, кеңірдек, бронх, өкпе қабынуларына әкеп соғуы .

Жіті ларинготрахеит, ларингит. Жіті ларингит көмейдің , ларинготрахеит көмеі және кеңірдектің Жіті қабынуы . Ауру Жіті басталады, дене қызуы көтеріледі, дыбыс қарлығып , өзгеріп шығады, қарлығынқы, құрғақ "иттің үргеніне "ұқсас жөтел пайда болады. Экссудативті диатезі бар балаларда дыбыс желбезектерімен қатар, қабыну желбезектердің астындағы жұмсақ ұлпаға тарап, дыбыс саңылаулауы қатты тарылады да "жалған круп" деп аталатын асқыну пайда болады. Круп 4 дәрежеде өтеді:

1-ші дәреже- жеңіл түрі

2-ші дәреже ауыр түрі

3-ші дәреже ауыр түрі

4- ші дәреже өте ауыр түрі

Круптың белгілері Жіті тыныс тапшылығы белгілерімен сипатталады: көгеру, қабырға аралық бұлшық еттерінің ішке тартылуы, тахипноэ, тахикардия анықталады. 3-4 дәрежелерінде асфиксия басталса, брадикардия одан кейін жүрек мүлде тоқтап, Жіті көмек көрсетілмесе бала өліп кетеді.

Баспалар. Баспа бұл таңдай (бадамша) бездерінің Жіті қабыну белгілерімен, интокмикация белгілерімен сипатталатын ауру.

Қоздырғыштар стафилококтар, стрептококтар. Баспалар 1 жасқа дейінгі баларда сирек кездеседі, өйткені оларда таңдай бездері жақсы жетіліп, дамымаған. Баспалардың клиникалық түрлері көп, балаларда соның ішінде негізінен 3 түрі байқалады: катаральды , фолликулярлы және лакунарлы баспалар.

Катаральды баспаларда таңдай бездері, кішкентай тілшік, тіошік имектері, жұтқыншақтың артқы қабырғасы қызарып, ісінеді. Бала тамақ ішкенде, жұтынғанда тамағы ауырады, дене қызуы көтеріледі, ұйқысы бұзылады.

Фолликулярлы баспаларда – аталған белгілермен қатар бездердің фолликулярлында ірің пайда болады, ол тексеріп қарағанда бездердің үстінде нукте тәрізді көрініп тұрады. Қабыну процессі бездің тканін түгел қамтиды, сондықтан осы баспалардың ішінде ең ауыр түрінде өтеді. олады, ол тексеріп қарағанда бездердің үстінде нукте тәрізді көрініп тұрады.

Қабыну процесі бездің тканін түгел қамтиды, сондықтан осы баспалардың ішінде ең ауыр түрінде өтеді.

Лакунарлы баспаларда бездері ісініп, қызарады, без қатпаларында (лакуналарда) ірің жиналады, қарап көргенде көзге байқалмауы да мүмкін, ал безді шпательмен басып көргенде қатпаларындағы ірің шығады. Іріңді баспаларда катаральды баспаға қарағанда баланың жалпы жағдайы ауырырақ болады: жоғары температура 38,5-40⁰С дейін, тамағы жұтындырмай ауырады. Суды да жұта алмайды, мойын сыртындағы лимфа бездері мен жақ асты бездері де ісініп ауырады, бүкіл денесі дел-сал болып, ұйқысы бұзылады, еріндері кезеріп, көп шөлдейді.

Жіті бронхит-бронхтар шырышының қабынуы, көбінесе түрлі этиологиялы--ЖРВИ, бактериалдық, паразитарлық, саңырауқұлақтық, аралас.

Этиологиясы. Жас сәбилерде ЖРВИ-ның Жіті ағымды бронхитке шақыратындар: РС-вирусы, парагрипптің I-II түрі, цитомегаловирус, риновирустар, грипп, аденовирустар, қызылша, микоплазма. Икемдеуші факторларға: салқындық, ыссылық, лас ауа, темекі түтіні жатады.

Патогенезі. Вирустар тыныс жолдарында тропизм негізінде көбейіп, оларды зақымдайды, бронх қабатының кедергілік (барьерлік) қасиетін төмендетеді, бактериалдық қабыну құбылысына жайлы жағдай жасайды.

Клиникалық көрінісі. Жіті бронхит көрінісінің алдында қызу көтеріліп, бас ауыру, шаршау, ринит, фарингит, бронхит, конъюнктивит белгілері байқалады. Жіті бронхиттің негізгі сипаты--жөтел, басында құрғақ, кейіннен аздап жұмсақ, ылғалды. Тыңдаған кезде құрғақ, кейін ылғалды, орта көпіршікті сырыл дем алу және дем шығаруда естіледі. Сырыл шашыранды, симметриялы, жөтел соңынан азаяды немесе жоғалады. Перкуссияда таза өкпе дыбысы, қораптық сарында естіледі. Жіті бронхитте тыныс тапшылығы болмайды. Рентгенде: өкпенің симметриялық, түбір төңірегі мен оның төменгі ішкері жағының қоюланғаны байқалады.

Ағымы толқынды болады, оның соңына жөтел жұмсарып, ылғалды бола бастайды, дене қызуы түседі.

Жіті бронхиттің диагнозын белгілі сипаттарына сүйеніп қояды. Көбінесе ол ЖРВИ көрінісі болады. Жалпы қан сынағында: лейкопения немесе лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылауы байқалады.

Ажырату диагнозын пневмониямен жүргізеді. Әрбір күдікті жағдайда өкпені рентгенмен қарау керек.

Емі. Төсек режимі, қызу бар кезі мен ол түскен соң 2-3 күнге сақталуы тиіс. Диета-сүт-өсімдік тағамдары. Тамақ витаминдерге бай, жұғымды болуы тиіс, қызу бар кезде сұйық жеткілікті болғаны жөн: итмұрын тұнбасы, лимон қосылған шай, арасандар.

ЖРВИ-ның арнайы емі интерферон мен гриппке қарсы иммуноглобулин аурудың алғашқы 2 күнінде тиімді.

Қызу көтерілуін төмендету үшін панадол, парацетамол беріледі, суық қолданылады--тең мөлшерлі су, арақ, сірке суы қосындысымен денесін сүртеді.

Қан айналысының орталықтануы сипаты байқалса (терінің қуқылдығы, мрамор тектес түсі, аяқ-қол суықтығы), бұлшық етке анальгин (1мг/кг), пипольфен (0,25 мг/кг), дроперидолмен (0,25 мг/кг), немесе никотин қышқылымен (0,6 мг/кг), дибазолмен қосып жіберу керек.

Қақырық түсіруді жақсарту үшін пастуралдық дренаж жасалады.

Құрғақ жөтелге амбросан, амбробене, алтей тұнбасы, мукалтин, бромгексин, пертуссин, мүсәтір-анис тамшылары, маза кетіретін жөтелге либексин беріледі.

Қақырық тастататындар бронхикум, бромгексин, бисолван, амбраксол, бронхосан дәрілері тағайындалады.

Жіті ағымды бронхиолит--бронхиолдардың және кіші бронхтардың жалпылама обструктивтік өзгерісі, көбінесе алғашқы 1-2 жастағы балалар ауырады (5-6 айлық сәбилерде өте жиі кездеседі).

Этиологиясы. Жіті ағымды бронхиолит--вирустық ауру, көбінесе ол РС-вирусына байланысты, сирегірек парагрипп, цитомегаловирус, аденовирустар, микоплазма, хламидий шақырады. Икемдеуші жағдайларға: ЭКД, паратрофия, жасанды тамақтандыру жатады.

Патогенезі. Обструкция негізінде бронх және бронхиолдар қабырғасының ісінуі, эпителий бүршіктерінің өсуі мен саңылауда шырыш және өлі клеткалардың жиналуы жатады.

Клиникалық көрінісі. Көбінесе бронхиолит бастамасында ринит, назофарингит белгілері байқалады. Науқас бала халі кейде кенеттен, кейде біртіндеп нашарлап, енжарлық, тәбетсіздік шығады, жөтел басталады, тыныс тарылып, еңтігу пайда болады, тыныс алуға қосымша бұлшық еттер қатысады. Тыныс тапшылығы байқалады: өңі қуарады, мұрын айналасы, ерні көгереді немесе жалпы көгеру байқалады, тахикардия. Перкуссияда қораптық дыбыс шығады. Көкет төмен ығысып, бауыр мен көкбауыр үлкейеді. Жүрек дыбыстары көмескіленеді. Өкпені тыңдағанда көбінесе ұсақ көпіршікті және крепитациялы көп сырыл естіледі, ысқырық тектес құрғақ сырылдар болады. Үнемі еңтігу экзикозға әкеледі. Дене қызуы субфебрильді болады. Жалпы қан сынағында: лейкоциттер саны қалыпты, ЭТЖ жоғары, лейкоформулада өзгерістер болмайды. Рентген суретінде өкпе бетінің түссізденуі, көкеттің төмен тұруы, аздаған жерде өкпе тінінің тығыздануы байқалады.

Жіті бронхиолиттің ажырату диагнозын бронхопневмониямен жүргізеді.

Емі. Ең алдымен тыныс тапшылығын жоюға бағытталады. Тыныс тапшылығы дамыса баланы ауруханаға жатқызу керек. Ылғалданған оттегі, оттегілік орын тағайындалады. Бұл шаралар көмек бермесе, өкпені қосымша желдетеді—Мартин-Буйер қапшығында тыныс беру. Гиперкапния PCO_2 8-8,9 кПА-дан жоғары, тұрақты болса өкпені жасанды желдетуге көшіру керек. 2% натрий гидрокарбонаты, трипсин, гидрокортизонмен аэрозоль жасау пайдалы. Еңтігу нәтижесінде сұйықтық жоғалатындықтан--инфузиялық ем жүргізу керек. Жүректің оң қарынша жұмысының жетіспеушілігінде--диуретиктер, жүрек гликозидтері тағайындалады. Контрикал, метиндол оң әсер етеді.

Венаға эуфиллин жіберу (2,4% ертіндісін 0,3-0,4 мг/кг әр 4 сағат сайын) баланың халін жақсартады. Вирусқа қарсы Рибоварин тағайындалады.

Егер де бронхиолит 5-7 күнге созылып, жоғары лейкоцитоз, солға ығысқан нейтрофилез, ЭТЖ-30мм/с-тан жоғары болса, міндетті түрде антибиотик тағайындалады.

Бронхиолитпен ауырған балаларда бүйрек үсті безінің жетіспеушілігі, облитерациялаушы бронхиолит, тыныс тапшылығының III дәрежесі байқалса- онда глюкокортикоидтар беріледі.

Ауру беті бері қараған соң постуралдық дренаж бен вибрациялық массаж жасаған тиімді.

Пневмония—Жігі инфекциялық процесс, өкпе тінінің қабыну инфильтрациясы, альвеольдардың экссудатпен толуы, клиникасында инфекцияға организмнің жалпы реакциясы (қызыну, улану), жөтел, тыныс тапшылығы (ентігу, тынысқа көмек беретін еттер қатысы ж.б.), локальді физикалдық белгілер және рентгенограммада инфильтративті өзгерістермен сипатталатын ауру.

Пневмониямен аурушаңдық жиілігі 1 жасқа дейінгі 100 балаға 10-15, ал 3 жастан асқан 1000 балаға 5-6 аурудан келеді.

Этиологиясы. Балалардың басым көпшілігінде пневмониялар этиологиясы инфекциялық (микробтық, микоплазмалық). Қоздырғыштары: пневмококктер, гемофильді таяқшалар, стафилакокктер, коли флора, респираторлық вирустар, микоплазма, хламидий инфекциясы, саңырауқұлақтар, пневмоцисталар, цитомегаловирустар, РС, грипп, аденовирустар.

Ауыр пневмониялар, әдетте, аралас—бактерия-бактериалды, вирустық-бактериалды, вирустық-микоплазмалық т.б.

Сәбилерде пневмония өрбуіне бейімдеуші жағдайларға ауыр перинаталдық дерттер (құрсақішілік гипоксия, асфиксия, туу кезіндегі ми мен жұлын зақымдары, пневмопатиялар т.б.), аспирациялық синдром, гипотрофиялар, іштен болатын жүрек ақаулары, өкпенің даму ақаулары, тұқым қуалайтын иммундық кемістік, гиповитаминоздар жатады.

Мектеп жасындағы балаларды пневмонияға бейімдеуші жағдайларға созылмалы ЛОР аурулары, инфекция ошақтары, рецидивті бронхиттер, темекі шегу жатады.

Бронх демікпесі.

Бронх демікпесі – бронх өткізгіштігінің бұзылуына байланысты экспираторлық ендікпенің дүрсін-дүрсін ұстап тұратын созылмалы ауыр ауру. Ол баланың өте жас кезінде байқалауы мүмкін, бірақ мектеп жасына дейінгі балаларда ауру ерекше жиі кездеседі.

Клиникалық көрінісі. Тыныс демікпесінің ұстамасы алдында жоғарғы тыныс жолдарының қатаралдық құбылыстары: түшкіру, қайта-қайта тоқтаусыз жөтелу, кейде дененің аллергиялық бөртуі болады. Балада аурудың ұстауы сирек болса да жоғарыда сүреттелген құбылыстарсыз басталуы мүмкін. Кейде ауру ұстар алдында бала мазасызданада., тез шаршап, басы ауыратынын айтады. Тыныс демікпесі көбінесе түнде ұстай бастайды:

баланың тыныс алуы қиындап, шошынып күрт мазасыздық туғызады. Экспираторлық демікпе өрши түседі, цианоз пайда болады. Бала төсекте тыныс алу үшін қолайлы жағдайға көшуге тырысады – қолына сүйеніп, кеудесін көтеріп отырады. Тыныс алудың бұзылуына байланысты өкпенің эмфизематоздық керілуі туады. Кеуде қуысы керіліп, бошке сияқты формаға не болады.

Емдеу: аурудың клиникалық ерекшеліктерін, оның формаларын, ауырлығын, кезеңдерін, сондай-ақ баланың ерекшеліктерін ескере отырып жүргізіледі. Емдеу шараларының комплексі тағайындалады. Тыныс алу қиындауының жеңіл ұстамасы жағдайында балаға таза ауа берілуін қамтамасыз ету арқылы жағдайдың жақсаруына қол жеткізуге болады, кейде аяқ пен қол ваннасы пайдалы болуы мүмкін. Тыныш жағдай жасау қажет, өйткені ебігерлену мен дауыстап сөйлеу науқасты мазасыздандырып, аурудың устауын күшейте түсуі ықтимал. Баланы ойышықтармен, қызықты кітаппен суреттермен алдандыру, төсекте неғұрлым қолайлы жағдайда жатуына көмектесу керек. Валериан препараттарын бром беру арқылы тыныштандыруға болады.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

1. Постуралды дренаж қалай жүргізіледі?
2. Бронхитпен ауыратын балалардың күтімі қандай?
3. Ларингит кезінде қандай дәрігерге дейінгі көмек көрсетіледі?
4. Бронх демікпесі кезінде қандай дәрігерге дейінгі көмек көрсетіледі?

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)

Н-1, бөлім-1, 6-10 бет. Қ-1, бөлім-3, 4, 30-45 бет.

1. Сабақтың тақырыбы: Бронх демікпесі. Муковисцидоз. Балалардағы өкпе туберкулезі.

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

оқыту: оқушыларға балалардағы өкпе туберкулезі және муковисцидоз ауруларын оқытып, үйрету.

тәрбиелік: саламатты өмір салтын қалыптастыру.

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

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=oiuU7q12kHw>

https://www.youtube.com/watch?v=Ld_I6NLzVPM

<https://www.youtube.com/watch?v=tjhR3EBbdPM>

<https://www.youtube.com/watch?v=kHF8vxytQ1Q>

<https://www.youtube.com/watch?v=R5ORFEmHSNs>

<https://www.youtube.com/watch?v=8RtHwsQ0XgY>

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

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.

- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

Муковисцидоз - тұқым қуалайтын аутосомды-рецессивті, популяциядағы жиі Аурудың прогрессивті ағымы сонынан өлімге етікке соқтыруы бұл О.Ю. Потапованың (1994) мәліметі бойынша жиілігі 3860 нәрестеге 1 аурудан. Муковисцидоз генінің гетерозиготтық тасымалдаушылар жиілігі 5 %.

Патогенезі. 1989 ж. муковисцидоз гені ашылып, сосын құрамы анықталды: 27 экзоннан тұрып, 250 мың жұп нуклеотидтерді қамтитын, 7-хромосоманың ұзын иығының ортасында орналасқан. Ген мутациясының салдарынан белоктың құрамы мен қабілеті бұзылады (шартты түрдегі атауы - муковисцидоздың трансмембранды реттегіші); ұйқы безі, ішек, бронх-өкпе жүйесі, урогениталдық жолдың тысқа шығар өзектерін жабатын эпителиалдық клеткалары мембранасының апикалды бөлігінде орналасады; бұл клеткалар мен клеткааралық сұйық арасындағы электролиттік тасымалды (негізінен хлоридтік) реттейді. Соңғы зерттеулерге қарағанда муковисцидоз кезінде тек өткізгіштік емес, клеткаларда Cl ионының түзілісі де азаятын көрінеді.

Дертті белоктың клетка мембранасында хлор каналының белсенді ролін атқара алмауынан хлор иондары клетка ішінде қалады. Осының салдарынан шығарушы өзектер ішінде электр потенциалы өзгереді, бұдан клетка ішіне Na иондары көптеп енеді (насос ретінде) — перичеллюларлық су компоненттері көптеп “сіңіріледі” (Oeap T ei ai, 1993). Салдары — аталған тысқы секреция бездерінде секрет қоюланып, шығуы қиындайды — осыдан көп ағзаларда екіншілік өзгерістер туындайды, әсіресе ең көрнектісі — бронх-өкпе жүйесінде.

Соңғы аталған өзгерістер кесел сипатында басты орында, наукастардың 95 %-да бұл кесел ағымы мен болжамын анықтайды.

Әдетте, наукастарда алғашқы апталардан-ақ жөтел, тұншығу ұстамалары, кейде құсу байқалады, Жөтел көбіне түнде күшейеді. Бұл белгілер мукоцилиарлық тасымал бұзушысымен байланысты. Гиперсекреция мен аса тұтқыр қақырық қабаттасуы бронх клиренсі бұзылысынан мукоцилиарлық жетіспеушілікке әкеліп, кіші тыныс жолдарында қақырық іркілісі туындайды. Бронхтардағы қабыну үдерісінің адында аңқа, көмей, кенірдектің вирустық бұзылысы болуынан жылтылды эпителий клеткалары кирап, бактериалды флораға жол ашады. Дертті айналыс дамиды: обструкция — қабыну - қақырықтың аса мол секрециясы. Мукостаз бен созылмалы бронх инфекциясы қайталамалы респираторлық эпизодтар фонына айналады: бронхиолиттер, бронхиттер, пневмониялар.

Н.И.Капранов пен С.В. Рачинский бойынша, муковисцидозбен наукастарда жергілікті иммунитеттің гуморалдық жүйесі бұзылады, вирусқа қарсы иммунитет, интерферон түзілісі, макрофагтар саны мен оның қабілеті

(“ұйқыдағы макрофагтар”), лейкоциттердің фагоцитарлық қабілеті, әсіресе олардың микробиоцидтік әсері, төмен.

Қақырық пен бронх-альвеолярлық лаваж сұйығында интерлейкин-8 (басты көзі — альвеолярлық макрофагтар), комплементтің С5а компоненті мен лейкотриен В₄, басқа цитокиндер — ИЛ-1, ИЛ-6, TNF-а көп, бұлар муковисцидозбен науқастардың қабыну процесінде мәнді орында. Осымен қатар, ИЛ-10 кемістігі анық. Бронхтар бойында көп мөлшерде нейтрофилдер жиналып, қақырық тұтқырлығын арттырады.

Нейтрофильдік эластазанын орасан мөлшерінен антипротеазалар жұмысы тежеліп, тікелей және тұрақты бронх каркасының эпителийі мен құрам бөліктері қирайды, бұл мукоцилиарлық қабілетті онан әрі ушықтырып, бронхэктаздар калыптасуына икемдейді.

Муковисцидоз генімен кодталатын дертті белок тыныс жолдарында микробтар, әсіресе көк-ірің таяқшасы, адгезиясына қолайлы жағдай туғызады.

Клиникалық сипаты әрқилы, бұл баланың жасы, түрлі ағза мен жүйенің бұзылыс ауырлығы, кеселдің ұзақтығы мен асқынулары, ем тиімділігіне байланысты. Кеселдің негізгі формалары: Аралас, асқазан-ішек жолдары мен бронх-өкпе жүйесінің бұзылысы (75-80%).

Өкпелігі басым (15-20%). Ішектігі басым (5%). Кей авторлар бұған қоса, бауырлық (цирроз, порталдық гипертензия және асциттен), жеке электролиттік (Баррет псевдосиндромы); меконийлік бітеліс, атиптік түрлерін ажыратады.

Типтік түрі біртелеп басталуы сирек емес, обструктивті бронхит созылмалы түріне ауысады. Сирек, әдетте, сәбилерде жедел пневмониямен басталып, рецидивті ауыр ағым алады.

Муковисцидоздың бронх-өкпелік формасының алғашқы белгілеріне енжарлық, құрыл өң, дұрыс тәбетіне қарамай салмақ қоспау жатады. Кейде өмірінің алғашқы күнінен жөтел, бірте-бірте күшейіп, көкжөтелге ұқсайды. Жөтел цианозбен, ентігумен білінсе де, әдетте, апноэ болмайды.

Қақырық алдында ашық, бірте-бірте тұтқырлығы артып, шырышты-ірінді болады. Аурудың салдарынан өкпеде тез арада орны толмайтын өзгерістер дамиды.

Бронх-өкпелік процестің өршулері бронхоолиттік не (сирек) пневмониялық типпен жүруі мүмкін. Өршу ЖРВИ не микоплазмалық инфекцияда байқалады. Соңғы кезде инфекциялық агенттерден басымы - көк-ірің таяқшасы.

Пневмония ошақтары, эмфизема, ателектаз, пневмосклероз бөліктері муковисцидозға тән ала-құла клиникалық және рентгендік сипат береді.

Өкпелік процесс әрқашан екіжақты. Пневмонияның созылыңқы ағымы, абсцеске ауысуы сирек болмай, бронхоэктаздар дамуы ерте болады. Синуситтер муковисцидоздың барлық дерлік формасына тән. Жасөспірімдер мен үлкендерде мұрын полиптері жиі, олар операциядан соң қайта рецидив береді.

Бірте-бірте гипоксия күшейеді: тыныш кезде, ентігу, цианоз, тахикардия. Өкпелік жүрек, өкпелік және жүрек жетіспеушілігі белгілері дамиды. Қол-аяқ саусақтарының “барабан таяқшалары”, “сағат шынысы” тәрізді өзгерістері пайда болады. Бұл науқастар тобында физикалық дамудан қалу анық,

дистрофиялық өзгерістер айқын: тері құрғақтығы мен түлеуі, шаштың күлгін түсі мен сынғыштығы, тырнақ сынғыштығы мен көлденең жолақтары.

Алғашқы апталық сәбилердің көкжөтел тәрізді жөтелінде нәжісіне көңіл аудару жөн: әр мөлшері көп, аса сасық, тұтқыр, тәулік мөлшері калыптан 2-8 рет артық. Кеселдің бронх-өкпелік формасы баланы емшектен айырған соң үдей түседі (емшек сүті липазасынын, әсері тиылады).

Бір жастан асқан сәбилерде муковисцидоз целиакия синдромымен білініп, ағымы үдемелі болып, әдетте, ауыр дистрофия мен гиповитаминоздарға соқтырады. Бауыр өзгерістері, көп уақыт клиника бермегенімен, кеселдің ауырлығы мен ұзақтығына байланысты.

Өкпенің рентгендік суреті аса полиморфты. Сыртқы тыныс қаблеті науқастардын көбінде обструктивті және рестриктивті бұзылыстардың қабаттасуымен анықталады.

Рентгендік сипаты: өкпенің интерстициалдық тіні бұзылысы синдромы — дәнекер тін өсуінен өкпе суретінің күшеюі, ұялылығы; перибронхиалдық және периваскулярлық өзгерістер, өкпе түбірі көлеңкесінің кеңеюі;

бронх өткізгіштігі бұзылысы синдромы - өкпе тіні мөлдірлігінің артуы, кекеттін

төмен тұруы, кеуденің алды-артқы көлемінің кеңеюі, бөліктік және сегментарлық

ателектаздар;

альвеолалар толуы синдромы - өкпе суретінің үлкен “бал арасы ұясы” тәрізді деформациясы, қабырғасында жұқа қуыстар құрылуы.

Эндоскопия: бронхоскопияда катаралды не іріңді эндобронхит анықталады.

Бронх шайындысының цитоморфологиясы: нейтрофилдер басым. Флора-алтынды стафилококк, гемофильдік не кекірін, таяқшасы.

Диагноз қоюда созылмалы бронх-өкпелік процесс, типті ішектік синдром, сибстерде М. болуы және оң (+) терлік тест (хлоридтер мөлшері 60 ммоль/л не бұдан жоғары) қорытындысына сүйенеді. Терлік тестті кемінде 3 рет жүргізеді (пилокарпин электрофорезі — Гибсон мен Кук тәсілі, 1959).

Тер мөлшері кемі 100 мг болуы тиіс. Қазіргі кездегі аспаптармен (“Макродакт”, АҚШ; СМТ 10, Радиометр, Дания) 10-15 мг терден 30 минуттен соң электролиттер мөлшерін дәл анықтауға болады.

- Қанның қышқыл-сілтілік жағдайы, әдетте, респираторлық ацидоз басымдылығына саяды, бұны көрнекті альвеолярлық гиповентиляциямен түсіндіреді.

Молекулярлық диагнозы. Тікелей тәсілі. ДНҚ түзілісінде полимеразды тізбекті реакция (ПТР-ПЦР) көмегімен мутацияны анықтау (детекция). Егер мутация жайы белгілі болса, отбасында оның тасымалдаушыларын анықтауға болады. **Тікелей емес тәсіл** мутация бұған шейін белгілі болмаса да молекулярлық диагноз қоюға мүмкіндік береді.

Диагноз қойылу шарттары:

Созылмалы бронх-өкпелік процесс; айқын ішектік синдром, терде хлоридтер мөлшерінің артуы (хлоридтердің 60 ммоль/л, натрийдің, 70

ммоль/л-ден артық болуы) - муковисцидоздың абсолюттік дәлелі: Хлоридтердің концентрациясы 40-60 ммоль/л болса, динамикалық байқау және терлік сынақты бірнеше рет қайта жүргізу қажет. Бұл жағдайда ДНҚ-талдауы және жүргізілуі тиіс.

Осындай аралық жағдай бүйрекүсті бездері жетіспеушілігі, псевдоальдостеронизм, тұқым қуалайтын эктодермальдық дисплазия, гипотиреоз, гликогеноздың і-типі, бүйректік диабет, Мориак синдромы, фукозидоздар, мукополисахаридоздар, тұқым қуалайтын холестатикалық синдром, көрнекті гапотрофия мен панкреатитте байқалады. Бұл кеселмен науқастардың 1-2 %-да тер электролиттерінің көрсеткіштері қалыпты болуы мүмкін.

Жасөспірімдер мен үлкендерде диагноз тірегі: кей клиникалық көрініс не олардың қабаттасуы кезінде кайталап терде электролиттер деңгейін анықтау, мұрын полип (тері), ұзаққа созылған созылмалы гайморит, кайталамалы панкреатит, созылмалы бронхит, физикалық дамудан қалу, “түсініксіз” диспепсия, азоспермия, әйелдердің төмен фертильдігі, бауыр циррозы ж.б.

М-ға күдік тууына тиісті жағдайлар: меконий бітелісі, нәжістің ұзаққа созылған бұзылысы (тәбеті дұрыс кезде), тік ішектің “түсуі”, созылмалы панкреатит; созылыңқы пневмонияның ұстамалы жетел, ателектазбен байқалуы; созылмалы бронх-өкпелік аурулар, бауыр циррозы, жасөспірімдердің қант диабеті.

Емі. Мақсаты киын шығындармен байланысты: моральдық, физикалық және материалдық 1 жылға кететін 1 арудың шығыны 1500 долларға дейін.

Науқасқа 3 ай сайын 1 рет бақылау тексерісі жүргізілуі тиіс: антропометрия, сыртқы тыныс қаблеті; қан, зәр сынағы; копрограмма; қақырықты флораға, оның антибиотиктерге сезімталдығын тексеру;

Көрсеткіштеріне қарай жүргізілетіні: кеуде ағзаларының рентгенографиясы, жүрек, бауыр эхографиясы, иммундық статус, қан биохимиясы, Ем мақсаттары:

бронхтар тарамын тұтқыр ірінді қақырықтан тазарту;

тыныс жолдарының бактериалдық инфекциясымен күрес;

жақсы нутритивті статусты қолдау;

психоэмоционалдық бейімделу;

Муковисцидоз емінің, қағидаларын Халықаралық бірлестік қабылдаған (Халықаралық симпозиум, 1994 мен Келісім, 1995).

Ингаляция емі және физием: ингаляциялық дәрілер — 0,9 % №С1 ерітіндісі; 5 % ацетилцистеин кышқылы; холинолитиктер; ДНҚ-аза, Ы-агонистер; № кромгликаты (гиперреактивтілік пен аллергияда); ГКС (аллергия мен созылмалы обструкцияда), амилорид.

Алдын алу шаралары. Көкжөтелге қарсы егу. Тұрмыс жайына гипоаллергия. Пассивті темекі тартуды шектеу.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

1. Муковисцидоздың этиологиясы.

2. Патогенезі.

3. Муковисцидоз жиілігі.
4. Клиникалық көріністері.
5. Диагностикасы.
6. Емі.

11. Сабақты қорытындылау.

5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру.

5 мин (6%)

H-1, бөлім-1, 6-10 бет. Қ-1, бөлім-3, 4, 30-45 бет.

1. Сабақтың тақырыбы: Ревматологиялық қызба. Балалардағы миокардиттер.

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға жүрек қанайналым жүйесі бұзылыстары ауруларын оқып, үйрету

- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.

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

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=MY712OFGMaM>

<https://www.youtube.com/watch?v=s4ogiF-epc4>

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

<https://www.youtube.com/watch?v=i8PLPoyDSyI>

https://www.youtube.com/watch?v=nke7Sp_H-0g

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (H)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.

4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

6. Әдебиеттер:

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

Ревматизм - дәнекер тінінің, оның ішінде әсіресе жүрек-қан тамырлар және буындарды зақымдайтын инфекциялық аллергиялық ауру. Дерттің ерекшелігі – оның қайталап отыруы (рецидивтер) және үдей түсетіндігі. Дер кезінде, тиімді жолмен емделмесе, ауру жүрек қақпақшаларын зақымдайды, миокардты дистрофия және склероз қалдырып, бала жүрегінің жұмысымен бүкіл қан айналысының жетіспеушілігіне алып келеді.

Этиологиясы. Стрептококк микробының бойында 20-дан астам антиген, фермент және эндотоксин бар. Солардың ішінде ревматизмге соқтыратын әсері барлары стрептолизин-0, фибринолизин, гиалуронидаза, стрептодорназа, М-антиген, Т—протеиндер.

Перикардит ревматизмнің ауруының өршу дәрежесі жоғары болғанда орын алады. Көбінесе ол құрғақ перикардит түрінде өтіп, ұшы тұсында систола кезінде естілетін перикардтың үкеліс шуы сипатымен білінеді. Перикардит

кезінде үнемі баланың хал жағдайы нашарлап, интоксикация болады. Ревматизмнің ауыр түрінде эксудатты перикардит болуы мүмкін. Диагнозында аскультация, ЭКГ, ФКГ; ЭхоКГ көмегімен дәл қоюға болады. Аннулярлы эритема ревматикалық тері асты түйіндер, абдоминалдық синдром ауруыдың қатты басталған түріне тән, алайда соңғы жылдары бұл белгілер өте сирек кездесетін болды. Ревматизмнің жиі кездесетін түрі- кіші хорей. Ол нерв жүйесін, қыртыс астындағы түйіндерді, глиа тінін зақымдайды және қыртыстық энцефалит дамиды. 5-10 жастағы балаларда жиі кездеседі, алайда соңғы жылдары ересек балалар арасында көбірек байқалатын болды. Хорейаның негізгі морфологиялық көрсеткіштері- мидың стриопаллидарлық жүйесінің васкулитті және дистрофиялық өзгерістері. Ауырған баланың жүйке жүйесінің жұмысы бұзылады. Гиперкениздер көбінесе гемсория түрінде оң не сол жақ қол мен аяқтың керексіз шамадан артық қимылдары, қолына зат ұстай алмай, оларды кенет түсіріп алуы, аяғын сүйрете басуы, бет аузы жыбырлап, сөзінің анықтығы, жазуы бұзылады, артық қимылдар жасау және оның дәрдігінің кетуі байқалады. Бұлшық еттерінің әлсіздігі - гипотония шығады. Конъюнктивалық, сіңірлік, терінің кіндік тұсындағы рефлекстері төмендейді (гипорефлексия). Эмоциялық беріксіздік, селқостық, ұмытшақтықтық, шаршағыштық шығады. «Бос иық», Черни, Филатов, Гордан симптомдары, болмаса, олардың әлсіз баламалары табылады. Хорей 2-3 айға созыады, ем жасалмаса ұзақ уақытқа созылуы мүмкін, жүректің зақымдануы 20-30 % – да қатар жүреді. Ревматизмдік энцефалит, менингиттер сирек кездеседі. Кіші хорейаны көбінес амалсыз қимылдары бар невроз және церебралдық гипертензиялық синдромнан ажырату керек.

Ревмокардит қайталамалы (рецидивтері) жиі кездеседі және жүректе қалдыратын әсерімен көрінеді. Митралды қақпақшаның жетіспеушілігі – эндокардиттің қайталануы салдары – митралдары қақпақшаның ақауы, яғни мүкістігі. Гемодинамикалық тұрғыдан қарағанда қосжармалы қақпақшаның систола кезінде сол қарыншадағы аортаға кететін қанның біразын кері қарай, сол жүрекшеге қайта жіберіп қоюы. Қақпақшаның жарамсыздығы әуелгі уақытта жүректің артық жұмысымен компенсацияланып жүреді, бірақ жүрек күші азайғанда кіші қан айналыс шеңберіне өкпеге ауыртпалық көбейіп, жалпы қан айналыс бұзылады.

Клиникасы: Жүрек ұшында «үрленген» систолалық шу, I тон әлсіреуі, жүрек көлемі солға және жоғары қарай кеңейі. ЭКГ-да сол қарынша мен жүрекшенің гипертрофиясы. Рентгенде митралдық конфигурация – жүрек көлемінің толысқаны көрінеді. ЭхоКГ-да митралдық қақпақша тұсындағы қанның турбуленттік ағысы, қақпақшаның регургитациясы айқын болады.

Митралдық тарылу (стеноз). Ревматизмдегі эндокардиттің екінші салдары- сол жақ атриовентрикулярлық тесіктің тарылуы. Гемодинамикалық бұзылысы сол жүрекшеде қанның іркілуі сол-жүрекшедегі қанның қысымы жоғарылайды, жүрекше миокардында гипертрофия дамиды. Осыған байланысты өкпе веналары мен капиллярларында ретрогриттық іркіліс, веналық посткапиллярлық өкпе гипертензиясы шығады. Өкпе тамырларының

компенсациялық тарылуы (Китиев рефлексі) пайда болады, оның өзі өкпе артериясындағы қысымының жоғарылауына, одаң әрі жүректің оң жақ бөлігінің дилатациясына және жұмысының жетіспеушілігіне әкеледі. Осы жағдайда прекапиллярлық өкпе гипертензиясы пайда болады.

Аскультациялық белгілер: тарсылды бірінші тон, гүрсілдеген пресистолалық діріл. Ентігу, жүректің «тулап» соғуы, жөтел, кейінірек қан түкіру шығады. Қанайналыс бұзылысының II – III дәрежесінде өкпеде сырыл естіліп, бауырдың көлемі үлкейіп, ішке су жиналады. ЭКГ-да сол жүрекше миокардының гипертрофиясы байқалады. Рентгенде сол жүрекшенің үлкейгені, кейінірек - оң қарынша мен жүрекшенің үлкейгені, өкпе суретінің қан іркілісіне сай «қопалануы» көрінеді.

Қолқа қақпақшасының жетіспеушілігі. Гемодинамикалық бұзылыс қолқа қақпақшалары жабылмайтындықтан диастолия кезінде қанның сол қарыншаға кері қайтуымен сипатталады. Шет жақтағы тіндерде артериялық қан аз барады. Гипертрофиаланған миокардқа коронарлық тамырлар арқылы қан жетуі азаяды. Жүрек сол жаққа кеңейеді, оның ұшының серпілісі жайылып, жоғарылайды. ЭКГ-да сол қарынша гипертрофиясы, диастолада қолқа қақпақшасы жормаларының бір-бірінен айрылып кеткені, регургитация байқалады.

Қолқа сағасының тарылуы (қолқа стенозы). Көбінесе қолқа қақпақшаларының жетіспеушілігінен кейін қосылатын ревматикалық ақау. Гемодинамикалық тұрғыда систола кезінде қан қолқаға толық кете алмайды да сол қарынша миокардында гипертрофия орын алады, коронарлық қантамырларда қан әдеттегідей аз болады.

Клиникалық белгісі. Төстың сол жақ қырында қабырға аралығында естілетін үрлеген систолалық шу. Ауру балада жүрек тұсында ауырсыну, ентігу, бас ауруы, есінен айрылуы, жүректің соғуы ЭКГ-да сол қарынша гипертрофиясы, миокард ишемиясы, ФКГ-да систолалық шу рентгенде жүректің сол жаққа үлкейгені байқалады. ЭхоКГ-да қолқа қақпақшалары шармаларының бір-бірінен айрылуының азайғаны, олардың стенозға тән шабысып қалғаны қанның қолқа сағасында турбуленттік ағымы көрінеді.

Үшжармалы қақпақшаның жеткіліксіздігі. Перикуспидалдық қақпақшаның жетіспеушілігі ревматизмнің толассыз қайталайтын ағымында кездеседі және бұл көбінесе митралдық, қолқа қақпақшаларның ақауларынан соң пайда болады. Ревматизммен байланысы жоқ трикуспидалдық қақпақшаның жетіспеушілігі ревматизмнің толассыз қайталайтын ағымында кездеседі және ол көбінесе митралдық, қолқа қақпақшаларының ақауларынан соң пайда болады. Гемодинамикалық бұзылыс қанның оң жүрекшеге қайта баруымен байланысты, жоғары және төменгі қуыс веналарда қанның көп жиналуы және іркілуі байқалады. Осыған сай бауыр көлемінің үлкеюі, жүректің оң жақ бөлігіне ауыртпалықтың көп түсуі айқын көрінеді.

Клиника: Корвалло – Рибери систолалық шу естілуімен белгілі. Бұл шудың төс сүйектің төменгі тұсында немесе төс сабының үстінде, тынысты шығарғанда анық естілетін, оңға қарай тарайтын белгілері бар. Бауырдың

үлкеюі, асцит, аяқтағы ісіктік болуы ақаудың сатысына байланысты. ЭКГ-да оң жүрекшенің гипертрофиясы, ФКГ-да систолалық шу жазылады. ЭхоКГ-да үшжармалы қақпақшаның систола кезінде оң жүрекше жағына ығысуы, регургитация көрінеді.

Диагноз: Ревматизм диагнозын қоюда және басқа аурулардан ажырату тұрғысында Кисель-Джонс-Нестеров жасаған және оларды 1992жылы 4-ші қайта қаралған критерийлерін қолданған жөн. Олар негізгі немесе «үлкен» және «кіші» критерийлерге бөлінеді.

Емі: Ревматизм өршіген фазасында тек қана ауруханаға жатқызып емдейді. Емді сатылы түрде ауруханада, емханада, санаторийде, үнемі диспансерлік бақылаумен жүргізеді.

а) төсекте ем гимнастикасы, қимыл-қозғалыс режимдерін тағайындау.

б) дәрі-дәрмекпен емдеу

в) созылмалы инфекция ошақтарын емдеу.

Егерде жүрек қабынуы ауыр және ақауларға байланысты қан айналысының бұзылыстары болса төсек дағдысы шамамен 1,5-2 айға созылады. Режимді кеңейту бірте-бірте, жүрек жұмысына арналған функционалдық сынамалардың нәтижесіне сай жазылады. Арада 2-3 жеті өткен соң емдік дене тәрбиесі тағайындалады. Науқас баланың бос уақытында кітап оқу, сурет салу, ойнау, фильм көруімен қатар, оның таза ауада болуының да маңызы зор.

Медикаменттік ем үш бағытта жүргізілуге тиіс. Олар стрептококкқа қарсы, қабынуды және иммундық патологияны басуға бағыттылуы керек. Науқас баланы алғашқы 10-14 күн бойы пенициллинмен емдейді, оның мөлшері әр килограмм салмағына 20-50мың өлшемнен тағайындалады. Ем курсы біткенде, араға күн салмай, бициллин-5 тағайындайды, онында мөлшері әр кг-ға 25-40мың өлшем болу керек. Егер балада пенициллинге аллергия болса, онда эритромицин, ровамицин беріледі, ал бициллин тағайындауға болмайды. Негізгі медикаменттік ем ацетилсалицил қышқылы (аспирин) әр жасына 0,2-0,25 г есебінен күніне 3-4 рет бөлініп береді. Емдеу ұзақтығы орта есеппен 4-6 аптаға созады. Кей балаларда бұл дәрі асқазанға, қан ұюына жағымсыз әсер етеді. Индометацин, волтарен 0,025г күніне 4-3 рет осындай мөлшерде күніне 4-6 таблетка ортафен қолданылады, ем ұзақтығы 6-8 апта. Ацетилсалицил қышқылы болып саналады. Преднизолон өлшемі ревматизмнің белсенділік сатысына сай: әр кг-ға 1 дәрежесінде 0,5мг, 2-3 дәрежесінде 1-2мг есебінен тәулігіне 3-4 ретке бөлініп беріледі. Дәрінің әсері ойдағыдай болып, ауру белгілері азайғанда әр 5-7 күн сайын, преднизолон өлшемін 5мг-ға төмендетіп, емде бірте-бірте аяқтайды. Емдеу ұзақтығы орта есеппен 4-6 аптаға созылады. Ревматизмнің баяу өтетін түрінде, дәрілерден көмек болмағанда хиналин 5-10м/кг есебімен 3-6 айға қолданылады. Орта есеппен ревматизммен бірінші рет ауырған баланы ауруханада үйінде 45 күн 2-ші, 3-ші рет қайтамағанда 60 күн бойы емдейді.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

1. Ревматикалық қабынудың ерекшеліктері.
2. Ревматизмнің жіктелуі.

3. Ревматизмнің клиникалық көріністері.
4. Емдеу тактикасы.
5. Алдын-алу шаралары.
6. Туа біткен жүрек ақаулары.

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)

Н-1, бөлім-1, 6-10 бет. Қ-1, бөлім-3, 4, 30-45 бет.

1. Сабақтың тақырыбы: Жүректің туа біткен ақаулары.

2. Сағат саны: 2 сағ.90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

• **оқыту:** оқушыларға жүрек қанайналым жүйесі бұзылыстары ауруларын оқып, үйрету

• **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.

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

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=ZcyxmWSw1o8>

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1.Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2.Исаева , Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева , Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

3.Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.

4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
 2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
 3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
 4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).
- 7. Ұйымдастыру кезеңі: 3 мин (6%)**

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 7 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 19 мин (44%)

Жүректің туа біткен ақаулары.

Себептері: Бұған әртүрлі себеп бар. Біріншіден, әке-шешесінің денсаулығы әсер етуі мүмкін. Қазір кім денсаулығын тексеріп барып үйленеді дейсің? Негізінен, үйленерде ең бірінші осыны есепке алып барып, бір-ақ қосылу керек. Қандары бір-біріне сәйкес келе ме, жоқ па, денсаулықтары бар ма, жоқ па – осыны ескеру қажет. Қазіргі күні мұны ескеріп жатқан ешкім жоқ. Хромосомалық бұзылыстар, гендердің біреуінің мутациясы, сыртқы орта факторларының әсерлері (әке-шешесінің маскүнемдігі, қызамық вирусы, дәрі-дәрмектер, радиация т.б) диагноз қойғанда өкпеде қан айналысының жағдайына баға беру керек, осыған сай өкпедегі гипертензияның бар – жоғының мағынасы өте зор. Ендігу қан айналысының жеткіліксіздігі, гипотрафия, қайталай беретін пневмониялар сияқты белгілердің болуы өкпе гипертензиясына тән. Егер өкпедегі гипертензияны дер кезінде дәл анықтамасы және соған сай ем жасалмаса, кейін бала өміріне зор қауіп төнеді. Диагнозының клиникалық белгілеріне АҚҚ деңгейіне қарай және рентгендік, ЭКГ, эхоКГ, жалпы қан сынағы нәтижелерін пайдаланумен ақаудың анатомиялық вариантының 90% дәлдікпен анықтауға болады.

Клиникасы: әр түрлі болады, ақаудың анатомиялық ерекшеліктеріне, асқынуына байланысты жүрек жұмысының жетіспеушілігі, сәбидің табиғи дамуы бәсеңдейді. Жүрек шекарасы не оңға, не солға кеңеюі

мүмкін, саусақтары мен башпайлары домбығады, көгеру болады, сағат әйнегі тәріздес томпайады, ентігу болады. Аускультацияда өкпе артериясы тұсында II тонның тұрақты түрде бөлініп естілуі, орта дыбысты, онша қатты емес, төссүйектің сол жағында II-III қабырғалар арасында естілетін систолалық шу болады.

Іштен біткен кардиттер: жүректің қабынуы нәресте тумай жатып, болмаса туған бойда белгілі болса, диагнозды күмәнсіз, ал егер туған соң алғашқы айларда, басқа ауруға байланыссыз шықса немесе екіқабат кезінде анасы осы аурумен ауырған жағдайда, жорамалдап қоюға болады. Іштен біткен кардиттерді ерте, кешеуіл кардит деп бөледі. Ерте кардиттің морфо – логиалық белгісі - **фиброэластоз**. Оның рентгенде көлеңкесі дөңгелек тәріздес болып, ал эластофиброзда трапецияға ұқсас болып көрінеді. ЭхоКГ-да жүрек қуысының кеңеюі, миокардиттің жиырылу қасиетінің бұзылысы байқалады. Сәбидің өсуі, салмақ қосу төмендеп, емшек еме алмай, ентігу пайда болады. сонымен қатар б кардиомегалия, жүрек тұсындағы кеуде сүйектің алға бүкіреюі, тондардың солғындығы, сол қарынша жұмысының жетіспеушілігі білінеді.

Туа біткен ақаулардың төмендегі түрлері мейлінше жиі кездеседі.

- Роже (Толочинов - Роже) ауруы - қалташық аралығындағы перденің жабылмауы; оқшау күйінде де, өзге ауытқулармен араласып та кездеседі. Кемістік шамалы болған жағдайда науқастың жалпы жағдайы онша бұзыла қоймайды. Емізулі кезінде онша айқын көрінбейтін цианоз кейде қуқылданумен алмасып отырады, ересектеу жастағы балалар терісінің сырты қалыпты түсте болады. Жүрек шектері қалыпты немесе солға және оңға қарай аздап ұлғайған болады. Оған ұзаққа созылатын систолалық қатқыл шуыл тән, ол төстің ортасынан немесе одан солға таман, үшінші қабырға аралығынан бәрінен де жақсырақ естіледі. Кемістік үлкен болған жағдайда дағдылы шуылмен қоса балаларда күш түскенде алқыну, қатты шаршау, пневмонияға бейімдік пайда болады.
- Артериялық (*боталдық*) ашық өзек бала туғаннан кейін көп кешікпей-ақ аңғарылады. Нәрестенің құрсақ ішіндегі тіршілік кезеңінде артериялық өзек қолқаны өкпе сабағымен жалғастырып тұрады. Әдетте туғаннан кейін көп кешікпей артериялық өзек жабылады. Кейбір балаларда ол жабылмай, туа біткен жүрек ақауы пайда болады. Бұл ақауға төстің сол жағындағы екінші-үшінші қабырғалар арасынан естілетін «машинаның шуылы» сияқты систолалық және диастолалық шуыл, өкпе артериясы II -сарынының акценті тән; жүрек кемескілігінің шектері көбінесе солға қарай кеңейіп, көмескілену өңірі сол жақтағы екінші қабырға аралығында болады (гергардт көмескілігі).
- **Өкпе сабағының стенозы** оқшауланған ақау түрінде, сондай-ақ басқа кемістіктермен ұштасып та кездеседі. Клиникалық көріністері тарылу дәрежесіне байланысты болады. Алайда науқасты сырттай қарағанның өзінде де бұл ақауды аңғаруға болады: терісінің

сырты, көзге көрініп тұратын шырышты қабықтар қатты көгеріп тұрады, айқын алқынады, саусақтарының шеткі буындарының барабан таяқшасы түрінде дағдылы өзгеруі және жүрек тұсының көрінеу шығыңқы болуы («жүрек өркеші») байқалады.

- Оң жақ қалташықтың гипертрофиясы есебінен жүрек шегі көбінесе оңға қарай ұлғаяды, сол жақ қалташықтың ойысуына байланысты кейде оның шегінің сол жаққа қарай үлкейгені анықталады. Сол жақтағы екінші қабырға арасынан катқыл, қырылдаған систолалық шуыл естіледі, өкпе сабағы ІІ сарынының акценті болмайды. Бұл ақаудың ең ауыр көріністер ол қалташық аралығындағы перденің, кемістігімен ұштасып, сонымен бірге қолқа оңға қарай ойысқан және оң жақ қалташықтың гипертрофиясы (Фалло тетрадасы) жағдайында пайда болады.

Емдеу: емдеудің жалғыз жолы-операция. Перде ақауларын бітеуде эндоваскулярлық оккюзия кең орын алуда. Оған қоса, донордың жүрегін, болмаса жүрек-өкпесін бірге қосып жайластыра қондыру мүмкіншілігі де туды. жүрек жұмысы жеткіліксіздігі, өкпе гипертензасы ерте басталса, пневманиалар жілесе немесе гипоксия ұстамалары үдей түскен болса, ақауы бар балаға сәби кезінде – ақ тездетіп операция жасау керек.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 10 мин (22%)

1. Туа біткен жүрек ақаулары.
2. Іштен біткен кардиттер
3. Өкпе сабағының стенозы
4. Фалло тетрадасы

11. Сабақты қорытындылау. 3 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)

Н-1, бөлім-1, 6-10 бет. Қ-1, бөлім-3, 4, 30-45 бет.

1. Сабақтың тақырыбы: Гастриттер, гастродуодениттер. Асқазан мен ұлтабардың ойықжара аурулары. Өт шығару жолдарының дискинезиялары. Холециститтер. Гельминтоздар.

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға балалардағы гастриттер, гастродуоденит, асқазан мен ұлтабардың ойықжара аурулары, өт шығару жолдарының дискинезияларын, холецистит, гельминтоз ауруларын оқытып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу.

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=1-Sbw5xgag0&t=197s>

<https://www.youtube.com/watch?v=yMNV2oWZy->

[8https://www.youtube.com/watch?v=6AY7XoraTH0](https://www.youtube.com/watch?v=6AY7XoraTH0)

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

Жедел гастрит – қарынның кілегей қабығының жедел қабынуы, қатты тітіргенгіштердің аз уыақыт әсер етуінен пайда болған.

Этиологиясы – инфекция, химиялық заттар және дәрілер, тамақтық аллергендер және т.б.

Клиникасы – бала тынышсыз, тәбеті төмендейді, көңіл айныйды, эпигастрияда жайылмалы аурсынуы, кіндік айналасында, түйнемелі, ұстамалы аурсыну орта интенсивті. Қайталап асқазандағыларын қусады, кейде кілегей қанда болады. Құсқанан соң жеңілдейді. Кейінірек іші өтуі мүмкін. Іші кебіңкі, эпигастрия, кіндік маңында пальпацияда аурады.

Емі – балаға 2-3 стакан жылы су беріп құстырады. Егерде тамақтан уланған, болмаса химиялық заттардан болса, асқазанды таза су болғанша жуады. Сонан кейін, көптеп, бөлшектеп оралит, регидрон, минералды су ішкізеді, тамаған біртіндеп қосады, стол №1а. Ауырсынғанда спазмолитиктер, адсорбенттер (смекта) токсикоинфекцияда- антибиотиктер. Ауыр тағдайда инфузионды терапия жүргізеді.

Созылмалы гастрит, гастродуоденит – қарын және 12-елі ішектің кілегей қабығының созылмалы, қайталамалы, үдеуге бейім қабыну – дистрофиялық зақымданулары.

Сидней жүйсі (VIII-1990 жыл IX халықаралық гастроэнтерологтардың конгресі) бойынша жіктелуі.

1. Түрлері жедел, созылмалы және сирек түрлері (грануломатозды, эозинофилді).
2. Этиологиясы: Хеликобактер пилоримен ассоцированы, аутоиммунды, реактивті және идиотикалық.
3. Орналасуымен: антралды, фундалды және пангастрит.
4. Эндоскопиялық өзгерістері симптомасы: эритематозды (беткей) эрозивті, атрофиялық, геморрагиялық, гиперпластикалық.
5. Гистологиялық көріністермен: жеңіл, орта, ауыр қабыну, атрофия, ішектік метаплазия.

Клиникасы: ойық жара секілді, гастрит секілді жүреді.

Диагноз қоюда: анамнез, клиникалық тексерулер, эндоскопия, УЗИ іш қуысын, функционалды, рентген тексерулер жүргізеді.

Хеликобактердің диагностикасында:

I. Инвазивті (биопсияны қажет етеді).

1. Гистологиялық.
2. Бактериоскопиялық.
3. Биохимиялық (уреаз тесті).
4. Бактериологиялық.

II. Инвазивті емес (биопсия жүргізбейді).

1. Серологиялық.
2. ПЦР (полимеразная цепная реакция).

3. Тыныстық.

Емі. 1. Диета, қарынның гиперсекрециясын коррекциялау.

2. Антихеликобактериялық терапия.
3. Моторлы бұзылысында коррекция.
4. Кілейгей қабықтың заттар алмасуын коррекция.
5. Секреторлы қызметін толықтыру терапиясы.
6. Цитопротекторлар.
7. Қосымша симптомдарына терапия (седатитві).
8. Физиотерапия. Санаторий.
9. Диспансерлік бақылау.

Асқазан-12-елі ішіктің ойық жара аурулары – созылмалы қайталамалы ауру, асқазан мен 12-елі ішектің ойық жара дефектасы қалыптасуымен, жергілікті қорғаныс және агрессия факторларының тепе-теңдігінің бұзылыс салдарынан. Этиологиясы – 99,9% жағдайда хеликобактер ойық жара ауруларында табылған. Генетикалық фактор, нейро-эндокрин реттеуі, және патогенезінде қорғаныс факторларымен агрессивті факторлердің тепе-теңдігінің бұзылулары айрықша орын алады.

Клиникасы. Ауырсыну синдромы, Мойнинган ритімімен, ауруы ашқарынға, болмаса 1,5-2 сағат тамақтанудан кейін, кейде түнде, тамақ ішкенде ауруы төмендейді, немесе кетеді, тамақтың буферлық қасиетімен байланысты. Ауырсыну антацид болмаса, спазмолитиктен де тоқтайды. Ауырсыну эпигастралда, кейде оң жақта, төс артында жүрекке иррадиациялайды. Диспепсиялық бұзылыстары: қыжылдау, ойық жара рефлюксі – эзофагитпен байланысты. Кекіру және қышқыл құраммен құсу, әдетте бір рет, жеңілдік әкеледі. Көніл айну ойық жараға тән емес, әдетте тәбеті жақсы.

Диагноз – эндоскопияда қарында болмаса 12-емі ішекте ойық жара дефектісін табу негізінде диагноз қояды. Сонымен қатар рентгенологиялық, секреторлық қызметін, хеликобактерге тексерулер жүргізеді.

Емі. 1. Диета, стол№1.

2. Асқазан согінің агрессивті әсерін төмендету: антацидты, селективті М, холинолитиктер, Н2 гистаминоблокаторлар, ингибиторлар Н+, К+, АТФазы антогонисты гастриндік рецепторлардың.

3. Кілегей қабықтың қорғаныс қызметін арттыру (цитопротекция) – пленкотүзушілер (висмуттың коллоидты субстраты сукральфат, простогландиндер.
4. Эрадикация Нр.
5. Моторлы қызметін реттеу.
6. Физиотерапия. Санаторий.
7. Рецидивке қарсы терапия.
8. Диспансерлік бақылау.

Гельминтоз д/з паразиттік өмір сүретін төменгі сатылы құрттарды атайды. Қазіргі уақытта паразиттік құрттардың 250-ден астам түрі белгілі.

Гельминттердің көп түрлілігіне қарамастан, олардың жалпы белгілері болады: олардың барлығы көп жасушалы организмдер, олардың қантамыр-лимфа жүйесі тыныс алу жүйесі жоқ, оларға құрт тәрізді қимылына жағдай жасап тұратын сүйек-бұлшықет жүйесі бар.

Гельминттердің паразиттік формалары өзінің дамуында адам немесе жануарлар организммен тығыз байланысты. Паразиттік құрттар өзінің дамуында бірқатар стадиялардан өтеді жұмыртқадан бастап, личинка, жыныстық жетілген формаға дейін (имаго) эльминттің жыныстық жетілуінің соңы қай ағзада болса, оны соңғы (дефинитивті) иесі деп атайды. Көптеген гельминттер үшін адам соңғы иесі. Бұл гельминттер-антропоноздар (мысалы: аскаридоз, анкилостомидоз, гименолапидоз).

Тропикалық гельминтоздардан антропоноздарға некатороз, стронгилоидоз, ішектің және несеп-зәр шистомосомоздары, вухерерлоз, бруглоз, лоаз, онхоцеркоз жатады.

Антропоноздармен қатар көптеген соңғы иесі жануарлар болатын гельминттер бар. Убиквитарлы гельминттерден оларға эхинококктар, альвиококктар, трихинеллалар, трихостронгилоидтар, токсокарлар жатады.

Тропикалық гельминттер көп, алуан түрлі болып келеді, олар зооноздарға жатады: фасциолездер, фасциолопсидоздар, описторхоз, клонорхоз, парагонимоз, метагонимоз, гетерофиоз, дифиллоботриоз, дракункулез, жапон мистоломозы, максонеллез, дипеталонематоз, бругноз.

Құрттардың личинкалық дамуы отстетін ағзаны аралық ми деп атайды.(тениоздар үшін-шошқалар, ірі қара мал, шистоломоздар үшін-молмосктер, филяриндоздар үшін-екі қалатты насикомдар. Кей бір құрттардың личинкалары өзінің дамуында бірнеше қосымша иені ауыстырады (описторкоз, клоноркоз, дефиллоботриоз, парагонимоз, митагонимоз, гетерофиоз). Кейде бір ағза соңғы және аралық ие гельминттер үшін болады (гименолепидоз үшін-адам). Гельминттердің дамуы үшін міндетті түрде түсу қажет ағзаны бұл паразиттің облигатты иесі болып табылады (мысалы: адам-аскарида үшін, ит-токсокар үшін, шошқа-қаралу цепен үшін).

Гельминттердің дамуы үшін міндетті емес иелерін факультативті деп атайды, мысалы, адам эхинококк үшін, альвиококк, фасциос, токсокар үшін. Адам организмнен тыс гельминттердің жұмыртқа және личинкалар дамуының ерекшеліктеріне байланысты олармен шақырылатын гельминтоздардың 3 тобын ажыратады. А-контогиозды, Б-геогельминтозды, В-биогельминтоздар.

Контогиозды гельминтоздардың өмірлік циклдары жеңіл (энтеробиоз, гиринолепидоз). Гельминттер жетілген немесе жетіліңкіреген жұмыртқалар бөледі, олармен залалдану тікелей немесе жанама контактта болады.

Өзінің инизиондылығына оптимиевті жағдайда жететін, жетілмеген жұмыртқалар бөлетін паразиттер геогельминттерге жатады. Мысалы: аскарида, анкилостомдар, стонгилоидтар, трихицефальдар-власоглавтар).

Бұған қарағанда биогельминттердің циклы күрделі. Олардың личинкалары, инвазиондылығына жету үшін бірнеше иесін ауыстыру қажет: аралық және қосымша (кең лентец, тениоздар).

Личинкалық стадиялардың адам организміне енуі бойынша пероралды және перкутанды (тері арқылы немесе насикомдар шаққанда) гельминттерді ажыратады.

Иесі ағзасында паразиттердің личинкалық және ересек түрлерінің лаколидациясына байланысты қантамырды (шистосомоздар, филяриндоздар), лимфатикалық (филярийлер), өкпені (аскарида, анкилостоматид, стронгилоид, параномимос), билиарлы жүйелі (эхимококктық личинкалық стадиясы, альмококккоз), ішекті (цитодоздар, метагонимоз) зақымдайды.

Инвазионды процестің дамуында белгілі симптоматикамен сипатталатын, бірқатар стадияларды ажыратады. Личинкалардың миграциясымен негізделген, ерте жедел стадияда, олардың метаболизмінің өнімдерінің, актигендік тітіргендірумен, қабыну реакциясымен, РГЗТ және РГНТ сенсibiliзациясымен байқалады. Жедел стадия нематодоз және трематоцеоздарда айқын.

Клиникалық түрде жедел стадия қызба, аллергиялық экзантема, Квинке ісілі, тыныс жолдарының қатары, өкпеде эозинофилді инфильтрат түрінде, өкпеде пневмония, плеврит, гепатит, аллергиялық сипатты минингоэнцефолит массивті инвазияда және организмнің преморбидті күйінде көрінеді.

Бұндай жағдай зоогельминттермен залалданғанда байқалады, личинкалық стадия ұзақ организмде мигрирленіп, имаго стадиясына дейін ешқашан жетпейді «Larva migrans» симптомокомплексі пайда болады. Жедел стадия 2 ден 8 аптаға дейін созылып келесі латенции стадиясына немесе созылмалы ағымға өтеді. Бұл кезеңде аллергиялық белгілер басылып, алғашқы орынға ағзалардың зақымдалулары шығады, онда паразиттің жыныстық жетілген формалары орналасады. Осылай, көптеген трематоздарға, билиарлы жүйені зақымдайтын, холециститтер, холангиттер, панкреатиттер, нематодоздарда және цестодоздарда-ішек белгілері пайда болады. Гельминтоздар патогенезінде келесі әсер ету механизмдері бар:

1. Сенсибилизация
2. Токсикалық әсер
3. Травмалық әсер
4. Механикалық әсер
5. Екіншілік қабыну
6. Алмасу процестерінің бұзылуы
7. Тағамдық заттарды адсорбции бұзылуы
8. Гельминттердің гематофагиясы анемияға әкелуі
9. Жүйке рефикторлық әсері
10. Иммуно-супрессивті әсер
11. Инфекциялық аурулар ағымына кері әсер

Соңғы иесінің ағзасында личинкалық стадиялардың репродукциясымен болатын (стронгилоидоз), личинкалық стадиялардың тіндік миграциясында

(шистосомоздар, филяриидоздар, парагонимоздар) аллергиялық белгілер тек аурудың созылмалы стадиялары тән. Гельминтоздарда иммунитет стерильді емес, қайталама залалдануға клиникалық белгісінің төмендігімен немесе жақтығымен көрінеді.

Гельминтоздардың инфекциялардан айырмашылығы, олар иесі ағзасында көбеймейді, тек жетіледі, контагиозды емес. Қазіргі таңда паразиттік құрттардың 250 түрі белгілі.

Гельминттердің 2 түрін ажыратады:

Жалпақ құрттар (Plathelminthes)

Домалақ құрттар (Nemathelminthes)

Жалпақ құрттар ленталық құрттар (Cestoidea) және трематодалар (сорғыштар)-(Trematoda) болып бөлінеді. Әр класс түрге дейін майда жүйелі топтарды білдіреді.

Нематоздар: аскоридоз, трихоцефалез, энтеробиоз, трихинеллез, анкилостомидоздар.

Цистодоздар: гименолепидоз, тениаринхоз, тениоз, дифиллоботриоз, эхинококкоз.

Трематодоздар: описторхоз, фасциолез.

Диагностика. Гельминттермен инвазия диагнозы паразитоломиялық, иммунологиялық түрде дәлелденген клинико-эпидемиологиялық мәліметтерге негізделеді.

Зерттеудің паразитологиялық әдістері микроскопиялық жағындыларда дуоденальды сөлдер, өт, қақырық, фекалиялар табылады.

Копрологиялық әдістер нативті жағымды, байыту әдісімен тұрады (Kato, Филлиобрн, Калантарян).

Серологиялық әдістер, адам аралық иесі болатын гельминтоздарда жалғыз әдіс бола алады.

Серологиялық әдістерден РСК, РНГА, РНИФ, РЛА, РЭМА қолданады. Сонымен бірге тері-аллергиялық сынамалар да қолданылады.

Емі: Гельминтоздармен ауру науқастарды емдеу спецификалық және бей спецификалық әдістермен жүргізіледі. Спецификалық әдістерге антигельминттік әсерлі препараттар, екіншілерге-ЖҚЖ реттеуге бағытталған, патогенетикалық, симптоматикалық терапия.

Емдеу принциптері.

1. Міндетті түрде дегельминтизация.
2. Спецификалық препараттарды таңдау және тағайындау паразит түріне байланысты.
3. Инструкцияға сәйкес гельминттерге қарсы препараттарды тағайындау және қолдану.
4. Стационар жағдайында асқынған гельминтоздарды спецификалық емдеу.
5. Науқастардың фекалия және паразиттерін дегельминтизация кезінде залалдау.

6. Гельминтоцидті препараттарды қолданып (фенасал, дихлосол) интенсивті инвазияны емдеуде, хирургиялық араласуда, эхинококкоз, альвеолококкозда аллергиялық асқынулардың алдын-алу үшін аллергияға қарсы заттардың болуы.
7. Ұзақ интенсивті инвазияда, әсіресе тениоз, дефиллиоботриоз, анкилостомидозда анемияға қарсы нематодаларды емдеуге арналған, бірақ трематодалар мен цестодаларға эффективті емес.

Шистосомоздарда 3 валенттік сурьма қолданылады:

1. Винносурьянокалий төзы ерітінді түрінде 3мл-10мл дейін күн сайын к/т (3-4 апта) 150мл артық емес.
2. Фуадин 1,2,3р күнде 1,5-3,5мл б/е, келесі күндері б/е 5мл-ден 10-12 инъекция
3. Амбильгар.

Алдын-алу және күресу шаралары.

Жоспарлы, комплекстік түрде жасалады.

Гельминтоздармен күресудің негізгі принциптері:

I. Науқастарды активті тауып дегельминтизациялау-шара инша инфекция көзіне бағытталған.

Міндетті тексеру және дегельминтизацияға.

1. Мектепке дейінгі және кіші мектеп жасындағы балалар.
2. Барлық стационарлық науқастар.
3. Тағам өндірісіне жұмысқа тұрушылар.
4. белгілі гельминтозға эндемиялық мамандық топтарын тексеру. Балықшылар-описторхоз, дифиллоботриоз, парагонимоз, клонорхозға тексеріледі. Малшылар, сауыншылар-тениоз, тениаринхоз, фасциолез, шактерлер-анкилостомидоздарға.

II. Сыртқы ортаны гельминттердің жұмыртқа және личинкаларынан залалсыздауға бағытталған эпидемиологиялық іс-шаралар.

1. Тұрғын үй пунктарында санитарлық нормаларды сақтау.
2. Ауылшаруашылығы жануарларын дұрыс бағу.
3. Су қоймаларын тазалау.
4. Дератизация, дезинфекция.
5. Ағын суларды ластанулардан залалдау.

III. Биогельминтоздар профилактикасында, базарларда, мясокомбинаттарда етті финн, тениидта, трихинелларда тексеру.

IV. Санитарлық ағарту жұмыстары.

1. Жеке бас гигиенасын сақтау.
2. Тағамды өңдеп, сақтауда ерекшелуді сақтау.
3. Үй жануарларын бағуда ережелерді сақтау.
4. Гельминттер биологиясын пропагандалау.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

1. Балалардағы асқазан-ішек жолдарының ауруларының этиологиясы.
2. Жедел гастриттің патогенезі, клиникасы, диагностикасы.
3. Балалардағы асқазан-ішек жолдарының ауруларының емі, профилактикасы.

4. Холециститтердің патогенезі, клиникасы, диагностикасы.
5. Гельминтоздардың патогенезі, клиникасы, диагностикасы.
6. Өт жолдарының дискинезияларының патогенезі, клиникасы, диагностикасы.

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)

Н-3, бөлім-1, 6-10 бет. Қ-2, бөлім-3, 4, 30-45 бет.

1. Сабақтың тақырыбы: Жіті және созылмалы гломерулонефриттер.

Зәр шығару жүйесінің инфекциясы мен пиелонефриттер.

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға балалардағы жіті және созылмалы гломерулонефрит, зәр шығару жүйесінің инфекциясы мен пиелонефрит ауруларын оқытып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу.

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

https://www.youtube.com/watch?v=nOkpRre4h_4

<https://www.youtube.com/watch?v=-wsQO7IОCYE>

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

https://www.youtube.com/watch?v=qA43imrZ_Dw

https://www.youtube.com/watch?v=vUWEjD_GX2Q

<https://www.youtube.com/watch?v=D4i2A7msogI>

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

- 3.Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

- 1.Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
 - 2.Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. -Алматы: БАУР, 2008.
 - 3.Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
 4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).
- 7. Ұйымдастыру кезеңі: 15 мин (6%)**

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

Созылмалы гломерулонефрит – емделген жедел гломерулонефриттен соң пайда болатын, біріншілік созылмалы гломерулонефрит түрінде дамиды. Этиологиясы және патогенезі жедел нефрит тәрізді. Аурудың негізгі клиникалық белгілері; ісінулер, гипертензия, гипопропротеинемия, холестеринемия, протениурия, гематурия. Клиникалық түрлері: 1) латентті; 2) гематуриялық; 3) гипертензиялық; 4) нефротикалық; 5) аралас.

Оның ішінде ең жиі кездесетін гломерулонефриттің латентті түрі, клиникасы, несеп синдромы, артериялық қысымының шоғырлауымен жүреді. Несепті тексергенде айқын протениурия, микрогематурия, гиалинді және дәнді цилиндрлер көрінеді. Гематуриялық гломерулонефрит 6% жағдайда кездеседі. Сипаты: тұрақты гематурия, макрогематурия. Несепінің көлемі үлмін, қан аралас, қоныр-күлгін түстес тұнбаласымен ерекшеленеді. СГ-ң жеке – дара

түріне гематуриялық гломерулонефритті және ондағы шумақтағы бүйректі денелердің JqA=жинақтануы жатады. Тағы респираторлы аурулардан кейін, макрогематуриямен ағатын, ер адамдарда жиі кездесетін Берге ауруы. Нефротикалық гломерулонефриттің морфологиясы айқын мембранозды және мезангиопротеративті түрімен сипатталады. Ал жедел немесе жылдам өршу ағымында мезангиальды гломерулонефрит, фокальды-сегментарлы гломерулосклероз және фибропластикалық гломерулонефрит түрінде дамиды.

Гипертониялық гломерулонефриттің бастамасы латентті түрде жүреді, несеп құрамында протениурия, микрогематурия, гиалинді дәнді цилиндрлер, бүйректік эпителийдің клеткалық бірлектері көрінеді. Бұл ауру түрін ажырату диагнозын жүргізу ауыр емес. Ауру өршу соңында созылмалы бүйрек жетімсізгіне әкелетін СГ-тің ауыр түрі болып табылады.

Аралас гломерулонефритте нефротикалық синдроммен гипертензияның бірігіп жүруі тән, сондай-ақ ісінулер маңызды болып келеді. Несепте жоғарыдағыдай өзгерістер, олигоурия, несептің тығыздығы бұзылады. Нефротикалық гломерулонефритте клиникалық белгілері бүтін симптомокомплекс құрап, массивті протеинурия, ақуызды-липидті және су тұзды алмасуларының бұзылысымен көрінеді.

Липидті нефрозда шумақты фильтрдің өзгерістері және мембранозды нефропатия дамиды, шумақтың капилляр ішілік базальды мембранасы зақымданады. Нефротикалық синдромның ағымының асқынуы 20% жағдайда және бұл синдром гломерулонефриттан кейін дамиды. Нефротикалық синдром толық анықталмаған, шамуқтардың базальды мембранасында антиденелердің түзілуіне және иммунологиялық концепцияға арқа сүйеді. Клиникасы: ісінуі, протеинурия, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия, гипотензия, ферментурия, ақуыз-көмірсу-минерал-су алмасу бұзылыстары.

Амилоидоз – ақуыз алмасуының бұзылуымен шақырылатын, бүйректің дистрофиялық бұзылуымен сипатталады. Амилоидоздың біріншілік – идиопатиялық және екіншілік амилоидоз түрі бар. Бірінші амилоидоз: тері, бұлшықтағы, қан айналым, асқазан жолының зақымдалуылары жатады. Екіншілік амилоидоздардың пайда болу себептеріне; созылмалы инфекциялар, туберкулез, сифилис, малярия, т.б. аурулар. Екіншілік амилоидоз рецидивті, доминантты типпен беріледі, жанұялық амилоидоздардың генетикалық негізінде ферментопатиялар, генетикалық бұзылыстар жатады.

Клиникасы: протеинурия, ісіну, гипопропротеинемия, гиперхолестеринемия, нефротикалық гипертензия.

Пиелонефрит – бүйректің және бүйрек түбегінің көбінесе интерстициялық тканінің қабынуы. Бұл бүйректің ең жиі кездесетін ауруы. Этиология. Ішек таяқшасы (60-80% жағдайында), сирегірек болса да стрептококк, стафилококк, протей жетекші маңыз атқарады, жекелеген жағдайда ауруды аралас микрофлора тұғызады. Несеп жолдарының қабынып ауыруы көбінесе экссудаттік-қатаральдық диатезбен, гипотрофиямен, ас қорытуының бұзылуымен ауыратын балаларда байқалады. Ауру үш жолмен: гематогендік, лимфогендік, несеп жолының төменгі бөлімдерінен шығатын

жолдармен тууы мүмкін. Бұған несеп жолдарының тарылуы мен бұзылуы, есілуі, қосылуы және несептің жүруін бұзатын басқа да себептер жәрдемші болады. Пиелонерфитке тән синдромдар-лейкоцитурия, бактериурия және бүйрек өзекшелерінің функционалдық қабілетінің нашарлауы.

Бірінші және екінші пиелонефрит болып бөлінеді. Бірінші пиелонефрит – жалпылама ұғым. Бүйректің зақымдану себебі беймәлім. Екінші пиелонефрит обструкциялық пиелонефритке және туа бітетін тубулопатия (бүйрек өзекшелерінің тұқым құалайтын зақымдануы) себепші болатын пиелонефритке бөлінеді. Өту сипаты бойынша жедел, толқын тәрізді және латентті пиелонефрит болып бөлінеді.

Жедел пиелонефрит кенеттен басталуымен, қысылуымен, несеп шығуының бұзылуымен және несептің өзгеруімен сипатталады. Несеп кейде макроскопияның өзімен-ақ қою көрінеді, белок саны норма шеңберінде немесе аздап көбірек, несеп тұнбасында лейкоциттер, бактериялар көп болады, бірлі-жарым эритроциттер кездеседі. Несептің тәуліктік мөлшерін зерттеу неғұрлым көз жеткізеді. Қаннан лейкоцитоз анықталады, ЭТЖ жоғарлайды.

Толқын тәрізді, қайталанбалы ауру кезінде науқастың халі ұзақ уақыт бойы қанағаттанарлық болып қалуы мүмкін. Тек асқыну кезеңінде ғана дене қызуы көтеріліп, халі нашарлайды, белі ауырады. Несеп тұнбасынан лейкоциттер едәуір мөлшерде табылады. Қабыну процесінің үдей түсуі нефрондар функциясының бұзылуы мен бүйрек кемістігіне әкеп соғады.

Латентті ауру жағдайында пиелонефриттің симптомы азырақ болып өтеді, көбінесе бірқатар жедел ауру дағдайында кездейсоқ анықталады. Анамнезінде әдетте шаршағандықты, тәбет болмауын, ара-кідік іштің ауруын, кейде субфебрилдік дене қызуын көрсететін белгілер болады. Несепті зерттегенде көмескі, тұрақсыз лейкоцитурия анықталады.

Несебінің анализі өзгерген және ішінің ауруы этиологиясы бәрі стационар жағдайында рентгеноурологиялық және функциональдық-диагностикалық тексеруден өткізілуге тиіс. Несепті Каковский-Аддис (несептің тәуліктік мөлшеріндегі тұнбаны зерттеу) бойынша, сондай-ақ Нечипоренко (1 мл³ несептегі тұнбаны зерттеу) бойынша зерттеу диагнозды дұрыс қоюға көмектеседі; лейкоцитурия мен бактериурия табылуының диагнозы растау үшін зор маңызды бар. Лейкоцитурияның қалай шыққанын анықтау қажет; оның көбінесе қыздардан байқалатын вульвовагинитке байланысты болуы мүмкін.

Пиелонефриттің диагнозын қою үшін несеп лейкоциттерінің морфологиялық құрамын анықтаудың маңызы бар. Пиелонефритке нейтрофилдік гранулоциттердің басы болуы тән. Лейкоцитурияның мұндай типінің қандағы сілті фосфатазасының жоғары белсенділігімен ұштасуы пиелонефриттің диагнозын ерте анықтайтын белгі болуы мүмкін. Бүйректің рентгенограммасында ұршық-түбекше жүйесінің асимметриялық өзгерістері анықталады, көпшілік жағдайда уродинамиканың бұзылуы белгілері аңғарылады. Жедел пиелонефриттің диагнозын ертерек қоюдың зор маңызы

бар, өйткені 90% жағдайда аурудан емдеп шығарудың және оның созылмалы формаға көшуінен сақтаудың сәті түседі.

Емдеу. Пиелонефриттің жедел кезеңінде аурудың негізгі белгілері (дене қызуы жоғары, құсу, іштің ауыруы) жойылғанға дейін төсектен мүлде тұрғызбау керек. Науқас баланы тамақтандырудың зор маңызы бар. Токсикоз бен лейкоцитурия айқын болған жағдайда жеңілдетілген қант-жеміс күнін өткізіп, суды көп ішкізеді, ал содан соң сүт-өсімдік диетасына көшіреді. Ремиссия болғаннан кейін асқы тағам қоспай, жас шамасына сәйкес толымды тамақ беріледі. Несептің тұрақты шығарылып тұруы мен ішек қызметін қадағалап отыру керек.

Аурудың жұқпалы табиғатына, пиелонефриттің ұзаққа созылатынына және қайталануға бейім болатынына байланысты баланың стационарда болған алғашқы күндерінен бастап-ақ антибактериялық және қабынуға қарсы терапия жүргізу қажет. Антибиотиктер мен химиялық препаратта оларды қалай көтеретіндігін, микрофлораның сипаты мен процестің белсенділігін ескере отырып тағайындалады. Пенициллин қатарының препараттары, ең жақсысы – жартылай синтетикалық препараттар (оксациллин, ампициллин, эритромицин), тетрациклин қатарының препараттары қолданылады.

Аралас инфекция жағдайында екі антибиотик немесе оларды басқа да антимикробтық дәрі-дәрмектермен араластырып қолданады. Антибиотиктер алғашқы 10-14 күнде енгізіледі, одан соң препараттарды ауыстырады. Сульфаниламидтік препараттарды 3-4 күннен үзіліс жасап, 7-10 күн циклымен пайдаланылады. Олардың ішінде нефротоксині ең азы-уросульфан, этазол, сульфадиметоксин, 10-14 күн циклымен антибиотиктерге қосып немесе қоспай-ақ нитрофуран өнімдері – фурагин, фурадонин, фуразолидон тағайындалады, олардың бактерицидтік және бактериостатикалық әсері айқын болады. Нафтиридиннің өнімдері налидикс қышқылы (неграм, невиврамон, налидиксин) пайдалы, олар 2-3 апта бойы қолданылады. Арасына 10 күн салып 2 апта циклымен нитроксилин (5-НОК, оксихинолиннің өнімі) ойдағыдай пайдаланылып жүр. 1-1,5 ай бойы үздіксіз антибактериялық терапия жүргізеді.

Міндетті түрде витаминдер; ретинол, аскорбин қышқылы, В тобының витаминдері, пангам қышқылы (В₁₅-витамині) тағайындалады. Оларды химиялық препараттармен бір мезгілде тағайындауға болады. Антибактериялық терапия циклы арасындағы үзілісте шөптермен (шай шөп, аюқұлақ, шалфей, итмұрын, қалақай және басқалар) емдеу мейлінше қажет.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

1. Созылмалы гломерулонефриттің этиология, патогенезі.
2. Созылмалы гломерулонефриттің жіктелуі.
3. Созылмалы гломерулонефриттің емі.
4. Пиелонефрит – анықтама, этиологиясы, жіктелуі.
5. Пиелонефриттің дамуына әсер ететін факторлар.

6. Балалардағы пиелонефриттің емі.

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)

Н-3, бөлім-4, 68-75 бет. Қ-4, бөлім-3, 4, 55-75 бет.

1. Сабақтың тақырыбы: Қантты диабет. Жәншәу. Желшешек.
Қызылша.Қызамық

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға балалардағы қант диабеті ауруын оқытып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** ерте жастағы балалардың АФЕ-ін танып, білу.

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=W7hrqcRXaI0>

<https://www.youtube.com/watch?v=5FGSRLcE14g>

<https://www.youtube.com/watch?v=-EtGvN4cxUc>

<https://www.youtube.com/watch?v=6Oa501-ug74>

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

<https://www.youtube.com/watch?v=XBQmAVEP6pU>

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.

4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров

атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.

2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.

3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.

4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі:

5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин

(16%) тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Оқушылардың өз бетінше атқаратын жұмысы: 40 мин (44%)

Соңғы кезде қантты диабеттің жиілеуі балалар арасында да байқалып отыр. Балалар арасында қантты диабеттің мүгедектікке ерте соқтыратын оны әлеуметтік қасіреті бар кеселдер қатарына қояды. Қант диабеті – созылмалы гипергликемиялық жағдай, бұл түрлі экзогендік және генетикалық факторлар салдарынан. Төменде қант диабетінің қазіргі кездегі жіктелуі берілген. Қант диабетімен қоса оған ұқсас глюкоза төзімділік (толеранттық) бұзылыстыры берілген.

Клиникалық кластар

1. Қант диабеті

- инсулинге тәуелді қант диабеті – I тип
- инсулинге тәуелді емес қант диабеті – II тип

а) салмағы қалыпты адамдарда

б) семіз адамдарда

- тамақтану бұзылыстарына байланысты қант диабеті

- диабеттің басқа типтері, олар түрлі жағдайлар мен синдромдарға байланысты: 1) ұйқы аурулары; 2) этиологиясы гормонға қатысты аурулар; 3) дәрі-дәрмекпен химиялық заттар себебінен; 4) инсулин мен оның

рецепторларының ақаулары; 5) өзіндік генетикалық синдромдар; 6) аралас жағдайлар.

II. Глюкозаға толерандтылықтың (төзімділік) бұзылысы;

а) салмағы қалыпты адамдарда

б) семіз адамдарда

Б. Статискалық қауіпті кластар

(глюкозаға төзімділігі қалыпты, бірақ қант диабеті дамуы жөнінде қауіп зор жандар)

I. Глюкозаға төзімділік бұзылыстарының алды.

II. Глюкозаға төзімділік бұзылыстарының мүмкіндігі

Қазір күні қант диабет ауруы бұл ең ауыр және әлі емі табылмаған ауру.

Денсаулық сақтау дүниежүзілік ұйымының (ДДҰ) соңғы есебімен 2030 жылына таман қант диабетімен 366 миллион адам шалдығуы мүмкін.

Диабетпен ауыратын адам өмірінде көптеген проблемалар болады.

Диабетпен ауыратын балада мектепте - проблема, үйлену- проблема, бала туу тағы да - проблема, диабетпен туылған бала екі есе- проблема. Бұл барлық мәселелер- ең алдымен диабет туралы білімсіздіктің және дүниежүзілік тәжірибенің қорытындысынан болып тұр. Сондықтан осы мәселелерді ескере отырып мектепті ашты.

Этиологиясы.

Қант диабеті көбінесе тұқым қуалайды. Генетикалық дайындықтың таңбасы ретінде лейкоциттерде орналасқан антигендерді атауға болады (HLA). Бұл ауруларды туғызатын (80%) вирустық инфекциялар:эпидемиялық паротит, қызамық, қызылша, Коксаки, цитомегалдар жатады.

Патогенезі.

Мембрана бұзылысы салдарынан клеткаішілік бетта-клеткалар антигендері қанға сіңіп, макрофактарға “ұсталады”,осы арқылы монокиндер түзілісі (мысалы, интерлейкин – I-ИЛ-I) көбейеді. ИЛ-I бетта клеткалар үшін аса зиянды вирустар бастаған бұзылысты одан әрі қарай ушықтырады; мұның үстіне T- хелперлердің әсерінен соңғылар лимфокиндер мен макрофактар белсенділігі жоғарылап,ИЛ-I көтеріліп,бетта-клеткалар деструкциясы моялады.

Қантты диабеттің I - типі

Бұл балалар мен жасөспірімдерге тен ауру,сондықтан оны балалық не жасөспірімдік деп те атайды.Бұл типтің өзіндік,тек өзіне ғана тән ерекшеліктері бар:басталуы жедел,көрінісі бай;инсулин дәрісінсіз өмір сүру мүмкін емес,кетоацидоздық жағдайлардың дамуына бейімділік.

Қантты диабеттің II типі (ИТЕКД)

Диабеттің бұл вариантты балаларда өте сирек кездеседі. ИТЕКД генетикалық негізі I типінен өзгеше. Кесел,әдетте,үлкендерге,көбінесе 40 жастан кейін дамиды.Аса семіздікпен қосарлану сирек емес.

Диабеттің II типінде бетта клеткалар зақымдамайды, инсулин бөліну өзгермейді .

Қантты диабетке диагноз қою.

Науқаста ҚД-тің классикалық симптомдары –шөл, полиурия, арықтау; аузынан ацетон иісі шыққанда оның диагнозын қою қиын емес. Соңғы кезде қандағы глюколизденген белоктар мөлшерінің жоғарылауын анықтау (Нв, альбумин, фруктомазин) қолданыс табуда.

Қантты диабеттің емі.

Бұзылған метаболизмді қалпына келтіру. Бұған науқас үнемі диетаны ұстануы, инсулин емінің дұрыс орайласуы, түрлі салмақ жүктемелері режимін қатаң сақтауы жатады. Негізі ингредиенттерімен толық қамтамасыз етілуі қажет (белок, май, көмірсулар мен витаминдер, микроэлементтер).

Толерантының глюкозаға бұрылып, толеранттық глюкозаның потенциалды бұзылуы.

1. ҚД-ның диагностикасында глюкозаның толеранттылығын анықтау. ВОЗ-дың критериясы бойынша глюкозотолеранты тесін жасайды.

Глюкозаға толеранттылығын стандарттық сынамамен бағалау критериясы

Капилляр канда глюкозаның деңгейі (ммоль/л)	Дені сау	Қант диабетімен айқын аурулар	Глюкозаға толеранттықтың бұзылуы
Аш қарынға	<5.6	> 6.7	<6.7
Глюкозаны қабылдаған соң 120 мин. кейін	<7.8	>11.1	7.8-11.1

2. ҚД-нің радиоиммунды әдіс диагностикада бар. Инсулин мынадай әдіс пен иммунореактивті инсулин ИРН.

3. Инсулин гликемия жүргізеді. Гипер және гипоинсулинемиялық қисықтың болуы мүмкін. Инсулин гиперсекрециясын ерте диагностикасының белгілерін диабеттің клиника алды фазасында байқалды.

4. балалардағы инсулиннің антителасын анықтайды, анасы диабет ауруымен ауырады.

Асқынулары:

1. ЖҚТ зақымдауы ЭКГ-бұзылуы, миокардоз, миокардтың қысқаруының бұзылуы, қантамырлардың ангиопатиямен (төменгі аяқ бөлігіне).

2. Көру органдарының зақымдануы. ҚД-ның ауыр ретинопатиясы асқынуы. Диабеттік катаракта. Катрактының нәтижесінде жылдам көз көрмеуіне әкеп соғады. Катаракт хрусталикте жиналып соның нәтижесінде пайда болады.

3. Нерв-систоласының зақымдалуы. Аяқтың төменгі бөліктерінде полинейропатия д.п. Аурудың бірдестен п.б. әсіресе түнгі уақыттарында рефлексстердің төмендеуі байқалады, ауыру болады. Полиолв нервнің зақымдалуынан. Полинервтің емі комплекст. Бұл жерде зат алмасудың бұзылу себебінен.

4. Бүйректік зақымдалуы.

Протеинурия, микрогематурия, цилиндурия, гипостенурия, протеинурия жоғарлау себебінің базальді мембрананың өткізгіштігінің жоғарылауынан, клубочка капиларында белоктың проксимальды канальцитерді.

1. Бауырдың зақымдалуы.

Гепатамегалия. ҚД-ның алдын-алу мақсаты бойынша еміне микроиропты енгізеді, өт қышқылын айдайтын препараттан, витаминдер және амино қышқылды (метионин).

2. Терінің некрозды. Балалардағы ҚД-нің ауыр түрдегі. Мориарка синдромы (1-6 жаста). Гепатомегалия әсерінен бойдың өсуінің тежелуі (нанизм), физиологиялық және жыныс мүшелерінің дамуы деп аталды. ҚД-нің ең ауыр түрі синдром Мориарка деп аталды.

Комплекс дұрыс тағамдану, инсулинотерапия, гигиеналық, режим. Қызылша – вирустармен шақырылып, жоғары температурамен, тыныс жолдарының 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 (ауру 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, ірінді 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

дактар- энантема байқалады. Бала өте мазасыз, ұйқысы бұзылып, тәбеті төмендейді, кейде құсып, іші өтуі де мүмкін.

б ө р т п е ш ы ғ у к е з е ң і – 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.

ж а з ы л у к е з е ң і - пигментация, реконволесценттік кезең деп те аталады. Бұл кезеңде баланың жалпы жағдайы дұрыстала бастайды, тері қабатындағы бөртпелер солғындай келе, орнында қошқыл түсті дактар 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 антрит, 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 профилктика 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:

ауру баланы мүмкіндігінше тоңашалау;

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

Қызымық - 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. Инкубациялы кезең- 11-23 күнге созылады.

Продромальды 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.

Бөртпешығу 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, иммунофлюоресценция арқылы жұтқыншақтың алынған жағындыдан вирустар 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 профилоактика жүргізілмейді. Жалпы шараларды: ауру балаларды бөртпе шыққаннан бастап 5 күнге, жүкті әйелдерді 18 күнге дейін оңашалау.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

1. Қант диабетінің (ҚД) 1-ші типін нақтылау.
2. Баладағы ҚД дер кезінде анықтау.
3. Балалардағы ҚД даму сатысы.
4. Балалардағы ҚД патогенезі.
5. Балаларда қант диабетіне алып келуші факторлар.
6. Балаларда қант диабетінің клиникалық көрінісі.

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)

Қ-4, бөлім-7, 240-253 бет. Қ-6, бөлім-6, 4, 234-245 бет.

1. Сабақтың тақырыбы: Көкжөтел. Индетті паротит. Дифтерия

2. Сағат саны: 2 сағ. 90мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға қызылша, қызамық, көкжөтел, індетті паротит, дифтерия ауруларын оқытып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** балаларда бөртпелердің түрін танып білу.

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=YlgUen3jg18&t=61s>

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

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

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

Көкжөтел – ұстамалы жөтелмен сипатталатын, балалардың өткір жұқпалы ауруы. Ертеректе көкжөтел қызылшадан кейінгі балаларда жиі кездесетін ауру еді және ауыр түрде өтіп асқынуларынан балалар өлімі де жиі болатын. Арнайы егу жұмыстарын жүргізуімен, емдеу шараларының

жақсарғандығымен байланысты аурудың ауыр түрлері және ауыр асқынулары қазыргі кезде өте сирек кездеседі.

Көкжөтелдің қоздырғышы- Борде- Жангу таяқшалары , 1906 жылы осы таяқшаларды ашқан ғалымдардың атымен аталады. Таяқшалар қоршаған ортада төзімсіз.

Эпидемиология. Ауру көзі – ауру адам , 25-30 күнге , кейде 2 айға дейін жұқпалы болып табылады. Таралу жолдары – ауа сілекей арқылы , ауру бала жөтелген кезде қоздырғыштар ауруға тарайды. Көкжөтелдің түрлері қауіпті, өйткені көкжөтел ауруы екенін ажырату қиын болады да, ауру бала оңашаланбай, айналасындағыларға жұқтырып жүргені байқалмай қалады. Ауруға бейімділік бала туылғаннан бастап жоғары, сондықтан ауыратын балалардың негізгі көншілігі ерте жастағы балалар болып табылады.

Патогенез. Көкжөтел қоздырғышы жоғарғы тыныс жолдарының шырышты кабаттары арқылы еніп, сол жерде 5-6 аптаға дейін сақталады. Өзінен улы эндоксин бөліп, олар жөтел рецепторларын тітіркендіреді, орталық нерв жүйесіне әсер етеді. Сондықтан да, жоғарғы тыныс жолдарында катаральды өзгерістер онша күшті болмағанмен, жөтел күшті болады, ұстамалы жөтел түрінде баланы өте қатты қинайды.

Клиника. Жасырын кезеңі 5-14 күнге созылады. Катаральды кезеңі 1,5-2 аптада өтеді. Баланың жалпы жағдайы алғашқыда өзгермейді, сол себепті , әлсіз сирек жөтел, тыныс жолдарындағы катаральды өзгерістер байқалмай қалады. Осы кезеңнің аяғына қарай жөтел күшейе түседі, бірақ көк жөтелге тән белгілер әлі де білінбейді. Ұстама жөтел кезеңі 3-4 аптаға созылады. Бұл кезеңде көкжөтелге тән негізгі белгі – ұстама жөтел- байқалады. Жөтел ұстамасы басталған кезде бала дем аламайды үстін-үстін жөтеледі де, біраз уақыт өткеннен кейін барып, ышқынып дем алады(реприз). Бұдан соң жөтелсіз үзіліс байқалады, кейіннен ұстама тағы қайталаанады. Жөтел ұстамасының тәулік ішіндегі жиілігіне қарай аурудың ауырлығы анықталады. 1-ші дәреже, жеңіл түрінде- ұстама тәулігіне 10-15 рет; 2-ші дәреже, орташа ауыр түрінде- ұстама тәулігіне 15-25 рет; ал 3-ші дәреже, ауыр түрінде- ұстама тәулігіне 30-60 рет қайталаанады. Ұстама жөтел кезінде баланың беті қатты қызарып , мойын қан тамырлары білеуленіп, ісініп кетеді; көзі қанталап, тілі аузынан шығып, жөтел соңында қою, созылмалы қақырық тастайды. өкпеде эмфизематозды өзгерістер, құрғақ және ылғалды сырылдар пайда болады. жүрек жұмысы әлсірейді: тахикардия байқалады, қан қысымы жоғарылайды.

Көкжөтелдің кішкентай балаларда өту ерекшелігі- кішкентай блаларда реприздер болмауы мүмкін. Жөтел ұстамасы кезінде олар қатты қызарып, соңынан ккгеріп кетеді. Кейбір жағдайда баланың дем алысы тоқтап қалуы, елірме басталуы мүмкін.

Жазылу кезеңі- 1-3 аптада өтеді. Біртіндеп ұстама жөтел азайып, әлсірейді, баланың жалпы жағдайы жақсарады. Қанның жалпы анализінде : лейкоцитоз $17 \cdot 10^9 / \text{л}$ - $25 \cdot 10^9 / \text{л}$, лимфоцитоз анықталады.

Асқынулар көбіне кішкентай балаларда , фондық аурулары бар балаларда байқалады және басқа вирустық аурулардың қосылу салдарынан пайда болады.

Диагноз қою үшін эпидемиологиялық анамнез жинау, клиникалық белгілерін анықтау, қақырықты бактериологиялық тексеріске алу, қанның жалпы анализін тексеру жүргізіледі.

Емдеу. Аурудың емі баланың жасына , аурудың ауырлығына, асқынуларына байланысты жүргізіледі. Ауруханада аурудың ауыр, асқынған түрлерімен және 1 жасқа дейінгі балалар емделеді. Қалған жағдайларда емді үйде өткізуге болады.

Емдеу принциптері: барлық уақытта салқын, таза ауамен қамтамасыз ету; тамақ жасына сәйкес, аз мөлшерде , жиірек берілуі қажет; баланың көңілін аулау үшін кітап оқып беру, әртүрлі ойындар ұйымдастыру т.б.; алғашқы белгілерден бастап антибиотиктер тағайындау: эритромицин ауыз арқылы 20-30 мг/кг, ампициллин 50-100 мг/кг ауыз арқылы немесе бұлшық етке егу арқылы , 8-10 күнге дейін ; оксигенотерапия; қақырық жібітетін және қақырық түсіретін дәрілер мен ферменттер (химопсин, химотрипсин) тағайындау.

Аурудың ауыр түрлерінде ауруханада , жағдайына сәйкес қарқынды ем тағайындап, жүргізу. Дем тоқтап қалған жағдайда жедел көмек көрсету.

Профилактика. Арнайы профилактика- АКДС вакцинасын егу . Жаңа

Шараларға: ауру баланы 30 күнге дейін оңашалау; СЭС-ке жедел хабар беру қарым-қатынастағы 7жасқа дейінгі балаларға 14 күнге карантин тағайындау; санитарлық ағарту жұмыстарын жүргізу жатады.

Дифтерия - 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 дифтреиямен 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.

Эпидемиялогия. Қоздырғышы- Леффлеркоринобактериялары, 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 , баланың 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 тексеріс; бактериялогоялық 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
3.Ауыр (токсикалық)	60 000 -100 000	Бұлшық етке, көк тамырға

Антитоксикалық сарысумен қатар антибиотиктер тағайындалады. Алғашқыда етке немесе көк тамырға енгізіледі де, науқас 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 –АҚДС,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 - АҚДС

3 айлығында – АҚДС

4 айлығында АҚДС

18-айлығында АҚДС

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 ; қарным-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 жұмыстарын жүргізу.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

1. Қызылша, қызамық.клиникасы, диагностикасы.

2. Көкжөтел, індетті паротит клиникасы, диагностикасы.

3. Дифтерия клиникасы, диагностикасы.

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)Н-3, бөлім-1, 6-10 бет. Қ-2, бөлім-3, 4, 30-45 бет.

Сабақтың тақырыбы: Имунды алдын алу Мектепке дейінгі мекемелерінде, мектепте және ФАП-та емдеу-профилактикалық жұмысты ұйымдастыру.

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға емдеу-профилактикалық жұмысты ауруларын оқытып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** ФАП-та емдеу-профилактикалық жұмысты ұйымдастыра білуді үйрету

Фельдшердің тактикасы: қан қысымы көтерілгесін арнайы санитарлық көлікпен фельдшердің бақылауында келесі этапқа, дәрігерге жеткізу керек.

ФАП – фельдшерлік-акушерлік пункт – балаларға медициналық көмек көрсетуге арналған медицина мекемелерінің 1-ші сатысы. ФАП меңгерушісі болып фельдшер немесе акушерка жұмыс істей алады.

Балалардың денсаулығын қорғауда ФАП фельдшеріне қойылатын талаптар мен фельдшердің міндеттері:

- жүкті әйелдерді қабылдау және патронажды дұрыс жүргізу;
- 1 жасқа дейінгі балалардың қауіп-қатер тобын анықтай білу;
- жаңа туылған нәресте мен 1 жасқа дейінгі сәбилерге уақтылы патронаж жасап тұру, ФАП-та қабылдауды дұрыс жүргізу;
- 1 жасқа дейінгі баланың өсіп-дамуын және жүйке – психикалық дамуын дұрыс бағалап, қадағалап отыру;
- балаларды жасына лайықты, рациональды тамақтандыруын қадағалап отыру;
- ата-аналарға баланы жастайынан шынықтыру тәсілдерін, дұрыс күн тәртібін ұйымдастыруды, массаж, гимнастика әдістерін үйрету;
- балалардың жедел басталатын ауруларына ерте диагноз қоя білу;
- жедел аурулар мен сәтсіз жағдайларда алғашқы медициналық көмек көрсету;
- профилактикалық екпелердің жоспарын түзу, екпелерді жүргізу;
- егулерден кейінгі өзгерістерді анықтап, бағалау;
- әлеуметтік қатер тобындағы балаларға көмек ұйымдастыру.

ФАП фельдшерінің жұмысының сапалық көрсеткіштері

1.ФАП қызмет көрсететін аймақта балалар өлімінің болмауы.

2.1 жастан кейінгі қауіп-қатер тобындағы балалар санының 70%-тен артық болмауы.

3.Қауіп-қатер тобындағы балаларды сауықтыру 40%-тен кем болмауы.

4.Шала туылған бала санының 3%-тен аспауы.

5.Жаңа туылған балалар арасында іріңді-септикалық аурулардың болмауы.

6. Абсолютті (түпкілікті) қарсылықтары жоқ балалардың 100% профилактикалық екпелермен қамтылуы.
7. Қажет ететін балаларды диспансерлік бақылауға алу және қайталануға қарсы ем жүргізу - 100% болуы.
8. Жүкті әйелдерді ерте (12 аптаға дейін) есепке алу - 95%-тен кем болмауы.
9. Денсаулыққа кері әсері бар қызметтегі жүкті әйелдердің жұмыс орнын ауыстыруға ықпал ету.
10. Перзентханадан шыққасын алғашқы 3 күн ішінде патронажбен 100% баланы қамту.
11. Табиғи тамақтанатын балалардың үлесі 70%-тен кем болмауы.
12. Ауырған балаларды келесі этапқа өткізуді кешіктірмеу: 3 жасқа дейінгі балаларды 2 сағат ішінде, 3 жастан асқан балаларды 12 сағат ішінде жеткізу.
13. Жедел жағдайларда көрсетілген алғашқы көмек көлемі стандарттарға сәйкес болуы.
14. Мектеп жасына дейінгі мекемелерде балалар арасында жұқпалы аурулардың болмауы.

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы

<https://www.youtube.com/watch?v=8At8WgayeP8>

<https://www.youtube.com/watch?v=-dduXDIVwn0>

https://www.youtube.com/watch?v=c_NDBDf_00c

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

б) оқыту орны: қашықтан ОБА

6. Әдебиеттер: Негізгі

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.

2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.

3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.

4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

- тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

Вакцинаны сақтау температурасы + 8 градустан аспау керек, одан жоғары температурада және қатырған кезде қасиетін жоғалтады.

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%) 12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (

1. Сабақтың тақырыбы: Гипертермиялық синдром .қырысып тырысу синдромы .анафилактикалық шок .

2. Сағат саны: 2 сағ. 90мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

4. Сабақтың мақсаты:

- **оқыту:** оқушыларға Гипертермиялық синдром .қырысып тырысу синдромы .анафилактикалық шок . ауруларын оқытып, үйрету.
- **тәрбиелік:** саламатты өмір салтын қалыптастыру.
- **дамыту:** балаларға жедел көмек көрсете білу.

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=YlgUen3jg18&t=61s>

<https://www.youtube.com/watch?v=UXA4e7CwdZE>

<https://www.youtube.com/watch?v=UXA4e7CwdZE>

<https://www.youtube.com/watch?v=O9vrdD6mdIo>

<https://www.youtube.com/watch?v=7cqWUI-rz8E>

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,
2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.
3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.
4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (К)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.
2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.
3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.
4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

- оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.
- оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.
- сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау

1. Сабақтың тақырыбы: Тыныс алу тапшылығы. Улану кезіндегі шұғыл көмек.

Жедел-қан тамырлар жетіспеушілігі.

2. Сағат саны: 2 сағ. 90 мин (100%)

3. Сабақ түрі: теориялық

Улану - ағзаға улы заттың кіруінің себебінен болатын ағза қызметінің бұзылуы немесе ауруға шалдығуы.

Улы заттарды ішіп қойып, уланып өлу жағдайлары балалардың арасында көп кездеседі. Балаларыңызды мұндай қасіреттен алдын-ала сақтандыру үшін мынандай қауіпсіздік шараларын жасаңыздар:

Керосин, бензин және басқа да у атаулының барлығын және улы сұйық заттарды еш уақытта кока- коладан, алкогольсіз ішімдіктерден босаған шишаларға құйып сақтаушы болмаңыз. Себебі оны балалар сусын шығар деп ішіп қоюы мүмкін.

Улану

- ліндан, қойды тоғытуда қолданылатын ерітінділер және басқа да инсектицидтер мен өсімдік улары;
- Дәрілердің көп дозасын қабылдау да қауіпті, әсіресе құрамында темір қосындысы бар дәрілер;
- Йод езіндісі;
- Хлорлы әк;
- Темекілер;
- Каучуктен немесе ағаштан алынатын спирт;
- Улы жапырақтар, тұқымдар, жидектер мен саңырауқұлақтар;
- Сілтілі немесе
- Көп мөлшердегі тұз да жас балалар мен нәрестелер өмірі үшін қауіпті
- Бұзылған тағам

Егер уланды деп күдіктенсеңіз, дереу мыналарды жасаңыз:

- егер жас сәби ұйықтамай, тынышы кетсе, оны құстырып тастаңыз. тамағына сұқ саусағыңызды салыңыз немесе бір ас қасық ипекак сиропын, артынан бір стакан су ішкізіңіз, әйтпесе оған иіс сабын мен ас тұзы қосылған су ішкізіңіз (бір кесе суға 6 шай қасық тұз қосыңыз).
- егер қол астыңызда активтенген көмір езілген бір кесе су болса, соны беріңіз, ересек адамға бұл микстурадан 2 стакан ішкізіңіз.

Керосин, бензин не күшті қышқыл, ащы, зәрлі заттарды (сілтілерді) ішіп қойған адамды және есінен танып жатқан адамды зорлап құстырушы болмаңыз: егер оның тынымы кетіп сабырсыздана бастаса, оған ішіндегі улы еріту үшін көбірек су, не сүт беріңіз (жас балаға әрбір 15 минут сайын бір стаканнан су беріп отыру керек). Зардап шеккен адам егер тоңып түршігіп жатса, үстіне көрпе жабыңыз, бірақ оны тым ыстықтатып тұмшаламаңыз.

Белгілері: зардап шегуші мойнын ұстап, ештеңе айта алмайды, жан таласа дем алғысы келеді, ауа жетіспегенін сезінді, көгере бастады. Тыныс жолдары жарақаттанған кезде: шуылға ұқсас қатты жөтеледі. Сенің әрекетің: Бөгде

затты тыныс жолдарынан шығару үшін ашық алақаныңмен жауырынның жоғары жағынан қағып ұру керек. Зардап шегушіден аузына саусағын салып зорланып құсуын талап ет, саусақты мүмкіндігінше терең салып өңешті тітіркендіреді. Тыныс алуы тоқтайтын болса, кешіктірмей жасанды тыныс алуды жүргіз. "103 - жедел жәрдемін" барынша жылдамдатып шақыр!

Белгілері: Зардап шегуші кенет жөтеле бастайды, тыныс алуы жиілейді, көгеріп, естен танады. Сенің әрекетің: зардап шегушінің артына тұрып, екі қолыңмен білектеріңді кіндіктен қабырғаға доға бұрышын жасап қой. Оң білек, түйілген жұдырықпен сол білектің үстіне қойылады. Зардап шегушінің ішін өзіңе және жоғары қарай бірнеше рет қатты бас. Тыныс алу жолдарынан бөгде зат шыққанға дейін орында. Егер зардап шегуші естен танса, оны еденге шалқасынан жатқыз, басын шалқайтып "ауызға - ауыз" әдісімен екі рет ауа үрлеу әрекетін жасаңыз. Сонан соң, зардап шегушінің үстіне бөксе жағына қарай отырып, айқастырылған білекпен, енді өзіңнен алға қарай және шамалы төмен жағынан ішін басуды жалғастыр. Әрбір 5 басудан кейін ауыз қуысын қарап шығу қажет. Өте толық немесе екі қабат әйелдерге әдіс төсінің орта жағында жүргізіледі. Балаларға 1 жастан 8 жасқа дейін бір қолмен жасалады. 1 жасқа дейінгі нәрестені тізеңнің үстіне етпетімен жатқызып және алақанның сырт жағымен жауырынның ортасына бес рет жеделдетіп қағып соққы бер. Сонан соң оны шалқасынан жатқызып, төсінің ортасына бір немесе екі саусақпен бас. Нәтиже болмаған жағдайда әдісті қайтала. Әдіс жасау кезінде нәрестенің басы кеудеден төмен болуы тиіс.

Жүрек қызметінің тоқтауы

Белгілері: естен тану, тыныс алу мен тамыр соғысының жоғалуы, терісі көгілдір-сұр. Сенің әрекеттерің: жасанды тыныс алдыру және жүректі жанамалай уқалап, сылау.

Жүректі жанамалай уқалап, сылаудың әдісі: - Зардап шегушінің жанына тізе бүгіп тұрып, оның жағасының түймелерін ағыт, оны тегіс қатты жерге шалқасынан жатқыз. - семсер тәріздес талшықты саусағыңмен сипала; - қолдың екі саусағын мойынға қарай бағыттап қой; - мойынға қарай бағыттап оның қасына алақаныңды бас.

- келесі қолыңның алақанын, қойылған қолдың үстіне қойғанда, екі қолдың саусақтары да жоғары қарап тұруы тиіс; - қолдарды созып дененің салмағын қажетті нүктеге тіктеп түсір, күш созылған қолдар арқылы берілетін болсын. Қысу тәртіптері: Үлкендерге - минутына 60 - 70 -тен кем болмауы тиіс; Жас өспірімдердің кеуде клеткасын 4 см-ге дейін (70-80 рет) қысады; Балаларға - үлкендердің бір қолының күші жеткілікті (100 рет); Нәрестелерге - екі саусақтың күші жеткілікті (минутына 100 - 120 рет).

Жасанды тыныс алудыру мен жүректі уқалап, сылау әдістері (жүрек - өкпе реанимациясы)

Есінде болсын! Тек қана естен тану, тамырлардың соқпауы, тыныс алудың жоқтығы кезінде жүргізіледі!

- Зардап шегушіні шалқасынан жатқыз (мықты, қатты жерге), аяғын көтеріңкіреп қой. - Зардап шегушінің өкпесіне екі рет ауа үрлеу әрекетін жаса, содан кейін жүрегіне жабық уқалау, сипалау жұмыстарын жүргіз: - бір қалыппен: 15 рет - жүректі жанамалай сылаумен және 2 рет - өкпені жасанды желдендіру әдістерін жаса. Осындай 4 циклден кейін тағы тамыр соққанын тексер, егер байқалмаса онда: Жүрек - өкпе реанимациясын жалғастыр. Жүрек - өкпе реанимациясын: -терінің қызаруы; -ұйқы күре тамырының соғысын байқалу; - қайта тыныс ала бастаған кезде табысты өткізілді деп санауға болады.

ТЖ органдары сейсмикалық белсенділіктің басылуы туралы хабарлайды. Адамдар біршама тынышталып, аман қалған үйлеріне қайта бастайды. Аз уақыт ішінде таң атады. Күтпеген апаттан қираған тірлікті қайта қалпына келтіре бастайды.

Құсу, лоқсу

Белгілері: ауыз арқылы асқазанның ішіндегісі еріксіз шығады. Сенің әрекетің: - Лоқсу басылғанға дейін қатты тамақ берме. Лоқсығанына қармастан, құсу көпке дейін тоқтамаса да көбірек сұйықтық бер. - Егер құсқан кезде бас қатты ауыратын болса, немесе іш ауырса, егер құсық массасы қан араласқан болса немесе қара, қоңыр кофе қоюлығына ұқсаса, жылдам

Араның, сонаның, есек араның шағуы

Сенің әрекетің: - Егер шаққан жерде бізі қалса, оны қысқышпен байқап алып таста (ара бізін қалдырмайды). - Жараға жартылай спиртті компресс немесе бал шелпегін қой (бақбақ гүлі сабағының "сүтін" қолдануға болады). пипольфен немесе супростин дәрмектерін ішкіз.

Аллергиялық естен тану дамыған кезде

Белгілері: күре тамыр қысымы күрт түседі, демігу, жүрек айналасының және іштің ауруы, естен тану. Есінде болсын! Ауру жағдайында аллергия организмге енгеннен кейін 1-2 минуттың ішінде өліп кетуі мүмкін.

Сенің әрекетің: сырқатты шалқасынан оның аяғы басынан биік болатындай етіп жатқыз. Тар кимідерінің түймелерін ағыт. Таза ауаның кіруін қамтамасыз ет.Кененің шағуы

Белгілері: қал сияқты қара дақ. Шаққан жері білінбейді, ауырмайды (немесе қызыл көпіршік, - қанды сорған кене). Сенің әрекетің: кенемен терінің төңірегіне сұйық май тамызып, сәлден соң оны қысқыштың ұшымен теріден баяу қозғалыспен алып таста. Егер қысқыш жоқ болса, кененің басы терімен түйіскен жерге жай жіп ілгекпен байланады. Жіптің ұшын тартқанда оның ілгегі кенені ақырындап тартып шығарады. Шыққан жерін йодтың

ерітіндісімен, зеленке немесе спиртпен сүрт. Теріні тілуге және күйдіруге болмайды. Қалаға келгеннен кейін емханаға қарал. Жыланның шағуы

Сенің әрекетің: - Кешіктірмей аузыңмен уды сорып таста. Егер аузыңда жара жоқ болса, бұл әрекет 10-15 минут бойы жүргізіледі. - Зардап шегушіні тыныштандырып, жатқызып қой. - Қолды шаққан кезде бүгіп, байлап қой. - Аяқты шаққан кезде оны екінші аяғына бинтпен таңып таста. - Зардап шегушіге сусынды көп ішкіз (шай, минерал немесе жай су). - Ауруды басатын кез-келген дәрілердің 1-2 таблеткасын ішкіз. - Зардап шегушіні жатқан бойында емдеу мекемесіне жеткіз.

Назар аудар! Шаққан жердің жоғарғы жағына бұрау қоюға, шаққан жерді күйдіруге, кесуге болмайды!

оқыту: оқушыларға балалардағы жедел жағдай кезіндегі көмекті оқып, үйрету

тәрбиелік: саламатты өмір салтын қалыптастыру.

дамыту:

5. Материалды – техникалық жабдықталуы:

а) техникалық құралдар: компьютерлер, интерактивті тақта, мультимедиялық құрылғы.

ә) көрнекі және дидактикалық құралдар: өзіндік жұмыстарға арналған кестелер, тест тапсырмалары, жағдайлық есептер, сөзжұмбақ.

<https://www.youtube.com/watch?v=GCOPgG-2i4U>

https://www.youtube.com/watch?v=r4KK2_jYFkE

<https://www.youtube.com/watch?v=6bkzNVCYAH8>

б) оқыту орны: қашықтан

6. Әдебиеттер:

Негізгі (Н)

1. Балалар аурулары: оқулық / ред. басқ. А. А. Баранов; қаз. тіліне аударған жауапты ред. Б. Т. Түкбекова. - 2-бас., түзет. және толықт. - М. : ГЭОТАР - Медиа,

2. Исаева, Л. А. Балалар аурулары. Т. 1: оқулық / Л. А. Исаева, Н. А. Геппе, К. Асқамбай. - Алматы : Эверо, 2015. - 192 бет с.

3. Түсіпқалиев, Б. Балалар аурулары: оқулық. - Ақтөбе : ЖШС "А-Полиграфия", 2012. - 1144 бет. с.

4. Хабижанов, Б. Х. Педиатрия. 2 томдық. Т. 1: оқулық / Б. Х. Хабижанов, С. Х. Хамзин ; ҚР БҒМ; ҚР денсаулық сақтау м-лігі; С. Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ. - 3-бас., қайта қаралған және толықт. ; ҚР БҒМ бекіткен. - Алматы : Б. ж., 2012. - 594 бет. с.

Қосымша (Қ)

1. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі: анықтама / Е. Т. Дадамбаев. - Алматы : Б. ж., 2011. - 292 бет. с.

2. Аюпова С. Х. Клиникалық педиатрия : педиатрия бойынша екі томдық нұсқау. Т. 2. - Алматы: БАУР, 2008.

3. Дадамбаев, Е. Т. Амбулаторлық- емханалық педиатрия [Электронный ресурс] : оқулық / Электрон. текстовые дан. (1.85Гб). - Алматы : Эпиграф, 2016.

4. Балалар аурулары пәнінен электронды оқу құралы [Электронный ресурс] : медициналық колледждерге арналған электронды оқу құралы / Ғ. Н. Бимурзаев [ж. б.] ; ҚР денсаулық сақтау министрлігі; Техникалық және кәсіптік білім беру; Медициналық мамандықтарға арналған. - Электрон. текстовые дан. (13,2 Мб). - Түркістан : ОҚО, 2012. - эл. опт. диск (CD-ROM).

7. Ұйымдастыру кезеңі: 5 мин (6%)

оқушылардың сабаққа қатысуын тексеру.

оқушылардың сабаққа дайындығын тексеру.

сабақтың мақсаты мен міндеті.

8. Оқушылардың өтілген тақырып бойынша білімін тексеру. 15 мин (16%)

тест тапсыру арқылы білімін тексеру, сұрау.

9. Жаңа сабақты түсіндіру: 40 мин (44%)

10. Жаңа тақырыпты бекіту. 20 мин (22%)

11. Сабақты қорытындылау. 5 мин (6%)

- Оқушылардың білім деңгейін бағалау.
- Келесі сабақтың тақырыбын хабарлау.

12. Үйге тапсырма беру. 5 мин (6%)

Қ-1, бөлім-9, 285-292 бет. Қ-6, бөлім-8, 276-289 бет.