

QNTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»	ОРИГИНАЛ
«Клиникалық пәндер» кафедрасы			044-67/11
Дәріс кешені			

**«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы»
АҚ жанындағы медицина колледжі**

Дәріс кешені

Пән: «Педиатрия негіздері»
Мамандығы: 09110100 «Стоматология»
Біліктілігі: 4S09110102 «Дантист»

Курс: 2, 3
Семестр: 4
Бақылау түрі: Диф. сынақ
Жалпы сағат саны барлығы (сағат/кредиттер) KZ: 24/1
Аудиториялық: 12

Шымкент 2023 ж.

OÑTÝSTIK QAZAQSTAN

MEDISINA
AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL
ACADEMY

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

044-67/11

Дәріс кешені

Дәріс кешені пән «Педиатрия негіздері» бойынша жұмыс бағдарламасы негізінде құрастырылған.

Оқытушы: Бекназарова А.А.

Мамандығы: 09110100 «Стоматология»

Біліктілігі: 5AB09110102 «Дантист»

Дәріс кешені «Клиникалық пәндер» кафедра мәжілісінде қаралды.

хаттама № 1 «08» 09 2023ж.

Кафедра меңгерушісі *Махмут А.Ә.* Махмут А.Ә.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

Дәріс №1

4.1. Тақырыбы: Баланың тірек-қимыл аппаратының анатомия -физиологияның ерекшеліктері.

4.2. Мақсаты: Баланың тірек-қимыл аппаратының анатомия -физиологияның ерекшеліктері үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Адамның тірек-қимыл жүйесін сүйек тіні, бұлшықет ұлпасы, байламдар,буындар,буын капсуласы шеміршек тіні құрайды. Тірек қимыл жүйесі адамның кеңістіктегі қимыл қозғалысын реттеуге қатысады, сонымен қатар механикалық, қорғаныш қызметтерін атқарады.

Балалардағы ерекшелігі: Бала туған кезде оссификация процессі толығымен аяқталмайды. Түтікшелі сүйектің диафизі сүйек тінінен,ал эпифизі шеміршек тінінен тұрады. Эмбрионалдық дамудың соңғы сатысында эпифизде сүйектену орындары пайда болады. Бірақ көп бөлігі туылған соң алғашқы 5-1,5 жылдарда дамиды. Жаңа туылған нәрестелердің сүйек тіні саңылаулы ретикулофиброзды торлы құрылымға ұқсайды. Өсу барысында сүйектің қайта қалпына келіп отыруы 3-4 жас аралығында ретикулофиброздыдан табақшалы сүйекке алмасып үнемі өзгеріп отырады. Түтікшелі сүйектердің сүйектенуі жыныстық жетілу кезінде аяқталады: әйелдерде 17-21 жас,ер адамдарда 19-24 жас аралығында. Жасқа байланысты сүйектің құрамындағы минералды заттар мен органикалық заттар өзгеріп отырады.Балаларда ересектермен салыстыранда минералды заттар аз да, органикалық заттар мен су көп болады. Өсу барысында,яғни кіші жаста ғы балалара сүйекте кальций көп болса, кейінгі жылдары фосфор мөлшері артады, балаларда минералды заттар сүйек салмағының екіден бір мөлшерін құраса, ересектерде бестен төртін ғана құрайды. Сүйектің химиялық құрамы мен құрылысына байланысты оның физикалық қасиеті де өзгереді. Балаларда сүйек иілгіш және сынғыш келеді. Шеміршек тіні де серпімді болып келеді. Өсу барысында, яғни кіші жастағы балалара сүйекте кальций көп болса, кейінгі жылдары фосфор мөлшері артады.балаларда минералды заттар сүйек салмағының екіден бір мөлшерін құраса,ересектерде бестен төртін ғана құрайды. Сүйектің химиялық құрамы мен құрылысына байланысты оның физикалық қасиеті де өзгереді. Балаларда сүйек иілгіш және сынғыш келеді. Шеміршек тіні де серпімді болып келеді. Сүйек тінінің жасқа сай ерекшелігін гаверсон каналының құрылысы мен орналасуына байланысты да байқауға болады. Ересек адамдарда оның саны азаяды. Балаларда сүйек тінінде жасушааралық зат аз болады. Сүйек беті тегіс болып келеді. Периост бала неғұрлым жас болса соған байланысты сүйекпен жанасып жатады және ол балаларда қалындау орналасқан,екеуінің арасының бөлінуі 7 жаста толығымен аяқталады. Сүйектің қанмен қамтамасыз етілуі балаларда жоғары,ол оның жылдам қалпына келуі мен өсуін қамтамасыз етеді. Эмбрионалдық даму кезінде барлық сүйектер қызыл жілік майымен толтырылған. 12жасқа қарай сүйек сыртқы пішіні миен гистологиялық құрылысы ересектерге біршама ұқсайды.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Балалардағы тірек-қимыл жүйесі мен тері патологиясының даму ерекшеліктері?
2. Остеопатия дегеніміз не?
3. Миопатиялар дегеніміз не?

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

Дәріс №2

4.1. Тақырыбы: Ауыз қуысының шырышты қабатының анатомия – физиологияның ерекшеліктері.

4.2. Мақсаты: Ауыз қуысының шырышты қабатының анатомиясының балалардағы физиологияның ерекшеліктерін үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Ауыз қуысының анатомиясы Ауыз қуысы (полость ртасcavitas oris), немесе ауыз (рот-stoma) ас қорыту жолының бастапқы бөлігі, алдынан және бүйірінен ерінмен, ұртпен шектелген, жоғарыдан қатты және жұмсақ таңдаймен, төмен жағынан ауыз табанымен шектелген. Еріндер бірбірімен жанасқанда ауыз тесігі саңылауға ұқсас, ал ашқан кезде домалақ пішінге ие.

Ауыз қуысы немесе ауыз іші екі бөліктен тұрады Алдыңғы бөлігі – ауыз кіреберісі (преддверие рта- vestibulum oris) алдынан және бүйірінен ерінмен және ұрттармен шектелген, төбесі және табаны ауыспалы қатпарлармен шектелген, ішкі жағынан тістермен, альвеола өсінділерінің кілегей қабығымен шектелген.

Нағыз ауыз қуысы Артқы бөлігі нағыз ауыз қуысы немесе ауыз іші (собственно ротовая полостьcavitas oris propria) көмей арқылы жұтқыншақ қуысымен қосылады.

Ауыздың кілегей қабығы Ауыз ішін кілегей қабық жауып жатады (тістерден басқа аймақтарын) және үш қабаттан тұрады:

1. көпқабатты жазық эпителий.
2. нағыз кілегей қабық немесе нағыз дәнекер тінді кілегей қабат.
3. кілегей қабық асты қабаты.

Жазық эпителий мүйізгектенетін және мүйізгектенбейтін болып екі түрге бөлінеді. Мүйізгектенетін эпителий қатты таңдайды, қызылиектерді, еріндер жиегін, ұрттағы тістердің тістесу деңгейін (тістердің түйісу сызығы), тілдің жіпке ұқсас бүртіктерін жауып тұрады. Ауыз ішінің басқа аймақтары мүйізгектенбейтін эпителиймен жабылған.

Мүйізгектенетін эпителий

1. мүйізді қабат
2. дәнді (түйіршікті) қабат
3. тікенекті қабат
4. базальды қабат

Мүйізді қабат

Ауыз қуысына қарайды, түленеді.

Клеткалары жалпақ, ядросыз.

Дәнді қабат

Сопак клеткалардан тұрады, цитоплазмасында кератогиалин түйіршіктері бар.

Тікенекті қабат

Бірнеше қатар орналасқан полигональды пішінді клеткалардан тұрады.

Базальды қабат (базальный. ростковый) қабат- өскін Цилинд немесе куб тәрізді бір қатар орналасқан клеткалардан тұрады, базальды мембранаға жабысып тұрады. Базальды клеткаларда домалақ пішінді ядросы бар. Базальды қабатта ұзын өсінділері бар жұлдыз тәрізді клеткалар кездеседі – Лангерганс клеткалары. Базальды қабат клеткаларының арасында бірен-саран лейкоциттер табылады және меланоциттер.

Мүйізгектенбейтін эпителий

1. жалпақклеткалардың қабаты
2. тікенекті қабат
3. базальды қабат

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

Мүйізгектенбейтін эпителий

1. Жұмсақ таңдай
2. Қызыл иек сайындағы эпителий
3. Ауыз қуысының түбі
4. Тілдің төменгі жағы
5. Ұрт
6. Ерін

Нағыз дәнекер тін қабаты екі қабаттан тұрады

1. бүртіккі қабат, шекарасы толқынға ұқсас эпителий қабатына кіріп жатады, капиллярларға бай борпылдақ тінге жатады.
2. Оның астында торлы қабат орналасады және көлденең орналасқан коллагенді, ретикулярлы талшықтар шоғырынан және клеткалық құрылымдардан тұрады. Клеткалық құрылымдарға фибробласттар, толықша клеткалар, плазмациттер, сигменттіядролы лейкоциттер жатады.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Балалардағы сілекей бездерінің жіктелуі?
2. Балалардағы анатомиялық ерекшеліктері?

Дәріс №3

4.1. Тақырыбы: Фондық аурулар.

4.2. Мақсаты: Студенттердің фондық патологиясы бар балаларды диспансерлеу сұрақтары бойынша білімдері мен дағдыларын қалыптастыру.

4.3. Дәріс тезистері:

Рахит – сәбилердің қарқынды өсукезеңінде Д витамині мен оның белсенді метаболиттерінің аздығына байланысты кальцийфосфор алмасуы өзгерісімен, сүйектердің минералдануы мен сүйек құрылуының және негізгі ағзалар мен жүйелер қызметінің бұзылуымен сипатталатын ауру.

Рахиттің клиникасы Көкірек клеткасының өзгерісінен төменгі шеттері (апертурасы) кеңейіп, диафрагмамен бекіген жерінде белбеумен таңып тастағандай- Горрисон бороздасы пайда болады, “тауық”, не “етікші” кеудесі сияқты деформацияға ұшырайды. Бала отыра бастаған кезде, байланыстырушы аппарат әлсіздігінен бұлшықет гипотониясымен омыртқа зақымдануынан омыртқа артқа қарай қисаяды – кифоз- рахит бүкірлігі болуы мүмкін. Кәрі жіліктің астында, шынтақта сирегірек ортан жілік пен жіліншікте рахит “білезігі” және саусақ буындарында “білезігі” және саусақ буындарында “жемчужные нити- маржан тізбесі” пайда болады. Аяқтың О не Х тәрізді қисаюы бала жүре бастағанда пайда болады.

Рахиттің классификациясы.

Ауырлығы жағынан үш сатыға бөлінеді:

• I саты –жеңіл,

III саты –ауыр.

II саты-орташа ауыр,

Ауру кезеңіне қарай:

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

• бастапқы кезең, қызған кезең, реконвалесценция және қалдық көріністерге бөлінеді. Сипатына қарай:

• өткір- ауыр, ауырлау, қайталанған түрлері болады.

Рахиттің антенатальдық арнайы алдын алу

Жүктіліктің 28-30 аптасынан бастап 6-8 апта бойына күн сайын 400-500 МЕ-дан Д витаминін береді. Жүктіліктің соңғы 3-4 айында гендевит поливитаминін күніне 1-2 дражеден беруге болады (бір дражеде 250 ХБ Д2 витамині бар). Жасы 35-тен асқан, сонымен қатар жүрек-қанатамырлары жүйесінің дерті бар жүкті әйелге Д витаминімен рахиттің алдын алуын жүргізуге болмайды.

Арнайы емес алдын алу

Рахиттің диспансеризациясы: Рахитпен ауырған балаларды 3 жылға диспансерлеу керек, әр тоқсанда 1 рет бақылып тұрады. Диспансерлеудің алғашқы 2 жылында олар жүйелі емдік шаралар жүргізуді қажет етеді. Олардың жүйкепсихикалық дамуында ата-аналар жағынан мұқият ынталандыруды талап етеді. Зерттеу көлеміне қанды Са тексеру, несепті Сулкович реакциясы арқылы тексеру жатады. Рахит бар балаларға сақтандыру егулерін жасауға болады, тек ем аяқталған соң.

Гипотрофия анықтамасы

Торланудың созылмалы бұзылыстары дистрофия (гр dys- бұзылыс, troph- нәрлену) – торлану және тіндер трофикасының созылмалы бұзылысы, осыдан сәбидің дұрыс, үйлесімді дамуының қалпынан таюы.

Гипотрофия (гр- huro- асты, troph- нәрлену, қоректену) – торланудың созылмалы бұзылысының салмақ кемістігімен көрінісі.

Гипотрофияның клиникасы

Гипотрофияның өзіне тән клиникалық симптомы баланың қатты жүдеуі болып табылады. Оны айқындалуына қарай ауырлықтың 3 дәрежесіне бөледі.

I дәреже – қарындағы тері қыртысының қалыңдығы жұқарады. Салмақ тапшылығы 10-20 % нормамен салыстырғанда.

II дәреже – жүдеуі өте айқын. Тері өзінің серпімділігін және созылмалығын жоғалтады. Бала мазасыз: аштығын көрсетіп, қомағайланып еміп аузына жұдырығын, еміздік салады. Қарындағы тері асты май қыртысы жоғалады, беті жүдейді. Салмақ тапшылығы 20-30%. Терісі боз, бос., қыртыс-қыртыс, тәбеті төмендеген. Бала алдында үйренген қимылдары мен әдеттерін жоғалтып, сөйлеуі кешігеді, организмнің инфекцияға және қоршаған ортаны қолайсыз факторларына төзімділігі төмендейді.

III дәреже – бұл арып арықтау. Май тіпті беттен де кетеді. Жүдеген бетте әжімдер пайда болады. Аузы ашық түсті – “торғай” ауыз. Шашы құрғақ, сынғыш, ұяланып шаш түседі. Тері құрғақ, созылғыштығы мүлдем жойылған, жұқа, жазыла қоймайтын қыртыстар пайда болады. Сусыздану симптомдары пайда болады үлкен дәрет пен несеп азаяды, үлкен еңбек төмен түсіп, ауыздың шырышты қабықтары кебеді. Салмақ тапшылығы 30-дан астам.

Гипотрофияның емі

Гипотрофияның емі оны тудыратын себептерді жоюға бағытталуы керек. Гипотрофияның сатыларында мына емдік шаралар жүргізіледі:

- 1) тағам балаға оның жасына сай тағайындалады;
- 2) тамақтандыруда жасына сай не 1 ретке артық;
- 3) тәбет ашатын ферменттер 2-3 аптаға тағайындалады;
- 4) витаминдер жасына сай дозада (С, А, Д, РР)

Дәрі дәрмек пен емдеу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

1. ОЖЖ функциясының бұзылыстарын жою (валерианка, пустырник беріледі). Құсып тастаса – пипольфен 2,5% - 2мл + 0,25% новокаин 100,0 тамақтануға 15-20 минут қалғанда 1 шай қасықтан 3 рет беріледі.
2. Ферментті терапия пепсин 1% (асқазан сөлі, фестал 0,075; панкреатин 0,1; абомин 0,2 ½ таблеткадан 3 рет; дигестал 0,3 т.б)
3. Ішек флорасын қалпына келтіру үшін бифидум бактерин (нәрестелерге), лактобактерин, колибактерин (II жарты жылда) 2-5 дозадан 3-4 рет қолданылады.
4. Зат алмасуды жақсартып және ынталандыру үшін: апилак 2-5мг х 2-рет №14-15, анаболикалы гормондар: нерабол 0,1мк/кг, ретобол 5%-1мл/кг 1-рет 2-3 жетіде.
5. Ауыр гипотрофияда плазма, қан, иммуноглобулиндер жасалады.
6. Сылау мен гимнастика.

Гипотрофия диспансеризациясы Гипертрофиямен ауырған балдарды бөлімшелік педиатр 2 аптада 1 рет, ал жеке мамандар көрсеткішіне қарай бақылайды. Қосымша зерттеуге айына 1 рет антропометрия, қан мен зәр анализі. Салмақ, бой өсу көрсеткіші қалпына келген соң ғана есептен шығарады.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. фондық аурулар дегеніміз не?
2. Фондық ауру бар балаларды диспансерлеу дегеніміз не?.

Дәріс №4

4.1. Тақырыбы: Фондық аурулар.

4.2. Мақсаты: Студенттердің фондық патологиясы бар балаларды диспансерлеу сұрақтары бойынша білімдері мен дағдыларын қалыптастыру.

4.3. Дәріс тезистері:

Рахит – сәбилердің қарқынды өсукезеңінде Д витамині мен оның белсенді метаболиттерінің аздығына байланысты кальцийфосфор алмасуы өзгерісімен, сүйектердің минералдануы мен сүйек құрылуының және негізгі ағзалар мен жүйелер қызметінің бұзылуымен сипатталатын ауру.

Рахиттің клиникасы Көкірек клеткасының өзгерісінен төменгі шеттері (апертурасы) кеңейіп, диафрагмамен бекіген жерінде белбеумен таңып тастағандай- Горрисон бороздасы пайда болады, “тауық”, не “етікші” кеудесі сияқты деформацияға ұшырайды. Бала отыра бастаған кезде, байланыстырушы аппарат әлсіздігінен бұлшықет гипотониясымен омыртқа зақымдануынан омыртқа артқа қарай қисаяды – кифоз- рахит бүкірлігі болуы мүмкін. Кәрі жіліктің астында, шынтақта сирегірек ортан жілік пен жіліншікте рахит “білезігі” және саусақ буындарында “білезігі” және саусақ буындарында “жемчужные нити- маржан тізбесі” пайда болады. Аяқтың О не Х тәрізді қисаюы бала жүре бастағанда пайда болады.

Рахиттің классификациясы.

Ауырлығы жағынан үш сатыға бөлінеді:

- I саты –жеңіл,
- III саты –ауыр.
- II саты-орташа ауыр,
- Ауру кезеңіне қарай:

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Дәріс кешені		

• бастапқы кезең, қызған кезең, реконвалесценция және қалдық көріністерге бөлінеді. Сипатына қарай:

• өткір- ауыр, ауырлау, қайталанған түрлері болады.

Рахиттің антенатальдық арнайы алдын алу

Жүктіліктің 28-30 аптасынан бастап 6-8 апта бойына күн сайын 400-500 МЕ-дан Д витаминін береді. Жүктіліктің соңғы 3-4 айында гендевит поливитаминін күніне 1-2 дражеден беруге болады (бір дражеде 250 ХБ Д2 витамині бар). Жасы 35-тен асқан, сонымен қатар жүрек-қанатамырлары жүйесінің дерті бар жүкті әйелге Д витаминімен рахиттің алдын алуын жүргізуге болмайды.

Арнайы емес алдын алу

Рахиттің диспансеризациясы: Рахитпен ауырған балаларды 3 жылға диспансерлеу керек, әр тоқсанда 1 рет бақылып тұрады. Диспансерлеудің алғашқы 2 жылында олар жүйелі емдік шаралар жүргізуді қажет етеді. Олардың жүйкепсихикалық дамуында ата-аналар жағынан мұқият ынталандыруды талап етеді. Зерттеу көлеміне қанды Са тексеру, несепті Сулкович реакциясы арқылы тексеру жатады. Рахит бар балаларға сақтандыру егулерін жасауға болады, тек ем аяқталған соң.

Гипотрофия анықтамасы

Торланудың созылмалы бұзылыстары дистрофия (гр dys- бұзылыс, trophenәрлену) – торлану және тіндер трофикасының созылмалы бұзылысы, осыдан сәбидің дұрыс, үйлесімді дамуының қалпынан таюы.

Гипотрофия (гр- hуро-асты, trophe- нәрлену, қоректену) – торланудың созылмалы бұзылысының салмақ кемістігімен көрінісі.

Гипотрофияның клиникасы

Гипотрофияның өзіне тән клиникалық симптомы баланың қатты жүдеуі болып табылады. Оны айқындалуына қарай ауырлықтың 3 дәрежесіне бөледі.

I дәреже – қарындағы тері қыртысының қалыңдығы жұқарады. Салмақ тапшылығы 10-20 % нормамен салыстырғанда.

II дәреже – жүдеуі өте айқын. Тері өзінің серпімділігін және созылмалығын жоғалтады. Бала мазасыз: аштығын көрсетіп, қомағайланып еміп аузына жұдырығын, емізік салады. Қарындағы тері асты май қыртысы жоғалады, беті жүдейді. Салмақ тапшылығы 20-30%. Терісі боз, бос., қыртыс-қыртыс, тәбеті төмендеген. Бала алдында үйренген қимылдары мен әдеттерін жоғалтып, сөйлеуі кешігеді, организмнің инфекцияға және қоршаған ортаны қолайсыз факторларына төзімділігі төмендейді.

III дәреже – бұл арып арықтау. Май тіпті беттен де кетеді. Жүдеген бетте әжімдер пайда болады. Аузы ашық түсті – “торғай” ауыз. Шашы құрғақ, сынғыш, ұяланып шаш түседі. Тері құрғақ, созылғыштығы мүлдем жойылған, жұқа, жазыла қоймайтын қыртыстар пайда болады. Сусыздану симптомдары пайда болады үлкен дәрет пен несеп азаяды, үлкен еңбек төмен түсіп, ауыздың шырышты қабықтары кебеді. Салмақ тапшылығы 30-дан астам.

Гипотрофияның емі

Гипотрофияның емі оны тудыратын себептерді жоюға бағытталуы керек. Гипотрофияның сатыларында мына емдік шаралар жүргізіледі:

- 1) тағам балаға оның жасына сай тағайындалады;
- 2) тамақтандыруда жасына сай не 1 ретке артық;
- 3) тәбет ашатын ферменттер 2-3 аптаға тағайындалады;
- 4) витаминдер жасына сай дозада (С, А, Д, РР)

Дәрі дәрмек пен емдеу

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

1. ОЖЖ функциясының бұзылыстарын жою (валерианка, пустырник беріледі). Құсып тастаса – пипольфен 2,5% - 2мл + 0,25% новокаин 100,0 тамақтануға 15-20 минут қалғанда 1 шай қасықтан 3 рет беріледі.

2. Ферментті терапия пепсин 1% (асқазан сөлі, фестал 0,075; панкреатин 0,1; абомин 0,2 ½ таблеткадан 3 рет; дигестал 0,3 т.б)

3. Ішек флорасын қалпына келтіру үшін бифидум бактерин (нәрестелерге), лактобактерин, колибактерин (II жарты жылда) 2-5 дозадан 3-4 рет қолданылады.

4. Зат алмасуды жақсартып және ынталандыру үшін: апилак 2-5мг х

2-рет №14-15, анаболикалы гормондар: нерабол 0,1мк/кг, ретоболил 5%-1мл/кг 1-рет 2-3 жетіде.

5. Ауыр гипотрофияда плазма, қан, иммуноглобулиндер жасалады.

6. Сылау мен гимнастика.

Гипотрофия диспансеризациясы Гипертрофиямен ауырған балдарды бөлімшелік педиатр 2 аптада 1 рет, ал жеке мамандар көрсеткішіне қарай бақылайды.

Қосымша зерттеуге айына 1 рет антропометрия, қан мен зәр анализі. Салмақ, бой өсу көрсеткіші қалпына келген соң ғана есептен шығарады.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Фондық аурулар дегеніміз не?

2. Фондық ауру бар балаларды дипасерлеу дегеніміз не?.

Дәріс №5

4.1. Тақырыбы: Шырышты қабықтың аурулары ауыз қуысы: стоматит, молочница.

4.2. Мақсаты: Балалардағы ауыз қуысының шырышты қабатының ауруларын ажырата білуді, оның алдын алуды үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Вирусты сүйелдер Вирусты сүйелдер – вирустан пайда болған қатерлі емес өскіндер (1-2 мм – 1 см) Ауыз қуысында шырышты қабықта сүйелдердің 2 түрі кездеседі: жалпақ және өткір ұшты. Жалпақ сүйел қалыңдаған папулаға ұқсас, сау шырышты қабықтың бетінен аздап шығып тұрады. Сүйелдің кескіні дәл, дөңгелек, шырышты қабыққа қарағанда түсі анық болады. Ұшы өткір сүйел бозғылт-алқызыл түсті өткір ұшты емізікшелі түрде болады. Жеке элементтері бірігіп, түрлітүсті орамжапыраққа ұқсас вегетация құрайды.

Сүйелдердің орналасуы

1. Ауыз қуысының алдыңғы бөлігі

2. Тілдің алдыңғы бөлігінің бүйір беттері

3. Қол терісі

4. Өңештің шырышты қабығы

5. Көз конъюнктивасы

6. Сыртқы жыныс мүшелері

Сүйелдердің диагностикасы

Ауыз қуысының папилломасы мен басқа да өскіндермен диагностикалайды.

Папиллома жіңішке аяқта орналасады, жұмсақ консистенциялы, жалғыз.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

Герпетикалық ангина (везикулярлы фарингит, афтозды фарингит, загорский ауруы)

Қоздырғышы: Коксаки А, В энтеровирусы, вирус ЕСНО Ауру бастамасы жедел, қалтыраумен өтетін, жалпы жағдайдың нашарлауы, темп. көтерілуі, Кішкентай балаларда: селкілдек тырыспа, құсу, сілекейдің көп бөлінуі.

Клиникалық көрінісі: аурудың 2-4 күні ауыз қуысының артқы бөлігінің шырышты қабығында, жұмсақ таңдайда, бадамша бездерде, жұтқыншақтың артқы қабырғасының тілшігінде серозды жеке дара везикулалар пайда болады. Везикулалар жойылып, эрозияға айналады. Жыныс мүшелерінде, көз конъюнктивасында бөртпелер шығады. Бөртпелер қайталамалы. Лимфа түйіндері үнемі біршама емес ұлғайған.

Шағымы: Тамақ қабылдағанда, жұтынғанда ауру сезімі. Салыстырмалы диагностика: қарапайым герпес.

Везикулярлы стоматит

Қоздырғышы: Коксаки А-16 (5,9,10) В1 және В3, ЕСНО энтеровирустары Жұғу жолы: ауалы-тамшылы, фекальды-оральды жол.

Жұқтырылатындар:

- Имунитеті нашарлаған және жедел респираторлы аурумен ауырған балалар
- 1-3 -8 жасқа дейінгі балалар.

Шағымы: жоғары температура, тітіркендіргіштік, апатия, әлсіздік, тамақтағы ауру сезім, тәбеттің нашарлауы.

Клиникалық көрінісі: Ауыздың алдыңғы бөлігінің шырышты қабығында және қол-аяқ терісінде везикулярлы бөртпелер пайда болады. Бөртпелер қайталамалы, әрбір бөртпе қалтыраумен бірге жүреді. Бөртпелер жарылып, фибринозды қақпен жабылған эрозияларға айналады. Салыстырмалы диагностика: герпангина, қарапайым герпес.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Ауз қуысының шырышты қабатының ауруларына не жатады?
2. Ауыз қуысының зеңдік ауруларына не жатады?
3. Герпетикалық стоматиттің белгілері?

Дәріс №6

4.1. Тақырыбы: Шырышты қабықтың аурулары ауыз қуысы: тамақ ауруы, созылмалы тонзиллит.

4.2. Мақсаты: Ауыз қуысы бездерінің ауруларының белгілерін диагностикалауды үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Тонзиллит – инфекциялық зақымдану нәтижесінде бадамша бездің қабынуы пайда болатын ауру. Стрептококк және стафилококк зақымданулары жиі байқалады. Жедел тонзиллит өте айқын белгілермен сипатталады, ол байқалмай қалмайды. Егер тонзиллиттің дұрыс емі жүргізілсе, ауру қайталанулары мүмкін созылмалы кезеңге өтеді. Бұл ауру 5-10 жас аралығындағы балаларда жиі кездеседі. Созылмалы түрінде өршу жылына бірнеше рет болады.

Аурудың ерекшелігі

Тонзиллит - бадамша бездердің жұқпалы және қабыну зақымдануы. Бұл тыныс алу жолдарының жиі кездесетін ауруы. Палатинді бадамша бездер имунитетті дамытуға қатысатын және ішкі органдарға патогендердің енуінен қорғауды қамтамасыз ететін

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

иммундық жүйенің маңызды органы болып табылады. Алайда кейбір жағдайларда бадамша бездердің өзі инфекцияның негізгі көзіне айналады.

Бадамша бездердің беті көптеген лакуналардан тұрады, оларда тамақ бөлшектері, патогендік микробтар және іріңді заттар сақталады. Тонзиллит кезінде патологиялық процесс негізінен таңдай бадамша безіне әсер етеді, ал мұрын-жұтқыншақ, тіл және көмейдің бадамша бездері әлдеқайда сирек қабынуға ұшырайды. Ауру ересектер мен 5 жастан асқан балаларға әсер етеді. Негізінен бұл ауру маусымдық аурушандықпен сипатталады.

Негізгі классификация

Тонзиллитті емдеу көбінесе аурудың түріне байланысты. Ағынның дәрежесі бойынша өткір және созылмалы тонзиллит сияқты формалар бөлінеді. Жедел түрі, өз кезегінде, бөлінеді:

- фолликулярлық;
- некротикалық;
- lacunar;
- фильмді.

Негізгі бактериялық қоздырғыш гемолитикалық стрептококк болып табылады және кейбір жағдайларда оны хламидиоз және микоплазмалар да қоздыруы мүмкін. Жедел тонзиллит емдеу міндетті түрде күрделі болуы керек, өйткені ауру өте тез созылмалы болуы мүмкін. Ангина өте ауыр симптомдармен және тамақтың жедел қабынуымен жүреді.

Созылмалы тонзиллит емдеу ұзағырақ, өйткені бұл жұтқыншақ бадамша бездерінде бірнеше ай бойы пайда болатын және бұрынғы тамақ ауруы болғаннан кейін дамиды. Патологияның созылмалы түрі қарапайым немесе токсикалық-аллергиялық болуы мүмкін. Қарапайым кезеңмен жергілікті белгілер байқалады, ал ағып кетудің аллергиялық түрі үшін патология әл-ауқаттың жалпы нашарлауымен сипатталады. Сонымен қатар, созылмалы тонзиллит компенсациялануы немесе декомпенсациялануы мүмкін. Соңғы түрі мұрын мен құлақтың қабыну аурулары, сондай-ақ абсцесс түріндегі асқинулардың дамуымен сипатталады.

Аурудың себептері

Жедел тонзиллит негізінен әртүрлі бактериялардан, сондай-ақ вирустар мен саңырауқұлақтардан туындайды. Аурудың созылмалы түрі бірнеше факторлардың қосындысымен дамуы мүмкін, атап айтқанда:

- стенокардияны дұрыс емдемеу;
- иммундық жүйенің бұзылуы;
- созылмалы инфекция ошақтарының болуы;
- аллергиялық жүгіріс;
- жиі вирустық аурулар.

Бактериялар мен вирустар ағзаға сыртқы ортадан жиі түседі. Әлсіз иммунитет денені толық қорғауды қамтамасыз ете алмайды. Иммундық жүйенің төмендеуі тек қабынуды ғана емес, сонымен қатар стрессті, дұрыс тамақтанбауды және өмір сүру жағдайын бұзуды тудыруы мүмкін. Аурудың созылмалы түрімен адам басқаларға мүлдем қауіпті емес.

Симптомдары қандай

Тонзиллиттің белгілері мен емі өте әртүрлі болуы мүмкін, барлығы аурудың ағымының ерекшеліктеріне және оның формасына байланысты. Аурудың өткір түрі кезінде симптомдар көбінесе патогенге, бадамша безінің зақымдану ерекшеліктеріне, сондай-ақ науқастың жалпы жағдайына байланысты. Жалпы белгілерге мыналар жатады:



- жоғары температура;
- тамақ ауруы;
- ұлғайған және ауыратын лимфа түйіндері;
- құсу, диарея;
- ауыр интоксикация белгілері.

Бадамша бездердің пайда болуы көбінесе аурудың ағымының кезеңіне байланысты, бірақ кез келген жағдайда олар ісінген, қызарған және қапталған. Катаральды тонзиллиттің белгілері мен емі күрделі емес, сондықтан бляшка болмауы мүмкін, ал ауырсыну тым айқын емес. Вирустық тонзиллит кезінде бадамша бездер көпіршіктермен жабылады, олар уақыт өте келе ашылады және жаралар пайда болады. Сонымен қатар, тыныс алу жүйесінің зақымдануының айқын белгілері бар, атап айтқанда:

- жөтел;
- мұрыннан су ағады;
- қырлы дауыс.

Ауру асқынған кезде интоксикация, қатты летаргия және иммунитеттің нашарлау белгілері байқалады. Созылмалы тонзиллиттің белгілері мен емі жедел түрінен біршама ерекшеленеді және негізгі белгілердің арасында мыналарды бөлуге болады:

- тамағының қышуы және құрғауы;
- температураның сәл жоғарылауы;
- жұтыну кезіндегі ыңғайсыздық;
- ұлғайған лимфа түйіндері;
- соған қоса ірің бөлінуі мүмкін.

Созылмалы түрі елеулі гипотермиядан, ауыр стресстен және басқа да көптеген жағымсыз факторлардан кейін қайталанатын өршумен сипатталады. Ересектерде созылмалы тонзиллит белгілері пайда болса, асқынулардың дамуын тудырмау үшін емдеу дереу жүргізілуі керек.

Диагностика

Ересектердегі тонзиллит белгілеріне байланысты тиісті ем тағайындалады, бірақ кешенді диагностикадан және қоздырғышты анықтаудан кейін ғана ауру. Жедел түрінде науқас тамақ ауруы мен қызбаға шағымдарымен дәрігерге жүгінеді. Созылмалы тонзиллитпен ауыратын адамдар жылына бірнеше рет қайталанатын тамақтың жиі ауырсынуына шағымданады.

Диагноз қою үшін дәрігер ауыз қуысына тексеру жүргізеді, оның көмегімен осы ауруға тән белгілерді анықтайды. Іріңді құрамды анықтау үшін бір шпательді тілдің түбіне түсіреді, ал екіншісімен бадамша бездерді шетке итереді. Мазмұн шығады.

Ілеспелі ауруларды анықтау үшін мұрын қуысы мен есту жолдарын тексеру жүргізіледі.

Қатерлі ісікке күдік болса, биопсия жасалады.

Қабынуды тудырған микроорганизмдерді анықтау және олардың бактерияға қарсы агенттерге сезімталдығын анықтау үшін жағынды сынағы қажет. Бұл аурудың дамуын қоздырған микроорганизмдерді анықтайды. Жиі тонзиллит кезінде тағайындалған препараттарға сезімталдық сынағы жүргізіледі, бұл сізге ең тиімді емдеуді таңдауға мүмкіндік береді.

Қан сынағы да тағайындалады, өйткені индикаторлардың өзгеруі қабыну процесімен жүретін жұқпалы аурудың ағымын анықтауы мүмкін. Айта кету керек, созылмалы түрінде индикаторлар қалыпты ауқымда қалуы мүмкін.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

1. Герпетикалық ангинаның клиникалық белгілері
2. Созылмалы тонзиллит дегеніміз не?
3. Жедел баспаның клиникалық көрінісі?

Дәріс №7

4.1. Тақырыбы: Ауа – тамшы инфекциясы-ЖРВИ

4.2. Мақсаты: Ауа тамшы инфекцияларын диагностикалауды және оның алдын алуды үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Балалардағы ЖРВИ және жіті бронхит Шырышты қабықтың қабынуымен сипатталатын, қабынудың альвеоладан басқа мұрын қуысынан бастап, тыныс алу жүйесінің төменгі бөлімдеріне дейін тарала алатын тыныс алудың жоғарғы жолдарының жұқпалық ауруы.

Тұмау – жалпы уыттану, жоғарғы тыныс алу жолдарының талаураған қабынуы және трахеяның басым бөлігінің зақымдалуымен бірге респираторлық синдромдарымен өтетін жоғары контагиозды жіті вирустық жұқпа.

Классификациясы

- ЖРВИ: ауырлығы бойынша – жеңіл, орташа, ауыр, гипертотоксикалық.
- Жіті бронхит: обструктивті, обструктивсіз.

Қауіп-қатерлі факторлар:

1. Шала туылу.
2. Тамақтанудың айқын бұзылыстары.
3. Демікпе.
4. Иммунды тапшылықты жағдайлар.
5. Созылмалы аурулар.
6. Пассивті түрде шылым тарту.

Диагностикасы:

Шағымдар мен анамнез:

1. Дене қызуының жоғарылауы.
2. Талаурау (мұрынның бітелуі, түшкіру).
3. Қан кернеуі және мұрын-жұтқыншақ шырышты қабығының ісінуі.
4. Жөтел.

Физикалық тексеру:

1. Мұрын жұтқыншақ сілемейінің гиперемиясы және ісінуі.
2. Бронхит кезінде аускультативтік көрсеткіштер: ыдыраған сырылдардың болуы, бронхиалды (ысқырық) дем.
3. Уыттану белгілері.

Инструменталдық зерттеулер: қажеттілік жоқ.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер:

- оториноларинголог (асқынулар дамуына күдік болса, мысалы жіті ортаңғы отит);
- пульмонолог, созылмалы ағымда және демікпелік тыныстың болуында.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Жалпы зәр анализі.
2. Жалпы қан анализі.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі: Оториноларинголог консультациясы.

Диф. диагностика

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

- Жіті бронхит:
- Тыныс алу жиіленуінсіз жөтел;
- Мұрын бітелу;
- Температураның жоғарылауы, қызба;

Пневмония:

- Жөтел және жиілеген тыныс:
жасы < 2 ай > 60/мин,
жасы 2 – 11 ай > 50/мин,
жас 1 – 5 жас > 40/мин.
- Көкірек клеткасы төменгі бөлігінің ішке тартылуы;
- Қызба;
- Аускультациялық белгілер – әлсіздеген тыныс, ылғалды сырылдар;
- Мұрын қанатының кебуі;
- Уілеген тыныс (ерте жастағы нәрестелерде).

Стеноздаушы ларинготрахеит (жалған бітелу)

- Үрмелі жөтел;
- Тыныс жеткіліксіздігі;
- Бәсеңсіген дауыс;
- Егер қызылша салдарынан болса – қызылша белгілері.

Көкжөтел:

- Дірілді өзіне тән ысқырмалы тыныспен, құсумен, цианоз немесе апноэмен қатар жүретін пароксизмальді жөтел;
- Жөтел ұстамалары арасында өзін-өзі жақсы сезіну;
- Қызбаның болмауы;
- Анамнезінде АҚДС вакцинасының болмауы.

Обструктивті бронхит

- Анамнезде демікпелік тынысе салқындаумен байланысты;
- Нәрестеде және жанұя мүшелерінде демікпенің / экземаның / поллиноздың болмауы;
- Ұзарған тыныс шығару;
- Аускультативті – құрғақ сырылдар, әлсіздеген тыныс (егер анық болса – тыныс жолдарының түйілуін алып тастау);
- Бронхолитиктерге жақсы реакция;
- Демікпе кезіндегіден көріністер аз екені айқын.

Ем мақсаты:

1. Ауыру клиникасын жою және асқынуды алдын алу.
2. Уыттану, бас ауру белгілерін жою, жалпы жағдайды жақсарту, тәбетті және дене температурасын қалпына келтіру.
3. Асқынулардың болмауы.

Дәрі-дәрмексіз ем:

1. Мол жылы сұйықтық ішу.
2. Сәйкес бөлмелік жылуды сақтау.
3. Дене қызуының көтерілу кезеңіне – төсек режимі.

Дәрі-дәрмектік ем:

1. Құрғақ жөтелді жұмсартуға – қақырық түсіретін дәрі-дәрмектерді тағайындайды (амброксол**). 38,5 градустан жоғары температурда бір мәрте – парацетамол* * 10-15 мг/кг.
2. ЖРВИ және жіті бронхиті бар балаларға антибиотиктерді тағайындамау керек, ол бактериалды жұқпаны емдеуге нәтиже береді. Жөтел - антибиотикпен негізсіз емдеуде

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

жиі тағайындалатындардың бірі. Жөтелді басатын дәрі-дәрмекті тағайындамау керек.

3. Құрамында атропин, кодеин және оның туындылары немесе спирт бар дәрі-дәрмекті тағайындамау керек (баланың денсаулығына қауіпті болуы керек).

4. Мұрынға медициналық тамшыларды қолданбау керек.

5. Құрамында аспириин бар дәрі-дәрмекті қолданбау керек.

Ем тиімділігінің индикаторлары:

- дене температурасының тұрақтануы;
- уыттанудың жоғалуы (тәбеттің қалпына келуі, өзін-өзі жақсы сезіну);
- жөтелдің жоғалуы.

Госпитализациялауға көрсетімдер:

Кеуде клеткасының төменгі бөлігімен дем тартуда тыныс алу жеткіліксіздігі және тыныс алудың жиілеуі, тырыспалар, айқын токсикоз (тамақтан, су ішуден, емшек емуден бас тарту, сананың бұзылуы) тарылатын ларингиттің (II-IV дәрежедегі тарылу) түрінде асқынудың пайда болуы.

Профилактикалық шаралар

- Науқастармен және вирус тасымалдағыштармен қатынасты шектеу;
- Бетперде кию және ЖРВИ мен жанұя мүшелерінің қол жууы;
- Бөлмеде оптималды ауа режимін сақтау;
- шынығу шараларын жүргізу;
- қауіп тобындағы балаларға тұмауға қарсы вакцинация.

Әрі қарай жүргізу, диспансерлеу принциптері: Егер жөтел 1 айдан астам уақытта немесе қызба 7 күн бойы және одан да көп уақытта болса, басқа мүмкін болатын себептерді анықтау үшін қосымша зерттеулер жүргізіңіз (туберкулез, демікпе, көкжөтел, бөгде дене, АИВ, бронхоэктаз, өкпе абсцесі, менингит, құлақтың немесе несеп шығару жолдарының инфекциясы және т.б.).

Балалар ларинготрахеиті

- Көмейдің жіті тарылуы - тез пайда болатын (бірнеше секунд, миунт, сағат немесе күн) саңылауының тарылуымен байланысты, көмей арқылы тыныс алудың қиындауы.

Атопияның өсу дәрежесі бойынша:

1. Біріншілік.
2. Қайталанбалы (3-ке дейін).
3. Оңалатын (3 реттен артық).

Көмейдің тарылуы дәрежесі бойынша:

- 1 - дәрежесі (компенсация).
- 2 - дәрежесі (субкомпенсация).
- 3 - дәрежесі (декомпенсация).
- 4 - дәрежесі (тұншығу).

Қауіп-қатерлі факторлар:

1. Вирустар ларингиттерді туғызады. Parainfluenza вирусы 70% жағдайда ларингитті туғызады.
2. Ауырлаған аллергиялық анамнез.
3. Ластанған атмосфера.
4. Құрғақ климат.

Диагностика критерилері

Шағымдар мен анамнез:

- құрғақ, дөрекі «үрмелі» жөтел;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

- дауытың қырылдауы, әлсіреуі;
- стридор – тыныс алу кезінде дөрекі дыбыс;
- ауыр ауруларда тыныштық кезінде дене температурасы көтеріледі.

Анамнезден. Біртіндеп дамиды ларинготрахеит, негізінен кенеттен туыдаумен салыстырғанда баяу және ауыр өтеді. Рецидив беретін ларингитпен науқастарда алдыңғы эпизодтар осы ауру ауырлығымен қосарланады.

Физикалық тексеру:

- қарлықпа жөтел;
- инспираторлы еңтігу;
- қырылдау;
- стридор (ысқырықты дем).

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі: жалпы қан анализі.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі: кеуде клеткасының рентгенографиясы.

Диф. диагностика

Жалған вирусный круп:

- үрмелі жөтел;
- бәсеңдеген дауыс;
- тыныс жеткіліксіздігі;
- жоғарғы тыныс жолдарының инфекциясы кезінде дамиды.

Жұтқыншақ артқы абсцесс:

- жұмсақ тіңдер ісінуі;
- жұтынудың қиындауы;
- қызба;
- бірнеше күннің ішінде біртіндеп жағдай нашарлайды.

Дифтерия (шынайы круп):

- мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы және ісінуі салдарынан бұқа мойын симптомы;
- аңқа гиперемиясы;
- жұтқыншақтың сілемейіндегі сұр жабындылар (пенкалар);
- мұрыннан қан аралас шығындылар;
- АҚДС вакцинациясы жүргізілмеген. Бөгде дене аспирациясы;
- тыныс жолдарының механикалық обструкциясы кенеттен дамиды (баланың «шашалуы»), стридор және ауыр тыныс жеткіліксіздігі дамиды;
- тыныс жеткіліксіздігі;
- жайылған әлсіздеген тыныс және ысқырмалы сырылдар.

Туабіткен аномалия:

- стридор туылғаннан бастап болады.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. ЖРВИ қоздырғыштары?
2. Ауа тамшы инфекцияларының түрлері?
3. Парагрипп инфекциясының асқынуы не?

Дәріс №8

4.1. Тақырыбы: Ауа тамшыларының инфекциясы: қызылша, қызамық.

4.2. Мақсаты: Ауа тамшыларының инфекцияларының клиникалық белгілерін ажырату және оның алдын алуды үйрету.

4.3. Дәріс тезистер:

Қызылша – аурудың жалпы жағдайынан бұзылуымен, жоғарғы тыныс жолдарының қабынуымен және денеге теңбіл, терінің үстіне көтеріліп бөртпе шығуымен сипатталатын жедел жұқпалы ауру.

қоздырғышы: филтрленуші вирус. бұл вирус қоршаған ортада төзімсіз, бірақ өте ұшпа, яғни вирус ауамен тез және алысқа тарайды.

клиникалық белгілері: қызылшаның 4 кезеңі бар

жасырын кезең 9-10 күнге созылады, ал егілген балада 21 күнге дейін болады.

катаральды бастапқы кезең 3-5 күнге созылады. баланың дене қызуы 38-39⁰с-ға дейін көтеріледі, катаральдық белгілер пайда болады: мұрнынан су ағады, жөтел, түшкіру, конъюнктивит, көз қарығу болады.

осы кезде қызылшаға ғана тән бельский-филатов-коплик белгісі пайда болады: ауыздың сілекейлі қабығында, азу тістерінің тұсында ұнтақ жарма тәріздес ұсақ ақ дақтар пайда болады, олар 2-3 күнге дейін сақталады. мұнымен қатар жұмсақ таңдайдың сілекейлі қабығында қызғылт дақтар –энантэма пайда болады. ауырған баланың беті қабырынқы, көзі қызарып, жасаураған, қабақтары ісіңкі, көзі қарығулы, мұрнынан су ағып тұрады. **бөртпе шығу кезеңі.** аурудың дене қызуы 39-40⁰с дейін көтеріліп, көңіл күйі бұзылып, бас ауырғаны ұлғайып, тәбеті төмендейді, ұйқысы бұзылады, ен жар көңілді. аурудың денесіне этаппен бөртпе шығады.

бірінші күні ауырған баланың бетіне, құлақтың сыртына, мойнына, терінің үстіне көтеріліп теңбіл бөртпе шығады.

екінші күні денесіне шығып, кейбір бөртпелер қосылып ұлғайяды.

үшінші күні бөртпе қолдарына, аяқтарына тарайды. бөртпе шығып болғаннан кейін аурудың дене қызуы төмендеп жалпы жағдайы жақсара бастайды.

реконвалесценттік кезең – бөртпе шыққандағы кезекпен жоғалады да орнында қоңыр дақ қалады. аурудың клиникалық көріністерінің жойылуы баланың толық айығып кеткендігін білдірмейді, оның организмі әр алуан микробтарға қарсы тұра алмайды. қызылшаның 3 түрі бар: жеңіл, орташа, ауыр түрі.

асқынуы: пневмония, ларингит, бронхит, энцефалит

емдеу:

1.баланы оңашалау, ауырған балалар көбіне үйінде емделеді. ауруханада қызылшаның тек қана ауыр түрі және ауруды оңашалауға мүмкіншілік болмаған жағдайда ғана жатқызылады.

2.ауырған баланың жатқан жерін таза ұстап, желдетіп тұру керек. балаға гигиеналық күтім өткізу: беті-қолын уақытылы жуу, көзін, мұрнын тазалау, еріндерін майлау, аузын шайдыру.

3.тамақ баланың жасына сай болып, витаминдерге бай болуы керек.

4.витаминдер комплексі

5.симптоматикалық ем

профилактикасы: арнайы профилактика –бала 12 айға толған кезде қызылша вакцинасы 0,5 мл. бұлшық етке еңгізеді. ревакцинациясы 6-7 жасында.

Қызамық- балалардағы жұқпалы аурулардың ең жеңіл түрі..

қоздырғышы- филтрленуші вирус. сыртқы артада тұрақсыз.

клиникалық белгілері: жасырын кезең-11-24 күн, бастапқы кезең бірнеше сағаттан 1-2 күнге созылады, кейде байқалмай өтеді, қатар белгілері шамалы. бөртпе бір мезгілде баланың барлық денесіне шығады. бельский-филатов-коплик белгілері болмайды.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

бөртпеден кейін дақ қалмайды. дене қызуы 37-38 с көтеріледі . 2-3 күннен кейін дене қызуы төмендейді. қызамық болып ауырған баланың желке бездері үлкейіп ісінеді, 7-10 күннен кейін бұрынғы қалпына келеді. **емі:** симптоматикалық.

профилактикасы- ауырған бала 5 күнге оңашаланады. қарым-қатынаста болған балаларға карантин тағайындалмайды. қызамыққа егу- 12 айында 0,5 бұлшық етке.

қыздарға 15 жасында егіледі

қызамық балаларда жеңіл өткенімен жүкті әйелге өте қауіпті, жатырдағы балаға әсер етіп, ақаулар пайда болуы мүмкін.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Қызылшаның клиникалық көрінісі?
2. Қызылшы мен Қызамықтың ажырату диагнозы?
3. Желшешектің клиникалық көрінісі?

Дәріс №9

4.1. Тақырыбы: Ауа тамшыларының инфекциясы – скарлатина, желшешек.

4.2. Мақсаты: Балалардағы ау тамшы инфкуциялардың алдын алуға, олардың клиникалық белгілері бойынша ажырата білуге үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Желшешек – баланың терісіне, шырышты қабаттарында көпіршік тәріздес лимфаға толы бөртпе шығып, кейіннен бұл бөртпелер кеуіп, орнына ққабықшалардың қалуымен сипатталатын инфекциялық ауру.

қоздырғышы- фильтрленуші вирус. сыртқы артада тұрақсыз.

Клиникалық белгілері:

жасырын кезеңі орта есеппен 14 күн, бірақ кейде 21 күнге созылуы мүмкін. бастапқы кезеңі көбінесе байқалмайөтеді.

бөртпе шығу кезеңі: баланың дене қызуының көтерілуімен қатар, бетінде, денесінде, басында, аяқ-қолында, шырышты қабықтарында желшешектің бөртпелері пайда болады: бастапқыда бөртпе терінің үстінде көтерілген қызыл дақ болып шығады, біраздан кейін дақтардың ішінде лимфа жиналып көпіршік пайда болады, 1-2 күннен кейін көпіршік күрғап қабыршақтанып қалады.. бөртпенің шығуына байланысты денесі қышып ауру мазасызданады.

аурудың өрістеу кезеңі: желшешектің бөртпесі полиморфизммен сипатталады.: терінің бір жерінде қызыл дақтарды, көпіршіктерді және қабыршықтарды көруге болады.. өрістеу кезеңі 5 күнге дейін созылады, содан кейін бөртпенің шығуы тоқталып, 1-2 аптаның ішінде денесі қабыршықтан тазаланады.

асқынулары: стоматит, ларингит, менингит, энцефалит, пневмония, терінің іріңді жарасы.

емделуі және күтімі:

- 1 бала үйде емделеді, жалпы жағдайына байланысты төсек режимін сақтағаны жөн.
2. диета- жасына сай, жылы, жұмсақ.
3. жеке бас гигиенасы-тырнақтарын алып тастау керек.
4. көпіршіктерді әбден құрғағанша 1-2 процентті бриллиант жасылымен немесе 2 процентті перманганаттың ерітіндісімен өңдеу.
5. симптомдық ем.

OÑTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

6. ауру асқынып қабыну процесстері дамыса-антибактериальды ем.

профилактикасы: әдеіленген алдын-алуы жоқ.

ошақтағы шаралар:

1. ауруды оңашалау-5 күн, бөртпе шығуы тоқталғанша.
2. сәс-ке №58 форма бойынша хабар беру.
3. ауру баламен қарым-қатынаста болған балаларға 21 күнге карантин тағайындау., бөлмесінің тесіктерін екі жақтан желімдеп жабу.
4. бөлмені жиі желдетіп, сүртіп тұру.
5. санитарлық-ағарту жұмысын жүргізу.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Ауа тамшы инфекциясының таралу жолдары
2. Ауа тамшы инфекциясының алдын алу
3. Ауа тамшы инфекциясына жататын ауруларды атаңыз?

Дәріс №10

4.1. Тақырыбы: Ауа тамшыларының инфекциясы – дифтерия, паротит.

4.2. Мақсаты: Дифтерия ауруын диагностикалау және асқынулары кезінде көмек көрсетуді үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Дифтерия – коринебактериялар тобының Леффлер бактериясымен қоздырылатын, ағзаның улану белгілерімен және мұрын, жұтқыншақ шырышты қабықтарының фибринозды қабынуымен сипатталатын жедел жұқпалы ауру.

Этиологиясы.

Күл ауруын бактериялардың токсигенді штаммдары туғызады, олар экзотоксин түзеді. Экзотоксиннің құрамына дермонекротоксин, гемолизин, нейраминадаза, гиалуронидаза кіреді. Қоздырғыштың морфологиялық белгілері: грам оң таяқша, екі ұшы жуандаған шыны сауыт (колба) түрінде және жеке микробтар бір-біріне түйісе рим сандары ретінде орналасады. Сау адамдардан бөлінетін дифтерия таяқшасының токсигенді емес штаммдары эпидемиялық қауіп тудырмайды.

Диагностикасы

Жұтқыншақ ифтериясын баспа, жұқпалы мононуклеоз, созылмалы тонзиллит, перитонзиллит және перитонзиллярлы абсцесс, Симановский-Венсан баспасы, паротитті инфекция, тыныс алу жүйесінің жедел аурулары және ларингиттен ажырату керек.

Дифтериялық инфекция ошағында эпидемияға қарсы жүргізілетін шаралар.

Күл ауруымен ауыратын науқаспен қатынаста болған күннен бастап 7 күн ішінде жүргізіледі Күнделікті бақылау: аранын қарау, температураның өзгеруін, жаралар мен терілік зақымдануларды анықтау. Контактіде болғандардан\ бірінші күні мұрыны мен аранынан жағынды алады, терілік зақымдануды бактериологиялық зерттеуге жібереді. Токсигенді штаммаларды тасымалдаушылар анықталғаннан кейін стационарда емдеу үшін оқшаулайды. Антибиотикопрфилактиканы контактіде болған адамдардан бактериологиялық зерттеуге мұрыны мен аранынан жағынды алған соң мына түрде тағайындайды: бициллин-1-ді бірреттік бұлшықеттік инъекция түрінде 6 жастағы балаларға — 600,000Б және 6 жастан асқан балаларға -1,2 млн.Б

Алдын алу шаралары

O'NTUSTIK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы	044-67/11	
Дәріс кешені		

Дифтерияның алдын алуының басты әдісі – дифтерияға қарсы иммунизация шараларын жүзеге асыру. Еліміздегі егу күн тізбесінің орындалу мерзімі келесідегідей: біріншілік вакцинация АҚДС вакцинасымен 2 айлық балаларға, 1 ай интервалымен жүргізіледі. Бірінші ревакцинация баланың 18 айлығында қайталанатын. Вакцинаның коклюштік компонентіне аллергия болса, онда АДС анатоксинді қолдану қажет, ол 3 рет енгізіледі. Келесі ревакцинация 6-7 жаста АДС препаратымен 16-17 жаста АДС-М препаратымен жүргізіледі.

Круп дегеніміз - көмей мен кеңірдектің әр түрлі этиологиялы жедел қабынуы. Бұл респираторлы ауру, көбіне мектеп жасына дейінгі балалар да көп таралады, жиі 3 аймен 3 жас аралығындағы балаларда кездеседі. Ол тыныстың тарылуымен асқынады. Круптың шынайы, дифтериялық және жалған түрлері бар. Сонымен қатар ол парагрипп, грипп, қызылша, скарлатина, сияқты басқа инфекциялармен дамуы да мүмкін. Жалған круптың симптомдары көмейдің және жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы, және олардың кейіннен тыныс жолдарының тарылуы болып табылады. Крупқа көмейдің кез келген қабыну аурулары әкелуі мүмкін (катаральды крупоздық немесе дифтериялық (фиброздық)) ларинготрахиобронхит. Вирусты круп термині жедел респираторлы ауруларды, көмейдің қабынулық асқынулары түсіндіреді. Триада симптомдар тән: дөрекі “ит үрлеген” жөтел, дауыстың қарлығы және демалудың қиындауы (стеноздық) Стеноздың 1 дәреже (компенсерленген) қатаң “ит үрген” жөтел, қарлыққан дауыс, шулы тыныс алу. Жылағанда немесе физикалық күштемеден кейін мойындырық шұңқырының тартылуы байқалады дәрежесі. Тыныштықта тыныстың бір қалыпты болуы, тыныс жеткіліксіздігі болмайды Стеноздың 2 дәрежесі; науқас қозғыш күйде, жалпы жағдайы айқынырақ бұзылыстарымен көрінеді мазасыздануы, жөтел жиілейді, тұрақты еңтігу, қосымша тыныс алуға бұлшық еттер қосылады. Мұрын ауыз үшбұрышының айқын цианозы дамиды. Клиникасы; кеуде клеткасының бұлшықеттерінің тарылуымен болатын, тыныстың тарылуы мен шулы болуы. Дауысы қарлығып, ит үрген тәрізді жөтел мен дене қызуының көтерілуі болады. Бұл синдром көбіне балаларда кездеседі.

Стеноздың 3 дәрежесі декомпенсирленген; бала қозғыш, мазасызданған, үрейленген. Тері боз цеанозды, жабысқақ суық термен қапталған, акроцианоз. Еңтігу айқын, алыстан естілетін тыныс тыныс алғанда эпигастри және кеуде клеткасының бөліктері ішіне тарылады. Пульс жиіленген, жүрек үндері тұйық, қан қысымы төмендеген, өкпесінде тынысы әлсіз Стеноздың 4 дәрежесі асфиксия; бала зорығып, шаршап құлайды, басын шалққытады, тыныс алуға ынталанады, ашық ауызбен ауаны жұтады. Тез арада цианоз дамиды, тырысулар пайда болады. Пульсі әлсіз толымдылығы бар, ретсіз, жүрек үндері бәсең. Біртіндеп тыныс алуы жоғалады. Жүрек үндері басылады, брадикардия, ретсіз жиырылуынан кейін жүрек тоқтайды. Стенозды ларингиттің бірінші симптомдары анықталғанда бірден емді бастау керек.

4.4. Иллюстрациялық материал: 15-20 слайд

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Көмей дифтериясының клиникалық көрінісі?
2. Дифтерияның жіктелуі?

Дәріс №11

4.1. Тақырыбы: Шұғыл жағдайлар: Жедел стенозды ларингит. Көмек көрсетілуі.

4.2. Мақсаты: Шұғыл жағдайлар кезінде көмек көрсетуді үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Балалардағы жедел стеноздаушы ларинготрахеит – бұл өмірге өте қауіпті жоғары тыныс жолдарының ауруы және жағымсыз нәтижеге алып келуі мүмкін. Бұл мақалада стеноздаушы ларинготрахеиттің клиникалық мінездемесі, негізгі диагностикалық әдістер, респираторлы жолдың обструктивті жағдайларын заманауи емдеу тәсілдері көрсетілген. Ингаляциялық кортикостероидтардың рөлі, сонымен қатар консервативті терапия тиімсіз жағдайда жасалатын әдістер нақты айтылған. Түйінді сөздер: жедел стеноздаушы ларинготрахеит, респираторлы трахиттың обструктивті жағдайы, ингаляциялық кортикостероидтар. Тақырыптың өзектілігі. Жедел респираторлы вирусты инфекциялар балаларда кездесетін инфекциялық патологиялардың ішінде бірінші орынды алады. Ерте жастағы яғни, 6 айдан 3 жасқа дейінгі балалардағы жедел респираторлы инфекция асқынуының бірі болып жедел стеноздаушы ларинготрахеит және жалған круп жатады. Ол жиі шұғыл көмекті талап етіп, жағымсыз нәтижеге алып келуі мүмкін. Соңғы жылдары осы аурудың тұрақты түрде өсуі анықталған, сондай-ақ кейбір науқастарда жұтқыншақ стенозының қайталануы байқалған. Жедел стеноздаушы ларинготрахеит – баланың өміріне қауіп төндіретін, үрмелі жөтел, дисфония, инспираторлы стридор және көмейдің әртүрлі дәрежелі стенозымен көрінетін жоғары тыныс жолдарының әртүрлі этиологиялы ауруы. Жедел стеноздаушы ларинготрахеитті парагрипп, грипп, аденовирус кейде респираторлы синцитиальды вирус және *Mycoplasma pneumoniae*, сонымен қатар вирусты-вирустық ассоциациялармен жиі шақырылады. Парагрипп вирусы көмейдегі және кеңірдектегі круп синдромымен негізделетін жетекші этиологиялық фактор болып табылады. Жиі күз-қыс маусымдарында дамиды барлық вирусты жедел стеноздаушы ларинготрахеиттердің жартысын парагрипп шақырады. Бактериальды ларингит сирек кездеседі. Бірақ ЖРВИ кезінде белсенетін немесе аурухана ішілік инфицирлену нәтижесінде қосылған бактериальды флора жедел стеноздаушы ларинготрахеит ағымының ауырласуына, асқынған жағымсыз нәтиженің дамуына алып келуі мүмкін. Жедел стеноздаушы ларинготрахеит 2-3 жастағы балаларда жиі дамиды, ал емізулі балаларда (6-12 ай) және 4 жаста сиректеу кездеседі. 5 жас және алғашқы 4 айлығында мүлдем болмайды. Жедел стеноздаушы ларинготрахеиттің негізгі клиникасы ЖРВИ фонындағы жұтқыншақ стенозымен көрінетіндіктен ЖРВИ көріністері жоқ кезінде, жұтқыншақ стенозымен жүретін басқа аурулармен дифференциальды диагностика жасаған жөн.

Клиникалық симптоматиканың көрінуіне байланысты жұтқыншақ стенозының дәрежелері.

Симптомдар	Стеноз дәрежесі			
	1	2	3	4
Жалпы жағдайы, есі	Қанағаттанарлық немесе орташа ауырлықта, есі анық, периодты қозу	Орташа ауырлықта, есі анық, жиі қозулы	Ауыр немесе өте ауыр, есі анық емес, жиі бірден қозу	Өте ауыр, есі жоқ
Тері түсі	Уайым кезінде ауыз айналасында жеңіл цианоз	Ауыз-мұрын үшбұрышында айқын цианоз	Бет терісінің цианозы, акроцианоз, тері мрамор түсте	Бүкіл денесі цианоздалған

Қабырғааралық және бұғанаүстілік шұқырдың кіру	Тыныштық жағдайда жоқ, уайым кезінде білінед	Айқын, тіпті тыныштық жағдайда да	Айқын, үстіртін тынс алуда болмаы да мүмкін	Білінбейді
Тыныс алуы	Дене температурасына сай	Жиіленген	Айқын жиі, үстіртін болуы да мүмкін	Үзілген, үстіртін
Пульс	Қалыпты	Жиі	Айқын жиі, тыныс алғанда білінбеуі де мүмкін	Жіп тәрізді, өте жиі, сирек жәй.
Пульсоксиметрия	Қалыпты – 95-98 %	<95 %	< 92 %	-

Диагноз триаданың көмегімен қойылады: дисфония, үрмелі жөтел, сонымен қатар ЖРВИ-дің әртүрлі көріністерімен. Негізгі диагностикалық шаралар: 1. Анамнез жинау, шағымдары, вакцинация мәліметтері. 2. Баланы жалпы қарау 3. Тыныс жиілігін санау, өкпе аускультациясы, АҚҚ, пульс, пульсоксиметрия жүргізу

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Стенозды ларингит дегеніміз не?

2. Клиникалық симптоматиканың көрінуіне байланысты жұтқыншақ стенозының дәрежелері?

Дәріс №12

4.1. Тақырыбы: Гипертермиялық синдромы. Тырысу. Шоктар. Естен тану.

4.2. Мақсаты: Шұғыл жағдайларда алғашқы көмек көрсетуге үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Тырысу синдромы – ес жоғалтумен немесе ес жоғалтусыз жүретін, еріксіз бұлшықеттердің клоникалық немесе клонико-тоникалық жиырылу ұстамасымен көрінетін организмнің спецификалық емес реакциясы.

Этиология

Тырысулардың барлық себептерін эпилепсиялық және эпилепсиялық емес деп бөлінеді. Эпилепсиядан басқа тырысулар келесі аурулар мен жағдайларда кездеседі:

Спазмофилия; Энцефалит, менингит, жарақат; Токсоплазмоз; Зат алмасу бұзылыстары ең алдымен калий мен кальций алмасу бұзылыстары, спазмофилия;

Нәрестелерде – гемолитикалық ауру, ОЖЖ тума ақаулары, асфиксия; Әр түрлі гормоналды бұзылыстар; Фебрильді тырысулар; Интоксикация мен улану;

Тұқымқуалайтын алмасу бұзылыстары;

Классификациясы

Пайда болу себебіне байланысты 4 жасқа дейін кездесетін әр түрлі факторларға организмнің бейспецификалық жауабы ретінде (жарақат, вакцинация, нейроинфекция т.б.):

- фебрильді (қызба);
- интоксикациялық (күйіктен кейін, ішек инфекциясы кезінде т.б.);
- гипоксиялық (тыныс алу жүйесі ауруларында, механикалық асфиксия кезінде и т.б.);
- аффективті-респираторлы(невропатия, невроз);
- зат алмасулық (спазмофилия синдромы, Д витамин гипервитаминозы, рахит т.с.с.);
- вегето-тамырлы-дистониялық;
- синкопальді жағдай.

Симптоматикалық тырысулар бас ми ауруларында (ісік, абсцесс, ту пайда болған аномалиялар, қан құйылу, бас ми жарақаты т.б.). Эпилепсия кезіндегі тырысу – негізгі синдром ретінде.

Тырысу түріне байланысты:

- жергілікті;
- жайылмалы.

Бұлшықеттерінің жиырылуына байланысты:

Тоникалық- Сыртқы ортамен байланыстың кенет жоғалуы. Көз қарашығы бір орында тұрмайды-жоғары және бір жаққа тігіледі. Басын артқа шалқайту. Қолдары бүгілген, аяқтары тік жазылған.

Клоникалық- Басында бет, одан әрі дене, аяқ-қолдарының бұлшықеттері жиырылады және жылдам жайылады. Тері қабаттары бозарған.

Нәрестелердегі ерекшеліктері.

Нәрестелерде тырысулар жиі минимальды ұстамалар сипатымен көрінеді. Тоникалық немесе нистагммен немесе нистагмсыз вертикалды көз алмасының ауытқуы, қабақ бұлшық еттерінің жиырылуы, тілдің дірілдеуі, тыныс тоқтауы немесе жиілеуі, кенеттен айғайлау, қызару немесе бозарумен жүреді.

Фокальды клоникалық тырысу – ритмді, біржақты аяққолдың тартылуы немесе бір жақ беттің тартылуы; мультифокальды – аяқтың оң және сол жақтан кезектесіп тартылуы, мимикалық бұлшықеттердің тартылуы; миоклоникалық – ритмді емес, симметриялы емес аяқтардың әртүрлі бұлшықеттер жиырылуы. Нәрестелердегі тырысу ОЖЖ жоғарғы қозғыштық феноменінен айырмашылығы – тырысуды тоқтату мүмкін емес, ал қағандары жанасу кезінде басылады. Эпилепсияда тырысу алдында продром байқалады (мазасыздану, қозғыш), одан кейін ұстама адында дауыс шығару, ес жоғалтумен тырысу байқалады. Бала тістерін тістеп, көзін айналдырады. Қарашығы кенейген, бала демамайды. Одан кейін барлық көріністер клоникалық тырысумен, еріксіз зәр шығарумен, дефекациямен жүруі мүмкін. Тырысудан кейін бала терең ұйқыға кетеді, не болғанын білмейді. Ұстама кезенді түрде бір уақытта болып тұрады.

Фебрильді тырысулар:

Көбінесе аурудың бірінші сағатында $38,5^{\circ}\text{C}$ –тен жоғары болғанда және ақ қызба фонында пайда болады; Баланың аяқ-қолдары салқын, бозарған болады, негізінен генерализденген, тырысу қайталану қаупі 50%ға дейін. Айырмашылығы: жоғары температура фонында пайда болады, температура төмендегеннен кейін жоғалады. Менингит кезіндегі тырысулар құсумен, менингальды симптомдармен және клоникалық тырысулармен жүреді.

Гипогликемия кезіндегі тырысулар – әлсіздік, бұлшықеттік діріл, коматозды жағдай, мимикалық бұлшықеттердің жиырылуы. Бас миының органикалық зақымдануы кезіндегі тырысулар ұстама бүкіл денеге жайылатын ес жоғатумен жүреді, еріксіз зәр кетумен ауыздан көпірік ағумен жүреді.

Спазмофилия кезіндегі зат алмасулық тырысудың клиникалық көрінісі: Рахит кезіндегі айқын көрінетін сүйек-бұлшықеттік симптомдар; пароксизм спастикалық тыныс бұзылуы— бірнеше секундтік апноэдан басталады; Жылау кезінде ауыр дем алумен шулы тыныс, аяқ-қолдарының спазмы, клоникалық тырысулар. Тырысулық дайындықтың оң симптомдары: Хвостек симптомы—Бет сүйегінен ұрғылау кезінде сол жақта бет бұлшықеттерінің жиырылуы; Труссо симптомы—Иықтың жоғарғы үштен бір бөлігін басу кезінде «акушер қолы симптомы»; Люст симптомы— Аяқтың жоғарғы үштен бір бөлігін басу кезінде табанның еріксіз жиырылып, ротациялануы; Маслов симптомы— ауырсыну тітіркендіргішке жауап ретінде дем алу кезінде тыныс алудың қысқа уақытқа тоқтауы.

Аффективті-респираторлы тырысулар (моносимптомды невроз, «ашу» неврозы): 4 айынан бастап клиникалық көрініс беруі мүмкін; Жағымсыз эмоциялармен шақырылады (күтімнің дұрыс болмауы, тамақтану уақытының бұзылысы, жаялықтың ауыстырылуы және т.б.); Пароксизм дамуы: Бала өз келіспеушілігін көп уақыттық айқаймен көрсетеді; Аффекттің жоғарғы шегінде ми гипоксиясы дамиды; Апноэ пайда болады; тонико-клоникалық тырысу; Пароксизмдер негізінен қысқа уақытты; Одан соң әлсіздік, ұйқышылдық байқалады.

Жедел көмек алгоритмі: Тыныс алу жолдарын қамтамасыз ету: Баланы түзу жерге жатқызу. Қысатын киімдерден босату. Таза ауамен қамтамасыз ету. Ауыз қуысын тазалау. Диазепам 0,5% 0,05 мл/кг (0,25 мг/кг) т/і; Қажет болған жағдайда оксигенотерапия; Гипокальциемиялық тырысуда. Кальция хлорид 5-10% или кальция глюконат 0,15 г/кг/сут внутрь; Кальция глюконат 10% 0,2 мл/кг (20 мг/кг) в/в медленно после предварительного разведения его 5% р-ром глюкозы в 2 раза; Магния сульфат 25% 0,2 мл/кг в/м или седуксен 0,5% 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м Гипогликемиялық тырысуда глюкоза струйно тамырішіне. Фебрильді тырысуда –қызбаны түсіретін препараттар-парацетамол 10мг/кг, литикалық қоспа, сумен, спиртпен физикалық салқындату әдісі, сулы матамен компресс.

Аффективті-респираторлы тырысуда баланы тыныштандыру, назарын басқаға аудару.

Жедел көмек алгоритмі: Тыныс алу жолдарын қамтамасыз ету: Баланы түзу жерге жатқызу. Қысатын киімдерден босату. Таза ауамен қамтамасыз ету. Ауыз қуысын тазалау. Госпитализацияға көрсеткіштер. Шығу тегі анықталмаған тырысулар;

Фебрильді тырысулар; Нәрестедегі кез-келген тырысулар және 1 жасқа дейінгі;

Инфекциялық аурулар кезіндегі тырысулар; 30 минутқа жалғасқан тырысулар; Анықталған эпилепсия диагнозы барлар және созылмалы ОЖЖ зақымдануы бар балаларға тырысулар басылған жағдайда госпитализацияламауға болады.

Тырысуға қарсы препарат-диазепам 0,5% 0,05 мл/кг (0,25 мг/кг) т/і;

Қажет болған жағдайда оксигенотерапия;

Гипокальциемиялық тырысуда - Кальция хлорид 5-10% или кальция глюконат 0,15 г/кг/сут внутрь; Кальция глюконат 10% 0,2 мл/кг (20 мг/кг) в/в медленно после предварительного разведения его 5% р-ром глюкозы;

Гипогликемиялық тырысуда глюкоза струйно тамырішіне Фебрильді тырысуда –қызбаны түсіретін препараттар-парацетамол 10мг/кг, литикалық қоспа, сумен, спиртпен физикалық салқындату әдісі, сулы матамен компресс.

Аффективті-респираторлы тырысуда баланы тыныштандыру, назарын басқаға аудару.

Естің бұзылуы ми ісінуінің алдын алу мен гидроцефалия немесе

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		044-67/11
Дәріс кешені		

гидроцефальды-гипертензионды синдром кезінде лазикс 1–2 мг/кг
мен преднизолон 3–5 мг/кг т/і немесе б/е

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Тырысудың қандай түрлерін білесіз?
2. Тырысудың негізгі клиникалық белгілері?

4.7. Әдебиет:

1. Педиатриядағы мейірбике: оқулық / оқу құралы. К.Ассамбай. - Шымкент: «Кітап» ЖШС, 2011 ж.
2. Педиатриядағы мейірбике ісі: оқулық. колмен / Н.И. Аверьянова [және басқалары]. -; Рес. Оқу-әдістемелік бөлім. бал арқылы. және ферма. Ресейдің жоғары оқу орындарын оқыту. артықшылықтар. - Ростов к., Феникс, 2007.
3. Педиатриядағы қарқынды терапия: практикалық қолдар / Ed. Виктор Михелсон. -М.: GEOTAR - Media, 2007.

5. 2 Қосымша әдебиеттер:

1. Запруднова А.М. Педиатрия с детскими инфекциями: учебник. - М., 2015. -560 с.
2. Балалар аурулары [Электронный ресурс] : оқулық / қаз. тіл. ауд. Б. Т. Түкбекова ; ред. бас.
3. Баранов. - Электрон. текстовые дан. (233Мб). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2015. - 1024
4. Запруднов, А. М. Детские болезни. Т. 2 [Электронный ресурс] : учебник / А. М. Запруднов,
5. Григорьев, Л. А. Харитоновна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Электрон. текстовые дан. (0байт). - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2017. –
6. Радзинский В.Е. акушерство: учебник + CD№ - М., 2012.- 904 с.
7. Үкібасова Т.М., Түсіпкалиев А.Б., «Акушерия бойынша фантомдық курс» оқу құралы Ақтөбе - 2018.
8. Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушеров: под ред. В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. - М., 2014, - 688 с.

Қосымша әдебиеттер

1. Антонова Т.В. и др. Сестринское дело при инфекционных болезнях и курс ВИЧ-инфекции эпидемиологии. - М., 2017. 300 с.
2. Бейсембаева Р.С., Раисова Ә.Т., Нұрқасымова Р.Ф. Акушерия. Алматы. 2018 – 3756
Бодяжина А.Н. Акушерство. 2012
3. Дзигуа М.В. Акушерство: руководство к практическим занятиям: учебное пособие. - М., 2019- 252 с.
4. Дадамбаев, Е. Т. Бала дәрігерінің серігі : анықтама . - Алматы : Б. ж., 2019.
5. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков: учебник. - М., 2017 - 480 с.
6. Раисова Ә.Т., Нұрқасымова Р.Ф. Акушерия және гинекология. 2018.
7. Соколова Н.Г. педиатрия с детскими инфекциями. 2017
8. Тарасова И.В. Рабочая тетрадь по педиатрии. М., 2019. - 200 с.
9. Тульчинская В.Д. Здоровый ребенок. 2017
10. Щербакова Т.С. Сестринское дело. Справочник. 2018
11. Руководство по акушерству и гинекологии: учебное пособие/Пер. С англ. Под ред. Э. Айламазяна. - 4 изд. - М., 2019. - 650 с.
12. Балалар ауруларының пропедевтикасы. 1 т.: оқулық / А. В. Мазурин - Алматы : Эверо, 2020. - 166 бет. с.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

Дәріс кешені

044-67/11

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

Дәріс кешені

044-67/11

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»

«Клиникалық пәндер» кафедрасы

Дәріс кешені

044-67/11