

ОНТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	044-67/11
«Клиникалық пәндер» кафедрасы		
Дәріс кешені		

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

Дәріс кешені

Пәні: «Педиатриядағы мейіргер ісі»

Мамандығы: 09130100 «Мейіргер ісі»

Біліктілігі: 5AB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»

Курс: 2

Семестр: 3

Бақылау түрі: Емтихан

Жалпы еңбек сыйымдылығы барлық сағат/ кредиттер KZ: 120/5

Аудиториялық: 24

Шымкент 2023 ж.

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

Дәріс кешені пән «Педиатриядағы мейіргер ісі» бойынша жұмыс бағдарламасы негізінде құрастырылған.

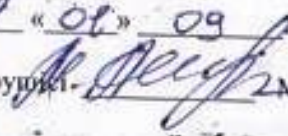
Оқытушы: Бекназарова А.А.

Мамандығы: 09130100 «Мейіргер ісі»

Біліктілігі: SAB09130101 «Мейіргер ісінің қолданбалы бакалавры»

Дәріс кешесі «Клиникалық пәндер» кафедра мәжілісінде қаралды.

хаттама № 8 «08» 09 2023ж.

Кафедра меңгерушісі  Махмут А.Ә.

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

Дәріс №1

4.1. Тақырыбы: Қазақстандағы педиатрияның қысқаша тарихы. Балалар ауруханасының жұмысының негізгі принциптері.

4.2. Мақсаты: Балалар ауруханасының жұмысының негізгі принциптерін үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Педиатрия - пәнін оқып-үйрену болашақ мамандардың балаларға медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыруда, алдын-алу жұмыстарын жүргізуде, алғашқы медициналық және шұғыл көмек көрсетуде кәсіптік біліктілігін қалыптастырады. Ғылымның бір орнында тұрмауы, яғни денсаулық сақтаудағы ғылыми жетістіктер балаларға көрсетілетін медициналық көмекті жетілдіре түсуді талап етеді, бұл мақсатқа қол жеткізуде медицина қызметкерлерінен терең білімділік, жоғары кәсіби мамандылық қажет. Күнделікті жұмыс барысында медицина қызметкерлеріне әр түрлі сипаттағы, ағымдағы ауру-сырқаулары бар науқастармен кездесуге тура келеді. Кейде өткір басталған аурулық жағдай бала өміріне қауіп тудырып жатады. Осындай сәттерде жедел көмек қажет. Өмірі қыл үстінде тұрған балаға жедел көмек көрсету-медицина қызметкерінен асқан жауапкершілікті, кәсіби шеберлікті қажет етеді. Әрине, ауырған баланы дұрыс емдеп жазу аса маңызды болса, оны ауыртпау мақсатында физикалық, психо- әлеуметтік тұрғыдан дұрыс дамып қалыптасуына қолайлы жағдай жасау одан да маңызды. Бұл үшін балаларға сүйіспеншілікке тола тәрбиемен көңіл бөлу, сапалы тамақтандыру, жеткілікті ұйқы, таза ауада көп болдыру және шынықтырып отыру қажет. Өйткені, БДСҰ –ның пайымдауынша: Денсаулық - тек ауру - сырқаудың жоқтығы ғана емес, сонымен қатар баланың жан-жақты, физикалық, психо-, әлеуметтік дұрыс жетілуі. «Педиатрия» деген сөздің мағынасы гректің *paideia*-бала, *iatria* – емдеу деген сөздерінен тұрады, балаларды емдеу ұғымын білдіреді. Балаларды емдеуші дәрігерді «педиатр» -деп атайды. Педиатрия ғылымы ертеден дамыған медицинаның саласы болғанына қарамастан салыстырмалы түрде жаңа ғылым, қазіргі таңда даму жолында бірнеше кезеңдерден өтті. *I кезең* - ұзаққа созылып, медициналық ғылыми тәжірибенің жинақталуымен көрініс тапқанымен, әлі қатаң жүйелілік болмады. Гиппократ, Гален және араб дәрігерлері еңбектерінде балалар арасында кездесетін кейбір аурулық жағдайлардың сипаттары және нәрестелерге қажетті күтім, тамақтандыру жайлы айтылды. XIX – ғасырға дейін созылған бұл кезеңде, балалар арасындағы аурушандық және өлім- жітім өте жоғары болды. *II кезең* – балалар ауруханаларының ұйымдастырылып ашылу және алғашқы педиатриялық еңбектердің жазылуымен көрініс тапты. Осы кезеңде, балалар арасындағы алғашқы өлім-жітімдік туралы проблеманы алға тартқан орыс ғалымы М.В. Ломоносов (1711-1765) болды. Өз алдына ғылым ретінде негізінен 19-шы ғасырдың 30-40-шы жылдары дами бастады. Бірінші орыс педиатры деп С.Ф.Хотовицкийді атауға болады. Алғаш рет бала ағзаларының, ауруларының ерекшеліктеріне көңіл аударып, оларды емдеу әдістерін енгізе бастады. «Бала организмі ересектердің кішірейтілген көшірмесі емес» деген ұғымды алғашқы енгізген де осы ғалым. Ол сонымен қатар «Педиатрика» деп аталатын бірінші оқулық шығарды. Педиатрияның «әкесі» деп Н.Ф.Филатов (1847-1902) педиатрияның негізін қалаушы, оның «Балалар ауруларының семиотикасы және диагностикасы», «Балалардың асқазан-ішек аурулары туралы дәрістер» атты танымал еңбектері бар. Н.Ф.Филатов 1834 жылы Петерборда, 1842 жылы Мәскеуде алғашқы балалар ауруханаларын ашты. Ол ауруханалар осы күнге дейін бар және Филатовтың атымен аталады. Бұл ғалым балалардың жұкпалы ауруларын зерттеуге үлкен еңбек сіңірді. Петерборда Н.П.Гундобин (1860-1908) медико-хирургиялық академиясының педиатрия кафедрасын басқарды, бала организмінің анатомиялық – физиологиялық

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

ерекшеліктерін зерттеудегі көп жылдық еңбектері «Балалар ауруларының негізгі қолжазбасы» және «Балалардың жас шамалық ерекшеліктері» монографиясы болды, бірінші болып «Бала өлімімен күрес» одағын ұйымдастырды.

III - кезең. Революциядан кейін 1917 жылы балалар мен аналарға медициналық көмек көрсету туралы алғашқы күндері-ақ декретке қол қойылып, арнайы ауруханалар, балалар үйлері, сүт кухнялары ашылған. Алматы қаласында 1932 жылы педиатриялық факультеттер ашылып, арнайы балалар дәрігерлерін дайындау жұмыстары басталды. РКФСР Халық комиссарлары Кеңесінің Қырғыз (Қазақ) аймағын басқару жөніндегі ұйымдастырылған Революциялық комитет арнаулы қаулымен 1919 жылы денсаулық сақтау бөлімін құрады.

Орынборда 1920 жылдың 4-12 қазан аралығында алғашқы Бүкілқазақтық Советтер съезі болды, осы Орынборда алғашқы болып шешек институты ашылды.

Денсаулық сақтаудың халықтық комитетінің санитарлық-алдын алу бөлімінің бір бөлімшесі болып, 1921 жылы «ана мен баланы қорғау ұйымы» өз жұмысын бастады. Бөлімшені басқарған Пугачева, 1923 жылдан бастап, дәрігер Каулина 1 жастан - 3 жасқа дейін, 3 жастан – 16 жасқа дейінгі балалардың тіркеу жұмыстарын жүргізеді. Сонымен қатар қараусыз қалған балаларға қамқорлық жасау жұмыстары мен аштықпен және індетке қарсы бағытталған жұмыстар жүргізді.

1921 жылы Орынбор қаласында әйелдер және балалар консультациясы 2 дәрігер және бір акушеркамен ашылды.

1924 жылы Алматыда, Гурьевте, Оралда, Семейде, Шымкентте, Талдықорғанда, Павлодарда, Ақтөбеде, Атбасарда 11 тұрақты 270 орындық балабақшалар, 26 кеңес беру орталықтары, олардың 13-і сүт асханаларыменен және 20 орындық ана мен бала үйі ашылды.

Тұрғындарға шешек ауруының алдын алу мақсатында жаппай ауруға қарсы екпелер жасалынды. Көшпенді тұрғындар арасында «қызыл отаулардың» маңызы зор болды. Қызылорда обылысының Өлкелік әйелдер бөлімшесі алғашқы болып үлгілі Қызыл отау ұйымдастырды, жетекшісі С.С.Есова болды. «Қызыл отау» құрамында заңгер, тазалықшы, дәрігер мен акушерден тұратын жылжымалы кеңес беру орны, осы отауда 4 орындық перзентхана болды.

1926 жылы сүт асханалары бар 12 үлгілі кеңес беру орталықтары, және 3 тұрақты сәбилер үйі болды. Балалар кеңес беру орталықтары үлкен емдеу-алдын алу жұмыстарын жүргізді. Кеңес беру орталықтардың сүт асханаларының қызметі құлашын кеңге жая түсті. Ұлы Отан соғысына дейін 1928-1940 жылдары Қазақстанда 38 колхоздық 109 орындық перзентханалар болды.

1927 жылы Қызылорда қаласында 160 орындық медициналық көмектің арнайы түріне мамандандырылған жалпы аурухана құрылды. Кезінде Қазақстандағы ең жақсы жабдықталған, жас нәрестелерге арналып, оқытылған мамандары бар арнайы палата ұйымдастырылды.

1957 жылы балаларға арналған 4712 орындық, 1958 жылы -5545 орындық, құрамында: [балалар ауруханасы](#), емханасы, кеңес беру орталығы және сүт асханасы бар біріккен балалар ауруханалары болды.

1961-1963 жылдары дәрігерлердің жұмысының негізі- аймақтық қызмет көрсету түрі болды, орташа әр аймаққа – 1100-1200 баладан келді, осы жылдардың өзінде тууға дейінгі патронаж жасалынды.

Республикада медицина мамандарын дайындау 5 медициналық академияда, 1 мемлекеттік медициналық университетте және 26 медициналық колледждерде жүргізіледі.

Республикада 1932 жылы ашылған, көп жылдар бойы Акима Бисеновна Бисенова

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

басқарған Педиатрия институты, қызмет жасайды.

Қазақстан Республикасының педиатриясының көрнекті қайраткерлері.

Орматаев Камал Саруарұлы – балалар хирургы, профессор – медицина ғылымдарының докторы, докторлық диссертациясын 1971 жылы қорғаған. 1968 жылдан 1993 жылға дейін АММИ педиатрия факультетінің деканы. 1993 жылдан Балалар хирургиясы ҒЗИ директоры, Қазақстан Республикасы Ғылыми Академиясының корреспондент мүшесі. Қазақстан Республикасы педиатрлар Ассоциациясының президенті, 5 медицина ғылымдарының докторын, 48 кандидатын дайындаған.

Авенирова Анна Ивановна – Қаз ССР-на еңбегі сіңірген дәрігері, денсаулық сақтау ісінің үздігі, профессоры. 1925 жылы Пермь медициналық институтын бітірді. 1929 Қазақстанға келгеннен соң 1939 жылға дейін тәжірибелік денсаулық сақтау бөлімінде жұмыс жасады. 1948 жылдан 1951 жылға дейін ана мен баланы қорғау институтын басқарды. 1954 жылы докторлық диссертация қорғап, 19 жыл АММИ педиатрия кафедрасын басқарды. Жеті жыл педиатрия факультетінің деканы болып жұмыс жасады. Осы 46 емдеу және ғылыми-педагогикалық жұмыс жасаған кезінде 40 медицина ғылымдарының кандидаттары мен докторларын дайындады.

Никонова Татьяна Николаевна - Каз ССР ғылымының көрнекті қайраткері. Омск медицина институтын бітірген. 1937 жылдан Семей жұқпалы ауруханасында жұмыс істеген. «Тылдағы бөртпелі тифтің клиникалық мінездемесі» тақырыбында кандидаттық диссертация қорғады. Н.Т. Никонова 30 жыл жұқпалы аурулар кафедрасын басқарды. 5 монография және 3 ғылыми жиынтық шығарды.

Барлыбаева Нина Ахметовна – профессор, Қазақстан Республикасының еңбегі сіңірген дәрігері.

АММИ бітірген, білікті педагог, ғалым. Еңбектері балалардың жүрек-қан тамырлар жүйесі патологияларын және «Д» Гипервитаминозын зерттеуге арналған.

Сарсенбаева Зоя Бек-Айдаровна – 1965 жылы АММИ бітірген, кандидаттық диссертация қорғаған, педиатрия кафедрасының ассистенті, факультеттік педиатрия кафедрасының доценті.

Исмаилова Асия Шахисламовна – АММИ бітірген, 1957 жылдан госпитальді педиатрия кафедрасының ассистенті, доцент. 128 ғылыми еңбектерін жариялаған. 3 медицина. ылымдарының кандидатын дайындаған.

Ярочкина Нина Павловна – 1938 жылы Шымкенттегі медицина техникумын бітірген. 1947 жылы Москва медицина институтын бітірді. 1952 жылдан педиатрия кафедрасының ассистенті, 46 жыл жұмыс жасаған. Кадидаттық және докторлық диссертациялар қорғаған.

Огай Елена Александровна – профессор, 1956 жылы АММИ бітірген, ассистент, жұқпалы аурулар кафедрасының доценті.

Қазақ қыздарының ішінен шыққан ең алғашқы дәрігерлердің бірі, **Гүлсім**

Асфендиярова 1908 жылы Шымкент уезінде дәрігер, 1913 жылы Ташкент қаласында перзентхананың бас дәрігері жұмысын атқарған. Осы қалада алғашқы рет акушер мамандарын дайындайтын курс ұйымдастырып, дәріс берген. Орал қаласының түлегі

Ниязова Мүбина 1917 жылы Саратов медучилищесін бітіріп, алғашқыда тіс дәрігері болып жұмыс істейді. 1934-1936 жылдары Қазақ КСР Денсаулық сақтау халық комиссариатының аналарды қорғау басқармасының бастығы болады, ал 1936 жылы Алматыда алғашқы фельдшерлік-акушерлік мектеп ұйымдастырады және оның алғашқы директоры қызметін атқарады.

Осындай атақты ғалымдармен қатар, жер-жерлерде балалардың денсаулығын қорғау жұмысында қарапайым, қатардағы педиатр дәрігерлеріміз де еңбек етуде. Дәрігер мамандары жоқ, ауылдық елді мекендерде ересектерге болсын, балаларға болсын,

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

алғашқы болып қабылдап, алғашқы, дәрігерге дейінгі көмек көрсететін болашақ фельдшерлер – сіздер боласыздар. Сондықтан, «Педиатрия» пәнін жақсы оқып, меңгерудің маңызы зор.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Педиатрия пәннің қысқаша түсінік?
2. Қазақстан Республикасының педиатриясының көрнекті қайраткерлері?

Дәріс №2

4.1. Тақырыбы: Фондық аурулар. Рахит(мешел). Гипотрофия.Спазмофилия.

Аллергиялық диатездер. Балалардағы жедел ас қорыту бұзылыстары. Диарея.

4.2. Мақсаты: Балалардағы фондық аурулардың алдын алу, баланың сүйек – бұлшық ет жүйесінің анатомия физиологиялық ерекшеліктерін үйрету.

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:

- 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

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

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- hupo- асты, troph- нәрлену, қоректену) – торланудың созылмалы бұзылысының салмақ кемістігімен көрінісі.

Гипотрофияның клиникасы

Гипотрофияның өзіне тән клиникалық симптомдар 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 арыш 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

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.

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

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. сұрақтары (кері байланыс)

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

Дәріс №3

4.1. Тақырыбы: Ерте жастағы балалар аурулары.

4.2. Мақсаты: Ерте жастағы балалар ауруларының түрлерін анықтауға үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Пемфигус — көпіршіктер немесе ірің толтырылған бөртпелер тудыратын тері ауруларының тобы. Зақымданулар әдетте теріде дамиды, бірақ олар шырышты қабаттарда да пайда болуы мүмкін (көздің, мұрынның, ауыздың, тамақтың және жыныс мүшелерінің жұмсақ қабаттары).

Көпіршіктер жұмсақ және оңай ашылып, ауыратын жаралар пайда болады. Емдеу болмаса, олар дененің үлкен аймақтарына таралуы мүмкін және инфекцияның жоғары қаупі бар.

Пемфигус – бұл сау адамдарда пайда болуы мүмкін аутоиммунды ауру. Оны кейде буллезді пемфигонд, қызыл жегі және Хейли-Хейли ауруы сияқты басқа аутоиммунды көпіршікті тері ауруларымен шатастырады.

Пемфигус жұқпалы емес. Бұл үздіксіз медициналық емдеу арқылы басқаруға болатын өмірлік жағдай.

Пемфигустың қандай түрлері бар?

Дәрігерлер көпіршіктердің қай жерде және неліктен пайда болуына байланысты пемфигусты әртүрлі түрлерге жіктейді. Көп жағдайда адамдар пемфигустың бір түрін ғана алады.

Пемфигус түрлеріне мыналар жатады:

Пемфигус vulgaris: Пемфигустың бұл түрі АҚШ-та жиі кездеседі, көпіршіктер әрқашан ауыз қуысына әсер етеді. Кейбір зардап шеккен адамдарда теріде және басқа шырышты қабаттарда көпіршіктер пайда болуы мүмкін. Бұл зақымданулар терінің терең қабаттарында дамиды. Олар ауыр және баяу жазылуы мүмкін.

Омфалит-(гр.сөзінен ауд.кіндік)-кіндік жарасының бактериальды қабынуы, **кіндік** сақинасы және оның қан тамырларының қабынуы. Қоздырғышы алтынды стафилокок. Оның қарапайым, флегмонозды, некротикалық түрін ажыратамыз. Қарапайым түрі-**кіндік** жарасы жазылуы серозды немесе серозды-іріңді бөлінділердің әсерінен ұзаққа созылады. Бөлінді **кіндік** жарасының эпителизациясына әсер етеді.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Кіндік жарасына қалай күтім жасаймыз?
2. Нәрестенің тері инфекциясы кезіндегі күтім?

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

Дәріс №4

4.1. Тақырыбы: Жүрек, қан тамыр жүйесінің АФЕ.

4.2. Мақсаты: Балалардағы жүрек қан тамыр ауруларын ажырата білуге үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Қанайналым жүйесі ауруларын уақтылы анықтаудың ең бірінші кезектегі маңыздылығы, ол ересектердегі жүрек ауруларының көпшілігінің көзі балалық шақта болатындығы. Балалардағы жүрек ауруларының жиілігі созылмалы соматикалық патологиялардың ішінде ең басты орынды алады. Мысалы, жүрек және магистральды қантамырларының туа пайда боған ақаулары 1000 нәрестеде 6-10 жағдайда кездеседі. Бұл көрсеткіш бұдан да жоғары болуы мүмкін, себебі өмірімен үйлесімсіз жүрек ақауларымен байланысты өмірінің алғашқы күндеріндегі нәресте өлімі және өлі туылуы деректері ескерілмейді. Кардиологиядағы диагностикалық үрдістердің қиыншылығы сол, жүрек ауруларының көпшілігінің балалық кезінде басталуы аз симптомды, бір жағынан басқа аурулардың жабылуымен өтуі мүмкін (мысалы, сол қарынша жетіспеушілігі кезіндегі астматикалық бронхит, коронарлы қанайналым аномалиялары кезіндегі құрсақ қуысының ауру сезімі). Аурулардың бір қатары өте кеш, декомпенсация сатысында анықталады, бұл кезде балаға көмектің сапасы, тиімділігі аз болады. Мысалы, өкпе гипертензиясының анықталуы клиникалық түрде аурудың басталу сатысын емес, декомпенсациясын анықтайды.

Қанайналым мүшелерінің жағдайын бағалау үшін мыналарды қолданады: шағымдары, анамнезді жинау, объективті әдістер (қарау, перкуссия, аускультация, пульсті санау және артериалды қысымды өлшеу), инструментальды зерттеу әдістері. Балалардағы жүрек-қантамыр жүйесі ауруларының негізгі белгілері. Емшек жастағы балаларда болуы мүмкін бұзылыстар. Кенеттен айқай, ұзақ әлсіздікпен ауыратын баланың мазасыздануы. Ему актының бұзылуы: қысқа уақыт емуден кейін шаршағыштық, енгігу белгілерінің пайда болуы. Енгігу-цианоздық ұстамалар – цианоз, ес тану, апноэ және тырысулармен жүретін бірден пайда болатын бозару және енгігу. Қатты тершендік: тері жабындыларының цианозы және бозғылттығы Жүрек тұсындағы ауру сезімдер (кардиалгиялар) кардиальдық және экстракардиальдық үрдістермен байланысты жиі кездесетін белгілер болып табылады. Кардиалгиялар мыналар бойынша сипатталады : • сипаты– жіті, сыздап ауруы, күйдірмелі, сұқпалы; • пайда болу уақыты – түнде, күндіз немесе үнемі, нервті-психикалық, физикалық жүктеме кезінде немесе тыныштық жағдайда; • науқастың орнығуына байланысты– көтерілу кезінде , оң және сол қалыпта өзгеруі кезінде ауру сезімінің пайда болуы ; • берілуі– әсіресе сол қолға; • дәрілік заттарды және т.б. қабылдағанда өзгеру мүмкіншілігі.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Балалардағы жүрек ауруының негізгі клиникалық белгілері?
2. Балалардағы жүрек қан тамыр жүйесінің ерекшеліктері?

Дәріс №5

4.1. Тақырыбы: Дәнекер тіннің диффузды аурулары.

4.2. Мақсаты: Балалардағы диффузды ауруларды анықтауға үйрету.

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

4.3. Дәріс тезистері:

Жүйелі қызыл нокта (ЖҚН) — иммундық реттелудің гендік кемістігінен дамидын, өз тіндеріне қарсы антиденелердің тоқтаусыз түзілуі арқылы аутоиммунды және иммунокомплекті қабынумен жүретін созылмалы полисиндромды дерт. Науқас балалардың 90% қыздар. Бұл дерт көбінесе 9-14 жас арасында, пубертат кезеңде ауыр ағыммен кездеседі. Оның морфологиялық негізі- ядро және тіндер бұзылысы ошағында иммундық ком-плекстер түзілуімен жүретін жалпылама капиллярит. Қазіргі мәліметтер бойынша ЖҚН-ның таралу жиілігі 100.000 адамға 50-70 аурудан. Дерттің жүйелі түрімен қатар, оның дисконидтық және жайылмалы түрлерін ажыратады. Дегенмен бұлар бір ауру-дың әр түрлі келінісі, сөйтіп, бірінің екіншісіне ауысуы мүмкін Ауру себебі анық емес. Бірақ тікелей себепші болмаса да, бастаушы фактор ретінде ұзақ инсоляция. суыққа тоңу, радиация, психикалық не физикалық травмалардың әсері болатыны анық. дефициті) антигендері жиі кездеседі. Кейбір дәрілердің де ауруға себепшілік орны бар: олар - антибиотиктер, сульфаниламидтер, тырысу мен гипертензияға қарсы дәрілер (гид-ралазин тәрізді) және вакцина мен гамма-глобулиндер. Осы сияқты әр түрлі сырт-қы факторларға ауыратын адамның жеке, өзіндік әсіре сезімталдығы болатыны айқын. Айтылған себептермен қатар, баланың жасөспірім кезіндегігормоналдық және иммундық өзгерістерінде қатар жүретін уақытша әлсіздік дерт\ басталуына ерекше икемдейді.

Клиникасы: Ауру үдемелі ағыммен жүреді. Жедел ағымды ауруда дене қызуы бірнеше күн ішінде жоғары көтеріліп, гектикалық түрмен сипатталады, оны-мен бірге тоңу, калтырау, ағып терлеу шығады. Бала арықтап кетеді, тіпті қахексрия Тіндерге қарсы антиденелер

Антинуклеарық антиденелер

Лимфоциттергекарсы антиденелер

Иммунды комплекстердің құралуы, олардың тіндерге тұнуы

Гемокоагуляция жүйелерінің белсенісі,

Жүйелі склеродермия (ЖС) немесе үдемелі жүйелі склероз терінің айқын тыртықтануымен атрофшсы түріндегі бұзылыстары және ішкі ағзалардың, ұсақ, қантамырларының фиброздық-склероздық өзгерістерімен сипатталатын ауру. Аурудың басталуы вазоспастикалық яени Рейно-Лериш синдромы типті жағдайлармен тығыз байланысты. Таралымы бойынша ЖС ЖҚН-дан кейінгі екінші орында. Кесел кез келген ба-лаларда болуы мүмкін, бірақ тек кейбіреуінде ғана дамиды. Қыз балалар үдцарға қара-ғаңца 5 есе жиі ауырады.

Клиникалық көрінісі

құбылысқа ағзалар мен жүйелердің әр қайсысы шалынуы мүмкін, сондықтан аурудың клиникалық белгілері де тым әрқилы. Тұрақты белгі — терлік синдром. Тері бұзылыстары көбінесе бет пен қолда (ЖС-ның акросклеротикалық варианты), бірақ дараланған ошақты түрде тұла бойының басқа жерлерінде де бола береді. Склеродермия ошағының көлемі мен саны әр түрлі, өздері бұзылмаған тері бетінен анық байқалып, пішіні дөңгелек, сопақ не жалпақ келеді. Бұзылыс ошағындағы тері әуелгі кезде аздап ісіңкі, терісі қызыл түспен көмкеріледі, соңынан қатайып, піл түсіне ұқсас, тері өзгерісі ақыры атрофияға ұласады. Ошақты бұзылыстың «қылыш ізі түрі» типінде дертті құбылысқа тек тері ғана емес, оның астындағы шел қабаты, кейде сіңір, сүйек те қатысады. Аяқтағы тері бұзылыстары бұлшықеттер мен сүйек атрофиясы, контрактура, деформациялармен бірге байқалады.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

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

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Жүйелі қызыл нөктаның клиникалық көрінісі?
2. Жүйелі склеродермияның клиникалық көрінісі?

Дәріс №6

4.1. Тақырыбы: Ас қорыту ағзаларының АФЕ. Ас қорыту ағзаларының қызметін тексеру әдістері. Балалардағы асқазан-ішек жолдарының және өт айдау жолдарының аурулары. Гастриттер. Гастродуоденит. Асқазан және 12-елі ішектің ойық жарасы. Өт қалтасы мен шығу жолдарының аурулары. Холецистит. Тамақтанудың және асқорытудың жедел бұзылысы.

4.2. Мақсаты: Балалардағы ас қорыту жүйесінің ауруларын анықтауға, оның балалардағы ерекшеліктерін ажырата білуге үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Балалар ас қорыту жолының патологиясы әртүрлі, осымен қатар баланың жасына байланысты кейбір науқастар балалық шақтың кейбір кезеңіне ғана тән болып келеді және баланың жас кезеңдеріне байланысты аурулардың клиникалық белгілерінің көптеген ерекшеліктері бар. Ас қорыту жолының ауруларының клиникалық көріністеріне мыналар жатады:

- 1) Тәбет төмендеуі
- 2) Дисфагия
- 3) Кекіру
- 4) Жүрек айнуы
- 5) Құсу
- 6) Ауру сезімі
- 7) Руминация
- 8) Іштің қатуы

• Диспепсия - балаларда болатын ас қорыту органдары жұмысының бұзылуы. Диспепсия кезінде ішек айтарлықтай зақымданбайды. Көбінесе дұрыс тамақтандырмаудан емшектегі балалар ауырады (мөлшерден артық емізу, тамақтандыру режимін бұзу, т. б.) сондай-ақ әр түрлі аурулармен қабаттаса (грипп, өкімнің қабынуы, құлаққа суық тию) — парентеральды диспепсия басталуы мүмкін. Диспепсияның пайда болуына күннің ысуы әсер етеді (мысалы, жылдың ыстық мезгілі). Емшектегі бала диспепсиясының негізгі белгілері: іш өту (күніне 8—10 ретке дейін үлкен дәретке отырады, дәретінің иісі күлімсі, көбінесе жасыл түсті, жалқаяқ болады), іші кеуіп, тамақтандырған соң көп кешікпей лоқсып, құсады. Бала салмақ қоспайды, нашар ұйықтайды, мазасызданады, беймаза келеді. Ауыр жағдайларда тәулігіне 10—15 ретке дейін іші өтеді, арықтайды, шырышты қабықтары мен терісі құрғайды.

Тамақтандыру режимін бұзу салдарынан пайда болған диспепсия кезінде біраз уақытқа дейін (12 сағат, кейде онан да көбірек) балаға тамақ бермей, оған тек су ішкізіп, тәулігіне 3—4 стакан қанты аз сұйық шай беру керек. Ашығу кезеңінен кейін баланы аз-аздап емізіл, қолдан тамақтандырған кезде сүт, не сүт қоспаларының мөлшерін бірте-бірте көбейтеді. Диспепсия асқынған жағдайларда бала ауруханада емделуге тиіс.

Мальабсорбция синдромы

Генді детерминирленген немесе ферменттер жүйесі дефектісінен болатын аш ішектегі асқорыту мен сіңірілудің ауытқулары Мальабсорбцияның гендік детерминирленген

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

формалары әдетте аутосомды –рецессивті типпен тұқым қуалайды. Ал жүре пайда болған формалары түрлі аурулардан(инфекциялар, паразитоз, ісіктер, тағамдық аллергия)болуы да мүмкін.

Қуысшілік мальабсорбция

• Мальабсорбцияның бұл түрі негізінен майлар қорытылуының бұзылысы олардың гидролизі толық дерлік панкреатикалық липазамен байланысты және оны белсендіретін зат-запыран. Негізгі копрограммалық белгісі-стеаторея

Аурулары:

- муковисцидоз
- ұйқы безінің іштен болатын гипоплазиялары
- энтерокиназа кемістігі
- созылмалы панкреатит

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Диарея дегеніміз не?
2. Мукависцидоз дегеніміз не?

Дәріс №7

4.1. Тақырыбы: Баланы тиімді тамақтандыру негіздері.

4.2. Мақсаты: ЮНИСЕФ программасы бойынша әр түрлі жастағы балаларды тамақтандырудың ережелерін үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Емшекпен емізу - бұл ананың баласына емшек сүтімен тамақтандыруы, ол туылған сәттен бастап басталады және бірнеше жылдар бойы жалғасады.

Соңғы жылдары емшек сүтінен бас тарту туралы кейбір даулар болды, ал жасанды қоспаның өсуі бұл үрдістің өсуіне көмектесті. Алайда, емшек емізудің денсаулыққа тигізетін пайдасы туралы көптеген зерттеулер жүргізілді және емшек емізу туралы кеңінен ақпараттандыру мен тәжірибе арқылы жыл сайын 1 миллионнан астам нәресте өлімінің алдын алуға болады деп есептеледі.

Емшек емізуді босанғаннан кейін бірден немесе кесар тілігі операциясынан 4-5 сағат өткен соң бастауға болады. Бастапқыда шыққан сүт сәл қою және сарғыш түсті және вакцина ретінде әрекет етеді. Алғашқы 6 айда нәресте үшін тек ана сүті болуы керек.

Ешқандай қосымша дәрумендер мен шырындар оны дұрыс тамақтану тұрғысынан алмастыра алмайды. Емшек емізуді екі жыл немесе одан да көп уақытқа жасауға болады.

Бұл нәрестені тамақтандырып қана қоймай, босанғаннан кейінгі ананың ауырсынуын жеңілдетеді. Әдетте, нәрестелер күніне 10-12 рет емшек сүтімен емізілуі керек.

Кейбір жағдайларды қоспағанда, нәрестені ана сүтімен тамақтандыру жақсы. Мұндай жағдайларда немесе аурудың жағдайында, мысалы, белсенді туберкулезбен ауыратын ана сияқты, немесе егер анасы заңсыз есірткі қабылдаса, онда ол нәрестені емізбеуі керек.

Сондай -ақ, галактоземиямен ауыратын нәрестені ана сүтімен тамақтандыруға болмайды.

Емшекпен емізу бүкіл әлемде әр түрлі концентрацияда жүреді, Құрама Штаттардағы әйелдердің 75% -ы кем дегенде алты ай емізеді, ал әлемнің басқа бөліктерінде бұл көрсеткіш 40% -дан төмен түседі. Емшекпен емізу анаға да, балаға да пайдалы екендігі дәлелденді, сондықтан сіз оны ерте ана болу айларының бір бөлігі ретінде қарастыруыңыз керек. Тіпті Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) сау және жеткілікті сүт шығара

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

алатын аналарға алты ай емізуді ұсынады. Енді емшек сүтімен емізудің көптеген пайдалы жақтарын аздап тереңірек қарастырайық.

Емшек сүтінен түсетін пайдалы қоректік заттардың тұрақты ағымы нәрестенің анасынан маңызды антиденелермен бірге жүретіні белгілі. Нәресте кезіңізде сіз ауырып қалуға бейімсіз және жиі асқынулар болады. Емшек емізу кезінде ананың иммунитеті жаңа туған нәрестеге емшек сүтінде кездесетін антиденелер арқылы өтеді. Медициналық зерттеулер көрсеткендей, емшек емізетін балалардың емшек емізетін нәрестелерге қарағанда денсаулығы мен госпитализациясы аз болады.

Емшекпен емізу нәресте аурулары мен өлім -жітімінен қорғаныстың күшті желісін қамтамасыз етеді. Шындығында, емшек сүтімен емізетін балалардың демікпе, респираторлық аурулар, асқазан аурулары мен аллергия қаупі төмен болатын, сондықтан емшек емізудің әсері ересек өмірінде ұзақ сақталуы мүмкін. Ұлттық бала денсаулығы және адам дамуы институтының мәліметі бойынша, ана сүтінде бар сүт нәрестенің тамағы мен мұрнының үстінде қабат түзеді, осылайша олардың құлақ пен демікпе инфекцияларынан сақтайды.

Гипогалактия - лактация кезінде сүт бездерінің секреторлы қабілетінің төмендеуі.

Гипогалактияның алғашқы белгілері: нәрестенің мазасыздануы, әсіресе емізгеннен кейін, зәр шығаруының сиреуі, іш катуы, дене салмағының аз қосылуы

Себептері: Гипогалактияға әкелетін себептер көп түрлі. Жиі жүктілікке дейінгі және жүктіліктен кейінгі ананың ауруларымен байланысты. лактогенез, галактопоз процесінің бұзылуы; сүт бөліну уақытының қысқаруы, баланы омыраумен аз уақыт тамақтандыру салдарынан пайда болады.

Ана жағынан себептер: генетикалық фактор (конституциональный тип) Босанушының жасы Әйелдің психосоматикалық денсаулығы. Жүктілік және босану ағымы. Жүктілік кезіндегі ятрогенді факторлар(медикаментозное вмешательство обезболивание, профилактика кровотечения, стимуляция родовой деятельности) Операциялық араласулар (Кесарево сечение)

Нәресте жағынан себептер: Баланы кеш емізу. Емізу техникасының бұзылуы.

Гипогалактия Классификациясы: Лактация жетіспеушілігінің пайда болу мерзіміне қарай жіктелуі:Ерте – босанғаннан кейін алғашқы 10 күнде дамды; Кеш – босанғаннан 10 күн өткеннен кейін дамиды. Пайда болу себебіне байланысты біріншілік және екіншілік түрі деп бөлеміз.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Емшек сүттінің құрамы?
2. Емшекпен емізудің артықшылығы?
3. Гипогалактия дегеніміз не?

Дәріс №8

4.1. Тақырыбы: Зәр түзу және зәр шығару ағзаларының АФЕ.

4.2. Мақсаты: Балалардағы зәр түзу және зәр шығару ағзаларының ерекшеліктерін ажырата білуге, патологиясын анықтауға үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Бүйректің ерекшелігі.

• нәрестелерде бүйректерінің сыртқы пішіні дөңгелек, беттері бұдырлы болып келеді. қыртысты бөлігі нашар дамыған.

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

- нәрестенің бүйрегiнiң массасы 11-12 г, 1 жаста — 36-37 г, 5 жаста — 55-56 г.
- бүйрек ұлпаларының өсу қарқыны алғашқы 3 жыл ішінде, жыныстық жетілу кезеңінде және 20-30 жас аралығында жоғары болып, өсіп жетіледі.
- нәрестенің бүйрегiнiң сыртқы беті бөліктеніп тұрады. ол бөліктер 2 жасқа қарай тегістеле бастайды да, 5 жаста жойылып, түгел тегіс болады. бүйректің қыртыс қабатының қалыңдығы нәрестелерде 2 мм, ал оның ішкі ми қабаты 8 мм болады.
- бүйректің өсуі 5 жасқа дейін өссе, қарқынды түрде дамуы 16-19 жас аралығында байқалады.
- бүйректің топографиялық орналасуы: нәрестелерде бүйректің проксималді ұшы хii кеуде омыртқа денесінің жоғарғы жиегінің тұсында орналасса, 1 жаста бұл көрсеткіш төменірек хii кеуде омыртқа денесінің жоғарғы жиегінен төмен орналасады.
- 5-7 жаста бүйректің орналасуы ересек адамдардағыдай. несепағар.
- нәрестелерде несепағар түзу, тік бағытта емес, ирелең түрінде орналасады.
- несепағардың шырышты және шырышасты қабаты 1 жасқа дейін қатпарларды құраса, бір жастан кейін бойлай орналасқан қатпарлар жазылып, шырышты қабықшасы біркелкі орналасады.
- несепағардың ұзындығы жалпы дене бітіміне байланысты қалыпты нормостеник балаларда орташа ұзындығы 25-28 см.
- екі жақтық бүйректің бір деңгейде орналаспауына байланысты, оң жақтық несепағар сол жақтық бөлігіне қарағанда 1-2 см қысқалау, өту жолының диаметрі 0,5 см-дей.
- нәрестелерде қуық ересек адамдарға қарағанда жоғары орналасады.
- нәрестелерде қуықтың сыртқы пішіні ұршық тәрізді болып келеді, бұл кезеіде қуықтың сиымдылығы 50-80 см³ болып, іш қуысында жоғары орналасқан. дами келе, қуықтың сыртқы пішіні овал тәрізді келуі байқалады.
- қуықтың жамбас қуысына қарай өтуі 1 жас аралығында өтеді. қарқынды түрде дамып кіші жамбас қуысына қарай 18-20 аралығында жылжиды.
- қуықтың орташа сиымдылығы 5 жаста – 180-200 см³ болса, 12 жаста – 250 см³.
- қуықтың несеп шығатын жерінде сакина тәрізді бұлшық еттері күшті сфинктер (грек. сфинктер - қысып ұстайтын) бар. бұл еттер жиырылып, қуықты аштырмай, несепті ұстап тұрады.
- сфинктердің ашылуы еріксіз рефлекторлы түрде болады. Нәрестенің қуығының ішіне несеп жиналып, оның қысымы су бағанымен 12-15 смге дейін көтерілгенде қуықтың қабырғасындағы рецепторлар тітіркенеді. пайда болған қозу импульстері орталыққа тепкіш нервтермен жұлындағы және мидағы орталықтарға барады. Орталық жүйке жүйесінен орталықтан тепкіш нервтері арқылы қозу қуыққа келеді де, қуықтың қабырғасындағы еттері жиырылады, сфинктер еті босайды, содан соң қуық ашылады.
- ересек балаларда несептің сыртқа шығуы ерікті рефлекс тәртібімен жүреді. өйткені несеп шығару рефлексінің орталығы ми қыртысында да бар. нәрестенің қуық еті, әсіресе оның сфинктер еті жетілмеген, сондықтан несеп жиі және еріксіз рефлекторлы түрде шығады. Олардың бүйрек түтікшелерінің эпителий клеткаларының зат өткізгіш қасиеті жоғары болғандықтан несеп құрамында лактоза, аздаған (із мөлшерінде) мөлшерде белок, мочеви́на, фосфатты және хлорлы қосындылар болатыны байқалған. кейін 1 жасқа жақындағанда лактоза мен белок мүлде болмайды, Ал қалғандарының мөлшері азаяды.
- нәрестенің алғашқы 3-4 күнінде несеп өте аз шығады, ал бір аптадан кейін несеп көбейеді. 6 айда баланың несепінің мөлшері екі есе артады. 9 айда несептің құрамы тұрақтала бастайды. мысалы, несептің құрамындағы хлордың мөлшері ересек адамдардағыдай болады, бірақ мочеви́на мөлшері аздау, өйткені бұл кезде баланың негізгі тамағы әлі де болса, сүт болады да, басқа жануар текті тамақтардың мөлшері аз

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

болады.

• 1 жастағы балалар бүйрегінің гломерулалық сүзілу деңгейі өте баяу жүреді, кері сүзілу мен нефрон түтікшелерінде заттардың концентрациясының артуы, яғни қоюлануы жеткіліксіз. Несептің мөлшері 700 мл ғана болады. 4-5 жаста оның мөлшері 1000 мл-ге дейін көбейеді, ал 10 жаста тәулігіне 1500 мл несеп сыртқа шығады.

Пиелонефрит – бүйректің және бүйрек түбегінің көбінесе интерстициялық талшығының қабынуы. Бұл – бүйректің ең жиі кездесетін ауруы. Балалардың алғашқы 5 жасқа дейінгі өмірінде пиелонефрит ауруы 3-4 рет кездеседі. Ер балаларға қарағанда қыз балаларда пиелонефрит жиі кездеседі, оның себебі қыз балалардың зәр шығару жүйесінің анатомиялық және физиологиялық орналасу ерекшеліктеріне байланысты.

Клиникасы.

Пиелонефриттің қайталанғыш түрінде баланың жалпы жағдайы көп уақытқа дейін өзгермейді, қайталану (рецидив) кезінде: температура көтеріледі, баланың жалпы жағдайы бұзылады, белі, іші ашып ауырады, зәрде лейкоцитурия анықталады. Ауру жиі қайталана берсе бүйрек қызметінің бұзылуына, бүйрек жетіспеушілігіне әкелуі мүмкін.

Пиелонефриттің жасырын (латентті) түрінде баланың жалпы жағдайы өзгермейді, ұзақ уақытқа дейін ауру білінбей жүреді, тек бала басқа аурулармен ауырған кезде барып дизуриялық белгілер және зәрде өзгерістер анықталады. Осы кезде сұрастыра келе баладан тез шаршағыштық, тәбеттің төмендеуі, кейде субфебрильді температура, ауық-ауық іші ауыратынын анықтауға болады.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Балаларда зәр шығару ағзаларының ерекшелігі қандай?
2. Балалардағы бүйрек ауруларының клиникалық көрінісі?

Дәріс №9

4.1. Тақырыбы: Балалардағы ауа- тамшы инфекциялық аурулары.

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

4.3. Дәріс тезистері:

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 қызырып, жасаураған, қабақтары ісіңкі, көзі қарығулы, мұрнынан су ағып тұрады.

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

бөртпе шығу кезеңі. аурудың дене қызуы 39-40^ос 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 көріністерінін 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- фильтрленуші 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. 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.

Желшешек – баланың терісіне, шырышты қабаттарында көпіршік тәріздес лимфаға толы бөртпе шығып, кейіннен бұл бөртпелер кеуіп, орнына қабықшалардың 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

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

дақтардың ішінде лимфа жиналып көпіршік пайда болады, 1-2 күннен кейін көпіршік құрғап 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.
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. Қызылшаның клиникалық көрінісі?
2. Қызылшы мен Қызамықтың ажырату диагнозы?
3. Желшешектің клиникалық көрінісі?

Дәріс №10

4.1. Тақырыбы: Дифтерия.

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

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

орналасады. Сау адамдардан бөлінетін дифтерия таяқшасының токсигенді емес штаммдары эпидемиялық қауіп тудырмайды.

Диагностикасы

Жұтқыншақ ифтериясын баспа, жұқпалы моноклеоз, 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. Антибиотикопрофилактиканы 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

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 қайталанады. 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

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

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. 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 тыныс 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: Балалардағы қан аурулары. Анемиялар. Гемофилия. Тромбоцитопениялық пурпура. Геморрогиялық васкулит. Лейкоздар.

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

4.2. Мақсаты: Балалардағы қан ауруларын клиникалық көріністері бойынша ажырата білуге және оның алдын алуға үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Теміртапшылықты анемия – [қан](#) сарысуында, [сүйек](#) кемігінде, деподағы [темірдің](#) төмендеуі, осының нәтижесінде [гемоглобин](#), әрі қарай эритроциттер түзілуінің бұзылыстары салдарынан тіндердегі трофикалық бұзылстармен мінезделетін ауру.

Бала организмде темір тапшылығынан болатын, оның келіп түсуінің бұзылыстары, сіңірілуі немесе патологиялық жоғалуынан гемоглобин концентрациясының төмендеуімен сипатталатын патологиялық жағдай.

Клиникалық белгілер сидеропениялық синдромдармен сипатталады: эпителиалды бұзылыстар (тері, тырнақ, шаш, шырышты қабықтың трофикалық бұзылыстары), дәм сезімі мен иіс сезудің бұзылуы, астениялық-вегетативтік бұзылыстар, ішекте сіңу процестерінің бұзылуы, дисфагия және диспептикалық өзгерістер, иммунитеттің төмендеуі.

ДДҰ ұсыныстарына сай:

- 6 жасқа дейінгі балалардағы гемоглобин нормасының төменгі шегін 110 г/л, Ht=33;
- 6-12 жасар балаларда - 115 г/л, Ht=34;
- 12-13 жасар балаларда - 12 г/л, Ht=36 болып есептелуі керек.

Темір тапшылық анемияның клиникалық көрінісі Әлсіздік, бас айналуы, көз алдында қыбын-шіркейлерді көрі. Талмалар болуы мүмкін, елтікпе, шаштары сынғыш, түседі және тырнақтың сынғыштығы (кейді қасық тәрізді ішке ойылуы). Тәбеттің бұрмалануы, кейде науқастар жерді, шикі ет, қамыр, мұзды жейді. Иіс сезу бұрмалануы: керасин, зэр, ацетон. Түңгі диурез болуы мүмкін. Объективті : тері сары – бозғылт. Температура субфебрильді, жүрек шекарасы сол жаққа ығысуы. Кейде тілдің шырышты қабатының атрофиясы байқалады және кариес дамуы ықтимал. Сидеропениялық синдром: шаш түсуі, тырнақ сынғыштығы, тері құрғақтығы.

Лейкоздар - бұл ақ қан жасушаларының қатерлі ісігі, сүйек кемігінде қалыптан тыс лейкоциттердің көп мөлшері пайда болған кезде пайда болады.

Бұл қалыпты емес жасушалар инфекциямен күресудің әдеттегі жұмысын орындай алмайды.

Олар сондай-ақ қан мен сүйек кемігінен пайда болған сау ақ және эритроциттер мен тромбоциттерді бөліп шығарады, сол жасушалардың қалыпты қызметін атқаруына мүмкіндік бермейді.

Нәтижесінде инфекция, анемия (эритроциттердің аз мөлшері) және жеңіл қан кет (тромбоциттер жетіспеушілігінен) болуы мүмкін.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Анемияның пайда болу себептері?
2. Лейкоз дегеніміз не?

Дәріс №13

4.1. Тақырыбы: Балалардағы эндокринді жүйенің аурулары. Қант диабеті,

4.2. Мақсаты: Балалардағы эндокринді жүйенің ауруларын диагностикалауға оның асқынулары кезінде алғашқы көмек көрсетуге үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

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

Қантты диабет (diabetes mellitus) организмде инсулиннің абсолютті немесе салыстырмалы жеткіліксіздігінен туындайтын және көмірсутегі, майлар, белоктар алмасулардың қатты өзгеруімен сипатталатын ауру. Бүкіл әлемдік денсаулық сақтау ұйымының жіктеуі бойынша балаларда қантты диабеттің ең кең тараған.

екі түрі бар:

1.Инсулинге тәуелді (1-ші түрі)

2.Инсулинге тәуелсіз (2-ші түрі)

1-ші түрі - 25 жасқа дейінгі жастарда және балаларда кездесетін диабет инсулиннің бездік жеткіліксіздігінен оның толық болмауынан дамиды. Ол сырқат адамның қатты арып-азумен ауыр түрде өтеді және инсулинмен емдесе тез кетоацидоз дамуына, адам өліміне әкеледі.

2-ші түрі - ересек адамдарда кездесетін диабет және ол инсулиннің салыстырмалы жеткіліксіздігінен дамиды. Қанда инсулиннің мөлшері аздап қана төмендеген немесе тіпті қалыпты деңгейде болады.Бұл диабетпен ауыратын науқастардың арасында дененің толып кетуі жиі байқалады және әдетте кетоациноз дамымайды. Көпшілік жағдайда бұндай ауруларды тіпті дұрыс емдіммен емдеу жеткілікті болады.

Балаларда қант диабетінің белгілері:

1. Ылғи да сусап тұру
2. Кіші дәреттің жиілеп, көп болуы.
- 3.Үнемі шаршаулы сезіну,
4. Қол-аяқтың ұйып, жансыздануы
- 5.Үнемі қарын аштығынан арылмау
6. Салмақ азаюы
7. Терінің қышуы
8. Көздің көру қабілетінің айырылуы («тұман көлегейлегендей»)
9. Жыныс қынабының жиі инфекциямен ауыруы
10. Аяққа жазылмайтын созылмалы жара шығуы.
11. Естен тану (қысылтаяң жағдайларда)

Диабеттің балалардағы ерекшелігі:

Балалардағы қант диабетін анықтауда атааналардың кей жағдайда бұл белгілерді байқамаулары үлкен қиындықтар туғызады. Диабет белгілерін анықтау қиындықтарына қарамай, оның ауруды анықтауға көмектесетін өзіне тән белгілері бар. Мысалы, түнгі зәр тоқтамау (энурез) — диабеттің ең маңызды белгісі. Диабетпен ауыратын балалар сау балаларға қарағанда зәрді 2-4 есе көп шығарады. Сонымен қатар, қант диабетімен ауыратын балалардың терісінде сыздауықтар, терінің қышынуы және т.б. жиі пайда болады.

Қант диабетінің этиологиясы

Диабеттің ең басты себептердің бірі – тамақтану салтының өзгеруі, атап айтқанда қантқа тез айналатын көміртегі бар тағамдарды шектен тыс пайдалану болып табылады. Сол сияқты қажеттен артық тамақтану және дене еңбегімен шұғылданбау семіздікке әкеліп соқтырады. Қант диабетінің көп таралу себептерінің бірі де осы семіздік делінеді. Сырқатқа шалдығудың көп себептері тұқымдық бейімдеушілік екенінде айтып өткен жөн. Тұқым қуалаушылықтың әсерінен қант диабеті балалар арасында өте көп таралып отыр. Тағы бір себебі экологиялық жағдайдың бұзылуы, химиялық өндірістің (фосфор, қорғасын) зиянды әсері.

Қант диабетінің жедел асқынулары:

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

Айқын қант диабетінде науқастың жағдайына сай ем қолданбаса, сырқат өлім қаупін тудыратын комаға ауысуы мүмкін.

Кетоацидоз даму себептері:

1. Инсулинге тәуелді қант диабетімен ауыратын науқастың дәрігерге уақытында қаралмауы.
2. Инсулиноterapia жүргізудегі қателіктер.
3. Науқастың өз ауруына дұрыс қарамауы.
4. Жедел инфекциялық аурулар, жүрек – қан тамыр аурулары (инсульт; миокард инфарктісі).
5. Инсулинге қажеттілікті жоғарылататын физикалық, психикалық жарақаттар, хирургиялық операциялар, жүктілік т.б

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Қант диабетінің қандай түрлерін білесіз?
2. Қант диабетінің асқынуларының клиникалық белгілері?

Дәріс №14

4.1. Тақырыбы: Иммунопрофилактика. Балаларды медициналық қадағалау.

4.2. Мақсаты: Балалардағы инфекцияның алдын алуға жүргізілетін иммуно профилактиканың маңыздылығын үйрету және балаларды диспансерлеу әдісіне үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Иммунопрофилактика Жасанды иммунитетті күшейту немесе орнату мақсатында жасалатын халықты немесе индивидуальды жаппай қорғау әдісі. Оның өзі арнамалы емес және арнамалы болып бөлінеді. Біздің қарастыратынымыз арнамалы иммунопрофилактика болып табылады.

Вакцинация Егу, вакцинация – адам организміне вакцина немесе арнайы тәсілмен дайындалған антигендік қасиеті бар заттарды енгізу арқылы белгілі бір жұқпалы аурудан алдын ала сақтандыру үшін қолданылатын әдіс.

Жұқпалы ауруларға қарсы егудің бірнеше түрі бар:

міндетті егу – балаларға (туберкулез, қызылша, күл, сіреспе, көкжөтел, гепатит, т.б. ауруларға қарсы), нәрестелі бола алатын әйелдер және қыздарға қызамыққа қарсы; жоспарлы-кәсіби егу – мал шаруашылығымен айналысатын немесе олардың өнімін өңдейтін

адамдарға күйдіргіге қарсы; эпидемиялық көрсеткіш бойынша егу – нақты аймақтағы тұрғындар арасында індет қаупі төнген кезде жүргізіледі. Егу көбінесе инфекциялық тәсілмен (тері астына, бұлшық етке) атқарылады.

ҚР қолданылатын вакциналық препараттар. Егу күнтізбесі. Республикасы Үкіметінің № 2295 қаулысына сәйкес балаларға келесі екпелер жүргізіледі:

БЦЖ

ОПВ, ИПВ

ВГВ

АКДС

АДС

АД-М

АДС-М

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

Акт-ХИБ

ҚҚП

Профилактикалық егуді жүргізуге қарсы көрсетілімдер

1. Вакциналардың барлық түрлеріне жалпы тұрақты қарсы көрсетілімдер: 1) осы вакцинаны бұрын салғаннан кейін 48 сағат ішінде пайда болатын қатты реакция (дене қызуының Цельсий бойынша 40 градусқа және одан да жоғары көтерілуі, әдеттегіден өзгеше, ұзақ, үш және одан да көп сағат қатты жылау синдромы, фебрильді немесе афебрильді тырысулар, гипотоникалық-гипореактивті синдром); 2) осы вакцинаны бұрын салғанда болатын асқынулар – тез болатын аллергиялық реакциялар, соның ішінде егуден кейін 24 сағат ішінде пайда болатын анафилактикалық шок, вакцина салғаннан кейін жеті күн ішінде пайда болатын энцефалит немесе энцефалопатия.

2. Тірі вакциналарды пайдалануға тұрақты қарсы көрсетілімдер:

- 1) АИТВ-инфекциясын қоса алғандағы тұрақты иммун тапшылық жағдайы;
- 2) қатерлі қан ауруларын қоса алғандағы қатерлі ісік;
- 3) жүктілік

Профилактикалық егуді жүргізуге қарсы көрсетілімдер

3. Жалпы вакциналардың барлық түрлеріне уақытша қарсы көрсетілімдер:

- 1) орталық жүйке жүйесінің жіті аурулары (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит) – вакцинациялау сауыққан күннен бір жылға дейінгі мерзімге қалдырылады;
- 2) жіті гломерулонефрит – вакцинациялау сауыққан соң 6 айға дейін кейінге қалдырылады; нефротиялық синдром – вакцинациялау кортикостероидтермен емделу аяқталғанға дейін кейінге қалдырылады;
- 3) температураға байланыссыз ауырлығы орта және ауыр дәрежедегі жіті инфекциялық және инфекциялық емес аурулар вакцинациялау сауыққаннан кейін 2-4 аптадан соң рұқсат етіледі;
- 4) әртүрлі патология кезінде стероидтерді, сондай-ақ иммуносупрессивті қасиеттерге ие басқа да препараттарды қолдану;
- 5) біртіндеп ұлғаятын созылмалы аурулармен ауыратын науқастар вакцинациялауға жатқызылмайды; асқынатын созылмалы аурулармен ауыратын науқастар ремиссия кезеңінде егіледі

Балаларды профилактикалық медициналық тексеру – бұл ауруларды ерте сатыда анықтауға және аурулардың дамуын, қауіп факторларын, қосалқы аурулардың туындауын болдырмауға және балалар денсаулығын нығайтуға бағытталған тексерулер.

Мектепке дейінгі, мектеп жасындағы балаларға, сондай ақ техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі және жоғары білім беру ұйымдарының білім алушыларына профилактикалық медициналық қарап-тексерулер жүргізіледі. Профилактикалық медициналық қарап-тексерулер «Профилактикалық медициналық қарап-тексерулерді өткізу қағидаларын, көлемін және кезеңділігін бекіту туралы» **Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 15 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-264/2020 бұйрығы** негізінде жүргізіледі. Мектепке дейінгі, мектеп жасындағы балаларды, сондай-ақ техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі және жоғары білім беру ұйымдарының білім алушыларын қоса алғанда он сегіз жасқа (кәмелетке) толмаған білім алушыларын профилактикалық медициналық қарап-тексерулерді аумақтық медициналық-санитариялық-алғашқы көмек көрсететін (бұдан әрі – МСАК ұйымдары) ұйымдарының мамандары білім беру ұйымдарының аумағына шыға отырып жүргізеді.

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

Мектепке дейінгі ұйымдарға бармайтын мектепке дейінгі жастағы балаларды профилактикалық медициналық қарап-тексерулер бекітілген жері бойынша МСАК ұйымдарында жүргізіледі.

Балаларды профилактикалық медициналық тексеріп-қарау **дайындық сатысынан, профилактикалық медициналық қарап-тексеруден және қорытынды сатыдан** тұрады.

Дайындық сатысы мектепке дейінгі, мектеп жасындағы балаларды, техникалық және кәсіптік, орта білімнен кейінгі және жоғары білім беру ұйымдарының білім алушыларын қоса алғанда ақпараттық сүйемелдеуден тұрады.

Профилактикалық медициналық қарап-тексеру дәрігерге дейінгі, білікті және мамандандырылған кезеңдерді қамтиды. Дәрігерге дейінгі кезеңді білім беру ұйымының, мектепке дейінгі ұйымдардың орта медицина персоналы жүргізеді.

Білікті кезеңді педиатр, терапевт дәрігер (15 жастан 17 жасқа дейінгі балалар үшін) немесе жалпы практика дәрігері жүргізеді. Мамандандырылған кезеңді бейінді мамандар жүргізеді. Бейінді мамандардың қорытындысы мен зертханалық-диагностикалық зерттеулерді ескере отырып, профилактикалық медициналық қарап-тексеру аяқталғаннан кейін педиатр дәрігер, терапевт дәрігер немесе жалпы практика дәрігері (бұдан әрі-ЖПД) денсаулықтың келесі тобын айқындай отырып, балалардың денсаулық жағдайына кешенді бағалау жүргізеді: **1-топ** – дені сау балалар; **2-топ** – дені сау, бірақ функциялық ауытқулары бар, сондай-ақ жіті және созылмалы ауруларға қарсы тұру қабілеті төмен, қауіп факторы бар балалар; **3-**

топ – организмінің функциялық мүмкіндіктері сақталған, компенсация жағдайындағы созылмалы аурумен ауыратын балалар; **4-топ** – организмінің функциялық мүмкіндіктері төмен, субкомпенсация жағдайындағы созылмалы аурумен ауыратын балалар; **5-топ** – организмінің функциялық мүмкіндіктері айтарлықтай төмендеген, декомпенсация жағдайындағы созылмалы аурумен ауыратын балалар.

3, 4, 5 денсаулық топтарына жататын балалар МСАК ұйымының мамандарының немесе тиісті бейін мамандарының динамикалық бақылауы мен сауықтыруына жатады.

Педиатр дәрігері, терапевт немесе ЖПД профилактикалық медициналық қарап-тексеру аяқтағаннан кейін денсаулықты кешенді бағалау жүргізіледі, денсаулық тобын көрсете отырып физикалық және нервтік-психикалық дамуын бағалаумен эпикриз бен қорытындыны ресімдейді. Қорытындыда толық қарап-тексеру, бақылау, санитариялық-гигиеналық ережелерді сақтау, режим, дене тәрбиесі және шынықтыру, профилактикалық екпелерді жүргізу, шекті жағдай мен аурулар профилактикасы, дене шынықтыру тобы (негізгі және арнайы топ) бойынша ұсынымдар, сонымен қатар, 15 жастан бастап ер балаларға – военкомат үшін қорытынды мен ұсынымдар беріледі.

Қорытынды сатыда МСАК ұйымының дәрігері немесе МСАК ұйымының жауапты адамы медициналық ақпараттық жүйеге профилактикалық медициналық қарап-тексеру нәтижелерін енгізеді. Балаларды профилактикалық медициналық қарап-тексеру нәтижелері олардың заңды өкілдерінің назарына танысу туралы қол қоюмен жеткізіледі. Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе өсіп келе жатқан өскелең ұрпақтың денсаулығының қаншалықты қалыпты өсіп келе жатқанын білу үшін, ауытқулар болған жағдайда уақытылы емдік-профилактикалық көмек көрсету және ерте диагностикалау үшін балаларды профилактикалық медициналық тексеріп-қараудан өткізіп тұрудың маңызы зор екенін ескертеміз. Сол себепті ата-аналарға балаларын профилактикалық медициналық тексеруден өткізуге белсенді қатысуға кеңес береміз!

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

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

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Жасанды иммунитетті қалай күшейтеміз?
2. Диспансерлеу дегеніміз не?

Дәріс №15

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 себебтерін 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 тұма ақаулары, асфиксия; Әр түрлі гормональды 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.);
- афферентті-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.

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

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 кезеңді 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 құсмен, 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 көпірек 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.

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

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 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?

Дәріс №16

4.1. Тақырыбы: Жүрек өкпе – реанимациясы. Клиникалық өлім.

4.2. Мақсаты: Клиникалық өлім белгілерін ажыратуға және жүрек өкпе реанимациясын дұрыс жасауға үйрету.

4.3. Дәріс тезистері:

Жүрек-өкпе реанимациясы туралы түсінік Жүрек-өкпе реанимациясы ағзаның тіршілік әрекетін қалпына келтіруге және оны клиникалық өлім жағдайынан шығаруға бағытталған шұғыл шаралар кешені. Өкпені жасанды желдетуді қамтиды жасанды тыныс алу) және кеуде қуысының қысылуы (жанама жүрек массажы). Жүрек-өкпе реанимациясының көрсеткіштері: сананың болмауы, тыныс алудың қан айналымның болмауы. Балалардағы жүрек-өкпе реанимациясы. Бастапқы іс-шаралар ересектер сияқты ABCDE схемасы бойынша жүзеге асырылады. Дегенмен, бірқатар ерекшеліктер бар. Реанимация бірінші қадам: жедел жәрдем шақырыңыз және ауа жолдарын тексеріңіз Баланы және өзіңізді кез-келген қауіптен тазартыңыз. Тыныс алу жолын тексеру жедел жәрдем шақырыңыз. Баланың аузын тексеріңіз, ауа жолдарын бітеп тастайтын нәрсе бар ма. Бұған тіл, тамақ, құсу немесе қан кіруі мүмкін. Ауыз қуысын тазалау Егер бітелу болмаса немесе оны жойсаңыз, тыныс алуды тексеріңіз. Кеуде қозғалысын іздеңіз, тыныс алу дыбыстарын тыңдаңыз. Тыныс алуын тексеру. Бала қалыпты дем ала

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

ма? Ұқыптылап оның бүйіріне ауыстырыңыз. Жеделжәрдем келгенге дейін тыныс алуды үнемі тексеріп отырыңыз. Бала дем алмайды ма? Бала жауап бермейді ме немесе бала қалыпты дем ала ма? Реанимацияны бастаңыз. Қолдың білектерін баланың кеудесінің ортасына қойыңыз. Білектерді пайдаланып, минутына 100-120 рет 30 рет басыңыз. Әр басу кеуде қуысының үштен біріне қысылуына әкелуі керек. 30 рет басу 30 рет басқаннан кейін терең дем алып, баланың аузын жауып, мұрнын қысып, екі рет дем шығарыңыз. Тыныс алу жолдарын ашу үшін баланың басы артқа қарай қисайғанына көз жеткізіңіз. Егер бала дем алып, реакция жасай бастаса, оны бүйіріне қойыңыз. Оның тыныс алуын қадағалаңыз және кезкелген уақытта реанимацияны бастауға дайын болыңыз. Екі рет дем беру қайталау.

4.4. Иллюстрациялық материал: слайдтар

4.5. Әдебиет: Соңғы бетте

4.6. Бақылау сұрақтары (кері байланыс)

1. Клиникалық өлім жағдайын қалай бағалаймыз?
2. Жүрек-өкпе реанимациясының көрсеткіштері?

Негізгі әдебиет:

1. Педиатриядағы мейірбике: оқулық / оқу құралы. К.Ассамбай. - Шымкент: «Кітап» ЖШС, 2011 ж.
2. Педиатриядағы мейірбике ісі: оқулық. қолмен / Н.И. Аверьянова [және басқалары]. -; Рес. Оқу-әдістемелік бөлім. бал арқылы. және ферма. Ресейдің жоғары оқу орындарын оқыту. артықшылықтар. - Ростов қ., 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. Харитонов. - 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., Нұрқасымов Р.Ғ. Акушерия. Алматы. 2018 – 375б
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., Нұрқасымов Р.Ғ. 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.

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

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	044-67/11
Дәріс кешені	

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