

« Астана Медицина Университеті » ҚеАҚ
№3 Балалар аурулары кафедрасы

Мешел ауруы

Орындаған: Илимисова. С. С

Топ: 302


Факультет: Стоматология

Тексерген: Муратова Н. А.

Нұр-сұлтан 2019 ж.

Жоспар :

- 1.Кіріспе
- 2.Негізгі бөлім : а) Мешел
- б) Этиопатогенезі
- в) Клиникасы
- г) Диагностикасы. Емі. Профилактикасы.
- д) Мешелдің қаңқаның бет-жақ бөлігіне және тістерге әсері
- 3. Қорытынды
- 4.Пайдаланылған әдебиет



□ Мешел – ерте шақтағы балалардың жүйелі ауруы, бұл аурудың негізі кальций мен фосфор алмасудың бұзылуын құрайды. Сүйек өсудің бұзылуы анықталады, нерв жүйесі және ішкі ағзалар функциялары зардап шегеді. Мешел тәрізді ауруларды бүйрек немесе ішек функцияларының бұзылуына байланысты қаңқаның хондродистрофия тобына жатқызады.

□ Этиологиясы.

□ Мешел ауруы пайда болуының түпкі себебі- Д витаминінің жетіспеуі. Ол осы витаминнің тағамда аз болуына немесе сәби организмінде жеткілікті мөлшерде түзілмеуіне байланысты. Оған әсіресе ультра күлгін сәулесі жетпеуінің мәні зор.

□ **Патогенезі.** Рахитпен ауырғанда кальцийферолдың жеткіліксіздігі алмасу процестерінде едәуір өзгерістер туғызады. Аурудың патогенезінде фосфор-кальций алмасуының бұзылуы ерекше орын алады. Кальциферолдың тапшылығы кальций мен фосфордың ішектерде сорылу механизмінің, бұзылуына әкеп соғады, мұның, өзі осы минералдық заттардың, қан плазмасындағы, клеткадан тыс сұйықтар мен сүйек тканьдарындағы мөлшерінің, кемуіне байланысты болады. Рахитпен ауыратындардың қанында анорганикалық фосфордың мөлшері ауру күшейіп тұрғанда дені сау балалардағы 1,454- 1,615 ммоль/л орнына 0,484—0,646 ммоль/л мөлшеріне дейін төмендейді. Аурудың күшеюіне байланысты кальцийдің мөлшері де 2,614—2,739 ммоль/л орнына 2,365— 2,490 ммоль/л мөлшеріне дейін кемиді. Рахитпен ауыратын балаларда фосфордың жетіспеуі (гипофосфатемия) салдарынан қышқылдану процестері баяулайды. Бұл орайда қанда аралық алмасудың қышқылданбаған өнімдері көп жиналып, ацидоз бел алады. Организмде фосфордың азаюына қалқанша қосымша бездері функциясының өзгеруі себепші болады. Д гиповитаминозы жағдайында қос қалқанша бездері ұлғайып, бүйректің, фосфат бөліп шығаруын күшейтетін көптеген паратгормондар туғызады. Бұл ацидозды одан сайын асқындыра түседі. Сонымен бірге белок алмасуы бұзылып, рахитпен ауыртындар несеппен бірге маңызды амин қышқылын жоғалтады. Белок-минерал кешенінің түзілуі, демек, қалыпты остеогенез бұзылады. Мұндай жағдайда, қанда сүйекке әк жиналу процесіде маңызды роль атқаратын — сілті, фосфатазасының мөлшері көп болатынына қарамастан, әк жиналу бұзылады. Нақты бар сілті фосфатазасының өзі фосфор қышқылының табиғи қосылысы — субстраттың болмауы салдарынан пайдаланылмай қалады. Сүйек жұмсарып, иілгіш болады.

Клиникасы. 4 кезеңі бар:

1. Бастапқы кезең- вегетативті жүйке жүйесіндегі бұзылыстар және сүйек өзгерістері мен сипатталады. 2-3 айлық ауру балада үлкен еңбегінің ауданы үлкейіп, босаң болады, бас сүйек жігі яғни желке жұмсарады (краниотабес). Бас сүйектің жұмсатығы қара құстың (желке сүйегінің) жалпаюына әкеледі. Бұл кезде вегетативті жүйке жүйесіндегі бұзылыс тершеңдік, сәби жастыққа басын шайқап, үйкей беретіндіктен желке шаштың түсуі, мазасыздық, үрей, қорқу, ұйықтап жатқанда селк ете түсу сияқты өзгерістермен байқалады. Қандағы негіздік фосфатаза белсенділігінің жоғарлап, зәрде аммиак, амин қышқылдары мен фосфор көбейіп, ол ащы иісті болады.

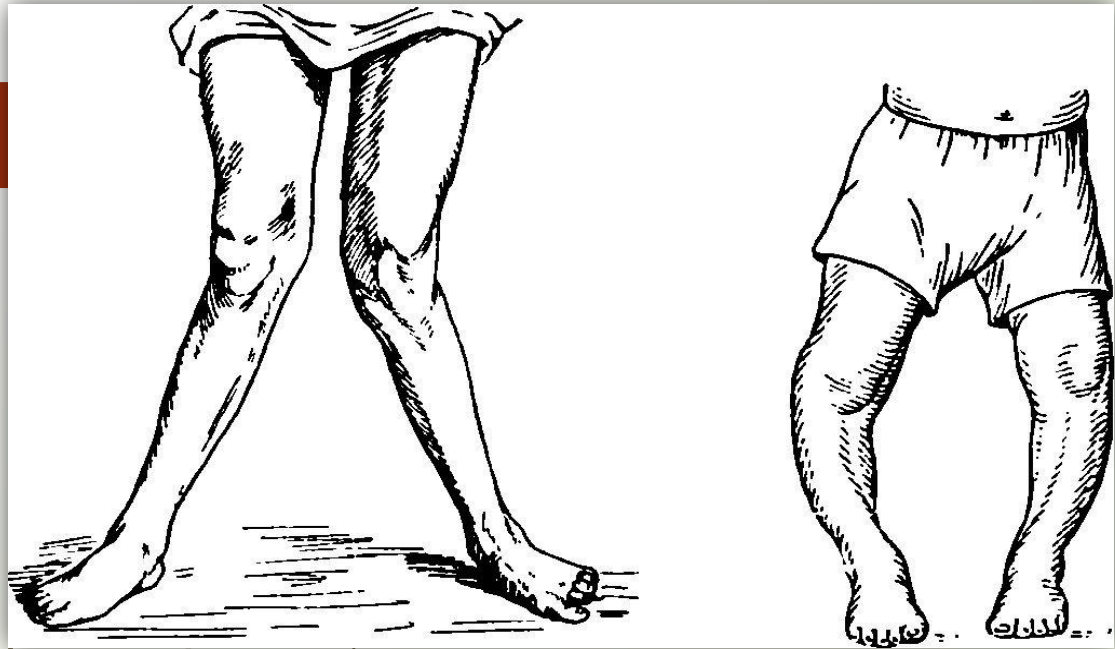
2. Дер кезеңі- сүйек жүйесінде анықталатын өзгерістерімен сипатталады.

а/ Бас сүйектері жағынан-сүйек талшықтарының шамадан тыс өсуіне байланысты төбе мен маңдайдың дөңестігі, үлкен еңбектің уақытынан кеш жабылуы, тістерінің кеш шығуы байқалады

б/ Кеуде сүйектері жағынан-5-8 қабырғаларында « мешелдік таспих» пайда болады. Қабырғалар жұмсақ, иілгіш, көкірек қуысының шет жақтары жалпайып, кеуденің төменгі апертурасы ұлғаяды, көк еттің бекітілген жолағына сәйкес қабырға ішке қарай майысады. Осылайша Гаррисон сайы – мешелдік патогномоникалық белгілерінің бірі көрініс табады. Баланың төсі «құс төс» немесе «етікші төс» болып өзгереді.

в/ Аяғы «Х» немесе «О» тәріздес болып өзгереді, жамбасы қушық болады, табаны жалпақ «түйе табан» болып келеді, түтікше сүйектердің өзгеруі –білек және балтыр сүйектерінің бас жағының « мешелдік білезік», саусақ буындарының жалпаюы « інжу жіптер» білінеді.

г/ Бұлшық еттердің күші төмендеп сіңірлері әлсізденеді. Құрсақ шандырының, ішектер тонусының нашарлауынан (атония) сәбидің іші үлкейеді «құрбақа іші» , оның уақытында басын ұстауы, отыра бастауы, тұруы, жүруі кешігеді. Бала отырғанда бәкіше бүктеліп қалады.





□ **Негізгі және қосымша диагностикалық іс-шаралардың тізбесі:**

Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық тексеріп-қарау:

- екі проекцияда екі аяқ-қолдың рентгенографиясы.

Амбулаториялық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық тексеріп-қарау:

- ЖНА;
- биохимиялық қан анализі (фосфор, калий, СФ, кальций);
- аяқтардың КТ (бұзылыс сипатын нақтылау және операциялық емге көрсетімдер туралы мәселені шешу үшін);
- ЭКГ.

□ **Жоспарлы емдеуге жатқызуға жолдау кезінде жүргізілуі қажет тексеріп-қараудың ең аз тізбесі:**

- қан тобын анықтау;
- резус факторды анықтау;
- ЖҚА;
- жалпы несеп анализі;
- коагулограмма (қан кетудің ұзақтығы және қан ұю уақыты, протромбин, фибриноген, адгезия және тромбоциттердің агрегация реакциясы, антитромбин);
- қанның биохимиялық анализі (жалпы нәруыз, аланинаминотрансфераза, жалпы холестерин, билирубин, тіке билирубин, креатинин, несепнәр, глюкоза, калий, натрий, фосфор, кальций, хлор);
- ЭКГ.

Стационарлық деңгейде жүргізілетін негізгі (міндетті) диагностикалық тексеріп-қарау:

- қан тобын анықтау;
- резус факторды анықтау;
- динамикада бақылау мақсатында 2 проекцияда аяқ-қолдың рентгенографиясы.

Стационарлық деңгейде жүргізілетін қосымша диагностикалық зерттеп-қарау:

- ЖҚА;
- жалпы несеп анализі;
- коагулограмма (қан кетудің ұзақтығы және қан ұю уақыты, протромбин, фибриноген, адгезия және тромбоциттердің агрегация реакциясы);
- биохимиялық қан анализі (жалпы нәруыз, аланинаминотрансфераза, жалпы холестерин, билирубин, тіке билирубин, креатинин, несепнәр, глюкоза, калий, натрий, фосфор, кальций, хлор);
- аяқтардың КТ (бұзылыс сипатын нақтылау және операциялық емге көрсетімдер туралы мәселені шешу үшін);



Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар және анамнез:

Шағымдар [3]:

- косметикалық ақауды туындататын, науқастың психологиялық статусын тежейтін, аяқ-қолдардың үдемелі деформацияларына;
- тез шаршағыштыққа;
- аяқ-қолдардың ауырсынуларына;
- жүрістің бұзылуына;
- бойдың өспей қалуына.

Анамнез [2]:

- ауыру туғаннан кейін немесе өмір сүрудің алғашқы үш жылында байқалады;
- жиі респираторлық аурулар;
- деформацияның үдеуі және дәрежесі аяқ ауруының түріне және нысанына байланысты, көбіне 7 айдан 3 жасқа дейін туындайды.

Физикалық тексеріп-қарау:

- аяқтардың вальгусьтық немесе варустық деформацияларын анықтау, кеуде деформациясы («мешелдің моншақ тізбектері»), білектің дисталдық бөліктерінің жуандауы («білезіктер»).

□ **Емдеу мақсаттары:**

- аяқ-қолдың деформациясын жою;
- косметикалық ақауды жою және науқастың өмір сүру сапасын жақсарту.

Емдеу тактикасы:

Дәрі-дәрмексіз емдеу:

Емдәм: №15 үстел (жалпы);

Режим: жалпы.

Емдеудің амбулаториялық деңгейде көрсетілетін басқа түрлері:

□ **ЕДШ**

массаж,

физиоёмдеу;

деформацияны консервативтік түзету мақсатында гипс таңғыштарын кезең-кезеңмен орау;

ортездер мен шиналарды салу.

Стационарлық деңгейде көрсетілетін емдеудің басқа түрлері:

ингаляциялар;

УКС;

физиоёмдеу;

ЕДШ;

тренажерлер

Рахиттің жақ сүйектері мен тіске әсері

Тіс қатары мен
жақ сүйектерінің
деформациясы

Жақ сүйектері
өсуінің
кешеуілдеуі

Тістер
қалыптасуы мен
өткірлігінің
бұзылуы

Эмаль
гипоплазиясы



Профилактика

Антенатальды

Постнатальды

Арнайы

Арнайы емес


Аntenатальды арнайы емес

Мешелдің арнайы емес антенатальды профилактикасын бала туғанға дейінгі кезеңде бастау керек. Жүкті әйел күндізгі және түнгі демалысы жеткілікті болатын күн тәртібін сақтауы керек. Күнделікті 2-4 сағат ол міндетті түрде таза ауада болуы қажет. Жүкті әйелдің ұтымды тамақтануына үлкен маңыз беріледі. Жүкті әйелдер күніне 180-200 грамм ет, 100 грамм балық, 150 грамм ірімшік, 30 грамм сыр, 0,5 литр сүт немес сүтқышқылды өнімдер қолдануы керек. Тағамдық өнімдер құрамында витаминдер мен микроэлементтер жеткілікті болуы керек.

Постнатальды профилактика

Бала туғаннан кейін мешелдің алдын алу шараларының ішіндегі маңыздысы бұл баланың ұтымды тамақтануын ұйымдастыру. Баланың өмірінің алғашқы 2 жылында маңызды омыраумен тамақтандыру болып табылады. Баланың физикалық дамуы мен шынықтыруға аса көңіл бөлу керек. Таза ауада серуендеу, су процедураларынан басқа мешел кезінде емдік гимнастика мен массаждың да маңызы зор.

Мешелдің постнатальды спецификалық профилактикасы Д витаминімен жүргізіледі, оның ерте жастағы балалар үшін минимальды профилактикалық мөлшері 400-500 ХБ тәулігіне. Бұл мөлшер күз-қыс-көктем мезгілінде баланың өмір жағдайын және аурудың даму қаупін ескере отырып 3-4 апталық кезден тағайындалады.



□ Пайдаланған әдебиеттің тізбесі

І. Протоколы заседаний Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК, 2014

І. 1) Ортопедия национальное руководство //под ред. С.П. Миронова, Г.П. Котельникова//М:Геэтар-Медиа, 2011 г., , стр. 176-186; 2) Болезнь Эрлахера-Блаунта. Клиническая диагностика и лечение. Е.П. Кузнечихин, Е.А. Бабин//Москва 2010; 3) Хирургическое лечение детей с заболеваниями и деформациями опорно-двигательной системы. Е.П. Кузнечихин, Э.В. Ульрих//М: Медицина, 2004, стр. 447 4) "Атлас детской оперативной хирургии" //П. Пури, М. Гольварт. перевод с английского проф. Т.К. Немиловой. 2009; С. 111-120. 5) « Неотложная помощь и интенсивная терапия в педиатрии», В.В. Лазарев, 2014 г., С 82-90.