

С.Ж.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ  
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ



КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

АМБУЛАТОРЛЫ-ЕМХАНАЛЫҚ ТЕРАПИЯ КАФЕДРАСЫ  
ОҚУ-ӘДІСТЕМЕЛІК КЕШЕНІ  
ДӘРІС

# Тақырыбы: ЖД тәжірибесінде балалардың, жасөспірімдердің және жүктілердің аурулар ағымының ерекшеліктері

Дәріс оқитын: доцент қ.а.

Ноғаева М.Ғ.

# Бала кезіндегі аурулар ерекшеліктері

- Бала денсаулығы оның физикалық, ақыл және функциональді даму деңгейлерімен тығыз байланысты. Денсаулық – бұл тек қана аурулардың және физикалық дефектілердің болмауы ғана емес, сондай ақ толық физикалық, рухани және әлеуметтік қолайлы жағдайлардың болуы. Баланың негізгі ерекшелігі, ол белгілі заң бойынша өсіп және дамиды және үлкен адамның көшірмесі болып табылмайды. Адамның биологиялық және паспорттық жасын ажыратады. Барлық генетикалық материал бір ғана клеткада қалыптасады, ол ұрықтану кезінде дамиды. Ол клеткада баланың жынысы, бойы-салмағы, ішкі органдардың ерекшеліктері, психикалық және интеллектуальді көрсеткіштері туралы мәліметтер сақталып отырылады.

# Бала кезіндегі аурулар ерекшелігі

- 1) эмбрионның құрсақішілік даму этапы – жүктіліктің алғашқы 12 аптасы;
- 2) нәрестенің даму этапы;
- 3) неонатальді кезен - 0 ден бастап 28 күнге дейін;
- 4) емшек кезіндегі жас – өмірінің 3-4-ші аптасынан бастап 12 айға дейін;
- 5) мектеп алдындағы кезен - 1 жастан бастап 3 жасқа дейін;
- 6) мектепке дейінгі жас - 3 ден бастап 7 жасқа дейін;
- 7) кіші мектеп жастағы кезен - 7 жастан бастап 12 жасқа дейін;
- 8) үлкен мектеп жастағы кезен - 12 ден бастап 16 жасқа дейін.

# Бала кезіндегі аурулар ерекшеліктері

- **Бала аурулары ерекше өтеді, өйткені көптеген аурулар үлкен адамдарға қарағанда өзгеше болады, ол анатомо және физиологиялық себептерге байланысты. Бала туылған кезде барлық жүйелері әлі толық қалыпты функция жасауға дайын емес, оның қалыптасуы бүкіл бала шақ кезінде өтеді. Қолайлы және қолайсыз факторлардың әсері бала ағзасын жақсарып, жылдамдап немесе керісінше баяулап тоқтатуы мүмкін. Адамның көптеген аурулары, ол есейген кезде өзінің бастауын бала шағынан алады, сол кезде олар емделіп немесе аурудың алдын алу қажет.**

# Бала кезіндегі аурулар ерекшеліктері

- Бала аурулары үлкен адамның ауруларынан ажыратылады. Бұл көптеген сандық және сапалық белгілерге байланысты. Бұрын бала ауруларын үлкен адам ауруларынан бөлмей қарастырған, яғни бала организмі үлкен адамның кішірейтілген көшірмесі деп санаған. Бала аурулары бөлек медицина бағыты деп тек 19 ғасырда қарастырылды. Бұл бағыт «педиатрия» деп аталды. Педиатрияның басты мақсаты, сау бала үшін сақтау және науқас бала үшін денсаулық жағдайын қайтарып беру, яғни бала максималды түрде өзінің өмірлік потенциалын іске асыру керек. Ресейде педиатрия мектебінің негізін салған Н.Ф. Филатов ғалым.

# Бала кезіндегі аурулар ерекшеліктері

- **Таңғанарлық жай бала иммунитеті, үлкен адамның иммунитетіне қарағанда күшті болып саналады. Сондықтан да осы себепке байланысты, шешек, қызамық ауруларымен бала кезінде ауырған «дұрыс» деп санайды. Осы аурулар бала кезінде ешқандай қауіп туғызбайды тез және із қалдырмай өтеді. Аурудан кейін бала иммунитеті өмір бойы сақталады. Үлкен адам керісінше осы ауруларды ауыр және асқынулармен өткізеді.**

# Бала кезіндегі аурулар ерекшеліктері

- **Қай жасты бала жасы деп санау керек? Бала туылғаннан бастап жыныс мүшелері дамыған жас. Ескеру қажет бұл кезеңде баланың бойы және дамуы бірдей емес және әр аралық өзінің физиологиялық және анатомиялық ерекшеліктерімен сипатталынады.**

# Бала кезіндегі аурулар ерекшеліктері

- **Өзгерістер тек сандық емес, сондай - ақ сапалық деңгейде өтеді. Жасына байланысты баланың дене салмағы ұлғаяды, ол бұлшықет және сүйек жүйелерінің дамуымен, денесінің беткей аумағы, қозғалыс, қорғаныс және организмнің басқа да функцияларымен байланысты. Баланың әр ағзасына тән дене салмағын өсіретін өзіндік формуласы бар. Осы барлық ерекшеліктерді бала ауруларымен күресу және алдын алу да ескеру қажет.**



# Жасөспірім ауруларының ерекшеліктері

- **БДЖҰ жасөспірімдер жасын 10 жастан бастап 20 жасқа дейін деп санайды. Бұрыннан бері қиын (немесе ауыспалы) жас деген түсінік бар. Қазіргі заманның балалары тез өседі, жас өспірім кезенде бір аурулар және проблемалар кетсе орнына басқалары пайда болады.**
- **Жас өспірімдер – әлі бала деп саналады, оларға әлі күнге дейін бала аурулары қауіп туғызады.**
- **Егер қызылша, қызамық немесе паротитпен ауырмаса, контакт болған жағдайда тез аурады. Жас өспірімдер бронхитпен сирек аурады, мектепке дейінгі жасқа қарағанда, бірақ көптеген балаларда бронх демікпесі ерте бала шағынан күйзеліске ұшыратады.**

## **Жасөспірім ауруларының ерекшеліктері**

- **Жас өспірімдерде анемия, сондай - ақ рахит белгілері кездеседі (кальций тұздарының азаюы) егер жануар майы және С витамині толық организмге түспеген жағдайда.**
- **Психосоматикалық аурулар жиі шалдығады (іш аймағындағы ауру сезімі, температурасының жоғарлауы, басының ауруы). Бұл жағдайлар жасөспірімдердің оқытушылармен, балалармен, ата - анасымен қарым - қатынас асқынған кезде дамиды.**
- **Жас өспірімдердің нерв жүйесі, үлкен адамдарға және балаларға қарағанда өзгеше. Бұл кезеңде тежеуге қарағанда қозу басым болады. Невр жүйесі тұрақты болмаған жағдайда өмірге қажетті ағзалармен, жүйелердің өзгерісін шақырады. Сыртқы белгісі – шамадан тыс көзғыштық, стрестік жағдайға айқын эмоциональді реакциялардың болуы, тершендік.**

## **Жасөспірім ауруларының ерекшеліктері**

- **Сыртқы ортаға ағзаның тұрақтылығын адаптациялық және иммунді жүйе қамтамасыздайды. Қазіргі көз қарас бойынша иммунді жүйенің дамуының бес кезені бар, бесіншісі жасөспірім жасына сәйкес келеді. Қыздарда ол 12-13 жасында байқалады, ұл балаларда 14-15. Гормональді бұзылыс, сыртқы ортаның факторлары иммунды жүйенің адаптациялық мүмкіншілігін төмендетеді және көптеген созылмалы аурулардың пайда болуына себепші болады.**

# Жасөспірім ауруларының ерекшеліктері

- **Жыныстық жетілу бала дамуында негізгі роль атқарады. Жыныс бездерінің гормональді белсенділігі физикалық және жыныстық дамумен тығыз байланысты. Қыз балалар 10 жасынан бастап ұлдарға қарағанда тез өседі. Бірінші етеккірі келгеннен бастап өсу темпі төмендейді, керісінше ұл балалар өсе бастайды. Жыныстық жетілу деңгейі нейроэндокриндық жүйенің механизмдерін көрсетеді және репродуктивті жүйенің басты көрсеткіші.**
-

# **Жасөспірім ауруларының ерекшеліктері**

- **Жүректің дамуына кедергі жасайтын себептердің бірі ол қолайсыз факторлар – яғни созылмалы аурулар, бадамша бездерінде, тістерде, мұрын қатпарларында және басқа да органдарда қабыну ошағының болуы. Сондай ақ жасөспірімдердің аз қозғалуы (гиподинамия), керісінше шамадан тыс физикалық күштемелердің болуы. Мөлшерден тыс ойлау жүктемесі, эмоциональдық жағдайлар тамыр тонусының бұзылыстарына алып келеді – гипертониялық немесе гипотониялық жағдайларға.**

# **Жасөспірім ауруларының ерекшеліктері**

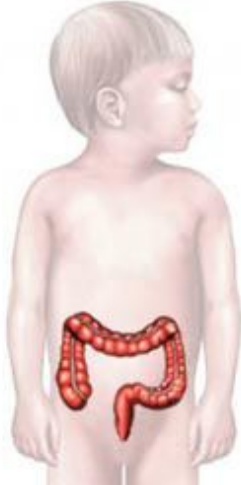
- **Жасөспірім ауруларының өзгешелігіне үлкен үлесті органдармен жүйелердің дамуы және өсу алып келеді. Анатомо-физиологиялық ерекшеліктерді білу салыстырмалы диагностикаға қажет, яғни қалыптыдан патологияны ажырату үшін. Мысалы, гиперкинетикалық кардиальді синдромды жүректің туа пайда болған ақауы, ал ЭКГ III стандартты әкетуде T тісшесінің өзгерістерін – ревмокардит немесе сол жақ қарыншаның артқы қабатының ишемиясы деп ойлауға болады.**
-

# Жасөспірім ауруларының ерекшеліктері

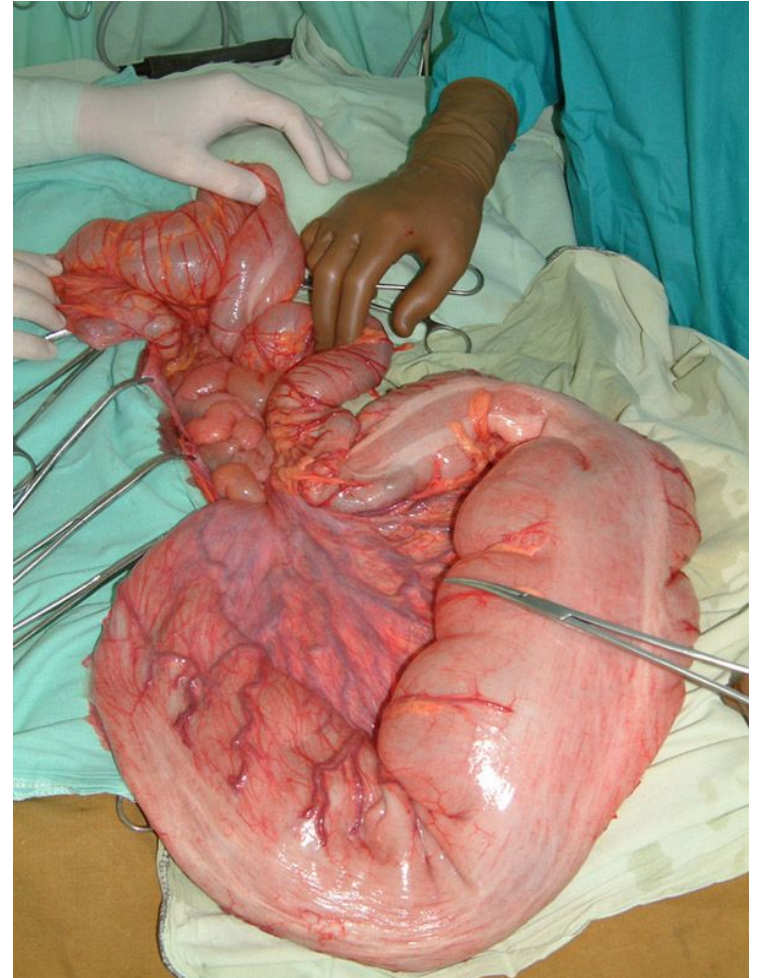
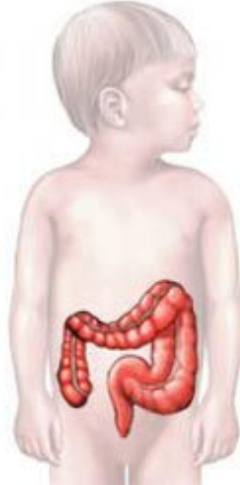
- Аурудың негізгі ерекшелігі ол көпжүйелігі (полиморбидтілігі). Әр бір 10–14 жастағы жасөспірімдерде 2 – 3 ауру, ал 15–18 жаста 4–5 аурудан болады.
- Мысалы, егер жас қыз өзін саумын деп есептесе, мұқият қарап тексергенде келесі ауруларды анықтауға болады: дисменорея, келбетінің бұзылуы, жалпақ табан, нефроптоз, омыртқаның мойын бөлімінің тұрақсыздығы, созылмалы тонзиллит, миопия, темір тапшылықты анемия, жүрек ырғағының бұзылыстары, асқазанның функциональді бұзылысы немесе гастродуоденит; кристаллурия, өт жолдарының дискинезиясы, пиелонфрит, колит.
-

# Гиршпрунг ауруы

Нормальный  
кишечник

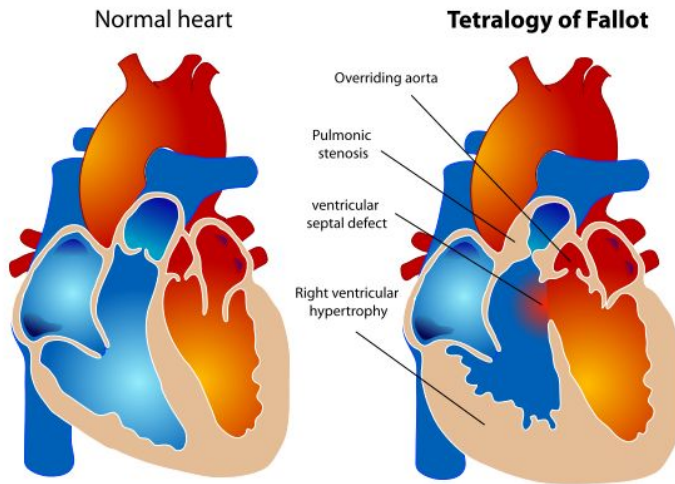


Увеличенный кишечник  
в результате болезни Гиршпрунга

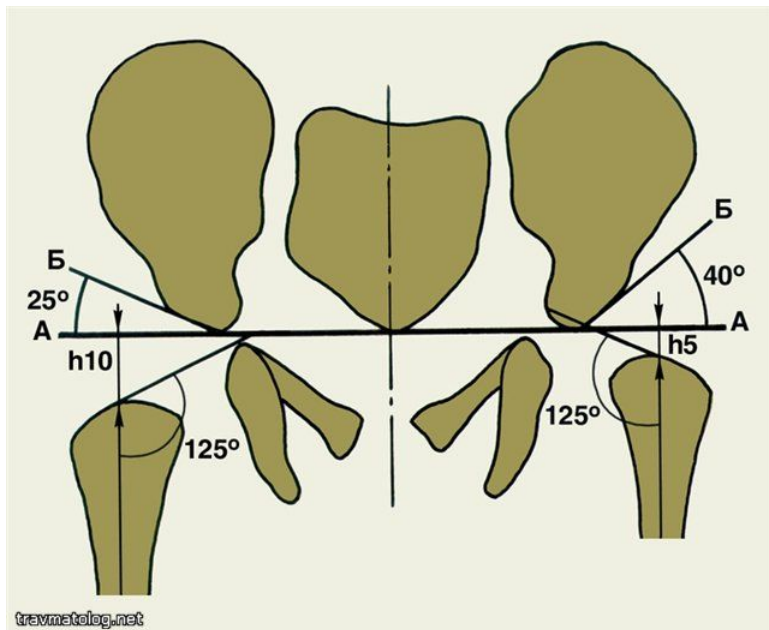




# Фалло тетрадасы



# Сан буынның туа пайда болған шығып кетуі

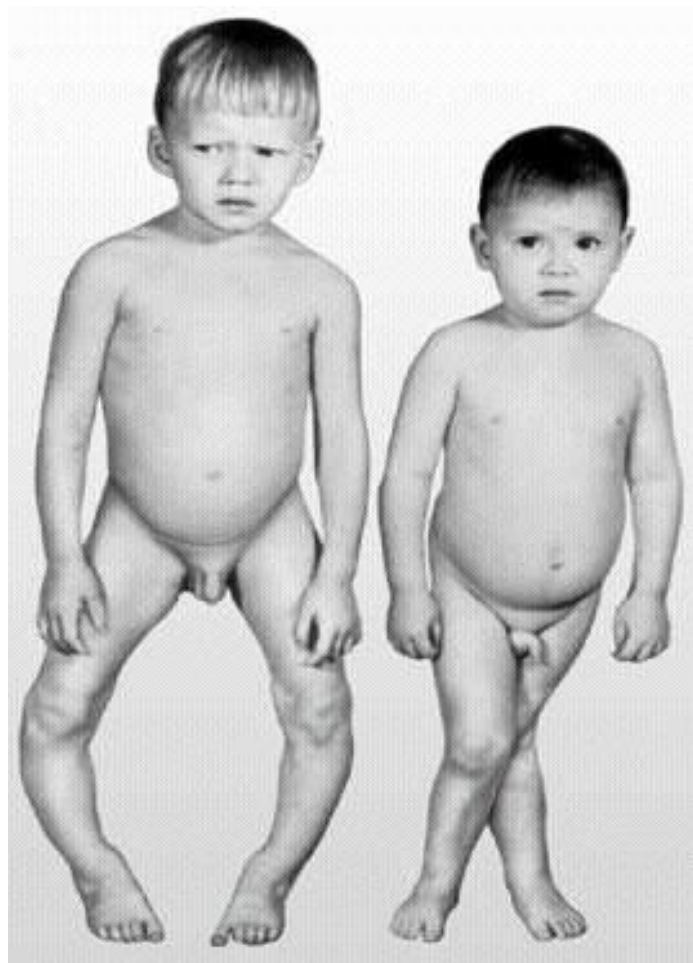




10.62.

10.4.42.

# Рахит



# Жас өспірімдерде жүрек - қан тамыр жүйе ауруларының ерекшеліктері

- **Ортостатикалық реакция:** ұзақ тұрған кезде, ұзақ қозғалыссыз отырған кезде жас өспірімдерде басының айналуы, жүрек аймағында, ішінде, аяғында жағымсыз сезім пайда болады, кейде талма жағдайлары болады (беті бозарып, қол саусақтары суық болады, көк түстес болуы мүмкін), құсу байқалады. Бұл құбылыстар жатқан кезде тез кетеді. Осындай жас өспірімдерде қатты тершендік, қызыл Дермографизм, көңіл күйінің тез ауысуы байқалады. Бұл бұзылыстардың себебі болып вегетативті нерв және эндокрин жүйелерінің тұрақсыздығы, және осы жасқа тән психикалық және физикалық күштемелер.

# Жас өспірімдерде асқорыту жүйесі ауруларының ерекшеліктері

- Асқорыту жүйесінің функциональді жағдайының лабильдігі эмоциональді немесе физикалық күштемеден кейін, тамақтанудағы өзгерістер салдарынан әртүрлі бұзылыстардың дамуын шақырады. Әсіресе жиі ішек перистальтикасының бұзылыстары және ішек арқылы оның ішіндегісінің қозғалысы (жылдамдауы немесе баяулауы).
- Өт шығару жолдарының дискенезиясы
- Тітіркендірген ішек синдромы
- Ойық жаралы емес диспепсия

# Тірек-қимыл жүйесінің және дәнекер тің ауруларының ерекшеліктері

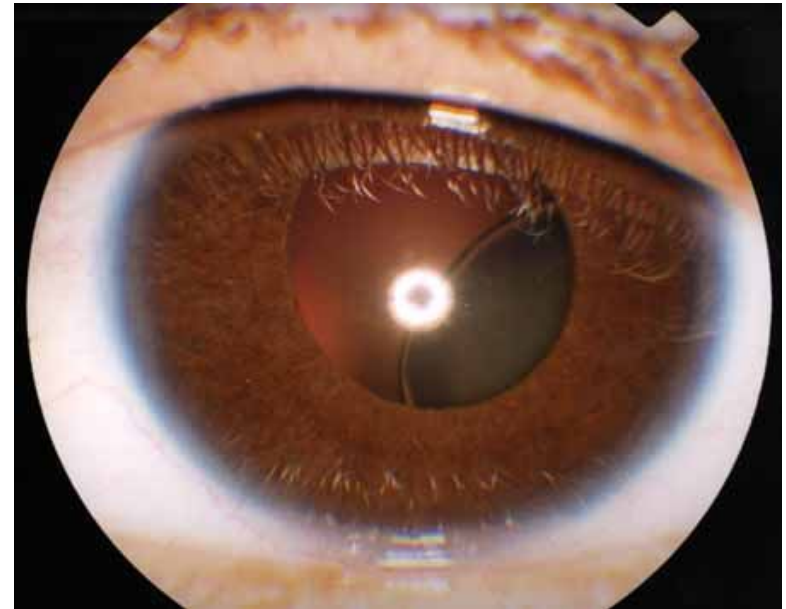
- **Жыныс даму фонында сүйек тіңнің активті процестері өтеді. Қанқада кальций көлемі ұлғаяды 296 г 10 жасында 1035 г дейін 18 жасында. Жас өспірім сүйек тің морфологиясы үлкен адамдардың сүйек тің морфологиясына ұқсас болып келеді. Түтік тәрізді сүйектерінің өсу зонасы жабылады, ақырындап «пубертатты» кезен бойға секіреді, яғни бойдың ұзындыққа өсуі болады. Өсу және кеуде сүйектерінің дамуы 20 жастан кейін аяқталады.**
- **Терінің коллагенді және эластикалық талшықтарының интенсивті өсуі жалғаса береді.**

# Тірек-қимыл жүйесінің және дәнекер тің ауруларының ерекшеліктері:

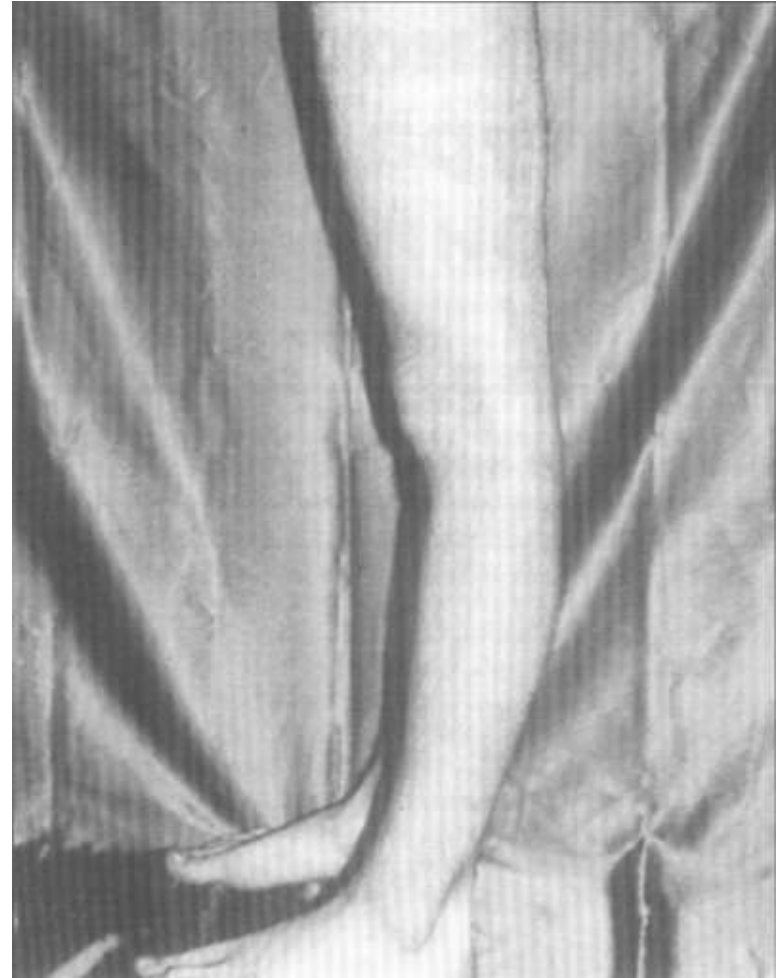
- Дәнекер тің дисплазиясы  
(буындардың гипермобильдігі, Марфан синдромы)
- Сколиоздар
- Жалпақ табан
- Остеохондропатиялар (Осгуда-Шлатер ауруы)
- Омыртқа даму ақаулары (spina-bifida)



# Марфан синдромы



# Буындардың гипермобильдік синдромы



# Жүктілік және экстрагенитальді патология

- Денсаулық индексіне сәйкес тек барлық жүкті әйелдердің 40 % жүктілікті асқынусыз, токсикозсыз және экстрагенитальді ауруларсыз көтере алады.
- 60 - 70 % жүкті әйелдерде – жасырын немесе созылмалы экстрагенитальді патологиясы бар, ол жүктілікті үзуге алып келеді, сонымен қатар нәрестенің қанқа ішілік дамуына әсерін тигізеді.

# Жүктілік кезінде физиологиялық өзгерістер

- **Әйел ағзасының иммунді қайта құру реактивтілігі:** біріншіден нәресте әйел ағзасымен бөтен ретінде қабылданады, яғни иммунді реактивтіліктің депрессиясы болады (аутоиммунді аурулардың активтілігі төмендейді).
- Екіншіден жүктілік кезінде **нейро-эндокриндік регуляция өзгереді**, бұл қант диабеті, артериальді гипертензия, қалқанша без, бүйрек үсті безі, бүйрек аурулар ағымын нашарлатады.
- Ең үлкен жүктеме жүрек-қан тамыр және зәр шығару жүйесіне келеді, өйткені екі қан айналым шеңбері қалыптасып жұмыс істейді: аналық және плацентарлық.
- Үшіншіден, жүктілік кезінде жүрек қан тамыр жүйесінде **физиологиялық өзгерістер жүреді**, бұлда ЖКЖ ауруларының нашарлауына алып келеді, немесе жалған диагностикаға.

# Жүктілік және тыныс алу органдарының аурулары

- Бронх демікпесі жүктілікке қарсы көрсеткіш болып табылмайды, жүктілік кезінде демікпе ағымы жақсаруы да мүмкін, ауыр дәрежедегі демікпе болмаса, бұл кезде жүктілікке қарсы көрсеткіш туады.
- Жүктілік кезінде демікпеде қолданылатын ингаляторлар және басқа да қажетті дәрілер қауіпсіз болады, сондықтан оларды бүкіл жүктілік бойы қабылдауға болады.
- Созылмалы өкпе аурулары жүктіліктің дамуына кедергі туғызбайды, бірақ созылмалы құрсақ ішілік гипоксияға алып келеді.

# Жүктілік кезінде жүрек-қан тамыр жүйесінің физиологиялық өзгерістері

- 
- ЖҚЖ қосымша күштеме систолалық шудың пайда болуына және а. Pulmonalis үстіндегі акценттің болуы.
- Жүрек бұлшықетінің қозғыштығы және өткізгіштігі бұзылады, аритмиялар пайда болады, систолалық АҚҚ жоғарлайды және төмендейді.

# Жүктілік кезіндегі артериальді қан қысымы

- АҚҚ 140/90 мм.с.б. немесе систолалық қан қысымы 20-30 мм.с. б., ал диастоликалық 15 мм.с.б. жоғарласа жүктілік кезіндегі жоғарлаған АҚ деп саналады.  
Қазіргі уақытта жүкті әйелдерде АГ жіктелуі үлкен талас пікір шақырыды, өйткені біртұтас критерийлер жоқ. **2000 ж.** Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy жүктілік кезінде гипертензиялық жағдайлардың жіктемесін әзірледі:
- созылмалы гипертензия жүктілікке дейін болған гипертензия, немесе гестацияның 20-ші аптасына дейін анықталған гипертензия;
- Преэклампсия - эклампсия;
- Гестационді гипертензия: систолалық қан қысымы 140 мм с. б. және ДАҚ 90 мм с. б. жоғары, бірақ 20-ші аптаға дейін қан қасымы қалыпты болады. Сондай - ақ зәрде ақ уыз (белок) концентрациясы 0,3 г тәулігіне (протеинурия).

## Жүктілік кезінде артериальді гипертонияны қалай бақылау керек

- АҚҚ 170/110 мм с.б. жоғары болса төмендету қажет инсульт немесе эклампсия қауіпін туғызбас үшін.
- АҚҚ дереу төмендететін препараттар: нифедипин, лабеталол және гидралазин.
- АГ ұзақ уақыт емдеу үшін қолданылатын препараттар:
  - Метилдопа, празозин, гидралазин, нифедипин және исрадипин
  - Бета-блокаторлар, әсіресе окспренолол, пиндолол және лабеталол.



# Жүктілік кезіндегі ЖСРА және жүрек ақаулары

- **Жүрек ақауларының жүктілік ағымына әсер етуі**
  - жүктілікті көтере алмау: түсік тастау, уақтысынан тыс босану 25-30%
  - құрсақ ішілік нәресте гипоксиясы, нәресте асфиксиясы, олар перинатальді өлімді жоғарлатады
  - құрсақ ішілік нәресте дистрофиясы
  - нәрестенің жүрек ақаулары
  - перинатальді өлім 5-10 рет жоғары
  - гипогалактия
  - босанудан кейінгі септикалық аурулар
  - тромбоэмболиялар
  - босанудан кейінгі қан кетулер

# Жүктілік кезінде ЖСРА және жүрек ақаулары

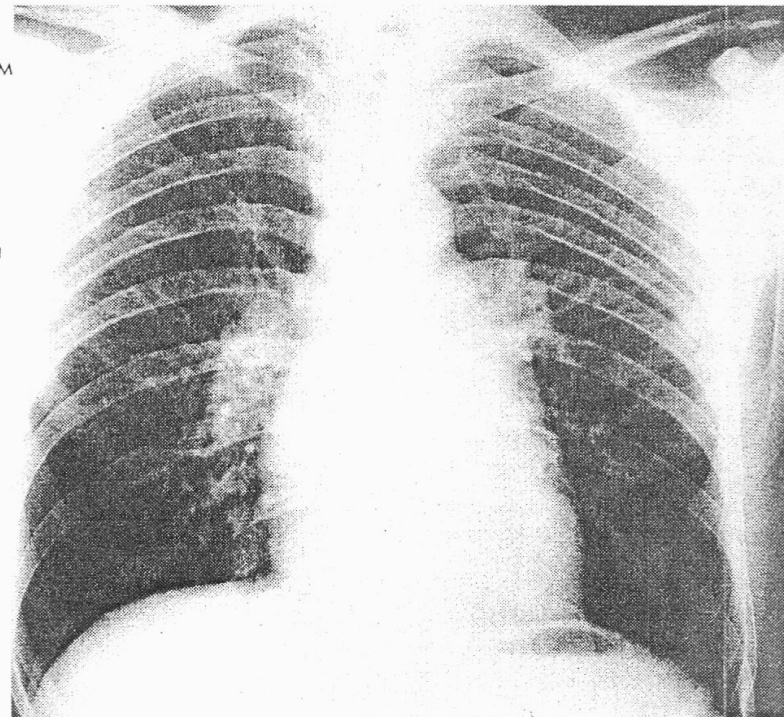
- Митральді стеноз – сол жақ атриовентрикулярлы саңылауының тарылуы – 75-90%.

Қалыптыда диаметрі 6-7 см<sup>2</sup> құрайды

декомпенсация 60% дейін тарылса болады (2 см<sup>2</sup> дейін)

Ең жиі асқынулар:

- өкпелік гипертензия
- өкпе ісінуі
- оң жақ қарыншаның жетіспеушілігі
- жыпылықтаушы аритмия
- тромбоэмболия
- қан түкіру



# **Жүктілік кезінде ЖСРА және жүрек ақаулары**

- **Митральді қақпақшаның жетіспеушілігі барлық жүрек ақауларының 6-7% құрайды**

**- декомпенсация болмаса жүктіліктің ағымын нашарлатпайды**

**- «таза» түрінде сирек кездеседі, стенозға қарағанда, жиі МС үйлесіп келеді**

**- асқынулары – сирек, стенозға қарағанда.**

# ЖСРА және жүрек ақауы бар жүкті әйелдерді жүргізу тактикасы.

Жүрек ақаулары бар науқастар госпитализацияға жатады:  
I мерзімі 8-10 апта: қарап тексеру және жүктілікті көтере алатыны туралы сұраққа шешім табу ( терапевтік бөлімшеде)

II мерзімі 20-22 апта, 26-30 апта: гемодинамикалық күштемелер

III мерзімі 36-37 апта босануға дайындық жүргізу және босану тәсілін анықтау

Ревматизмнің барлық өршу сатысында (минимальді) және жетіспеушіліктің алғашқы көріністерінде, жүктілік мерзіміне қарамастан 12 апта госпитализациялау керек (12 аптаға дейін жүктілікті активті ем фонында ұзу), активті терапия жүргізу және эффект болмаған жағдайда – кардиохирургиялық ем мүмкін, егер мүмкіндік болмаса – жүктілікті ұзу.

# ЖСРА және жүрек ақауы бар жүкті әйелдерді жүргізу тактикасы

- **ЖРҚ (ревматизмнің) активтілігі болмаса:**  
экстенциллин 2,4 млн бүкіл жүктілік бойы және емізу кезеңінде.

**Активтілік болған жағдайда:**

- дереу госпитализация
- бензилпенициллин 1млн \*4 рет күніне 10 күн.
- преднизолон – 10-20 мг 1 айға кейін ½ таблеткаға дозасын азайтып отыру керек әр 5 күн сайын толық алып тастағанша, яғни жүкті әйелдің жағдайына қарай
- симптоматикалық терапия – кардиометаболиттер, диклофенак, калий препараттары, анемияға қарсы және аритмияға қарсы препараттар.

## **Зәр шығару жолдарының аурулары және жүктілік**

- **Жедел пиелонефрит**
- **Созылмалы пиелонефрит жүктілік кезінде жиі өршиді, бұл жүкті әйелдердің зәр шығару жүйесінің ерекшеліктеріне байланысты**
- **Пиелонефрит - мерзімнен ерте босануға, гестозға және құрсақ ішілік нәрестенің індетіне алып келеді**
- **Жүкті әйелдерде бүйрек жетіспеушілігі және бактериальді шоктың қауіпі жоғары**

# Жүкті әйелдердің қатерсіз холестазы гепатоз

2 % жүкті әйелдерде байқалады. Әдетте холестаз жүктіліктің екінші жартысына келеді, бірақ жүктіліктің әр түрлі мерзімінде болуы мүмкін. Әйел адам тұрақты (бара бара оның интенсивтілігі өседі) терілік қышынуға шағымданады. 1-2 аптадан кейін тері және көздің санылауы сарғаяды (кейбір жағдайда терілік қышыну бір ғана симптомы болып қалады). Бауыр және көк бауыр ұлғаймайды. Жүрек айну, құсу болуы мүмкін. Қанның биохимиялық зерттеулерінде трансаминаза деңгейі қалпында қалады, тек тікелей билирубиннің деңгейі жоғарлайды. Зәрде уробилин және сілтілі фосфатаза анықталады.

Ішек сорбенттерін тағайындайды (активирленген көмірсу, полифепан), холестирамин. Сорбитпен және ксилитпен тюбаждар жасауға болады. Жергілікті көңілін басқа жаққа аударатын ментолмен, новокаинмен теріні сипалау болады.

# Жүктілік кезіндегі ревматоидті артрит және ЖҚЖ





# **Дәнекер тіңнің диффузді аурулары және жүктілік**

## **Ревматоидті артриті бар жүкті әйелді жүргізу**

**- жүктілікке қарсы көрсеткіштер**

**РА жедел үдемелі ағымында; РА висцеральді көріністерінде**

**- жүктілік ревматоидті артриттің дамуын тежейді. 75% РА бар жүкті әйелдерде айқын ауру синдромы азаяды.**

**Босанудан кейін 90% симптоматикасы қайтадан рецидив береді және өте айқын болады**

**- базисті терапияны, яғни цитостатиктерді, алтын препараттарын, гидроксихлорохин, пенициллин қолданбаған дұрыс**

**- базистік терапияны 3-4 ай бұрын қолданған дұрыс, емізгеннен кейін қайталайды**

**- жүктілік кезінде преднизолон, диклофенак қолданады жүктіліктің соңғы айында алып тастайды).**

# РА бар жүкті әйелді жүргізу тәсілі (клиникалық жағдай)

- Сырқатнаманың № 117268
- Жүкті әйел М., туған жылы 1986ж. №5 ҚЕ есепке алыну күні 14.11.2012ж .
- Мекен жайы: Алматы қ., Ангарская көшесі 42.
- Қарап тексергенде шағымдары жоқ.
- Anamnesis vitae: бала кезінде ешқандай бала ауруларымен ауырмаған. Тbs, гепатиттер теріс. Операциялар жоқ. Жыныстық қатынасы 20 жастан. Ерінің денсаулығы сау. Етеккірі 16 жастан 3-5 күн әр 28 күннен кейін.
- 2010 ж. жүктіліктің 35-36 аптасында кесар тілігі арқылы нәресте алынған, тірі, салмағы – 2300 гр.
- Anamnesis morbi: 2005ж. бері аурады, аурудың дебюті балтыртабан буындарынан басталған тілерсек, 2006ж. №1 ҚКА толығымен тексеріліп «Ревматоидті артрит» диагнозы қойылған. Тұрақты үзбей 10 мг преднизолон қабылдап отырған. 2008ж. бастап еміне 10 мг метотрексат қосылған, 2010ж. үзіліс жасалған жүктілікке байланысты, кейін қайта қабылдаған эффекті оң нәтиже берген. Тұрақты түрде стационарлы ем қабылдап отырады, 2012ж. 05. айында қалалық ревматология орталығында 400 мг вена ішіне тамшылатып актембра инфузиясын қабылдаған №1 оң нәтижелі эффект.

# РА бар жүкті әйелді жүргізу тәсілі (клиникалық жағдай)

- Қаражатына байланысты жалғастыра алмады. Соңғы стационарлы емі 2012ж. 07 ай. Метотрексат аптасына 15 мг per os, преднизолон 120-120-120-90-60-45-30 мг вена ішіне тамшылатып, фолий қышқылын, вобэнзим 3 др x 3 күніне қабылдаған. Жағдайы жақсарып үйге шығарылған.
- Status praesens: Жалпы жағдайы қанағаттанарлық. Тері жабындылары және кілігей қабаты таза, қалыпты. Шеткі лимфа бездері ұлғаймаған. СБЖ: қол саусақтарының, тілерсек, оң жақ шынтақ буындарының полиартриті. Оң жақ шынтақ буынның бұғу контрактурасы. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ 18 рет мин. Жүрек шекарасы кеңеймеген. Жүрек тондары орташа бәсен, ырғағы дұрыс, АҚҚ 110/60 мм.с.б., ЖСЖ 90 рет мин. Тілі ылғалды. Іші жүктілік мерзіміне байланысты ұлғайған. Бауыры қабырға доғасымен. Көк бауыры пальпацияланбайды. Ұрғылау симптомы екі жағынан теріс. Зәр шығару бос, ауру сезімсіз.

# РА бар жүкті әйелді жүргізу тәсілі (клиникалық жағдай)

- Лабораторлы - инструментальді әдістер: ЖҚА (15.11.2012) Нь 101 г/л, эр. 3,5 x10, түсті көрсеткіш 0,9, тромб. 235, лейкоц. 6,5x10, ЭТЖ 16 мм/с.
- ЖҚА (25.04.2013) Нь 103 г/л, эр. 3,5x10, түсті көрсеткіш 0,89, тромб. 225 лейкоц. 7,5x10, ЭТЖ 40 мм/с.
- ЖЗА өзгерістер жоқ.
- Қанның биохимиялық анализі (16.11.2012): жалпы белок 59,6 г/л, мочевина 4,5 ммоль/л, креатинин 64 ммоль/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, АЛТ 0,27, АСТ 0,22, билирубин жалпы 11,0, холестерин 5,0.
- ҚБА (26.04.2013): жалпы белок 85,2 г/л, мочевина 4,4 ммоль/л, креатинин 69,5 ммоль/л, глюкоза 4,3 ммоль/л, АЛТ 0,30, АСТ 0,27, билирубин жалпы 11,0, холестерин 5,7.
- Коагулограмма: ПТИ – 92%, протромбинді уақыт 13 сек.
- СРБ, РФ теріс, ДНК денатурирленген антиденелер (1 қабатты), нативті ДНК антиденелер теріс.
- ЭКГ ритм синусты, ЖСЖ 80 рет минутына.
- Қол саусақтарының рентгенографиясы (28.02.2012., амб.) – Ревматоидті артриттің үшінші сатысы.

# РА бар жүкті әйелді жүргізу тәсілі (клиникалық жағдай)

- Тізе буындарының рентгенографиясы (28.02.2012., амб.) – оң жақ тізе буынның артриті.
- Кеуде клеткасының рентгенографиясы (28.02.2012., амб.) – өкпе патологиясы жоқ.
- Жүрек ЭхоКГ (22.01.2013) – СДК (КДО) – 118 мл, ССК (КСО) – 43 мл, УК (УО) – 74 мл, ЛФ (ФВ) - 64%. Миокардтың жиырылу қызметі қалыпты. Жүрек қуысы ұлғаймаған. Қақпақшалары өзгермеген.
- Жүкті әйел кафедра қызметкерлерінің бақылауында болды. 2012ж. Тамыз айынан бастап 4 мг метипред қабылдайды. Жүктілік кезінде 2013ж. наурыз айында буын синдромының өршуі байқалды: оң жақ тізе, сол тілерсек буындарының ауру сезімі, ісінуі, сол қолының V фалангалық буынның ісінуі. ЖҚА ЭТЖ 47 мм/с. Метипред дозасы 8 мг дейін жоғарлаған, 10 күннен кейін  $\frac{1}{4}$  таб дозасы азайтылды 4 мг дейін. Жергілікті долгит гель, анемиясына байланысты тардиферрон 1 табх2 рет қабылдап отырды.

# РА бар жүкті әйелді жүргізу тәсілі (клиникалық жағдай)

- Диагнозы: Серонегативті ревматоидті артрит, кеш сатысы, активтілік дәрежесі II, рентгенологиялық сатысы III, БФЖ I.
- 2013 ж. мамыр айында кесар тілігі арқылы босанды.
- Жынысы – ер
- Салмағы – 2кг 900г
- Бойы – 53 см
- Апгар 7-8 балл
- Операциядан кейін 8-ші күні үйге шығарылды. АҚҚ 110/70 мм.с.б. ЖСЖ - 79 рет минутына.

## Дәнекер тіңнің диффузді аурулары және жүктілік

- **ЖҚЖ бар жүкті әйелдерді жүргізу**

**ЖҚЖ 1500 жүкті әйелдердің біреуінде кездеседі. 20 % жағдайда жүктілік спонтанді түсік тастаумен аяқталады, 8 % - нәресте өлі туады, 45 % жүктіліктің 2 жартысы гестозбен асқынады, босанудан кейінгі қан кетулер. Перинатальді өлімнің деңгейі өте жоғары (ЖҚЖ балаға берілмейді, бірақ кейде нәрестелерде толық атриовентрикулярлы тосқауыл байқалады).**

- жүктілік ЖҚЖ Жедел, жеделдеу ағымында, II, III активтілік дәрежесінде қарсы көрсеткіш
- ЖҚЖ ағымы жүктілік кезінде ауырлай түседі
- ағымының ауырлау 30% құрайды, ал жүктілік кезінде жағдайының жақсаруы болмайды
- антифосфолипидті синдром күшейеді (тромбоэмболия, кенеттен түсік қауіпі бар)
- цитостатиктерді қолдануға болмайды
- созылмалы ағымында преднизолонның мөлшері 10-20 мг босанудан кейін 5-10 мг жоғарлатады
- диклофенак жүктіліктің барлық мерзімінде, тек соңғы айда алып тастайды
- нефриттің өршуі немесе күшеюі кезінде – пульс терапия

## Вирусті аурулар және жүктілік

- Жай герпес вирусы (ЖГВ) плацента арқылы өтіп нәрестеде жүйелі зақымданулар шақырады (жүрек, ОНЖ, бауыр). Туылған балада микроцефалия, мида кальцинаттар болуы мүмкін, ақыл ойының дамуы тежеледі. Әсіресе нәрестеге I триместр қауіпті, сондай-ақ интранатальді кезен. Жүкті әйелде генерализденген герпес формасы дамыса I триместрде жүктілікті үзу қажет. III триместрде жедел түрде кесарев тілігі көмегімен босандыру қажет, бірақ ауру 5-50 % нәрестелерде дамуы мүмкін.



# Әдебиеттер:

- 1. Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И. Внутренние болезни. – М., 2008. – Т. 1. – С. 672., Т. 2. – С. 592.
- 2. Бисярина В.П. Детские болезни с уходом за детьми и анатомо-физиологические особенности детского возраста. – М., Москва, 1981.
- 3. Шехтман М.М., Бурдули Г.М. Болезни органов дыхания и кровообращения беременных. – М., Москва, 2002.
- 4. Шулутко Б.И. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. – СПб.: ООО «ЭЛБИ-СПб», 2007. – С. 800.
- 5. Избранные лекции по клинической ревматологии: Учебное пособие / Под редакцией В. А. Насоновой, Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 2001.
- 6. Насонов Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2010. – С. 288.
- 7. Рябов С.И. Внутренние болезни. – СПб.: СпецЛит., 2004. – С. – 879.
- 8. Мартов В.Ю., Окорочков А.Н. Лекарственные средства в практике врача. – 2006. – С. 960.
- 9. Болезни сердца: Руководство для врачей / Под редакцией Оганова Р.Г., Фоминой И.Г. – М.: Литтерра, 2007. – С. 1328.

# Бақылау сұрақтары

- 1. Балалар жасының кезеңдерін атаныз.
- 2. Балалық жастың барлық кезеңіне тән аурулар?
- 3. Балалар организмнің анатомиялық және физиологиялық ерекшеліктерін сипаттаныз.
- 4. Балалық жастағы фармакотерапия ерекшеліктері қандай?
- 5. Жасөспірім кезеңі үшін тән кеңінен тараған ауруды атап шығыңыз.
- 6. Жүктілік кезеңінде болатын физиологиялық өзгерістерді атаныз.
- 7. Жүктілік кезеңінде жиі кездесетін ауруларды атаныз.
- 8. Жүктілік кезеңінде фармакотерапия ерекшеліктерін сипаттаныз.