

“АСТАНА МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТИ”КеАҚ

**КУРАЦИЯДАҒЫ ЖҮРЕК –ҚАНТАМЫР
АУРУЛАРЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ДИСПАНСЕРЛІК
БАҚЫЛАУ КЕСТЕСІН ҚҰРУ**

Орындаған:Кулсариева М.Н.

Тобы: 546 ЖМ

Тексерген:Темирханова Р.Б.

Нұр-Сұлтан, 2020 жыл

ЖОСПАРЫ:

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
 - Жүректің туа бітті ақауымен балаларды диспансерлік бақылау
 - Вегето-тамырлы дистониясы бар балаларды диспансерлеу.
 - Туа біткен жүрек ақауы бар балаларды диспансерлік бақылау
 - Жүрек өткізгіштігі бұзылысы бар балалар диспансеризациясы
 - Артериялық гипертензиясы бар балалар диспансеризациясы
 - Митральды қақпақша пролапсы бар балалар диспансеризациясы
 - Жүрек өткізгіштігі бұзылысы бар балалар диспансеризациясы
 - Жіті ревматикалық қызбамен ауырған балалар диспансеризациясы
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланылған әдебиеттер тізімі



- Балалар арасында кардиоревматологиялық бейіндегі аурулардың таралуы өте жоғары болып қалуда. Осы топтағы балалардың мүгедек болу қаупін атап өткен жөн.
- Соңғы жылдары балаларда жүрек-тамыр ауруларының құрылымы айтарлықтай өзгерді. Ревматизмнің таралуы балалардағы туа біткен жүрек ақауларына қарағанда айтарлықтай азайды, сондай-ақ ревматикалық емес кардиттер, ырғақтың бұзылуы, дистониялық жағдайлар айтарлықтай өсті.





Диспансеризация бұл



дені сау және науқас балаларда ауруды ерте анықтау, асқынулардың және созылмалы түрге өтуінің алдын алу, өршуге қарсы шаралар қолдану мақсатында жүргізілетін динамикалық белсенді бақылау.



▣ **Диспансерлік бақылауға мыналар жатады:**

- 1) туа біткен жүрек және қан тамырлары кемістігі бар балалар;
- 2) жіті ревматикалық қызбамен және белсенді және белсенді емес түрдегі жүректің созылмалы ревматикалық ауруымен ауыратын науқастар; инфекцияның созылмалы ошақтары бар (ревматизм бойынша қауіп төндіретін) балалар;
- 3) спецификалық емес миокардит, кардиомиопатия ауыратын науқастар;
- 4) жүрек ырғағы бұзылған науқастар;
- 5) дәнекер тіннің диффузиялық ауруларымен, ювенильді ревматоидты артритпен ауыратын науқастар;
- 6) жіті ревматологиялық қызбамен ауыратын вегето - тамырлы дистониямен, синкопальды жағдайлармен;
- 7) артериялық гипертензиясы және гипотензиясы бар балалар мен жасөспірімдер
- 8) жүрек жеткіліксіздігі бар науқастар





Балаларды диспансерлік бақылау төмендегі шараларды өз ішіне қамтиды:

- 1) зертханалық және инструменталдық тексерумен жүретін үздіксіз медициналық тексеру;
- 2) балалардағы қауіп қатер факторларын анықтау мақсатында денсаулық жағдайын қадағалау және бағалау;
- 3) заманауи диагностика әдістерін қолдану арқылы мұқтаж балаларды тексеруден өткізу;
- 4) аурудың бастапқы сатысында анықтап, қажетті емдеу-сауықтыру шараларын жүргізу;



Диспансерлік бақылау

Аймақтық дәрігер балаларды диспансерлік бақылаудың барлық сатысына тікелей жауапты болады. Диспансерлік есепке алынатын әрбір балаға "Диспансерлік аурудың бақылау картасы" (форма № 030 / у) толтырылады. Бақылау картасының дұрыс толтырылуы дәрігерге тексеру мерзімдерін сақтауға, өршуге қарсы емді уақтылы жүргізуге, шұғыл емдеу-сауықтыру шараларын қолдануға мүмкіндік береді. Бақылау картасы дәрігердің жұмысындағы шұғыл құжат болып табылады.





Жүректің туа бітті ақауымен балаларды диспансерлік бақылау

Туу үйінде, емхана жағдайында немесе бала бақшаларда тереңдетілген профилактикалық тексеру кезінде анықталған жүректің туа бітті ақаулары аймақтық дәрігермен және ревматолог дәрігерімен бақылануы керек. Жүректің туа бітті ақауларымен балаларды диспансерлік бақылау науқастың жалпы жағдайын, қажетті консервативті емді, балаға мүмкін болған физикалық жүктемені, операция жасауға қолайлы мерзімдерді, аурудың кезеңдерін және жүрек жетіспеушілік дәрежесін анықтайды.



ЖҮРЕК-ҚАНТАМЫР ЖҮЙЕСІНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ АУРУЛАРЫ



Жіті ревматикалық қызба-бұл дәнекер тіннің жүрек-қан тамырлары жүйесінде зақымдануды(кардит, жүректің клапанды ақаулары), буынды (артрит), тері (ревматикалық түйіндер, аннулярлық эритема) және неврологиялық (хорея) синдромдардың дамуымен жүйелі ауруы.

Жүректің созылмалы ревматикалық ауруы-бұл жіті ревматикалық қызбадан кейін қалыптасқан жүрек ақауының болуымен сипатталатын ауру.

Ревматоидты артрит-бұл күрделі аутоиммунды патогенезі бар этиологиясы түсініксіз эрозивті-деструктивті полиартриттің түрі бойынша ұсақ буындарды басым зақымдайтын дәнекер тіннің жүйелі ауруы.

Жүрек аритмиясы-жүректің жиілігінің, ырғағының және қозудың кезектілігінің және қысқаруының бұзылуы болатын патологиялық жағдай.

Вегето-тамырлы дистония-түрлі органдар мен жүйелерді қозғайтын әртүрлі клиникалық көріністердің күрделі симптом кешені. Вегето-тамырлы дистония вегетативті нерв жүйесінің орталық және / немесе перифериялық бөлімдерінің жұмыс істеуіндегі ауытқуларға байланысты дамиды.



ЖІТІ РЕВМАТИКАЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ ЖӘНЕ ЖҮРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЫ БАР БАЛАЛАРДЫ ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУ

жоспары	Жасалу мерзімі
Учаскелік педиатрдың бақылау Тар мамандарды бақылау	Созылмалы инфекция ошақтарын түбегейлі санациялау жүргізілгенге дейін- айына 1 реттен кем емес. Созылмалы инфекция ошақтарын санациялау жүргізілгеннен кейін- 3, 6 айдан кейін . және бір жылдан кейін , содан кейін жыл сайын. ЛОР-дәрігер, стоматолог, кардиоревматолог, врачЛФК, реабилитолог – айғақтары бойынша , жағдайына, клиникаларына және т. б. байланысты.
Зертханалық тексеру	ОАК, ОАМ жылына 2 рет, айғақтар бойынша - жиі; қанның биохимиялық талдауы (протеинограмма, серомукоид, АСЛ "О", антистрептокиназа)
Функционалдық тексеру	



Жүректің туа бітті ақауы бар, бірақ жүрек жетіспеушілік симптомдары айқын емес балалар емдік дене шынықтырумен немесе мектепте дайындық тобында дәрігердің бақылауымен шұғылдануға болады. Жоғары деңгейдегі физикалық жүктеме, спорт секцияларына және жарыстарға қатысу қарсы көрсетіледі. Жүрек және тыныс жетіспеушілігінің I дәрежесі дене шынықтыруға қарсы көрсеткіш болып табылады. Диспансеризация кезінде созылмалы инфекция ошақтарын санациялау керек.



Профилактикалық егу шаралары
ақаудың жеңіл дәрежесінде
қарсы көрсетілмейді.



ЖІТІ РЕВМАТИКАЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ ЖӘНЕ ЖҮРЕКТІҢ СОЗЫЛМАЛЫ РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЫ БАР БАЛАЛАРДЫ ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУ СХЕМАСЫ

Жоспар	1 ж қадағалау	2 ж қадағалау	3 ж қадағалау
Учаскелік педиатр егер ГКС демеуші дозаларын немесе антидепрессанттарды алса тексереді	1 жарты жылдық-ай сайын, 2 жарты жылдық- 2 айда 1 рет 10-14 күнде 1 рет (міндетті түрде ЖАК бақылауымен!)	3 айда 1 рет	6-12 айда 1 рет (күз, көктем)
Кардиревматолог ЛОР, стоматолог	Педиатрмен қатар жылына 2 рет, көрсеткіштер бойынша-жиі	6 айда 1 рет	Жылына 1 рет
Дәрігер-реабилитолог	Көрсеткіш бойынша	Көрсеткіш бойынша	
ОАК егер ГКС немесе антидепрессанттар демеуші дозасын алса	1 жарты жылдық-ай сайын, 2 жарты жылдық - 2 айда 1 рет (қарауға) және 10-14 күнде 1 рет 3 айда 1 рет	6 айда 1 рет)	6-12 айда 1 рет (қарауға)
Қан биохимиясы (протеинограмма, жіті фазадағы ақуыздар, АСЛ " О»)			
ЭКГ, КИГ, ЭХО-кардиоскопия: жүрек ақауы болмаған кезде	3 айда 1 рет және 6 айда 1 рет	6 айда 1 рет және жылына 1 реттен жиі	Көрсеткіш бойынша
АҚ қадағалау	Әрбір тексеру кезінде	Әрбір тексеру кезінде	Әрбір тексеру кезінде



АРИТМИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДЫ ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУ ЖӘНЕ ОҢАЛТУ СХЕМАСЫ

Мамандардың қарау жиілігі	Жылына 2 рет - педиатр, отоларинголог, стоматолог. Кардиоревматолог - жылына 1-2 рет (түріне байланысты). Көрсеткіштер бойынша - психоневрологиялық, эндокринолог, гинеколог, аритмолог және т. б.
Қарау кезінде назар аудару керек.:	Шағымдары: шаршау, бастапқы вегетативті тонус, артериялық қысымның көрсеткіштері, Пульс, жүректегі өзгерістер, олардың динамикасы, физикалық жүктемеге реакциясы. Жетекші синдромды таңдау: кардиалды; невротикалық; астениялық; вегето - дистониялық.
Қосымша тексеру	Жылына 2 рет: қанның жалпы талдауы; несептің жалпы талдауы; нәжістің ішек құрт жұмыртқасына және қарапайым талдауы; ФКГ; жүктемемен функционалдық сынама (30 секундта 20 отыру); вегетативтік тонусты зерттеу; кардиоинтервалография.
Сауықтырудың негізгі жолдары	1. Созылмалы инфекция ошақтарын санациялау. 2. Интеркурренттік ауруларды мұқият емдеу. 3. Кардиотрофиялық дәрілер жылына 1-2 рет - көрсеткіштер бойынша. 4. Жетекші невротикалық синдром кезіндегі седативті препараттар. 5. Вегетодистония синдромы кезінде: - ваготоникалық типті: беллоид, белладонна, атропин, кальциймен жағалы аймаққа электрофорез; - симпатикотоникалық типті: магнезиясы бар электрофорез, көрсеткіштер бойынша курстармен блокаторлар (қара, индерал). 6. Таза ауада болу, шаңғы серуені, жүзу, циркулярлық душ, емдік ванналар. 7. Санаториялық-курорттық емдеу: Жергілікті типтегі санаторийлерде, Қырымның оңтүстік жағасында және Кавказдың Қара теңіз жағалауында (жыл мезгілі).
Бақылау ұзақтығы	2 жылдан кем емес, жүрек ырғағының тұрақты бұзылуында-балалық шақтың бүкіл кезеңі.
Дене шынықтырумен айналысу	Ырғақты бұзған жағдайда жарыстар мен спорт секцияларына қатысудан босатылсын; уытты-жұқпалы нысандарда 1-ші жыл дайындық тобы, одан әрі - жағдай бойынша.
Профилактикалық егулер	Олардың денсаулығына қайшы келмесе.

Консервативті ем шаралары жүрек қан тамыр жетіспеушілігін, асқынуларын және әртүрлі шұғыл жағдайларды емдеуге бағытталған. Егер балада жүрек декомпенсациясы дамыса ауруханада емдеу қажет. Туа бітті ақаулармен балалар санаторилердің ревматологиялық бөлімінде сауықтырылады. Санаторлық ем операциядан кейінгі кезеңнің де маңызды емдеу түрі болып табылады.



ВЕГЕТОТАМЫРЛЫ ДИСТОНИЯСЫ БАР БАЛАЛАР ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСЫ

- ▣ Вегето тамырлы дистония (ВТД) — балалардағы ең жиі патология. Бұл ауру мектеп жасындағы балалардың 20-25% - да кездеседі. ВТД дербес нозологиялық форма емес, патологияның көптеген түрлерінде пайда болатын синдром. Сондықтан диагнозды тұжырымдау кезінде бірінші орынға ВТД себебін қою керек. ВТД маңызды этиологиялық және бейім факторы тұқым қуалайтын- бірақ- Үйдегі қолайсыз жағдайға, мектептегі қақтығыстарға, ақыл-ойдың шаршауына байланысты психоэмоционалдық шиеленіс балалардың ЖЖҚ дамуына себеп болуы мүмкін. Вегетативті нерв жүйесінің бір бөлігінің белсенділігінің басым болуына байланысты симпатикотониялық, вагото-никалық және ВТД аралас түрлерін ажыратады.



Рецидивке қарсы емдеу жылына 2 рет 1-1,5 ай ішінде. Емдеу дәрі-дәрмектік және дәрі-дәрмектік емес іс-шараларды қамтиды. Еңбек пен демалысты қалпына келтіру, дене шынықтырумен айналысу өте маңызды. СҚҚ бар балаларды дене шынықтырумен айналысудан негізсіз босатады. Тамақтану, ас іспеу, тұз, май, күшті шай, кофе, өткір азық-түлік (бұрыш, қыша, ысталған) физиотерапия көрсетілген: ультрадыбыс, электросон, мойын-жағалы аймаққа парафиннің аппликациясы, кальциймен, кофеинмен, фенилэфринмен, дротаверин 1,5-2 айдан кейін қайталаумен 10-12 емшара курсына. Инемен емдеу ұсынылады және массаждың барлық түрлері, жалпы ден нүктелі адамға дейін, жылына кемінде 3 курс. Су процедуралары жақсы әсер береді: жүзу, Шарко душ, контраст, Веер және циркуляр душ, қылқан жапырақты және тұзды-қылқан жапырақты ванналар ВСД емдеуде фитотерапия кеңінен қолданылады. Седативті шөптер (валериана, пустырник, пион, хвощ, бүйрек шайы); кардиалды түрдегі дәрілік өсімдіктер (долана, адонис, итмұрын, калина, шетен); спазмолитикалық әсері бар шөптер (бұрыш жалбызы, фенхель, ақжелкен, аскөк, қайың саңырауқұлақ, сәбіз, айва), тонирлейтін шөптер (женьшень тұнбалары, левзейлер, заманихи, элеутерококка, лимонник, Алтын тамыр) ұсынылады. ескерту. ВСД барлық түрлерінде Фитотерапия 4-6 айдан кем емес мерзімге, әр 1-1, 5 ай сайын 7-10 күнге үзіліс жасай отырып тағайындалады. 2-3 айдан кейін доза мен еселігі төмендеуі мүмкін. Дәрі-дәрмектік терапия дәрі-дәрмектік емес құралдармен кешенде немесе олар тиімсіз болғаннан кейін жүргізіледі. Ұзақ емдеуге байланысты бірден көп дәрі-дәрмектер тағайындалмайды. Симпати-котонияда бензодиазепиннің туындыларын 4-6 аптаға дейін тағайындайды. "Күндізгі" транквилизаторларды қолдануға болады: тофизопам



ВТД емдеуде фитотерапия кеңінен қолданылады. Седативті шөптер (валериана, пустырник, пион, хвощ, бүйрек шайы); кардиалды түрдегі дәрілік өсімдіктер (долана, адонис, итмұрын, калина, шетен); спазмолитикалық әсері бар шөптер (бұрыш жалбызы, фенхель, ақжелкен, аскөк, қайың саңырауқұлақ, сәбіз, айва), тонирлейтін шөптер (женьшень тұнбалары, левзейлер, заманихи, элеутерококка, лимонник, Алтын тамыр) ұсынылады. ескерту. ВТД барлық түрлерінде Фитотерапия 4-6 айдан кем емес мерзімге, әр 1-1, 5 ай сайын 7-10 күнге үзіліс жасай отырып тағайындалады. 2-3 айдан кейін доза мен еселігі төмендеуі мүмкін



ЭЭГ-да тырысқаққа дайындық шегін төмендету кезінде nootropic әсер ететін препараттар қолдануға болмайды. Бас сүйек ішілік гипертензия синдромы кезінде несеп айдайтын шөптердің (итергіш, арша, қылшық, бүйрек шайы, Брусник), ацетазоламид, спиронолактон, гидрохлоротиазид курстары тағайындалады. Дайындық тобында дене шынықтырумен айналысу үнемі, ЕДШ — көрсеткіштер бойынша. Вегетотамырлық дистонияның клиникалық белгілері жойылғаннан кейін 3 жыл диспансерлік бақылау. Денсаулық тобы II.



- Ваготониясы бар балаларға бенактизин, синдофен , кофетамин, кальций препараттары (глицерофосфат, глюконат), витаминдер (пиридок-син, пиридоксаль, аскорбин қышқылы) тағайындайды.
- Аралас формада мепробамат, фенибут, беллат-минал қолданылады. Микроциркуляцияны жақсарту үшін винкамин , ак-товегин, дипиридамол, цинаризин қолданылады.
- Тамырлы-ми жетіспеушілігінің басым топикасын ескере отырып, дәрілік препараттарды саралап қолдану ұсынылады. Гипо-ламо-гипофизарлы түзілімдер зақымданғанда — ацефен, пантогам, клерегил, рети-куло-дің түзілімдерінде — церебролизин, глутамин қышқылы тағайындалады. Бұл дәрілердің барлығы ұзақ уақыт , 6-12 ай, 2-4 апта үзік курстармен тағайындайды.



- Клиникалық белгілері жойылғаннан кейін 3 жыл диспансерлік бақылауда болады. Денсаулық тобы II.



Туа біткен жүрек ақауы бар балаларды диспансерлік бақылау

Туа біткен жүрек ақаулары мен магистральді тамырлардың клиникалық көрінісі әртүрлі. ТБЖА ішінде белгілі бір фазалардың болуын маңызды сәт деп есептеу керек:

- 1 фаза — алғашқы бейімделу, алғашқы айларда баланың ағзасы қан айналымының ерекше мұрттарына бейімделеді; * 2 (салыстырмалы компенсация);
- 3 (рет-терминалды, онда необра тимой декомпенсация симптомдары байқалады. Туа біткен жүрек пен қан тамырларының даму ақаулары бар балалар дәрігер-кардиологтың бақылауында болуы тиіс. Диспансерлік бақылаудың нақты мазмұны ТБЖА синдромдық тиістілігіне, кемістіктің анатомиялық нұсқасына және ағым фазасына байланысты.



Қан айналымының жеткіліксіздігі

- Iа сатысы (жасырын) – ЖЖ белгілері физикалық жүктеме кезінде де тыныштықта да клиникалық айқындалмайды, бірақ эхокардиографиялық зерттеу кезінде физикалық жүктемеден кейін ФВ 10% - ға қысқару жылдамдығының төмендеуі миокард циркуляторлық талшықтарының қысқаруы анықталады. Қысқару функциясының (ФУ) 25-30% - дан төмен азаюы, сол қарыншаның соңғы диастоликалық қысымының (КДД) 12-14 мм.с. дейін орташа артуы. ЖЖ және өкпе артериясындағы қысым, миокардтың изометриялық босансу уақытының ұзартылуы.
- Iб сатысы (бастапқы, компенсацияланған) - тыныштықтағы және әдеттегі дене жүктемелерінде ЖЖ белгілері жоқ, бірақ қарқынды дене жүктемесінен кейін тахикардияның, ендігу, шаршау, реституция уақытының ұзартылуы барабар емес жүктеме түрінде ЖЖ белгілері клиникалық анықталады.
- IIа сатысы (декомпенсирленген, қайтымды) - ЖЖ белгілері қалыпты тахикардия, ендігу, физикалық жүктемелерге төзімділіктің төмендеуі, БКК және МКК қалыпты іркіліс белгілерінің пайда болуы сияқты тыныштықта анықталады.
- IIIб кезең (декомпенсирленген, қайтымсыз) - тыныштықтағы ЖЖ айқын белгілері және тіпті қалыпты физикалық немесе эмоциялық жүктеме ыңғайсыздық сезімін тудырады. Алмасудың барлық түрлерінің бұзылуымен және метаболикалық ацидозбен БКК және МКК айқын білінетін іркіліс белгілері.
- IIIа сатысы (декомпенсирленген, қайтымсыз, дистрофиялық) - гемодинамиканың айқын бұзылуымен және БКК және МКК-да іркіліс, ауыр дистрофиямен және барлық органдар мен жүйелердің жеткіліксіздігімен (бауыр, бүйрек, иммунологиялық, бүйрек үсті безінің жеткіліксіздігі және т.б.), кахексиямен тыныштықтағы ЖЖ ауыр белгілері.
- IIIб сатысы (терминалды) - IIIа сатысындағы ұқсас өзгерістер, бірақ ешқандай терапиялық іс-шаралар қандай да бір клиникалық әсер бермейді.



Туа біткен жүрек ақаулары мен магистральді тамырлардың клиникалық көрінісі әртүрлі. Белгілі бір фазалардың болуын маңызды сәт деп есептеу керек:

- 1 фаза — алғашқы бейімдеу, алғашқы айларда өмір сүру бала да оның ағзасын қан айналымы бейімдейді, компенсация кезеңі;
- 2 (салыстырмалы өтпелі кезең);
- 3- клиникалық белгілері байқалатын терминалды сатысы, декомпенсация кезеңі.

Туа біткен жүрек пен қан тамырларының даму ақаулары бар балалар дәрігер-кардиологтың бақылауында болуы тиіс. Диспансерлік бақылаудың нақты мазмұны кемістіктің анатомиялық нұсқасына және ағым фазасына байланысты.



Нью-Йорк жүрек ассоциациясының созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің функционалдық жіктелуі. Жіктеме негізінде Науқастың жұмыс істеу қабілеттілігінің деңгейі, күнделікті физикалық жүктемелердің төзімділігі, науқастың жүрек қағуы, ендігу және әлсіздігі бойынша ЖЖ дәрежесі туралы пайымдау принципі қабылданған, ол туралы сауалнамалар негізінде бағалайды.

- 1 функционалдық сынып (сол қарыншаның симптомсыз дисфункциясы) – жүрек ауруы бар науқаста дене белсенділігі шектелмейді, ал күнделікті дене жүктемесі ыңғайсыздық сезімін тудырмайды (ендігу, жүрек қағу, әлсіздік идеясында).
- 2 функционалдық сынып (жеңіл ЖЖ) - тыныштықта және күнделікті дене жүктемелерінде ЖЖ белгілері жоқ, бірақ қарқынды дене жүктемелерінде ендігу, жүрек соғуы, бұлшық ет әлсіздігі, осы көрсеткіштердің реституция уақытының ұзаруы пайда болады.
- 3 функционалдық сынып (орташа ерте ЖЖ) – күнделікті дене белсенділігі ендігу, жүрек соғуы және әлсіздік пайда болуы есебінен айтарлықтай шектеулі.
- 4 функционалдық сынып (ауыр ЖЖ) – ендігу, жүрек соғуы және тыныштықтағы әлсіздік, тіпті дене немесе психикалық-эмоциялық белсенділік ыңғайсыздық сезімін тудырады.



- Ақаудың бірінші фазасында гемодинамиканың бұзылуынсыз ТБЖА бар балаларды педиатрдың тексеру жиілігі жылына 2 рет; стационарлық емдеуден кейін ай сайын 6 ай сайын, содан кейін бір жылға дейін 2 айда 1 рет. Балалар өмірінің бірінші жылы тексеріледі әр 3 ай кезінде жеңіл және ай сайын кезінде ауыр ағымында фаза бейімдеу.
- Ақаудың екінші фазасында балалар жылына 2 рет тексеріледі. Кардиоревматолог баланы жылына 2-4 рет, ауыр ағымдарда ("көк түрдегі" ақаулар, өкпе гипертензиясы және т.б.) 1-2 айда 1 рет тексереді. Стоматолог және ЛОР-дәрігердің консультациясы жылына 2 рет, басқа мамандар — айғақтар бойынша. Кардиохирург диагноз қойылған кезде балаға кеңес береді, әрі қарай көрсеткіштер бойынша. ТБЖА бойынша операция жасаған, оның ішінде паллиативті балалар бірінші жылы араласқаннан кейін 2-3 айда 1 рет, одан әрі жылына 1-2 рет тексеріледі. "Құрғақ" жүрекке ота жасаған балалар бірінші жыл бойы бақылаулар сүйек астындағы бактериялық эндокардиттің дамуына қауіп төндіретін ретінде бағаланады



Профилактикалық егулер кешенді түрде қарсы болуы

мүмкін : көк ақаулар немесе жүрек жеткіліксіздігі бар ақ типтегі ЖИА
3-4 функционалды кластар, сондай-ақ бактериалды эндокардит кезінде.



Барлық балаларда инфекциялық энцефалиттің алғашқы алдын алуы:

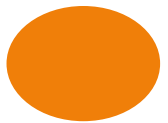
- жоспарлы тоқсан сайын кардиологта диспансерлік тексеру (қан мен зәрдің жалпы талдауы, АҚ, ЭКГ), ЭхоКГ-жылына 2 рет, кеуде қуысының рентгенографиясы жылына 1 рет. Стоматолог және отоларинголог-жылына 2 рет.
- интеркурренттік аурулардың (ЖРВИ, ангина, бронхит) қосылуы кезінде антибиотикотерапия жүргізу қажет (пенициллиндер, макролидтер және т. б.) (Ішке қабылдау немесе бұлшықетке 10 күн ішінде).
- жұқпалы аурулардың созылмалы ошақтары консервативті емдеудің толық курсы бір мезгілде жүргізумен.
- кіші хирургиялық операциялар (тонзилэктомия, аденомэктомия, тістерді экстракция, қызыл иектің төменгі деңгейіндегі тістерді пломбалау, хирургиялық фурункулов емдеу және басқа да хирургиялық манипуляциялар, сондай-ақ гемодиализ, плазмаферез) және басқа да араласулар, қысқа мерзімді бактериемияны тудыруға қабілетті адамдар қатаң түрде көрсеткіштер бойынша және антибиотиктермен емделеді. Антибиотиктер (жартылай синтетикалық пенициллиндер немесе макролидтер) операциядан кейін 3 күн ішінде қолданылуы тиіс.



- ▣ **Жүрекке ота жасағаннан кейін**, әсіресе алғашқы 2-6 айда күн сайын термометрияны жүргізу керек. Жалпы қан мен зәрді талдау орындалады. Операциядан кейін бірінші ай ішінде әрбір 10 күн сайын, бірінші жарты жылдықта-айына 2 рет, екінші жарты жылдықта –ай сайын. Бірінші жарты жылдықта ЭКГ, ЭхоКГ тіркеуді жүргізеді, содан кейін жылына 2 рет, кеуде қуысының рентгенографиясы 1 рет жылына. Хирургиялық кардиоорталықтан шығарылғаннан кейін баланың кардиологиялық бөлімшесінің стационары 3 айдан кейін тексеру жүргізеді, курс жүргізу үшін иммуномодуляциялық, кардиотрофиялық және витаминдік терапия, емдік дене шынықтыру тағайындайды.



□ **Зерттеу әдістері:** жылына 2 рет қан, зәрді талдау, жылына 1 рет рентгенологиялық зерттеу, ЭхоКГ, ЭКГ 6 айда 1 рет Көрсеткіштер бойынша басқа да зерттеулер. Емдеуге жатқызу көрсеткіштері: ТБЖА диагнозын нақтылау, декомпенсация симптомдарының пайда болуы, ауыр өтетін гипоксемиялық криздер, асқынулардың дамуы, интеркурренттік аурулар. Жүрек ақауы бойынша операциядан кейін 6 айдан ерте емес созылмалы инфекция ошақтарын хирургиялық санациялау. Инфекция ошақтарын хирургиялық санациялауға қарсы көрсетімдер декомпенсация симптомдарының болуы, балалардағы көк ақаудың үшінші фазасында геморрагиялық диатез, ОЖЖ тарапынан асқынулар болып табылады.



- ТБЖА оңалтудың басты міндеттерінің бірі жүрек жеткіліксіздігінің орнын толтыру болып табылады. ТБЖА бар баланың тәртібі үйде де, көшеде де таза ауаны кеңінен пайдалануды көздейді. Температура жиі желдетумен 18-20 °С шегінде ұсталуы тиіс. Баланың басқа балалармен қозғалмалы ойындарға қатысуы кемістіктің сипатымен емес, оның орнын толтыру және баланың көңіл-күйін анықталуы тиіс. ТБЖА зардап шегетін балалар өздерінің қозғалыс белсенділігін шектейді. Гемодинамикасы бұзылмаған ТБЖА болған жағдайда балалар балабақшада дене шынықтырумен әлсіз, мектепте дайындық топтарында айналысады. Гемодинамиканың бұзылуы болған кезде арнайы топ, ЕДШ тағайындалады. Жүрекке ота жасағаннан кейін дене шынықтырудан 2 жыл босату, тұрақты босату — жүрек немесе өкпе жетіспеушілігінің белгілерінің пайда болуы кезінде.



- Жылына екі рет (көктемде және күзде) кардиотропты препараттармен емдеу курсы жүргізеді: рибоксин, кокарбоксилаза, АТФ, коргормон, орот қышқылы, глутамин қышқылы, витаминотерапия. Гипоксемиялық ұстама есін жоғалтпай дамығанда оттегі беріледі, седативті терапия, кордиамин тағайындалады. Қажет болған жағдайда көрсеткіштер бойынша бала жүрек гликозидтерін алады. Аурудың 2 кезеңінде жүргізілетін кардиохирургтың қатысуымен ақауларды жедел емдеу мерзімдерін анықтау оңалту және диспансерлік бақылаудың маңызды сәті болып табылады. Ересектер емханасына ауыстырылғанға дейін диспансерлік бақылау, операциядан кейін диспансерлеу мәселесі жеке шешіледі. III-V Денсаулық тобы.



АРТЕРИЯЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР БАЛАЛАР ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСЫ

- Қан айналымы жүйесінің аурулары: артериялық гипертензиясы бар (АГ) балаларды диспансерлеу. Отбасылық шежіресінде артериялық гипертониямен ауыратын ата-анасы бар және артериялық қысымы жоғары барлық балалар мен жасөспірімдер диспансерлік бақылауға жатады. Диспансерлеу келесі іс-шараларды қамтиды:
- Отбасылық анамнезінде артериялық гипертония болған және жоғары артериялық қысымы бар балалар мен жасөспірімдердің барлығын медициналық есепке қою
- алдын алу мақсатында осы адамдарды мерзімдік медициналық тексеру
- сауықтыру және емдік іс-шаралар кешенін өткізу;
- дәрігерлік-кәсіптік кеңес және консультация өткізу.



- Отбасылық шежіресінде артериялық гипертониямен ауыратын ата-анасы бар және артериялық қысымы жоғары барлық балалар мен жасөспірімдерді дәрігер-педиатр 6 айда 1 рет қарауы тиіс (зерттеу антропометриямен және АҚ үш реттік өлшеммен шектеледі). Көрсетілген контингент ІІ денсаулық тобына, сондай-ақ вегетативті дисфункция болған жағдайда (қан тамырларында өзгерістер болмаған жағдайда және ЭКГ-де) - ІІІ денсаулық тобына. АГ диагнозы расталған кезде (эссенциальды немесе симптоматикалық- бала немесе жасөспірім дәрігер-педиатр 3-4 айда 1 рет. Диагностикалық іс-шаралардың көлемін анықтау үшін дәрі-дәрмексіз және дәрі-дәрмекпен емдеу тактикасы және сұрақтар бойынша күрес факторлары, кардиоревматологқа консультацияға жөнелілуі тиіс. Көрсеткіштер бойынша бала немесе жасөспірім нефролог, окулист және невропатологқа қаралады.



Митральды қақпақша пролапсы бар балалар диспансеризациясы

- Педиатриялық учаскеде МҚП бар науқасты емдеу және жүргізу тактикасы жеке индивидуальды болып табылады. Бұл ретте жасы бала, жынысы, тұқым қуалаушылық (отбасында ПМК, ҰО, жүрек па болуы)- және т. б.), диспластикалық белгілердің болуы, фенотиптік осо- пубертатты қайта құру кезеңінде-болуы және сипаты ескерілуі керек. Сондай-ақ ЭКГ көрсеткіштерінің динамикасын, УДЗ нәтижелерін бағалау қажет жүрек (УДЗ стрессін жүргізген жөн). (4-5 мм) ПМК I дәрежелі балаларға, тіпті ең аз- гургитацияны оларға жүрек стресс УДЗ жүргізген кезде практикалық деп есептеуге болады- ски сау. Олар дене шынықтырумен және спортпен айналыса алады. I бар балалар стресс-УДЗ кезінде регургитацияның болуы- ревматологтың бақылауында болу. Оларға ауыр айналысуға болмайды- (статикалық және динамикалық) спорт түрлерімен айналыса алады, бірақ олар- оқушысы дене шынықтыру.



- ПМК II және III дәрежелі балалар диспансерлік бақылауда болады. ПМК II дәрежелі балалар қалыпты өмір сүре алады, жалпы топта дене шынықтырумен айналысуға тыйым салынған-лық). ПМК III дәрежелі емделушілерге жеке подоб ұсынылады- ЕДШ топтарындағы ерте курстар. ПМК II және III дәрежелі балаларға жылына 2-3 рет емдеу курсы көрсетілген миокардтағы метаболизмді жақсартатын препараттармен (С витаминдері, В топтары), май еритін А, Е, D витаминдері; эссенциале, рибоксин, фолий қышқылы- және т. б.). ПМК бар балада Q ұзарған интервалы синдромы болған жағдайда- Т жеке таңдалған обзиданмен емдеу курсы ұсынылады дозада (0,5-1,5 мг/кг тәулігіне, 4 қабылдауға) 2-4 ай бойы, біртіндеп күшін жою. ПМК және айқын морфологиялық өзгерістері бар емделушілерге- клапандардағы ми бактериялық эндо алдын алуды жүргізу қажет- кардит (Бактерияға қарсы препараттар кез келген күннен кейін 7-10 күн ішінде хирургиялық араласу). Бұзылуымен асқынған ПМК бар балаларға жүрек ырғағы, аритмияға қарсы терапия жүргізіледі. ПМК "немқұрайлы" нысаны бар балаларды жүргізу тактикасы- вегетативті бұзылыстар рактарасы. ПМК дәрежесі және дистрофиясы бар- ЭКГ-ға өзгерістер физикалық жүктеме көлемін анықтайды (немесе- жалпы топтағы Мәдениет, ЕДШ).



ЖҮРЕК ӨТКІЗГІШТІГІ БҰЗЫЛЫСЫ БАР БАЛАЛАР ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСЫ

- Жүрек ырғағы бұзылған балалардың диспансерлік бақылау тобы және өткізгіштігі, әдетте, негізгі аурумен анықталады. АЖД- бұл балалар контингентін диспансерлеуді учаскелік педиатрлар жүзеге асырады, кардиолог немесе кардиоревматолог, тар мамандықтар дәрігерлері (невропато- ЛОР эндокринологы және т. б.) және медициналық қызметкерлер мектепке дейінгі мекемелер мен мектептер .Жүрек ырғағының функционалдық бұзылулары бар балалар мен жасөспірімдер олардың сипатына қарай денсаулықтың II немесе III тобына жатады. Бұл пациенттер функционалдық диагностиканың негізгі әдістерін (ЭКГ, тәуліктік монито- ЭКГ рирлеу, ритмографиялық зерттеу, велоэргометрия және т.б. пайдаланыла отырып пациенттер жылына кемінде 2 рет тексеруден өтуі тиіс. Кардиохирургтың стационарлық емі мен консультациясы көрсетілім бойынша жүргізіледі. Оңалту іс-шараларын қамтуы тиіс сақтау құрамында калий бар өнімдермен байытылған диета, витаминоте- Рапия, фитотерапия курстары (психофармакотерапия), метаболикалық, кардио- трофиялық препараттар, физиотерапиялық іс-шаралар және санаториялық- курорттық емдеу.



ЖІТІ РЕВМАТИКАЛЫҚ ҚЫЗБАМЕН АУЫРҒАН БАЛАЛАР ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯСЫ

- Ревматикалық ауруы бар балаларды диспансерлік бақылау .Балаларды бақылау шабуылдан кейін 10 жыл бойы жүргізіледі.Егер жүре пайда болған жүрек ақауы болса онда өмірбақи алынады. Бірінші шабуылдан кейін бір жыл-педиатр баланы тоқсанына 1 рет, содан кейін 2 рет тексереді. жыл. Жүрек тамыр соғуын, АҚ-ны, функциялық жүрек сынамасын бақылау керек- қан тамырлары жүйесі. Қанның, несептің талдауы, процестің белсенділігіне сынама (АСЛ-О, АСК, СРБ, ДФА, серомукоид, белокты) жылына 2 рет және әрбір ЖРВИ, ангина кейін. 49 Бірінші жылы ішінде шабуылынан кейін балаларға жүргізіледі ЕДШ емханада, содан кейін бір жылға мектеп оқушыларын дене шынықтыру дайындығына анықтайды. топ, үшінші жылға негізгі дене шынықтыру тобын тағайындайды (қатысуынсыз) спорт жарыстарында). Аурудан кейінгі алғашқы 2 жылға жалпы Режим. Ұйқы кемінде 10 сағат. Диета жас, құнарландырылған азық, содержащи-ми калий (айран, қызанақ, картоп, мейіз, өрік).



- Бициллинопрофилактика (ревматизмнің екінші алдын алу) - балалардың қайталануының алдын алу және аурудың өршуін болдырмау үшін. Ол тұрақты енгізу болып табылады- бициллин (ұзартылған пенициллин). Көп жылдық тәжірибесі бициллинопрофилактика ретінде ревматизм кезінде екінші рет алдын алу құралы болып көрсететін жоғары тиімділік оны куәландырады. Маусымдық және жыл бойы бициллинпрофилактика болып бөлінеді. Бициллиннің жыл бойғы алдын алу ең тиімді- 5 дозада 1500000 ЕД 1 рет мектеп жасындағы балаларға және жасөспірімдерге салынады. Мектеп жасына дейінгі балаларға препарат жартысы тағайындалады (750000 бірлік). Рецидивтердің алдын алу жөніндегі қолданыстағы нұсқаулыққа сәйкес және ДДСҰ ұсынымдарына (1989), сай бейім пациенттерге аурудың қайталану қаупі бар кезде бициллин-5 1 енгізу керек 3 аптада бір рет 1500000 ЕД мектеп оқушыларына, жасөспірімдерге және ересектерге, мектепке дейінгі жастағы балаларға 750000 бірлік 10 күнде 1 рет (В. А. Насонова, Н.Н. Кузьмина).



- Алғашқы ревмокардитті бастан кешкен балаларға, яғни жіті ревматизмді қызбамен ауырған бірақ жүрек ақауы қалыптаспаған болса алғашқы бес жыл мезгіл бойы, ал келесі бес жылда- (көктем, күз) бициллинопрофилактика тағайындалады. Бастапқы немесе қайтарымды ревматизмді бастан өткерген емделушілерге, ревматикалық ақауы (немесе ақауы) бар ревматизмнің ұзаққа созылған немесе қайталанатын ағымы жыл бойы- алдын алу өмірбақи жүргізілу тиіс. қажет және ұзағырақ. Қосылу кезінде: жіті ангиналардың, фарингит, басқа мұрын жұтқыншақ-(пероральды қышқыл тағайындауға болады- тоустойчивый пенициллин амоксициллин). бициллин - 5 қолдану аясында міндетті түрде жүргізіледі пенициллинмен емдеу жүргізіледі. Бактерияға қарсы терапия курсы (10-12 күн) пациенттерге тағайындалады тонзилэктомияға дейін және кейін, сондай-ақ кез келген басқа операциялық араласудан кейін.
- Ревматизм шабуылына шалдыққан балаға санаторлық-курорттық емдеу, бір жылдан кейін тағайындауға болады, және орынды ұсыну жақсы санаторийлер. Созылмалы инфекцияның санациясына жылына 2 рет дейін байқалады. Тексеру кезінде ерекше назар аударылады жүрек-қантамыр жүйесінің жағдайына (пульс, АҚ, функ- циональные сынама). Зертханалық тексеру жылына 1 рет. Стоматологтың консультациясы жылына 2 рет, дәрігер ЛОР тоқсанына 1 рет.

ҚОРЫТЫНДЫ

Жүрек-қантамыр жүйесінің аурулары (ССС) нозологиялық бірліктердің кең спектрімен ұсынылған, бұл жетекші синдромды диагностикалау мен емдеуде сараланған тәсілді талап етеді. Соңғы жылдары балаларда жүрек-тамыр ауруларының құрылымы айтарлықтай өзгерді. Ревматизмнің таралуы айтарлықтай азайды. Жетекші орын туа біткен жүрек ақаулары, ревматикалық емес кардиттер, ырғақтың бұзылуы, дистониялық жағдайлар айтарлықтай өсті. Жүректің туа біткен және жүре пайда болған ауыр органикалық аурулары балалардың сырқаттануы мен өлім-жітімінің себептерінің бірі болып табылады. СҚА функционалдық бұзылуынан зардап шегетін балалар саны ұдайы өсуде. Осыған байланысты патологияны ерте анықтау, ауруларды болжау критерийлерін әзірлеу, сауықтыру және оңалту іс-шараларын ерте тағайындау мәселелері; балалар мен Жасөспірімдер жасындағы тұрақты ремиссияға қол жеткізу және аурудың өршуінің алдын алу қажеттілігі ерекше маңызға ие болады.



ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Хабижанов Б.Х. Хамзин С.Х. Балалар аурулары. Алматы, Білім, 2005.
2. Хабижанов Б.Х. Хамзин С.Х. Педиатрия. Алматы, Білім, 2005.
3. Имамбаева Т.М. Балалар пропедевтикасы. Алматы, 2006.
4. Шәжімова Г.Э., Шабдарова С.К. Дадамбаев Е.Т. Имамбаев Т.М. Балалар аурулары пропедевтикасы. Алматы; 2007.
5. «Организация диспансерного наблюдения детей и подростков на педиатрическом участке» Манчук В.Т. Прахин Е.И. Чистикова И.Н.
6. http://fullref.ru/job_4d63b63c4d0a3542187023e40f6f8f0a.html

