

*ЕМДІК ТАМАҚТАНДЫРУ. АНЕМИЯ.  
ҚЫЗБА. ОТТЕГІ ТЕРАПИЯ.*

Дайындаған: Жумадуллаева Эльмира

- ◎ Емдік тағам - балаға басқа да емдік шаралар кешенімен бірге белгіленетін тағам. Гастрит, ішкі жара аурулары, тоқ ішектің қабынуы, бауыр аурулары үшін емдеудің негізгі әдісі болып табылады. Стационарлық немесе емхана жағдайында қолданылады. Емдік тамақтануды дәрігер кеңесі бойынша және оның бақылауымен жүргізіледі.



- Балалар мен жасөспірімдердің дұрыс тамақтану жүйесін ұйымдастыру олардың денсаулығын нығайтып, дене және ой қабілетінің дамуына мүмкіндік береді, еңбек ету мен сабақ үлгеру қабілетін арттырады. Егер тамақтану дұрыс ұйымдастырылмаса, тиімсіз, яғни жеткіліксіз болса, организмде метаболизм, зат алмасу бұзылып, оның айналадағы ортаның зиянды әсеріне және әртүрлі жұқпалы ауруларға қарсы тұрарлық қабілеті төмендейді.

- ◎ Балалардың тамақтануының үлкендерге қарағанда, едәуір айырмасы болады. Үлкендерге тамақ организмдегі тіршілік процестерін қолдану үшін, әртүрлі жұмыстарға жұмсалған күш қуатты қалпына келтіру үшін қажет болса, өсіп келе жатқан жас организмге тек өмірлік процестерді ғана қолдану үшін емес, сонымен бірге бүкіл организмнің өсу, даму, қалыптасу процесіне қажет.





Баланы жеткілікті мөлшерде тағамдық ингредиенттермен, дәрумендермен, макро және микроэлементтермен қамтамасыз ету иммундық жүйе жағдайын жасартып, қоршаған ортаның кері ықпалына ағзаның төзімділігін жоғарылатады. Уақытылы тамақтану, тамақтану мерзімін сақтау - бұл, ас қорыту жүйесі ауруының алдын алу болып табылады. Мектеп оқушыларына таңғы ас міндетті түрде болуы керек.



- Тиімді тамақтану балалар мен жасөспірімдердің жасына қарай организмнің негізгі нәрлі заттарды қажетсінуін және олардың ара қатынасын ескере отырып ұйымдастырылуы қажет. Балалардың (1 жастан 3 жасқа дейін) тамағында белокқа бай сүт және сүт өнімдері, ет, жұмыртқа болуы тиіс. 1 жастан 3 жасқа дейінгі балалардың күн тәуліктік рационында кем дегенде 600—800 мл сүт, ал мектеп жасындағы балалардың рационында 400—500 мл сүт болуы тиіс. 1 жастан 3 жасқа дейінгі балалардың майды қажетсінуін өсімдіктерден алынатын (күнбағыс, жүгері майы) маймен қамтамасыз ету керек, өйткені оларды организм жақсы сіңіре алады. Өсімдік майын көкөніс пюресі мен салатқа қосып беру керек.



- ◎ Балалардың тамағына жидек, жемістердегі және олардың өңделген өнімдеріндегі организмге тез сіңетін углеводтардың болуының мәні зор. Балалар мен жасөспірімдердің тамағындағы белоктар, майлар мен углеводтардың анағұрлым қолайлы ара қатынасы балалар үшін 1:1:3, ересектерге 1:1:4 болуы тиіс. Мұндай ара қатынастан едәуір ауытқу тамаққа жетерліктей мөлшерде нәрлі заттар мен витаминдердің енгізілуіне қарамастан денсаулыққа зиянын тигізуі мүмкін. Мысалы, тамақта әсіресе мал майының көп болуы баланың организміндегі зат алмасудың, ас қорытуының бұзылуына әкеп соғып, салмағын ауырлатады. Углеводтардың артық болуы да зат алмасуын бұзып, семіртеді, ал тәттіні мөлшерден артық пайдалану балалар мен жасөспірімдерде диабет ауруының өрістеуіне әкеліп соғады.





- Балалар мен жасөспірімдердің тамағы әр түрлі болуы тиіс, ал біркелкі тамақ балалардың тәбетін нашарлатады. Майлы етті тек мектеп жасындағы ересек балаларға (14–17 жастағы) беруге рұқсат етіледі. Шала қуырылған немесе ысталған сүр етті бала организмі нашар сіңіреді және оған уланып қалу не ішек құрты жұғуы мүмкін. Сондықтан оларды балаға бермеген дұрыс.
- Сондай-ақ тұзы көп немесе бұрыш, қыша, сілті көп қосылған ет және балық тағамдары 8–10 жастағы балалардың тамақтану рационынан алынып тасталуы керек. Алкоголь ішімдіктердің барлық түрі (сыра, үй наливкасы, тұнбасы) балалар мен жасөспірімдердің организміне зиянды әсерін тигізеді. Ащы кофе, какао, шай ішсе, сондай-ақ шоколадты көп жесе, әсіресе, 3 жасқа дейінгі балалардың нервісі қозады.

- .Егер бала яслиге, балалар бақшасына немесе басқадай балалар мекемесіне барып төрт мезгіл тамақ ішетін болса, онда үйде қосымша тамақ берудің қажеті жоқ. Ал бала барып жүретін балалар мекемесі тамақты екі немесе үш рет беретін болса, үйден қосымша тамақтандыру керек. Соңғы тамақ ұйықтардан 1,5-2 сағат бұрын ішілуі тиіс.

- Тамақтану режимі және құрамы төмендегі пайыздық қатынас негізінде жүруі қажет:

- р/с Тамақтану режимі  
Тамақтану уақыты 3 рет тамақтану, % 4 рет тамақтану, %

- 1 Таңертеңгілік ас 7.30-8.00 30 20

- 2 Таңертеңгілік ас 11.00-11.30 10

- 3 Түскі ас 13-13.30 45 35

- 4 Түстен кейінгі ас 16.30-17.00 10

- 5 Кешкі ас 19.00 - 20.00 25 25



- ⦿ Тамақтану сауаттылығының бес негізі бар:
- ⦿ 1) Тамақ құрамында негізгі қоректік заттардың болуы (нәруыз, май, көмірсу);
- ⦿ 2) Тамақ рационында қосымша заттардың болуы (витаминдер, микроэлемент);
- ⦿ 3) Тамақ нәрлігі адам жасына, денсаулық күйіне, табиғат климатына байланысты;
- ⦿ 4) Тәулік бойынша тамақтану тәртібінің мөлшерін сақтау;
- ⦿ 5) Тамақтанудың санитарлық - гигиеналық нормаға сай болуы. ( Тамақтану режимінің маңызды элементтерінің бірі- тамақтың қайда ішілетіндігі, тазалығы, құнарлығы т.б).







- Қызба - патогенді тітіркендіргіштердің әсеріне жауап ретінде пайда болатын және дене қызуының әкелетін, организмнің көтерілуше табиғи реактивтілігін күшейтетін терморегуляция үдерістерінің өзгеруімен сипатталатын организмнің қорғаныс-бейімделу реакциясы.



- ◎ Қызба 3 сатыда өтеді:
- ◎ температура көтеріледі (науқастың денесі қалтырайды);
- ◎ “тұрақтану” (науқастың денесі қызарады, қызады);
- ◎ төмен түсу (температура біртіндеп немесе күрт түседі).

# ПАТОГЕНЕЗ:

- Қызба гипоталамустық терморегуляторлық орталықтарға эндогенді пирогендердің - төмен молекулалы нәруыз болып табылатын цитокиндердің әсер етуі нәтижесінде дамиды. Цитокиндердің түзілуі бактериялар, саңырауқұлақтар, вирустар бөліп шығаратын және тіндердің ыдырауы кезінде бөлініп шығатын өнімдердің әсерінен күшейеді. Цитокиндер «орталық термостаттың» шүріппесін жоғарырақ деңгейге ауыстырып қойғандай болады. Соның салдарынан жылудың өндірілуі артады және жылудың шығарылуы тері перфузиясының азаюы есебінен төмендейді

- Балалардағы қызбаның ең жиі себептері мыналар:
- - Инфекциялық-уыттық жағдайлар;
- - Ауыр метаболикалық бұзылыстар;
- - Шамадан тыс қыздырыну;
- - Аллергиялық реакциялар;
- - Посттрансфузиялық жағдайлар;
- - Бейім балаларға миорелаксанттарды қолдану;
- - Эндокриндік бұзылыстар және шығу тегі белгісіз қызба болуы да мүмкін.



- Қызбаның жіктелуі:
- Дене қызуының деңгейіне қарай:
  - -субфебрильді температураны  $37,2-38,0^{\circ}\text{C}$ ;
  - -фебрильді  $38,1-39,0^{\circ}\text{C}$ ;
  - -гипертермиялық  $39,0^{\circ}\text{C}$  және одан жоғары температура
- Түріне байланысты:
  - -Қызыл гипертермия;
  - -Ақ гипертермия;
- Ұзақтығына байланысты:
  - -Жедел: - 2 аптаға дейін
  - -Жеделдеу- 6 аптаға дейін
  - -Созылмалы - 6 аптадан жоғары

- ⦿ Қызба пайда болу себептеріне байланысты:
- ⦿ Инфекциялық қызба - бактериялардың, вирустардың, қарапайым жануарлардың, саңырауқұлақтардың әсерлерінен дамиды.
- ⦿ Бейинфекциялық қызба - тіндердің бүлінуіне әкелетін сыртқы және ішкі ықпалдардың әсерлерінен пайда болады. Бұларға: күйік, жарақат, қан құю, аллергия, цирроз, ісік өсу және т.б жатады.

- Қызба дамуы 3 кезеңнен тұрады: Бірінші кезең- дене қызуының көтерілуі: жылу өндіру жылу бөлуден басым болады. Жылу бөлу тері тамырларының тарылуы салдарынан бірден төмендейді. Дене температурасының жоғарлауына қарамастан тері суық «Қаз терісіне ұқсас» болады. Мұндай кезде науқасты жылыту, төсекке жатқызу, қымтап жабу, жылытқыштар қою, жылы шай беру. Екінші кезең- салыстырмалы тұрақты кезеңі: жылу өндіру мен жылу бөлу үрдісінің теңесуімен сипатталады. Қалтырау азаяды, Тері тамырларының жиырылуы төмендейді. Бұл кезде ОЖЖ жағынан айқын бұзылыстар болуы мүмкін: бас ауыру, ұйқысыздық, галлюцинациялар, сандырақтау. т.б. Бұл кезде қарсы көрсеткіш болмаса жиі, бөліп-бөліп көп сұйықтық ішкізу ұсынылады. Қатаң төсек тәртібі. Үшінші кезеңі- қызудың төмендеу кезеңі: шеткі қан тамырдың кеңеюі салдарынан жылу берудің жылу бөлуден неғұрлым басымдылығымен сипатталады. Ол әр түрлі өтеді. Дене қызуының біртіндеп, бірнеше күн ішінде түсуі литикалық немесе лизис деп аталады. Тез, 5-8сағ ішінде, жоғары мөлшерден 39-40с қалыпты деңгейге түсуі кризис деп аталады. Дене қызуының критикалық түсуі мед қызыметкерлердің батыл шаралар қолдануды қажет етеді.



Қызба кезінде тек қана температура көтеріліп қоймайды сонымен қатар: Пульстің жиілеуі; Тахипноэ; АҚ төмендеуі; Бас ауру; Ауыз қуысының құрғауы; Шөлдеу; Тәбеттің болмауы; Тілдің құрғауы; Бүкіл денесінің ауруы байқалады.



- ⊙ Ақ гипертермия терісі бозарған, «мәрмар тәрізді», тырнақтары мен еріндері көгерген, «ақ дақ» симптомы оң;
  - аяқ-қолы суық;
  - шамадан тыс тахикардия, ентігу;
  - баланың жүріс тұрысының бұзылуы, немқұрайдылық, сабырлылық, қозуы, сандырақтауы, тырысулардың болуы ықтимал. «Ақ» гипертермия кезінде қызуды басатын дәрілердің көмегі жеткіліксіз.
- ⊙ Ақпарат көзі: <http://kazmedic.kz/archives/3030>  
Материал көшіргенде, KazMedic.kz сайтына сілтеме міндетті

- Көмек: Қызуды басатын шаралармен қатар ішуге немесе бұлшық етке қан тамырларын кеңейтетін дәрілер беру;
  - папаверин немесе но-шпа 1 мг/кг мөлшерінде ішуге;
  - 1 жасқа дейінгі балаларға 2 пайыздық папаверин ерітіндісін 0,1-0,2 мл, 1 жастан асқан балаларға 0,1 -0,2 мл/ өмірінің әр жылына немесе но-шпа ерітіндісін 0,1 мл/ өмірінің әр жылына немесе 1 пайыздық дибазол ерітіндісін 0,1 мл/ өмірінің әр жылына мөлшерінде;
  - Сонымен қатар 0,25 пайыздық дроперидол ерітіндісін 0,1-0,2 мл/кг (0,05-0,25 мг/кг) б/е пайдалануға болады.

- Қызыл гипертермия кезінде: Баланың үстін ашып, барынша шешіндіру қажет; желсіз таза ауаның келуін қамтамасыз ету керек. Сұйықтықты мол ішкізу қажет (тәулігіне жасына сай қалыпты мөлшерден 0,5-1 л артық) Суытудың физикалық тәсілдерін қолдану;
  - желдеткішпен ауа үрлеу;
  - маңдайына суланған, салқын шүберек қою;
  - ірі қантамырлар тұсына мұз басу;
  - жылудың шығарылуын жақсарту үшін су, арақ, сірке қышқылын теңдей көлемде алып (1:1:1), баланың үстін сүрту. Ылғал шөкіммен сүртіп, кепкенше күтеді, сөйтіп 2-3 рет қайталайды. Ішуге парацетамол немесе ибупрофен тағайын далады.

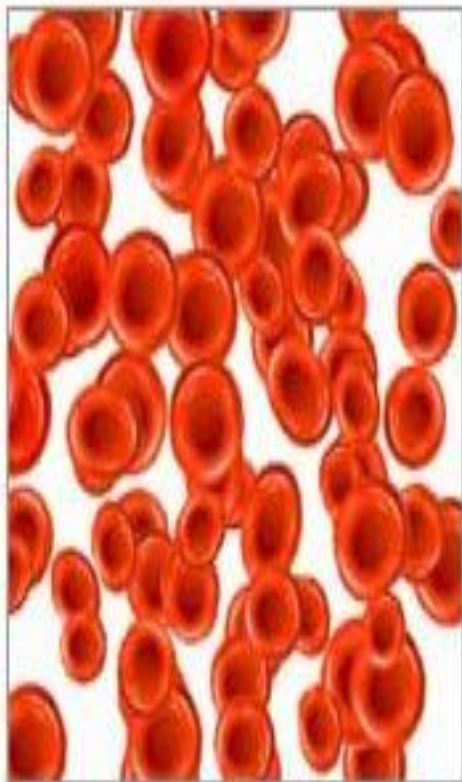
**Верхние границы нормальной температуры  
тела в зависимости от возраста  
(измерение в подмышечной впадине)**

<b>возраст</b>	<b>значение</b>
новорожденные	36,8
6 месяцев	37,7
1 год	37,7
3 года	37,7
6 лет	37,0
взрослые	37,0
старше 65 лет	36,3

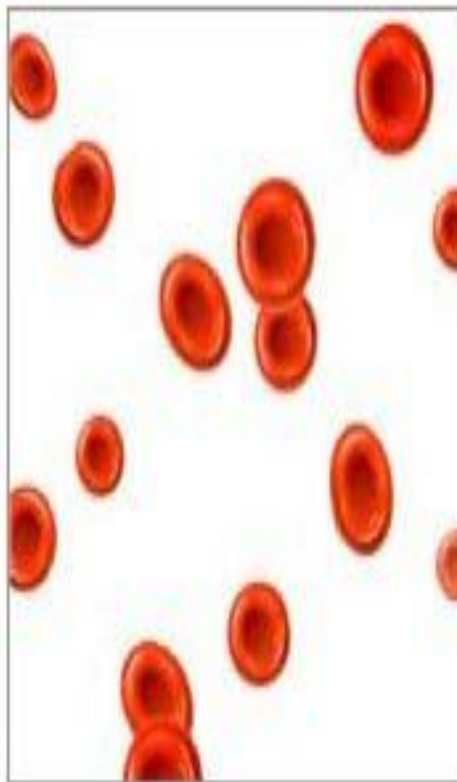


# АНЕМИЯ.

Нормальная  
концентрация  
эритроцитов



Анемия



- Балаларда анемия олардың ішетін тамағында темір құрамдас заттардың жетіспеушілігінен де және оларды 6 айлығынан кейін қосымша тамақтандырмағандықтан да болады. Көбіне жас балалардағы анемия себептерін олардың нематодты (паразит) құрттарды жұқтыруы созылмалы іш өту және іш сүзегімен ауыруы туындатады.

- Этиологиясы:
- 1. Темірдің бастапқы жеткіліксіз деңгейінде анемия (шала туылған).
- 2. Нутритивті (немесе алиментарлы).
- 3. Жұқпалы немесе жұқпалы-алиментарлы генезді.
- 4. Темірдің резорбционды жеткіліксіздігіндегі (мальабсорбция синдромы және т.б синдромы);
- 5. Созылмалы қан ағудан кейінгі.

⦿ Ауырлық дәрежесі бойынша : жеңіл, орта, ауыр.

⦿ Патогенезі бойынша : жіті , созылмалы.



- Қауіп-қатерлі факторлар:
- 1. Анасының анемиясы.
- 2. Нәрестенің шала туылуы.
- 3. Тиімсіз тамақтану.
- 4. АІЖ аурулары.
- 5. Ішек құрттық инвазия.
- 6. Қан ағу.
- 7. Төмен әлеуметтік жағдай.
- 8. Қоршаған орта.

- Диагностика критерилері
- Астеновегетативті синдром: әлсіздік, бас айналу, талмалар, жүректің қатты соғуы, ентікпе, бұлшықеттік әлсіздік.
- Сидеропениялық синдром: терінің құрғақтығы мен атрофиясы, тырнақтар мен шаштың сынғыштығы, шаштың түсуі, дәм сезудің өзгеруі, тамақпен бірге бор, тіс пастасы, саз, шикі дән, шикі кофе, күнбағыстың тазартылмаған дәндерін пайдалануға құмарлық, иіс сезінудің өзгеруі, бензин, ацетон, әк иісіне құмарлық.
- Неврологиялық бұзылыстар: бас ауыру, параестезиялар, қатты тағамдарды жұтудың бұзылуы, зәрді ұстай алмау.



- Физикалық тексеру: тері және шырышты қабық бозаңдығы, терінің құрғақтығы мен сызаттары, ангулярлы стоматит, ауыз бұрыштарындағы сызаттар, тырнақтар қалыңдайды және дөңес болады, тілдің қызаруы, тіл емізіктерінің атрофиясы.
- Инструменталдық зерттеулер: Асқазан-ішек жолдары мен кеуде клеткалары ағзаларын рентгенологиялық зерттеу, ЭФГДС, ректороманоскопия, құрсақ қуысын, бүйректі, қалқанша безді УДЗ.

- ⦿ Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:
- ⦿ 1. Жалпы қан анализі
- ⦿ 2. Гемоглобинді анықтау.
- ⦿ 3. Ретикулоциттерді анықтау.
  
- ⦿ Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:
- ⦿ 1. ЭКГ.
- ⦿ 2. Жалпы темірмен байланыстыратын қабілетті анықтау.
- ⦿ 3. Гастроэнтеролог консультациясы.
  
- ⦿ Лабораторлық зерттеулер: 5 жастан кіші балаларда, Анемия қандағы гемоглобин концентрациясында 110 г/л-ден аз немесе гематокрит деңгейінде 33%-тен аз анықталады.

- Емшекпен емізілетін Анемиямен ауыратын балаларға 6 айдан бастпа темір дәрі-дәрмегін қабылдау ұсынылады.
- Жасанды жолмен тамақтанатын көп балаларға қатты тамақ қабылдағанға дейін (12 айға дейін) темірмен байытылған қоспамен тамақтандыру керек. Анемия алдын алу үшін ата-анамен тиімді тамақтану бойынша оқыту мен кеңес беруді жүргізу қажет.
- Мерзіміне жетіп туылған балалар Анемия ауруына (Hb и Ht деңгейін тексеру) 6 айдан, ал шала туылған балалар 3 айдан кешікпей тексерілуі керек. Анемия анықталған балалар темір-тұз\* темірінің, бір компонентті және комбинациялардың, 20 мг/мл темір тұзы мен аскорбин қышқылы бар оралды ерітінділерді 1 бал-дан, немесе күніне 1-2 дражеден, фолий қышқылымен күніне 1 табл. 3 реттен қабылдау керек.
- Темір дәрі-дәрмегі тәулігіне 3 мг/кг салмағы есебінен гемоглобиннің қалпына келгеніне дейін, реабилитациялық ем- 1-2 мг/кг салмағы 2-3 айдан кем емес уақытқа тағайындалады.
- Пероральді препараттарға тұрақтылық кезде, сонымен қатар темір деңгейін тез және тиімді қалпына келтіру мақсатында күніне 1 рет жеке таңдаумен темір декстраны III (100 мг / 2 мл) тағайындалады.

<b>Жасы</b>	<b>Гемоглобин қыз бала, г/л</b>	<b>Гемоглобин ұл бала, г/л</b>
1-3 күн	145–225	145–225
1 апта	135–215	135–215
2 апта	125–205	125–205
1 ай	100–180	100–180
2 ай	90–140	90–140
3-6 ай	95–135	95–135
6 ай - 2 жас	106–148	114–144
3-6 жас	102–142	104–140

## БШАЫЕ:

- 14 күннен кейін:
- -Темір препараттарын беріңіз. Анасына 14 күннен кейін амбулаторияға, темір препараттарын қосымша көлемін алуға қайта келуін ұсынамыз.
- -Балаға 2 айдың ішінде әр 14 күн сайын темір препараттарын беруді жалғастырамыз.
- -Егер баланың алақандарының бозаруы 2 айдан кейін сақталса, оны қайта тексеруге жолдаймыз.



# ОТТЕГІ ТЕРАПИЯСЫ:

- Оксигенотерапия - тыныс алу бұзылуларын емдеудің негізгі әдісі. Оксигенотерапия тыныс алу бұзылуларының ауырлығына сәйкес жүргізіледі.



- Нәрестенің оттегіге реакциясын бақылау
- 1. Нәресте барабар концентрацияда оттегі алып жатқандығына көз жеткізу үшін, пульсоксиметр қолданыңыз.
- 2. Пульсоксиметр жоқ болса, оттегімен қанығу белгілерінің пайда болуын байқаңыз.
- 3. Орталық цианоз нәрестенің жеткіліксіз оттегі қабылдап жатқанының кеш белгісі болып табылады.
- 4. Егер нәрестеде орталық цианоз белгілері пайда болса, оттегі концентрациясын тез арада көбейтіңіз және цианоз жоғалғанша жалғастырыңыз.
- 5. Егер нәрестенің тілі мен ерні қызғыштанса - оттегі беруді тоқтатыңыз.
- 6. Келесі сағаттарда әр 15 минут сайын орталық цианоздың пайда болуын байқаңыз.
- 7. Егер орталық цианоз қайта пайда болса, оттегіні бұрын бергендей ағымда беріңіз, баланы оксигенация аяқталғаннан кейін, 24 бойы бақылауды жалғастырыңыз.

- ⊙ . Бақылаңыз және белгілеңіз:
- ⊙ - тыныс жиілігін;
- ⊙ - кеуде клеткасының ішке кіріп кетуі;
- ⊙ - уһілеудің болуы, мұрын қанаттарының ісінуі;
- ⊙ - апноэ эпизодтары.
- ⊙ 2. Оттегімен терапияға нәрестенің реакциясын бақылаңыз.
- ⊙ 3. Стандартты күтімді қамсыздандырыңыз.
- ⊙ 4. Анасын баланы бақылауға үйретіңіз.
- ⊙ 5. Оттегіге қажеттілік болмаған кезде баланы дереу емшекпен тамақтандырыңыз.
- ⊙ 6. Егер бала емшекті сора алмаса, кез келген басқа альтернативті әдіспен емшек сүтін беріңіз.
- ⊙

- ⦿ Егер тыныс алу бұзылуларының ауырлығы үдесе немесе 100% оттегі беру кезінде балада орталық цианоз болса:
- ⦿ - ұстап тұрушы сұйықтық көлемін вена ішіне енгізіңіз;
- ⦿ - баланы үшінші деңгейдегі ауруханаға немесе мамандандырылған бөлімшеге ауыстыруды ұйымдастырыңыз (орталыққа).





- Қолданылған әдебиеттер:
- Ақпарат көзі: <http://kazmedic.kz/archives/3030>  
Материал көшіргенде, KazMedic.kz
- 1. Клиническое руководство по скринингу, профилактике и лечению железодефицитной анемии. Ташкент 2004, 68 с. 2. PRODIGY Guidance - Anaemia - iron deficiency Clinical Practice Guidelines, 2005 3. Screening for Iron Deficiency. Anemia—Including Iron Prophylaxis. Clinical guidelines 4. Iron Deficiency Anaemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers.
- Основы ухода за новорожденными и грудное вскармливание. Учебный семинар. Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002 г, 173 с. 2. Оказание стационарной помощи детям.

