

**Қ.А.ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ  
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ**

**ОБСӨЖ**

**Тақырыбы: Сарғаю синдромы. Нәрестелердің гемолитикалық ауруы**

**Орындаған: Төлегенов Н.  
Қабылдаған: Туреханова А.  
Тобы: ЖМ-502**

**Түркістан – 2018 ж.**

# Жоспары:

## I.Кіріспе

Сарғаю синдромына жалпы түсінік.

## II.Негізгі бөлім

Нәрестелердегі сарғю ерекшеліктері

Сарғаю түрлері, оның клиникалық маңызы;

Нәрестелердің гемолитикалық ауруы

Емі

III.Қорытынды.

# КІРІСПЕ

- Жаңа туылған нәрестенің терісінде және шырышты қабаттарында сары түстің пайда болуы билирубин алмасуының бұзылуына байланысты. Дені сау нәрестенің физиологиялық сарғаюы бауырдағы ферменттік жүйенің дұрыс дамымауына байланысты сонымен қоса генетикалық энзимопатия және “отбасылық транзиторлық гипербилирубинемияға” байланысты. Сарғаю, әдетте туғаннан кейін, сирек екінші тәулікте пайда болады және қарқынды тез өршиді, яғни билирубиннің сағаттық өсуі 3,5 мкмоль/л жоғары болады. Егер сарғаю туғаннан кейін бірден байқалса, қағанақ суы мен нәрестенің туған кездегі беткей алғашқы жағындысы сарыға боялған болса, аурудың ақыры қолайсыз болып саналады.

# НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ САРҒЮ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

- Сарғаю-терінің сары пигментациясы.Қандағы билирубиннің деңгейінің жоғарылауы-гипербилирубинемиямен сипатталады.ЖТН-дегі билирубин алмасуының өзіндік ерекшелігі бар.
- ЖТН- дегі билирубиннің жоғары дәрежесі фетальды (ұрықтық ) гемоглобиннің бөлінуімен байланысты,яғни бала туылған уақытта қан айналымына көп мөлшерде гемоглобин түседі және нәрестенің бауырының транзиторлық конъюгация қызметі басында белсенді болмайды.
- Билирубиннің конъюгациялық қызметінің іске қосылуы қалыптыда бірнеше сағаттан бірнеше күнге дейін созылады.
- Бауырдың конъюгациялық жүйесі баяу жұмыс жасайды және ересектердегідей дәрежесіне 3-4 аптадан соң жетеді.



Сарғаю түрлері:

Паренхиматозды

Механикалық

Гемолитикалық

- **Паренхиматоздық сарғаю.** Бауыр клеткалары зақымдалғанда, яғни вирусты токсикалық гепатит, бауыр циррозы, сепсис ауруларында пайда болады. Баланың терісі, кілегей қабықтары сарғайып, лимон тәрізді немесе қызғылт түсті болады. Нәжісі ағарып, зәрі қара-қоңыр түстенеді. Паренхиматозды сарғаюда қанда байланыспаған билирубиннің есебінен, жалпы билирубин көбейеді. Зәрдегі уробилиннің мөлшері көбейіп, нәжістегі стеркобинин азаяды.

- **Механикалық сарғаю**-өт жолдары ісікпен немесе лимфа түйіндерімен басылып қалғанда, өт жолдарының атрезиясында, өт жолдарында ұсақ тастар қалғанда өт қабы қабынғанда байқалады. Қанда байланысқан билирубин көбейеді. Несепте байланысқан билирубин пайда болады да, уробилин болмайды. Нәжісте стеркобилин болмайды, не өте аз болады.



- **Гемолитикалық сарғаю.** Гемолитикалық анемия, іштен туа біткен гемолитикалық ауру, гемолезге әкеліп соқтыратын улармен улану. Қанда бос фракциясы көбейген гипербилирубинемия байқалады да, несепте уробилин мөлшері көбейеді. Нәжісте стеркобилин көп болғандықтан, оның түсі қара қоңырланады және гепатоспленомегалия пайда болады.

**Жаңа туған нәрестенің сарғаю дәрежесінің бағалау үшін Крамер шкаласын қолданады:**

Сарғаюдың 1-ші дәрежесі-мойынмен бет терісінің сарғаюы.

Сарғаюдың 2-ші дәрежесі-сарғаю кіндікке дейін жетеді.

Сарғаюдың 3-ші дәрежесі-кіндігінен тізе буындарына дейін.

Сарғаюдың 4-ші дәрежесі- тізеден төмен және өолдарын қамтиды.



- Сарғаюдың дәрежесіне сәйкес, қандағы билирубиннің деңгейі 1 дәрежесінде 53 мкмоль/л, 5 дәрежесінде - 400 мкмоль/л шамасында қанда билирубиннің өсуі билирубиндік уыттануға әкеліп соқтырады. Осы кездерде баланың жағдайы нашарлайды, ол енжар, ұйқышыл, физиологиялық бейнелістері тежеледі. Аурудың өтуі барысының, 3 – 4 тәулігінде тіке емес билирубиннің мөлшері қауіпті деңгейге (ЖТН – 307 – 341 мкмоль/л, ШТН – 170 – 204 мкмоль/л) жетіп, ядролы сарғаю синдромы пайда болады. Әдетте ол мынандай белгілермен айқындалады шүйде бұлшықетінің тартылуы, құрысулар, Грефе синдромы, көз алмасының “күн бату” синдромы және т.б.

Билирубинді энцефалопатияның пайда болуына түрткі болатын  
оның қауіпті деңгейлері: Күні жетіп туылғандар – 307 -340



# **ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ САРҒАЮДАН ПАТОЛОГИЯЛЫҚ САРҒАЮДЫҢ АЙЫРМАШЫЛЫҒЫ-ТУЫЛҒАН СОҢ БІРІНШІ КҮНДЕ ПАЙДА БОЛАДЫ.**



*Нәресте терісіндегі сарғаюдың 3 аптадан астам уақыттан кейін кетпеуі және қандағы билирубиннің деңгейінің жоғары болуы.*



*Тағы бір белгісі-сору рефлексінің төмендеуі, әлсіздік және емуден бас тарту. Нәресте терісінің сарғаюы кезінде әлсіз және ұйқышыл болады. Бұлшықеттік гипертония және нәрестенің тоқтаусыз жылауы нәрестедегі патологиялық сарғаюдың белгісі болуы мүмкін.*



*Басқа белгілерді уақытында байқап, шара қолданбаса, ауыр белгілер көрініс беруі мүмкін: талма, брадикардия, тоқтаусыз жылап, шыңғыру, кома және тырысулар.*

- **Емі.** Нәресте организімінен гемолиздің уытты өнімдерін, алдыменен тіке емес билирубинді, залалды гемолитикалық өзгерістердің жалғасуына себепкер антиденелердғ тез шығруға бағытталуы керек, сонымен қатар түрлі ағзалар мен жүйелердің, әсіресе бауыр мен бүйрек қызметтерінің мүмкіншілігін арттыру басты ем шаралар болып саналады. Қазіргі таңда ең негізгі емнің нәтижелі әдісінің бірі – фитотерапия. Сонымен қатар диета сақтау

# НӘРЕСТЕЛЕРДІҢ ГЕМОЛИТИКАЛЫҚ АУРУЫ

- **Нәрестелердің гемолитикалық ауруы (НГА)** – бұл негізінде анасы мен ұрықтың қанының эритроцитарлық антиген бойынша қайшылық нәтижесінен ұрық және нәрестенің эритроциттерінің гемолизі (бұзылуы) жататын дерт.

- **Этиопатогенезі.** 100 -ден артық антигендерді қамтитын 14 негізгі эритроциттер топтық жүйесі және кәптеген басқа тінді эритроциттер антигендері білгілі. Әдетте, нәресте эритроциттері, анасында жоқ, қандайда болмасын бір әкесінің антигенін қабылдайды. Міні осының салдарынан ұрық пен анасының эритроциттерінің арасында резус- немесе АВО-антигендік қайшылық байқалады. «Резус» жүйесі, тұзілуін 3 жұп гендер анықтайтын, бірінші жұп хромосомдарда орналасқан, 6 негізгі антигендерден тұрады. Оларды белгілеу үшін екі термин қолданылады: Фишер антигендері (антигендер С,с; D,d; E,e болып белгіленеді) және Виннер антигендері (Rh<sup>+</sup>, hr<sup>+</sup>, Rho, Hro, Rh<sup>++</sup>, hr<sup>++</sup> антигендер). Резус оң эритроциттерде D- фактор (Rho) болады, ал резус теріс деп аталатындарда, резус жүйесінің басқа антиген түрлері болытын болғанмен, олар болмайды. Тек қана резустерде айырмашылықтың болуының қайшылықта айтарлықтай маңызы жоқ, ол тек қайшылыққа бейімділік реті



**Клиникасы.** Ісікті түрі ең ауыр түрі болып келеді, жиі ұрықтың құрсақ ішінде өлуіне немесе балалар үлкен ісікпен мерзімінен бұрын туылуына әкеледі. Құрсақішілік кезеңде УДЗ-де ұрықтың «будда қалпы», бас сүйегі күмбезінің айналасында дөңгелек болып көрінетін құрылым тән. Плацентаның салмағы шектен тыс үлкен болады. Жүктілік ағымы преэклампсия және эклампсия түрінде гестозбен асқынады. Бұндай баланың терісі өте бозғылт, аздап сарғыш воск немесе көкшіл түсті болып келеді. Беті айқын ісікке байланысты ай теріз дес болады. Денесінде және аяқ-қолдарында, сыртқы тыныс жолдарында айқын ісік, анасарка төрінде білінеді. Дене қуыстарында бос сұйықтық анықталады. Ісікті түрінде балаларда геморрагиялық синдром (миға, өкпеге, ішек-қарынға, теріге қан құйылу). Кейбір балаларда ТІШҰ-синдромы, бірақ барлығында бауырда түзілетін, плазмадағы прокоагулянттар өте төмен болады

- **ЖТН сарғаю дәрежесін бағалау үшін Крамер шкаласын қолданады:**

Сарғаюдын 1 дәрежесі – мойын мен бет терісінің сарғаюы.

Сарғаюдын 2 дәрежесі – сарғаю кіндікке дейін жетеді.

Сарғаюдын 3 дәрежесі – кіндігінен тізе буындарына дейін

Сарғаюдын 4 дәрежесі – тізеден төмен және қолдарын қамтиды.

Сарғаюдын 5 дәрежесі – алақан мен табанның сарғаюы.

- **Диагноз** қойғанда ата-анасы қанының сәйкессіздігі мен отбасылық анамнезбен қатар, жнктілік кезіндегі антиденелер титрінің динамикасын ескеру қажет (антиденелер титрінің жнктіліктің 3-ші айына дейін жоғарылауы – ежелдің бұрын сенсублизацияланғаны, ал 4-ші аптадан кейін қазіргі жнктілік кезіндегі иммунизациясы туралы мәлімет береді). Пұрық маңы суын УДЗ-мен тексереді.

- **Емі** нәресте билирубинді, залалды гемолитикалық өзгерістердің жалғасуына себепкер антиденелерді тез шығаруға бағытталуы керек, сонымен қатар түрлі ағзалар мен жүйелердің, әсіресе бауыр мен бүйрек қызметтерінің мүмкіншілігін арттыру басты ем шаралары болып саналады. Билирубинді энцефалопатияның пайда болуына түрткі болатын оның қауіпті деңгейлері: Күні жетіп туғандар – 307-340 мкмоль/л ШТН – 171-255 мкмоль/л. Қанды қайта құюға көрсетілімдер: 1. Гемолитикалық аурудың клиникалық белгілерінің өршуі. 2. Билирубиннің сағат сайын өсуі 9,0 мкмоль/л-ден жоғары болса. 3. Альбуминді байланыстырудың төмен қабілеттілігі (80% төмен, қалыпты жағдайда 100%). 4. Анемияның күшеюі. - ҚАҚ-мен байланысты асқынуларды болдыртпау үшін ЖГА емдеуге арналған жаңа нәтижелі әдіс гемосорбция болып табылады; - ЖГА емдеу кешенде болу керек. Алғашқыда нәресте, донор сүтімен қоректену керек, ал 10-12 күннен кейін нәрестеге емшек беру қажет (антидене титріне сәйкес).

# ҚОРЫТЫНДЫ

- Гипербилирубинемия жетілген нәрестелерге қарағанда, жетілмеген нәрестелерде кездеседі.
- Физиологиялық сарғаю нәрестені емдеуді қажет етпейді және қауіпті болып табылмайды.
- Бірақ қауіпті жағдайларда нәрестеде естімеушілік, дамудың артта қалуы және тірек қимыл жүйесінің асқынулары, қандағы альбумин деңгейінің төмендеуі пайда болуы мүмкін. Сол себепті нәресте дұрыс жетіліп дамуы үшін барлық алдын алу шараларын қолданғанымыз жөн.