



СӨЖ

*Тақырыбы: Фондық аурулары бар балаларды бақылау:
Рахит және рахит тәрізді аурулар*

Орындаған: Жетпіс С.Ж
Тобы: ЖМ13-023-02қ
Қабылдаған: Бекнова А.Е

Жоспары

* I. Кіріспе бөлім

* II. Негізгі бөлім

А .Рахитты емдеу және диспансеризациясы.

Б. Гипотрофияны емдеу және диспансеризациясы.

В. Анемияны емдеу және диспансеризациясы.

Г. ЭКД-ны анықтау, емдеу, диспансеризациясы.

* III. Қортынды бөлім

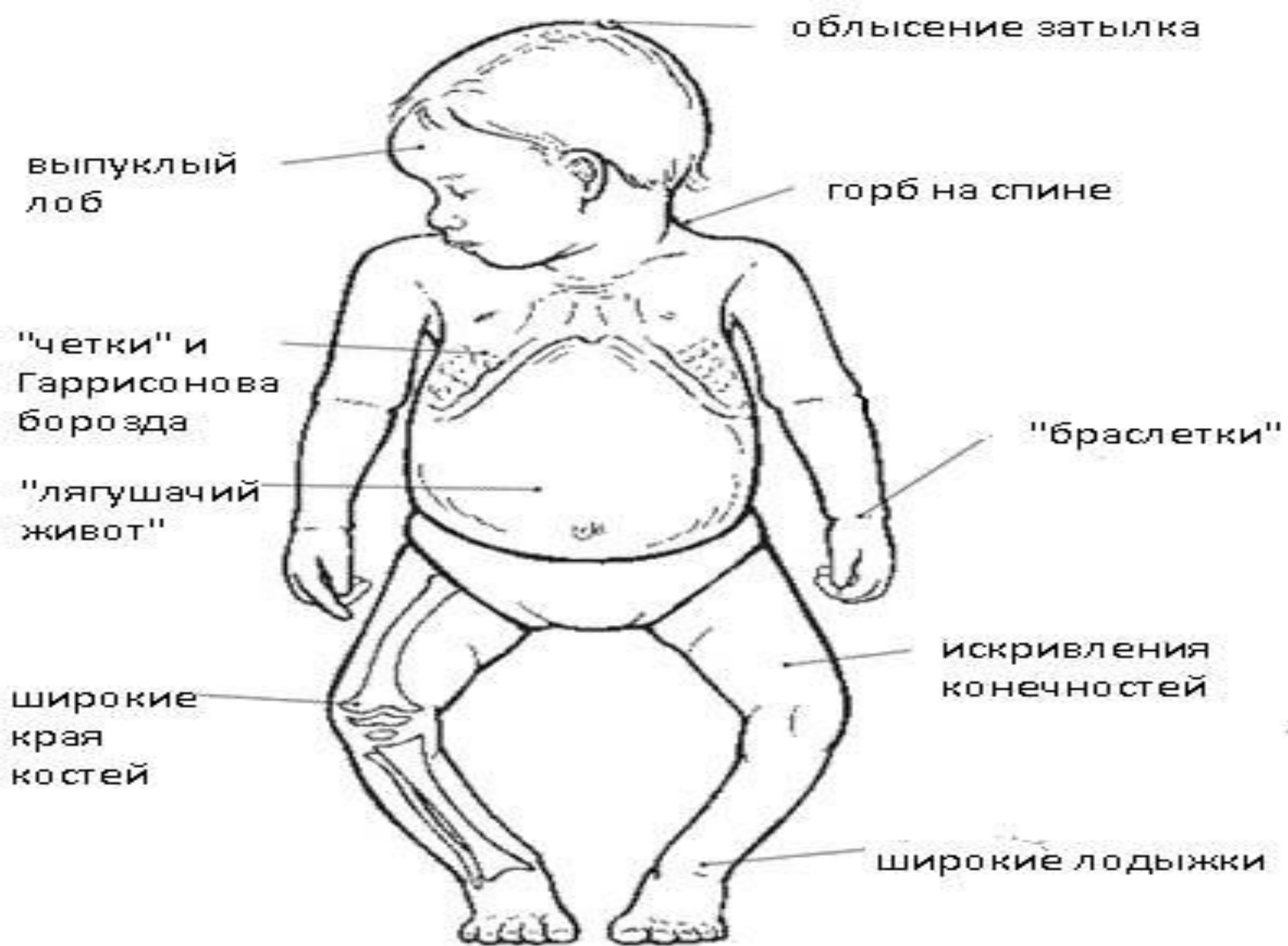
Тақырыптың мақсаты

- * Бұл өзіндік жұмысты жасаудағы мақсатымыз балалардың фондық ауруларын түсіндіре отырып, анықтау, емдеу алдын алу профилактикалық шараларын дұрыс жүргізуді үйрену болып табылады.

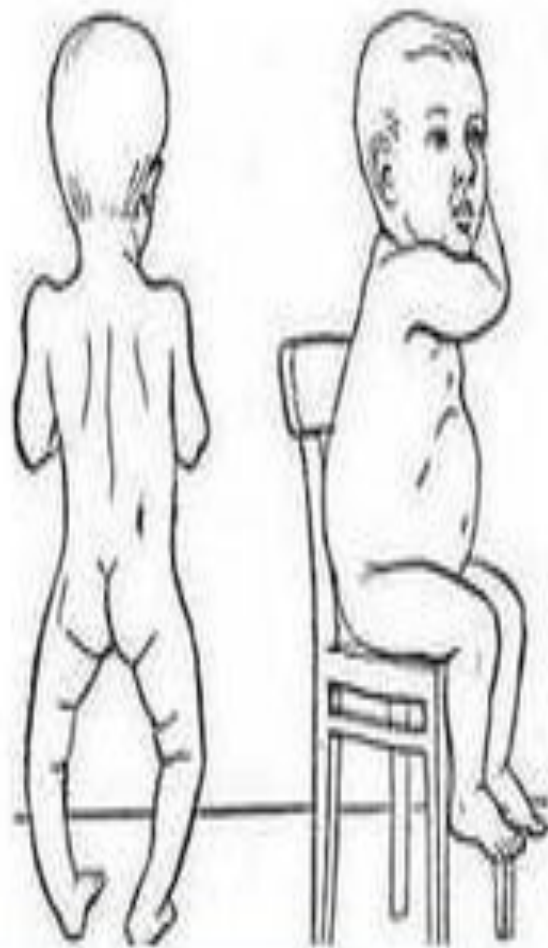
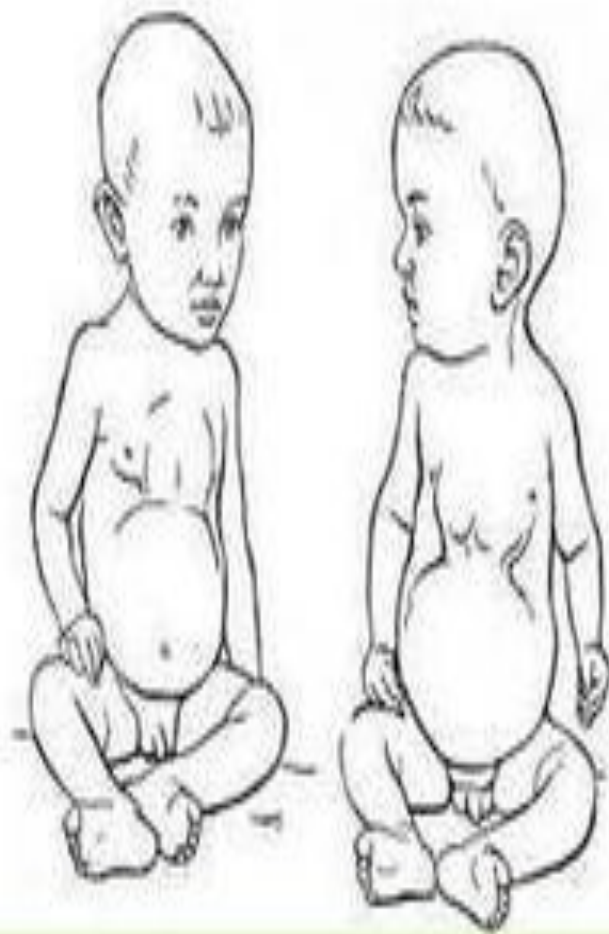
Рахит – сәбилердің қарқынды өсу кезеңінде Д витамині мен оның белсенді метаболиттерінің аздығына байланысты кальций-фосфор алмасуы өзгерісімен, сүйектердің минералдануы мен сүйек құрылуының және негізгі ағзалар мен жүйелер қызметінің бұзылуымен сипатталатын ауру.

Рахиттің клиникасы

- * Көкірек клеткасының өзгерісінен төменгі шеттері (апертурасы) кеңейіп, диафрагмамен бекіген жерінде белбеумен таңып тастағандай- Горрисон бороздасы пайда болады, “тауық”, не “етікші” кеудесі сияқты деформацияға ұшырайды. Бала отыра бастаған кезде, байланыстырушы аппарат әлсіздігінен бұлшықет гипотониясымен омыртқа зақымдануынан омыртқа артқа қарай қисаяды – кифоз- рахит бүкірлігі болуы мүмкін. Кәрі жіліктің астында, шынтақта сирегірек ортан жілік пен жіліншікте рахит “білезігі” және саусақ буындарында “білезігі” және саусақ буындарында “жемчужные нити- маржан тізбесі” пайда болады. Аяқтың O не X тәрізді қисаюы бала жүре бастағанда пайда болады.







Квадратная форма
головы при рахите

Рахитическая грудная
клетка

O-образные ноги и
«Лягушачий живот»
(кифоз) при рахите

Ауырлығы жағынан үш сатыға бөлінеді:

- **I саты –жеңіл, II саты-орташа ауыр, III саты –ауыр.**

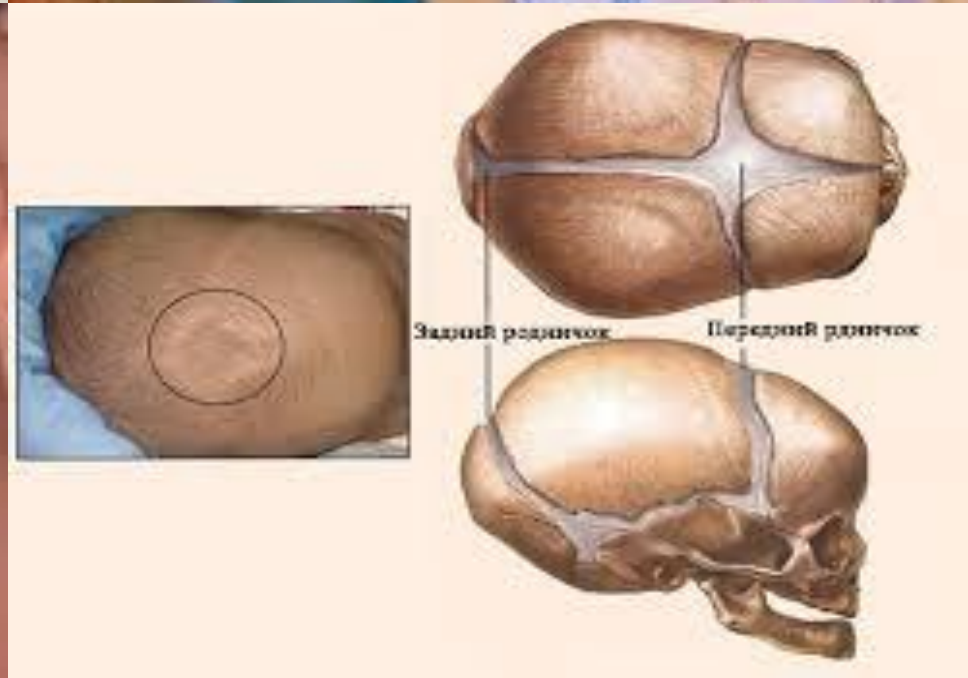
Ауру кезеңіне қарай:

- **бастапқы кезең, қызған кезең, реконвалесценция және қалдық көріністерге бөлінеді.**

Сипатына қарай:

- **өткір- ауыр, ауырлау, қайталанған түрлері болады.**

Рахиттің классификациясы



Рахиттің антенатальдық арнайы алдын алу

Жүктіліктің 28-30 аптасынан бастап 6-8 апта бойына күн сайын 400-500 МЕ-дан Д витаминін береді. Жүктіліктің соңғы 3-4 айында гендевит поливитаминін күніне 1-2 дражеден беруге болады (бір дражеде 250 ХБ Д2 витамині бар). Жасы 35-тен асқан, сонымен қатар жүрек-қанатамырлары жүйесінің дерті бар жүкті әйелге Д витаминімен рахиттің алдын алуын жүргізуге болмайды.

Арнайы емес алдын алу

ИСТОЧНИКИ ЖЕЛЕЗА

ПРОДУКТ	СОДЕРЖАНИЕ ЖЕЛЕЗА В 100 Г
Сушеные грибы	35 МГ
Говяжья печень	20 МГ
Какао	11,7 МГ
Зеленая фасоль	7,9 МГ
Земляника	7,8 МГ
Черника	7 МГ
Крольчатина	4,4 МГ
Говядина	2,5 МГ
Яйцо	1,5 МГ
Морковь	0,7 МГ



Рахиттің диспансеризациясы

Рахитпен ауырған балаларды 3 жылға диспансерлеу керек, әр тоқсанда 1 рет бақылып тұрады. Диспансерлеудің алғашқы 2 жылында олар жүйелі емдік шаралар жүргізуді қажет етеді. Олардың жүйке-психикалық дамуында ата-аналар жағынан мұқият ынталандыруды талап етеді. Зерттеу көлеміне қанды Са тексеру, несепті Сулкович реакциясы арқылы тексеру жатады. Рахит бар балаларға сақтандыру егулерін жасауға болады, тек ем аяқталған соң.

Гипотрофия анықтамасы

- * Торланудың созылмалы бұзылыстары-дистрофия (гр dys- бұзылыс, trophē- нәрлену) – торлану және тіндер трофикасының созылмалы бұзылысы, осыдан сәбидің дұрыс, үйлесімді дамуының қалпынан таюы.
- * Гипотрофия (гр- hypo-асты, trophē- нәрлену, қоректену) – торланудың созылмалы бұзылысының салмақ кемістігімен көрінісі.

Гипотрофияның клиникасы



Гипотрофияның өзіне тән клиникалық симптомы баланың қатты жүдеуі болып табылады. Оны айқындалуына қарай ауырлықтың 3 дәрежесіне бөледі.

I дәреже – қарындағы тері қыртысының қалыңдығы жұқарады. Салмақ тапшылығы 10-20 % нормамен салыстырғанда.



- * **II дәреже** – жүдеуі өте айқын. Тері өзінің серпімділігін және созылмалығын жоғалтады. Бала мазасыз: аштығын көрсетіп, қомағайланып еміп аузына жұдырығын, емізік салады. Қарындағы тері асты май қыртысы жоғалады, беті жүдейді. Салмақ тапшылығы 20-30%. Терісі боз, бос., қыртыс-қыртыс, тәбеті төмендеген. Бала алдында үйренген қимылдары мен әдеттерін жоғалтып, сөйлеуі кешігеді, организмнің инфекцияға және қоршаған ортаны қолайсыз факторларына төзімділігі төмендейді.



- * **III дәреже** – бұл арып арықтау. Май тіпті беттен де кетеді. Жүдеген бетте әжімдер пайда болады. Аузы ашық түсті – “торғай” ауыз. Шашы құрғақ, сынғыш, ұяланып шаш түседі. Тері құрғақ, созылғыштығы мүлдем жойылған, жұқа, жазыла қоймайтын қыртыстар пайда болады. Сусыздану симптомдары пайда болады үлкен дәрет пен несеп азаяды, үлкен еңбек төмен түсіп, ауыздың шырышты қабықтары кебеді. Салмақ тапшылығы 30-дан астам.

Гипотрофияның емі

Гипотрофияның емі оны тудыратын себептерді жоюға бағытталуы керек. Гипотрофияның сатыларында мына емдік шаралар жүргізіледі:

- 1) тағам балаға оның жасына сай тағайындалады;
- 2) тамақтандыруда жасына сай не 1 ретке артық;
- 3) тәбет ашатын ферменттер 2-3 аптаға тағайындалады;
- 4) витаминдер жасына сай дозада (С, А, Д, РР)

Дәрі дәрмек пен емдеу

- * 1. ОЖЖ функциясының бұзылыстарын жою (валерианка, пустырник беріледі). Құсып тастаса – пипольфен 2,5% - 2мл + 0,25% новокаин 100,0 тамақтануға 15-20 минут қалғанда 1 шай қасықтан 3 рет беріледі.
- * 2. Ферментті терапия пепсин 1% (асқазан сөлі, фестал 0,075; панкреатин 0,1; абомин 0,2 ½ таблеткадан 3 рет; дигестал 0,3 т.б)
- * 3. Ішек флорасын қалпына келтіру үшін бифидум бактерин (нәрестелерге), лактобактерин, колибактерин (II жарты жылда) 2-5 дозадан 3-4 рет қолданылады.
- * 4. Зат алмасуды жақсартып және ынталандыру үшін: апилак 2-5мг х 2-рет №14-15, анаболикалы гормондар: нерабол 0,1мк/кг, ретобол 5%-1мл/кг 1-рет 2-3 жетіде.
- * 5. Ауыр гипотрофияда плазма, қан, иммуноглобулиндер жасалады.
- * 6. Сылау мен гимнастика.

Гипотрофия диспансеризациясы

Гипертрофиямен ауырған балдарды бөлімшелік педиатр 2 аптада 1 рет, ал жеке мамандар көрсеткішіне қарай бақылайды.

Қосымша зерттеуге айына 1 рет антропометрия, қан мен зәр анализі. Салмақ, бой өсу көрсеткіші қалпына келген соң ғана есептен шығарады.

Жас сәбилердегі анемиялар

* **Анемия** — клиника-гематологиялық көріністер жиынтығы.

Клиникасы — тері және шырыш қабаттардың бозаруы, ішкі ағзалар өзгерістері, қан көлемі бірлігінде гемоглобин мөлшерінің эритроциттермен қатар азаюы.

Кез келген анемияның негізі не гемоглобин (немесе эритроциттердің) нашар түзілуі, не құрамында гемоглобин бар клеткалардың ыдырауы болады.

ДДҰ сарапшыларының ұсынысы бойынша бұл диагнозға негіз — Hb көрсеткішінің 110 г/л-ден төмендігі (1-5 жастар үшін), ал 15-тен жоғары жастарға — 120 г/л-ден кем болуы

Анемия диспансеризациясы

Анемия пайда болу қауіпі бар балаларды ІІБ денсаулық тобына кіреді. Гемоглобині қалыпты, бірақ қатер тобына жатқызған балаларды 1-ші жылында кем дегенде айына 1 рет бөлімшелік педиатр байқайды. Жетіліп туылғандардың гематологиялық бақылауын 3 және 12 айларында бақылайды.

Гемоглобині төмендегенде айына 2 рет қарайды. Қан анализін 2 аптада 1 рет, сосын 6 ай бойы ай сайын бақылап отырады. Алдын алу ретінде темір препараттарын тағайындайды.

Экссудативті – катаралды диатез

“Экссудативті – диатез” түсінгін 1905ж. А. Черни кіргізген. Ол тері мен шырышты қабаттардың қайталамалы инфильтративті-дескваматозды зақымдануына бейімделген, аллергиялық реакцияның дамуы мен қабыну процестерінің созылыңқы ағымын, лимфоидтық гиперплазиясын, су-тұз алмасуының тұрақсыздығымен ерекшеленетін сәбилер реактивтілігінің өзгеше жағдайын сипаттайды.

ЭКД диспансеризациясы

- * ЭКД жеңіл түріндегі балаларды бөлімшелік дәрігер айына 1 рет қарайды. Орташа, ауыр түрінде айына 2 рет, жарты жылда 1 рет дерматолог пен аллерголог консультациясы өткізіледі. Тұрақты түрде 2 рет қан және несеп анализдеріне, үлкен дәретіне, копрограммаға бақылау жасалып отырады.



Назарларыңызға рахмет!