Дәрістер жинағы

Пән атауы:	Жалпы дәрігерлік практика негіздері
Мамандығы:	6В10101 «Жалпы медицина»
Пәннің коды:	OOVP 5301
Кредиттер саны:	8
Оқу жылы:	2023-2024
Курс:	5
Семестр:	9,10

ШЫМКЕНТ 2023ж

«Жалпы тәжірибелі дәрігер-1» кафедрасының отырысында талқыланды және бекітілді.

Хаттама № 1 «31» 08 2023 ж.

Кафедра меңгерушісі Даткаева Г.М.

Тақырыбы № 1:Жалпы дәрігерлік практика негізі.

II. Мақсаты: ҚР денсаулық сақтауды дамытудың мемлекеттік бағдарламалары және жүйесіндегі реформалар, ҚР денсаулық сақтаудың қазіргі жағдайы туралы түсінік, отбасылық медицина принциптері мен философиясы, мамандық пен дәрігерлік жалпы практиканы анықтау.

III. Лекция тезисі:

Алғашқы медициналық-санитариялық көмек (БМСК) халықтың денсаулығын қорғауды ұйымдастырудағы негізгі және маңызды буын болып табылады. Ол негізінен аумақтық қағидат бойынша ұсынылады, яғни медицина қызметкері оған бекітілген аумақта тұратын адамдардың белгілі бір санына қызмет көрсетеді.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) МСАК-қа мынадай анықтама береді: "бастапқы медициналық - санитариялық көмекке негізгі емдік көмек - негізгі таралған ауруларды, жарақаттар мен улануларды қарапайым диагностикалау және емдеу; күрделі жағдайларда консультацияға және емдеуге неғұрлым жоғары деңгейге жіберу (мамандандырылған және жоғары білікті көмек көрсетуге арналған бағыттар); профилактикалық көмек және негізгі санитариялық-білім беру іс-шаралары кіреді ". Дамыған елдерде алғашқы медициналық-санитарлық көмектің жетекші қызметкері-Отбасылық дәрігер немесе жалпы практика дәрігері. Ұзақ тарихи тәжірибе және әлемнің көптеген елдерінде отбасылық медицина идеясын іс жүзінде жүзеге асыру оның артықшылықтарын көрсетті.

Біріншіден, отбасылық дәрігер әр отбасының денсаулығы үшін барлық жауапкершілікті бейнелеген. Ол барлық қажетті медициналық көмектің 90% - ын өз қолына шоғырландырды.

Екіншіден, Отбасылық дәрігер институты бүкіл денсаулық сақтау жүйесінің экономикалық тиімділігін қамтамасыз ететін ең сәтті ұйымдастырушылық формаға айналды. Дәрігерлер санын одан әрі арттыру қажеттілігі жойылды, көмекші қызметтер айтарлықтай қысқарды. Отбасылық дәрігерлердің үлесі АҚШ-тағы 15% - дан Канадада 50% - ға дейін. Барлық жерде бұл кең таралған медициналық мамандық. Отбасылық дәрігер қызмет көрсететін тұрғындардың саны Америкада орта есеппен 1300 адамды құрайды, Канадада - 1500, Англияда – 2000.

Әлемнің дамыған елдерінде отбасылық медицина жұмысының жалпы принциптері: 1. Отбасылық дәрігер еркін сайланған пациенттерімен тәулік бойы көмек көрсетеді.

2. Отбасылық дәрігердің амбулаториясы, әдетте, 3 кабинеттен - қабылдау, қарау кабинетінен және қосалқы тексерулер жүргізуге арналған кабинеттен тұрады

3. Оның қызметінің негізгі бөлімі профилактикалық жұмыс болып табылады. Отбасының барлық мүшелерін бақылай отырып, дәрігер созылмалы аурулардың қауіп Факториясын анықтайды, артериялық гипертензияны, қант диабетін, глаукоманы, жүректің ишемиялық ауруын, ойық жара ауруын, ісіктерді ерте анықтау тұрғысынан профилактикалық тексерулер жүргізеді. Отбасылық дәрігер әр пациентке тамақтану режимі мен сипатына, дене шынықтырумен және демалудың басқа түрлеріне, аурудың ерте белгілерін тануға қатысты жеке кеңестер береді.

4. Емдеу-диагностикалық жұмыс. Отбасылық дәрігер аурудың басым көпшілігін диагностикалайды және емдейді. Маманның көмегі немесе ауруханада емдеу қажет болған кезде, ол өзінің кеңестерін бере отырып, осы процестерге белсенді араласады.

5. Санитарлық-ағарту жұмысы өз қамқорлығындағы адамдардың салауатты өмір салтын сақтауы, темекі шегудің ағзаға зиянды әсері, алкогольді ішімдіктерді теріс пайдалану, қоршаған ортаны қорғау туралы, әрбір пациенттің өз денсаулығына қамқорлығы туралы әңгімелесуден тұрады.

6. Отбасылық дәрігердің көмекшісі, әдетте, медбике болып табылады, ол онымен барлық қызмет түрлерінде белсенді жұмыс істейді.

7. Көптеген елдерде отбасылық медицина автономды мәртебеге ие, яғни.медициналық мекемелердің жалпы құрылымынан алынып, тікелей жергілікті билік органдарына бағынады. Басқару аппараты отбасылық дәрігердің әрекетін бақыламайды, бірақ пациент оны еркін таңдайды немесе оны қаржыландыратын жергілікті билік. Алайда, барлық жағдайларда (тікелей немесе сақтандыру компаниясы арқылы) мемлекет қаражат бөледі.

Отбасылық дәрігер жұмысының ерекшеліктері мен мазмұны.

Жалпы практика дәрігері / Отбасылық дәрігер-патологияның жасына, жынысына және сипатына қарамастан, бекітілген отбасыларға және халықтың басқа да тіркелген санаттарына алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсетуге заңды құқығы бар жоғары медициналық білімі бар маман.

Отбасылық дәрігер лауазымына "жалпы практика - отбасылық медицина" мамандығы бойынша интернатурада даярлықтан өткен дәрігер немесе "емдеу ісі" және "педиатрия" білімі бойынша, жоғары медициналық оқу орындарында дәрігерлерді оқытудың әртүрлі нысандары бойынша отбасылық медицина бойынша мамандану циклінде даярлықтан өткен және "жалпы практика (отбасылық медицина)"мамандығы бойынша маман сертификатын алған дәрігерлер тағайындалады.

Отбасылық дәрігер өз қызметін жүзеге асырады:

- Мемлекеттік медициналық мекемеде (емханада, медициналық-санитариялық бөлімде, қалалық немесе ауылдық дәрігерлік амбулаторияда);
- Мемлекеттік емес медициналық мекемеде (жеке, акционерлік, қоғамдық және т.б.).

Отбасылық дәрігер жеке немесе отбасылық дәрігерлер тобында жұмыс істей алады (топтық практика). Халықтың құрылымына байланысты дәрігерлер бригадасы қызмет көрсетеді, басқа мамандарды, соның ішінде әлеуметтік қызметкерлерді де тартқан жөн.

Отбасылық дәрігер мемлекеттік немесе муниципалды органдармен, медициналық сақтандыру компанияларымен, медициналық мекемелермен келісімшарт (келісімшарт) бойынша жұмыс істейді.

Халықтың контингенттері, олардың саны дәрігерді еркін таңдау құқығы ескеріле отырып қалыптастырылады және келісімшарт талаптарымен бекітіледі.

Отбасылық дәрігер "Жалпы практика (отбасылық медицина)" мамандығы бойынша маманның біліктілік сипаттамасына сәйкес барлық жас топтарында, аурулар мен зақымданулардың барлық түрлерінде амбулаториялық қабылдауды және үйде болуды, профилактикалық, диагностикалық, емдік және оңалту іс-шараларының кешенін жүргізуді жүзеге асырады, шұғыл жағдайлар мен жарақаттық зақымданулар кезінде шұғыл медициналық көмек көрсетеді, отбасының медициналық-әлеуметтік проблемаларын шешуге жәрдемдеседі.

Келісім бойынша отбасылық дәрігерге науқастарды жүргізу үшін стационарда аурухана төсектері бөлінуі мүмкін. Отбасылық дәрігер амбулаториялық-емханалық мекемелерде үй стационарларын, күндізгі стационарларды ұйымдастырады.

Отбасылық дәрігерге арнайы дайындығы бар орта медициналық персонал, сондай - ақ әлеуметтік қорғау органдарымен келісім бойынша-әлеуметтік қызметкерлер бағынады.

Отбасылық дәрігердің негізгі функциялары

Біліктілік сипаттамасы және алынған сертификат талаптарына сәйкес халыққа алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету.

Отбасы мүшелерінің денсаулығын қалыптастыру, сақтау және нығайту, өзіне-өзі және өзара көмек мәселелерінде халықты тәрбиелеу бойынша санитариялық - ағарту жұмыстарын жүргізу. Отбасын жоспарлау, Этика, психология, гигиена, отбасылық өмірдің әлеуметтік аспектілері, "ата-аналар мектебін"жүргізу мәселелері бойынша отбасыларға консультациялық көмек көрсету

Қоршаған орта факторларының рөлін бағалауға, аурудың ерте және жасырын түрлерін және қауіп факторларын анықтауға бағытталған алдын алу жұмыстарын жүзеге асыру.

Жеке емдеу-сауықтыру іс-шараларының кешенімен қажетті тексеру және сауықтыру жүргізе отырып, отбасы мүшелерінің денсаулық жағдайына динамикалық бақылауды жүзеге асыру.

Тұратын жеріне қарамастан, шұғыл жағдайларда науқастарға және зардап шеккендерге шұғыл медициналық көмек көрсету.

Амбулаториялық жағдайда, күндізгі және үй стационарларында және үйде жалпы практика дәрігерінің құзыреті шегінде ауруларды уақтылы және толық көлемде диагностикалау және емдеу.

Отбасылық дәрігердің құзыретінен тыс жағдайларда медициналық көмек алу үшін науқастарды уақтылы мақсатты бағыттау; белгіленген тәртіппен жоспарлы және ургентті науқастарды ауруханаға жатқызу.

Оңалту іс-шараларын жүргізу.

Қолданыстағы заңнамаға сәйкес пациенттердің еңбекке қабілеттілігінен уақытша айрылуына сараптама жүргізу және ВТЭК-ке жіберу.

Инфекциялық ауруларды уақтылы диагностикалауды, ерте анықтауды және тиісті емдеуді жүргізу, эпидемияға қарсы іс-шараларды орындау.

Ауруларға иммунопрофилактика жүргізу.

Жалғыз басты, қарт адамдарға, мүгедектерге, созылмалы науқастарға әлеуметтік қорғау органдарымен және қайырымдылық қызметтерімен бірлесіп медициналық - әлеуметтік және тұрмыстық көмекті ұйымдастыру.

Мемлекеттік және аймақтық мақсатты медициналық бағдарламаларды орындауға қатысу.

Отбасылық дәрігер қызмет көрсететін халықтың денсаулық жағдайын талдау.

IV) Иллюстратциялық материал: қоса берілген

V)Әдебиеттер: соңында

VI) Бақылау сұрағы(кері байланыс):

1. Мамандықты және жалпы практика дәрігерін анықтау.
2. Отбасылық медицина философиясы мен принциптері.
3. МСАК жөніндегі негізгі нормативтік-құқықтық актілер.
4. Отбасылық дәрігерлік амбулаторияның жұмысын ұйымдастыру.
5. Пациент-орталықтанған кеңес берудің жалпы принциптері.
6. Қауіп факторларын анықтау, әлеуметтік маңызды ауруларды ерте диагностикалау және алдын-алу принциптері.
7. ЖПД қызметінің тиімділігін бағалау критерийлері.

№ 2 тақырып: ЖПД тәжірибесіндегі Пневмония және "COVID - 19".

II.Мақсаты: Амбулаториялық жағдайда Пневмония және "COVID - 19" диагностикасы және емі.

III.Тезислекция:

Пневмония– ауруханадан тыс жағдайларда пайда болатын жедел жұқпалы ауру (яғни. стационардан тыс жерде немесе одан шығарылғаннан кейін 4 аптадан кейін немесе емдеуге жатқызу сәтінен бастап алғашқы 48 сағат ішінде диагноз қойылған немесе мейірбикелік күтім жасалмаған немесе ұзақ медициналық бақылау бөлімшелерінде ≥14 тәулік бойы төменгі тыныс алу жолдарының инфекциясы симптомдарымен көрінетін(қызба,жөтел,іріңді қақырық,кеуде тұсының ауырсынуы,ентігу)өкпедегі Жаңа ошақты-инфильтраттық өзгерістердің рентгенологиялық куәлануімен бірге жүретін жіті инфекциялық ауру.

Жіктелуі

Ауруханадан тыс пневмония	Нозокомиалды пневмония	Медициналық көмек көрсетумен байланысты Пневмония
I.типтік(иммунитетбұзылулары жоқ пациенттерде): а. бактериялық; б. вирустық; в.санырауқұлақтық; г.микобактериялық д.паразиттік. II.Иммунитеттің айқын бұзылыстары бар пациенттер: а. Иммунды тапшылық синдромы (ЖИТС); б. Басқа да аурулар/ патологиялық жағдайлар. III. Аспирациялық пневмония / өкпе абсцессі.	I. Өзіндік нозокомиальды пневмония. II.Желдеткіш-қауымдастырылған пневмония. III. Айқын иммунитет бұзылулары бар пациенттерде кездесетін нозокомиальды пневмония: а.Донорлық органдардың реципиенттерінде; б.Цитостатикалық терапия алатынпациенттерде.	I.Қарттар үйінің тұрғындарында кездесетін Пневмония. II. Басқа санаттар пациенттері: а. Бактерияға қарсы алдыңғы 3 айдағы терапия; б. ауруханаға жатқызу (кез келген себеп бойынша) 2 тәулік ішінде алдыңғы 90 күн; в. ұзақ мерзімді күтім мекемелерінде болғандар; г. созылмалы диализ -30 тәулік ішінде; д. Үй жағдайында жараны өңдеу; е. иммунды тапшылық жағдайлар / аурулары.

Пневмонияның ауырлық критерийлері:

Жеңіл ағымды ауруханадан тыс пневмония-интоксикациян белгілері айқын емес, субфебрильді температура, тыныс алу жеткіліксіздігі және гемодинамиканың бұзылуы, 1 сегмент шегінде өкпе инфильтрациясы, 9,0-10,0 х 109/л лейкоциттер,қосымша аурулары жоқ.

Ауруханадан тыс пневмонияның орташа ауырлық дәрежесі: интоксикацияның орташа айқын белгілері, дене температурасының 38°с-қа дейін көтерілуі, өкпе инфильтраты 1-2 сегментке дейін,тыныс алу жиілігі 22/мин-ге дейін, ЖЖЖ 100 рет/мин-ге дейін, асқынулары жоқ.

Ауруханадан тыс пневмонияның ауыр ағымы: интоксикацияның айқын белгілері, температурасы <35,5°с немесе >38°с; тыныс алу жеткіліксіздігі II-III дәреже (SaO2 < 92% (пульсоксиметр бойынша), PaO2 < 60 мм рт.СТ. және / немесе PaCO2 > 50 мм рт.ст.(ад<90/60 мм рт.ст. бөлме ауасымен дем алу), гемодинамиканың бұзылуы (АД < 90/60 мм рт. ЖСС > 100 уд/мин), инфекциялық-уытты шок, лейкопения 4, 0х109/л немесе лейкоцитоз 20, 0х109/л; кемінде бір бөлікте инфильтрацияның болуы; ыдырау қуысының(қуыстарының) болуы; плевра эффузиясы,процестің тез өршуі(48 сағат ішінде инфильтрация аймағының 50% және одан да көп ұлғаюы), абсцесс, мочевина >7,0 ммоль/л, ДВС-синдром, сепсис, басқа органдар мен жүйелердің жеткіліксіздігі, сананың бұзылуы, ілеспе және/немесе фондық аурулардың өршуі.

Ауруханадан тыс пневмонияның этологиясы:

- *Streptococcuspneumoniae* (пневмококк) – 30-50% жағдайлар.
  - *Chlamydophila pneumonia, Mycoplasma pneumonia, Legionellapneumophila.*
  - *Haemophilus influenza, Staphylococcusaureus*

- өте сирек жағдайларда VPPseudomonasaeruginosa тудыруы мүмкін (цистикалық фиброзбен ауыратын науқастарда немесе бронхоэктаз болған кезде).

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар мен анамнез:

* жөтел шағымдарымен бірге қызба,
* ентігу,
* қақырықты және/немесе кеудедегі ауырсынуды бөлу.
* қосымша жиі әлсіздік;
* шаршау;
* түнде қатты терлеу.

Физикалық тексеру:

Классикалық объективті белгілер:
* дауыс дірілінің күшеюі;
* перкуторлық дыбыстың өкпенің зақымданған бөлігінің үстінен қысқаруы (күңгірттенуі);
* жергілікті бронхиалды немесе әлсіреген везикулярлық тыныс;
* ұсақ көпіршікті сырылдар немесе крепитация.

Зертханалық зерттеулер:
* қанның жалпы талдауы (лейкоцитоз немесе лейкопения, нейтрофильді жылжу, ЭСР үдеуі);
* биохимиялық қан анализі (мочевина деңгейінің жоғарылауы және креатинин);
* С-реактивті ақуыз (СРБ) сандық анықтау;
* Пневмонияның ауыр ағымында прокальцитонинді тест (ПКТ) ;
* қақырықты жалпы талдау (негізінен нейтрофилдер мен лимфоциттер есебінен лейкоциттердің ұлғаюы);
* қақырықты флораға зерттеу және антибиотиктерге сезімталдық (көрсетілімдер бойынша);
* қақырықты БК-да зерттеу (көрсеткіштер бойынша);
* коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, Д-димер);
* артериялық қанның газ құрамын анықтау (SpO2 <92%).

Аспаптық зерттеулер:
* Алдыңғы тік және бүйірлік проекциядағы кеуде қуысы органдарының шолу рентгенографиясы – пневмонияның негізгі белгісі-өкпе тінінің көлеңкесі,инфильтрациясы (ошақтық, сегменттік,бөліктік және т.б.). Ауруханадан тыс пневмония диагнозы өкпе тінінің рентгенологиялық расталған ошақты инфильтрациясы болған кезде анықталады.
* Кеуде сегментінің компьютерлік томографиясы пневмонияның клиникалық белгілері байқалғанда және рентген көрінісі негативті көрініс бергенде, ауыр пневмония кезінде, бастапқы Бактерияға қарсы терапиядан кейінгі әсер болмаған жағдайда және пациент жағдайының нашарлауы кезінде жүргізіледі;
* Пульсоксиметрия, ал SpO2 < 92% кезінде - артериялық қан газдарын зерттеу(PO2, PCO2, pH, бикарбонаттар) ;
* Стандартты тіркемелерде ЭКГ;
* Кіші қанайналым шеңбері мен тромбоэмболияда іркілу құбылыстарымен дифференциалды диагностика жүргізу үшін пневмонияның ауыр ағымында жүректің УДЗ (ЭХОкардиография).

Мамандарға кеңес беру үшін көрсеткіштер:
* фтизиатрдың консультациясы – өкпе туберкулезін болдырмау үшін;
* онкологтың кеңесі – жаңа түзілімдерге күдік болған кезде;
* кардиолог кеңесі-Жүрек-тамыр патологиясын болдырмау үшін;
* торакалды хирургтың кеңесі – экссудативті плеврит және басқа да асқынулар кезінде(абсцесс,деструктивті процесстер)

Эндокринолог консультациясы-Эндокринологиялық аурулар кезінде.

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

Дәрі-дәрмексіз ем:
* уыттану синдромын азайту және қақырықты бөлуді жеңілдету үшін- су теңгерімін (жеткілікті түрде сұйықтықты қабылдау)ұстап тұру;
* темекі шегуді тоқтату;

* жөтелге (түтін,шаң, өткір иістер, суық ауа) әкелетін қоршаған орта факторларының әсерін жою.

Дәрі-дәрмекпен емдеу:

Ауруханадан тыс пневмонияны емдеуге арналған негізгі препараттар-антибактериалды препараттар.Әдетте эмпирикалық терапия жүргізіледі.

Клиникалық"сценарий"	Бірінші қатардағы препараттар	Екінші қатардағы препараттар
Ілеспелі аурулары жоқ науқастар,соңғы 3 ай ішінде антибактериалды прапараттар қабылдамағандар, немесе жасы <60 жыл	Амоксициллин ішке 0,5 г 3 р / т немесе 1,0 г 2 р / т	Макролидтер ішке қарай: Спирамицин 3млн 2 р / т Азитромицин 250-500 мг 1 р/т Кларитромицин 500 мг 2 р/т Джозамицин 500 мг 3 р/т
Жұқтыру қаупі жоғары Антибиотикорезистентті және штаммдары, ілеспе аурулар немесе жасы ≥60 жыл	Амоксициллин ішке 1,0 г 3 р / т немесе Амоксициллин / клавулан ат вн 0,625 г 3 р/т немесе 1,0 г 2 р/т немесе (Амоксициллин/ сульбактам вн 0,5 г 3 р / т немесе 1,0 г 2 р /т) Макролидтер ішке қарай: Спирамицин 3млн 2 р / т Азитромицин 250-500 мг 1 р / т Кларитромицин 500 мг 2 р / т Джозамицин 500 мг 3 р/т	III генерация цефалоспорині (ішке, б/е*) Цефиксим вн 400 мг 1 р/т Цефтриаксон 1,0 1 р / т б/ е немесе Респираторлық фторхинолон (ішке) Левофлоксацин 500-750 мг 1 р / т Моксифлоксацин 400 мг/с 1 р / т

Бактерияға қарсы ем тиімділігінің критерийлері:

* дене температурасы <37,5 ºС;
* интоксикацияның болмауы;
* тыныс алу жеткіліксіздігінің болмауы (БСА < 20 в мин);
* іріңді қақырықтың болмауы;
* лейкоциттер саны <10х109 / л, нейтрофилдер <80%," жас " нысандар <6%;
* Жалпы шолу рентгенограммасында теріс динамиканың болмауы (көрсетілген мерзімде орындау кезінде).

Әрі қарай жүргізу:

Ауруханадан тыс пневмонияны амбулаториялық емдеу кезінде пациенттің дәрігерге қайта келуі жүргізіледі:

* емдеудің 3-ші күнінен кешіктірмей;
* және бактерияға қарсы терапия курсы аяқталғаннан кейін.

Қайта рентгенологиялық зерттеу емнің 7-10 тәулігінде жүргізіледі.

Ауруханадан тыс пневмония кезінде емделушілерге пневмонияның ауырлығына байланысты емдеу жағдайының өзгеру ерекшеліктерін түсіндіру қажет, атап айтқанда көптеген пациенттерде симптомдардың динамикасы байқалады:

* 1-ші аптаның соңында: қызба болмауы керек;
* 4-ші аптаның соңында: кеудедегі ауырсыну және қақырықты бөлу айтарлықтай төмендейді;
* 6-шы аптаның соңында: жөтел және ентігу айтарлықтай төмендейді;
* 3 айдан кейін: шамалы шаршау сақталуы мүмкін;
* 3-6 айдан кейін: жағдай толығымен қалыпқа келеді.

IV)Иллюстративті материал:ұсынылады

V) Әдебиет: соңында

VI) Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Эпидемиология.
2. Этиологиясы.
3. Жіктелуі.
4. Диагностика.
5. Амбулаториялық жағдайда жүргізу тактикасы.
6. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
7. Динамикалық бақылау.

№ 3 тақырып:Жедел коронарлық синдром.

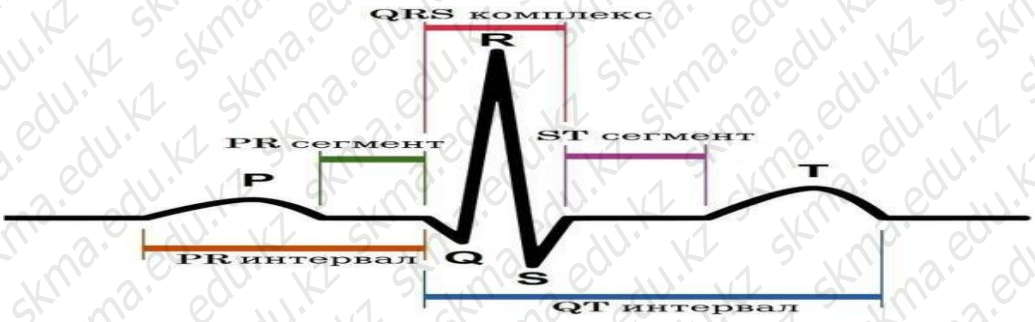
II.Мақсаты: амбулаториялық деңгейде ЖКС диагностикасы және емдеу принциптері.

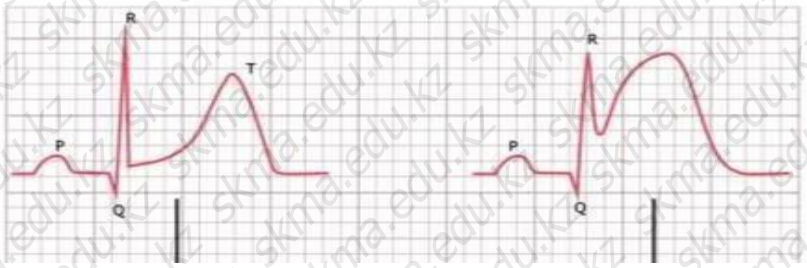
III.Тезислекция:

Жіті коронарлық синдром (ЖКС) – клиникалық жағдай, жүректің ишемиялық ауруының (ЖИА) өршу кезеңін көрсетеді, оның жетекші симптомы кеудедегі ауырсыну болып табылады, ол белгілі бір диагностикалық және терапиялық каскадты іске қосады, оның негізінде өзгерістер негізінде ST сегменті көтерілетін және ST сегменті көтерілмейтін пациенттердің 2 тобы сараланады.

Жіктелуі:

1. Кеуде қуысының өткір тұрақты ауыруы және ST сегментінің ЭКГ-ға тұрақты көтерілуі бар науқастар (>20 мин) ST сегментінің көтерілуі бар ЖКС тобына жатады, бұл коронарлық артерияның жедел жалпы окклюзиясының болуын көрсетеді. Мұндай пациенттерді емдеудің негізі дереу фармакологиялық реперфузия немесе бастапқы ангиопластика/стенттеу әдісі болып табылады (ST сегментінің көтерілуі бар миокард инфарктісі жеке Хаттамада қаралады).
2. Кеуде қуысының өткір ауруы бар, бірақ st сегменті элевациясы жоқ пациенттер ЭКГ да st сегменті элевациясы жоқЖКС тобына жатады, бұл коронарлық артерияның өтпелі ішінара окклюзиясының немесе тромбтың немесе зақымдалған бляшканың фрагменттерімен дистальды эмболизацияның болуын көрсетеді. ЭКГ-дағы өзгерістер ST сегментінің өтпелі элевациясы (<20 мин), ST сегментінің тұрақты немесе өтпелі депрессиясы, инверсия, немесе ЭКГ тістерінің жалған нормализациясы түрінде болуы немесе қалыпты болуы мүмкін.





St сегменті элевациясыз ЭКГ

1. ЖКСSTсегментінің көтерілуінсіз формасы:

ЖКС STсегментінің көтерілуінсіз формасы бар пациенттерді көмек көрсетудің барлық кезеңдерінде басқаруда негізгі диагнозбен қатар кардиологиялық асқынулардың даму қаупін тұрақты стратификациялау болып табылады. Нәтижесінде ЖКС **ST** сенменті көтерілуінсіз түрі екі клиникалық форма сараланады:

1. Тұрақсыз стенокардия-ауырлығы мен ұзақтығы миокард некрозының дамуы үшін жеткіліксіз жіті миокард ишемиясы (тропонин деңгейлерінің диагностикалық маңызы бар жоғарылауы жоқ).

2. ST сегментін көтерілуінсіз миокард инфарктісі-жедел миокард ишемиясы, оның ауырлығы мен ұзақтығы миокард некрозына әкеледі.

Тұрақты емес стенокардия жіктелуі (ESC / ACCF / AHA / WHF, 2007)

* Алғаш рет пайда болған стенокардия (ұзақтығы 2 айдан аспайтын канадалық жүрек-қантамыр қоғамының жіктемесі бойынша бірінші рет пайда болған II-III функционалдық сыныптағы стенокардия)

* Үдемелі (бұрын тұрақты стенокардияның кем дегенде соңғы 2 айда пайда болған III функционалдық класқа дейін үдеуі)

* Ерте инфарктан кейінгі стенокардия (оның дамуынан 2 аптаға дейін)

Принцметалдың вазоспастикалық стенокардиясы.

Зақымдану тереңдігі бойынша: ИМ сп ST, ИМ бп ST.

Орналасуы бойынша: алдыңғы-септальды, алдыңғы-апикальды, алдыңғы-бүйірлік, алдыңғы кең таралған, төменгі, төменгі-бүйірлік, артқы-базальды, жоғары алдыңғы және олардың комбинациясы.

Кезең бойынша:Жедел,жеделдеу қалпына келу.

Ағымның ауырлығына сәйкес: Киллип бойынша өткір СН классификациясы.

Killip бойынша жедел жүрек жеткіліксіздігінің классификациясы.

Класс	Характеристика
I	Жүрек жеткіліксіздігі жоқ
II	Ылғалды сырылдар<50% өкпе алаңында, III тон, өкпелік гипертензия.
III	Ылғалды сырылдар>50% өкпе алаңында. Өкпе ісігі.
IV	Кардиогенді шок.

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ:

ST сегментінің көтерілуінсіз Жедел коронарлық синдроммен жүгінген кезде амбулаториялық кезеңнің негізгі мақсаты диагностика және бейінді стационарға дереу тасымалдау болып табылады.

1) Диагностикалық критерийлер

Шағымдар мен анамнезі.ST сегментінің көтерілуінсіз Жедел коронарлық синдром клиникалық көріністері:

*** Ұзақ (>20 мин) тынығу кезінде кеуде қуысының ауыруы:** жүрек аймағындағы ауырсыну сол қолға, мойынға және жақ сүйекке иррадацияланады және ыңғайсыздықпен немесе ауырлықпен сипатталады (стенокардия), ол өтпелі (әдетте бірнеше минутқа созылады) немесе ұзағырақ болады. Ауырсыну тершеңдік, жүрек айну, іштің ауыруы, ентігу және естен танумен бірге жүруі мүмкін. Эпигастрий аймағындағы ауырсыну, диспепсия немесе оқшауланған тыныс алу сияқты атиптік көріністер жиі байқалады. Атиптік симптомдар егде жастағы пациенттерде, қант диабетімен, созылмалы бүйрек жеткіліксіздігімен немесе деменциямен ауыратын әйелдерде жиі байқалады.

*** Клиникалық симптоматиканың өршу үрдісімен 1-2 ай ауру анамнезімен алғаш пайда болған күштемелі стенокардия (II немесе III ФК) (CCS).** Ұстамалар жаттығу кезінде пайда болуы мүмкін және алдымен салыстырмалы түрде стереотипті болып қалады, басқа жағдайларда стенокардия

ұстамалары жиілігі мен қарқындылығында, ұзақтығы 5-тен 15 минутқа дейін немесе одан да көп спонтанды ұстамаларға дейін тез артады.

*** Күштемелі стенокардияның үдеуі, ең болмағанда III ФК дейін**: дене жүктемесіне төзімділіктің үдемелі төмендеуімен стенокардия ұстамаларының ауырлығының артуы, ауырсыну аймағының кеңеюі және олардың иррадациясы, ұстамалардың ұзаруы, нитроглицерин тиімділігінің төмендеуі, жаңа ілеспе симптомдардың пайда болуы (ентігу, жүректің іркілуі, әлсіздік, қорқыныш және т.б.).

*** Инфарктан кейінгі ерте стенокардия**, олардан кейін 2 апта ішінде дамиды.

ST сегментінің көтерілуінсіз Жедел коронарлық синдром дамуына алып келетін жағдайлар:

Егде жас, ер адамдар жиі, ЖИА отбасылық анамнезі, қант диабеті, гиперлипидемия, гипертензия, бүйрек жеткіліксіздігі, ЖИАның алдыңғы көрінісі

Дамуын арттыратын жағдайлар:анемия,инфекциялар,қабыну процесі, қызба, метоболикалық немесе эндокриндік бұзылулар.

Физикалық тексеру:аз ақпаратты.

Зертханалық зерттеулер(Соның ішінде Тропанин деңгейін анықтау)

Аспаптық зерттеулер:Тыныштық жағдайда ЭКГ

Емдеу жоспары

Ауруханаға дейінгі кезеңде емдеу тактикасы ЖКС ды уақтылы диагностикалауға, шұғыл көмек көрсетуге, асқынудың дамуын болдырмауға, бейінді клиникаға тасымалдауға бағытталған.

Дәрі дәрмексіз ем: жоқ

Дәрі-дәрмекпен емдеу:Бастапқы емдік іс-шаралар:

1.Оксигенотерапия.Оттегінің сатурациясы 90% - дан аз немесе айқын ентігу(IA) кезіндегі

2.В-блокаторлар. В-блокаторларды ерте тағайындау осы топтағы препараттарға қарсы көрсетілімдер болмаған кезде ишемия симптомдары бар пациенттерге ұсынылады. В-адреноблокаторлар қарсы көрсетілімдері жоқ пациенттерде ишемия симптомдары кезінде барынша ерте тағайындалады (killip бойынша III–IV сыныпты жіті СН). В-блокаторлар айналымдағы катехоламиндердің миокардтық әсерін бәсекеге қабілетті тежейді және жүрек соғу жиілігін, қан қысымын және миокардтың жиырылуын (IB) азайту арқылы миокардтың оттегін тұтынуды төмендетеді.

Егер миокардтың жиырылғыштығы белгісіз болса, науқастарда β-блокаторларды ерте тағайындаудан аулақ болу керек. В-блокаторларды коронарлық спазммен немесе кокаин қабылдаумен байланысты симптомдары бар пациенттерге тағайындауға болмайды, өйткені олар β-жанама вазодилатацияға қарсы α-жанама вазоконстрикцияға ықпал ете отырып, спазмға ықпал етуі мүмкін.

3.ST сегментінің көтерілуінсіз ЖКС кезінде нитраттар ауырсыну синдромы және САҚ>90 мм.рт болған кезде ғана қолданылады. Нитраттарды көктамыр ішіне енгізу сублингвальды қабылдауға қарағанда стенокардияның белгілерін азайтуға және ST сегментінің депрессиясының регрессиясына қатысты тиімді. Нитраттардың дозасы стенокардия симптомдары жойылғанға дейін, ал артериялық гипертензиясы, жүрек жеткіліксіздігі бар пациенттерде – АҚ қалыпқа келгенше немесе жанама әсерлер пайда болғанға дейін (атап айтқанда, бас ауруы немесе гипотензия) АҚ-ның Мұқият бақылауымен ұлғаюы тиіс. В / в енгізу үшін 10мг нитроглицеринді 100 мл физиологиялық ерітіндіде сұйылтады, симптомдарды тоқтатқанға дейін немесе жанама әсерлер пайда болғанға дейін ақ бақылауымен бастапқы жылдамдықпен минутына 6-8 тамшыдан 30 минутқа дейін енгізуді бастайды

4.Наркотикалық анальгетиктер.Кеудедегі қарқынды ауырсыну кезінде Морфинді қолдануға болады

5.Кальций каналдарының блокаторлары.Вазоспастикалық стенокардиясы бар науқастарға кальций каналдарының блокаторлары тағайындалады.В блакаторларды тағайындаудан аулақ болу керек.

6.Ацетилсалицил қышқылы.ЖКС-ға күдікті пациентті бастапқы тексеру кезінде 150-300мг жүктеме дозасында тағайындалады.

8. Антикоагулянттық терапия барлық пациенттерге ОКС диагнозы қойылған кезде тағайындалады. ОКСбпST жедел фазасында антикоагулянттар ретінде келесі препараттардың бірін қолдануға рұқсат етіледі:

- фондапаринукс (п/к кіріспе) (IB);
– төмен молекулалы гепарин(эноксапарин, в/в болюс және п/к кіріспе) (IB);
- НФГ (тек в/в енгізілуі тиіс) (IB);

Мамандарға кеңес беру көрсеткіштері:Шұғыл кардиологтан басқа мамандар қарастырылмаған.

Профилактикалық іс-шаралар-дислипидемияны, АГ, СД және ЖИА ерте анықтауға скрининг, тест алдындағы ықтималдылықты бағалау және жүктемелік тестілеу жүргізу, қажет болған жағдайда жоғары ишемиялық қауіп анықталған кезде визуализациямен (стресс-ЭКГ, стресс ЭхоКГ, МРТ және т.б.) мамандандырылған орталықтарға диагностикалық КАГ уақтылы жолдау (сондай-ақ тұрақты кернеу стенокардиясын, артериялық гипертонияны, қант диабетін диагностикалау және емдеу хаттамаларын қараңыз).

Пациенттің жай – күйінің мониторингі: (пациентті бақылау картасы, пациентті жеке бақылау картасы, жеке іс-қимыл жоспары) – көзделмеген.

Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері:

1.ЖКС диагностикасы кезінде уақыт аралықтарын сақтау (<10 минут ішінде ЭКГ тіркеу және түсіндіру).
2.Бастапқы терапиялық іс-шараларды өткізу (4-тармақ).
3.Бейінді стационарға дереу тасымалдау <30 минут
4.Жедел инфаркт белгілері туралы халықтың хабардарлығын арттыру және қажетті жағдайда 103 хабарласу.

IV)Иллюстративті материал:ұсынылады

V) Әдебиет: соңында

VI) Бақылау сұрақтары (кері байланыс):

1. Эпидемиология.
2. Этиологиясы.
3. Жіктелуі.
4. Диагностика.
5. Амбулаториялық жағдайда жүргізу тактикасы.
6. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
7. Динамикалық бақылау.
8.Профилактика.

Тема№4: ЖДП дағы артериалық гипертония.

II.Мақсаты: артериалық гипертонияның амбулаторлық деңгейде диагностикасы мен емі.

III.Тезислекции:

Артериалық гипертензия – САҚ≥140 мм рт. ст., және ДАҚ ≥90 мм.рт.ст көрсеткішінің жоғарылауы.

АҚҚ көрсеткішінің классификациясы және АГ дәрежесін анықтау (мм.рт.ст.)

АҚҚ көрсеткіші	САҚ		ДАҚ
Оптимальды	< 120	and	<80
Қалыпты	120 - 129	and/or	80-84

Жоғары қалыпты • АГ 1ст • АГ 2 ст • АГ 3 ст	130 - 139 140 - 159 160 - 179 ≥ 180	and/or and/or and/or and/or	85-89 90-99 100-109 ≥110
Оқшауланған систолалық АГ	≥ 140	and	<90

Қауіп стратификация критериі (болжамға әсер ететін факторлар)
Қауіп факторы
■ Систолалық қан қысымының және диастолалық қан қысымының маңыздылығы.
■ Импульстік қан қысымының деңгейі (егде жастағы адамдарда).
■ Жасы (ер кісі> 55 жас, әйел > 65 жас)
■ Темекі шегу
■ Дислипидемия: холестерин> 5,0 ммоль / л (> 190 мг / дл) немесе төмен тығыздықты липопротеин > 3,0 ммоль / л (> 115 мг / дл), немесе жоғары тығыздықты липопротеин ерлерде <1,0 ммоль / л (40 мг / дл).), әйелдерде <1,2 ммоль / л (4 мг / дл) немесе триглицерид> 1,7 ммоль / л (> 150 мг / дл)
■ Плазмадағы гликемия 5,6-6,9 ммоль / л (102-125 мг / дл)
■ Глюкозаға семізталдық бұзылысы.
■ Абдоминалды семіздік: бүксе аймағында ерлерде ≥102 см, әйелдерде ≥88 см.
■ Ерте жүрек-қан тамырлары ауруларынан отбасылық анамнезі(әйелдерде 65 жасқа дейін, ерлерде 55 жасқа дейін). Келесі 5 критерийдің 3 комбинациясы метаболикалық синдромның болуын көрсетеді: іштің семіздігі, аш қарынға гликемия, қан қысымы > 130/85 мм рт.ст., жоғары тығыздықтағы липопротеидтердің төмен деңгейі, триглицеридтердің жоғары деңгейі.
Нысаналы ағзалардың симптоматикасыз зақымдануы.
■ ЭКГ-ГЛЖ белгілері (Соколов-Лиана индексі> 3 8 мм, Корнелл индексі> 2440 мм х мс) немесе:
■ ГЛЖ * эхокардиографиялық белгілері (миокард массасының индексі ЛЖ> ерлерде 125 г / м2 және әйелдерде> 110 г / м2)
■ Ұйқы артериясының қабырғасының қалыңдауы (интима медиа кешені> 0,9 мм) немесе атеросклеротикалық бляшканың болуы.
■ Сарысудағы креатинин деңгейінің шамалы жоғарылауы: ерлерде 115-133 мкмоль / л дейін, әйелдерде 107-124 мкмоль / л
■ Креатинин төмен клиренсі ** (<60 мл / мин).
■ Микроальбуминурия күніне 30-300 мг немесе альбумин / креатинин қатынасы> 22 мг / г ерлер мен әйелдерде > 31 мг / г.
Диабет
■ Аш қарынға плазмадағы глюкоза деңгейін қайта өлшеу кезінде > 7,0 ммоль / л (126 мг / дл).
■ Глюкоза деңгейі> 11,0 ммоль / л (198 мг / дл) тесттен кейінгі плазмадағы глюкоза деңгейі.
Ілеспелі клиникалық жағдайлар
■ Цереброваскулярлық аурулар: ишемиялық инсульт, миға қан кету, өтпелі ишемиялық шабуыл;
■ Жүрек аурулары: миокард инфарктісі, стенокардия, реваскуляризация, жүрек жеткіліксіздігі;
■ Бүйректің зақымдануы: диабеттік нефропатия, бүйрек функциясының бұзылуы (ерлердегі Сарысу креатинині> 133 мкмоль (> 1,5 мг / дл), әйелдерде> 124 мкмоль / л (> 1,4 мг / дл); протеинурия> 300 мг / тәул.
■ Перифериялық артерия ауруы.
■ Ауыр ретинопатия: қан кетулер немесе экссудаттар, оптикалық нервтің папилясының ісінуі.
Артериялық қысымның жоғарылау дәрежесіне, қауіп факторларының болуына, нысана-ағзалардың зақымдануына және клиникалық жағдайларына байланысты гипертониялық ауруы бар барлық пациенттердің олармен байланысты 4 қауіп деңгейінің біріне жатқызуға болады:
• төмен,
• орташа

- жоғары
- өте жоғары

Жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупі бойынша артериялық гипертензиясы бар науқастарды стратификациялау

Басқа қауіп факторы, гипертензияға байланысты ағзаның зақымдануы немесе ауруы	**АД, мм.рт.ст.**				
	Жоғары қалыпты САҚ 130-139 ДАҚ 85-89	**АГ 1 дәреже САҚ 140-159 ДАҚ 90-99**	**АГ 2 дәреже САҚ 160-179 ДАҚ 100-109**	**АГ 3 дәреже САҚ ≥ 180 ДАҚ ≥ 110**	**Жоғары қалыпты САҚ 130-139 ДАҚ 85-89**
Басқа ҚФ жоқ	қауіп төмен	қауіп төмен	қаупі орташа	қауіп жоғары	Басқа ҚФ жоқ
1-2 ҚФ	қауіп төмен	қауіп орташа	қауіп орташа/ жоғары	қауіп жоғары	1-2 ҚФ
≥3 ҚФ	қауіп төмен/ орташа	қауіп орташа/ жоғары	қауіп жоғары	қауіп жоғары	≥3 ҚФ
гипертензияға байланысты ағзаның зақымдануы, СБА Здәреже немесе ҚД ағзаның зақымдануынсыз	қауіп орташа/ жоғары	қауіп жоғары	қауіп жоғары	қауіп жоғары/ өте жоғары	гипертензияға байланысты ағзаның зақымдануы, СБА 3дәреже немесе ҚД ағзаның зақымдануынсыз

Артериялық гипертониямен ауыратын науқастардың болжамы және емдеу тактикасын таңдау артериялық қысым деңгейіне және қатарлас қауіп факторларының болуына, нысана-органдардың патологиялық процеске тартылуына және қатар жүретін аурулардың болуына байланысты.

Қауіп топтары (науқастар)

* Төмен қауіп (1қауіп)-1-дәрежелі АГ, қауіп факторлары, нысана-ағзалардың зақымдануы және ілеспелі аурулар жоқ. Алдағы 10 жылда жүрек-қан тамырлары аурулары мен асқынулардың даму қаупі 15% құрайды.

* Орташа қауіп (2қауіп)-2-3 дәрежелі АГ, қауіп факторлары, нысана-ағзалардың зақымдануы және ілеспелі аурулар жоқ.

Немесе 1-3 дәрежелі гипертония, 1 және одан да көп қауіп факторлары бар, нысана-ағзалар (ТІЖ) зақымдануы және қатар жүретін аурулар жоқ. Алдағы 10 жылда жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупі 15-20% құрайды.

* Жоғары қауіп (3қауіп)-1-3 дәрежелі АГ, нысана-органдардың зақымдануы және басқа да қауіп факторлары бар, қатар жүретін аурулар жоқ. Алдағы 10 жылда жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупі 20% - дан асады.

* Өте жоғары қауіп (4қауіп)-1-3 дәрежелі гипертония, қауіп факторлары, нысана-ағзалардың зақымдануымен қатар жүретін аурулар бар. Алдағы 10 жылда жүрек-қан тамырлары асқынуларының даму қаупі 30% - дан асады.

Шағымдар: бас ауруы, бас айналу, жүрек соғысы, кеудедегі ауырсыну, ентігу, ісіну.

Анамнезі:

1. Артериялық гипертензияның өмір сүру ұзақтығы, қан қысымының жоғарылауы;
2. Артериялық гипертензияның қайталама түрлерін диагностикалау:

■ бүйрек ауруының отбасылық анамнезі (бүйректің поликистозды ауруы);

° анамнезінде бүйрек ауруларының, қуық инфекцияларының, гематурияның болуы, анальгетиктерді теріс пайдалану (бүйректің паренхиматозды ауруы);
■ әр түрлі дәрі-дәрмектерді немесе заттарды қолдану: ауызша контрацептивтер, мұрын тамшылары, стероидты және стероид емес қабынуға қарсы препараттар, кокаин, эритропоэтин, циклоспориндер;
■ ұстама тәрізді терлеу, бас ауруы, мазасыздық, жүрек соғысы.

Физикалық тексеру:

Артериялық гипертензиясы бар науқасты объективті тексеру қан қысымын өлшеуге, ҚФ-ны анықтауға, гипертонияның қайталама сипаты мен ағзаның зақымдану белгілерін анықтауға бағытталған. Бой мен салмақ дене салмағының индексін (ДСИ) кг / м2 және бел шеңберін (бш) есептеу арқылы өлшенеді.

Зертханалық зерттеу:

Нысана-ағзалардың зақымдануын және қауіп факторларын анықтау мақсатында емдеу басталғанға дейін жүргізу қажет міндетті зерттеулер:
- қанның және несептің жалпы талдауы;
- қанның биохимиялық талдауы (калий, натрий, глюкоза, креатинин, несеп қышқылы, липидтік спектр).

Аспаптық зерттеулер:
- 12 тіркемелі ЭКГ
- Сол жақ қарыншаның гипертрофиясын, систолалық және диастолалық функцияларды бағалауға арналған эхокардиография
- кеуде қуысының рентгенографиясы
көз түбін тексеру
- артерияларды ультрадыбыстық зерттеу
- Бүйректің УДЗ
- қан қысымын күнделікті бақылау.

Консультацияға көрсеткіш:

Невролог:
1. ми қан айналымының жедел бұзылуы
- инсульт (ишемиялық, геморрагиялық)
ми қан айналымының өтпелі бұзылуы
2. Мидың тамырлы патологиясының созылмалы түрлері.
- Миға жеткіліксіз қанмен қамтамасыз етудің бастапқы көріністері
- энцефалопатия

Окулист:
- гипертониялық ангиоретинопатия
- көз торына қан құйылу
- көру жүйкесінің ісінуі
- ретинальды дезинсекция
- көрудің үдемелі жоғалуы

Нефролог:
- симптоматикалық гипертензияны жою.

Емдеу тактикасы:

Дәрі-дәрмексіз емдеу (режим, диета және т. б.)
* алкогольді ішімдіктерді тұтынуды азайту: ерлер үшін алкоголь <30 г күніне және әйелдер үшін 20 г. күніне;
* дене белсенділігінің артуы-аптасына кемінде 4 рет 30-40 минуттан тұрақты аэробты (динамикалық) физикалық белсенділік;
* тұзды тұтыну тәулігіне 5 г дейін төмендеді .;

* өсімдік тағамдарын тұтынудың артуымен диетаны өзгерту, диетадағы калий, кальций (көкөністер, жемістер, дәндер) және магнийдің (сүт өнімдерінде кездесетін) көбеюі, сондай-ақ жануарлардың майларын тұтынуды төмендету;
* темекіні тастаңыз;
* дене салмағын қалыпқа келтіру (ДСИ <25 кг / м2);

Дәрі-дәрмекпен емдеу:

Негізгі дәрі-дәрмектердің тізімі

1. Ингибитор АПФ.
Эналаприл 5 мг, 10 мг, 20 мг
Периндоприл 5 мг, 10 мг
Рамиприл 2,5 мг, 5 мг, 10 мг
Лизиноприл 10 мг, 20 мг
Фозиноприл 10 мг, 20 мг
Зофеноприл 7,5 мг, 30 мг
2. Ангиотензин рецептор тежегіштер.
Валсартан 80 мг, 160 мг
Лозартан 50 5 мг. 100 мг
Кандесартан 8 мг, 16 мг
3. Кальция антагонисты.
Амлодипин 2,5 мг 5 мг, 10 мг
Лерканидипин 10 мг
Нифедипин 10 мг, 20 мг, 40 мг
4. Бета-адреноблокатор.
Метопролол 50 мг, 100 мг
Бисопролол 2,5 мг, 5 мг, 10 мг
Карведилол 6,5 мг, 12,5 мг, 25 мг
Небиволол 5 мг
5. Диуретик.
Гидрохлоротиазид 25 мг
Индапамид 1,5 мг, 2,5 мг
Торасемид 2,5 мг, 5 мг
Фуросемид 40 мг
Спиронолактон 25 мг, 50 мг
6. Альфа-блокатор
Урапидил 30 мг, 60 мг, 90 мг
7. Антиагрегант.
Ацетилсалициловая кислота 75 мг, 100 мг.
8. Статин
Аторвастатин 10 мг, 20 мг
Симвастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг
Розувастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг

Әрі қарай жүргізу:

Динамикалық бақылаудың міндеттері: қауіп факторларын бақылау және түзету, АҚҚ деңгейіне қалыптыға қол жеткізу, гликемиялық көрсеткіштерін бақылау, нысана-ағзалардың жай-күйін динамикалық бағалау.

"Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларына және алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына тіркелу қағидаларына" (2015 жылғы 28 сәуірдегі №281 бұйрық) сәйкес АГ пациенттерін тексеру кезеңділігі:

1) ОМҚ тексеру - орташа және төмен қаупі бар науқастар үшін - 3 айда 1 рет, жоғары және өте жоғары қаупі бар науқастар үшін және емдеуге бейімділігі төмен адамдар үшін - айына 1 рет :

2) МСАК дәрігерінің қарап-тексеруі орташа және төмен қауіпі бар науқастар үшін -6 айда 1 рет, жоғары және өте жоғары қауіпі бар науқастар үшін және емдеуге бейімділігі төмен адамдар үшін - 3 айда 1 рет
3) кардиологтың тексеруі-жылына 1 рет
Диагностикалық зерттеулердің минимум міндетті:
1) несептің жалпы талдауы (несептің ақуызын сандық анықтау және/немесе альбумин/креатинин арақатынасы), ХЛНП, гликирленген гемоглобинді, ЭКГ анықтау – жылына 1 рет.
2) СМАД және эхокардиография – 2 жылда 1 рет.
Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері:
* Жасына және қауымдасқан клиникалық жағдайларға байланысты АҚҚ-ның нысаналы деңгейіне қол жеткізу(21-кесте).
* ТТЛП-ның мақсатты деңгейіне қол жеткізу:
ССО (I В) өте жоғары қаупі бар пациенттерде <1,8 ммоль/л (70 мг/дл) немесе оны бастапқы деңгейден ≥50%-ға төмендету 1,8-3,5 ммоль/л (70-135 мг/дл),
*ССО (I В) жоғары қаупі бар пациенттерде <2,6 ммоль/л (100 мг/дл) немесе оны бастапқы деңгейден ≥50%-ға төмендету 2,6-5,2 ммоль/л (100-200 мг/дл),
ССО (IIа С) төмен/орташа қаупі бар пациенттерде <3,0 ммоль/л (115 мг/дл)
* Альбуминурия дәрежесінің жоғалуы немесе төмендеуі, альбумин/креатинин арақатынасын қалыпқа келтіру.
* Нысаналы көрсеткіштерге жеткенге дейін жоғары және өте жоғары кардиоваскулярлық қаупі бар АГ пациенттерінде гиперурикемияны жою (СЖО қаупі жоғары пациенттерде < 360 ммоль/л, ССО қаупі өте жоғары пациенттерде <300 ммоль/л).
* ГЛЖ азайту.
* Жедел жәрдем шақыру және шұғыл ауруханаға жатқызу жиілігін азайту
IV)Иллюстратциялық материал:қоса берілшен
V)Әдебиеттер:соңында
VI)Бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Диагностика.
2. Амбулаторлық жағдайда жүргізу тактикасы.
3. Госпитализацияға көрсеткіш.
4. Динамикалық бақыдау
5. Профилактика

Тақырып №5: ЖТД-дегі жедел ревматикалық қызба және жүректің созылмалы ревматикалық ауруы.

II. Мақсаты: амбулаториялық негізде ревматикалық қызба мен жүректің созылмалы ревматикалық ауруын диагностикалау және емдеу.
III)Дәріс тезисі:
Жіті ревматикалық қызба (ЖРҚ) - А-стрептококкті тонзиллиттің (ангинаның) немесе жүрек-тамыр жүйесіндегі айрықша оқшауланған жалғаушы тіндердің жүйелік асқынған ауру түріндегі фарингиттің (ревмокардит), буындардың (көшпелі полиартрит), мидың (хорея) және терінің (сақина тәрізді эритема, ревматикалық түйіншектер) постинфекциялық асқынуы, (молекулярлы мимикрия феномені) адамның бұзылған жасушаларының аутоантигендеріне ұқсас кескінді қиысатын кері белсенділікпен және АГ стрептококкқа ағзаның аутоиммунды жауабына байланысты бейімделген тұлғаларда дамиды (ең алдымен жас кезде, 7-ден 15 – қа дейін)
Жүректің созылмалы ревматикалық ауруы – жедел ревматикалық қызбадан кейінгі қақпақшалардың қабынудан кейінгі маргиналды фиброзы немесе жүрек ауруы (жеткілікс және/немесе стеноз) түріндегі жүрек клапандарының зақымдануымен сипатталатын ауру.
Классификация:
Клиникалық формалары:

• Жіті ревматикалық қызба
• Рецидивирленген ревматикалық қызба
Клиникалық көріністері:
• Негізгі: кардит, артрит, хорея, сақинатәрізді эритема, ревматикалық түйіндер;
• Қосымша: қызба, артралгия, абдоминалді синдром, серозит.

Соңы:
А. Жазылу;
Б. Жүректің созылмалы ревматикалық ауруы:
• жүрек ақауынсыз;
• жүрек ақауымен.
Қанайналым бұзылысы:
• Стражеско – Василенко классификациясы бойынша: (стадиялар 0, I, IIA, IIB, III);
• Нью-Йорк кардиологиялық ассоциациясының жіктеуі бойынша - NYHA (функциональды класстар 0, I, II, III, IV).
Ерекше жағдайлар:
Басқа жағдайлардың болмағанда жекешеленген («таза») хорея «Кешіккен» кардит – клиникалық және аспаптық вальвулит синдромының дамуын (>2 ай) уақытына созу (басқа себептер болмағанда)
Созылмалы ревматикалық жүрек ауруы болғанда, қайта ӨРҚ.

АМБУЛАРТОРЛЫ ДЕҢГЕЙДЕ ЕМДЕУ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКА
Диагностикалық критерилері:
ЖРҚ Киссель – Джонс бойынша анықтау үшін пайдаланады, Америка кардиологиялық ассоциациясымен қайта қаралған.
Үлкен критерилер:
• Кардит;
• Полиартрит;
• Хорея;
• Сақинатәрізді эритема;
• Теріастылық ревматикалық түйіндер.
Кіші критерилер:
• Клиникалық: артралгия, лихорадка;
• Лабораториялық: ЭТЖ жоғарылауы, СРБ концентрациясының жоғарылауы;
• ЭКГ-да P-R интервалының ұзаруы, митральді немесе аортальді эхокардиографтялық регургитациясының белгілері.
Шағымдары:
• дене температурасының субфебрильді сандарға дейін жоғарылауы;
• перикардтағы ауырсыну;
• жай физикалық жүктемеден кейінгі ентігу;
• жүректің тез соғуы;
• буындардағы ауырсыну;
• хорея белгілері
Анамнез:
Мектеп және одан кіші жастағы балаларда өткерген ангинадан 2-3 аптадан соң фебрильды сандарға дейін температурасы көтеріп, ірі буындарда симметриялық көшпелі аурулар пайда болады, кардит белгілері (перикардиальды ауырулар, ентігу, жүректің қатты соғуы және басқа) Хорея немесе кардит немесе артрит белгілері бар моносиндромды ағым сирек жағдайларда байқалады. Жасөспірімдерге бара-бара басталу тән: ангинаның клиникалық көрсеткіштері тынышталғаннан кейін субфевральды температура, ірі буындарда артралгиясы, немесе кардиттің шамалы белгілері

пайда болады.
Кардиттің ерекше дамуы және АБГС – инфекциясы ЖРҚ қайталануы шабуылмен қоздырылады.

Физикальдызерттеулер:
•Температуралық реакция субфебриттен қызбаға дейін құбылып тұрады.
•Терідегікөріністер:
•Сақина тәрізді эритема (проксимальды аяқ-қолдар бөлімдеріне және денеде сақина тәрізді күлгін–қызыл бөртпе, тек бете ғана емес, қышыну болмайтын, тері үстінен аспайтын, өзінен кейін із қалдырмайтын) сипатты, бірақ сирек болатын белгі (ЖРҚ жағдайларының 4-17%)
• **Теріасты ревматикалық түйіншектер** (ұсақ түйіншектер, тізе маңайында және сіңір байламдары бар жерлерде, желке сүйегінде немесе шынтақ буындарында) - сипатты, бірақ сирек болатын белгі (ЖРҚ жағдайының 1-3%)
• **Буындық синдром:** олигоартрит зақымданудың қамтылған түрі, сирек – моноартрит (тізе, табан, шынтақ, шынтақ буындары) сипатталады: буындарды қатыстыратын қатерсіз, асқындалған ұшпалы сырқаттану ауыспалы, БСҚҚД кезде тез шешіледі, өзгеру дамымайды. 10-15% жағдайларда қозғалу шектелмей, саусақпен басып тексергенде ауыру және басқа асқыну симпомдарынсыз полнартралгия анықталады.
• **Жүрек ақауы синдромы**: митральды регургитация, систоликалық шулау, мезодиастоликалық шулаулар (төмен жиілікті), протодиастоликалық шулау,1/3 жағдайда диагностикаланатын жүрек ақауы.
• **Кіші хорея** (аяқ-қол, мимикалық бет бұлшықетінің, бұлшықет тонустың төмендеуі, қозғалудың нақты болмауы дене бұлшықет гиперкинезы (тартылу) - 6-15 жастағы қыздарда кездеседі.•

Зертханалық тексерулер:
• Қанның қабыну белсенділігі: ЭТЖ көтерілуі мен жағымды СРА.
• Бактериялық тексеру: АБГС жұтқыншағының сүртіндісінен анықталған.
• Серологиялық зерттеулер: динамикада көтерілген немесе көтеріліп бара жатқан антистрептолизин-О титрлері, антистрептогиалуронидтер мен В антидезоксирибонуклеазалар.

Аспаптық зерттеу:ЭКГ: P-Q аралығының ұзаруы;Эхокардиография: регургитацияның митральды және/немесе аортальды белгілер.Бас МРТ: бас миы буындарының васкулитті көрінісі;Көз түбін қара –ангиопатиялар.

Емі

Дәрі-дәрмекпен емделу:

А тобының b-гемолитикалық эрадикацияға бағытталған **бактерияға қарсы терапия:**
бензилпенициллин 50 000-100 000 БІРЛ/кг/тәу 10 – 14 күн барысында феноксиметилпенициллин 40/мг/кг/тәу 3 қабылдау 10 күн амоксициллин 0,125-0,5 г бойынша күніне 3 рет 10 амоксициллин/клавуланат 1,875 г 3 қабылдау 10 күн
Пеницилин дәрілерін көтере алмайтын жағдайда антибиотиктердің ішінен біреуі тағайындалуы көрсетілген, бірінші кезекте макролидтер [4]:
ЖРБ патогенетикалық емдеу глюкокортикоидтер мен бейстероидты қабынуға қарсы дәрілерді қабылдаумен қорытындылады:
• преднизолон /метилпреднизолон белсенділіктің жоғарғы сатысында тағайындалады (40 мм/ч көп ЭТЖ өткенде) күндік мөлшерде 1- 2 мг кг-ға (20 -30- 60 мг) терапиялық әсерге жеткенге дейін, 2-3 апта барысында, мөлшерлеменің артынан азаюымен (2,5 мг әр 5 – 7 күн) қабылдамауға дейін;
• бейстероидты қабынуға қарсы дәрілер ацетилсалицил қышқылы 60-100 мг кг-ға, бірақ күніне 2,0 гр. артық емес, немесе индометацин 2-2,5-3 мг/кг/тәулігіне., немесе диклофенак 2-3

мг/кг/тәулігіне., немесе ибупрофен 30-40 мг/кг/тәулігіне, немесе напроксен 10-20 мг/кг/тәулігіне, немесе нимесулид 5 мг/кг/тәулігіне.

Мамандардың кеңесі үшін көрсетімдер:

- Невропатологтың кеңесі – неврологиялық белгілерінің дамуы кезінде симптоматикалық терапияны таңдау мен жүйке жүйесінің зақымдануының сатысы мен сипатын анықтау үшін
- оториноларингологтың кеңесі – созылмалы инфекция ошақтарын санациялау мақсатында;
- генетиктің кеңесі – генетикалық кеңесу мақсатында;
- оториноларингологтың кеңесі – созылмалы инфекция ошақтарының инфекциясын санациялау мақсатында;
- кардиохирургтың кеңесі – (стеноз/жетіспеушілік) ақау(лар) қалыптасумен жүрек тамырларының ақаулық процеске тартылуына күдіктенгенде емделу тәсілін келісу мақсатында.
- көз дәрігерінің кеңесі – көру аномалиясын анықтау, микротамырлардың өзгеруін бағалау үшін;
- нейрохирургтың кеңесі – бас миының көлемді процесіне күдіктегенде;
- хирургтың кеңесі – тамырлардағы іріңді-асқынатын өзгерістерге күдіктенген кезде
- инфекционистің кеңесі – зоонозды және басқа да инфекциялар, вирусты гепатит болған кезде.

Профилактикалық іс - шаралар:
Алғашқы профилактика:

• жіті және созылмалы қайталанушы АБГС кезде уақытылы бактерияға қарсы терапия өткізіледі – жоғарғы тыныс алу жолдарының инфекциясы (тонзиллит мен фарингит) [3,9]

Первичная профилактика: первичная профилактика на амбулаторном уровне, своевременная адекватная антимикробная терапия при острых и хронических рецидивирующих БГСА - инфекциях верхних дыхательных путей (тон-иллит и фарингит).
Антимикробная терапия острого БГСА – тонзиллита.

Вторичная профилактика:
Екіншілік профилактика:
Мақсаты: қайта шабуылдың және ЖРБ болғандарда сырқаттанудың шырқауының алдын алу. Этиотропты стрептококқа қарсы терапиядан кейін стационарда қайта алдын алу басталады: **Бензатин бензилпенициллині** (экстенциллин, ретарпен)

Жүректің ревматикалық ауруы бар науқастар:
Американдық жүрек қауымдастығының сарапшыларының пікірінше, РПЗ бар барлық науқастарда инфекциялық эндокардиттің даму қаупі орташа. Бұл науқастар бактериемиямен бірге жүретін әртүрлі медициналық процедураларды орындаған кезде (тіс шығару, тонзилэктомия, аденотомия, өт шығару жолдарының немесе ішектің хирургиясы, қуық асты безіне араласу және т.б.) профилактикалық антибиотиктерді қажет етеді.

Әрі қарай жүргізу:
• Жылына 4 рет медициналық тексеруден өту ұсынылады.
• Терапевт, ревматолог, кардиохирургтың бақылауы.
Госпитализацияға көрсеткіш:
• Жүректің қақпақша аппаратының зақымдануы бар және жоқ ЖРА;
• ревматикалық жүрек ауруының қайталанатын ұстамалары;
• ревматикалық инфарктпен байланысты іркілген жүрек жеткіліксіздігі.

IV)Иллюстрациялық материал:бар

V)Әдебиеттер:соңында.
VI)Қорытынды сұрақтар (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық жағдайда жүргізу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіш.
6. Динамикалық бақылау.
7. Дәрігерлік – еңбектік сараптаманың сұрақтары.
8. Профилактика.

№ 6 тақырып: ОВП-дағы ойық жара ауруы.

II) мақсаты: амбулаториялық деңгейде жүректің ойық жара ауруын диагностикалау және емдеу.
III) тезистер жиынтығы:
Ойық жара ауруы-Helicobacter pylori инфекциясынан туындаған және асқыну мен ремиссия кезеңдерінің ауысуымен өтетін созылмалы қайталанатын ауру, оның жетекші көрінісі асқазан мен он екі елі ішек қабырғасында ақаудың (ойық жараның) пайда болуы болып табылады.
Helicobacter pylori инфекциясы асқазанның шырышты қабығына прогрессивті зақым келтіреді және асқазан мен он екі елі ішектің ойық жарасын дамытуда маңызды рөл атқарады.

Жіктелуі:
* Асқазан жарасы және симптоматикалық гастродуоденальды жара;
* H. pylori-мен байланысты және байланысты емес ойық жара ауруы.
I. аурудың жалпы сипаттамасы:
1. ойық жара ауруы;
2. он екі елі ішектің ойық жарасы;
3. этиологиясы анықталмаған ойық жара ауруы;
4. Асқазан резекциясынан кейінгі асқазан жарасы.
II. Клиникалық түрі:
1. жедел немесе алғашқы диагностикаланған;
2. созылмалы.
III. Ағымы:
1. жасырын;
2. жеңіл немесе сирек рецидивті;
3. орташа немесе рецидивті (бір жыл ішінде 1-2 рецидив);
4. ауыр (жыл ішінде үш және одан да көп рецидив) немесе тұрақты рецидивирленген; асқынулардың дамуы.
IV. Фаза:
1. асқыну (қайталану);
2. өшу.
V. аурудың морфологиялық субстратының сипаттамасы.
Ойық жара түрлері:
1. жедел жара;
2. созылмалы жара.
Ойық жара мөлшері:
1. кішкентай (0,5 см-ден аз);
2. орташа (0,5-1 см);
3. үлкен (1,1-3 см);
4. алып (3 см-ден астам).
Ойық жараның даму кезеңдері:

1. активті;
2. тыртықтану;
3. қызыл тыртық кезеңі;
4. ақ тыртық кезеңі;
5. Созылмалы тыртықтану.

Ойық жараны локализациялануы:

1. асқазан (кардия, субкардиальды бөлім, асқазан денесі, антральды бөлім, пилорлық канал, алдыңғы қабырға, артқы қабырға, кіші иіні, үлкен иіні);
2. он екі елі ішек (пиязшығы, постбульбар бөлігі, алдыңғы қабырға, артқы қабырға, кіші иіні, үлкен иіні).

VI. Гастродуоденальды жүйе функцияларының сипаттамасы (секреторлық, моторлы және эвакуациялық функциялардың айқын бұзылулары ғана көрсетіледі).

VII. Асқынулар:

1. қан кету (жеңіл, орташа, ауыр, өте ауыр);
2. перфорация;
3. пенетрация;
4. стеноз (компенсацияланған, субкомпенсацияланған, декомпенсацияланған);
5. малигнизация.

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдар.

Жараның өршуінің жетекші симптомы-эпигастрий аймағындағы ауырсыну, ол кеуденің сол жартысына және сол жақ скапулаға, кеуде немесе бел омыртқасына берілуі мүмкін.

Ауырсыну науқастардың 92-96% - ында байқалады. Қарқындылығы бойынша жараның тереңдігіне байланысты.

Характеристики болевого синдрома

Локализациясы	**Ауырсынудың пайда болу уақыты**
Асқазанның кардиальді және субкардиальді бөлігінің ойық жарасы	Тамақтанғаннан кейін бірден
Асқазан жарасы	тамақтан кейін 0,5-1 сағаттан кейін.
Пилорлық каналдың және он екі елі ішек пиязшығының жаралары .	Кеш ауырсыну (тамақтан кейін 2-3 сағаттан кейін), аш қарынға пайда болатын және тамақтан кейін өтетін" аш " ауырсыну, сондай-ақ түнгі ауырсыну

Ауырсыну сипаты бойынша кескендей,түйық, ашып жатқан секілді болады.

Жарадағы ауырсыну жиілігімен, маусымдығымен және ырғағымен ерекшеленеді.

Ауырсыну тамақтануға байланысты әр түрлі уақытта пайда болады:

- ерте,
- кеш,
- түнгі
- аштық ауруы.

Ерте ауырсыну тамақтанғаннан кейінгі алғашқы сағатта пайда болады және әдетте жараларға тән. Кеш, түнгі және аш ауырсыну тамақтан кейін 1,5-4 сағаттан кейін пайда болады. Бұл ауырсыну, әдетте, он екі елі ішектің жарасы бар науқастарда пайда болады және қозғалыс бұзылыстарынан, асқазан сөлінің гиперсекрециясынан және он екі елі ішектің шырышты қабығының қабыну өзгерістерінен болады.

Жараның өршуі кезінде, сондай-ақ қызылшық,қышқылды кекіру, жүректің айнуы, іштің қатуы кең таралған .

Қызыл пациенттердің 50% - ында байқалады, бұл асқазанның секреторлық және қозғалыс белсенділігінің бұзылуы нәтижесінде пайда болады.
Ойық жара кезінде қышқылмен, бос немесе тамақпен кекіру болады. Қышқыл кекіріс асқазан сөлінің гиперсекрециясында пайда болады. Жарадағы жүрек айнуы сирек кездеседі және құсудан бұрын болуы мүмкін.
Құсу, әдетте, ойық жараның өршуінде пайда болады және ерте және кеш болуы мүмкін,ол асқазанның сілемейлі қабығының асқазан сөлімен рефлекторлық тітіркенуінен болады. Көбінесе құсудан кейін ауырсынудың қарқындылығы төмендейді немесе олар толығымен тоқтайды, бұл науқастың жағдайын жақсартады.

Анамнез:
Асқынбаған жағдайларда жара, әдетте, өршу кезеңдерінің (ұзақтығы 3-4-тен 6-8 аптаға дейін) және ремиссияның (бірнеше аптадан бірнеше жылға дейін) ауысуымен жүреді. Қолайсыз факторлардың әсерінен (физикалық белсенділік, ҚҚСЕДжәне / немесе дәрі-дәрмектерді қабылдау, алкогольді пайдалану және т.б.) асқынулар пайда болуы мүмкін.
Ойық жара ауырсынуы және диспепсиялық белгілердің күшеюі маусымдық (көктемгі және күзгі) кезеңдерімен сипатталады.
Ауырған кезде салмақ жоғалту жиі байқалады, өйткені сақталған және кейде тіпті тәбеттің жоғарылауына қарамастан, пациенттер ауырсынудың жоғарылауынан қорқып, аз тамақтанумен шектеледі.
Аурудың клиникалық көрінісінің ауырлығына қарамастан, өршу кезеңінде асқазан мен он екі елі ішектің шырышты қабығындағы белсенді қабыну өзгерістері бар жара анықталады.
Өшу фазасы (толық емес ремиссия фазасы) аурудың клиникалық белгілерінің жойылуымен және қабыну белгілері сақталуымен жараның орнында жаңа тыртықтың пайда болуымен сипатталады.
Ремиссия кезеңінде аурудың клиникалық, эндоскопиялық, гистологиялық өршу көріністері болмайды және H. pylori инфекциясы шырышты қабықта анықталмайды.

Физикалық тексеру:
Объективті тексеру: жараның өршуі кезінде палыпация жасағанда эпигастрияда ауырсыну жиі анықталады, бұл алдыңғы іш қабырғасының бұлшықеттерінің орташа қарсылығымен үйлеседі. Сол аймақта жергілікті перкуссиялық ауырсынуды да анықтауға болады (Мендель симптомы).
Алайда, бұл белгілер жараның өршуіне қатаң тән емес:
науқастың мәжбүрлі жағдайы: еңкейіп, қолын эпигастрияға - қатты ауырсыну аймағын басады;
эпигастрий немесе пилоробульбарлы аймақта палыпация кезіндегі ауырсыну, алдыңғы іш қабырғасының бұлшықеттерінің орташа қарсыласуымен (70% жағдай);
Мендельдің оң симптомы (эпигастриядағы жергілікті перкуссиялық ауырсыну).
Физикалық тексеруден алынған мәліметтер әрдайым жараның болуын көрсете бермейді, өйткені дәл осындай белгілер басқа ауруларда да байқалуы мүмкін.
Негізгі диагностикалық ақпарат биохимиялық, гистохимиялық және басқа әдістермен біріктірілген аспаптық зерттеу әдістерін қолдану арқылы алынады.

Зертханалық зерттеу:
* Қанның жалпы талдауы-анемия болуы мүмкін(анық немесе жасырын ойық жарадан қан кету кезінде), лейкоцитоз және ойық жараның асқынған түрлерінде (ойық жараның өтуімен, айқын перивисцеритпен)СОЭ жоғарылауы мүмкін;
* Нәжісті жасырын қанға талдау-оң реакция гастродуоденальды қан кетуді көрсетеді.

Аспаптық зерттеулер:
* **Эзофагастродуоденоскопия** - эндоскопиялық зерттеу ойық жараның ақауын растайды, оның орналасуын, терендігін, пішінін, мөлшерін, ойық жараның түбі мен жиектерінің жай-күйін нақтылайды (асқазан жарасы оқшауланған жағдайда ойық жараның қатерлі сипатын болдырмау және H. pylori анықтау үшін биопсиямен және гистологиялық зерттеумен).

Гастродуоденоскопияның көмегімен жедел және созылмалы жараларды ажыратуға болады. Біріншісі жараны айналасындағы шырышты қабықтың айқын қабыну өзгерістерімен сипатталады. Жедел жараның пішіні дөңгелек немесе сопақ. Жараның түбі әдетте бозғылт сарыдан қоңырға дейін болады. Жедел жаралардың шеттері айқын білінеді. Созылмалы асқазан жарасының эндоскопиялық көрінісі оның даму сатысына (өршу, процестің әлсіреуі, сауығу) байланысты айтарлықтай өзгереді, бұл емдеу сапасын бағалау критерийі болып табылады. Гастродуоденоскопия биопсиямен бірге асқазандағы қатерлі және қатерлі емес процестерді дифференциалды диагностикалау үшін үлкен маңызға ие.

* **Биоптаттарды гистологиялық зерттеу** қабыну процесінің белгілерін - нейтрофильді инфильтрацияны анықтайды. Гистологиялық зерттеу әсіресе ойық жара болған кезде өте маңызды, өйткені асқазан қатерлі ісігінің ойық жаралы түрі жиі кездеседі.

H. pylori инфекциясының диагностикасы

Емдеудің одан әрі тактикасын анықтау үшін науқаста ойық жара инфекциясының болуын зерттеу нәтижелері өте маңызды. EFGDS-тен алынған гистологиялық препараттардағы H. pylori анықтау;

* Қазіргі уақытта жараны диагностикалау үшін **рентгендік** зерттеу қолданылмайды.

Ол келесі жағдайларда қолданылады:

- ✓ қандай да бір себептермен (мысалы, қарсы көрсетілімдердің болуы) эндоскопиялық тексеру жүргізудің мүмкін еместігі;
- ✓ асқазан қабырғасының перистальтикасын бағалау;
- ✓ асқазаннан эвакуация сипатын бағалау;
- ✓ Қақпаның стенозының дәрежесін бағалау (күрделі курс кезінде).

Рентгенологиялық зерттеу жараның тікелей белгілерін анықтайды:

- o жараға қарама-қарсы асқазан қабырғасындағы "сұқ саусақ"түріндегі бұлшықет талшықтарының жергілікті дөңгелек спазмы;
- o асқазанның және он екі елі ішек пиязшығының ойық жаралы деформациясы ;
- o аш қарынға гиперсекреция;
- o гастродуоденальды аймақтың моторикасының бұзылуы.

Қосымша диагностикалық шаралар:

* қандағы сарысулық темірді анықтау және жасырын қанға нәжісті талдау - анемия кезінде;
* Бауырды, өт шығару жолдарын және ұйқы безін УДЗ - гепатобилиарлық жүйенің қатар жүретін патологиясы кезінде;
* қанның биохимиялық талдаулары (жалпы билирубин және оның фракциялары, жалпы ақуыз, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкоза, амилаза) - гепатобилиарлық жүйенің қатарлас патологиясы кезінде;

Мамандардың кеңес беруі:

Ойық жара ауруының асқынуына күдік болған кезде хирургтың консультациясы:
- перфорация,
- ену,
- қақпашының тыртықты-ойық жаралы стенозы,
- қатерлі жара.

Ойық жарадан қан кету ойық жарасы бар науқастардың 15-20% - ында байқалады, көбінесе жара асқазанда локализацияланған кезде.

Оның пайда болуына қауп факторлары:
* ацетилсалицил қышқылын және ҚҚСП қабылдау;
* H. pylori инфекциясы;
* ойық жара мөлшері> 1 см.

Ойық жарадан қан кету "кофе тұнбасы" (гематемез) немесе қара тар тәрізді нәжіс (мелена) сияқты құсу арқылы көрінеді. Жаппай қан кету және тұз қышқылының секрециясының төмендеуі, сондай-ақ асқазанның кардиалды бөлігіндегі жараның локализациясы кезінде құсу кезінде өзгермеген қанның қоспасы байқалуы мүмкін. Кейде жарадан қан кетудің клиникалық көрінісінде бірінші кезекте жалпы шағымдар (әлсіздік, есінің жоғалуы, қан қысымының төмендеуі, тахикардия) болады.
Ойық жара ойық жарасы бар науқастардың 5-15% - ында, көбінесе ер адамдарда кездеседі.
Оның дамуына бейім:
- физикалық белсенділік;
- алкогольді тұтыну;
- қомағайлық.
Кейде перфорация кенеттен, асимптоматикалық ("тыныш") ойық жараның фонында пайда болады.
Жараның перфорациясы клиникалық түрде эпигастрий аймағындағы өткір ("қанжар") ауырсынумен, коллаптоидтық жағдайдың дамуымен көрінеді. Науқасты тексеру кезінде іштің алдыңғы қабырғасының бұлшық еттерінің "тақтай" кернеуі және іштің палпациясы кезінде өткір ауырсыну, Щеткин-Блумбергтің оң симптомы анықталды. Кейінірек, кейде айқын жақсарғаннан кейін төгілген перитониттің көрінісі дамиды.
Ойық жараның пенетрациясы - асқазанның немесе он екі елі ішектің ойық жарасының қоршаған тіндерге-ұйқы безіне, кіші безге, өт қабына және жалпы өт жолына енуі. Жараға енгенде қатты ауырсыну.

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ДЕҢГЕЙДЕ ЕМДЕУ
Емдеу мақсаттары:
- науқас үшін ауыр ауру симптомдарын жылдам жою;
- Ойық жараны сауықтыру;
- аурудың қайталануын болдырмау және оның өршуінің алдын алу үшін H. pylori инфекциясының қоздырғышын жою;
- аурудың асқынған ағымында-асқынуларды емдеу және пациенттің өміріне қауіпті жою. Жараларды емдеу күрделі және мыналарды қамтиды:
- диеталық тамақтану;
- темекі шегуді және алкогольді ішуді тоқтату;
- улцерогенді әсері бар препараттарды қабылдаудан бас тарту;
- Еңбек және демалыс режимін қалыпқа келтіру, санаторлық-курорттық емдеу.

Дәрілік емес емдеу:
Емдеу күрделі және мыналарды қамтиды:
- диеталық тамақтану,
- темекі шегуден және алкогольді тұтынудан бас тарту,
- улцерогенді препараттардан бас тарту (бірінші кезекте ҚҚСП).
Диеталық тамақтану жиі, бөлшек, механикалық және химиялық жағынан жұмсақ болуы керек.
Диета: жиі (күніне 5-6 рет) бөлшек тамақтану ұсынылады, "6 кішкентай тамақтану 3 үлкенге қарағанда жақсы" ережесіне сәйкес, салқындатқышты механикалық, жылу және химиялық үнемдеу ұсынылады.
Диета ақуыздарға бай болуы керек, өйткені бұл жағдайда терапиялық әсер тезірек пайда болады, жараларды емдеу жеделдетіліп, қабыну процесі төмендейді.

Дәрі-дәрмекпен емдеу

Фармакотерапия принциптері:
* асқазан мен он екі елі ішектің жарасын емдеудің бірдей тәсілі;
* міндетті негізгі антисекреторлық терапия;
* тәулігіне шамамен 18 сағат ішінде асқазан ішілік pH> 3 қолдайтын антисекреторлық препаратты таңдау;
* антисекреторлық препаратты қатаң белгіленген дозада тағайындау;
* 2 апталық аралықпен эндоскопиялық бақылау;

* ойық жараның жазылу мерзіміне байланысты секреторлыққа қарсы емнің ұзақтығы;
* HP-оң пациенттерде Helicobacter pylori қарсы эрадикациялық терапия;
* 4-6 аптадан кейін антихеликобактериялық терапияның тиімділігін міндетті бақылау;
* егер тиімсіз болса, антихеликобактериялық терапия курсын қайталаңыз;
* HP-теріс пациенттердеқолдаушы препаратпенрецидивке қарсы терапия;

Протондық помпа ингибиторлары-бұл жараның негізгі терапиясы. Олар ауырсынуды және диспепсиялық бұзылуларды жеңілдету үшін, сондай-ақ жараның тез тыртықталуы үшін тағайындалады.

Антацидтер күніне 4-6 сағат ішінде интрагастралық PH> 3 деңгейін ұстап тұруға қабілетті, бұл монотерапия ретінде қолданған кезде олардың жоғары тиімділігі болмайды. Алайда, жарасы бар науқастар ауырсынуды және диспепсияны жеңілдету үшін антацидтерді қабылдайды, бұл олардың әсер ету жылдамдығына және рецептсіз кетуге байланысты.

Ұсынылған эрадикация схемалары (Маастрихт-V, 2015)

Бірінші линиядағы терапия (10-14 күн)	**Екінші линиядағы терапия** (10-14 күн)
* 3 компоненттік схема: ИПП + амоксициллин +кларитромицин; * висмутсыз квадротерапия: ИПП+амоксициллин+кларитромицин +нитроимидазол.	* 3 компоненттік схема: ИПП + амоксициллин+фторхинолондар * висмутсыз квадротерапия ИПП+амоксициллин+кларитромицин +нитроимидазол [8,9,10], (УД А); * * висмутпен квадротерапия ИПП+амоксициллин+кларитромицин +висмут трикалия дицитраты.

Емдеу тиімділігі ИПП (стандартты екі есе) жоғары дозасын күніне екі рет тағайындаған кезде артады.

14 күндік терапияда эрадикация жиілігінің жоғарылауы 10 күндік терапияға қарағанда едәуір көп.

H. pylori эрадикациялық терапиясы антибиотикпен байланысты диареяның дамуына әкелуі мүмкін. Стандартты үштік терапияға Saccharomyces boulardii пробиотигін қосу H. pylori эрадикация жылдамдығын арттырады.

ОЖ емдеудің тиімсіздігі мен қателіктерінің мүмкін себептері
* аурудың жиі қайталанатын ағымы (қайталану жиілігі> жылына 2 рет);
* үздіксіз емдеудің 12 аптасында емделмейтін қиын тыртықты жаралардың пайда болуы.

Эрадикациялық ем жүргізу кезіндегі қателіктер:
* ОЖ-мен ауыратын науқастарда H. pylori инфекциясының болуына тестілеудің болмауы, соның нәтижесінде пациенттер тек антисекреторлық ем алады;
* H. pylori-теріс ОЖ-мен дұрыс емделмеу;
* бекітілген схемаларға кірмейтін дәрілік препараттарды эрадикациялау схемаларында пайдалану (мысалы, H2-блокаторлар);
* препараттарды жеткіліксіз мөлшерде қолдану;
* эрадикация тиімділігінің төмендеуіне 10-14 күннің орнына 7 күндік эрадикация курстарын тағайындау әкеледі;
* белгіленген мерзімде эрадикация бақылауын жүргізуден бас тарту (түрлі себептер бойынша) ;
* пациентте консервативті емінің тиімсіздігі туралы қорытынды шығармас бұрын, емдеу мен тексерудің қолданыстағы хаттамаға қатаң сәйкестікте жүргізілгеніне көз жеткізу қажет.

Әрі қарай жүргізу:

Науқасты динамикалық бақылау, жылына 1 рет ФЭГДС, H. pylori инфекциясының диагностикасын жүргізу. Асқыну кезінде-эрадикциялық шыдамдылықты жүргізу. Үздіксіз қайталанатын курс кезінде-хирургтың кеңесі (әсіресе ІВА үшін).

Емдеу тиімділігінің индикаторлары және әдістер қауіпсіздігі:
* ГДЗ СО ойық жаралы ақауды емдеу;
* H. pylori тиімді эрадикациясы;
* ОЖ тұрақты ремиссиясын қамтамасыз ету;
* асқынулардың болмауы.

ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУ ТҮРІ КӨРСЕТІЛГЕН ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУҒА АРНАЛҒАН КӨРСЕТКІШТЕР:

Жоспарлы емдеуге жатқызу көрсеткіштері: амбулаториялық дәрі-дәрмек терапиясының тиімсіздігі.
Шұғыл ауруханаға жатқызу көрсеткіштері:
* аурудың асқынған түрлері;
* ауыр ауырсыну синдромы;
* амбулаториялық дәрі-дәрмек терапиясының тиімсіздігі;
* ілеспе аурулар.

IV) иллюстрациялық материал:қоса беріледі
V) әдебиет: соңында
Біз) бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық жағдайда жүргізу тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
6. Динамикалық бақылау.
7. Дәрігерлік-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

Тақырып №7: ЖТД-дағы созылмалы пиелонефрит.
II) Мақсаты: амбулаториялық негізде созылмалы пиелонефриттің диагностикасы және емі.
III) Дәріс конспектісі:
Созылмалы тубулоинтерстициалды нефрит – бүйрек түтікшелері мен интерстицийдің әртүрлі аурулармен немесе бірнеше жылдар бойы белгілі бір препараттарды және шөптік инфузияларды қолданумен байланысты біріншілік зақымдануы және өзекшелер мен бүйрек аралық қабатының склерозының үдемелі дамуымен сипатталады.

Клиникалық жіктелуі:
Формалары: ауырсынуды басатын нефропатия, литий терапиясы бар нефропатия, ауыр металдар мен сәулеленуден туындаған нефропатия.
Созылмалы бүйрек ауруларының халықаралық классификациясы, 2002:
- I кезең, GFR (шумақтық фильтрация жылдамдығы) - ≥ 90 мл/мин;
- II кезең, ЖҚЖ – 89-60 мл/мин;
- III кезең, ЖҚЖ – 59-30 мл/мин;

- IV кезең, ЖҚЖ - 29-15 мл/мин;
- V сатысы, GFR - 15 мл/мин аз (созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің соңғы сатысы).

Диагностикалық критерийлер:

Шағымдары мен анамнезі: аралас анальгетиктерді немесе стероид емес қабынуға қарсы препараттарды ұзақ қолдану (5 жыл бойына шамамен 3000 таблетка), бел аймағындағы колик (папиллярлы некрозбен), литий препараттарымен ұзақ емдеу, полиурия немесе зәр шығарудың төмендеуі, әлсіздік, әлсіздік. .

Объективті тексеру: пальпация кезінде бүйрек проекциясы аймағында ауырсыну, артериялық гипертензия болуы мүмкін.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:

1. Толық қан анализі
2. Зәрдің жалпы анализі.
3. Зәр белоктарының электрофорезі (құбырлы протеинурия).
4. Бүйректің ультрадыбыстық зерттеуі.
5. Креатинин, мочевина, зәр қышқылы, калий, натрий, кальций, фосфор, қалқанша маңы безінің гормонын анықтау.
6. Зәрдегі фенацетин метаболиттері мен ауыр металдарды анықтау.
7. Зимницкий сынағы.
8. Бактериялық зәр культурасы.
9. GFR есептеу
10. KShchS.
11. Натрийдің бөлінген үлесі (зәрмен)

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. FGDS
2. Сарысу ферритині.
3. Метемоглобин, сульфгемоглобин
4. ЭКГ
5. Бүйрек сопақшаларының некрозына күдіктенген кезде контрастсыз бүйректің КТ.

Зертханалық зерттеулер: мүмкін анемия, гематурия, стерильді лейкоцитурия, түтікшелі протеинурия, бүйрек функциясының үдемелі төмендеуі (концентрация және сүзу функциялары), құбырлы ацидоз белгілері, гиперкалиемия, нефрогенді қант диабеті (литий препараттарымен емдегенде) және басқа электролиттік бұзылулар.

Аспаптық зерттеу:

- Бүйрек УДЗ: бүйрек көлемінің кішіреюі, бүйрек коликасында тастардың болмауы (папиллярлы некроз), кисталар.
- бүйрек биопсиясы: интерстициальды фиброз, түтікшелік атрофия, папиллярлық некроз.

Дифференциалды диагностика

Белгісі	**Созылмалы пиелонефрит**	**Созылмалы гломерулонефрит**
Аурудың басталуы	Туылғанынан бүйрек патологиясы	жай, интеркурренті аурулардан соң жиі

Ісінулер	Сирек СБЖ болса	жиі
Жасы	Туылғанынан	Әртүрлі жастағы, жиі ұл балдар
Артериалды қысымы	Тән емес	Бүйрек функциясының зақымдалу деңгейіне байланысты
Жалпы симптомдар	СБЖ қосылса	Аздап
Физикалық тұрғыдан артта қалу	Тән емес	Тән емес
Жергілікті симптомдар	дизурия, гипертермия, бел жақта ауырсыну	Бел жақта ауырсыну, ісінулер
Дизурия	Қуықтың нейрогенді бұзылысы	Зәр шығару жолындағы инфекция
Лейкоцитурия	тән	Тән емес
Гематурия	Тән емес	тән
Синдром Пастернацкого	Жиі оң	Жиі теріс
Бүйректің конц-лық қабілетінің төмендеуі	СБЖ қосылса	Ісінулер айқын
УДЗ	Пиелонефрит белгілері, шекаралары айқын емес және жоғары эхогенділік белгілері, бтж деформациясы	Паренхима қалыңдауы
Тамырішілік урография	Пиелонефрит белгісі, бүйрек функциясы әр деңгейде бұзылған, туылғанынан бүйрек жетіспеушілгі	Уродинамиканың өзгерісі
цистография	Қуық өлшемінің өзгеруі, пішінінің өзгеруі	Патология жоқ
Цистоскопия	Цистит белгілері	Патология жоқ

Терапиялық тактика:
Дәрі-дәрмекпен емдеу:
Антибактериалды терапия (цефалоспориндер, аминогликозидтер, уросептиктер): біріншіден, препаратты таңдау эмпирикалық, содан кейін - микрофлораның сезімталдығына сәйкес. Антибиотиктерді парентеральді немесе парентеральді + ауызша тағайындау.
Қолдау емі 2 ай немесе одан да көп зәр анализін толық қалыпқа келтіргеннен кейін жүзеге асырылады.

Басқа емдеу әдістері:
анемияға – эритропоэтин препараттары (эпоэтин-альфа, бета, тета, дарбепоэтин), парентеральді енгізуге арналған темір препараттары (темір қант, темір декстран); минералды және сүйек аурулары үшін - фосфорды байланыстыратын заттар (севеламер карбонаты), D3 витаминінің белсенді түрі (альфакальцидол);
Асқазан-ішек жолынан асқынулар болған кезде – жараға қарсы терапия (протонды сорғы ингибиторлары, H2-гистаминдік рецепторлардың блокаторлары, антибиотиктер, аминокапрон қышқылы);
IMS бекітуге арналған бактерияға қарсы терапия: - грамтеріс флора: фторохиндер, (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин);
- резервтік антибиотиктер: амоксициллин-клавуланат, цефалоспориндер, имипенемдер.

Маңызды және қосымша дәрілік заттардың тізімі:
Маңызды дәрі-дәрмектер:
1. Гентамицин, бруламицин, 80 мг
2. Фурагин қойындысы., Нитроксалин қойындысы.
3. Цефалоспориндер 2 - 3 - 4 ұрпақ
4. Нистатин, линекс
5. Тиамин, пиридоксин
6. Цианокобальмин
7. Инфузиялық құрылғы
8. Новокаин, лидокаин.
Қосымша дәрі-дәрмектер
1. Актиферрин - таб., Сироп.
2. Гепарин, 25000МЭ, құты.
3.Мероперан, цефаклор

Алдын алу шаралары:
- вирустық, бактериялық, саңырауқұлақ инфекцияларының алдын алу
- электролиттік теңгерімсіздіктің алдын алу
- ҚҚСЖ дамуын бәсеңдету

Әрі қарай бақылау:
фильтрацияны, бүйректің концентрация функцияларын, зәр анализін, қан қысымын, бүйректің ультрадыбысын бақылау. (Амбулаторлық және стационарлық деңгейде жүргізіледі).
Тест сұрақтары (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық негізде басқару тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасының сұрақтары.
8. Алдын алу.

Тақырып № 8: ЖДТ-дағы теміржетіспеушілік анемия.

II) Мақсаты: амбулаторлық деңгейде теміртапшылықты анемияны диагностикалау және емдеу.

III) Дәрістің тезистері:

Теміртапшылықты анемия – анемиямен (гемоглобин деңгейінің ерлерде 130 г/л-ден, әйелдерде 120 г/л-ден төмен төмендеуі) және темір тапшылығымен (ТС 1<16%-ға төмендеуі және ферритин концентрациясының 1-ден төмен төмендеуі) клиникалық-гематологиялық **синдром.** TS at сарысулық темір деңгейіне байланысты есептелген көрсеткіш болғандықтан, ТТА критерийі де сарысудағы темірдің төмен деңгейі болып табылады.

Классификация:

Ауырлық деңгейіне байланысты ТТА жіктелуі:

I.Жеңіл (Hb90-120г/л)
II.Орташа (Hb70-89г/л)
III.Ауыр(Hb 70г/л төмен)

Этиологическая классификация ЖДА(по CamaschellaC., 2015 в модификации)

Себеп	Мысалдар
Темірді тұтыну жоғарылауы	Жасөспірімдік жаста жылдам өсу, етеккірлік қан жоғалту, екінші және үшінші триместрдегі жүктілік, қан донорлығы
Темірдің ағзаға түсуінің алиментарлы жеткіліксіздігі	Вегетериандық немесе басқа әлеуметтік себептермен темірді аз тұтыну.
Темір сіңуінің бұзылысы	Гастроэктомия, дуоденальді шунт, целиакия, ішектің қабынулық аурулары, атрофиялық гастрит
Созылмалы қан жоғалтулар	Асқазан-ішек жолдарынан: эзофагит, гастрит, асқазан жарасы, он екі елі ішектің ойық жарасы, дивертикулоз, асқазан-ішек жолдарының ісіктері, ішектің қабыну ауруы, ангиодисплазия, геморрой, паразитоз, жасырын қан кету Жыныс және зәр шығару жолдарынан: көп және/немесе ұзартылған етеккір, тамырішілік гемолиз (соның ішінде пароксизмальды түнгі гемоглобинурия, суық антиденелермен аутоиммунды гемолитикалық анемия, маршты гемоглобинурия, микроангиопатиялық гемолиз, эритроциттердің зақымдалуы) Жүйелі қан кетулер, соның ішінде геморрагиялық телеангиэктазия, созылмалы шистосомоз, Мюнхаузен синдромы
Дәрілік заттармен байланысты	Глюкокортикостероидтар, салицилаттар, ҚҚСЕП

Тұқымқуалаушылық	IRIDA (TMPRSS6 геніндегі мутация) және сирек себептер
Эритропоэз	Анемихронды аурулар, созылмалы бүйрек ауруларын эритропоэтиндермен емдеу

Диагностикакритерилері

ТТА келесі клиникалық формаларын ажыратады:
- постгеморрагиялық теміртапшылықты анемия;
- агастральді немесе анэнтеральді теміртапшылықты анемия;
- жүктілер ТТА;
- ерте хлороз;
- кеш хлороз.

Шағымдар мен анамнез
Науқастар әлсіздікке, бас айналуға, жүректің соғуына, бас ауыруына, көз алдында бұлыңғырлануға, кейде жүктеме кезінде ентікпеге, талмаларға, тексеру кезінде: трофикалық бұзылыстарға, сидеропениялық глоссит көріністеріне, дәм сезудің бұзылуына, иістерге шағымдануы мүмкін.

Инструменталық зерттеулер
ФГДС те: өңеш сілемейінде мүйіздену, асқазан сілемейлі қабатында атрофиялық өзгерістер ахилиямен.

Мамандар консультациясы үшін көрсетімдер
- гастроэнтеролог - асқазан-ішек жолдары ағзаларынан қан кету;
- стоматолог - қызыл иектен, мұрыннан қан кету;
- онколог - қан кету себебі болып табылатын қатерлі зақымданулар;
- нефролог - бүйрек ауруларын алып тастау;
- фтизиатр - туберкулез кезіндегі қан кетулер;
- пульмонолог - бронх-өкпе жүйесінің аурулары кезінде қан жоғалту;
- гинеколог - жыныс ағзаларынан қан кету, гиперполименорея, жиі жүктілік;
- эндокринолог - қалқанша без функциясының төмендеуі, диабеттік нефропатияның болуы;
- проктолог - ректальді қан ағу;
- инфекционист - гельминтоз белгілері болса.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:
1. Қанның жалпы анализі, тромбоциттер, ретикулоциттерді анықтаумен.
2. Қан сарысуындағы темір.
3. Қан сарысуындағы ферритин.
4. Зәрдің жалпы анализі - дифференциалды диагноз үшін.
5. Жасырын қанға нәжіс - ішкі қан кетулерді алып тастау үшін.
6. ЭФГДС - асқазан сілемейін тексеру үшін, қан кетулерді алып тастау үшін.
7. Гематолог консультациясы.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:
1. Қанның биохимиялық анализдері: жалпы билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, жалпы ақуыз, қанның қанты.
2. Флюорография.

3. Колоноскопия.
4. Гинеколог консультациясы.
5. Гастроэнтеролог консультациясы.
6. Уролог консультациясы.
7. Хирург консультациясы.

Емдеу тактикасы: барлық жағдайда анемия себебін анықтау қажет, анемия себебі болған ауруды емдеу.
Ем мақсаты: темір тапшылығын толтыру, анемия симптомының регрессін қамтамасыз ету.
Дәрі-дәрмексіз ем: Фармакологиялық емге тәуелсіз түрлі диета ұсынылады, барлық тамаққа ет қосу.
Дәрі-дәрмектік ем:
ТТА ауруының негізінде жататын ем әрі қарай темірді жоғалтудың алдын алуы қажет, бірақ анемияны түзету және организмдегі қорды толтыру үшін, барлық емделушілерге темір препараттарымен терапия тағайындау қажет.
Темір сульфаты ** 200 мг тәулігіне 2-3 рет, сонымен қатар темір глюконаты мен фумараты да тиімді. Аскорбин қышқылы темір адсорбциясын жақсартады және жаман жауап кезінде ескерілуі қажет.
Парентералдық енгізу кем дегенде екі оралдық препараттарды көтере алу кезінде қолданылуы қажет. Парентералдық енгізу тиімділік жағынан оралдықтан асып түспейді, бірақ өте ауыр сезімді, қымбат және анафилаксиялық реакция шақыруы мүмкін.
Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі
Негізгі дәрі дәрмектер тізімі:
1. **Құрамында 30 мг кем емес темір бар, темір тұздарының біркомпонентті және қосылған препараттары, капсула, драже, таблетка.
2. *Темір сульфат моногидрат 325 мг, табл.
3. **Аскорбин қышқылы, таблетка, драже 50 мг.
4. **Фоли қышқылы, таблетка 1 мг.

Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі: Поливитаминдер.
Ем тиімділігінің индикаторлары: симптоматиканы төмендету және гемоглобиннің қалыпты көрсеткіштеріне қол жеткізу.
* - Негізгі (өмірге маңызды) дәрілік заттар тізіміне кіретін препараттар.
** - Амбулаторлық ем кезіндегі рецепт бойынша дәрілік заттар тегін және жеңілдікпен берілетін ауру түрлерінің тізіміне кіреді.
Госпитализациялауға көрсетімдер: Hb 70 г/л аз, ЖҚЖ тарапынан айқын симптоматика, әлсіздікті көтере алмау; қан кету көздерін анықтау қажет; асқазан ішек жолдарының жоғары бөлігінен кеткен қан кетулерді емдеу; жүрек функциясының жеткіліксіздігін емдеу.
IV)Иллюстрациялық материал:бар
V)Әдебиеттер:соңында.
VI)Қорытынды сұрақтар (кері байланыс):
1.Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық жағдайда жүргізу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіш.

6. Динамикалық бақылау.
7. Дәрігерлік – еңбектік сараптаманың сұрақтары.
8. Профилактика.

№ 9 тақырып: ОВП тәжірибесіндегі қант диабеті.

II. Мақсаты: амбулаториялық деңгейде ОВПна практикасында қант диабетін диагностикалау және емдеу.

III. Дәріс тезисі:

Қант диабеті(қант диабеті)–бұл созылмалы гипергликемиямен сипатталатын метаболикалық (метаболикалық)аурулардың тобы, бұл құпия инсулиннің, инсулиннің немесе актинсулиннің бұзылуының нәтижесі болып табылады. Қант диабетіндегі созылмалы гипергликемия әртүрлі ағзалардың,әсіресе көздің,бүйректің,нервтердің, жүрек пен қан тамырларының зақымдалуымен,дисфункциясымен бірге жүреді.

Жіктелуі:

ДК клиникалық жіктелуі

ҚД 1типі	Әдетте кабсолюттік инсулин жеткіліксіздігіне әкеп соғатын қарыншалық жасушаны деструкциялау
ҚД 2 типі	Инсулинге төзімділік аясында инсулиннің үдемелі бұзылуы
ҚД басқа спеификалық типі	-жасушалардың генетикалық ақаулары;−инсулиннің генетикалық ақаулары; - ұйқы безінің экзокринді бөлігінің аурулары; - индукцияланған дәрілік препараттарнемесе химиялық заттармен (АҚТК/ЖҚТБ-ны емдеу кезінде); - эндокринопатия; - инфекциялар; - СКД біріктірілетін басқа генетикалық синдромдар
Гестационды ҚД	Жүктілік кезінде пайда болады

Диагностикалық критериялар:

Шағымдар

* әлсіздік;
* дімкәстік;
* жұмыс қабілетінің төмендеуі;
* апатия;
* тері және қынап қышуы.
* полиурия;
* полидипсия;
* шағымдарға мерзімді бұлыңғыр көру;
* аяқтардағы жылу сезімі;
* аяқ-қолдардың құрысуы және түнгі уақытта парестезиялар;
* аяқтардағы тері мен тырнақтың дистрофиялық өзгерістері.

Анамнез:

Ауру әдетте 40 жастан асқан кезде көрінеді,оның алдында метаболикалық синдром компоненттерінің болуы (семіздік,артериялық гипертензия және т.б.).

Физикалық тексеру:

Пациенттер СД 2 типі бар:

* белгілері: висцеральды семіздік, АГ, қара акантоз; * бауыр мөлшерінің ұлғаюы;
* дегидратация белгілері (құрғақ тері, тері, терінің төмендеуі, гипотония);
* гипокалиемия белгілері (экстрасистолия, бұлшықет әлсіздігі, ішек атониясы);
* нейропатия белгілері(парестезия, дистрофиялық өзгерістер, асқазан жарасы).

Зертханалық зерттеулер:

* қан глюкозасын анықтау;
* Анықтау Hba1c.

Гликемияның басқа бұзылуларының диагностикалық критерийлері

Анықтау уақыты	Глюкозаның концентрациясы, ммоль/л*	
	Тұтас капиллярлық қан	Веноздық плазма
Қалыпты		
Аш қарынға	< 5,6	< 6,1
Тамақтанған соң 2 сағаттан кейінгі ПГТТ	< 7,8	< 7,8
Қант диабеті		
Аш қарынға	≥ 6,1	≥ 7,0
Тамақтанған соң 2 сағаттан кейінгі ПГТТ	≥ 11,1	≥ 11,1
немесе кездейсоқ анықтау	≥ 11,1	≥ 11,1

HbA1c (гликозилденген гемоглобин) қант диабетінің диагностикалық өлшемі ретінде:

Қант диабетінің диагностикалық критерийі ретінде hbalc ≥6,5%(48 ммоль/моль) деңгейі таңдалды. Hbalc 5,7% деңгейі қалыпты деп саналады,оның анықтамасы стандартты Diabetes Control and Complications Trial(DCCT) бойынша national Glicohemoglobin Standardization Program (NGSP) үйімен жүргізілген.

Құрылыс метаболикалық декомпенсация белгілері болмаған жағдайда диагнозды диабеттік диапа аймағында орналасқан екі санның негізінде қою керек, мысалы, екі рет анықталған HbAlc немесе бір рет hbalc + глюкоза деңгейінің бір рет анықтамасы.

Диагностикалық критерийлер



ПГТТ дан 2 сағаттан кейінгі гликемия≥ 11,1	**Классикалық гипергликемия симптомдары бар науқаста кез келген уақытта гликемия ≥11,1 ммоль/л**

Аспаптық зерттеулер (көрсеткіштер бойынша):

* ЭКГ-ырғақ,ишеми және миокард бұзылыстарын, миокард гипертрофиясының белгілерін, систолалық шамадан тыс жүктемені анықтау үшін;
* ЭхоКГ-миокардтың жекелеген учаскелері, ишемия аймақтары дистрофиясының белгілерін анықтау,шығарылу фракциясының көрсеткіштерін төмендету, жүрек қуыстарының кеңеюі, гипертрофия және миокард;
* Іш қуысы ағзаларының УДЗ– қатар жүретін патологияны анықтау үшін;
* Төменгі аяқтың ультрадыбыстық тамырлары–қан ағымының жылдамдық көрсеткіштерінің көрінісі;
* холтер мониторлау-АД, аритмияның жасырын көтерілуін анықтау үшін;
* система СМГ-тәулік бойы үздіксіз мониторинг жүргізу және қантты төмендететін терапияны түзету,пациенттерді оқыту және оларды емдеу процесіне тарту әдісі;
* аяқтың рентгенографиясы–диабеттік аяқтың тіндеріне зақым келтіру үшін;
* микробиологиялық зерттеулер: рационалды антибиотикалық терапия үшін;
* төменгі аяқтың электромиографиясы-диабеттік нейропатияны ерте диагностикалау үшін.

Мамандардың кеңес беруіне арналған көрсеткіштер

Маман	Консультация мақсаты
Офтальмолог консультациясы	Көздің диабеттік зақымдануын диагностикалау және емдеу үшін
Невролог консультациясы	Диабеттің асқынуын диагностикалау және емдеу үшін-көрсеткіштер бойынша
Нефролог консльтациясы	Диабеттің асқынуын диагностикалау және емдеу үшін-көрсеткіштер бойынша
Кардиолог консультациясы	Диабеттің асқынуын диагностикалау және емдеу үшін-көрсеткіштер бойынша
Ангиохирург консультациясы	Диабеттің асқынуын диагностикалау және емдеу үшін-көрсеткіштер бойынша

Қант диабетінің 2типінің диагностикасын алгоритмдеу

ҚД 2 типті скрининг әдістері

2 типті қант диабеті бар пациенттерді анықтау үшін скринг жүргізіледі. 2 типті қант диабеті скринингі аш қарынға гликемияның үйлесімсіздігімен байланысты.Нормогликемия немесе аш қарынға гликемияның бұзылуы (НГН) анықталған жағдайда– 5,5 ммоль/ л артық, бірақ капиллярлық қан бойынша 6,1 ммоль/л аз,6,1 ммоль/л артық,бірақ веноздық плазма бойынша 7,0 ммоль/л аз болғанда пероральді глюкозото-лерантноготест (ПГТТ) жүргізу тағайындалады.

Пгттне жүргізіледі:

* жедел ауру аясында;

* гликемия деңгейін жоғарылататын препараттарды қысқа уақыт қабылдау аясында (глюкокортикоидтар, тиреоидты гормондар, тиазидтер, бета-адреноблокаторлар).)

ПГТТ таңертең кем дегенде 3 күндік шектеусіз тамақтану аясында жүргізілуі керек (күніне 150 г-нан астам көмірсулар).Тест алдында кем дегенде 8-14 сағат бойы түнгі ораза ұстау керек (су ішуге болады).Аш қарынға қан алғаннан кейін сыналушы 5 минут ішінде су глюкозасы немесе 82,5 г моногидратаглюкозсыз 250-300 мл су ішуі керек.Дене салмағының кг-на 1,75 г су глюкозасы жоқ,бірақ 75 г артық емес.

Скринингті жүргізуге көрсеткіштер: асимптоматикалық диабет

*Скринингке ИМТ≥25кгм 2 және төменде санамаланған факторлары бар барлық тұлғалар жатады:

* аз қозғалмалы өмір салты;
* қант диабетімен ауыратын туыстық қатері1-туыс; * қант диабетінің жоғары қаупі бар этникалық популяциялар;
* анамнезінде босанған ұрығы бар немесе белгіленген гестациялық қант диабеті бар әйелдер;
* гипертензия (≥140/90 мм рт.ст.гипертензияға қарсы терапия стилі);
* LPVP0 деңгейі,9mmol/l (немесе35mg/DL)және/немесе триглицеридтер деңгейі2,82mmol/l (250mg / DL);
* HbAlc≥5,7% глюкозаға төзімділіктің немесе аш қарынға бұзылған гликемияның болуы;
* сыртартқысындағы кардиоваскулярлық аурулар;
* синсулинге төзімділікпен астасқан басқа клиникалық жай-күйлер (оның ішінде ауыр дәрежелі күй, қара акантоз);
* поликистозды аналық синдром.

Егер тест қалыпты болса, оны әр 3 жыл сайын қайталау керек. Тәуекел факторлары болмаған жағдайда скрининг 45 жастан асқан барлық адамдарға жүргізіледі. Егер тест қалыпты болса, оны әр 3 жыл сайын қайталау керек.

Дифференциалды диагноз

1 типті ҚД және 2 типті ҚД дифференциалды диагностикасының критерийлері

ҚД 1 тип	ҚД 2 тип
Жас, жедел басталу (шөлдеу, полиурия, салмақ жоғалту, ацетонның болуы)	Семіздік, АГ, аз қозғалмалы өмір салты, жақын туыстарында қант диабетінің болуы
Ұйқы безі аралдарының β-жасушаларының аутоиммунды деструкциясы	Жасушалардың секреторлық дисфункциясы үйлесіміндегі инсулинге төзімділік
ИРИ төмен деңгейі, с-пептид, арнайы антиденелердің жоғары титрі: GAD, IA-2, от жасушалары	Қанның жоғары деңгейі, с-пептидтері, арнайы антиденелердің болмауы:Gad, IA-2, Арал жасушаларына

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ:

Амбулаториялық емдеу жедел асқынуларсыз СД2 типті науқастарға жатады.

Емдеу мақсаттары:

* иНвА1с жеке мақсатты деңгей гликемиясына қол жеткізу;
* қан қысымын қалыпқа келтіру;
* липидтер алмасуын қалыпқа келтіру;

* қант диабеті асқынуларының алдын алу.

HbAlc-тің осы мақсатты деңгейлеріне плазма глюкозасының пре / постпрандиалды деңгейінің

мынадай нысаналы мәндері сәйкес келеді

HbAlc	Глюкозаплазмы натощак/ передедой, ммоль/л	Глюкоза плазмы через 2 часа послееды, ммоль/л
< 6,5	< 6,5	< 8,0
< 7,0	< 7,0	< 9,0
< 7,5	< 7,5	<10,0
< 8,0	< 8,0	< 11,0

Липидті алмастыру ҚД нысаналы көрсеткіштері

Қауіп тобы	Целевые значения ХСЛПНП, ммоль/л
Орташа жүрек-тамыр қаупі бар	<2,6
Жүрек-қан тамырлары қаупі жоғары	<1,8
Өте жоғары жүрек-тамыр қаупі бар	<1,4илиснижениена 50%

Возраст	Систолическое АД, ммрт. ст.	Диастолическое АД мм рт.ст. *
18-65лет	≥ 120 и<130	≥ 70и <80
> 65лет	≥ 130 и<140	

2 типті ДК емдеу тактикасы:

• Диетотерапия;

* Дене белсенділігі;
* Оқыту және өзін-өзі бақылау;
* Қантты төмендететін дәрілер.

Дәрілік емес емдеу:

* № 9 Диета
* Физикалық белсенділік-жүрек-тамыр жүйесінің жағдайын ескере отырып * диабет мектебінде Оқу
* Өзін-өзі бақылау және СМГ (глюкозаның тәуліктік үздіксіз мониторингі)

Дәрі-дәрмекпен емдеу:

*Қантты төмендететін емді(қст)бастау мен қарқындатудың жалпы принциптері:

* 2 типті қант диабеті диагнозы мен науқастың жағдайы анықталған тәуелділіктің емдеу тактикасын стратификациялау;
* HBA1 деңгейі бойынша ТМС тиімділігінің мониторингі әрбір 3 айда қатар жүргізіледі;

* тиімділігі кезінде АҚҚ-ны өзгерту(интенсификациялау) (яғни HbA1c жеке мақсаттарына қол жеткізудің болмауы) 3-6 айдан кеш емес орындалады.

Негізгі дәрілік заттардың тізбесі (қолдану ықтималдығының 100% - ы бар):

Фармакологическая группа	**Международное непатентованное наименование ЛС**
Препараты СМ	Гликлазид
	Глимепирид
	Глибенкламид
Глиниды	Репаглинид
Бигуаниды	Метформин
ТЗД (глитазоны)	Пиоглитазон
Ингибиторы α-глюкозидазы	Акарбоза
арГПП-1	Дулаглутид
	Лираглутид
	Ликсисенатид
	Эксенатид
иДПП-4	Ситаглиптин
	Алоглиптин
	Вилдаглиптин
	Линаглиптин
иНГЛТ-2	Эмпаглифлозин
	Дапаглифлозин
	Канаглифлозин
Комбинированные	Ситаглиптин+Метформин
препарты	Алоглиптин+Метформин
	Вилдаглиптин+Метформин
	Линаглиптин+Метформин
	Дапаглифлозин+Метформин
	Эмпаглифлозин+Метформин
	Канаглифлозин+Метформин
	Линаглиптин+Эмпаглифлозин
Инсулиныультракороткого	Инсулинлизпро
действия(аналогиинсулина человека)	Инсулинаспарт
	Инсулинглулизин

Инсулины короткого действия	Инсулинрастворимый человеческий генно-инженерный
Инсулинысреднейпродолжительности действия	Изофан-инсулин человеческий генно-инженерный
Инсулины длительного действия(аналогиинсулина человека)	Инсулингларгин 100 ЕД/мл
	Инсулиндетемир 100 ЕД/мл
Инсулины сверхдлительногодействия	Инсулиндеглудек
(аналоги инсулина человека)	Инсулингларгин300 ЕД/мл
Готовыесмесиинсулиновкороткогодействияи НПХ-инсулинов	Инсулиндвухфазный человеческий генно-инженерный
Готовыесмесианалоговинсулинаультракороткогодействияи	Инсулинлизпродвухфазный 25/75
протаминированных аналоговинсулинаультракоротк	Инсулинлизпродвухфазный 50/50
ого действия	Инсулинаспартдвухфазный
Готовыекомбинации Аналоговинсулина сверхдлительного действияианалогов инсулинаультракороткогодействия	Инсулиндеглудек+ Инсулинаспартвсоотношении 70/30
Комбинированные инъекционные препараты	Инсулингларгин+ ликсисенатид
длительного и сверхдлительного инсулина и арГПП-1	Инсулиндеглудек + лираглутид

Қантты төмендететін препараттардың салыстырмалы тиімділігі, артықшылықтары мен кемшіліктері:

Қантты төмендететін препараттардың салыстырмалы тиімділігі, артықшылықтары мен кемшіліктері:

Препараттобы	Снижение HbA1cна моноте-рапии, %	Артықшылықтары	Недостатки	Примечания
Инсулинге төзімділікке әсер ететін дәрілер				

МФ	1,0 – 2,0	- гипогликемия қаупі-төмен - дене салмағына әсер етпейді - липидтік Профильді жақсартады-тіркелген комбинацияларда қол жетімді (см, иДПП-4, ин-ГЛТ2) - 2 типті ҚД және семіздікпен ауыратын пациенттерде миокард инфарктісінің қаупін төмендетеді-нтг бар көшелердің 2 типті ҚД даму қаупін азайтады -төмен баға	- асқазан-ішек жайсыздығы - потенциалды кардиопротекти вті әсер (СМ үйлесімінде дәлелденбеген) – лактоацидоздың даму қаупі (сирек)	Бауыр жеткіліксіздігі; гипоксиямен қатар жүретін аурулар; алкоголизм; кез келген генездегі ацидоз; жүктілік және лактация кезінде СКФ< 45 мл/мин кезінде қолдануға болмайды. Препарат рентгенді контрастылы емшараларды орындағанға дейін және одан кейін 2 тәулік ішінде жойылуы тиіс.
ТЗД (глитазондар пиоглитазон	0,5-1,4	- макро-құрысу-асқынулары қаупінің төмендеуі (пиоглитазон) - гипогликемияның төмен қаупі-жақсарту қан липидтері - әлеуетті ағынды β-жасушаларға қатысты әсер-нтг бар-көшелердің 2 типті СД даму қаупін төмендету	- дене салмағының артуы - шеткергі ісінулер - әйелдерде құбырлы сүйектердің сыну қаупінің артуы - әрекеттің баяу басталуы-жоғары баға	Бауыр ауруларында;кез келген генездің ісінуінде; кез келген функционалдық кластың жүрек жеткіліксіздігінде; нитраттарды қабылдаумен үйлесімде ЖИА; кетоацидозда; инсулинмен үйлесімде; жүктілік және лактация кезінде қарсы көрсетілімдері бар

Инсулин секрециясын ынталандыратын дәрілер (секретагогтар)

ПрепаратыСМ – гликлазид –глимепирид-глибенкламид	1,0 – 2,0	- әсерге жылдам қол жеткізу - микроваскулярлық асқынулардың тәуекелін жанама түрде төмендетеді - нефро-және кардиопротекция (гликлазид) - төмен баға	- гипогликемия қаупі - ренгенконтрасттің жылдам дамуы - дененің өсуі -жүрек-қан тамырлары қауіпсіздігі туралы нақты деректер жоқ, әсіресе МФ	Бүйрек (гликлазидтен,глимепиридтен басқа) және бауыр жеткіліксіздігі; кетоацидоз;жүктілік және лактация кезінде қарсы.
Глиниды –репаглинид	0,5 – 1,5	- постпрандиалды гипергликемияны бақылау - әрекеттің жылдам басталуы - тұрақты емес тамақтану режимі бар көшелер пайдаланылуы мүмкін	- гипогликемия қаупі (СМ-мен салыстырайық) - дененің өсуі - ұзақ мерзімді тиімділік пен қауіпсіздік туралы ақпарат жоқ - тазалау әдістерінің көптігін қолдану - жоғары баға	Бүйрек (репаглинидтен басқа)және бүйрек жеткіліксіздігі; кетоацидоз;жүктілік және лактация кезінде қарсы.
Инкретин белсенділігі бар құралдар				
иДПП-4 –ситаглиптин– вилдаглиптин – линаглиптин– алоглиптин	0,5 – 1,0	- гипогликемияның төмен қаупі - дене салмағына әсер етпейді – бекітілген СМФ комбинацияларында бар-β-жасушаларға қатысты әлеуетті протективті әсер	- ситаглиптинде панкреатиттің әлеуетті қаупі (расталмаған) - ұзақ мерзімді тиімділік пен қауіпсіздік туралы ақпарат жоқ - жоғары баға	Тиісті дозасы бар терминалды дозаны қоса алғанда,БСА-ның барлық стадияларында қолдану мүмкіндігі (линаглиптинсіз доза).Бауырдың ауыр жеткіліксіздігінде (линаглиптиннен басқа); ке-тоацидозда; жүктілік пен лактацияда қарсы көрсетілімдері бар

арГПП-1 –эксенатид– лираглутид -ликсисенатид - дулаглутид	0,8 – 1,8	- гипо-гликемия қаупінің төмендігі –дене массасының төмендеуі - АҚ төмендеуі - β-жасушаларға қатысты әлеуетті протективті эффект	- асқазан-ішек дискісі- форт - антиденелердің түзілуі (негізінен эксенатидте) - панкреатиттің әлеуетті қаупі (расталмаған) – инъекциялық енгізу нысаны -ұзақ мерзімді тиімділік және қауіп-қатер туралы ақпарат жоқ - жоғары баға	Ауыр бүйрек және бауыр жетіспеушілігінде; кетоацидозда;жүктілік пен лактацияда қарсы.

Средства,ингибирующие реабсорбциюглюкозы впочках				
Глюкозаның сіңуін бөгейтін дәрілер				
Ингибитор альфа-глюкозидаз – акарбоза	0,5 – 0,8	- дене салмағына әсер етпейді - гипогликемия қаупінің төмендігі-қауіпті төмендетеді НТГ бар адамдарда 2 типті ДК дамыту	- асқазан-ішек дискісі- форт - төмен тиімділік-тәулігіне 3 рет қабылдау	Асқазан-ішек ауруларына қарсы; бүйрек және бауыр жеткіліксіздігі; кетоацидоз; жүктілік және лактация.

Ингибиторы НГЛТ-2 –дапаглифлозин – эмпаглифлозин – канаглифлозин	0,8-0,9	- гипогликемия қаупі төмен - дене салмағының төмендеуі - әсер қандағы инсулиннің болуына байланысты емес - АҚ орташа төмендеуі -жалпы және жүрек-қантамыр өлім-жітімін,жиі-жиі ауруханаға жатқызуды төмендету ЖҚА расталған көшелердің СЖЖ	- урогенитальды инфекциялар қаупі - гиповолемия қаупі-кетоацидоз қаупі-жоғары баға	Кетоацидоз, жүктілік, лактация, СКФ төмендеуі кезінде қарсы көрсетілімдері:< 60 мл/мин /1,73 м2 (дапаглифлозин) < 45 мл/мин /1,73 м2. Тағайындау кезінде сақтық қажет: - егде жаста (қолдану нұсқаулығын қараңыз) - созылмалы уро-нитальды инфекцияларда - диуретиктерді қабылдау кезінде Препарат рентгендік контрасттық процедуралардан,үлкен хирургиялық араласулардан кейін 2 күн ішінде ауыстырылуы керек.

ИНСУЛИНЫ

Инсулины	1,5 – 3,5	- жоғары тиімділік-микро-және макро-тамырлы асқынулар	гипогликемияның жоғары қаупі - дененің өсуі - гликемияны жиі бақылауды талап етеді - инъекциялық түрі - салыстырмалы түрде жоғары баға	Ішуге қарсы көрсетілімдер мен шектеулер жоқ. Инсулиндер-биологиялық өнімдер иониневзаимозамен алмастырылады. Инсулиндерді ауыстыру кезінде "пайда-қауіп"үздіксіз бағасын беру мәселесін ескеру қажет[44-46].

Әрі қарай жүргізу:
2 типті ҚД пациенттерінде динамикалық бақылауды талап ететін зертханалық көрсеткіштер тізбесі:
2типа:

Лабораторлы көрсеткіш	**Тексеру жиілігі**
Гликемияның өзін-өзі бақылауы	Аурудың дебютінде және декомпенсация кезінде–күн сайын бірнеше рет. Ең алыс,түрге байланысты: - интенсификацияланған инсулин терапиясында: кемінде 4 рет
	күн сайын; - ПССТ және/немесе агпп-1И / немесе базальды инсулинге: тәуліктің әртүрлі уақытында тәулігіне кемінде 1 рет + аптасына 1 гликемиялық профиль (тәулігіне кемінде 4 рет) ; - инсулиннің дайын қоспаларында: әр уақытта 2 реттен кем емес +аптасына 1 гликемиялық профиль (күніне 4 реттен кем емес);
HbAlc	3 айда 1рет
Қанның биохимиялық талдауы (жалпы ақуыз, холестерин, ХС ЛПНП,ХСЛПВП, триглицеридтер, билирубин,АСТ, АЛТ, креатинин, СКФ, К, Na,)	Жылына 1рет
ЖҚА	Жылына 1рет

2 типті ДК пациенттерінде динамикалық бақылау үшін қажетті аспаптық зерттеулердің тізбесі

Метод инструментального обследования	Частотаобследования
СМГ	Попоказаниям, нереже4-храз вгод
Контроль АД	Прикаждомпосещенииврача.При наличииАГ– самоконтроль АД
Осмотрногиоценкачувствительности стоп	При каждомпосещении врача
ЭНГ нижнихконечностей	1раз вгод
ЭКГ	1раз вгод
ЭКГ(с нагрузочными тестами)	1раз вгод
Рентгенография органов грудной клетки	1раз вгод
УЗДГсосудовнижнихконечностейи почек	1раз вгод
УЗИ органовбрюшной полости	1раз вгод

Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері:
* НвА1с және гликемияның жеке мақсаттарына қол жеткізу;
* мақсатты көрсеткіштерге қол жеткізу;
* мақсатты деңгейлерді төмендету;
* өзін-өзі бақылауға ынталандыруды дамыту

ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУ ТҮРІ КӨРСЕТІЛГЕН ЕМДЕУГЕ ЖАТҚЫЗУ ҮШІН КӨРСЕТКІШТЕР:

Жоспарлы емдеуге жатқызуға арналған көрсеткіштер:
* көмірсу алмасуының декомпенсация жағдайы амбулаторныхусловиях;
* бір ай және одан көп уақыт бойы жиі ауысатын гипогликемия;
* 2 типті асқынулардың прогрессия-неврологиялық тамыр(ретинопатия,нефропатия) ;
* жүкті ssd2 жүктілік кезінде анықталған тип.

Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері:
* комалар-гиперосмолярлы, гипогликемиялық, кетоацидотикалық, сүт қышқылы.

IV) иллюстрациялық материал: қоса беріледі

V) әдебиет: соңында

VI)бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық жағдайда жүргізу тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.

6. Динамикалық бақылау.
7. Дәрігерлік-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

№ 10 тақырып: АМСК деңгейінде емдеу-алдын алу көмегін ұйымдастыру.

II. Мақсаты: амбулаториялық-емханалық деңгейде балаларға консультациялық, диагностикалық, емдеу-профилактикалық көмек көрсету, диспансерлеу және медициналық оңалту қағидаларымен таныстыру.

III. Дәріс тезисі:

Амбулаториялық-емханалық деңгейде педиатриялық көмекті ұйымдастыру

Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары өз қызметін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2011 жылғы 5 қаңтардағы № 7 бұйрығымен бекітілген (нормативтік және құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізімінде № 6774 болып тіркелген) амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы Ережеге сәйкес жүзеге асырады.

Босандыру ұйымынан немесе көп бейінді стационардың аудандық бөлімшесінен шығарылған күннен бастап баланың дамуына № 907 бұйрықпен бекітілген № 112 нысанға сәйкес жүзеге асырылады.

Амбулаториялық-емханалық деңгейде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрығымен бекітілген Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларына және азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына бекіту қағидаларына (нормативтік және құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізімінде № 11268 болып тіркелген) сәйкес жүргізіледі. :

1) балаларға консультациялық, диагностикалық, емдік көмек, диспансерлеу және медициналық оңалту жүргізу;

2) патронаждық қызметтің әмбебап-прогрессивті моделіне сәйкес жүкті әйелдерге, жаңа туған нәрестелерге және ерте жастағы балаларға патронаждар және белсенді түрде бару;

3) "Қарсы профилактикалық егулер жүргізілетін аурулардың тізбесін, оларды жүргізу қағидаларын және жоспарлы егулерге жататын халық топтарын бекіту туралы"Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы № 2295 қаулысымен бекітілген профилактикалық егулердің мерзімдеріне сәйкес вакцинациялауды жоспарлау, ұйымдастыру және жүргізу" ;

4) көрсетілімдер болған кезде балаларды бейінді мамандарға консультацияға жіберу;

5) жіті және созылмалы ауруларды анықтау, шұғыл және жоспарлы емдеу іс-шараларын уақтылы жүргізу;

6) көрсетілімдер болған кезде балаларды тәулік бойы стационарға, күндізгі стационарға жіберу және үйде стационарды ұйымдастыру;

7) диспансерлік есепте тұрған созылмалы аурулары бар балаларды динамикалық бақылау, емдеу және сауықтыру;

8) қалпына келтіру емі және медициналық оңалту;

9) "скринингті ұйымдастыру қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 9 қыркүйектегі № 704 бұйрығына (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6490 болып тіркелген) сәйкес ерте жастағы балалардың туа біткен

патологиясы мен психофизикалық дамуының, көру және есту функцияларының бұзылуын анықтау үшін скринингтік тексерулер жүргізу;

10) мектепке дейінгі немесе мектеп мекемелеріне түсер алдында балаларды сауықтыруды ұйымдастыру;

11) ата-аналармен және отбасы мүшелерімен немесе олардың заңды өкілдерімен ұтымды тамақтану, балалар ауруларының профилактикасы және салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері бойынша ақпараттық жұмыс жүргізу.

Медициналық ұйымда (немесе медицина пунктінде) балаларға шұғыл медициналық көмек көрсету Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызмет сапасы жөніндегі біріккен комиссиясы бекіткен диагностика мен емдеудің клиникалық хаттамаларына сәйкес жүзеге асырылады.

Балаларға шұғыл медициналық көмек көрсету үшін медициналық ұйымда (немесе медициналық пунктте) клиникалық хаттамаларға сәйкес дәрілік заттар мен медициналық мақсаттағы бұйымдардың болуы қамтамасыз етіледі

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық қызмет сапасы жөніндегі біріккен комиссиясы бекіткен диагностика және емдеу.

Амбулаториялық-емханалық деңгейде жедел медициналық көмек көрсетуге арналған дәрі-дәрмектер мен медициналық мақсаттағы бұйымдар өңделетін материалдан жасалған арнайы пластикалық "чемодандарда" болады, олар оңай тасымалданады және ыңғайлы және қол жетімді жерде орналастырылады.

Пациентке көрсетілген шұғыл медициналық көмектің көлемі жүрек жиырылуының жиілігін, артериялық қысымның, пульстің деңгейін, дене температурасын, дәрілік препараттың атауы мен дозасын, енгізу әдістері мен уақытын көрсете отырып, тағайындау және бақылау парағында тіркеледі.

Білім беру ұйымдарының білім алушылары мен тәрбиеленушілеріне медициналық көмек көрсету Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 7 сәуірдегі № 141 Бұйрығымен (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15131 болып тіркелген) бекітілген Білім беру ұйымдарының білім алушылары мен тәрбиеленушілеріне медициналық көмек көрсету қағидаларына сәйкес жүзеге асырылады.

Созылмалы аурулар анықталған кезде № 907 бұйрықпен бекітілген № 025/е нысаны бойынша амбулаториялық науқастың медициналық картасына тексеру жазумен, жүргізу жоспарын жасаумен, № 907 бұйрықпен бекітілген № 30/е нысаны бойынша диспансерлік бақылаудың бақылау картасын ресімдеумен көрсетілімдер бойынша диспансерлік есепке алу жүзеге асырылады.

Балалар арасында инфекцияның таралуының алдын алу үшін учаскеде эпидемияға қарсы және алдын алу іс-шаралары орындалады.

Профилактикалық егулерді есепке алу есепке алу нысандарындағы тиісті жазбалармен жүзеге асырылады, олар егу жүргізілген жердегі денсаулық сақтау объектілерінде, білім беру, мектепке дейінгі тәрбие және оқыту объектілерінде сақталады: № 064/е нысаны бойынша профилактикалық егулерді есепке алу журналы, № 112/е нысаны бойынша баланың даму тарихы, № 063/е нысаны бойынша профилактикалық егулердің картасы, № 907 бұйрықпен бекітілген № 026/е нысаны бойынша баланың медициналық картасы.

Педиатр немесе ЖПД дәрігері балалардың санаторий-курорттық емделуге арналған медициналық құжаттамасын ресімдеуді жүзеге асырады.

Ауру баланы күту бойынша ата-аналарға (қамқоршыларға) еңбекке уақытша жарамсыздық парақтарын (анықтамаларын) ресімдеу және беру, баланы ауру кезеңінде мектепке дейінгі және мектеп мекемелеріне барудан босату үшін еңбекке уақытша жарамсыздық туралы анықтама еңбекке уақытша жарамсыздық сараптамасын жүргізу, еңбекке уақытша жарамсыздық парағын және анықтамасын беру қағидаларына сәйкес жүзеге асырылады, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 31 наурыздағы № 183 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 10964 болып тіркелген).

Білім беру ұйымдарында оқитын балаларды ауру кезінде қайта су және бітіру емтихандарынан босату туралы мәселе дәрігерлік-консультациялық комиссияда (бұдан әрі-ДКК) шешіледі.

Балада амбулаториялық науқастың медициналық картасында қызмет көрсету нәтижелерімен организм функцияларының тұрақты бұзылуы анықталған кезде ДКК-ға медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберу туралы мәселе Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 30 қаңтардағы № 44 бұйрығымен бекітілген медициналық-әлеуметтік сараптама жүргізу қағидаларына (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 10589 болып тіркелген) сәйкес қаралады.

Мүгедектік белгіленген кезде кемтар балаларды оңалтудың, оның ішінде әлеуметтік қызметтерді тарта отырып, жеке бағдарламаларын әзірлеу және орындау жүргізіледі.

Педиатр, ЖПД және орта медицина қызметкері бөлімше басшысына (бөлімше меңгерушісіне) қызмет көрсетілетін аумақтағы балалардың аурушаңдығының, мүгедектігі мен өлім-жітімінің негізгі Медициналық-статистикалық көрсеткіштері бойынша есеп бере отырып, есепке алу және есеп беру құжаттамасын жүргізуді жүзеге асырады.

МСАК ҚМ деңгейінде балаларға профилактикалық көмек көрсету:

1) балаларға МСАК көрсететін барлық медициналық ұйымдардағы баланы дамыту кабинетінің (бұдан әрі – КРР) жұмысы, КРР жарақтандыру осы Стандартқа 1-қосымшаға сәйкес жүзеге асырылады;

2) нәрестелердің және ерте жастағы балалардың неонаталдық скринингін, аудиологиялық скринингін, ерте жастағы балалардың психофизикалық даму скринингін, балалардағы туа біткен және тұқым қуалайтын ауруларды ерте диагностикалау мақсатында шала туған нәрестелердің офтальмологиялық скринингін, балалардың сырқаттануы мен мүгедектігін төмендетуді қамтиды;

3) жүкті әйелдерді, жаңа туған нәрестелерді және ерте жастағы балаларды үйде патронаждық бақылауды жүзеге асырады.

КРР дәрігері немесе орта медицина қызметкері:

ерте жастағы балаларды күту және аналар мен олардың отбасы мүшелерінде ата-ана дағдыларын қалыптастыру, баланы дамыту үшін ойындардың, оқудың, қарым-қатынастың маңызын түсіндіру мәселелері бойынша консультация беру;

жүкті немесе бала емізетін ананы дұрыс тамақтану, отбасын жоспарлау, жүктілік мәселелері, бала емізуді қолдау мәселелері туралы хабардар ету;

ата-ананы қосымша тағамдарды уақтылы енгізу және қауіпсіздіктің санитариялық нормалары мен энергетикалық қажеттілікті ескере отырып, оларды іс жүзінде дайындау дағдыларына үйрету;

ата-аналарға балалар үшін жарақаттанудың, уланудың және жазатайым оқиғалардың алдын алатын қауіпсіз орта құру жөніндегі шараларды түсіндіру;

баланың психомоторлы және сөйлеу тілінің дамуына мониторинг жүргізу және анықталған проблемалар бойынша ата-аналарға кеңес беру;

ауру балаларды үйде және дамуында ауытқулары бар балаларды күту мәселелері бойынша кеңес беру;

тұрмыстық зорлық-зомбылықтың және балаға қатыгездікпен қараудың алдын алу.

МҰ-да балаларды профилактикалық қабылдау (қадағалау) баланың дамуын кешенді бағалау мен мониторингілеуді қамтиды: дене бітімі, жыныстық дамуы, есту, көру, ұсақ және ірі моториканы бағалау, экспрессивті және рецептивті сөйлеу, эмоциялар, өзін-өзі реттеу және қарым-қатынас орнату, ойындар мен өзара қатысу қабілеті.

Тақырып № 11:Антенатальді профилактика.

II. Мақсаты: ана мен перинаталдық өлім-жітім мен сырқаттанушылықты төмендетуге бағытталған ұйымдастырушылық, емдік және профилактикалық іс-шаралардың ережелерімен таныстыру.

III. Дәріс тезисі:

Антенатальды профилактика - бұл туылмаған баланың дамуы үшін оңтайлы жағдайларды жасауға және сақтауға бағытталған ұйымдастырушылық, емдік және профилактикалық шаралардан тұратын шаралар кешені.

Антенатальды профилактиканың мақсаты ана мен перинаталдық өлім-жітім мен сырқаттанушылықты азайту болып табылады.

АР миссиясы - әйелдің де, баланың денсаулығының да сақталуын қамтамасыз ету. Пренатальды күтім сонымен қатар жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңде әйелге және оның отбасына ақпарат беру, қолдау және көмек көрсетуді білдіреді.

Ол үшін дәрігерлер жүктіліктің бүкіл кезеңінде босанғанға дейінгі бақылауды жүргізеді.

Жүктілік кезінде кемінде үш рет орындалады:

1.алғаш рет – жүктілікке тіркелу кезінде;

2. екіншісі – жүктіліктің ортасында;

3.үшінші – үшінші триместрде

Жүктіліктің ықтимал асқынуларының алдын алу үшін келесі әрекеттер алгоритмін құру үшін қажетті ақпарат:

1. жүкті әйелдің денсаулығының негізгі көрсеткіштерінің толық тарихы;

2. Бұрынғы жүктілік, босану ағымының болуы және шарттары.

Пренатальды қауіп факторларының 3 негізгі тобы бар:

1. Әлеуметтік-биологиялық.

2. Акушерлік-гинекологиялық (соның ішінде жүктіліктің асқынулары).

3. Репродуктивті жастағы әйелдердің экстрагенитальды аурулары.

Бұл ретте қауіп дәрежесін бағалау үшін пренаталдық қауіптердің жалпы бағасы болып табылатын арнайы шкала қолданылады:

• 10 балл және одан жоғары – жоғары

• 5-9 балл – орташа

• 4 баллға дейін – төмен

Физиологиялық жүктілік - жүктіліктің ұзақтығына байланысты асқынусыз жүктілік.

Қауіптілігі жоғары жүктілік - бұл қосымша көмекті қажет етуі мүмкін немесе маманның араласуын қажет ететін жүктілік.

Сондықтан барлық басқа жүктіліктерді тәуекелі төмен, қалыпты немесе асқынбаған жүктіліктер (ДДҰ анықтамасы) ретінде жіктеу ұсынылады.

Негізгі және қосымша диагностикалық шаралар тізімі

I қаралу – (12 аптаға дейін)	
Консультация	- анамнез алу, қауіп факторын анықтау

	- өткен жұқпалы ауруларды (қызамық, гепатит) анықтау (А қосымшасын қараңыз) - Босануға дайындық мектебін ұсыныңыз - Отбасы өкілімен маманға баруды ұсыныңыз - Проблемаларды талқылау және сұрақтар қою мүмкіндігі бар ақпарат беру; босану сабақтары және басып шығарылған ақпаратпен расталған ауызша ақпаратты ұсыныңыз. (Мысалды Ж қосымшасын қараңыз)
Зерттеу:	- бой, салмақ көрсеткіштері (ИМТ есептеу) (2а); ИМТ= салмақ (кг) / бой (м) квадратталған: - төмен ИМТ – <19,8 - қалыпты – 19,9-26,0 - артық – 26,1-29,0 - семіздік – >29,0 - қалыптыдан басқа ИМТ бар науқастар акушер-гинекологқа кеңес алу үшін жіберіледі - қан қысымын өлшеу; - аяқтарды тексеру (варикозды тамырлар) - айнамен тексеру - жатыр мойны мен қынаптың жағдайын бағалау (пішіні, ұзындығы, цикатриялық деформациялар, варикозды веналар); - ішкі акушерлік тексеру; - онкопатологияны анықтау үшін сүт бездерін жоспарлы тексеру жүргізіледі; - Жүктіліктің 10-14 аптасындағы УДЗ: пренатальды диагностика, жүктілік ұзақтығын нақтылау, көп жүктілікті анықтау үшін.
Зертханалық зерттеулер: Міндетті:	- қан мен зәрдің жалпы анализі - ИМТ 25,0-ден жоғары қандағы қант - қан тобы және Rh факторы - зәрдің бактериялық егу – скрининг (жүктіліктің 16 аптасына дейін) - тек клиникалық белгілері бар жыныстық инфекцияларды зерттеу (А қосымшасын қараңыз) - онкоцитологияға жағынды - ЖИТС (тексеру алдындағы 100% кеңес беру, келісім алынған жағдайда – тестілеу), (В қосымшасын қараңыз) - RW - биохимиялық генетикалық маркерлер - HBsAg (медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінде HBsAg тасымалдаушысынан туған жаңа туған нәрестені иммуноглобулинмен иммундау кезінде HBsAg сынағы үшін, В қосымшасы)
Мамандар кеңесі	- Терапевт/ЖТД - Генетик
Емдік – профилактикалық шаралар	- күніне 0,4 мг фолий қышқылы, бірінші триместр бойы
II қаралу - 16-20 аптада	

Әңгімелесу	- Барлық өткен скринингтік сынақтардың нәтижелерін қарау, талқылау және жазу; - осы жүктіліктің асқыну белгілерін анықтау (қан кету, амниотикалық сұйықтықтың ағуы, ұрықтың қозғалысы) - «Жүктілік кезіндегі ескерту белгілері» мәселелерін, сұрақтарын талқылау мүмкіндігімен ақпарат беріңіз (Ж Қосымшасын қараңыз) - Босануға дайындық сабақтарын ұсыныңыз
Зерттеу:	- АҚҚ өлшеу - аяғын қарау (веналардың варикозды кеңеюі) - 20 аптадан бастап жатыр түбінің биіктігін өлшеу (гравидограммада)
Зертханалық зерттеулер:	- ақуызға зәр анализі - биохимиялық генетикалық маркерлер (егер бірінші қабылдауда орындалмаса)
Аспаптық зерттеу:	- скринингті УДЗ (18-20 аптада)
Емдік профилактикалық шаралар:	- преэклампсия қаупі факторлары бар, сондай-ақ кальцийді 40 аптаға дейін аз қабылдаған жүкті әйелдерде күніне 1 г кальций қабылдау - 36 аптаға дейінгі преэклампсия қаупі факторлары бар ацетилсалицил қышқылын күніне бір рет 75-125 мг дозада қабылдау
III қаралу - 24-25 аптада	
Консультация	- осы жүктіліктің асқынуларын анықтау (преэклампсия, қан кету, амниотикалық сұйықтықтың ағуы, ұрықтың қозғалысы) - қажет болған жағдайда жүктілікті басқару жоспарын қайта қарау және акушер-гинекологқа жолдау және кеңес беру - «Жүктілік кезіндегі ескерту белгілері» мәселелерін, сұрақтарын талқылау мүмкіндігімен ақпарат беріңіз (Ж Қосымшасын қараңыз)
Зерттеу:	- қан қысымын өлшеу. - аяқтарды тексеру (варикозды тамырлар) - жатыр түбінің биіктігін өлшеу (гравидограммада) (Е қосымшасын қараңыз) - ұрықтың жүрек соғысы
Зертханалық зерттеулер:	- ақуызға зәр анализі - теріс қан факторы бар антиденелер
Емдік профилактикалық шаралар:	- 28 аптадан бастап анти-D адам иммуноглобулинін енгізу. антидене титрі жоқ Rh теріс қан факторы бар жүкті әйелдер. Кейіннен антидене титрін анықтау жүргізілмейді. Егер баланың биологиялық әкесі Rh-теріс қанға ие болса, бұл зерттеу және иммуноглобулинді енгізу жүргізілмейді.
IV қаралу - 30-32 аптада	
Әңгімелесу	- осы жүктіліктің асқынуларын анықтау (преэклампсия, қан кету, амниотикалық сұйықтықтың ағуы, ұрықтың қозғалысы), ескерту белгілері

	- қажет болған жағдайда жүктілікті басқару жоспарын қайта қарау және акушер-гинекологпен кеңесу, асқынулар болған жағдайда - госпитализациялау - Мәселелерді, сұрақтарды талқылау мүмкіндігімен ақпарат беру; «Туылу жоспары» (Е қосымшасын қараңыз)
Зерттеу:	- Төмен бастапқы көрсеткіші бар әйелдерде ИМТ қайта өлшеу (18,0-ден төмен) - қан қысымын өлшеу; - аяқтарды тексеру (варикозды тамырлар) - жатыр түбінің биіктігін өлшеу (гравидограммада) - ұрықтың жүрек соғысы - босанғанға дейінгі демалысты ресімдеу
Зертханалық зерттеу:	- RW, АИТВ - ақуызға зәр анализі - ЖҚА
V қаралу – 36 аптада	
Әңгімелесу	- осы жүктіліктің асқыну белгілерін анықтау (преэклампсия, қан кету, амниотикалық сұйықтықтың ағуы, ұрықтың қозғалысы) - Проблемаларды, сұрақтарды талқылау мүмкіндігімен ақпарат беру; «Емшекпен емізу. Босанғаннан кейінгі контрацепция »
Зерттеу:	- сыртқы акушерлік тексеру (ұрықтың жағдайы); - аяқтарды тексеру (варикозды тамырлар) - қан қысымын өлшеу; - жатыр түбінің биіктігін өлшеу (гравидограммаға түсіру) - сыртқы акушерлік тексеру - ұрықтың жүрек соғысы - ақуызға зәр анализі
VI қаралу- 38-40 аптада	
Әңгімелесу	- осы жүктіліктің асқыну белгілерін анықтау (преэклампсия, қан кету, амниотикалық сұйықтықтың ағуы, ұрықтың қозғалысы) - қажет болған жағдайда жүктілікті басқару жоспарын қайта қарау және акушер-гинекологқа жолдау және кеңес беру - Проблемаларды, сұрақтарды талқылау мүмкіндігімен ақпарат беру; - «Емшекпен емізу. Босанғаннан кейінгі контрацепция »
Зерттеу:	- қан қысымын өлшеу; - аяқтарды тексеру (варикозды тамырлар) - сыртқы акушерлік тексеру (ұрықтың жағдайы); - жатыр түбінің биіктігін өлшеу (гравидограммаға түсіру) - сыртқы акушерлік тексеру - ұрықтың жүрек соғысы - ақуызға зәр анализі
VII қаралу – 41 аптада	

Әңгімелесу	- осы жүктіліктің асқыну белгілерін анықтау (преэклампсия, қан кету, амниотикалық сұйықтықтың ағуы, ұрықтың қозғалысы), ескерту белгілері - қажет болған жағдайда жүктілікті басқару жоспарын қайта қарау және акушер-гинекологқа жолдау және кеңес беру - Проблемаларды, сұрақтарды талқылау мүмкіндігімен ақпарат беру; - Босануға госпитализациялау туралы сұрақтарды талқылау.
Зерттеу:	- қан қысымын өлшеу; - аяқтарды тексеру (варикозды тамырлар) - сыртқы акушерлік тексеру (ұрықтың жағдайы); - жатыр түбінің биіктігін өлшеу (гравидограммаға түсіру) - сыртқы акушерлік тексеру - ұрықтың жүрек соғысы - ақуызға зәр анализі

Әйелді босанғаннан кейін және жаңа туған нәрестені одан әрі басқару

Алғашқы патронаж босанғаннан кейінгі алғашқы 3 күнде жүзеге асырылады.

Медициналық тексеру тобын анықтау үшін босанғаннан кейін 6 аптадан кейін тексеру.

Босанғаннан кейінгі тексерудің міндеттері - Емшек сүтімен қоректендірудің бар проблемаларын, контрацепция қажеттілігін және контрацепция әдісін таңдауды анықтау.

- Қан қысымын өлшеу.
- қандағы гемоглобин деңгейін анықтау қажет болса, ЭТЖ емханаға жіберіңіз;
- Инфекция белгілері байқалса, акушер-гинекологқа қаралыңыз.
- Балада тұқым қуалайтын патология бар деп күдіктенсеңіз, әйелді дәрігердің кеңесіне жіберу керек.

Диагностикалық және емдеу әдістерінің терапиялық қызметі және қауіпсіздігі:

- жүктілік кезінде асқынулардың болмауы;
- асқынған жағдайда дер кезінде анықтау, кеңес беру, қажет болған жағдайда ауруханаға жатқызу;
- перинаталдық өлімнің болмауы.

Емдеуде қолданылатын препараттар (белсенді заттар).

Ацетилсалицил қышқылы

Фолий қышқылы

Балаларды скринингтік тексерулер өмірдің әртүрлі жас кезеңдеріндегі, соның ішінде жасөспірімдік шақта дамуы анатомиялық және физиологиялық даму ерекшеліктерімен байланысты аурулардың алдын алуға, ерте анықтауға және алдын алуға бағытталған.

Балалар мен жасөспірімдерді педиатрдың, жасөспірімнің, терапевттің скринингтік тексеруінің нәтижелері бойынша келесі «денсаулық топтарын» анықтай отырып, балалардың денсаулық жағдайын кешенді бағалау жүргізіледі:

I топ – сау балалар;

II топ – дені сау, бірақ функционалдық және кейбір морфологиялық ауытқулары бар, сондай-ақ жедел және созылмалы ауруларға төзімділігі төмендеген, қауіп факторлары бар балалар;

III топ – организмнің функционалдық мүмкіндіктері сақталған, компенсация жағдайындағы созылмалы аурулары бар балалар;

IV топ – функционалдық мүмкіндіктері төмендеген, субкомпенсация жағдайындағы созылмалы аурулары бар балалар;

V топ – организмнің функционалдық мүмкіндіктері айтарлықтай төмендеген декомпенсация жағдайындағы созылмалы аурулары бар балалар.

II, III, IV, V «денсаулық топтарына» жататын балалар МСАК мамандарының немесе тиісті бейіндегі мамандардың динамикалық бақылауына және денсаулығын жақсартуға жатады.

Скринингтік тексеру мыналарды қамтиды:
1) бойы мен дене салмағын анықтау;
2) жас балаларда бас және кеуде қуысының көлемін өлшеу (3 жасқа дейін);
3) Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ұсынымдарына сәйкес физикалық және психоәлеуметтік дамуды бағалау;
4) қан қысымын өлшеу (7 жастан асқан балаларда);
5) плантографияны жүргізу және оны бағалау (5 жастан бастап балаларда);
6) көру өткірлігін анықтау;
7) есту қабілетін зерттеу.
Жаңа туылған нәрестелердің патронажы
(Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2017 жылғы 29 желтоқсандағы No 1027 бұйрығы)
Патронаттық – медициналық қызметкерлердің үйде профилактикалық және ақпараттық іс-шараларды өткізуі.
Жаңа туған нәрестелер мен жас балаларды патронаждық қадағалауды ұйымдастыру өмірге, денсаулыққа және дамуға қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік тәуекелдерді анықтау және азайту мақсатында Біріккен Ұлттар Ұйымының Балалар қоры (ЮНИСЕФ) ұсынған әмбебап прогрессивті үлгі негізінде жүзеге асырылады. балаға, сондай-ақ тәуекелсіз отбасыларға міндетті бару санын азайту.
Жаңа туған нәрестеге барған кезде медбике:
1) жаңа туған нәрестедегі аурудың немесе жергілікті бактериялық инфекцияның белгілерін бағалайды және егер бар болса, бұл туралы дереу дәрігерге хабарлайды;
2) жаңа туған нәрестенің депрессиялық жағдайын, үй ортасының қауіпсіздігін және қажеттіліктерін анықтау мақсатында анасының (ата-анасының немесе басқа заңды өкілінің) көңіл-күйін бағалайды;
3) босанатын әйелдің денсаулығының жай-күйі туралы сұрайды (шағымдары, сүт бездерінің жағдайы, физикалық белсенділік, тамақтану, ұйқы, контрацепция);
4) анасын (ата-анасын немесе өзге де заңды өкілін) жаңа туған нәрестеге күтім жасау негіздері туралы хабарлайды, кеңес береді және оқытады;
5) отбасына медициналық ұйымға дереу хабарласу қажет болатын аурулардың қауіпті белгілеріне үйретеді: тамақтандыру проблемалары, жаңа туған нәрестенің белсенділігінің төмендеуі, минутына 60-тан жоғары тыныс алу, ентігу, температураның жоғарылауы немесе төмендеуі, құрысулар. , қалтырау және т.б.;
6) уақтылы вакцинациялауға ықпал етеді;
7) баланың өміріне, денсаулығына, қауіпсіздігіне және дамуына қауіп төндіретін әлеуметтік тәуекелдерге бастапқы бағалау жүргізеді;
8) қосымша күтімді қажет ететін жаңа туған нәрестелерді анықтайды және оларға жеке қабылдауды жоспарлайды (салмағы төмен, науқас немесе АИТВ жұқтырған аналардан туған балалар).
Медициналық байқау:
- ауруханадан шыққаннан кейінгі алғашқы 3 күн
- 14 күн 1 үйді тексеру
- 1 ай 1 дәрігердің қарауы
Фельдшердің тексеруі
- дәрігермен бірге ауруханадан шыққаннан кейінгі алғашқы 3 күн
- 7 күн үйде тексеру
- 1 ай 1 үйді тексеру
Неонатальды скрининг – ерте анықтау және емдеу (фенилкетонурия және туа біткен гипотиреоз) мақсатында жаңа туған нәрестелерді тұқым қуалайтын метаболикалық ауруларға жаппай кешенді стандартталған тексеру.
IV)Иллюстрациялық материал:бар
V)Әдебиеттер:соңында.

VI)Қорытынды сұрақтар (кері байланыс):

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық жағдайда жүргізу тактикасы.
5. Госпитализацияға көрсеткіш.
6. Динамикалық бақылау.
7. Дәрігерлік – еңбектік сараптаманың сұрақтары.
8. Профилактика.

№12. Тақырыбы: Рахит және оның салдары.

Мақсаты: Рахит ауруына медициналық көмек көрсету бойынша студенттердің білім, білік, дағдыларын жетілдіру

Тапсырмалар:

а) негізгі:

- Сауалнама жүргізу
- Физикалық тексеруден өту
- Зертханалық және аспаптық зерттеулер нәтижелерін тағайындау және интерпретациялау
- Диагноз қою және медициналық көмек көрсету
- ҚР диагностикасы мен емдеуінің клиникалық хаттамаларын сақтау.

б) қосымша:

- жүрек пен өкпенің аускультациясының техникасын пысықтау;
- клиникалық жағдайдың өзгеруіне жедел әрекет ету;
- коммуникативті дағдыларды дамыту.

Симулятор: SP

Клиникалық жағдай:

Науқас Омарова Галия, 4 айлық баланың анасы, алаңдаушылық, қорқыныш, ашушаңдық, гиперестезия, тәбеттің төмендеуі, ұйқының бұзылуы, ұйықтап жатқанда шошыну, қатты дыбыс, жарықтың жарқылына шағымдарымен учаскелік дәрігерге жүгінді; терлеудің жоғарылауы, баланың басын жастыққа ысқылау, бастың артқы бөлігінің таз болуы;бас, кеуде, омыртқа, аяқ-қол сүйектерінің деформациясы; физикалық дамудың артта қалуы, тістердің кешігуі.

Стандартталған пациентке арналған ақпарат:

1) Науқастың жеке мәліметтері: Омарова Айдана, 4 ай

2) Іс-шараны өткізу шарты: учаскелік дәрігердің кабинеті

3) Шағымдары: негізгі – тершеңдіктің күшеюі, баланың басын жастыққа ысқылауы, басының артқы жағындағы таз болуы; бас, кеуде, омыртқа, аяқ-қол сүйектерінің деформациясы; физикалық дамудың артта қалуы, тістердің кешігуі. Қосымша - мазасыздық, қорқыныш, ашуланшақтық, гиперестезия, тәбеттің төмендеуі, ұйқының бұзылуы, ұйықтап жатқанда дірілдеу, қатты дыбыс, жарықтың жарқылы.

4) ауру тарихы:

Жағдайының нашарлауы 2 ай ішінде. Емделмеген.

5) Өмір тарихы:

Бірқалыпты, асқынусыз өткен екінші жүктіліктен немесе екінші шұғыл тәуелсіз туылған бала. Туылғандағы салмағы 3200 г, бойы 55 см.Физиологиялық, үйлесімді дамыған. Профилактикалық екпелердің күнтізбелік жоспарына сәйкес егілді.

Объективті: Бала мазасыз, көңіл-күйі бұзылады, ұйқысы бұзылады, қорқады, тітіркенеді, қатты дыбыстан немесе жарықтан жиі қалтырап тұрады. Аппетит айтарлықтай төмендейді - бала құлықсыз және қысқа уақыт ішінде кеудесін алады, баяу сорады. Мұндай вегетативті көріністерге, әсіресе ұйқы кезінде терлеу және қызыл дермографизмнің қарқындылығы мен ұзақтығының

жоғарылауы түрінде көрінетін терінің тамырлық қозғыштығының жоғарылауы сияқты назар аударады. Бас терісі терлейді, желкесі тақыр. Балада бұлшықет тонусының төмендеуі. Үлкен фонтанелдің шеттерінің біршама иілгіштігі байқалады.

"FIFE"

F - функциялары - мазасыз, көңіл-күй, ұйқының бұзылуы, қорқыныш, ашушаңдық байқалады.

Мен - идеялар, ойлар - сіз сенімді емессіз, бірақ сіз білгіңіз келеді: мүмкін бе, бұл не? F - Сезімдер - Сіз диагноздан таң қалдыңыз. Бала туралы қорқыныш пен алаңдаушылықты сезінбей, қалыпты жағдайға оралғыңыз келеді.

E - күту - сіз шынымен баланы емдеп, бұрынғы өмір ырғағына тез оралғыңыз келеді.

Жеке қасиеттер:

• Мен әдетте ұялшақпын, тынышпын, бірақ интеллектуалды даму деңгейім жеткілікті.
• Мен бұрын көпшіл болдым,қәзіргімен салыстырғанда
• Мен үйде болған кезде өзімді еркін сезінемін.
• Менің ойымша, мен қазір бұрынғыға қарағанда көбірек қобалжыдым

Пациенттің мінез-құлқы

1. Сұхбат кезінде сіз қобалжулысыз. Сіздің мінез-құлқыңыз алаңдатады. Мазасыздық арқылы сіз үнемі дәрігерге балаңыздың денсаулығы туралы сұрақтар қоюға тырысасыз.
2. Әңгімелесу кезінде қысқа жауаптармен өте жылдам жауап беріңіз. Мазасыздық пен шаршауды бейнелеңіз. Шешім қабылдау сіз үшін қиын тапсырма.
3. Қандай емтихандардан өту керек екенін сұраңыз (негізгі, қосымша).

Сыртқы түрін сипаттау: сіз күнделікті киіммен (әйелдер костюмі, аяқ киім) киінесіз.

Медициналық көмек көрсету алгоритмі:

Дәрілік емес емдеу:

· Диетотерапия;

· Массаж, ванна қабылдау,таза ауада болу;

Рахиттің емдік әсері D дәрумені терапиясы баланы тамақтандыруды ұтымды етумен, кальций мен фосфор тұздарын теңгерімді қабылдаумен, ұйқы мен сергектіктің қалыпқа келуімен, таза ауада ұзақ уақыт болумен және басқа да сауықтырумен біріктірілгенде ғана қол жеткізіледі. Тамақтану ұйымында рахитті емдеу үшін белоктар, майлар және көмірсулар, витаминдер мен минералдарға , атап айтқанда, кальций, фосфор, магний және т.б. элементтерге бай тағамдардың басым болуы тағайындалады. Көкөніс, жеміс шырыны, пюрелері енгізіліп, ботқалар мен ұннан жасалатын тағамдары уақытылы шектелуі керек. Майда еритін витаминдер мен В тобындағы витаминдерге, сондай-ақ фосфорға, кальцийге, микроэлементтерге бай көкөніс пюресіне қатты пісірілген сарысын қосу керек. Көкөніс пюрелеріне міндетті түрде жұмыртқа сарыуызы, майда еритін витаминдерге, В тобындағы витаминдерге, фосфор, кальций, басқа да микроэлементтерге бай түрлері ұсынылады. Жасанды тамақтандыруға өткен кезде емшек сүтін алмастырғыштардың – бейімделген сүт қоспаларының құрамындағы D дәруменін ескеру маңызды. Дені сау балаға алғашқы 6-12 айда кальций қажеттілігі тәулігіне 500-600 мг құрайды. Рахитпен қалпына келтіру (репарация) кезеңінде және айқын қалдық құбылыстарымен тұз, қылқан жапырақты, тұзды-қылқан жапырақты ванналар, құм, теңіз және күн ванналары пайдалы. Тұзды ванналар пастозды балаларға, қылқан жапырақты ванналар - тәбеті, тамақтануы төмендеген балаларға арналған. Жалпы массаж және гимнастика қажет.

Дәрі-дәрмекпен емдеу:

Емдеу үшін D витаминінің препараттары сулы және майлы ерітінді түрінде қолданылады. D3 витаминінің сулы ерітіндісін (бір тамшыда 500 ХБ) немесе D3 витаминінің майлы ерітіндісін (500 ХБ бір тамшысында) және Эргокальциферол (бір тамшысында 625, 1250 ХБ) 2000-5000 ХБ дозада 30-45 күн тағайындаймыз.

Студентке арналған ақпарат:

«Сіз науқасқа медициналық көмек көрсетуіңіз керек. Сіз науқаспен сөйлесе аласыз, бірақ стимуляторда медициналық көмек көрсету бойынша зерттеу жұмыстары мен практикалық дағдыларды жүзеге асырасыз. Сізге қажетті ақпаратты сұрауыңыз керек. Сіз диагностика мен емдеу шараларын клиникалық хаттамаларға сай орындауыңыз керек ».

Зертханашыға ақпарат:

1. Кабинетті дайындау
2. Жаттығу тренажерларын дайындау
3. Жабдықтарды, аспаптарды, шығын материалдарын (ЭКГ аппараты, фонендоскоп, тонометр) дайындау.

Оснащение:

№	Наименование	Саны
	Жиһаздар	
1	Стол	1
2	Стул	2
3	Кушетка	1
4	Шкаф	1
	Медициналық құрал-жабдықтар мен аспаптар	
5	ЭКГ аппарат	1
6	Фонендоскоп	1
7	Тонометр	1
	Медикаменты	
8	D3 витаминінің сулы ерітіндісі (тамшыға 500 ХБ)	1
9	D3 дәрумені май ерітіндісі (тамшыға 500 ХБ)	1
10	Эргокальциферол (бір тамшыда 625, 1250 ХБ)	1
	Зертханалық және аспаптық зерттеу мәліметтері	
11	Төменгі аяқтың рентгені	1

Дебрифинг жоспары:

1) Дебрифинг әдісі – бейнекөрініс көру арқылы.

2) Талқылау материалдары – клиникалық сценарийдің бейнежазбасы

Вопросы для обсуждения

Этап дебрифинга	Вопросы	Время
Эмоциоялық этап	Как вы себя чувствуете? Что больше всего вам понравилось в этой сессии?	5 минут
Этап обсуждения и анализа	Что произошло с пациентом? Что было сделано хорошо? Что можно было сделать лучше? Были ли ваши действия своевременны? Чем вы руководствовались во время сессии?	20 минут
Қорытынды саты	Что для себя вы приобрели?	5 минут

	Будут ли ваши действия полезны в будущем?	

Стандартталған пациенттің чек-листі
(коммуникативті дағдыларды бағалау)
Дәрігер-интерннің Т.А.Ә._____ Тобы _____

	Иә	Жоқ	Пікірлер
Вербальды дағдылар			
1. Сізбен сәлемдесті			
2. Өзін таныстырды			
3. Сізбен сөйлескенде Сіздің аты-жөніңізді қолданды			
4. Сізге таныс терминдерді қолданды			
5. Сізге түсінікті тілмен сөйлесті			
6. “Ашық” сұрақтарды қолданды			
7. Жауап беру үшін жеткілікті уақыт берді			
8. Кездесу соңында маңызды сәттерді түйіндемеледі			
Паравербальды дағдылар			
9.Жұмсақ дауыс тонын қолданды			
10.Сіздің мәселелеріңізге сезімтал дауыс тонын колданды			
11. Шынайы және алаңдаушылық дауыс тонымен сөйлесті			
12. Түсіну үшін анық дауыс тонын қолданды			
13. Дауыс интонациясын өзгерту арқылы сіздің жағдайыңызға қызығушылығын көрсетті			
14. Дауысдеңгейін өзгерту арқылы сіздіңқұпиялылығыңызды және жеке өміріңізге деген құрметін көрсетті(тым қаттыемес немесе тым жәй дауыспен емес)			
Вербальды емес дағдылар			
15. Сізбен ыңғайлы көзқарас орнатты(мұқият)			
16. Бет көрінісі сөйлеген сөзіне сәйкес келді			
17. Дене қалпын өзгерту арқылы сізге деген қызығушылығын танытты			
18. Ашық, қабылдаушы, қызығушылық танытқан қалпын көрсетті.			
19. Тиісті арақашықтықты сақтау арқылы жеке кеңістікті құрметтеуді көрсетті			
20. Тиісті ым-шарала қолданды(назарды тұрақтау үшін, демонстрациялар)			
21. Қажет кезде жұбату үшін қолданылатын жанасу (дененің азырақ провакациялық аймақтарында: (қолдың артқы жағында, иық, арқа)			
22. Еркін ,бірақ мұқият дене қалпын қолданды			

23 Назарын сізге мұқият аударды			
24 Керек сәттерде басын изеді			
25 Осы дәрігер сіздің емдеуші дәрігеріңіз болғанын қалар ма едіңіз?			
Сонымен: Осы кандидат сұхбатты жүргізді ме?			

Чек – лист преподавателя
(оценка клинических и практических навыков)
Ф.И.О. врача-интерна_____ Группа _____

	Қадам	Алгоритм	Да	Нет	Комментарии
1	Бастапқы байланыс орнату	Сәлемдестім, науқастың аты- жөнің сұрап, науқасқа мұқият деңқойып байланыс орнаттым.			
2	Науқастың шағымдарын тыңдап, негізгі шағымдарын анықтау	Науқасты не мазалап жүргенін сұрадым.			
3	Қосымша шағымдарын сұрастыру	Науқасты тағы қандай шағымдар мазалайтынын сұрадым.			
4	Аурудың анамнезін сұрастыру	Мұндай жағдай алғаш рет пайда болды ма, бұрын осындай жағдайлар болды ма, аурулар, оның ішінде созылмалы аурулар бар ма, дәрі-дәрмектерді үнемі қабылдайды ма, дәрігердің есебінде тұр ма және т. б.			
5	Өмірлік анамнезін сұрастыру	Тұқымқуалаушылық, аллергоанамнез, жаман әдеттер, өткен қан кетулер, кәсіби зияндылықтар және т. б.			
6	Баланы физикалық тексеруді жүргізу	Рахиттіңклиникалықкритерийлері: * Остеомаляция белгілері (сүйектіңжұмсаруы, кальцийдіңсарқылуы – рахиттіңжеделағымындабасымболады) – бас сүйексүйектерініңиілгіштігі, еңбектіңжиегі, краниотабтардың, брахицефалияның, бас сүйексүйектерінің, аяқ-қолдар, клавикулалар, жалпақжамбасдефармациясы, эрозия және тіскариесі. * Остеоидтыгиперплазияныңбелгілері (рахиттіңсубакуталықағымындабасымболады) - маңдай және төбе сүйегініңөзгерістері,			

		қабырғатегіс", аяқтыңэпикондилалыққалыңдауы, білектер "білезіктертәрізді", саусақтардағы "інжужіптерітәрізділігі". * Сүйектінініңгипоплазиясыныңбелгілері-өсудіңтежелуі, "қысқааяқтылықпенкөрініс",беруі сүт және тұрақты тістердіңкешжарылуы, еңбектіңкешбітуі. * Бұлшықетгипотензиясыныңсимптомдары-жұлын-белдікифозбен, сколиозбен, кеудеқуысыныңкеңейтілгентөменгіапертурамендеформациясыменомыртқаныңқисаюы, бұлшықеттердіңсолқылдауы мен салбырауы, буындардыңбосауы, "Бақа" қарынКөрінісберуі * Статикалық және локомоторлыфункцияларынкешеуілдеуі			
7	Лабораторлы және инструментальды тексерулер жүргізуге жіберу және болжау	Зертханалық зерттеулер: * Қан сарысуындағы фосфордың концентрациясы 0,65-0,8 ммоль/л дейін төмендеуі мүмкін (норма бойынша 1 жасқа дейінгі балаларда 1,5-1,8 ммоль/л). * Кальций концентрациясы-2,0-2,2 ммоль/л дейін (норма 2,2-2,7 ммоль/л). * Иондалған кальцийдің концентрациясы 1.0 ммоль\л-ден аз. * Қан сарысуындағы кальций мен фосфор деңгейінің арақатынасы 2:1-ге тең, рахиттің қызуы кезінде ол 3:1-4:1-ге дейін көтеріледі. Рахиттің бастапқы кезеңінде және остеомаляциялық құбылыстардың жоғарылау кезеңінде кальций мөлшері қалыпты болуы мүмкін. * Қан сарысуындағы ф белсенділігін 1.5-2 есе арттыру (норманың абсолютті көрсеткіштері оны анықтау әдісіне байланысты). * Қанда 25-ОН-Д төмендеуі(нормада 20 нг\мл) 10 нг/мл дейін төмендеуі D витаминінің тапшылығын көрсетеді, ал 5 нг/мл төмен болуы авитаминоз туралы (II В). Қан сарысуындағы фосфордың концентрациясы 0,65-0,8 ммоль/л дейін төмендеуі мүмкін (норма бойынша 1 жасқа дейінгі балаларда 1,5-1,8 ммоль/л). * Кальций концентрациясы-2,0-2,2 ммоль/л дейін (норма 2,2-2,7 ммоль/л). * Иондалған кальцийдің концентрациясы 1.0 ммоль\л-ден аз. * Қан сарысуындағы кальций мен фосфор деңгейінің арақатынасы 2:1-ге тең, рахиттің қызуы кезінде ол 3:1-4:1-ге дейін көтеріледі. Рахиттің бастапқы			

		кезеңінде және остеомаляциялық құбылыстардың жоғарылау кезеңінде кальций мөлшері қалыпты болуы мүмкін. * Қан сарысуындағы СФ белсенділігінің 1.5-2 есе артуы (норманың абсолюттік көрсеткіштері оны анықтау әдісіне байланысты). * Қанда 25-ОН-Д төмендеуі(нормада 20 нг\мл) 10 нг/мл дейін төмендеуі D витаминінің тапшылығын көрсетеді, ал 5 нг/мл төмен болуы авитаминоз туралы (II В). Аспаптық тексеру: * сүйек рентгенографиясы. Сүйектердің рентгенограммасында ең қарқынды өсу орындарында, әсіресе энхондральды оссификацияда остеопороз анықталады және күшейеді; кальцификация аймағы дөңес емес, көлденең болады, біртіндеп тегістеледі, біркелкі емес, шашыраңқы болады; эпифиз бен диафиз арасындағы алшақтық метафиздің кеңеюіне байланысты артады; эпифиз тарелка тәрізді пішінді алады. Кішкентай сүйектердің оссификация нүктелері уақтылы анықталады, бірақ рентгенограммада аз анықталады. Көбінесе жасыл бұтақ тәрізді периостеальды сынықтар анықталады. Ауыр рахит кезінде Лозер аймақтары байқалады – ені бірнеше миллиметр көлденең орналасқан мөлдір аймақтар (жолақтар). Бастапқы кезеңде-шамалы остеопороз. * Денситометрия (остеопороздың айқындылық дәрежесін анықтау үшін көрсетілімдер бойынша сәулелік жүктемесіз ақпараттық тест) .			
8	Дәрілік емес терапияны тағайындады	диетотерапия; * массаж, ванна, таза ауада болу.			
9	Дәрілік терапияны тағайындады	Дәрі-дәрмекпен емдеу: Емдеу үшін D дәрумені препараттары су және май ерітіндісі түрінде қолданылады. D3 витаминінің сулы ерітіндісі (бір тамшыда 500 ХБ) немесе D3 витаминінің майлы ерітінділері (бір тамшыда 500 ХБ) және Эргокальциферол (бір тамшыда 625, 1250 ХБ) 2000-5000 ХБ дозада 30-45 күн.			
10	Терапияның тиімділігін бағалады	Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері: * клиникалық және зертханалық көріністерді жою			

11	Науқастың одан әрі емделуін бағалады	Әрі қарай жүргізу: I дәрежелі рахитті бастан өткерген балаларды жалпы дәрігерлік практика дәрігері (Отбасылық дәрігер) немесе педиатр 2 жасқа дейін, ал П-ІІІ дәрежелі рахитті бастан өткерген балаларды 3 жыл бойы бақылайды. Тексерулер 3 айда 1 рет жүргізіледі. Көрсетілімдер бойынша жалпы практика дәрігері (Отбасылық дәрігер) немесе педиатр қанның биохимиялық зерттеуін (жалпы және иондалған кальцийдің, фосфордың және сілтілік фосфатазаның құрамын анықтау), сүйектердің денситометриясын немесе рентгенографиясын тағайындай алады, ортопед, хирургта балаға кеңес бере алады. Ерекше профилактика өмірдің 2-ші жылында күзгі-қысқы-көктемгі кезеңдерде, ал өмірдің 3-ші жылында тек қыста жүзеге асырылады. анемияның дамуы үшін.			
	Итого (%):				

Интерн-сарапшының Чек-парағы
Ф. И. О. дәрігер-интерннің тобы

№	Сараптамакезеңі	Бағалаукритерийлері	Ескертулер
1	Анамнез	Анамнездіжинаукезектілігіжәнетолықтығы: А-барлығындұрысжасады Б-көпбөлігіорындалды С-елеулікемшіліктер бар	
2	Объективтітексеру	Объективтітексерудіорындаудәйектілігі: А-дұрысжүргізілді Б-көпбөлігіорындалды С-елеуліауытқулар бар	
3	Диагностикалықжәне емдікшаралар	Диагностикалықтексерудіңреттілігі: А-дұрысжүргізілді Б-көпбөлігіорындалды С-елеуліауытқулар бар Емдеуіс-шараларынорындаукезектілігі: А-дұрысжүргізілді Б-көпбөлігіорындалды С-елеуліауытқулар бар	
4	«Дәрігер-пациент»қарым-қатынасынындеонтологиялықаспектілері	Сіздіңойыңызша: А-дұрыссалынған Б-принципиалдыемесқателіктер бар	

		С-елеулікемшіліктер бар	
	Жиыны (%):		

Әзірлеушілер:
Құрастырылғануақыты: 2021 жылғықазан
Әдебиет:
1. "РАХИТ" ДИАГНОСТИКАСЫ МЕН ЕМДЕУДІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ХАТТАМАСЫ

№ 13 тақырып: Балалардағы Иммунопрофилактика.

II. Мақсаты: ҚР иммунопрофилактика бойынша жұмысты ұйымдастырумен таныстыру. ҚР екпелердің ұлттық күнтізбесі.

III. Дәріс тезисі:

Қазақстанда Иммунопрофилактика ерекше орын алады. Балалар мен жалпы халықтың эпидемиялық саулығы мақсатында, сондай-ақ инфекцияның алдын алу үшін екпелер күнтізбесі әзірленіп, бекітілді.

Иммунитет-бұл вакцинаны ағзаға енгізгеннен кейін жасушалық деңгейде қалыптасатын биологиялық процесс. Тәжірибе көрсеткендей, вакцинацияға қарамастан, жұқтырған және ауырған адамдарда ауру жұмсақ түрде жүреді, асқынулар мен өлім сирек кездеседі.

Барлық егулер 2 санатқа бөлінеді: міндетті және ерікті.

Медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде міндетті профилактикалық екпелер өз кезегінде республикалық бюджет есебінен жүргізілетін екпелерден және жергілікті бюджет қаражаты есебінен жүргізілетін екпелерден тұрады.

Республикалық бюджет есебінен балаларға ҚР екпелер күнтізбесінде көрсетілген вакциналардың барлық тізбесі қойылады. Ал жергілікті бюджеттен міндетті профилактикалық егулер санатына 2 жылда "А" вирусты гепатиті және диспансерлік есепте тұрған балалар үшін тұмауға қарсы екпе қосылды. ("Медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде міндетті профилактикалық егулер жүргізілетін аурулардың тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2020 жылғы 24 қыркүйектегі № 612 қаулысы)..."

2020 жылы "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" ҚР Кодексіне енгізілген түзетулер мен толықтырулар күшіне енді. Вакцинация туралы тоқталайық.

Маңызды сәттер:

* Кодексте баланың заңды өкілдерінің екпеден бас тарту мүмкіндігі қарастырылған.
* Кодекс жоспарлы егулер алмаған балаларды мектепке дейінгі ұйымдарға (МДҰ) жіберуді шектейді.

Заң сөзіне сәйкес, осылай естіледі:

"Жоспарлы профилактикалық екпелерді алмаған балаларды мектепке дейінгі ұйымдарға жіберу ұжымдық иммунитеттің шекті деңгейіне жеткен кезде ғана жүзеге асырылады".

"Ұжымдық иммунитет-вакцинамен ескертілетін инфекцияларға қарсы халықты жоспарлы егумен қамтудың шекті деңгейіне қол жеткізу есебінен егілмеген адамдарды жанама қорғау".

Бұл мектепке дейінгі мекемелерге екпелері бар балалардың шекті ең төменгі пайызы (саны) бекітілгенін білдіреді. Бұл ұжымдық иммунитеттің көрсеткіші. Егер бұл көрсеткішке қол жеткізілмесе, балабақша егілмеген баланы қабылдаудан бас тартуға міндетті. Норманы бұзғаны үшін салдары қарастырылған. Егер индикаторға қол жеткізілсе, онда мектепке дейінгі ұйым

вакцинацияланбаған балаларды қабылдай алады. Балабақшалар ұжымдық иммунитеттің көрсеткішін бақылауы керек, әсіресе балаларды қабылдау және қабылдау кезінде.

ҚР жоспарлы вакциналары.

Балаларға арналған Ұлттық егу күнтізбесі

ҚР Үкіметінің 30.12.2009 жылғы №2295 қаулысына және 12.02.2013 жылғы өзгерістер мен толықтыруларға сәйкес балаларға жоспарлы профилактикалық егулер Қазақстан Республикасының Ұлттық егу күнтізбесіне сәйкес және Халыққа профилактикалық егулерді жүргізу бойынша бекітілген санитариялық - эпидемиологиялық талаптарға сәйкес жүргізіледі-Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2018 жылғы 13 маусымдағы № 361 Бұйрығы.

- Бірінші-перзентханада, өмірінің 1-4 күндері-туберкулезге (БЦЖ) және В гепатитіне қарсы егулер жүргізіледі.
- 2 айда сәбилерге гепатит, полиомиелит, көкжөтел, дифтерия және сіреспе (DTP) және В типті гемофильді инфекцияға қарсы кешенді вакцина, сондай-ақ пневмококк инфекциясына қарсы вакцина беріледі.
- 3 айда көкжөтелге, дифтерияға және сіреспеге (АКДС), полиомиелитке және В типті гемофильді инфекцияға қарсы қайталама егулер жасалады.

– 4 айда-гепатитке, полиомиелитке, В типті гемофильді инфекцияға және көкжөтелге, дифтерияға және сіреспеге қарсы вакцинациялаудың 3-кезеңі, сондай-ақ пневмококкты инфекцияға қарсы 2-ші егу.

- 12-15 ай жасында қызылшаға, қызамыққа және паротитке (шошқаға) қарсы екпе жасау, полиомиелитке және пневмококк инфекциясына қарсы вакцинациялауды қайталау қажет болады;

– 1,5 жаста-АКДС ревакцинациясы, полиомиелит және В типті гемофильді инфекция.

- 2 жылда-жергілікті бюджет қаражатынан "А" вирусты гепатитіне қарсы екпе.
- 2,5 жаста - "а"гепатитінен ревакцинация

Мектеп жасындағы балаларды тағы бірнеше вакцинация күтеді:

- 6 жаста (1-сыныпта) тағы да БЦЖ, қызылшаға, қызамыққа және паротитке және ДКЖ-ға қарсы екпе жасалады;

– 16 жыл-сіреспе мен дифтерияға қарсы вакцина (ads-m), оны әр 10 жыл сайын қайталау қажет.

Вакцинация үшін отандық және шетелдік препараттар қолданылады. Жалғыз шарт-дәрілік заттарды сараптау ұлттық орталығының тіркеуі мен сертификатының болуы. Вакцинация тек медициналық мекемелерде ұсынылады, өйткені барлық вакциналар арнайы сақтау жағдайларын қажет етеді.

Қазақстанда балаларға егу күнтізбесінде қандай да бір егулерді жүргізу үшін белгілі бір мерзімдер көзделгеніне қарамастан, вакцинация уақыты туралы түпкілікті шешімді учаскелік дәрігер-педиатр қабылдайды. Бұл баланың иммундық жүйесінің ерекшеліктеріне байланысты: вакцинаны енгізген кезде, дене оңай вакцинациядан өту үшін қажетті антиденелерді жасауға дайын болуы керек.

Олай болмаған жағдайда (егер вакцинация мерзімінен бұрын жасалса), иммунитеттің болмауына байланысты баланың денесі вакцинаға дұрыс жауап бере алмайды.

Кешіктіру-баланы ауруды "ұстап алу" қаупіне ұшыратады.

Егер егілу мерзімі, "нагонять" өз замандастары оған алда бойынша жалпы ережелер. Мысалы, " В " гепатитіне қарсы вакцинациясы жоқ адамдар үшін бұл схема бойынша жасалады: бірінші процедура, бір айдан кейін екінші, ал тағы 5 айдан кейін — үшінші.

Барлық міндетті екпелер (мемлекеттік емханада немесе бала тіркелген жеке емханада) Қазақстандағы балаларға республикалық бюджет қаражаты есебінен тегін беріледі. Олардың тізімі ҚР Қаулысымен бекітілген:

о туберкулезден (БЦЖ),

о гепатитке қарсы,

о полиомиелит, көкжөтел, дифтерия және сіреспе (DTP),

о В типті гемофильді инфекция,

о сондай-ақ пневмококк инфекциясына қарсы вакцина,

о қызылша, қызамық және паротит (паротит).

о жергілікті бюджет қаражатынан: "А" вирустық гепатиті, тұмау.

Вакцинацияға қалай дайындалу керек:

Арнайы талаптар жоқ. Вакцинация әдетте алдын-ала дайындықты қажет етпейді.

Вакцинацияға рұқсатты қалай алуға болады:

Қабылдаудың міндетті шарты-бала сау болуы керек.

Алдында бірінші салар АКДС қажет тексеруден өтуге болады біз балалар невропатолог және рұқсат алу невропатолог вакцинациялау, сондай-ақ міндетті түрде тапсырып, жалпы несеп және қан.

Баланы егу алдында емдеуші дәрігер-педиатр міндетті түрде қарайды. Жалпы клиникалық көрсеткіштер (температура, шағымдардың болмауы) ғана емес, сонымен қатар ананың пікірі де маңызды – егер нәресте нашар ұйықтаса, күлкілі болса, мінез-құлқында, тәбетінде өзгерістер болса, процедураны кейінге қалдыру жақсы.

Қосымша сақтандыру жалпы қан анализі болады (ESR мен тромбоциттерге ерекше назар аудару керек).

Қарсы көрсеткіштер

Вакцинациядан бас тарту үшін уақытша (салыстырмалы) және тұрақты (абсолютті) қарсы көрсеткіштер бар.

Тұрақты қарсы көрсеткіштер:

о АбКДС-анамнездегі құрысулар, ауыр аллергиялық аурулар, басқа вакциналарға асқынулар, неврологиялық патология, ағзадағы ісіктерді анықтау;

о БЦЖ-балаларда АИТВ-инфекциясының болуы, қанның қатерлі аурулары, бастапқы иммун тапшылығы, ісіктер, сондай-ақ басқа вакциналарды енгізу кезінде күшті реакция немесе асқынулар;

о қызылшаға, паротитке және қызамыққа қарсы – қатерлі ісік, қан аурулары, неоплазмалар, аминогликозидтер мен бөдене жұмыртқаларына аллергия, басқа екпелерге күшті реакциялар, бастапқы және айқын иммун тапшылығы;

о МЗЖ, Полиомиелит-егер балаларда АИТВ инфекциясы, бастапқы иммун тапшылығы, неврологиямен байланысты асқынулар, қан аурулары және ағзадағы ісіктер болса.

Уақытша қарсы көрсеткіштер-өткір созылмалы аурулардың өршуі, аллергия, жақында өткір суық тию немесе ішек инфекциясы. Сауыққан сәттен бастап және вакцинацияға дейін кем дегенде 14 күн өту керек. Дәрігермен келіскен кезде бұл кезең 6 аптаға дейін ұзартылуы немесе 1 аптаға дейін төмендетілуі мүмкін. Жеңіл жөтел және мұрынның ағуы қарсы көрсеткіштер ретінде қарастырылмайды.

Вакцинацияның уақытша қарсы көрсетілімдеріне, сондай-ақ егу күні немесе алдыңғы бірнеше күн ішінде баланың әл-ауқатының нашарлауы жатады. Бұл жоғары температура, ЖРВИ, мұрынның

ағуы болуы мүмкін. Егер балада қант диабеті болса, онда вакцинация эндокринологтың қорытындысынан кейін ғана жүзеге асырылады.

Қарсы көрсеткіштер тек өршу кезеңінде болуы мүмкін. Ремиссия басталған кезде-сіз дереу вакцинациялауыңыз керек.

Ремиссия немесе жағдайды жақсарту кезінде психикалық ауру, Даун синдромы және церебральды сал ауруы болса да, вакцинациялау керек. Бұл балалардың иммунитеті өте төмен, оларды күшейту керек.

Қалай болғанда да - вакцинациядан бас тарту туралы шешім: тұрақты немесе уақытша-дәрігер қабылдауы керек.

Жоспарлы егуден бас тарту.

ҚР Заңы бойынша, 18 жасқа дейінгі ата-аналар баланың денсаулығы үшін жауап береді және өз баласына жоспарлы профилактикалық екпе жасауды немесе олардан немесе кейбіреулерінен бас тартуды өз бетінше шешуге құқылы.

Екпеден бас тарту, нақты екпесі немесе екпесі жоқ бала мектепке, балабақшаға баруға құқылы.

Алайда, 2020 жылдың 17 шілдесінде "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы"ҚР Кодексіне енгізілген түзетулер мен толықтырулар күшіне енді.

* Кодексте баланың заңды өкілдерінің екпеден бас тарту мүмкіндігі қарастырылған.

* Кодекс жоспарлы егулер алмаған балаларды мектепке дейінгі ұйымдарға (МДҰ) жіберуді шектейді. "Ұжымдық иммунитет"термині енгізіледі.

Неліктен? Мұндай бала үшін жауапкершілікті арттыру. Балалар мекемесінде қандай да бір жұқпалы аурудың өршуі басталған кезде, вакцинацияланбаған балалар ауруды тоқтатқанға дейін келуден шеттетіледі. Профилактикалық егуді алмаған бала инфекциядан қорғалмайды, тез жұқтырып, ауырып, өзі инфекция көзі бола алады.

Сонымен қатар, егер вакцинацияланбаған бала ауырса, онда көбінесе ауру ауыр асқынулармен ауыр түрінде өтеді. Себебі баланың қауіпті инфекцияға қарсы иммунитеті жоқ.

Тері мен шырышты қабықтың бұзылуымен және жануарлардың шағуымен жарақат алған кезде сіреспе мен құтыру ауруының жоғары қаупі. Кез-келген балаға осы инфекциялармен жұқтыру қаупі жоғары жануарды жарақаттауға немесе тістеуге кепілдік берілмейді. Сіреспеден тек сіреспеге қарсы егу және сарысуды уақтылы жедел енгізу арқылы қорғауға болады.

Халықаралық медициналық-санитарлық ережелерге немесе халықаралық шарттарға сәйкес нақты профилактикалық егулер болмаса, кейбір елдерге кіруге тыйым салынғанын қосыңыз.

Егер ата – аналар екпеден (екпеден) әлі де бас тартса, онда болашақта емханаларда, балабақшаларда және мектептерде ешқандай проблемалар туындамауы үшін бас тарту дұрыс ресімделуі тиіс. Баланы тіркеу орны бойынша емханада бланк-нысанды толтыру қажет болады, онда дәрігер сіздің шешіміңіздің салдарымен таныстырды, сіз толық ақпарат алып, профилактикалық егуден бас тартасыз (препараттың атауы) деп жазылады. Бұдан әрі егілушінің тегі, сіздің Тегі, күні және қолы.

ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің мәліметінше, жыл сайын елімізде жұқпалы ауруларға қарсы 5 млн — нан астам адам егіледі, оның ішінде балалар-1,3 млн. Мысалы, 2018 жылы 2 мыңнан астам адам вакцинациялағысы келмеді. Жалпы, бас тартқандардың жалпы саны 14 мыңнан астам адамды құрады.

Егу паспорты (егу картасы), амбулаториялық карта, егулер мен вакциналарды есепке алу

Барлық жүргізілген профилактикалық екпелерді медицина қызметкері есепке алуға тиіс. Вакцинатор ҚР Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы №2295 қаулысына және 12.02.2013

жылғы өзгерістер мен толықтыруларға сәйкес құжатта орындалған вакцинация туралы жазба жүргізеді. Жазбада мынадай мәліметтер болуға тиіс:
* препаратты енгізу күні,
* препараттың атауы,
* серия нөмірі,
* доза,
* бақылау нөмірі,
* жарамдылық мерзімі,
* препаратты енгізуге реакция сипаты,
* Өндіруші ел.
Амбулаториялық карталардан немесе егу паспортынан (егу картасынан) басқа, егу туралы деректер мынадай құжаттарда болуы мүмкін:
* балаларда-ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕКПЕЛЕРДІҢ картасы (063/у нысаны),
* баланың даму тарихы (112/у нысаны),
* баланың медициналық картасы (026/у нысаны),
* амбулаторлық науқастың медициналық картасына жасөспірімнің қосымша парағы (025-1/у нысаны),
* жаңа туған нәрестелерге профилактикалық егулерді есепке алу журналы (перзентхана) - 064-1/у нысаны,
* вакциналар қозғалысының журналы-064-2/у нысаны,
* нәрестенің даму тарихы (097/у нысаны).
2020 жылдан бастап бұл құжаттардың барлығы электронды форматқа көшірілді.
Міне, балабақшаға баратын бала үшін Қазақстан Республикасындағы егу картасының үлгісі. Карта бланкісін бала тіркелген емханадағы Отбасылық дәрігер толтырады.
Бұл егу картасы баланы балабақшаға денсаулық паспортымен бірге қабылдаған кезде қажет (фотосурет артады).
IV) иллюстрациялық материал: қоса беріледі
V) әдебиет: соңында
VI)бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық жағдайда жүргізу тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
6. Динамикалық бақылау.
7. Дәрігерлік-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

№14ооооооооооооооооооооооооооооо

№ 15 тақырып: Жаңа туылған балаларда сарғаю.

II. Мақсаты: Жаңа туған нәрестелердің сарғаюын амбулаториялық деңгейде диагностикалау және емдеу.
III. Дәріс тезисі:

Неонатальды сарғаю-қан сарысуындағы жалпы билирубин деңгейінің жоғарылауы салдарынан жаңа туған нәрестенің терісі мен шырышты қабаттарының көрінетін сарғаюының пайда болуы. Сарғаю көрінеді, жалпы билирубин деңгейі (ОҚУ) 80 мкмоль/л жетсе. Салмағы төмен нәрестелердің терісінің сарғаюлануы пайда болады төменгі деңгейдегі билирубин, қан сарысуындағы, бұл байланысты қабатының қалыңдығын тері астына енгізгеннен жи-ра.
Клиникалық жіктеу

Нәрестелердің физиологиялық сарғаюы:
* Әдетте баланың өмірінің 36 сағатынан кейін пайда болады.
* Сарысудың жалпы билирубин деңгейінің ең жоғары мәні, әдетте, толық туылған нәрестеде 3-4-ші күні және шала туылған нәрестеде 5-7-ші күні болады.
* Сарысудың жалпы билирубин деңгейінің ең жоғары мәні ±205 мкмоль/л (12 мг/дл) құрайды.
* Қан сарысуының жалпы билирубин деңгейі толыққанды балада өмірдің 14-ші күніне, шала туылған нәрестеде өмірдің 21 — ші күніне дейін төмендейді.
* Баланың клиникалық жағдайы қанағаттанарлық: ол белсенді, ұйқы мен ояу кезеңдері, жақсы сору рефлексі бар; балада тұрақты температура бар; бауыр мен көкбауыр қалыпты мөлшерде, зәрі жеңіл, нәжісі қалыпты боялған.
* Емшекпен емізумен байланысты сарғаю билирубин деңгейінің екі шыңымен қатар жүруі мүмкін, біріншісі — 4-5 — ші күні, екіншісі-14-15-ші күні, баяу төмендейді және 12 апта жасында анықталуы мүмкін.
Жаңа туған нәрестелердің патологиялық сарғаюы:
Өмірдің алғашқы 24 сағатында пайда болған немесе кез-келген уақытта аяқтар мен алақандарда анықталған сарғаю.
* Өмірдің 7-ші күнінен кейін пайда болған сарғаю.
* Қан сарысуының жалпы билирубинінің өсу қарқыны > тәулігіне 85 мкмоль/л немесе тәулігіне 5 мг/дл.
* Тікелей билирубин деңгейі > 34 мкмоль/л (2 мг/дл), немесе Сарысудың жалпы билирубин деңгейінен 3 20%.
* Баланың жағдайы билирубин деңгейіне қарамастан қанағаттанарлықсыз, патологиялық клиникалық симптомдардың болуы.
* Гепатомегалия және / немесе спленомегалия.
* Түссіз нәжіс немесе зәрдің қара түсі.
* Толық туылған нәрестеде өмірдің 14-ші күнінен кейін немесе шала туылған нәрестеде өмірдің 21-ші күнінен кейін сарғаю "ұзаққа созылған сарғаю"деп аталады.
Диагностикалық іс-шаралар
Негізгі диагностикалық шаралар:
А. Антенатальды кезеңде барлық жүкті әйелдерде қан тобы мен Резус-факторды, сондай-ақ созылмалы трансфузиялық және егу анамнезінің болуын анықтау.
Б. Туған кезде:
* Кіндік қанында резус-теріс тиістілігі бар анадан шыққан балада топты және резус-тиістілікті, Кумбс сынамасын анықтау;
* О (1) резус-оң қан тобы бар анадан туған балада кіндік қанында қан тобы мен Кумбс сынамасын анықтау қажет.

* Кіндік қанындағы жалпы билирубин деңгейі және динамикадағы оның фракциясы (қажет болған жағдайда).

Қосымша диагностикалық шаралар:

А. Шамадан тыс гемолизмен қамтамасыз етілген неонатальды сарғаю бар деген күдік болған кезде (Р 58-58.9) – гемоглобин, гематокрит деңгейін, эритроциттер, ретикулоциттер, микроциттер санын анықтаңыз.

Б. Гипотиреозда сарғаю бар деген күдік болса, тиреоидты гормондардың деңгейін қадағалаңыз.

В. Тұқымқуалаушылықпен негізделген патологиялық сарғаюдың болуына күдік болған кезде:

* Киглер-Наджар I және II типті синдромдар, Люцей-Дрискол, Гилберт синдромдары-генетикалық тексеру;
* Тұқым қуалайтын гемолитикалық анемиялар (жарғақша-патиялар, гемоглобинопатиялар, энзим тапшылығы анемиялары және т.б.)-прайс – Джонс қисығын құра отырып, перифериялық қанның жағындысын зерттеу, қалыңдығын, сфералылық индексін, қандағы эритроциттердің орташа көлемін және гемоглобиннің орташа концентрациясын, эритроциттердің осмотикалық төзімділігін есептеу (Толығырақ "гемолитикалық анемиялар"хаттамасынан қараңыз).

Бауыр, өт шығару жолдары тарапынан аурулардың бар-жоғына күдік туған жағдайда "өт және гепатобилиарлық жүйе аурулары" хаттамаларын қараңыз.

Диагностикалық критерийлер:

Медициналық тарих.

* Резус фактор - анасының қан тобы.
* Жүктілік және босану кезіндегі инфекциялар.
* Тұқым қуалайтын аурулар(Г6ФДГ тапшылығы, гипо-тиреоз, басқа да сирек кездесетін аурулар).
* Ата-аналарда сарғаюдың болуы.
* Алдыңғы балада сарғаюдың болуы.
* Баланың туу кезіндегі салмағы мен гестациялық жасы
* Баланы тамақтандыру (құсудың жеткіліксіздігі және/немесе құсу).
* Бала туылған кезде реанимация жүргізілді ме?

Тәуекел факторлары:

* Жедел гемолиз.
• Преждевременные роды.
* Көгеру және кефалогематома.
* Дене салмағының төмендеуі (>10%.)
* Неонатальды асфиксия, ацидоз.
* Гипогликемия.
* Неонатальды инфекция.
* Гипоальбуминемия (<30 г/л).

12.2 физикалық тексеру

* Терінің түсін бағалаңыз.
* Толығымен шешілген баланы жоғары жарықта тексеріңіз (жақсырақ күндізгі жарықта).
* Тексеру кезінде балаңызға жылу қорғанысын беріңіз.
* Саусағыңызбен тері астындағы май деңгейіне жеңіл басқаннан кейін терінің түсін бағалаңыз.
* Өзгертілген Крамер шкаласы бойынша сарғаюды анықтаңыз.

Өзгертілген Крамер шкаласы:



Аймақ	Сарғаю	Тура емес билирубиннің орташа көрсеткіші
1	бас пен мойынмен шектеледі	100
2	дененің жоғарғы бөлігін қоса алғанда	150
	дененің төменгі бөлігін қоса алғанда оның ішінде қолдар	200
4	аяғының тізеден төмен бөлігі	250
5	Қолы,аяғы	>250



Зертханалық зерттеулер:

Патологиялық сарғаюдың әртүрлі себептері бар, сондықтан ОБС-дан басқа, би-лирубин фракциясын (тікелей/конъюгацияланған билирубин және конъюгацияланбаған билирубин) анықтау қажет.

3 аптадан астам жалғасатын сарғаю және тұрақты гипербилирубинемиясы бар жаңа туған нәрестелер үшін галактоземияға тест жүргізу ұсынылады.

Егер отбасылық анамнезде г6фдг тапшылығымен байланысты сарғаю жағдайлары болса, осы ферменттің деңгейін анықтау қажет [C.]

Тікелей билирубин деңгейі жоғары жаңа туған нәрестелер сепсистің болуына тексерілуі тиіс (зертханалық және қанды бактериологиялық зерттеу) [D].

Тікелей билирубин және гепатомегалия деңгейі жоғары жаңа туған нәрестелерге гепатитті болдырмау үшін АЛТ және АСТ трансаминазаларының деңгейін анықтау қажет.

Дифференциалды диагноз

Көптеген жағдайларда жаңадан туылған сарғаю физиологиялық болып табылады, бірақ асқынулардың алдын алу үшін "қауіпті" сарғаюды уақтылы анықтау және тиісті емдеу үшін әр жағдайды бақылау өте маңызды:

- билирубин энцефалопатиясы: орталық жүйке жүйесінің жіті зақымдануы.
- ядролық сарғаю: орталық жүйке жүйесінің қайтымсыз созылмалы зақымдануы.

* Қауіпті сарғаю белгілерін ерте анықтау үшін кез келген сарғаюдың пайда болу уақытын бекіту және оны жүйелі клиникалық бағалау (8-12 сағат аралықпен) маңызды.
* 7-ші күннен кейінгі сарғаю холестаз, глюкоза-6-фосфат дегидрогеназа тапшылығы (Г6ФДГ), Криглер-Найяр ауруы немесе жаңадан туылған кеш сепсис болуы мүмкін.

* Қауіпті сарғаю өмірдің алғашқы 24 сағатында пайда болады немесе кез-келген уақытта жүздер мен алақандарда анықталады.

Емдеу мақсаты: ықтимал жанама әсерлерді іске асырудың алдын алуға ықпал ететін араласуды қамтамасыз ету.

Емдеу тактикасы:

Дәрілік емес емдеу:

А. Физиологиялық сарғаю

* "Физиологиялық сарғаю" бар балалар арнайы емдеуді қажет етпейді, бірақ ерекше емізуді қажет етеді. Баланың анасы тек емшек сүтімен емізу (күндіз-түні, бірақ күніне кемінде 8-12 рет) балаға сарғаюды тезірек жеңуге көмектесетінін түсіндіруі керек.

Б. Патологиялық сарғаю

* Фототерапия төмендеудің ең тиімді әдісі болып табылады

деңгейдегі билирубин жағдайда сарғаюдың нәрестенің тік [А].

Уақтылы және дұрыс фототерапия алмастырып қан құюдағы қажеттілікті 4%-ға дейін төмендетеді және жаңа туған нәрестелердің сарғаюының асқыну қаупін төмендетеді.

Толық туған нәрестеде фототерапия және алмастырып қан құюға арналған көрсеткіштер (қосымшаны, 1-кестені қараңыз):

- Егер сарғаю туғаннан кейін алғашқы 24 сағатта пайда болса немесе ол "қауіпті" болып табылса ─ дереу фототерапияны бастау және қанның алмастырып құйылуын жүргізуге көрсеткіштер туралы өтінішті қарау қажет.
- Басқа жағдайларда, баланың жасына сәйкес диаграммадағы OS нәтижесін кейінге қалдыру және фототерапияның басталуы туралы мәселені шешу қажет.
- Қауіп факторлары болған кезде фото-терапияны бастау туралы шешім қан сарысуының жалпы билирубинінің (ОБС) неғұрлым төмен деңгейінің негізінде қабылдануы тиіс.
- Егер балада жалпы жағдайдың нашарлауы байқалса, ОБС төменгі сандары бар фототерапияны бастау керек.

Шала туған нәрестеде фототерапияны бастауға арналған көрсеткіштер гемолитикалық ауруы бар жаңа туған нәрестелермен бірдей (2-кесте қосымшасын қараңыз).

- Фототерапия инкубатордың көмегімен немесе жылы шпаргалкада, жобалардан қорғалған бөлмеде жүргізіледі
- Баланың көздері жарық өткізбейтін таңғышпен қорғалуы тиіс.
- Фототерапияны мүмкіндігінше тиімді ету үшін өндірушінің нұсқауларын орындаңыз, соған сәйкес шамды ұсынысқа орнатыңыз-менің қашықтығым және жарық көздерін уақтылы өзгертіңіз.
-Баланың дене температурасын және шамның астындағы ауа температурасын әр 3 сағат сайын бақылаңыз. Дене температурасын 36,5-37,5 °C деңгейінде ұстаңыз.
- Баланы әр 3 сағат сайын аударыңыз.
- Баланы күніне кемінде бір рет өлшеңіз.

- Фототерапия кезінде баланың нәжісі сұйық және сары болуы мүмкін. Бұл қалыпты жағдай және емдеуді қажет етпейді.
- Күніне кемінде 8 рет түнгі үзіліссіз емшек емізуді жалғастырыңыз. [B]
- Егер бала фототерапия кезінде емшек сүтін немесе ерітінділерді көктамыр ішіне енгізуді алса, сүт/ерітінді көлемін жалпы тәуліктік қажеттіліктен 10%-ға дейін ұлғайту ұсынылады.

- Әр 12 сағат сайын OS деңгейін анықтаңыз.
- Жаңа туған нәрестедегі Фототерапия қан сарысуындағы билирубин концентрациясының фототерапияның басталуы және қауіп факторларының болуы не болмауы үшін негіз болған мәннен 24-36 сағат төмен тұрақты төмендеуі жағдайында тоқтатылады.

Қанды ауыстырып құюға арналған көрсеткіштер:

* Фототерапия тиімсіз болған жағдайда қанды ауыстырып құю ұсынылады.
* Жіті билирубин энцефалопатиясының клиникалық симптомдары (бұлшық ет гипертониясы, опистотонус, қызба, "ми" жылауы) пайда болған жағдайда қанды ауыстырып құю билирубин деңгейіне қарамастан жүргізіледі. [D]
* Оқшауланған резус-жанжалдан туындаған ГБН жағдайында қан алмастырып құю баланың қанымен Rh-теріс бір топтық эритроциттік масса және плазма, бірақ мүмкіндігінше 2:1 арақатынаста қан тобының AB (IV) пайдаланылады.
* Оқшауланған топтық жанжалдан туындаған ГБН жағдайында қан алмастырып құю 2:1 арақатынаста баланың эритроциттерінің резус-тиістілігіне сәйкес келетін o (I) тобының эритроциттік массасы және бір ірілі немесе AB (IV) тобының плазмасы пайдаланылады.
* Қан алмастырып құю сирек факторлар бойынша ана қаны мен бала қанының үйлесімсіздігі кезінде жеке іріктелген донорлардың қанын пайдалану қажет.

ГБН бар балалар үшін сақтау мерзімі 72 сағаттан аспайтын эритромасса пайдаланылатынын есте сақтау қажет.

Қауіпті емес ем-шара болып табылатын алмастырып қан құюды тек үйретілген персонал жүргізілген фо-теротерапиядан кейін қатаң көрсеткіштер бойынша жүргізуі тиіс.

Госпитализация түрі көрсетілген емдеуге жатқызуға арналған көрсеткіштер:

* Босандыру қызметінің басталуына байланысты жүкті әйелді кез келген деңгейдегі босандыру ұйымына жатқызу;
* Қанның резус-теріс тиістілігі бар, O (1) резус-оң қан тобы бар, 3-4 деңгейдегі босандыру ұйымына ауыр трансфузиялық және егу анамнезі бар жүкті әйелді жоспарлы емдеуге жатқызу;
* Патологиялық сарғаюмен жаңа туған нәрестені шұғыл емдеуге жатқызу.

Шығару критерийлері:

* Жаңа туған нәрестені сарғаюмен ауруханадан шығару сарғаюдың өршуін және емдеу нәтижелерін ескере отырып, жеке жүзеге асырылуы тиіс.
* Әрбір ана/отбасына сарғаюды бағалауды қалай жүргізу керектігін және балада "қауіпті белгілерді" қалай тану керектігін, тек қана емшек емізуді қалай жүргізу керектігін үйрету қажет.

Алдын алу іс-шаралары: резус-оң бала туған қанның резус-теріс факторы бар әйелдерге кейінгі жүктілік кезінде сенсибилизацияның алдын алу үшін тамырдан кейінгі алғашқы 72 сағат ішінде резус-иммуноглобулин енгізу керек.

Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері:

* Қандағы билирубин деңгейін қалыпқа келтіру және мидың билирубиндік зақымдануының алдын алу.
IV) иллюстрациялық материал: қоса беріледі
V) әдебиет: соңында
VI)бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Жіктелуі.
3. Диагностика.
4. Амбулаториялық жағдайда жүргізу тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
6. Динамикалық бақылау.
7. Дәрігерлік-еңбек сараптамасы мәселелері.
8. Алдын алу.

I. №17 тақырып: Балалардағы пневмония.

II. Мақсаты: амбулаторлық жағдайда балалардағы пневмонияны диагностикалау және емдеу.
III. Дәріс тезисі:
Пневмония - өкпе паренхимасының жедел инфекциялық-қабыну ауруы, клиникалық түрде әртүрлі ауырлықтағы тыныс алу бұзылыстарымен, қызбамен, интоксикациямен, тән физикалық өзгерістермен және өкпедегі «жаңа» ошақты-инфильтративті өзгерістердің рентгенологиялық белгілерімен көрінеді.

Жіктелуі:
1. орын алуы бойынша:
- қоғамдастық сатып алған;
- ауруханалық;
- құрсақішілік, иммунитет тапшылығы бар балаларда;
- энцефалопатиясы бар балалардағы аспирация;
2. нысанда:
-фокальды,
- ошақты дренаж;
- сегменттік;
- крупозды;
- интерстициалды;
3.төменгі ағын:
- ащы;
- созылу;
4. ауырлық дәрежесі бойынша:
- ауыр емес;
- ауыр;
- өте ауыр;
5. асқынулар:
- тыныс алу жеткіліксіздігі I-III;
- өкпе (плеврит, абсцесс, булла, пневмоторакс, пиопневмоторакс);
- өкпеден тыс (токсикоз, нейротоксикоз, OSSN, DIC, ARF).

Желдеткіш-ассоциацияланған (нозокомиалды) пневмония:

· өкпені жасанды желдету жүргізілетін науқастарда туындайды (ӨЖЖ):

а) ерте – ӨЖЖ алғашқы 5 тәулігінде;

б) кеш - ӨЖЖ алғашқы 5 тәулігінен кейін.

Қауіп факторлары:

1. Streptococcus pneumoniae ең көп тараған қоздырғышы;
2. шала туылу;
3. ауыр тамақтанбау;
4. иммун тапшылығы жағдайлары;
5. дамудың туа біткен ауытқулары;
6. жақында болған жоғарғы тыныс жолдарының инфекциясы;
7. муковисцидоз;
8. бөгде дене;
9. әлеуметтік-экономикалық жағдайының төмендігі;
10. темекі түтіні;
11. жыныстық жетілуге дейінгі кезең.

Диагностикалық критерии

Шағымдар және анамнез:

· жөтел;
· судан және тамақтан бас тарту;
· демікпе;
· әлсіздік.

Физикалық зерттеп-қараулар:

· тоқтатылған, жиілеген немесе ауыр тыныс алу (2 айға дейінгі балаларда ЧДД≥60 минутына; 2 айдан – 1 жасқа дейін ≥50 минутына; 1-5жас - ≥40 минутына; 5 жастан жоғары >20 минутына);
· қабырғаралық қуыстардың немесе кеуде қуысының төменгі бөлігінің тартылуы; безгек; қырылды тыныс алу (сәбилерде);
· сананың бұзылуы;
· аускультативті белгілер (әлсіз немесе бронхылы тыныс алу, қырыл, өкпеқап үйкелісінің шуылы, дауыс жаңғырығының бұзылуы).

NB! Аускультация кезінде тыныс алудың жедел әлсіреуі, перкуссиялық дыбыстың қысқаруы экссудативті плевритпен асқынған пневмонияның ықтималдығын арттырады және стационарға жатқызу үшін көрсетілім болып табылады

зертханалық зерттеулер

- жалпы қан анализі (нейтрофильді солға ығысуы бар лейкоцитоз, лейкопения, ESR жеделдету)

аспаптық зерттеу

Рентгендік мәліметтер («жаңа» фокальды-инфильтративті өкпедегі өзгерістер).

мамандардың кеңесіне көрсеткіштер

- ұзаққа созылған курспен немесе астмоидты тыныс алудың болуымен пульмонолог

Дифференциалды диагноз және қосымша зерттеулердің негіздемесі:

Диагноз	**Дифференциалды диагностика үшін негіздеме**	**Зерттап-қарау**	**Диагнозды болдырмау критериі**
Муковисцидоз	Өкпе тінінде инфильтративті көлеңкенің болуы.	- Тері сұйықтығында хлоридтер; - Генетикалық анализ; - Ұйқы эластащын анықтауға нәжіс алу; - Копрограмма	- Созылмалы неонаталды сары ауру - Терінің тұзды дәмі - Физикалық жетілден қалу - Қайталама немесе созылмалы респираторлық симптомдар - Рәсімделмеген қатты, майлы және сасық сұйық нәжіс - Тер сұйықтығында хлоридтер көрсеткішінің көтерілуі.
Бронхиолит	Айқын тыныс жетіспеушілігі. Қырылды тыныс алу. Физикалық деректер: тыныс алудың әлсіреуі немесе крепитация.	- Тыныс алу ағзаларының рентгенограммасы. -Пульсоксиметрия. - қанКЩС. -КТ ОГК -ПТР на РС-инфекциясына	- 3-6 айлық жаста астмоидті тыныс алудың алғашқы оқиғасы - бронхлитиялық заттарға әлсіз реакция немесе реакцияның жоқтығы - тыныс жетіспеушіліг белгілерінің болуы
Туберкулез	Созылмалы жөтел (> 30 күн); -Салмақтың нашар дамуы/тежелуі немесе салмақты жоғалту;	- Манту реакциясы - Диаскинтест - МБТ және Gextert әдісімен қақырық бактериоскопиясы -Рентгенологиялық белгілер.	- Мантуға теріс реакция; - Теріс диаскинтест - Балалардың қақырықтарын зерттеу кезінде туберкулез бактерияларының болмауы.

Негізгі диагностикалық шаралар тізімі:
1. Жалпы қан анализі (6 параметр);
2. Зәрдің жалпы анализі.

Қосымша диагностикалық шаралар тізімі:

1. Кеуде қуысын рентгендік зерттеу.

Емдеу тактикасы

емдеу мақсаттары
1. өкпедегі қабыну процесін жеңілдету;
2. ДН белгілерін, жалпы интоксикацияны жою;
3. өкпе экскурсиясын қалпына келтіру;
4. жөтелдің жоғалуы, жылдам тыныс алу, пневмония аускультативті мәліметтер;
5. денсаулық пен тәбеттің жақсаруы.
дәрілік емес емдеу
1. Температураның көтерілу кезеңіне - төсек демалысы.
2. Адекватты ылғалдандыру (жылы сусындар көп)
3. Емшек сүтімен емізуді және жас ерекшеліктеріне сәйкес дұрыс тамақтануды насихаттау

дәрілік емдеу
Жалпы әрекеттер:
Адекватты ылғалдандыру (жылы сусындар көп) және тамақтану,
Қызбаны жеңілдету (>38,5) - парацетамол 10-15 мг/кг күніне 4 ретке дейін,
жөтелге қарсы препараттарды қолдану ұсынылмайды,
Астмоидты тыныс алу кезінде бронходилататорлық терапия (мысалы, салбутамол
жас мөлшері күніне 3-4 рет 5 күн). Артықшылық беріледі
ингаляциялық формалар.
Антибактериалды терапия:
Антибиотиктер артықшылықты қолданумен эмпирикалық түрде тағайындалады ауызша формалар. Флораның сезімталдығына қарай бактерияға қарсы препараттарды таңдау
vitro эмпирикалық тактика тиімсіз болған жағдайда ғана жүргізіледі. Есірткілер таңдау - жартылай синтетикалық пенициллиндер, макролидтер, балама - цефалоспориндер II-III ұрпақ.
Амоксициллин 15 мг/кг күніне 3 рет 5 күн бойы,
немесе қорғалған пенициллиндер (амоксициллин + клавулан қышқылы 20-40 мг/кг 3)
Азитромицин 10 мг/кг 1 күн, келесі 4 күн ішінде тәулігіне 5 мг/кг.
немесе кларитромицин - 15 мг/кг ішке 10-14 күн бойы бөлінген дозада
немесе эритромицин - 10-14 күн ішінде ішке бөлінген дозада кг үшін 40 мг.
Амброксол сиропы 1 мг / 5
мл;
30 мг / 5 мл; 7,5 мг/мл ерітінді.
Цефуроксим 40 мг/кг/тәу, 2 дозаға бөлінген, 10-14 күн ішке,
Балалардағы цефуроксимнің ең жоғары дозасы 1,5 г__
Цефтазидим * 1-6 г/тәу-10 күн
Ұзақ массивтік микозды емдеу және алдын алу үшін

антибиотикалық терапия итраконазолдың ауызша ерітіндісі 5 мг / кг / тәулігіне, балалар
5 жастан асқан.

Госпитализацияға көрсеткіштер
1.кеуденің төменгі бөлігінің тартылуымен және тыныс алудың күшеюімен ДН жоғарлауы;
2. орталық цианоз;
3. құрысулар;
4. ауыр токсикоз (жеу мен ішуден бас тарту, емшек емізу, сананың бұзылуы);
5. Амбулаторлық емдеудің тиімсіздігі.
алдын алу шаралары
1.Науқастармен және вирус тасымалдаушылармен байланысын шектеу, әсіресе маусымдарда
тыныс алу ауруларының жоғарылауы.
2. ЖРВИ-мен ауыратын отбасы мүшелерінің бетперде киіп, қолдарын жуу.
3. Бөлмедегі оңтайлы ауа жағдайын сақтау
4.қатайту әрекеттерін жүргізу

Ары қарай басқару, клиникалық тексеру принциптері
1. 2 күннен кейін немесе бала ауырып қалса, одан ертерек учаскелік дәрігердің қайта қарауы
нашар немесе ішуге немесе емізуге қабілетсіз, қызуы көтерілген, жоғарылаған немесе
ентігу (анасына қандай жағдайда шұғыл түрде қайтадан қажет екенін үйрету дәрігермен кеңесіңіз).
2. Пневмониямен ауырған балалар 1 рет диспансерлік бақылауда болады
жыл (емтихандар 1, 3, 6 және 12 айдан кейін жүргізіледі).
Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері:
1. Тыныс алу жиілігін қалыпқа келтіру
2. Қызбаның жоғалуы
3. Позитивті перкуссия және аскультативті динамика
4. Интоксикацияның жойылуы
Қосымша дәрі-дәрмектер тізімі:
1. Салбутамол 100 мкг/доза, аэрозоль; 2 мг, 4 мг таблетка; 20 мл ерітінді небулайзер;
2. Кларитромицин 250 мг, тал 500 мг;
3. Эритромицин-250 мг, 500 мг кесте; 250 мг/5 мл ауызша суспензия.
IV) Көрнекілік материал: қоса беріледі
V) Әдебиет: соңында
VI) Бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық негізде басқару тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.

6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасының сұрақтары.
8. Алдын алу.
I. № 18 тақырып: Ерте жастағы балалардағы асқазан-ішек жолдарының функционалдық бұзылыстары.
II. Мақсаты: амбулаторлық деңгейде балалардағы асқазан-ішек жолдарының функционалдық бұзылыстарын диагностикалау және емдеу.
III. Дәріс тезисі:
Функционалды диспепсия - бұл балалардың симптомдар кешені, оның ішінде эпигастрий аймағындағы ауырсынуды, ыңғайсыздықты немесе толықтық сезімін, тамақты қабылдаумен және физикалық жаттығулармен байланысты немесе байланысты емес, ерте қанықтыру, ісіну, жүрек айну, регургитация, майлы тағамдарға төзбеушілік және т.б. - немесе органикалық ауру.

Функционалдық диспепсияның жіктелуі:
• постпрандиальды дистресс синдромы (тағамның қалыпты мөлшерін қабылдағаннан кейін пайда болатын ауырсыну немесе ыңғайсыздық, жиі тез қанықтырумен біріктіріледі);
• эпигастрий аймағындағы ауырсыну синдромы (тамақ қабылдаумен, дефекациямен және өт шығару жолдарының бұзылыстарының белгілері болмаған кездегі эпигастрий аймағындағы қайталанатын ауырсыну).

Диагностикалық критерийлер:
Шағымдар:
Постпрандиальды дистресс синдромы:

тамақтың әдеттегі мөлшерін қабылдағаннан кейін пайда болған тамақтан кейін толықтық сезімін бұзу;
• тез қанықтыру (тою);
• іштің кебуі;
• тамақ ішкеннен кейін жүрек айнуы;
• кекіру.
Эпигастрийдегі ауырсыну синдромының (EBS) белгілері:
• ретростернальды компонентсіз эпигастрийде локализацияланған ауырсыну немесе күйдіргі;
• тамақпен байланысты емес, мезгіл-мезгіл ауыратын, күйдіретін;
• дәретке немесе газдың өтуінен кейін жеңілдіктің болмауы Postprandial дистресс синдромы EBS біріктірілуі мүмкін.

Анамнез:
• генетикалық бейімділік;
• психоәлеуметтік факторлар (стресс, физикалық белсенділік).

Физикалық тексеру:
• тілдің қабаттасуы;

• пальпация кезінде эпигастрийде, кіндік пен пилородуоденальды аймақта, оң жақ қабырға асты аймағында, сол жақ қабырға астындағы ауырсыну;
• диспепсиялық көріністер;
• «мазасыздық» симптомдарының болмауы (түсіндірілмеген салмақ жоғалту, қайталанатын құсу, үдемелі дисфагия, асқазан-ішек жолынан қан кету);
• вегетативті дистония синдромы (гипергидрозладониистоп, тұрақты қызыл дермографизм, артериялық гипотензия).

Негізгі диагностикалық сынақтар:
• ЖҚА (6 параметр);
• Қанның биохимиялық анализі (АЛТ, АСТ, тимол сынамасы, билирубин);
• ОАМ;
• H. pylori инвазивті емес диагностикасы;
• Ең қарапайым гельминттерді зерттеу;
• Зерттеу жұмысы (копрограмма);
• құрсақ қуысы мүшелерінің УДЗ.

Қосымша диагностикалық зерттеулер:
• Қан сарысуында H. pylori анықтау және ИФА әдісі;
• ФЭГДС;
• ЭКГ;
• Каландасбактериозды бактериологиялық зерттеу;
• Перианальды қырғышты зерттеу.

Мамандардың кеңесіне көрсеткіштер
• торинолорингологтың кеңесі – созылмалы инфекция ошақтарын анықтау және санитария мақсатында;
• стоматологтың кеңесі – созылмалы инфекция ошақтарын анықтау және оларды санитарлық тазарту мақсатында;
• невропатологтың кеңесі – неврологиялық ауруларды болдырмау мақсатында;
• эндокринологтың кеңесі – эндокринологиялық ауруларды болдырмау мақсатында;
• психосоматикалық белгілерді болдырмау үшін психологтың кеңесі.
Дифференциалды диагноз:

Функционалдық диспепсияның дифференциалды диагностикасының критерийлері

Ауыру түрі	**Клиникалық критерийлер**	**Зертханалық-құралдық көрсеткіштер**
Катаральды эзофагит	Төстің астында немесе төстің жебе тәрізді өсіндісінің эпигастральды жоғарғы жағында қысылу немесе тамақ жеу, тез жүру, жүгіру, терең тыныс алу кезінде байқалатын күйдіріп ауыру белгісі.	Эндоскопияда - өңештің шырышты қабығының гиперемиясы қатпарлардың қалыңдауы.

Созылмалы гастродуоденит	Эпигастрияда кіндік айналасында және Пилородуоденальды аймақта ауыру белгілерінің оқшауланууы; айқын диспептикалық көсеткіштер (құсқысы келу, кекіру, қызыл, сирек- құсу); ерте және кешкі ауырулардың үйлесуі.	Ұлтабар және асқазанның сілемейлі қабықшасының эндоскопиялық өзгерістері (ісіну, гиперемия, қан кету, эрозия, атрофия, қатпарлардың гипертрофиясы және т.б.)
Созылмалы холецистит	Оң жақ қабырға астының ауыруы, өткабы айналасын қолмен ұстағанда ауыруы, субфебрилитет немесе фебрильді санға дейін температураның жүйелі көтерілуі, улану.	Қанда - лейкоцитоз, нейтрофилез, ЭТЖ артуы, УДЗ - өткабы қабырғасының жуандауы, онда шырышты жармалардың болуы, өттің тұрып қалуы,периваскулярлы реакция.
Созылмалы панкреатит	Ауыру сезімінің кіндіктен жоғары сол жақта орналасуы және оң жаққа берілуі, белдің ауыруы, улану.	копрограммада - амилорея, стеаторея, креаторея, шырыш, лейкоциттер, эритроциттер болуы мүмкін,ішектің микробиоценозының бұзылу белгілері. УДЗ де- ұлғайуы
Созылмалы энтероколит	Кіндік айналасында немесе іштің барлық жері ауыру белгілерінің болуы, дефекациядан кейін қайтуы, іштің кебуі, сүт және сүтті тағамдардың, көкөністердің, жемістердің жақпауы, тұрақсыз дәрет, газдың бөлінуі	Копрограммада - амилорея, стеаторея, креаторея, шырыш, лейкоциттер, эритроциттер болуы мүмкін, ішек микробиоценозының бұзылу нышандары
Жара ауруы	Аш қарында пайда болатын ауырсыну, "әсіресе" кешкі, тамақтанудан кейін 2-3 сағаттан соң. Ауыру кенеттен, қатты болады, колмен ұстағанда ауыруы бірден байқалады, құрсақ бұлшықеттерінің, тері гиперестезия айналасының қатаюы анықталады, Мендель симптомы расталады	Эндоскопияда -гиперемирлі үймекпен қоршалған шырышты қабықтың терең ақауы, көптеген жаралар болуы мүмкін.

Емдеу:

• Ауырсыну синдромын жеңілдету;

• Қозғалыс бұзылыстарын қалыпқа келтіру.
Терапиялық шараларды таңдау функционалды диспепсияның клиникалық нұсқасына байланысты.
Емдеу тактикасы
Дәрілік емес емдеу
№1 диета (өршу кезеңінде);
Тағамның жеке төзімділігіне байланысты №5 диета (ремиссияда).

Мыналарды алып тастау қажет:
• жануарлардың майлары, ысталған тағамдар,
• күшті ет, балық және саңырауқұлақ сорпасы, қырыққабат сорпасы, борщ,
• қара бидай наны, жаңа пісірілген өнімдер, құймақ,
• газдалған сусындар, кофе,
• шалғам, ыстық дәмдеуіштер.

Дәрі
• Антисекреторлы терапия;
• Қозғалыстағы бұзушылықтарды түзету;
• Н.р. болған кезде эрадикационды терапия;
• ОЖЖ белсенділігін қалыпқа келтіру.
Функционалды диспепсияны дәрі-дәрмекпен емдеу

Емдеу іс-шаралары	**Препараттар тобы**	**Препараттың атауы, мөлшерлеу, ұзақтығы**
Антисекреторлы топ	Протонды помпа ингибиторы	Омепразол, 05-1 мг/кг/тәулік, 10 күн бойы
		Рабепразол, мг/кг/т, 10 күн бойы
	Антицидті дәрі-дәрмектер	Алгелдрат + магний гидроксиді, 1-3 қалта, 3-5 күн
Қозғалыс-тасымалдау	Прокинетиктер	Домперидон - 05-1мг/кг дене салмағы/ тәулік 1-3 күн
		Метоклопрамид 0,5-1 мг/кг дене салмағы/тәулік, 7-10 күн
		Тримебутин 12 жастан аскан балаларға 50 мг нан тәулігіне 3 рет 7-10 күн
	Спазмолитикалық препараттар	Мебеверин 6 жастан бастап 2,5 мг/кг екі ретке бөліп тамақ алдында 20 мин бұрын ішеді
		Папаверин 10 жастан асқан балаларға 0,005-0,06 г нан тәулігіне 2 рет 3-5 күн .

бұзылуларды түзету		Дротаверин 6 жасқа дейінгі балаларға ішуге 0,01-0,02 г тәулігіне 1-2 рет, 6-12 жастағы балаларға 0,02 г тәулігіне 1-2 рет 3-5 күн.
		Пинаверия бромид 50-100 мг күніне 3 рет мектеп жасындағы балаларға 7-10 күн.
	Антибактериалды терапия	Кларитромицин 7,5 мг/кг/тәулік , 10 күн
		Метронидазол 20-40 мг/кг/тәулік, 10 күн
		Амоксициллин 25 мг/кг/тәулік, 10 күн
	Седативті терапия	Павлов микстурасы, 0.5-1 шай қасықпен күніне 2-3 рет, 10-12 күн Валериан сығындысы, 100-200 мг/ тәулігіне, 10-12 күн
	Ферментотерапия	Панкреатин 500-700 липаза БД /кг салмақ тәулігіне, 7-10 күн

Маңызды дәрі-дәрмектер тізімі (100% қолданылуы мүмкін)
• Омепразол, капсулалар, таблеткалар 20 мг;
• Рабепразол капсулалары, 20 мг таблеткалар;
• Домперидон таблеткалары 10 мг;

Қосымша дәрілік заттардың тізімі (пайдалану ықтималдығы 100%-дан аз).
• Кларитромицин таблеткалары 250 мг, 500 мг;
• Метронидазол 250 мг;
• Амоксициллин 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
• Альгелдрат + магний гидроксиді суспензиясы, пакет;
• Pavlovamikstura бөтелкесі, 200 мл;
• Таблетка сығындылары 0,02.

Жоспарлы госпитализацияға көрсеткіштер:
• аурудың ұзақтығы (3 айдан астам);
• амбулаторлық емнің тиімсіздігі;
• қатты ауырсыну синдромы (жедел хирургиялық патологияны қоспағанда);
• айқын диспептикалық синдром.

Алдын алу шаралары
Бастапқы профилактика:
• Баланың жасына сәйкес дұрыс тамақтану (режим, ырғақ, тепе-теңдік);
• жаман әдеттерден бас тарту;
• гельминтоздарды тексеру;
• жууды санитарлық тазалау;
• қауіптердің әсерін азайту;

• гигиеналық ережелерді сақтау.

Екіншілік профилактика:
• асқазанның функционалдық жағдайының ерекшеліктеріне сәйкес диеталық тағам
• тұрақты дене белсенділігі;
• қатаю.
Қосымша зерттеулер
Ауруханадан шыққаннан кейін баланы гастроэнтеролог, жалпы тәжірибелік дәрігер, педиатр тексереді:
бірінші жылы 1 рет 6 ай;
1раздан жылы – ФЭГДС өткізумен кейінгі жылдары;

Емдеу тиімділігінің көрсеткіштері және хаттамада сипатталған диагностикалық және емдеу әдістерінің қауіпсіздігі
• ауыру және диспепсиялық синдромдарды жеңілдету;
• қалпына келтіру.

IV) Көрнекілік материал: қоса беріледі
V) Әдебиет: соңында
VI) Бақылау сұрақтары (кері байланыс):
1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Амбулаторлық негізде басқару тактикасы.
5. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
6. Динамикалық бақылау.
7. Медициналық-еңбек сараптамасының сұрақтары.
8. Алдын алу.