

**Қ.А.Ясауи атындағы халықаралық қазақ-  
түрік университеті**  
**Шымкент медициналық институты**  
**Дипломнан кейінгі білім беру факультеті**



**Нәрестелердегі асқазан ішек трактісі аурулары.  
Нәрестелердегі АІТ анатомиялық ерекшеліктері. АІТ  
функционалдық және органикалық бұзылыстары.  
Себебі, клиникасы, диагностикасы, емі, болжамы,  
профилактикасы. Нәрестелердегі сарғаю синдромы.**

**Қабылдаған: Тузелов Мухаметали Қурбаналиеұлы**  
**Дайындаған: Ахметова Әйгерім Мұратқызы**  
**тобы: ПҚ-605**

# Жоспар

- I. Кіріспе
- II. Негізгі бөлім
  - А) *Нәрестелердегі АІТ анатомиялық ерекшеліктері.*
  - Б) *АІТ функционалдық және органикалық бұзылыстары.*
  - В) *Нәрестелердегі сарғаю синдромы.*
- III. Қорытынды
- IV. Пайдаланылған әдебиеттер

# Кіріспе

- Балалар ас қорыту жолының патологиясы әртүрлі, осымен қатар баланың жасына байланысты кейбір науқастар балалық шақтың кейбір кезеңіне ғана тән болып келеді. Екінші жағынан баланың жас кезеңдеріне байланысты аурулардың клиникалық белгілерінің көптеген ерекшеліктері, оны анықтап диагнозын қоюды қиындатып жібереді.

# *Нәрестелердегі АІТ анатомиялық ерекшеліктері*

Баланың тілі ауыз қуысының көлемінен үлкен болып келеді де, оның қуысын толық алып тұрады. Ерін бұлшық еттері жақсы дамыған. Қызыл иекте қатты болып келетін және жақсы бөлектенген майлы жастықшалар бар. Ол Биша төмпешіктері деп аталады. Бұл төмпешіктер қызыл иектің иілгіштігін қамтамасыз етіп, соруға жақсы жағдай жасайды.



# Ауыз қуысы

Эпителиальды жамылғысы айқын қызыл, нәзік, қан тамырларымен бай, бірақ құрғақтау болып келеді. Жаңа туылған балаларда қатты таңдайдың ортаңғы сызығының бойында сарғыш ақ нүктелер байқалады. Олар алғашқы апталар ішінде жойылып кетеді.

Қысқа, жалпақ және қалың тіл лимфа фолликуларымен бай, бүртіктерінің барлық түрлері де дамыған. Бүртіктерінің саны бір жыл бойына арта түседі. Мерзімінде туған дені сау баланың ему рефлексі жақсы дамыған болып келеді.

# Ротовая полость новорожденного

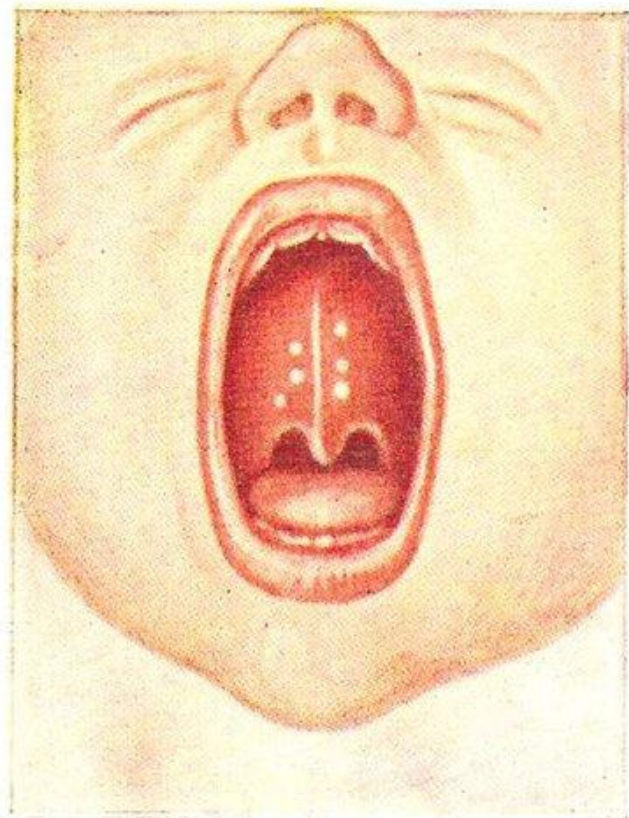


Рис. 1. Боновские узелки.

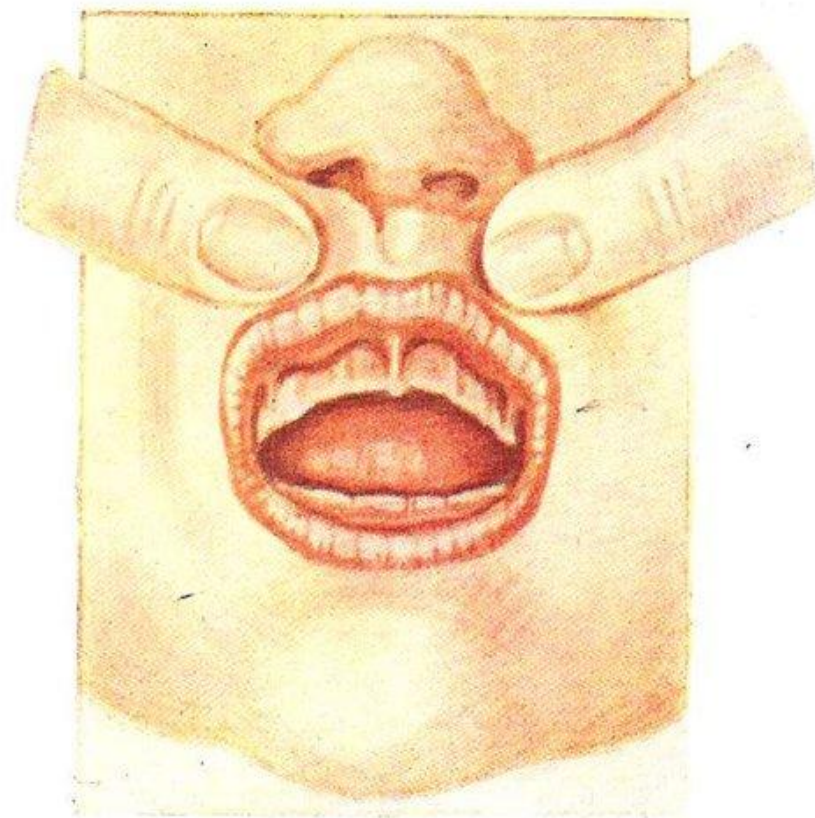
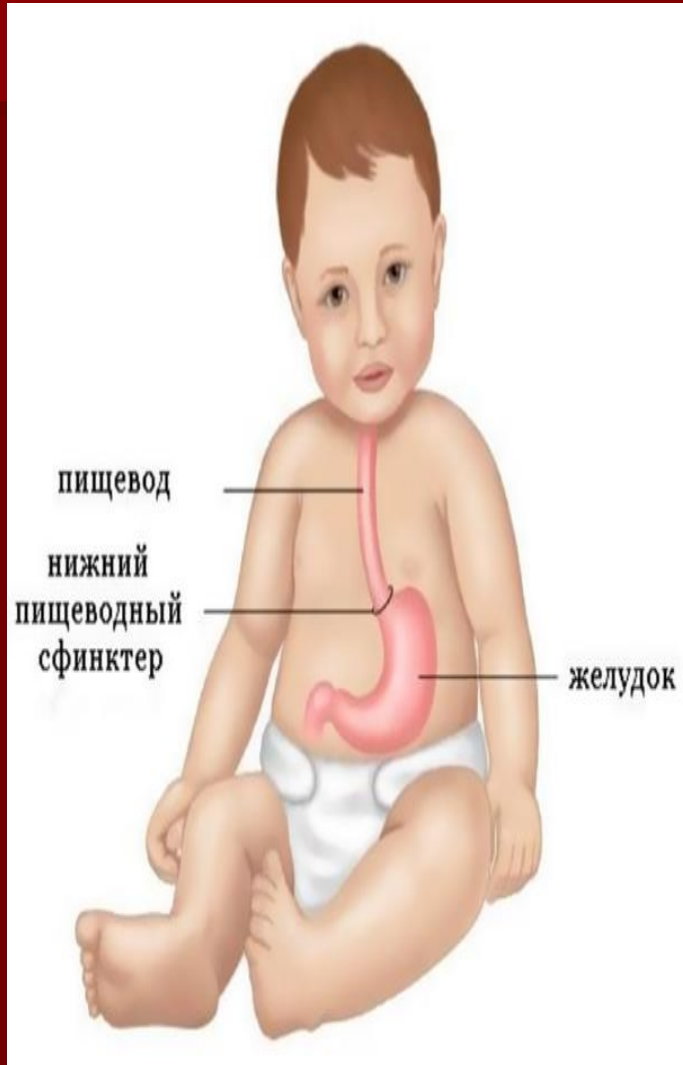


Рис. 2. Складка Rolin—Magitot и валики Pfaundler—Luschka.

# Өңеш



Бала дүниеге келген мезгілде, оның өңеші негізінен қалыптасып біткен, оның ұзындығы орташа 10 см, 15 жасқа келгенде ол екі есе үлкейеді (19 см), яғни кішкене сәбилердің өңеші біршама қысқа болып келеді. Жаңа туған баланың өңеші жұқа болады. Одан әрі кілегей қабатының эпителиясы тез қалындай бастайды. Етті қабығы бұл кезде нашар дамыған, кілегей асты қабаты, керісінше, өте жақсы дамып, қан тамырлары мен лимфоидты элементтерге бай болады.

# Асқазан

**Туылғаннан кейін асқазанның дамуы жүре береді. Жаңа туылған баланың қарнының салмағы 6-7 г болса, бірінші жыл аяғында – 3 есе, 4-5 жаста – 6 есе, 10 жаста –10 есе, 20 жаста – 24 есе арытады. Оның өсу жылдамдығы бойдың өсуінен тезірек болады. Жасының өсуіне сай кілегей қабығының бетінің аумағы да арыта түседі. Өмірге келгеннен кейінгі 3 айда ол 3 есе, 6 айда – 4 есе, 2 жылда – 5 есе, 15 жылда – 10 есе арытады. Асқазан сол қабырға астында орналасады. Кардиальды бөлігі Х кеуде омыртқасының сол жағында бекітілген. Қарын қалтқысы орталық сызық маңында XII кеуде омыртқа деңгейінде, шамамен кіндік пен төстің қанжар тәрізді өсіндісінің ортасында орналасқан. Асқазанның қалпы, оның түріне және баланың жасына байланысты өзгеріп отырады. Емшек жасындағы балаларда асқазан негізінен көлденең орналасқан, ал кейіннен бала тұрып, жүре бастағанда тікесінен тұрып вертикальды қалыпқа келеді.**



## Размер и объем желудка новорожденного



1 день

5-7 мл



2 день

22-27 мл



1 неделя

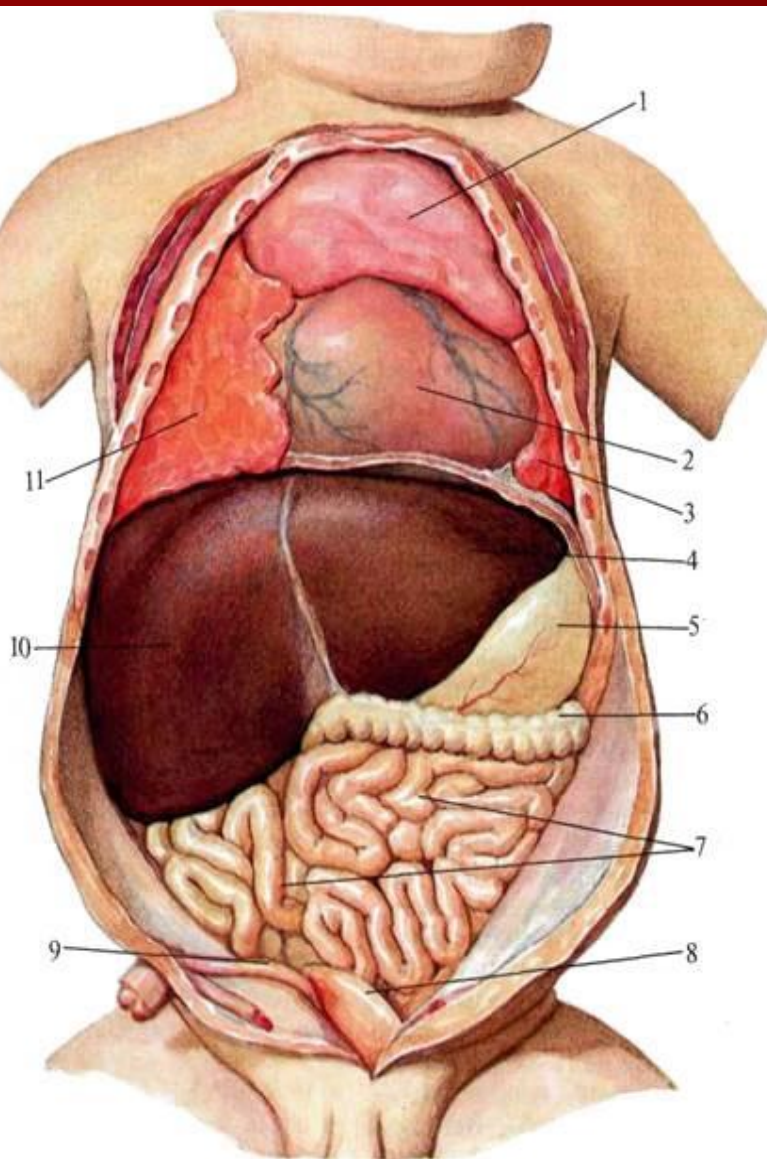
45-60 мл



1 месяц

80-150 мл

# Ішек



Бала дүниеге келген кезде, ішектің ұзындығы, дене ұзындығына қарағанда, артықтау келеді. Себебі, дененің ұзындығына қарағанда, ішектің анатомиялық ұзаруы бәсең жүреді. Аш ішектің ұзындығы 2 есе қысқа. Ұлтабардың кілегей қабығының қыртысы асқазанның кілегей қабығының қыртысынан өзгеше болады. Қыртыстары көлденең орналасады. Ұлтабар іш қуысының артына, ұзын болып келетін шажырқаймен нашар бекітіледі. Ерте жастағы балалардың ішектері тығыз орналасады, себебі кіші жамбас әлі дамымағандықтан, іш қуысының көп бөлігін бауыр алып жатады.

# Бауыр

Туылғаннан кейін бауыр өсе береді, бірақ оның өсу жылдамдығы дене салмағының өсу жылдамдығынан қалыс қалады. 10-11 айда дене салмағы 3 есе артатын болса, бауырдың салмағы екі есеге, 2-3 жылда – үш есе, 7-8 жаста – 5 есе, 16-17 жаста – 10 есе, 20-30 жаста – 13 есе (бұл жаста дене салмағы 20 есе арытады) арытады. Жаңа туылған баланың бауырының құрамында, ересек адамдарға қарағанда (65-70%) су көп болады (8 апталыққа дейін – 75-80%). Өсе келе құрғақ заттардың мөлшері арытады. Жаңа туылған балаларда өт қабы бауырмен жабылып тұратын болғандықтан, оны пальпациялау қиынға түседі. Рентгенологиялық көрінісі айқын болмайды. Ол цилиндр немесе алмұрт түрлі, сиректеу ұршық немесе S тәрізді болады.

*АІТ функционалдық  
және органикалық  
бұзылыстары*

# 1. Эзофагогастродуэденальды аймақ аурулары (27% мектепке дейінгі балаларда, 51% мектеп жасындағы балаларда):



## 2. Гепатобилиарлы жүйе аурулары (38% мектепке дейінгі, 41% мектеп жасындағы балаларда):



### 3. Ішек аурулары (38% мектепке дейінгі, 8% мектеп жасындағы балаларда):

– функциялық аурулар (дискинезиялар, ішек тітіркену синдромы);



– органикалық аурулар:



туабіткен аурулар (даму ақаулары, алғашқы мальабсорбциялар);



- ісіктер.



қабынулық-дистрофиялық аурулар (Крон ауруы, арнаулы емес жаралы колит);

# Жаңа туылған нәрестелерде хирургиялық араласуды жиі қажет ететін клиникалық жағдайлар

- Өңеш атрезиясы, стенозы
- Өңеш ахалазия
- Трахеоөңештік жыланкоз
- Пилоростеноз
- Өт шығару жолдарының атрезиясы, стенозы
- Алдыңғы құрсақ қабырғасының ақауы (омфалоцеле, гастрошизис)
- Меккель дивертикулы
- Гиршпрунг ауруы
- Ішек өтімсіздігі
- Анус атрезиясы

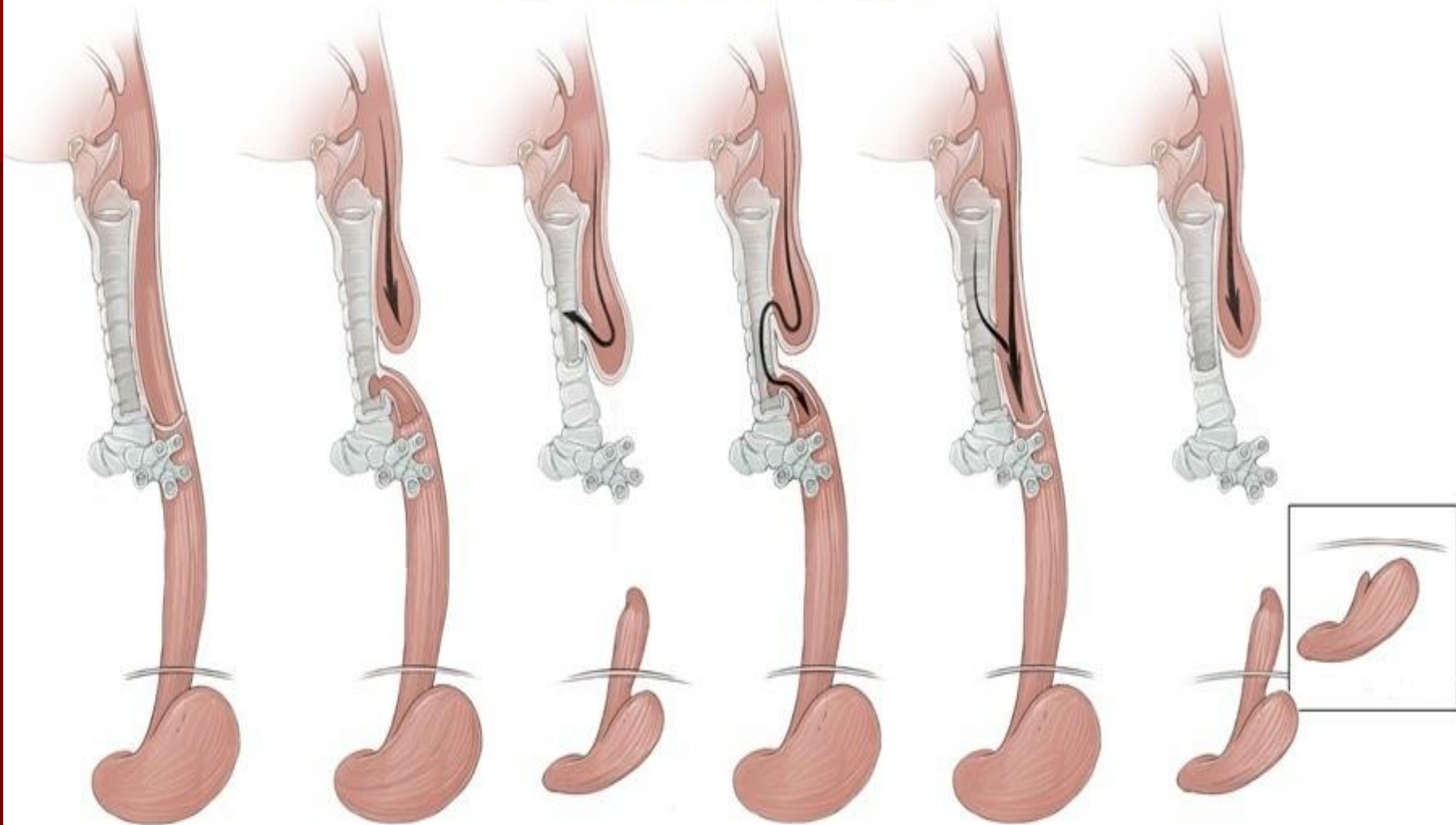




# Өңеш атрезиясы

- Өңештің жоғарғы бөлігі бітеу болып, ал төменгі бөлігі көп жағдайда трахеямен қатынасатын күрделі даму ақауы. Өңеш атрезиясының жиілігі балалар популяциясының ішінде 0.3 құрайды. Ер және қыз балаларда қатынасы – 1:1. Ақаудың дамуы эмбриогенездің арте кезіндегі бұзылыстарымен байланысты. Ерте кезде трахея өңешпен кең байланысады. Олардың ажырауы құрсақ ішілік дамудың 4-5 аптасында болады. Трахея мен өңештің бағыты мен өсу жылдамдығының біртекті болмауында және күні өңешпен бірге ішек түтігінің басқа да құрылымдары өтетін вакуолизация үдерістерінің бұзылысында, өңеш атрезиясының дамуы мүмкін.

# Атрезия пищевода



Нормальный  
пищевод

Виды атрезии пищевода

# Гастроэзофагеальды рефлюксты ауру (ГЭРА)

Асқазандағы сұйық-тықпен өңештің және аралас мүшелердің зақымдалуынан пайда болатын, біртіндеп үдейтін созылмалы ауру.

- **Этиологиясы. ГЭРА-нің дамуының тікелей себебі гастроэзофагеальды рефлюкс (ГЭР)**
- **1. гастроэзофагеальды аймақ аурулары:**
  - - өңештің төменгі сфинктерінің жетіспеушілігі;
  - - көк еттің өңештік тесігінің жарығы;
  - - өңештің рецепторларының рефлюкстік заттарға сезімталдығының жоғарлауы;
- **2. жиірірек ваготониямен нейроциркуляторлы дисфункция;**
- **3. омыртқа жотасының аурулары (сколиоз, остехондроз және т.б.).**



# Савари және Миллер бойынша ГЭРА эндоскопиялық жіктелуі

**0 дәреже**

**Эзофагитсіз ГЭРА (эндоскопиялы келеңсіз)**

I дәреже

Бөлек эрозия және/немесе өңештің тұтаспаған дистальды бөлігінің эритемасы.

II дәреже

Тұтасқан, бірақ шырышты бетін толық қамтымаған, эрозиялық зақымданулар

III дәреже

Өңештің төменгі үштен бір бөлігінде жаралар, тұтасып кеткен және шырышты бетін толық қамтып жатады.

IV дәреже

Өңештің созылмалы жарасы, стеноз, Беррет өңеші (өңештің шырышты қабығының цилиндрлі метаплазмасы)

# Диагностикалық критерийлер

## Шағымдар және анамнез:

ГЭРА кезінде пайда болатын симптомдарды екі топқа бөлуге болады: эзофагеальды және эзофагеальдыдан тыс симптомдар.

## Эзофагеальды симптомдарға жатады:

- қыжыл;
- кекіру;
- құсу;
- дисфагия;
- бірфагия (өңештен тамақ өткен кезде ауыруы, әдетте өңештің шырышты қабығының айқын зақымдануында байқалады);
- эпигастрияда және өңештегі ауыру сезімдері;
- ықылық;
- құсу;
- төстің арғы жағында түйілу сезімі.



## ■ **Физикальды зерттеу:**

- эпигастрияда қолмен ұстағанда ауырады

## **Зертханалық тексерулер:**

- ЖҚТ
- ЖНТ
- нәжісті жасырын қанға зерттеу (м.б. оң),
- Н.pylori диагностикасы (цитологиялық зеттеу, ИФА, уреазды тест).



## **Аспаптық зерттеулер:**

ФЭГДС: өңеште: ошақты эритема және (немесе) өңештің абдоминальды бөлігінің шырышты қабықшасының іркілдек болуы, эрозияның болуы, қозғалыс бұзылулары - кардиальды қыспақтың жеткіліксіздігі, асқазандағының өңешке қайта өтуі өңештің шырыштысының биопсиясы көрсетімдер бойынша, өңеш рентгені (көрсетімдер бойынша)

# Емі

## ■ Амбулаториялық деңгейдегі дәрімен емдеу шаралары:

### Негізгі дәрі-дәрмектердің тізімі (қолдану мүмкіндігі 100%);

- Омепразол, рабепразол, лансопразол, пантопразол, табл., капс. 20мг;
- Кларитромицин 250 мг, 500 мг;
- Метронидазол 250 мг;
- Амоксициллин 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
- Домперидон, табл. 10 мг;

### Қосымша дәрі-дәрмектердің тізімі (қолдану мүмкіндігі 100%-дан төмен).

- Алгелдрат+ магний гидроксиді , суспензия, гель
- Ранитидин табл. 0,15
- Фамотидин табл. 0,02
- Метоклопрамид 0,5% амп. 2,0

## ■ Стационарлық деңгейдегі дәрі-дәрмектермен емдеу:

### Негізгі дәрі-дәрмектердің тізімі (қолдану мүмкіндігі 100%);

- Омепразол капс. 20 мг;
- Кларитромицин 250 мг, 500 мг;
- Метронидазол 250 мг;
- Амоксициллин 250 мг, 500 мг, 1000 мг;
- Домперидон, тб 10 мг

### Қосымша дәрі-дәрмектердің тізімі (қолдану мүмкіндігі 100%-дан төмен).

- Павлов микстурасы, шиша, 200 мл
- Валериан сығындысы, ерітінді, 20 мл
- Мебеверин капсуллар 200 мг
- Пинаверий бромиді табл. 50 мг
- Алгелдрат+ магний гидроксиді, суспензия, гель
- Ранитидин табл. 0,15
- Фамотидин табл. 0,02
- Метоклопрамид 0,5% амп. по 2,0
- Декстроза, р-р д\и 5% фл.400

## Функциялық диспепсия (ФД)



*ФД-ең болмағанда 12 апта бойына қайталанатын соңғы жыл бойына байқалатын, асқорыту жолдарының негізінен моторикалық бұзылыстарға байланысты ауырсыну синдромымен білінетін, абдоминальдық дискомфорт.*

**Функционалды диспепсияның жіктелуі :**

- *постпрандиалды дистресс-синдром (әдеттегі мөлшерде тамақ жегеннен кейін тез тойып қалу сезімімен бірге жүретін ауыру немесе жайсыздық);*
- *эпигастральды ауыру синдромы (тамақ жеумен, үлкен дәретпен байланысты емес және өт бөлу жолдарының бұзылуы байқалмаған жағдайда эпигастральды аймақтың жүйелі түрде ауыруы).*



# ЭТИОЛОГИЯСЫ

## *Экзогенді факторлар:*

- нервті-психикалық салмақ түсуі;
- - режим сақтамау, тамақтанудың сәйкес сипатты болмауы;
- - зорлап тамақтандыру;
- - физикалық және вестибулярлық салмақ түсуі

## *Эндогенді себептер*

- невроздар;
- - нейроциркулярлық дисфункциялар;
- - ішкі мүшелердің әртүрлі аурулары;
- - тағамдық аллергия;
- - ошақтық инфекциялар және паразитоздар

# Диагностикалық критерийлер

## Шағымдар:

### Постпрандиальды дистресс-синдром: [4]:

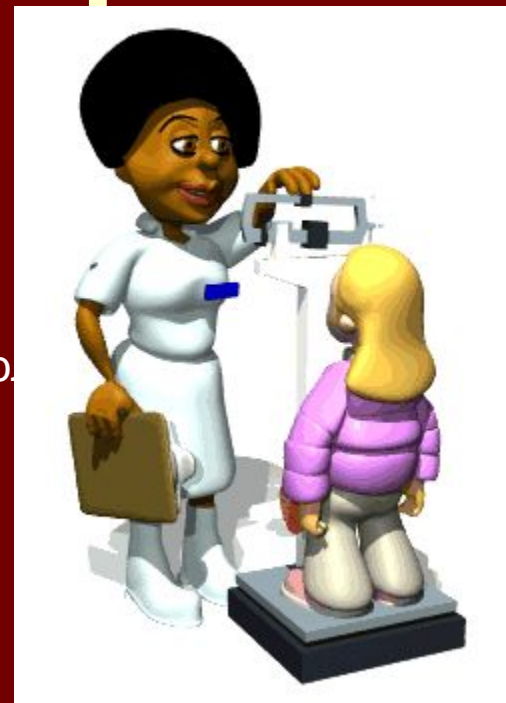
- Кәдімгі мөлшерде тамақ жегеннен кейін пайда болатын томазасызданатын сезім;
- Тез тойып қалу (тойып тұру);
- Іштің кебуі;
- Тамақтан кейін құсқысы келу;
- Кекіру.

### ЭАС симптомдар [4]:

- эпигастрияда оқшауланған ретростернальды компонентсіз ауыру белгілірі немесе қыжыл;
  - тамақтануға байланысты емес, мезгілмен қайталынатын, күйдіріп ауыру;
  - үлкен дәреттен соң немесе газ шыққанда жеңілдеу сезімінің болмауы.
- Постпрандиальды дистресс-синдром және ЭАС үйлесуі мүмкін.

### Анамнез:

- генетикалық бейімділік;
- психоэлеуметтік факторлар (стрестер, физикалық жүктеме түсіру).



## ■ **Физикальды тексеру :**

- Тілдің қабықтануы;
- Пилородуоденальды аймақта және кіндік аймағында, оң жақ қабырға астында, сол жақ қабырға астындағы эпигастральды қолмен басқан кезде ауыруы;
- диспептикалық көріністер;
- «қауіп-қатер» симптомының болмауы (түсініксіз жағдайда дене салмағын жоғалту, қайта-қайта құсу, үдемелі дисфагия, АІЖ қанауы);
- вегетативті дистония синдромы (алақан және табан гипергидрозы, тұрақты қызыл дермографизм, артериальды гипотензия).

## **Зертханалық зерттеулер:**

**ИФТ:** антиденелердің Н.р. (IgG, IgA) ға жоқ болуы /бар болуы.

## **Аспаптық зерттеу:**

**ФЭГДС:** Асқазан және ұлтабардың

- шырышты қабығында паталогиялық
- өзгерістер болмауы.



# Емі

## ■ Емдеу тәсілі

### Дәрі-дәрмексіз емдеу

**Емдәм №1** (асқыну кезінде);

**Емдәм №5** (сауығу кезінде) жеке басына тағамдардың жағуына байланысты.

### Дәрі-дәрмекпен емдеу

- Антисекреторлы терапия;
- Қозғалыс бұзылуларын түзету;
- Эрадикационды терапия Н.р. бар жағдайда;
- ОЖЖ жұмысын қалпына келтіру.



# Жедел, созылмалы гастрит

- **Жедел гастрит** – *асқазан кілегей қабатының жедел қабынуы.*
- **Созылмалы гастрит** - асқазанның шырышты қабықшасының морфологиялық өзгерістерімен бірге оның атрофиясына және регенерациялық, моторлық-тасымалдау және секреторлық қызметтерінің бұзылуына әкеп соғады.
- **Этиологиясы: жедел гастрит дамуында негізгі себептер:**
- **Тағамдық токсикоинфекция**, зиянды тағамдар қолдану, асқазанға шектен тыс жүктеме түсіру, тағамды жеткілікті шайнамау, тұрмыстық улармен улану, аллергия, әртүрлі дәрілік заттарды ұзақ қолдану (сульфаниламидтер, салицилаттар).
- Созылмалы гастритте диспансерлік бақылау – 3жыл



# Диагностикалық критерийлер

## Шағымдар:

- аурудың сипаты: ерте (гастрит кезінде) немесе кеш (дуоденит кезінде);
- аурудың орны - эпигастральды және пилородуоденальды аймақтарда, сол жақ қабырға астына, кеуде қуысының сол жақ бөлігіне және қолға ауырсыну берілу мүмкін.
- диспепсиялық синдром (кекірік, қыжыл, лоқсу, тәбеттің төмендетуі, сирек жағдайда - құсу).

## Физикальды зерттеулер:

- созылмалы интоксикацияның шамалы байқалатын белгілері және вегетативті бұзушылықтар: әлсіздік, шаршағыштық, бастың ауруы, ұйқының бұзылуы, жергілікті гипергидроз;
- аурудың сипаттамасы:
  - гастрит кезінде: ерте ауыруы;
  - дуоденит кезінде: кеш, аш қарынға, тамақ ішкеннен соң 1,5-2 сағаттан кейін немесе түнде ауырады;
- ауырсыну эпигастралды, пилородуоденалды және кіндік айналасында болады;
- метеоризм, гүрілдеу және іште "құйылып тұруды" сезілуі.



## ■ Зертханалық зерттеулер

**Копрограмма:** ас қорытудың бұзылу белгілері (бейтарап майлардың, қорытылмаған бұлшықет талшықтың бар болуы), нәжістегі жасырын қанды экспресс- әдіспен (гемокульт-тест) нәтиже расталуы мүмкін;

### **Аспаптық зерттеулер:**

**ФЭГДС:** ісіну, гиперемия, қанкету, эрозиялар, атрофия, асқазанның шырышты қабықшаларының гипертрофиясы;  
геморрагиялы гастрит: асқазанның шырышты қабықшасына қан кету;  
• рефлюкс-эзофагит: дуоденогастральды рефлюкс.

# Емі



- **Диета:**
  - №1А, Б, 2Емдік-күтіну тәртібі.

## Дәрі-дәрмекпен емдеу

### Бірінші желі эрадикационды терапия препараттары:

- ППИ+амоксициллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);
  - ППИ+амоксициллин+кларитромицин;
  - висмут тұздары+амоксициллин+имидазол.
- Үшкомпонентті терапияның ұзақтығы – 10 күн.

### ППИ:

- Омепразол – нәрестелер 700мкг/кг күніне 1 рет, қажет жағдайда 1,4 мг/кг дейін, 7-14 күн. 1 айдан 2 жасқа дейін 700мкг/кг күніне 1 рет, қажет жағдайда 3 мг/кг дейін, (максимальды 20мг); дене салмағы 10-20кг балалар 10мг-нан күніне 1 рет, қажет жағдайда 20мг дейін күніне 1 рет ; дене салмағы 20 кг-нан асатын балаларға 20 мг-нан күніне 1 рет, қажет жағдайда 40мг. *Helicobacter pylori*-мен байланысты Жара ауруы кезінде 1-12 жас аралығындағы балаларға 1-2мг/кг (макс 40мг) күніне 1 рет. 12-18 жас аралығындағы балаларға 40 мг-нан күніне 1 рет
- Лансопразол балаларға омепразолды қолдануға болмайтын жағдайда тағайындалады.
- Эзомепразол балаларға омепразолды қолдануға болмайтын жағдайда тағайындалады.



## ■ **Үшкомпонентті терапия:**

Омепразол 20 мг-нан (немесе лансопразол 30мг, или эзомепразол 20мг) + кларитромицин 7,5мг/кг (max-500 мг) + амоксициллин 20-30мг/кг (max 1000 мг) немесе метронидазол 40мг/кг (max500 мг);

**Прокинетики** (ұлтабарлардың, өт жолының қозғалу функциялырын қалпына келтіру мақсатында):

- домперидон 0,25-1,0 мг/кг күніне 3-4 рет тамақ алдында 20-30 мин. бұрын, емдеу ұзақтығы 2 аптадан кем емес.



## **Функциялық тыныштық жағдайын жасау және асқазан секрециясын азайту үшін:**

### **Антацидтер**

- алюминий гидроксид +магний гидроксиді: 2-5 жас аралығындағы балаларға 5мл күніне 3 рет, 5-12 жас 5-10 мл күніне 3-4 рет, 12-18 жас 5-10 мл күніне 4 рет (тамақтан кейін және ұйықтар алдында);

### **Гистамин $H_2$ рецепторларының блокаторлары – 10 күн**

- ранитидин ішке 2-4 мг/ кг тәулігіне 2 рет (максимальды -300 мг /тәулік),
- фамотидин ішке дене салмағы 10 кг артық балаларға 1-2 мг/кг тәулігіне 2 рет; 12 жастан үлкен балаларға 20 мг тәулігіне 2 рет.

**Вегетотропты препараттар:** Павлов микстурасы, валериан тамырының тұнбасы. Емдеу ұзақтығы – 4 аптадан кем емес.

**Панкреатикалық ферменттер** (ұйқы безінің эксекреторлы жеткіліксіздігінде, үдерістің күші басылғаннан кейін): 10 000 липазадан тамақпен бірге 3 рет, 2 апта бойы.

Әбден емделгеннен соң бір жылдан кейін науқас ағзасында НР-бактерияның болуын реинфекция емес, керісінше, инфекцияның рецидиві ретінде қабылдау керек. Инфекцияның рецидиві болған жағдайда емдеудің одан да тиімді жолын қолдану керек.

Дуоденогастральды рефлюкс бар болған жағдайда **адсорбенттер** енгізіледі: диоктаэдрикалық смектит күніне 3 рет тамақтану алдында 40-60 мин.

# Целиакия

Целиакия (глютенді ауру, глютенді энтеропатия, тропикалық емес спру, Ги–Гертер–Гейбнер ауруы) – глютенді көтере алмаушылық себебінен, жіңішке ішектің шырышты қабатының атрофиясымен, айқын мальабсорбция синдромымен көрінетін созылмалы генетико-детерминатты ауру.

# Клиникалық жіктелуі

Целиакия жіктелуі, балалар гастроэнтерологтары ХІ съезінде қабылданған (Мәскеу, 2004):

## Түрлері:

- типті;
- атипиялыі (аз симптомды);
- жасырын (латентті).

## Кезеңдері:

- белсенді (клиникалық манифестация);
- ремиссиялар;



# Диагностикалық критерийлер

## Шағымдар:

Ерте жастағы балаларда: тәбеттің төмендеуі не болмауы, жүрек айну, құсу, метеоризм, жаман иісі бар сұйық, ботқа тәрізді және көп мөлшердегі нәжіс, іш ауруының қайталануы, іш көлемінің ұлғаюы, бой өсуінің тежелуі, салмақтың артта қалуы, бұлшықет гипотониясы, әлсіздік, шаршау, пассивті болу жүйке-психикалық артта қалу, емге көнуі қиын анемия.

Жасы үлкендеу балаларда: бойы аласа, темір жетіспеушілік анемия, тырнақ сынғыштығы, ангулярлы хейлит, рецидивті афтозды стоматит, жыныстық жетілудің төмендеуі, полиартралгия, геморрагиялық синдром, сүйек деформациясы, көптеген тісжегі, бұлшықеттік құрысулары, жүйке неврологиялық дамудағы артты қалуы, аллергиялық аурулар және т.б.

## Анамнез:

Жаңа туылған балалардағы клиникалық симптомдар құрамында глютені бар тағамдарды қабылдаған соң 1,5–2 айдан кейін көрінеді (кейде 5-6 айдан 2 жылға дейін);

ЖҚТ: гипохромды анемия;

Қанның биохимиялық талдауы:  
гипопротеинемия, жалпы липид және холестерин аздап төмендеген не қалыпты, фосфолипидтер төмендеген, сілтілі фосфатаза жоғарылауы, гипокальциемия, гипофосфатемия, гипокалиемия, гипоцинкемия;

### Зертханалық зерттеулер

Копрограмма: рН > 5,0, нейтралды майдың, май қышқылдарының, крахмалдың, йодофильды бактерия, қорытылмаған талшықтардың болуы;  
Нәжісті дисбактериозға зерттеу: бифидо- және лактобактериялардың төмендеуі не болмауы.

Серологиялық диагностика

- капиллярлы қан арқылы экспресс-диагностика: тестің оң болуы anti-tTG Ig A бар екенін және целиакияның дамуын көрсетеді;
- сарысудағы АГА анықтау (қазіргі кезде тек 2 жасқа дейінгі балаларда ғана қолданылады):
  - АГА Ig A «+», АГА Ig G «+» (целиакия болу мүмкіндігі жоғары);
  - АГА Ig A «+», АГА Ig G «-» немесе АГА Ig A «-», АГА Ig G «+» (целиакия мүмкін);

ФЭГДС: атрофиялық дуоденит, жіңішке ішек қыртыстарының болмауы («түтік»көрінісі), шырышты қабаттың бозғылт-сұр түсті болуы, қыртыстырдың көлденең жоғалуы, ұсақ фрагменттену, жұқа ақ жабынды («қырау» симптомы), лимфо-фолликулярлы дисплазия;

## Аспаптық зерттеулер

- Corazza и Villanacci (2005 г.) гистологиялық жіктелуі бойынша биоптатты зерттелуі

# Муковисцидоз

- **Муковисцидоз** – бұл ауыр ағымы және болжамы бар, өмірлік маңызды ағзалар мен жүйелердің, экзокринді бездердің зақымдануымен сипатталатын, МВТР (муковисцидозды трансмембранды реттегіш) геннің өзгерісі



# Диагностикалық критерийлер

**Шағымдар:** іштің ауыруы, әлсіздік, шаршағандық, мол, жиі (тәулігіне 4-6 рет), жылтыр, майлы, сасық үлкен дәрет.

## **Анамнез:**

- бір жасқа дейінгі баланың қайтыс болуы туралы отбасылық анамнез мәліметтері немесе ұқсас клиникалық көріністерімен сибстардың бар болуы
- мекониалды илеус және оның эквиваленттері;
- түсініксіз генезді ішек соруының бұзылу синдромы;
- жаңа туған нәрестелерде ұзақ ағынды обструктивті сарғаю типі;
- бауыр циррозы;
- респираторлы синдромы бар қант диабет;
- гастроэзофагальды рефлюкс;
- холелитиаз;
- тікішектің түсуі;
- жыныстық дамудың тежелуі;
- созылмалы синусит, кеңсіріктің ісіюі.



# Зертханалық зерттеулер

- 3 рет тер сұйықтығында хлоридтерді анықтау: тер құрамында 60 ммоль/л жоғары хлоридтің болуы;
- Копрограмма: үлкен дәрет майлы, жылтыр, бейтарап май үлкен көлемде.

## Аспаптық зерттеулер:

- Ішек-қарын жолдарын рентгенологиялық зерттеу (ирригоскопия): аш ішектің дискинезиясы, шырышты қабықтың бедері қалың, «спикулдар» немесе жалған дивертикулдар, ішек саңылауындағы көп мөлшерлі шырышты жіңішке және тоқішектің шырышты қабығының биоптатасын зерттеу – шырышты қабықшада бокал тәріздес жасушалардың көбеюі.
- құрсақ қуысы ағзаларының УДЗ: ұйқы безінің диффузды өзгеруі, кистофиброз, көлемнің өзгеруі;

# Крон ауруы

- **Крон ауруы - жиі рецидивті созылмалы ағымы бар ішек-қарын жолдарының** грануломатозды зақымдалуы. Ауру көбіне мықын ішегінің соқыр және мықын ішектің шеткі бөлігін зақымдайды, бірақ тоқ ішектің, аш шектің сол жақ бөліктерінде, тіптен өңештің, асқазанның және он екі сақиналы ішектіңде зақымдалуы мүмкін.
- КА клиникалық белсенділікті бағалау үшін КА белсенділігінің индексі пайдаланылады (Pediatrics Crohn's Disease Activity Index (PCDAI), Бест индексі).



Өлшемдер		баллы
Іштің ауруы	Жоқ	0
	Аз қарқынды	5
	Қатты қарқынды	10
Дәрет, жиілігі, құрамы	0-1р/д, сұйық қан жоқ	0
	2-5р/д, кішкене қан аралас	5
	Күніне 6 реттен артық	10
Өзін өзі сезінуі, белсенділік	Белсенділікке шектеу жоқ	0
	Белсенділіктің аз шектелуі	5
	Белсенділіктің біршама шектелуі	10
Дене салмағы	Дене салмағы төмендемеген	0
	Дене салмағы 1-9% төмендеген	5
	Дене салмағы 10% артық төмендеген	10
Бой	Бір центельден төмен	0
	1-2 центель аралығында	5
	Екі центельден төмен	10
Іштің ауруы	Ауырлық жоқ	0
	Ауырлық, нығыздалу байқалады	5
	Аурудың көрінісі қатты	10
Параректалды көріністер	жоқ	0
	Белсенді фистула, ауыру, асқыну	10
Асқазаннан тыс көріністер	Жоқ	0
	бір	5
	Екіден артық	10
10 жасқа дейінгі балалардағы гематокрит	>33	0
	28-32	2.5
	<28	5
Гематокрит (11-19 жастағы қыздар)	>34	0
	29-34	2.5

	<29	5
Гематокрит (үд балалар 11-14 жас)	>35	0
	30-34	2.5
	<30	5
Гематокрит (үд балалар 15-19 жас)	>37	0
	32-36	2.5
	<32	5
СОЭ	<20	0
	20-50	2.5
	>50	5
Альбумин (g/dl)	>3.5	0
	3.1-3.4	5
	<3.0	10

Баллдың ең төменгісі 0, ең жоғарғысы 100, қосындысы жоғары болған сайын қабынудың белсенділігі арта түседі.

# Диагностика

■ Шағымдар :

■ Крон ауруы:

- диарея
- оң жақ мықын тұстағы аурулар
- перианалды асқынулар (парапроктит, жарылулар, аноректальды терең жаралар)
- қалтырау
- ішектен тыс көріністер (Бехтерев ауруы, артрит, терінің бұзылуы)
- ішкі терең жаралар
- дене салмағын жоғалту

■ Жара тәрізді колит:

- тікішектен қан кету;
- жиі дәретке отыру;
- үлкен дәретке тұрақты шақырулар;
- дәрет көбінесе түнгі уақытта;
- іштің ауруы негізінен сол жақ мықын тұсында;
- тенезмалар.

Физикальды тексеру:

- дене салмағының жетіспеушілігі;
- улану белгілері;
- полигиподәрумен белгілері,
- ішті басып көру кезінде ауру негізінен оң жақ және сол жақ мықын тұстарында.
- жара түріндегі колиттің педиатриялық белсенділік индексі (PUCAI).



# Зертханалық зерттеулер

ҚЖТ:  
жеделдетілген  
ЭТЖ, лейкоцитоз,  
тромбоцитоз,  
анемия,  
ретикулоцитоз.

Қанды  
биохимиялық  
талдау:  
гипопротеинемия,  
гипоальбуминемия,  
СРБ, альфа-2  
глобулиннің көбеюі.

ИФА:  
антинейтрофильді  
цитоплазмалық Ig  
G (ANCA) анықтау  
аутоиммундық  
аурулардың  
диагнозын білдіреді  
(жара түріндегі  
колит).

# Аспаптық зерттеу

Колоноскопия, ректороманоскопия: көлденең жаралардың, афттардың, гиперемияның шектеулі учаскелерін, «географиялық карта» түріндегі ісікті, асқазан-ішек жолының кез-келген учаскесінде жараны оқшаулаудың болуы

Бариймен контрастілі рентгенография – ішек қабырғасының құрылысы және оның қыртыстарының көріністері, стриктуралар, қабынулар, ісік тәрізді конгломераттар, жара жолдары, «бау» симптомына дейін ішекті ретсіз тарылуы. ЖК кезінде: шырыштың грануляциясы (піскендігі), эрозиялар мен жаралар, контурлардың тістілігі, әжімденуі.

Гистологиялық зерттеу – ісік және шырышты қабаттың астындағы лимфалық және плазмалық тіндерді сүзгілеу, лимфа фолликуларының және пейерлі түйінділердің, түйіршіктің гиперплазиясы. Аурудың асқынуы кезінде лимфа фолликуларының іріңдеуі, сүзгілеудің ішектің барлық қабаттарына таралуы, гранулеманың гиалиндік қайта өзгеруі.

УДЗ: қабырғаның қалыңдауы, эхогендіктің азаюы, ішек қабырғасының анэхогендік қалыңдауы, түстің тарылуы, перистальтиктердің әлсізденуі, гаустрдың сегментті жойылуы, қабынулар.



# Тітіркенген ішек синдромы

- ТІС – соңғы 12 айда 12, үзілісіз болуы міндет емес, апта бойына іштің ауырсынуының немесе абдоминальды дискомфорттың болуымен сипатталатын, төменгі үш белгілердің ең болмаса екеуі байқалатын, ішектің моторлық және сөліністік функциясының кешенді бұзылуы: 1. дефекациядан кейін жойылады; 2. нәжіс жиілігінің өзгеруімен байланысты; 3. нәжістік массаның консистенциясының өзгеруіне байланысты.
- Ажыратады: ТІД диареямен, ТІД диареясыз, ТІД іш қатуымен.

# Нәрестелердегі сарғаю синдромы

- **Неонатальді сарғыштану** - қан сарысуындағы жалпы билирубин деңгейінің артуы (ЖБА) салдарынан, тері жабындылары мен сілемейлеріндегі көрінетін сарғыштанулардың пайда болуы.

# Бауырдағы пигменттік алмасу

Костный мозг, селезёнка, купферовские клетки печени



**Гемоглобин** разрушенного эритроцита распадается

**Вердоглобин**

**Биливердин**

**Глобин**

**Железо**

**Билирубин непрямой – токсичен !**

**Кровь**

Полость синусоида

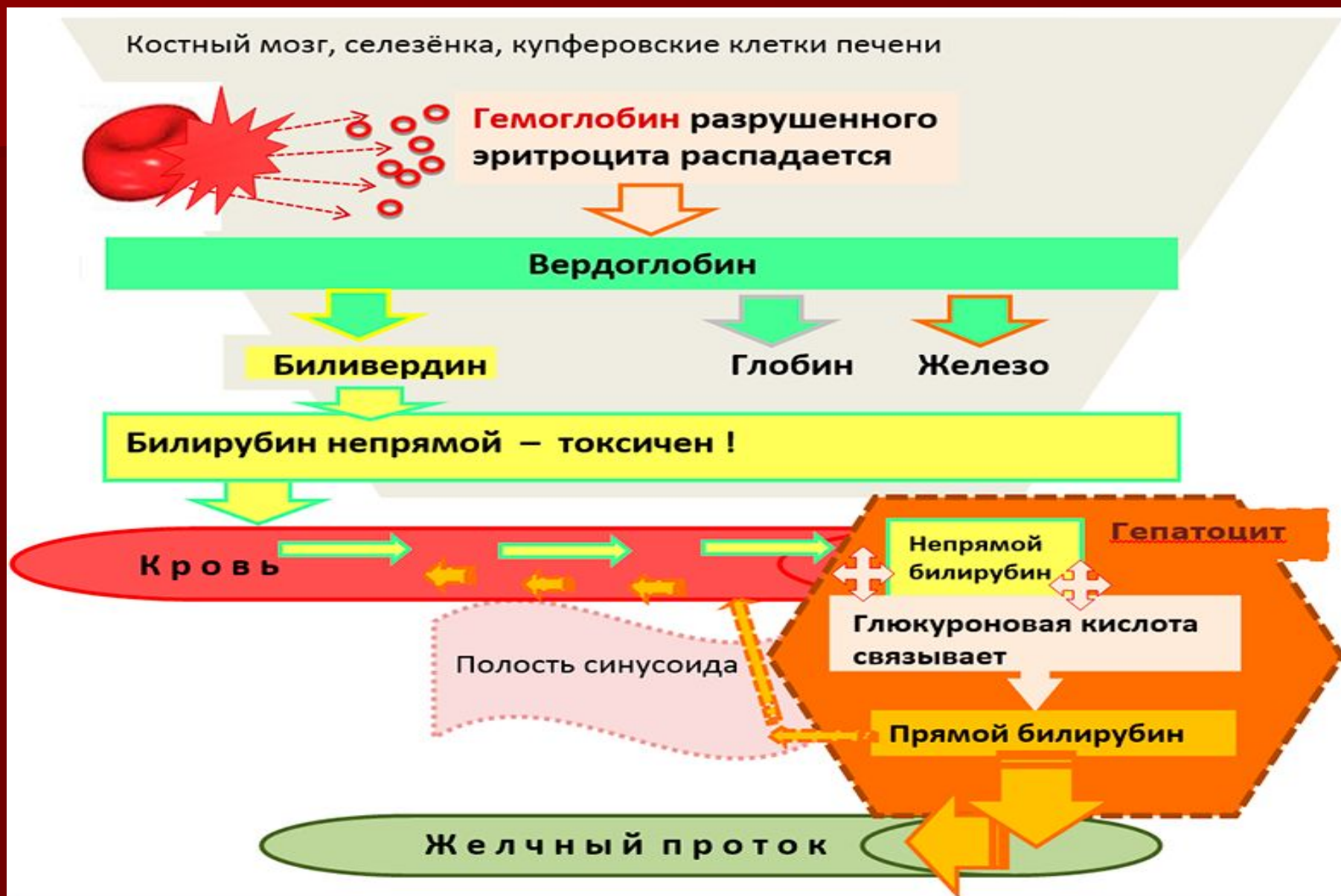
**Непрямой билирубин**

**Гепатоцит**

**Глюкуроновая кислота связывает**

**Прямой билирубин**

**Желчный проток**



# Жіктемесі

## Жаңа туылған нәрестелердің физиологиялық сарғыштану

- Жиі кездесетін жағдай, көптеген нәрестелер үшін, құрсақ ішінен тыс өмірде қалыпты процесс болып табылады, сарғыштану қан сарысуындағы билирубин деңгейінің 80 мкмоль/л астам немесе тең жағдайында көрініс табады.

## Нәрестенің патологиялық сарғыштануы:

- - алғашқы 24 сағатта және туылғаннан кейін 7-ші күннен соң сарғыштану пайда болады;
- - қан сарысуындағы жалпы билирубин темпінің өсуі (ЖБА) 3,5 мкмоль/л/сағ. немесе 85 мкмоль/л тәулігінен астам;
- - тура билирубин деңгейі 34 мкмоль/л астам немесе ЖБА деңгейінен 20% тең;
- - нәресте ахуалының бұзылуы;
- - бауыр және көкбауыр көлемінің ұлғаюы;
- - түссіз стул немесе қошқыл зәр;
- - сарыштану мерзімінде туылғандарда 14 күн бойы және мерзімінен бұрын туылғандарда 21 күн бойы, созылмалы сарғыштану сақталады.

## Неонатальді сарғыштанудың мүмкін асқынулары:

- - билирубинді энцефалопатия - орталық нерв жүйесінің жіті зақымдануы;
- - ядерлі сарғыштану - орталық нерв жүйесінің қайтымсыз зақымдануы.





# Физикалық тексеру

Тері жабындыларының түсін бағалау:

- жарықта толық жалаңаш нәрестені тексеру (мейлінше күндізгі жарықта), тексеру кезінде жылулық қорғау жүргізу;

- тері учаскесін тері май клетчакасы деңгейіне дейін, әрбір басып көргеннен кейін тексеру;

 Крамер шкаласы бойынша сарғыштану орналасуын анықтау:

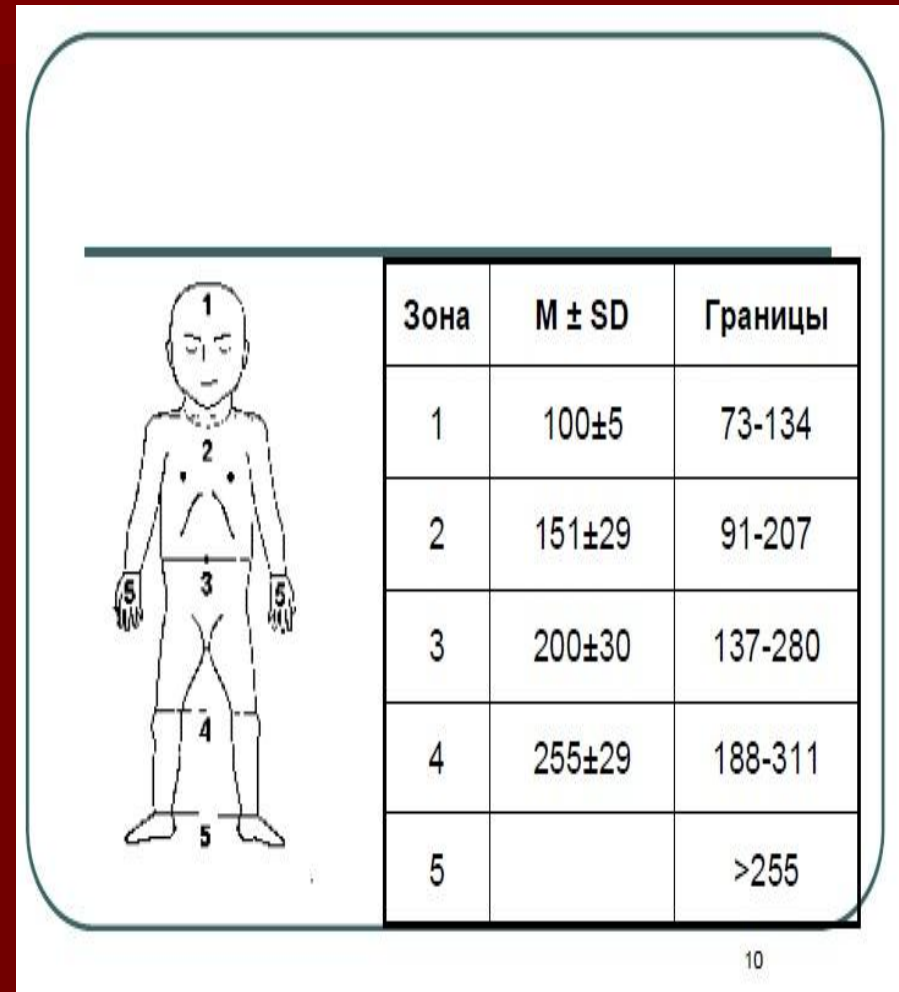
 - жалпы жағдайды бағалау, нәресте белсенділігін бағалауды қоса (рефлексстер);

- емшекпен тамақтандыру бағалау;

- зәр және стул мінезін бағалау (жиілігі мен түсін);

- бауыр және көкбауыр көлемін бағалау;

- гематомалар және кефалогематомалар болуын тексеру.



# Қажетті шаралар

(патологиялық сарғыштықта)

- 1. Фототерапияны тез арада бастау.
- 2. Сарысудағы жалпы билирубинді және олардың фракцияларын анықтау (ЖБА).
- 3. Гематокрит, гемоглобин деңгейін, эритроциттер және ретикулоциттер санын анықтау.
- 4. Нәресте дене салмағын бақылауды жүргізу.
- 5. Емшекпен тамақтандыру барабарлығын бағалау.
- 6. Басқа ауруларға деректер болған кезде - тиісті ауруларға сәйкес қосымша араласулар.

## Неонатальді сарғыштану терапиясы:

- 1. Фототерапия.
- 2. Ауыстырмалы қан құю.



# Қорытынды

- АІЖА Орта Азия елдерінде, оның ішінде Қазақстандада көп кездеседі. Оларды ерте жастан алдын алуға үйрету, білімділігін арттыру, СӨС ұстануға кеңес беруді кез келген профильдегі медициналық персоналдар ұсынса аурушаңдық дәрежесі төмендер еді.

# Пайдаланылған әдебиеттер тізімі

- 1. Неменко Б.А. Оспанова Г.К Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы (Оқулық).- Алматы 2002.344б.
- 2. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков., М., Медицина, 2004.,
- 3. Дадамбаев Е.Т. Нәресте туралы ілім 2005 ж.
- 4. Дадамбаев Е.Т. Бала дәрігерінің серігі, Алматы 2011 ж.
- 5. Педиатрия. Национальное руководство: в 2-х тт. Под ред. А.А. Баранова.- М.: ГЭОТАР - Медиа.- 2009.
- 6. Лекции по педиатрии. Том 7. Диетология и нутрициология. Под ред. В.Ф. Демина, С.О., Ключникова, Ю.Г. Мухиной. М.: РГМУ, 2007.
- [www.medelement.kz](http://www.medelement.kz)
- [www.adilet.zan.kz](http://www.adilet.zan.kz)