

*Дистрофиялық бузылысы бар балалар.*

**Орындаған: Қосжанова М.Қ**  
**Тексерген: Заманбекова М**

- Дистрофиялар – патологиялық жағдайлар, осы кезде жеткіліксіз немесе көп мөлшерде қоректендіру заттардын түсуіне байланысты физикалық дамудың тұрақты өзгерістері, ішкі ағзалардың және жүйелердің морфологиялық және функциялық жағдайларының өзгеруі, зат алмасудың және иммунитеттің бұзылыстары пайда болады. бірінші екі жасар балалар арасында дистрофияның келесі түрлері кездеседі:
  - - гипотрофиялар – бойымен салыстыранда бала салмағының кемістігі,
  - - гипостатура – баланың салмағы мен бойы бір қалыпты дамуы,
  - - паратрофиялар - баланың салмағы мен бойы қалыпты жағдайдан арық болуы.
- Гипостатура-Баланың дене ұзындығымен салмағының бірдей денгей де ,қоректілінің қалыс калуы

# Гипертрофия

Тірек белгілері:

— жеткіліксіз, кейде тоқтап қалғанға дейін болатын, дене салмағын қосудың тежелуі, одан ары бой өсуінің тежелуі;

- » дененің барлық жерінде, әсіресе ішінде тері асты май қабатының жұқаруы немесе жоқ болуы;
- » тіндердің тургорының төмендеуі, бұлшықет көлемі мен тонусының төмендеуі;
- » психомоторлық дамуда артта қалу, одан ары меңгерген дағдыларды жоғалту;
- » ауыр өтуінде сусызданудың айқын болуы, дене қызуының тұрақсыздығы, гипонемесе авитаминоз;

## Факультативті белгілері:

- » тежелу немесе жоғары қозғыштық;
- » тері жабындылары мен шырышты қабаттардың бозаруы;
- » жүрек тондарының тұйықталуы, систолалық шудың пайда болуы;
- » бауырдың аздап ұлғаюы;
- » метеоризм, нәжістің тұрақсыз болуы (іш қатулармен бірге, іш өту);

## *Тексерудің лабораториялық және инструментальдық әдістері:*

- » қанның жалпы анализі (анемия белгілері);
- » зәрдің жалпы анализі (зәрдің тығыздығының жоғары болуы және эпителий экскрециясының жоғары болуы мүмкін);
- » копрограмма (шырыш, лейкоциттер, нейтральды май, кейде бұлшықет талшықтары);
- » бақылау өлшеулері (тамақтандырғанға дейін және одан соң);





### *Тексерудің лабораториялық және инструментальдық әдістері:*

- » қанның жалпы анализі (анемия белгілері);
- » зәрдің жалпы анализі (зәрдің тығыздығының жоғары болуы және эпителий экскрециясының жоғары болуы мүмкін);
- » копрограмма (шырыш, лейкоциттер, нейтральды май, кейде бұлшықет талшықтары);
- » бақылау өлшеулері (тамақтандырғанға дейін және одан соң);

### *Қосымша тексеру әдістері:*

- » қанның биохимиялық тексеруі (жалпы белок және оның фракциялары, Са, Р, натрий, калий, холестерин, сілтілі фосфатаза, трансаминазалар, амилаза);
- » зәрді ацетонға тексеру;
- » ЭКГ;

# Паратрофия

Клиникада паратрофия қалыпты бойдан, артық салмақтан басқа, пастоздылық, бозғылттық пен тері құрғақтығы, бұлшық еті тонусы төмендеген, теріасты-май қабаты ұлғайған, ол біркелкі орналаспаған, қарында, құйрық пен бөкседе (әйел типті) көбірек. Май клеткалары негізінен алғашқы жылы жиналатындықтан, есейгенде бұл балаларда семіздік болады.





# Дистрофия:

Общие симптоматические проявления болезни: **общая слабость**, потеря аппетита, снижение массы тела, вялость, апатия, плаксивость, задержка развития как физического так и умственного, бледность кожи, сухость и шелушение кожных покровов, **тошнота**, рвота, нарушение стула (запор, понос), постоянная жажда, снижение артериального давления, плохая слышимость сердечного ритма, присоединение инфекционных заболеваний, западение родничка.

## Диагностика дистрофии

Проводится анализ анамнеза заболевания, анамнеза жизни и семейного анамнеза больного, сбор жалоб, осмотр, оценка общего состояния и состояния кожных покровов, проводится антропометрия, общий анализ крови и мочи. Необходима консультация гастроэнтеролога.





# • Гипостатура

**Клиникалық көрінісі.** Бала өзінің физикалық және психомоторлық даму деңгейі бойынша кішірек жастағы бала сияқты болып көрінеді. Дене ұзындығы жасына сәйкес тиісті көрсеткіштен төмен болады, ал дене салмағы ұзындығына сәйкес келеді, теріасты шел майы қанағаттанарлық деңгейде болады. Жүйке жүйесінің дамуы құрдастарынан қалыс қалады, тістердің шығуы, сүйек тінінің жетілуі («сүйектік» жас) кеш жүреді. Баланың биологиялық жасы күнтізбелік жастан кем қалады, дене ұзындығы мен салмағына сәйкес келеді. Бұндай балаларда II-дәрежелі гипотрофияға тән клиникалық белгілер (терідегі трофикалық бұзылыстар, полигиповитаминоз, диспротеинемия, ішектен майдың абсорбциясының төмендеуі, қандағы фосфолипидтердің,  $\alpha$ -липопротеиттердің деңгейінің төмендеуі, аминоацидоурия) сақталып қалады.

**Ажырату диагнозы.** Гипостатура байқалатын балаларды гипопластик балалардан (дене ұзындығының өсуінің конституциональды тоқырауы) ажырата білу керек. Оларда трофиканың бұзылыстары анықталмайды, тіндер тургоры, бұлшық ет тонусы жақсы болады, нервтік-психикалық даму деңгейі жасына сәйкес келеді, тағамға толеранттылығы және иммунитет бұзылмаған болып келеді. Гипостатура байқалатын балаларда әртүрлі нанизмнің болуы мүмкін екендігін естен шығармау керек: дене қаңқасының дөрекі бұзылыстары тән болып келетін пропорциональды емес нанизм (хондриодистрофия, сүйектердің туа біткен сынғыштығы, рахиттің Д витаминдеріне берік түрлері, ауыр Д витаминге тәуелді рахит) әдетте, ересек кезеңде байқалатын пропорциональды нанизм (премордиальды, гипофизарлық, тиреоидты, церебральды, жүректік және басқалар).