

Дәріс кешені.

1 тақырып: Кіріспе. Жалпы медициналық білім берудегі ішкі аурулар пропедевтикасының маңызы. Ишкі аурулар ғылымының даму тарихы.

Ауру жайында түсінік. Пациентті клиникалық тексеру әдістері.

Ішкі ағза аурулары клиникалық медицинаның негізгі бөлігі болып саналады. Ол ішкі аурулардың этиологиясын, патогенезі мен клиникалық белгілерін зерттей отырып, науқастың түрін танып анықтау, емдеу және алдын алу шараларын қарастырады, жеке аурулардың пайда болу себептерін анықтайтыны. Жалпы айтқанда, ішкі аурулар туралы ғылымының медициналық практикадағы орны орасан зор. "Дені сау" және "ауру" дегеніміз не? Дені сау және ауру болу - бұл адамның коршаған ортадағы тірішлігінің екі жақты көрінісі. Оған физикалық және әлеуметтік жағдайлар тікелей әсер етеді. Дені сау адамның сипаттамалары: 1) организмнің анатомиялық және физиологиялық тұтастыры; 2) организмнің коршаған ортаның өзгерістеріне оңай бейімделуі; 3) жақсы көңіл-күйде болуы. *Ауру дегеніміз* – ол ағзаның зақымдануға қарсы беретін жауабы. Ауру тек бір жеке мүшениң зақымдамайды, ол тұтас адамға әсер етеді. Аурулардың пайда болуына әкеліп соғатын себептерді аурудың этиологиясы деп атайды. Олар экзогенді және эндогенді деп екі топқа бөлінеді. Экзогенді түрлері: механикалық, физикалық және жүқпалы себептер. Механикалық зақымдануға тамырлардың жарақаттанып қансырауға әкеліп соғуы, кеуде құысының жарақаттанып дем алудың бұзылуы, ауырсынуда дамитын шок т.б. жатады. Физикалық себептер: жоғары немесе төменгі температура, электр тоғы, күн сәулесінің әсері, рентген сәулесі. Химиялық себептер: тұрмыста немесе кәсіби жұмыс барысында қолданатын әртүрлі химиялық заттардың теріге, ағзага патологиялық әсер етуі. Биологиялық себептер: организмге сырттан келіп түскен бактериялар, вирустар, саңырауқұлақтар бір талай ішкі аурулардың себебі болып табылады. Дұрыс тамақтанбауда ауруларға әкеліп соғуы мүмкін. Эндогенді – ішкі этиологиялық себептер. Кейбір ішкі ағзалардың бұзылуы нәтижесінде болатын улану жағдайларды этиологиялық агенттер ретінде қарауға болады. Витаминдердің жетіспеушілігі де бір қатар ауруларға әкеліп соғуы мүмкін. Ишкі секреция бездері қызметінің бұзылуы аурулардың дамуына себепті болуы ықтимал. Мысалы, үйқы безі қызметінің бұзылуы қант диабетінің дамуына әсер етеді. Әр аурудың биологиялық даму механизмін патогенез деп атайды. Мысалы, өкпе қабынуында патогендің жүқпаның әсерінен өкпе ұлпасы зақымданып, өкпе альвеоларына сары судың жиналуды. *Ауру ағымын* төрт кезеңге бөлуге болады: жасырынды, латентті кезең (аурудың белгілері болмайды); бастапқы кезең; аурудың негізгі айқындалу кезеңі; аурудың аяқталу кезеңі. Жалпы адам ағзасындағы сырқат ағымдары жедел және созылмалы түрде өтеді. Аурудың ағымында ремиссия (науқас жағдайының уақытша жақсаруы) және рецидив (аурудың қайталануы) білінеді. Кейбір ауруларда асқынулар дамиды. Әр ауру симптомдармен сипатталады. *Симптом* – аурудың негізгі клиникалық белгісі. Мысалы, лоқсу, құсу асқазан ауруларында, жөтел – тыныс алу мүшелерінің ауруларында кездеседі. Симптомдар субъективтік және объективтік түрге бөлінеді. Субъективтік деп науқастың өзінің сезген сезім шағымдарын айтады, ал объективтік деп дәрігердің науқастың қарағанда анықтаған белгілерін айтады (мысалы, жүрек, бауыр көлемінің үлкеюі, қан қысымының, дene қызыуының көтерілуі т.б.) *Синдром* деп әр патологиялық жағдайға сәйкес келетін бірнеше симптомның жиынын айтады. Мысалы, уыттану синдромына әлсіздену, дene қызыуының көтерілуі, бас ауруы, бас айналуы, тамақта тәбетінің тартпауы жатады. Аурудың нәтижесі жазылу, созылмалы түріне ауысу, мүгедектік ұшырау немесе өлімге ұшырау. Ағзаның функционалдық жағдайына байланысты мүгедектік 3 топқа бөлінеді. I топ – науқас функционалдық қабілетінен толығымен айырылады. Науқас өзін-өзі күте алмайды. II топ – науқас функционалдық қабілетінен жартылай айырылады, бірақ өзін-өзі күте алғып, өздеріне сәйкес тұрмыс істей алады. III топ – науқас жұмыс жағдайын толығымен істей алмайды, жеңіл жұмыс жасауға рұқсат беріледі. *Диагноз* – аурудың анықтамасы, оны медицина терминологиясымен жазу. Диагноз болжамды, нақтылы (дифференциалды), қорытынды болады. Болжамды диагнозды науқастың шағымдарына, субъективтік, объективтік тексеру мәліметтеріне сүйеніп қояды. Дифференциалды – көп аурулардың белгілері бір біріне ұқсас келеді, сондықтан қосымша тексерістерді жүргізіп, клиникалық белгілерін салыстырып, қай ауруға тән екендігін анықтап сырқат түрін бір - бірінен ажыратады.



**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

Корытынды диагнозды субъективтік, объективтік және қосымша тексеру нәтижелер көрсеткіші бойынша қояды. Егер науқаста бірнеше ауру болса, онда ең басты және қосалқы диагноз қойылады. Диагноз қойылған соң науқасқа емханада немесе ауруханада арнаулы ем жүргізіледі. Консервативтік ем: дәрі – дәрмектермен емдеу; симптомдық ем – белгілі симптомға ғана жүргізілетін ем; алдын – алу емі. Сырқатты емдеудегі алдын алу шараларының үш түрі болады. Алғашқы (бірінші) алдын алу – ауруды болғызыбау үшін көрсетілетін шаралар. Екінші алдын алу – қауіпті себептерді болдырмау, қайталанып келіп отыратын аурудың алдын алу шаралары. Мысалы, созылмалы ауруларда көктем мен күзде науқастар ауру қозбас үшін алдын алу ретінде ем алдып отырады. **Үшінші алдын алу (реабилитация)** – ағзаның қызметін қалпына келтіру, физиологиялық жағдайын жақсарту.

Амбулаторлық көмек:

- 1) амбулатория (шағын поселоктың, өнеркәсіптік кәсіпорынның немесе ауылдық жердің тұрғындары үшін) немесе фельдшер-акушерлік пункт (ауылдық жерде); амбулаторияда ауруларды қабылдау тек негізгі мамандықтар бойынша жүргізіледі (терапевт, хирург, стоматолог, гинеколог);
 - 2) ірі өнеркәсіптік кәсіпорындарда медициналық көмекті медико-санитарлық бөлім (МСБ) көрсетеді (онын құрамына стационар, емхана, здравпункт, профилакторий кіруі мүмкін);
 - 3) здравпункт - МСБ немесе емхананың құрамдас бөлігі (кәсіпорындарда, құрылыштарда, жоғары және орта оқу орындарында), мұнда алғашқы медициналық көмектен басқа аурушылықтың алдын-алу және төмендету үшін жоспарлы санитарлы-гигиеналық әрі емдеу-профилактикалық шаралар жүргізіледі;
 - 4) емхана - келген науқастарға, сондай-ақ үйде, аурулардың және олардың асқынуларының алдын-алу бойынша емдеу-профилактикалық шаралар жүргізіледі; барлық мамандық дәрігерлері қабылдайды; лабораторлық, диагностикалық және емдеу белмелері бар; науқастарды анықтау, квалифицирленген көмек көрсету, аурушылықты зерттеу, профилактикалық қарау, диспансеризация - аурулардың белгілі бір бөлігінің денсаулығын белсенді бақылау - бойынша жұмыс жүргізеді;
 - 5) диспансерлер - диспансерлік әдіспен жұмыс істейтін ерекше мамандандырылған емдеу-профилактикалық мекеме, белгілі бір аурумен сырқаттанатын адамдарды емдейді (онкологиялық, психоневрологиялық және т.б.); емдеу және алдын-алумен қатар патронаж (науқастарды үйінде жүйелі белсенді тұрде бақылау), санитарлы-насихатты жұмыс жүргізеді;
 - 6) жоғары квалифицирленген медициналық көмек көрсететін мамандандырылған кенестік-диагностикалық орталық (көбінесе ірі көпсалалы ауруханаларда, медициналық университеттерде және т.б.);
 - 7) әйелдер консультациясы - гинекологиялық ауруларды емдеу және алдын-алу, жүктілерді бақылау жұмыстары жүргізіледі; акушерка дәрігерге қабылдау көзіндс кемектеседі, жүктілер патронажын жүргізеді, оларды нәрестелерді күтуге және жеке бас тазалығына үйретеді;
 - 8) жедел жәрдем станциясы тәулік бойы жұмыс істейді, тұрғындарға шұғыл кезде көмек көрсетеді; бригаданы шақыруға өзі баратын, өзі алғашқы көмек көрсететін және науқасты ауруханаға жатқызатын фельдшер басқаруы мүмкін; жедел жәрдем көлігіндегі казіргі кездегі құралдар стационарға дейінгі жолда шұғыл көмек көрсетуге және реанимациялық шаралар жүргізуге мүмкіндік береді.
- Стационарлық медициналық көмек жүйелі бақылауды, емдеу мен тексерудің күрделі тұрларін қажет ететін науқастарға көрсетіледі. Стационардың тұрлери:
- 1) аурухана - медицинағының мен техникасының соңғы жетістіктерінің негізінде тұрғындарға жоғары квалифицирленген көмек көрсетеді; кеп салалы (әртүрлі ауруларды емдеу үшін) және мамандандырылған (инфекциялық, психиатриялық және т.б.) болуы мүмкін; облыстық және республикалық ауруханалар ауыл тұрғындарын жоғары квалифицирленген медициналық көмекпен қамтамасыз етеді;



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

- 2) госпиталь - әскери немесе мүгедек адамдарды емдейтін аурұхана;
- 3) клиника - науқастарды емдеумен қатар ғылыми-зерттеу жұмыстары және студенттерді, дәрігерлер мен орта медициналық қызметкерлерді оқыту ісі жүргізілетін аурұханалық мекеме;
- 4) шипажай - науқастардың емін жалғастыратын стационарлық мекеме; негізінде оны минералдық сулары, емдік балшықтары бар жайлы климатты жерлерге (курортта) салады.

1.	Стационарлық науқастың медициналық картасы (ф.№003/е)
2.	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (ф. №066/у)
3.	Температуралық парап Бюджеттік қаржы, бюджеттен тыс қаржы есебінен дәрігерлік тағайындалымдар (ф.№004-1/е)
4.	Инфекциялық ауру, тағамдық, жедел кәсіби улану, егуге кәдмгіден тыс серпіліс туралы шүғыл хабарландыру (ф.№085/е)
5.	Науқастарды қабылдауды және госпитализациядан бас тартуларын есептеу журналы (ф.№001/е)
6.	Науқастардың қозғалысы және стационардық төсектік қорынын есептеу парагы (ф.№007/е)
7.	Порциялық талап
8.	Бюджеттік қаржы, бюджеттен тыс қаржы есебінен дәрігерлік тағайындалымдар (ф.№004-1/е)
9.	Бюджеттік қаржы, бюджеттен тыс қаржы есебінен тағайындалымдар парагы (ф.№004-1/е)
10.	Инфекциялық ауруларды есептеу журналы (ф.№060/е)
11.	Дәріханаға талап (ф.№434)
12.	Амбулаторлық науқастың медициналық картасы (ф.№025/е)
13.	Дәрігерің қабылдауына талон (ф.№025-4/е)
14.	Дәрігердің қабылдауына жазылу карточкасы (ф.№040/е)
15.	Амбулаторлық пациенттің статистикалық картасы (ф.№025-5/е)
16.	Трансфузиялық парап (ф.№005-3/е)
17.	Қанның, оның компоненттерінің, препараттарының, қан алмастырылыштардың және диагностикалық стандарттардың түсін және берілуін тіркеу журналы (ф.№005-2/е)
18.	Қурамында эритроцит бар заттарды құю протоколы (ф.№005/е)
19.	Қаннның компоненттерін, препараттарын құю хаттамасы (ф.№005-1/е)
20.	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы (ф.№009/е)
21.	Рецепттер бланктері
22.	Қан анализіне жолдаманың бланктері
23.	Зәр анализіне жолдаманың бланктері

Анық диагноз қою үшін дұрыс мәлімет жинай алу керек. Бұл мәліметтерді науқастан сұрау нәтижесінде, тікелей физикалық тексеру тәсілдерін қолдана отырып және қосымша зертханалық, аспаптық зерттеу әдістерін қолдана отырып анықтауға болады.

Субъективті тексеру әдісі. Науқастан ауруды сұрастыру диагнозды дұрыс қою үшін, аурудың не себептен болғанын, аурудың мінездемесін, ағымын білуге көп көмек береді. Сұрастыруды арнайы жүргізеді, демек дәрігер науқасқа сұрақты белгілі тәртіп бойынша қояды. Сұрастыру келесі бөлімдерден тұрады: науқас туралы жалпы мәлімет; науқас шағымдары; нағыз осы ауру тарихы (anamnesis morbi); науқастың өмір тарихы (anamnesis vitae).

Ауру тарихының бірінші бөлімі төлкүжат бөлімі болып табылады. Онда науқас адамның аты-жөні, толық жасы, жұмыс орны, мамандығы, тұрмыс жағдайы (әлеуметтік, материалдық) анықталады.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Науқас жолдамамен келіп түскені немесе жедел жәрдем көлігімен жеткізілгені көрсетіліп жазылады. Қандай диагнозбен түсіп отырғаны тіркеледі.

Науқастың шағымдары. Шағымның екі түрі бар: негізгі және қосымша. Негізгі шағым деп әр мүшениң не әр жүйенің ауруына тән белгіні айтады. Мысалы, тыныс алу мүшелерінің ауруларына қатысты шағымдар: жөтел, тұншығу, ентігу, қақырық тастау. Қосымша шағымдар әр түрлі ауруларда кездесе береді. Мысалы: әлсіздік, дene қызының көтерілуі, ұйқының бұзылуы, бастың айналуы т.б. Науқас шағымын айтқанда кейде бәрін бірдей айтпауды мүмкін. Сондықтан да науқастан сырқатын сұраған кезде оның әр бір құдікті шағымдарына көңіл бөлуі тиіс. Бұл дер анықтамасындағы басты шешім болып саналады. Егерде науқастан шағымдарын көңіл бөліп дұрыс сұрастырған жағдайда, бастапқы кезеңінде сырқаттың білінуін ерте анықтауға мүмкіндік береді.



1-Сурет

Anamnesis morbi (аурудың даму тарихы)

Осы аурудың дамуын сұрастыру керек. Алдымен ауру қалай басталғанын білген жөн. Кейде ауру жедел, кейде біртіндеп басталады. Мысалы, крупозды пневмония жедел басталады, ауырган адам күнін және уақытын да біледі. Кейбір сырқаттар, мысалы, қант диабеті, туберкулез, біртіндеп басталады. Сұрағанда аурудың қандай жағдайда басталғанын, себебіне, алғашқы белгілеріне көңіл бөлу керек. Ауру басталған кезеңнен өзінің сезім қабілетінің қалай өзгергенін байқай алды ма. Ауырсыну күшінді ме, тыйылды ма немесе науқастың уақытша оңалуы білінді ме. Ауырғалы бері қандай тексерістер өткізілді, олардың берген қорытынды нәтижелерін қайтадан қарастырып, ескереді. Нақты түрде қолданылған емін сұрастыру керек.

Anamnesis vitae (аурудың өмір тарихы) Бұл бөлімнің ерекшелігі аурудың дамуын анықтауға ықпал етеді. Науқастың қай елді мекенде туып өсkenіне көңіл бөлу керек. Кейбір аудандарда йод тапшылығынан қалқанша без ауруларының, бруцеллез, безгек сырқаттарының да дамуы жиі байқалады. Сол аймақтағы тұрғындардың әлеуметтік және материалдық жағдайлары ескеріледі. Әйел адамның етеккір циклінің өтуін, қанша құрсақ көтергендігін, жүктіліктиң өту кезеңін барысын, босануын сұрастыру әдісін қолдана отырып жүзеге асырады. Сырқаттың жалпы денсаулық жағдайын анықтау үшін оның мамандығын, қызметтегі талаптарды орындауын, тамақтану тәртібін сұрастырып қолданады. Бұдан басқа қандай сырқаттар түрімен ауырғандығын, жан үясында тұқым қуалаушылық ауруларын анықтайды. Науқастың дәрі-дәрмектерге, әр түрлі тағамдар және тағы басқа заттарға аллергия серпілісін анықтайды. Жағымсыз қылықтар туралы сұрап білу басты көрсеткіш болып табылады.

Объективтік тексеру әдістері. Науқасты қарап тексеру объективті деп саналады, өйткені қараған кездегі анықталынған белгілердің негізгісінде нағыз патологиялық дәрістер жатады. Тікелей тексеруді науқасты қараудан бастайды, жалпы науқастың жағдайын бағалайды, содан кейін



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

пальпация, перкуссия, аускультация тексеру түрлеріне көшед Қарау (инспекция)_Қарау ен қарапайым методтардың қатарына жатады. Оның диагностикалық мүмкіншілігін тек дұрыс пайдалана білгенде ғана анықтауға болады. Ол үшін қарау кезінде төмендегідей ережелерді мұқият сақтау керек.

Ауру күннің жарық мезгілінде қарау керек. Себебі жасанды жарықта аурудың кейбір белгілері байқалмайды, ол кейбір белгілердің түсі өзгеше болып көрінеді. Егер күн жарығын пайдалануға мүмкіншілік жоқ болса, онда күн жарығын (ақ жарық) беретін электр шамын қолданады. Ауруға жарық қарсы және бүйірінен түсіп тұру керек.

Ауру толық шешініп, алдында 2-3 м қашықтықта тұру керек. Жарық сәулесін тұра және жанынан түсіріп отырып, ауруды жан-жақты толық қарап шығады.

Қарауды бір ретпен (жүйелілікпен) жүргізу керек. Қарау тәсілі жалпы қарау және әр мүшени қарау болып екіге бөлінеді.

Жалпы қараудан науқас адамның:

- 1.санасын
- 2.тәсектегі қалпын
- 3.жалпы пішінін (келбетін) (habitas)

4.сырт жамылғы келбетін (тері мен көрініп тұрған кілегей қабықтарды) анықтайды

Ауруды мүшелеп қарағанда қолданылатын жүйелік төмендегідей:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1.басты қарау | 4.мойынды қарау |
| 2.бетті қарау | 5.кеудені қарау |
| 3.ауыз ішін қарау | 6.қол аяқты қарау |

Аурудың сана сезім (есі) күйі.

Ауру адамның санасы (есі) көптеген ауруда бұзылмайды. Мұндай жағдайда науқас адам өмір сүретін ортаниң өзгеру құбылыстарына сәйкесті (адектатты) реакция жасайды. Бұл жағдайды анық сана немесе ауру адамның есі дұрыс деп атайды. Ал кейбір науқастарда ауру адамның (есі) санасы бұзылады. Саны бұзылуының екі түрі бар:

- 1.Сананың депрессивті (лат.depressioндеу, бәсендөу) бұзылуы.
- 2.Сананың ирритативті (лат. Irritatio-қозу, қобалжу, тынышсыздану) бұзылуы.

Сананың депрессивті бұзылу түрлеріне:

ступор (лат. stupor –есенгіреу, мелшип қатып қалу)

сопор (лат. Sopor – үйкі)

кома (грек. Кома – терең үйкі) жатады

Ступор - не есенгіреуде науқас адам айналасындағы құбылысты жөнді айрып білмейді, қойған сұрақтарға көп кешігіп жауап береді, мелшип қатып қалған белгі көрсетеді. Ступор контузияда (лат. contusio жалпы жарақаттану, басты соғып алу) уланғанда т.б жағдайларда кездеседі.

Сопор - терең үйкідағы жағдай. Науқас адамды қатты дауыспен, не жұлқылап оятуға болады.

Бірақ ол сол бойда тағыда үйкіға кетеді. Саны бұзылуының бұл түрі қатаң жүқпалы ауруларда (сүзектерде) және диабеттік, уремиялық және бауыр комасының бастамасында кездеседі.

Кома - деп науқастың ессіз күйін атайды. Кома қант диабетінде (диабеттік және гипогликемиялық кома), уремияда несеп - haima қан несепқан), бауыр функциясының бұзылғанында (бауыр комасы), қатты уланғанда (морфиймен, үйкі дәрілерімен, алькогольмен, көміртегі шалатотығымен т.б.), жүқпалы ауруларда, бас миы ауруларында (миға қан құйылу, мидың жарақаттануы, мидың ісігі), анемияда және эпилепсияда (гр. epilepsia – талма) кездеседі. Сананың ирритативті бұзылатын түрлерінің ішінде ішкі ауруларда жиі кездесетіні сандырақ. Ол жүқпалы ауруларда және уланғанда кездеседі.

Аурудың тәсектегі қалпы. Өмір сүрудегі белсенділік амалына қарай барлық науқас адамдар жатпай жүргендер және тәсек тартып жатқандар болып екі топқа бөлінді. Тәсек тартып жатқандардың тәсекте 3 түрлі қалпы болады:

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

1. Еркін не активті (лат. activus әрекетшіл, әлігерлі) қалып. Бұл қалыпта науқас адам өз мүшелерін еркін қымылдата алады, төсекте қозғалуына, бір бүйірден екінші бүйірге ауысып жатуына мүмкіншілігі бар.

2. Қимылсыз, не пассивті (лат. Passives енжарлық, керенаулық) қалып. Науқас адамның төсекте қымыл жасаудына мүмкіншілігі жоқ, төсекте жатқызған қалпын өзгерте алмайды. Бұл қалып сол болғанда, комада және әбден арып, әлсіздегендеге кездеседі.

3. Мәжбүр қалып деп ауру адамның жағдайын жеңілдететін қалыпты айтады. Сондықтан да ауру адам ол қалыпта амалсыз болады. Оның ішінде өте жиі кездесетіндері мыналар:

тұрған күйінде қалишип қатып қалу. Стенокардияда (өліп кету үрейінен), қуық ауруларында, қуық түбі безінің ауруларында (тік ішек қатты ауырғандықтан адам отыра алмайды) және ұстамалы ақсақтық жағдайда (жүреген кезде аяқтың бұлшық еті ауруы өршелене түсетіндіктен науқас адам бір жүріп, бір тоқтап қозғалады) кездеседі.

1 Ортопноэ (гр. ortos, pnoe) тік отыру қалпы, ентігуді азайтады



2 - Сурет

2. Амалсыз бір бүйіріне жату қалпы:

а) жүрек ауруларында науқас он бүйіріне жатады (сол бүйіріне жатқаннан жүрек қысылады);

3. амалсыз етпетінен жату іш өрімі қысылғаннан (ұйқы безінің ісігі, қарынның артқы қабырғасындағы жара, талақ венасының тромбозы (пайды болатын ауруға тән).

Бұл жағдайда іш өрімінің қысылуы азаяды, сондықтан ауырғандықтан бәсепсіді

4. амалсыз шалқасынан жату, іш ауырғанда және полиартриттерде кездеседі

5. амалсыз шынтақпен тізеге отыру қалпы. Бұл қалыпта экссудативті перикардитте болатын ентігу азаяды.

Ауырудың жалпы кейіпі (пішіні, habitus). Жалпы кейіпі деген ұғымға аурудың

1. дene құрылышы және конституциясы

2. өзін ұстau келбеті және жүрісі

3. күйлілігі (семізділік) жатады

Дене бітімі дұрыс (келісті) және келіссіз (оғаш) болып екіге бөлінеді. Деформациясы (лат.

Deformatio бүрмалау, қате) жоқ. Мүшелерінің өзара мөлшерлік қатынасы сақталған дене дұрыс не пропорциональды дене деп аталады. Мүшелердің өзара мөлшерлік қатынасы сақталмаған және мүшелерінің деформациясы бар дене келіссіз не пропорциональсыз дене деп аталады.

Тұқым қуалаушылықпен өмір сұру ортасының әсерінен туған организмнің функциялық және морфологиялық белгілерінің жиынын конституция деп атайды. Конституцияның 3 түрі болады.

1. нормостениялық

2. гиперстениялық

3. астениялық

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



3- Сурет

Морфологиялық тұрғыдан алғанда гиперстениктердің денесінің көлденең мөлшері ұзындық мөлшерінен басым болады. Кеуденің ұзындығы қол аяқ ұзындығынан басымдау, ал іштің (құрсақтың) ұзындығы кеуде қуысы ұзындығынан басымдау болады. Бұлар орта бойлы, не ортадан төмен бойы бар бар адамдар функциялық (лат.functio – орындау) тұрғыдан алғанда, гиперстениктерге баяу зат алмасуы тән. Сондықтан бұл адамдарда зат алмасу аурулары басқалармен салыстырғанда, жиірек кездеседі. Мысалы: атеросклероз, қант диабеті, өт және бүйрек тасы, семіздік.

Астениктерде дененің ұзындық мөлшері көлденең мөлшерінен басым болады, қол аяғының ұзындығы кеуде ұзындығынан, ал кеуденің ұзындығы құрсақтың ұзындығынан басым. Бұлардың бойлары ұзын болады. Зат алмасуы көтерілкі болады. Астениктерде невроз аурулары, өкпе түберкулезі, аққазан жарасы, спланхноптоз (іш қуысы ағзаларының төмен түсі) жиірек кездеседі. Нормостениктерде дене құрылышының қатынас мөлшерлері сақталған, зат алмасу қалыпты жағдайда болады.

Адамның өзін ұстау келбеті организмінің жалпы тонусын (лат.tonus ширактық, күштену) сипаттайды. Сау адамға дененің тік ұстау мен серпінді де екпінді жүріс тән. Жүрістің бұзылуының неше түрі неврологияда кездеседі. Терапияда жүрістің бұзылуы полиартриттерде кездеседі. Тері асты шел мен бұлышық еттерінің даму дәрежесін анықтайтын 2 тәсіл бар:

Бірінші тәсіл қабырға асты тұсында екі саусақтың арасына алынған тері мен шелдің қалындығы қалыпты жағдайда 2 см шамасында болады.

Екінші тәсіл белгілі жағдайларды сактап (ашқарынға, ішек пен қуықты босатқаннан кейін, киімді шешіп) таразымен өлшенген адам денесінің массасын (салмағын) тиісті массамен салыстыру. Тиісті массаны анықтау үшін см-мен өлшенген бой ұзындығынан 100 санын алу керек.

Арықтау (не азу):

- 1) созылмалы қызу болатын жүқпалы ауруларда
- 2) асқорыту мүшелерінің ауруларында (қылтамақ, қарын жарасы, панкреатит, энтерит)
- 3) зат алмасу бұзылғанда (қант диабеті)
- 4) уланғанда (қатерлі ісік, туберкулез, бауыр циррозы)
- 5) ішкі секреция бездерінің ауруларында (Симондс ауруы, Аддисон ауруы, Базед ауруы)
- 6) психикалық ауруларда (психогендік анорексия) кездеседі

Арықтаудың қатерлі түрін қахексия деп атайды. Семіру негізінен эндокриндік ауруларда (Иценко-Күшинг ауруы мен синдромы, микседема т.б.) және тамақты көп ішіп, аз қимыл жасағаннан болады (алиментарлық семіру)

Жамылғы келбеті (тері мен кілегей қабықтарды) қарау

Теріні қараганда :оның түсін; терідегі бөртпелердің түрін; терідегі жараны, тері тесігін, тыртықты; терінің түктептері мен тырнақты; тері асты шелдің ісігін анықтау.

Терінің түсі: Тері астымен өтетін кішкене тамырлар капиллярлардың түсі тері арқылы өтіп оған қалыпты жағдайдағы терінің түсі күлгін қызғылт түс береді. Жалпы сау адамда терінің түсі адамның нәсіліне байланысты.

Ауру адамда тері түсінің бозаруы (құқылдық, бозарыңқы) қызару, көгеруі, сарғаюы және қола түсті болуы байқалады.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Терінің ағарыңқы (бозаруы) түсі адамның конституциясына сай қалыпты жағдайда да кездеседі.
Сырқаттанғанда тері түсінің бозару себептері:

- 1.қан аздық (анемия)
- 2.қолқа қақпақтарының ақаулары
- 3.бүйрек аурулары
- 4.тамырдың жедел әлсіздігі (шок, коллапс)
- 5.созылмалы уланулары (сынаппен, қорғасынмен)
- 6.күшті ауырғандық

Физиологиялық (қалыпты) себептер: күшті сезім билеу (эмоция) жағдайлары (үрей, қорқыныш)
Терінің қызаруы. Физиологиялық жағдайда қызару ұялғанда, қатты ашуланғанда байқалады.

Сырқаттанған кезде терінің қызару себептері:

1.қызу көтерілу, қызу көтерілгенде тері түсі қызармайтын ерекше жағдайларға қызыдың қансырауымен, ревматизм мен және сеписипен тіркесімді кездесуі жатады. Бұл тіркесімде терінің түсі ағарып кетеді.

2.Полицитемия (циркуляциядағы қан массасының көбеюі)

3.Гипертония ауруы

4.Уланулар: кейбір дәрілермен (амилнитрат, атропин, опий):

5.Беттің қызаруы қант диабетінде кездеседі

6.Көбелек тәріздес эритема екі беттің қызаруы мұрынның үсті арқылы жалғасады.

7.Көз шарасы айналасының ісінген эритемасы (көзілдірік симптомы) дерматомиозитке тән

Терінің қөгеруі (цианоз). Цианоздың негізгі механизмі қанда көгілдір түсті редукцияланған гемоглобиннің көбеюі:

Тері қөгеруінің негізгі себептері:

1.дем алу (тыныс алу) мүшелерінің ауруы

2.жүрек тамыр аурулары

3.қанының қан уларымен улануы

Тері мен кілегей қабықтардың сарғауы. Физиологиялық жағдайда терінің сарғауы ішінде каротині (сары түсті зат) көп жемістердің көп жегеннен болады (мандарин, апельсин т.б.) Кейде сары түсті дәрі қабылдағанда да болады (мыс.акрихин)

Патологиялық жағдайларда тері сарғауының негізгі себептері:

1.от жолдарының тығындалуы

2.бауыр клеткаларының жарақаттануы

3.эритроциттер гемолизі. Патологиялық тері сарғаю теріге билирубин жиналғаннан болады

Терінің қола түсті болуы Аддисон ауруында кездеседі.

Теріде меланиннің көп жиналғанынан болады.

Тері бөртпелері - Эритема –терінің шағын көлемінің қызаруы. Эритема тері асты капилляр тамырлардың кеңеюінен пайда болады. Кейде терінің қызарған жері деңгейінен аздал көтеріңкі де болуы мүмкін (тілмеде кездеседі, қызарған жер сипағанда ауырып тұрады)

Алиментарлық эритема - кейбір тағамдарға сезімталдықтың ерекше күштейгенінен болады (шаян етіне, уылдырыққа, сұзбеке, шоколадқа, жұмыртқаға т.б.)

Медикаментоздық эритема - кейбір дәрілер әсерінен болады (сезімталдық артқаннан): опий, хинин, атропин, сульфаниламидтер, антибиотиктер т.б.

Инфекциялық эритема - кейбір жұқпалы ауруларға тән: сеписис, қызамық (скарлатина), тілме (рожа) **Розеола** – қызғылт түсті дөңгелек бөртпе. Тері деңгейінен жоғары көтерілмейді.

Негізінен жұқпалы ауруларға тән. Іш сүзегінде розеола ауру басталғаннан 7-9 күн кейін құрсақ терісінің бүйір бетіндегі және кеуденің төмөнгі жағында пайда болады. Пайда болғаннан 3-7 күннен кейін жойылып кетеді. Бөртпе сүзекте розеола аурудың 5-ші күніне құрсақ кеуде терісінде, қолдың иметінде пайда болады да 5-8 күннен кейін жоқ болып кетедеді, не петехияға (кішкене көлемде терінің қанталауы) айналады. Розеола себебі болатын басқа аурулар: мерез, миллиарлы туберкулез, безгек, қайталамалы сүзек.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Түйіншек (папула) розеоланың әрі қарай дамуынан пайда болады. Кеңіген тамырлардың айналасында эксудациялық процеске байланысты тері ісініп көтеріле бастайды да, розеоланың орнына түйіншек пайда болады. Себептері: қызылша, сифилис (мерез), шешектің бастамасы. Түйінді әритема қабынуға байланысты тері ісініп, диаметрі 3-5 см түйін пайда болады. Түйінді әритема ревматизмде, туберкулезде және аллергиялық ауруларда кездеседі.

Көпіршік (везикула) ішінде ұйыма сұйық бар эпидермисте орналасқан диаметрі 1-5 мм құыс. Көпіршіктің бір түрі ұшық. Ұшық (герпес) пневмонияда, тұмауда және менингитте кездеседі. Көпіршік ішіндегі ұйыма сұйық іріндеғеннен (пустула) пайда болады. Иріндік сеписсте түйнемеде және шешекте кездеседі.

Күлдіреуік (уртика) диаметрі 2-3 мм ден 10 см және одан да үлкен, қызғылт, ақшыл қызғылт, не ақ түсті тері деңгейінен көтеріңкі тұратын, терінің жедел қабынғанынан болатын қуыссыз элемент. Күлдіреуік қатты қышиды. Ол есекжемде кездеседі.

Терінің қанталуы геморрагиялық диатезге (қансыруға икемділік қүй) тән.

Терінің жарасы, тесілуі және тыртығы. Терінің және тері асты тіндердің терең жаракаттануын улкус деп атайды. Тері жарасы қан және лимфа айналасының бұзылғанынан (венаның варикозды кеңеюі, тромбофлебит, жүрек шамасыздығы) қан тамырларының өзгерістерінен (атеросклероз, Рейно ауруы), трофикалық өзгерістер туберкулезде, мерезде пайда болады. Тері ойығы терінің ұзақ уақыт басылып қалғанынан пайда болады. Негізгі себептері: сал ауруы, кома және әлсіздік.

Тыртық. Физиологиялық жағдайда тыртық босанған әйелдерде болады.

Патологиялық жағдайда:

1. Тері жарасының және жаракаттанған жері жазылғанда пайда болады.
2. Шешекте (бұжыр бет) түйнемеден кейін
3. Иценко-Кушинг аруында
4. Мерезде (жұлдыз түрлі тыртық)
5. Туберкулезде (мойында) кездеседі

Шаш пен тырнақ қүйі

1. Шаш пен қабақтың (қанатының) түсі микседемада болады
2. Бас шашының кішкене ойық-ойық (кішкене дөңгелек бөлшек) болып түсі мерездің екінші кезеңінде болады
3. Эйелде шаштың ерек типтес болып өсуі
4. Тырнақтың сыңғыштығы мен тегіс еместігі әритремияда, микседемада, тетанияда, қант диабетінде және кеш хлорозда кездеседі.
5. “Сағат әйнегі” тәрізді тырнақ кейбір ірінді ауруларда (бронхоэктазия ауруы, өкпе іріндігі, бактериялық эндокардит) бауыр циррозында және жүректің іштен тұа болатын кейбір ақауларында кездеседі.
6. Исік деп тері асты шелге сұйықтық жиналуды айтады.

Ісіктің түрлері:

1. Жалпы ісік
2. Дененің белгілі бір жеріндегі ісік
3. Ангионевроздық ісік.

Жалпы ісіктің негізгі себептері.

- | | |
|----------------------------------|--------------------|
| 1. Жүрек әлсіздігі (шамасыздығы) | 3. Бүйрек аурулары |
| 2. Ашықтық (дистрофия, какексия) | 4. Микседема |

Жергілікті ісік вена тамырының қабынуынан не қысылып қалғаннан болады (тромбофлебит, венаның варикозды кеңеюі т.б.)

Ангионевроздың ісік деп жергілікті иннервация бұзылғандықтан капилляр қабыргасының өткізгіштігі артқаннан пайда болатын ісікті айтады. Бұл ісік тез пайда болып, тез жойылып кетеді. Көбіне бетте, кеудеде және қол-аяқта болады.

Пальпация (сипап сезу) Науқасқа пальпация жүргізу



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Анықтама: Пальпация деп ішкі мүшелер мен ұлпалардың физикалық қасиетін оқытуға мүмкіншілік беретін, сезіну арқылы жүргізілетін зерттеудің клиникалық әдісі.

Мақсаты: Тері серпінділігін, оның дымқылдығын, тері асты май қабатының дамуын, ісінулердің бар-жоғын анықтайты.

Құрал жабдықтар: қолмен сипау (қол жылы болу керек)

Жүргізу әрекеті:

- жарық бөлмеде
- науқасты біртінде шешіндіре отырып жүргізу қажет
- беткей орналасқан мүшелердің физикалық сипаттың анықтау
- науқастың денесін сипалау арқылы тері, буын ісіктерінің бар-жоғын, тамыр соғысының сипаттарын анықтау
- ішкі мүшелердегі кейбір физиологиялық құбылыстарды анықтау

Пальпация жүргізу әдісі екіге бөлінеді:



Беткей Терең

Беткей пальпациямен терінің серпінділігін, оның дымқылдығын, тері асты май қабатының дамуын, ісінулердің бар-жоғын анықтайты.

Терең пальпация саусақтың ұштарын дененің бір нүктесіне батыру арқылы жүргізіледі. Сонымен қоса пальпацияны екі қолмен жүргізуге болады. Оны биммануалды пальпация деп атайды.

Пальпация көмегімен кеуде торының ауру жерлерін, дыбыстық дірілді, жүрек ұшы қағысын, систолалық немесе диастолалық дірілді (с-м кошачьего мурлыканья), тамыр қағысының қасиетін білуге болады.



4- Сурет

Перкуссия (қагу) Перкусияны 1761ж Вена дәрігері Л. Ауэнбругер ұсынған болатын. Біракта бұл метод көп уақытқа дейін онша белгілі болған. Тек 1808 жылы Францияның белгілі дәрігері Корвизор Ауэнбругердің енбегін австрия тілінен француз тіліне аударғаннан кейін ғана, ол тәсіл медициналық әлемде кеңінен қолданыла бастады. Науқасқа перкуссия жүргізу

Анықтама: Қағып тыңдау деген мағынаны білдіреді. Дененің әр бөлігіне перкуссия жасау арқылы сол жерде орналасқан мүшелердің жағдайы туралы деректер аламыз.

Мақсаты: диагностикалық.

Құрал жабдықтар: балғашық (молоточек).

Перкуссия

Салыстырмалы

Топографиялық



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Ішкі мүшелердің өлшемдерін, шекараларын анықтау үшін *топографиялық перкуссияны* қолданады. Кеуде торының симметриялық жерлеріндегі дыбыстарды салыстыру мақсатында жүргізілетін перкуссияны *салыстырмалы перкуссия* деп атайды. Перкуссия кезінде қойылған мақсатқа байланысты, перкуссиялық ұрғылау күші әр түрлі болуы мүмкін.

Жүргізу әрекет: Науқастың қалыпты әр уақытта ынғайлы болуы қажет. Перкуссия жасағанда науқасты тұрғызып немесе отырғызып жүргізген дұрыс. Жағдайы ауыр науқастарға перкуссия жүргізгенде ғана пациентті жатқызып жасауға болады. Перкуссияны арқа жағынан жасағанда, науқасты орындық үстіне отырғызып, екі қолын тізесіне қойдырып, басын алға қарай аздап еңкейту керек. Осы жағдайда бұлшық еттер барынша босаңып, перкуссия жасауға мүмкіншілік туады.

- 1.Бөлме жылы және тыныш болуы керек.
- 2.Фельдшер ынғайлы орналасып, қолы жылы болуы тиіс.
- 3.Пациенттің жағдайы ынғайлы, еркін болуы керек. Перкуссияны пациентті тұрғызып немесе отырғызып жүргізген дұрыс, тек қана ауыр халде жатқан пациенттерге жатқызып өткізіледі.
- 4.Сол қолдың алаканы денеге тығыз қойылады, арасында ауа қалмай.
- 5.Оң қолдың ортаңғы саусағын бүгіп, сол қолдың ортаңғы саусағының ортаңғы саусағын фалангасынан тік қағу.
- 6.Перкуссиялық қағу тек білезік буынның қымылы арқылы іске асырылуы керек. 7.Перкуторлы соққы қысқа болып, плессиметр саусақты тез алып кету қажет, әр перкуссиялық соққының күші бірдей болуы керек.
- 8.Қойған мақсатқа қарай перкуссияның соққысының күші терең немесе жай болады. 9.Күшті перкуссияда тербеліс толқыны 6-7 см терендікке және 4-6 см шетке тараиды. Элсіз (жай) перкуссияда терендігі 4 см, шетке 2-3 см тараиды.

Топографиялық перкуссияда сол қолдың саусағын мүшениң шекарасына паралельді қою керек, перкуссияны күшті дыбыс беретін мүшеден тынық дыбыс беретін мүшеге қарай жүргізеді.

Мүшениң шекарасын саусақтың анық дыбыс шығатын жағынан белгілейді.

Салыстырмалы перкуссияны симметриялық жерлерде ғана жүргізеді және соққының күші бірдей болуы керек.



5- Сурет

Аускультация (тыңдау) Аускультация организмде табиғи жағдайда пайда болған дыбыстарды тыңдауға негізделген. Бұл да ертеден қолданылып келе жатқан әдіс болғанымен оның авторы француз клиницисі Рене Лаэннек болып есептелінеді. Ол 1819 жылы “Аускультация” немесе осы жаңа зерттеу тәсіліне негізделген өкпе мен жүрек ауруларын анықтау туралы деген еңбегін жариялады. Кейін басқа дәрігер зерттеушілер бұл тәсілді көп жетілдіреді.

Науқасқа аускультация жүргізу

Анықтама: Аускультация ағзаға өздігінен дамитын дыбыстық құбылыстарды тыңдау әдісі.

Мақсаты: ағзадағы дамитын дыбыстарды тыңдау, диагностикалық.

Құрал жабдықтар: стетоскоп

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

Жүргізу әрекеті:

1. Аускультация міндетті түрде тыныш, бөтен шулар естілмейтін бөлмеде жүргізілуі тиіс.
2. Бөлме жылы болуы тиіс.
3. Науқас бөлмеде көйлекшеш үшін тұрғанда тоңбауы керек.
4. Аускультация кезінде науқас орындыққа отырады немесе түрегеліп тұрады.
5. Төсекте жатқан науқасты дәрігер ыңғайлыш жағдайда тыңдауы қажет.
6. Жағдайы ауыр науқастарды төсекте жатқан қалпында тыңдайды.
7. Стетоскоптың тұтіктерінің үшін құлақтың тесігіне тығыз кигізілуі керек
8. Стетоскоп, фонендоскоптың дыбыс қабылдайтын қолқаны тыңдайтын бетке тығыз да тегіс қойылуы қажет және қолқан теріге барлық шетімен (периметрімен) бірдей тиіп тұру керек.



6- Сурет

Әдісіне байланысты аускультация **тікелей және аспапты** аускультация болып екіге бөлінеді. **Тікелей** аускультацияда дәрігер құлағын ауру деңесіне үшін құлақтың астына орамал төсейді. Бұл тәсілдің өзіндік артықшылығы да кемшилігі де бар.

Артықшылықтары :

Аускультациялық дыбыстар өзгеріссіз естіледі

Аспаппен тыңдағанда естілмейтін кейбір дыбыстарды тікелей тыңдағанда естуге болады.
(мысалы: жүректің III тоны)

Кемшиліктері:

1. Тазалық сақтау қындығы
2. Қолдануға ыңғайсыздығы
3. Этикаға шәлкестеу келетіні
4. Кейбір дыбыстардың кейде естілмейтіндігі Аспапты аускультацияда әр түрлі инструменттер (стетоскоп, фонендоскоп, стетофонендоскоптар) қолданылады.

Аспапты аускультацияның артықшылықтары:

1. Тазалылығы

2. Ыңғайлышы

3. Аз мөлшерлі мүшелердің дыбысын жеке айырып (бөліп тыңдауға мүмкіндік барлығы)

Кемшиліктері:

1. Дыбыстың аз да болса өзгеретіні

2. Кейбір дыбыстардың естілмейтіні. Жалпы медициналық практикада негізінен аспапты аускультация қолданылатын болғандықтан, әрі қарай аускультация осы тәсілге байланысты әңгімеленетін болады.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

2 тақырып: Қосымша тексеру әдістері. Лабораториялық зерттеу әдістері:(қан, зэр, нәжіс). Аспапты зерттеу әдістері.Функционалды зерттеу әдістері.

Зертханалық зерттеу әдістері клиникалық практикада кеңінен қолданылады. Ағзаның секреттері, экскреттері, қан, экссудаттар мен транссудаттар зерттеледі. Оларды келесі бағытта зерттеу қажет:

- 1.зерттелетін материалдың жалпы қасиетіне назар аудару(мөлшерін, түсін, түрін, қоспалардың бар жоғын, тығыздығын);
- 2.микроскопиялық зерттеу;
- 3.химиялық зерттеу (қалыпты жағдайда кездесетін заттар немесе тек аурулар кезінде пайда болатын патологиялық заттар);
- 4.бактериологиялық және вирусологиялық зерттеу;
- 5.серологиялық диагностика;
- 6.гистологиялық зерттеу және мүшелердің пунктаттарын цитологиялық зерттеу;
- 7.иммунологиялық зерттеу.

Зертханалық көрсеткіштердің нақтылығы материалды жинау техникасына, оны дұрыс сактауга, реактивтердің сапасына, зерттеу әдістемесін дұрыс жүргізуге байланысты болады.

Қанның жалпы анализі. Қан деп белгілі бір морфологиялық құрылышты және түрлі функциялы ағзаның ішкі ортасын айтады. Қан құрамы формалық элементтер мен қан плазмасынан тұрады. Формалық элементтерге: эритроциттер, лейкоциттер, тромбоциттер жатады. Қан плазмасының құрамына белок, ферменттер, гормондар, дәруменде кіреді.

Эритроциттер – бұл қызыл қан түйіршіктегі. Қалыпты жағдайда эритроцит деңгейі ер адамда $4,0-5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, әйел адамда $3,7-4,7 \times 10^{12}/\text{л}$ тең. Эритроциттер санының көбеюі эритроцитоз деп атайды (қан жоғалтқанда, ісіктер ұлғайғанда, сұйықтық азайғанда, өкпе әмфиземасы, қан ауруларында кездеседі). Эритроцит сандарының азаюын эритроцитопения деп атайды (анемияда дамиды).

Пойкилоцитоз – деп эритроцит формаларының өзгеруін айтамыз. *Анизоцитоз* деп эритроциттердің өлшемдерінің өзгеруін айтамыз (темір жетіспеушілік, В 12 жетіспеушілігінде және гипопластикалық анемияларда кездеседі). *Ретикулоциттер* (0,2-1%) деп жас эритроциттерді атайды.

Гемоглобин – бұл оттегі тасымалдайтын қан пигменті. Ер адамғы мөлшері қалыпты жағдайда 130-160 г/л, әйел адамда 120-140 г/л. НВ көбеюі күйіктер кезінде, құсықтан кейін, жүрек қан тамыр жетіспеушілігі кезінде кездеседі. НВ азаюы түрлі этиологиялы анемиялар кезінде кездеседі. *Гиперхромия* деп бір эритроциттегі гемоглобинің көп мөлшерде болуын айтады. Гиперхромия эритроцит өлшемдері үлкейгенде дамуы мүмкін (макроциттер мен мегалоциттер). Ол В₁₂ витаминінің жетіспеушілігін дәлелдейді. *Гипохромия* – бір эритроциттегі НВ мөлшерінің төмендеуі. Ол НВ түзілу процесінің бұзылуына және эритроциттегі темір санының азаюына байланысты дамиды.

Түсті көрсеткіш деп эритроциттер саны мен олардың құрамындағы НВ қатынасын айтады. Қалыпты жағдайда ол 0,8-1,05 аралығында ауытқиды. Темір тапшылықты анемия кезінде түсті көрсеткіш 0,4-ге дейін төмендеуі мүмкін, ал В₁₂ жетіспеушілік анемиясы кезінде 1,5-ке дейін жоғарлауы мүмкін.

Эритроциттер тұну жылдамдығы (ЭТЖ) классикалық, диагностикалық белгі ретінде қаралады. Әйелдерде 2-15 мм/сағ, ерлерде 1-10 мм/сағ. Оның өзгеруі қан плазмасындағы белок санының өзгеруіне байланысты болады. ЭТЖ сепсистік және ірінді процестерде, инфекциялық қабыну ауруларында, коллагеноздарда және бүйрек, бауыр ауруларында жылдамдайды. ЭТЖ-нің баяулануы гипофиздің алдыңғы белгінің функциясы төмендегендеге байқалады.

Лейкоциттер деп бірнеше сағаттан екі күнге дейін өмір сүретін қанның ақ түйіршіктегін атайды. Қалыпты жағдайда лейкоциттер $4-9 \times 10^9/\text{л}$ тең. Лейкоцитоз деп қандағы лейкоциттер санының көбеюін атайды. Ол ас қабылдағанда, жұмыс істегендеге, кейде жүктілік кезінде байқалады. Патология кезінде лейкоцитоз жіті қабыну ауруларында, миокард инфарктісінде, лейкоздарда



**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3» ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

байқалады. Лейкопения деп қандағы лейкоциттер санының азаюын атайды. Ол іш сүзегі, сәулелі ауру, вирустық ауруларда, колагеноздарда, кейбір дәрілерді қолданғанда дамиды.

Лейкоциттік формула деп лейкоциттің түрлі формаларының проценттік қатынасын айтады. Протоплазмасы түйіршікті болатын лейкоциттерді гранулоциттер деп атайды. Оларға нейтрофилдер, базофилдер, эзонофилдер жатады. Протоплазмасында түйіршіктер жок лейкоциттер агранулоциттер деп аталады. Оларға лимфоциттер, моноциттер жатады. Қан формуласында гранулоциттердің болмауын агранулоцитоз деп атайды. Агранулоцитоз науқас өміріне ыңғайсыз болжаушылық белгі болып саналады. *Нейтрофилдер* барлық лейкоциттердің 50-70% құрайды. Нейтрофилдер таяқша ядролы, жас нейтрофилдер болып екіге бөлінеді. Таяқша ядролы нейтрофилдер 2-5%, жас нейтрофилдер 0-1% құрайды. Ересек нейтрофилдерге сегментті ядролы нейтрофилдер жатады. Олар 51-67% құрайды. Нейтрофилдер қорғаныс функциясын атқарады. Қандағы жас нейтрофилдердің көбеюін «лейкоциттік формуланың солға қарай жылжу» деп атайды. Ол қабыну процестерінде, сәулелі ауру, қатерлі анемия кездерінде дамиды. Жас нейтрофилдердің азайып, сегментті ядролы нейтрофилдердің көбеюін «онға қарай жылжу» деп атайды.

Эозинофилдер қанының 0,5-5% құрайды. Олар гистамин алмасуына тікелей қатысты болады. Қандағы эозинофилдер санының көбеюін эозинофилия деп атайды. Ол аллергоздардан, бронхты демікпеден, құрт ауруларында кездеседі. Эозинофильдердің азаюы сүзек, милиарлы туберкулез кезінде кездеседі.

Базофилдер қанының 0,5-1% құрайды. Олар гепарин тұзуге тікелей қатысады. Қабыну және аллергиялық реакцияларға қатысады. Олардың көбеюі миелолейкоз, гипотиреоз, нефрит ауруларында кездеседі. Азаюы жіті лейкоз, гипертриеоз, бруцеллез ауруларында кездеседі. *Лимфоциттер* 23-25% құрайды. Олардың санының көбеюі лимфоцитоз деп аталады. Ол инфекциялық аурулардың жазылу сатысында кездеседі. Лимфоцит санының азаюын лимфопения деп атайды. Ол лимфа жүйесінің зақымдалуымен көрінетін ауруларда кездеседі (лимфосаркома, лимфогранулематоз). Ол ірінді және сепсистік жағдайларда науқас өміріне ыңғайсыз белгі болып табылады.

Моноциттер қалыпты жағдайда 4-8% құрайды. Олар қорғау функциясына қарайды. Моноциттер санының көбеюін моноцитоз деп атайды. Ол туберкулез, малярия, лимфогранулематоз кезінде дамиды.

Тромбоциттер - қан пластинкалары, ядросыз клеткалар. Сау адамдарда тромбоциттердің саны $180\text{-}320 \times 10^9/\text{л}$ дейін ауытқыды. Тромбоциттер санының көбеюін тромбоцитоз деп атайды.

Постгеморрагиялық анемия кезінде, қатерлі ісік, қан аурулары кезінде, спленэктомия жасағанда дамиды. Тромбоциттер санының азаюын тромбоцитопения деп атайды. Ол Верльгоф ауруында, гипопластикалық анемияда, жіті лейкоз ауруларында кездеседі.

Жалпы қан анализіне қанының формалық элементтерін зерттеу, түсті көрсеткіш пен ЭТЖ-ні анықтау кіреді. Сау адамның қан құрамы тәулік бойында ішкен асына немесе судың мөлшеріне қарай өзгеріп отырады. Зертханалық зерттеу нәтижелеріне осы факторлардың әсерін тигізбеу үшін қан анализін аш қарынға белгілі бір уақытта алған дұрыс. Зерттеуге қанды саусақтан алады.

Гемостаз жүйесінің ішінен қан ағу уақытын анықтайады. Ол 2-5 мин тең. Тромбоцитопения кезінде қан ағу уақыты ұзарады. Тромбогеморрагиялық синдромның ауыр түрінде, гемофилия ауруы кезінде бұл көрсеткіш көбейеді. Қанының ұю уақыты 6-8 мин тең. Гемофилия кезінде бұл көрсеткіш жоғарылайды. Плазманың рекальцификациялау уақыты қалыпты жағдайда 60-120 секундқа тең. Көрсеткіштің азаюы қан ұйығыштығының жылдамдағанын көрсетеді (гиперкоагуляция). Көрсеткіштің көбеюі қан ұйығыштығының төмендегенін көрсетеді (гипокоагуляция).

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



1- Сурет

Зәрдің жалпы анализі. Зәрді зерттеу бүйректің функционалдық жағдайын анықтауға мүмкіндік беріп қана қоймайды, онымен қоса басқа мүшелердің ауруларын анықтауға мүмкіндік береді. Кейде зәрдің құрамында қалыпты жағдайда кездеспейтін заттар кездесуі мүмкін (глюкоза, билирубин). Зәр анализдері емдеу процесінің жөне ауру ағымын бағалауға мүмкіндік береді. Анализдің дәлділігі зәрді жинау ережелерін сақтауға байланысты. Әйелдерде етеккір келген уақытта зәрді жинамайды. Өйткені зәр құрамына етеккір қаны араласыпкетуі мүмкін. Анализге зәр жинар алдында жуыну керек. Зәрді құргақ таза ыдысқа жинап, сұық жерде 1,5 сағаттан артық сақтауға болмайды. Жалпы зәр анализі үш бөліктен тұрады:

- Зәрдің жалпы қасиеттері;
- Химиялық зерттеу;
- Тұнба микроскопиясы.

Зәрдің физикалық қасиеттері. Зәрдің түсі құрамындағы А және В урохром, уробилин және басқа пигменттер концентрациясына байланысты болады. Қалыпты жағдайда зәр ашық сары түсті болады. Патология жағдайында зәрдің түсі өзгереді: қанық сары түсті зәр (ісіктер, қүйіктер, іш өту, іркілген бүйрек); қызыл түсті, «ет жуындысы» түстес зәр (гломерулонефрит); «қара кофе» түсті зәр (гемоглобинурия, өт пигменттері қосылғанда); қанық қоңыр түсті зәр (гипернефрома, фенолмен уланғанда); қызғылт түсті зәр (аспирин қабылдағанда) болады.

Зәрдің мөлдірлігі. Қалыпты жағдайда зәр мөлдір болады. Ауада тұрып қалған зәр лайланады. Зәрдің мөлдірлігі әр түрлі болады: толық және толық емес мөлдірлік, аздап лайлану, өте лайлы болу. Зәрдің құрамында фосфат, урат, карбонат тұздары болғанда, зәр лайлы болады. Лайлану орнын анықтау мақсатында пациентке зәрді үш ыдысқа жинау әдісін ұсыну қажет. Егерде бірінші ыдыстағы зәр лайлы болса, онда патология зәр шығару өзегінде орналасқаны. Егер екінші ыдыста болса, онда патология қуықта орналасқаны. Егер үшінші ыдыста болса, онда патология бүйректің астаушаларында орналасқаны.

Зәрдің иісі. Қалыпты жағдайда зәрдің иісі өткір емес. Зәрдің иісі сарымсақ, шомыр, желкекті жегенде тым ащы болып өзгереді. Зәрдегі аммиак иісі пиелонефрит, пиелит, цистит ауруларында пайда болады. Зәрдегі жеміс иісі қантты диабет кезінде сезіледі.

Зәр реакциясы. Ересек адамдарда қалыпты жағдайларда зәрдің реакциясы әлсіз қышқылды болады. Ол тәуелік бойында қабылдаған асқа байланысты өзгеріп отыруы мүмкін. Зәр құрамында жануар тектес белок басым болғанда, зәрдің реакциясы қышқылды болады. Ас құрамында өсімдік тектес тағам көп болғанда, зәр реакциясы сілтілі болады. Патологиялық жағдайларда өте қышқылды реакциялы зәр қантты диабет комаммен асқынғанда, бүйрек жетіспеушілігі кезінде, қызба кезінде дамуы мүмкін. Өте сілтілі реакциялы зәр цистит, пиелонефрит, құсық, іш өту кезінде, сода немесе минералды су ішкенде бөлінеді.

Зәрдің тығыздығы. Зәрдің тығыздығы оның құрамындағы түрлі заттардың, әсіресе мочевинаның концентрациясына байланысты болады. Зәрдің тығыздығы 1008-1028 аралығында ауытқиды.

Зәрдің тығыздығы бүйректің концентрациялық функциясының жағдайы туралы деректер алуға көмектеседі. Зәр тығыздығының жоғарылауы – бүйректің концентрациялық функциясының күшайгенін, зәр тығыздығының төмендеуі – бүйректің концентрациялық функциясының төмендегенін көрсетеді. Ол созылмалы бүйрек жетіспеушілігінің белгісі болып табылады. Қантты



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

диабет кезіндегі бөлінетін зәрдің тығыздығы өте жоғары болады (1040-1045). Ол зәрдің құрамындағы глюкозаға байланысты болады. Қантсыз диабет кезінде зәр тығыздығы қалыптан төмен болады (1001-1003). Бүйрек жетіспеушілігінің болжамын дәлелдеу үшін Зимницкий әдісі бойынша функционалдық байқау жүргізіледі. Ол үшін науқас тәуліктегі әрбір үш сағат сайын зәрін бір ыдысқа жинайды. Әрбір порциядағы зәрдің мөлшерін және тығыздығын өлшеп отыру қажет. Ол бүйректің бөлу және концентрациялық функцияларын бағалауға мүмкіндік береді. Тәулік бойында ішкен сұйықтықтың мөлшері 1-2 л аспауы қажет.

Химиялық зерттеу. Зәрмен бірге белок аз мөлшерде бөлінетіндіктен, ол сапалы реакциялардың көмегімен анықталмайды (0,03-0,05 г). Қалыпты жағдайда зәр анализінде белок анықталмайды. Протеинурия деп зәрмен бірге белоктың бөлінуін атайды. Протеинурия бүйректен және басқа зәр шығару жолдарынан пайда болуы мүмкін. Функционалдық протеинурия физикалық күш түскеннен кейін, сұыққа шалдықканнан кейін немесе күн өткеннен кейін дамуы мүмкін. Патологиялық протеинурия бүйрек ауруларында (пиелонефриттер, гломерулонефриттер, жүктілік нефропатиясы) дамиды. Жүрек жетіспеушілігі кезінде, құрсақ қуысының ісіктерінде іркілу протеинуриясы дамиды. Қызба кезінде қызбалық пртеинурия дамуы мүмкін.

Қант (глюкоза). Зәрдің құрамында қант қалыпты жағдайда анықталмайды. Көмірсуға бай тағамдарды көтпеп қолданғанда, зәрде қант пайда болуы мүмкін. Патологиялық қант зәрде қантты диабет ауруында, бауыр ауруларында, акромегалия кезінде пайда болады.

Өт пигменттері «билирубин». Сау адамның зәрінде өт пигменттері болмайды. Олар бауыр ауруларында, өт шығару жолдары бітелгенде пайда болады. Зәрмен бірге уробилин аз бөлінеді. Жүрек жетіспеушілігі, миокард инфарктісі, бауыр циррозы, инфекциялық гепатит кезінде зәрдегі билирубин деңгейі жоғарылайды. *Кетон денелері (ацетон).* Кетонурия қантты диабет, тиреотоксикоз, қызба, мидың зақымдалуы кезінде пайда болады. Оны анықтау үшін аса сезімтал қағаз қындысын немесе натрий нитропруссит таблеткаларын қолданған жөн.

Зәрдің тұнбасын микроскопиялық зерттеу. Микроскоппен көрінетін зәр тұнбасының элементтерін анықтауға мүмкіндік береді. Ол элементтер үйымдастырылмаған және үйымдастырылған болып екіге бөлінеді. Үйымдастырылмаған элементтерге: зәрлі қышқыл аммоний, фосфаттар, көмір қышқыл натрий жатады. Үйымдастырылған элементтерге: эпителий клеткалары, лейкоциттер, эритроциттер, цилиндрлер жатады. Эпителий клеткаларынан көбінесе жалпақ эпителий кездеседі. Олар зәрде зәр шығару өзектері қабынғанда пайда болады. Бүйрек эпителилері қалыпты жағдайда зәр құрамында кездеспейді, ал жалпақ эпителилер аз мөлшерде (көру алаңында 1-2 эпитет) кездеседі. Эритроциттер қалыпты жағдайда зәр құрамында кездеспейді. Эритроциттердің зәрмен бірге бөлінуі гематурия бүйрек немесе зәр шығару жолдары патологиясының дәлелі ретінде қаралады. Микрогематурия - көру аймағында эритроциттердің аз мөлшерде пайда болуы.

Макрогематурия – көру аймағында эритроциттердің көп мөлшерде пайда болуы. Гематурияны анықтау үшін Несипоренко байқауын жүргізу керек. 1 мл зәрдегі эритроциттер қалыпты жағдайда $0,25 \times 10^6$ болады.

Цилиндрлер қан плазмасының глобулинерінен түзіледі. Цилиндрлер гиалинді және эпителийлік болып бөлінеді. Эпителийлік цилиндрлер өз ішінде түйіршікті және балауызды болып бөлінеді. Түйіршікті Түйіршікті эпителийлік цилиндрлер анық контурлы түйіршікті массадан тұрады. Балауызды цилиндрлер біркелкі массадан тұрады. Гиалинді және түйіршікті цилиндрлер жіті қабыну процесінде кездеседі. Созылмалы процесте балауызды цилиндрлер кездеседі. Зәрмен бірге цилиндрлердің бөлінуін цилиндрория деп атайды. Нечипоренко байқауы бойынша қалыпты жағдайда 20 болады.

Лейкоциттер қалыпты жағдайда көру алаңында аз мөлшерде кездеседі (2,3,4). Зәрдегі лейкоциттердің көбеюін лейкоцитурия деп атайды. Олар көп болса, оны пиурия деп атайды. Лейкоцитурия зәр шығару жолдарының қабыну ауруларына, пиелонефритке, бүйрек туберкулезіне тән. Бактериялар қалыпты жағдайда зәрде кездеспейді.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



2- Сурет



Несепті жалпы клиникалық зерттеуге жинау.

Мақсаты: Диагностикалық несептің физикалық қасиеттері мен химиялық құрамын және несепте түнбасының микроскопиялық зерттеу

Көрсетілімі: Пациентті жалпы тексеру

Әзірле: Бір рет қолданылатын аузы кең, қақпағы бар, құрғақ, таза, шыны ыдыс, зәр қабылдағыш немесе судно, жуынып шайынуға арналған жабдықтар, пациенттің аты жөні, зерттеу мақсаты, құні, бөлімі, палата нөмірін мен медбикенің қолы қойылған жолдаманы ыдысқа жабыстыру

Іс әрекет алгоритімі:

1. Пациентке несепті зерттеу мақсатын түсіндіріп, келісімін алу
2. Пациентке несепті жинау тәртібін түсіндіру
3. Амбулаториялық жағдайда пациентті несеп жинауға арналған ыдысты дайындауға үйрету
4. Қолды гигиеналық деңгейде тазалап жуып, қолғапты киу
5. Пациентке маркерленген контейнерді зәр жинауға беру.
6. Пациенті жуындыру.
7. Пациент алғашқы зәрін унитазға жіберіп, зәрді бөлуді кідірту керек.
8. Дайындалған 100-200 мл контейнерге жинау және зердің қалған бөлігін унитазға жиберу.
9. Контеинердің қақпағын жабу.
10. Зертханаға жолдама толтыру (бөлімі, палата №, мақсаты, зәрдің алынған құні, медбикенің қолы)
11. Жиналған несепті зертханаға 1 сағат ішінде жіберу.
12. Қолғапты шешіп, қолды жуып, құрғатыңыз .
13. Амбулаториялық жағдайда пациентке немесе оның туыстарына ыдысты қайда, қай уақытта апару және кімге айту керек екендігін түсіндіру.

Ескеरту:

- Әйелдерге етеккір цтклі кезінде зерттеу үшін несеп катетермен алынады
 - Зерттеу жүргізгенге дейін несеп мұздатқышта 1,5 сағаттан артық сақталмауы керек
- Копрологиялық зерттеу. Асқазан ішек қызметін бағалауға мүмкіндік береді. Нәжістің жалпы анализі (копроцитограмма) нәжістің физикалық қасиеттерін тексереді, химиялық және микроскопиялық зерттеулер жүргізеді. Жалпы анализ үшін нәжісті құрғақ, таза, шыны ыдысқа жинайды. Нәжісті бөлінген уақыттан бастап 8-12 сағат аралығында зерттеу керек. Пациент нәжіс тапсырудан үш күн бұрын ет, балық еттерін, көкөністерді жемеуі керек. Өйткені, бұл тағам нәжістегі жасырын қанды анықтау реакциясының катализаторлары болып есептелінеді.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Нәжістің физикалық қасиеттері. Тәулік бойынша бөлінетін нәжістің мөлшері 120-200 г болады. Өсімдік текстес ас ішкенде нәжіс мөлшері көбейеді. Ал ашыққанда немесе белокқа бай ас қолданғанда нәжістің мөлшері азаяды. Нәжіс мөлшерінің 1,5 кг-ға дейін көбеюі созылмалы энтерит, созылмалы панкреатит ауруларында кездеседі. Тәулігіне нәжіс 1-2 рет бөлінеді. Колит, энтерит ауруларында 3-5 рет, дизентерия ауруында тәлігіне 20 рет бөлінеді.

Түрі мен консистенциясы. Нәжістің түсі, консистенциясы оның құрамындағы суға байланысты болады. Нәжістің қалыпты формасы шұжық тәріздес тығыз, біркелкі массалы болады.

Патологиялық жағдайда нәжістің түрі өзгереді. Спастикалық колит кезінде - нәжіс «қой құмалағы» түрінде, тік ішек обидында – лента тәріздес, энтерит кезінде сұйық болады.

Нәжістің түсі қалыпты жағдайда қоңыр болады. Сүт тағамдарымен тамақтанғанда – ашық сары болады. Патология кезінде (жалпы өзегі таспен бітелгенде) нәжіс тұрақты түрде түссіз болады, вирусты гапатит кезінде уақытша түссіз болады, асқазаннан қан кеткенде қара түсті болады. Иш сүзегі кезінде «құріш қайнатпасын» еске салады. Дәрі, қызылша қабылдағанда қызыл түске боялады. Темір висмутын қабылдағанда қара түске боялады.

Нәжістің иісі. Нәжіс өзінділік иісті болады. Өте мұнкіген иіс шіріген диспепсия кезінде, обыр ыдырауында байқалады.

Кілегей нәжісте әрең байқалатын қабат ретінде болады. Энтерит кезінде ол ұсақ тамшы ретінде көрінеді. Ал сигмоидит, колит кезінде түйір ретінде байқалуы мүмкін.

Паразиттер нәжіс құрамында көзге көріну мүмкін (аскарида, власоглав, остріца).

Химиялық зерттеу. Нәжіс реакциясы ішектегі микрофлораға байланысты болады. Қалыпты жағдайда нейтралды немесе әлсіз-сілтілі. Ашу процесі басым болғанда, реакциясы қышқыл болады. Шіру процесі басым болғанда, реакциясы сілтілі болады.

Өт пигменттері. Стеркобилинді нәжіс қоңыр емес болғанда ескереді. Билирубин өзгермейді. Стеркобилиннің нәжісте болмауы механикалық сарғау кезінде кездеседі. Ол жалпы өзегі таспен немесе обырмен бітелгенде дамиды. Гепатит ауруында стеркобилиннің болмауы бауырдың терең зақымдалғанын дәлелдейді. Нәжістегі стеркобилиннің көбеюі эритроцит гемолизі күшейгенде байқалады. Нәжіс құрамында өзгермеген билирубин емшектегі балаларда кездеседі. Ересек адамда ол ішек флорасының тіршілігі төмендегендеге байқалады. Жасырын қанды анықтау әдісін асқазан-ішек жолдарында ойық жара немесе обыр бар-жоғын анықтау үшін жүргізіледі.

Белок. Нәжістен ерітілген белокты табу ішектің кілегей қабатының қабыну белгісі болып табылады.

Аммиак қалыпты жағдайда 2-4 бірлікке тең. Нәжістегі аммиак мөлшері тоқ ішектегі шіру процесінің қарқындылығын көрсетеді. Аммиактың 8-10 бірлікке жоғарылауы шіру процесінің күшейгенін дәлелдейді.

Микроскопиялық зерттеу. Тамақ компоненттерінің қорытылу дәрежесін терең анықтауға мүмкіндік береді. Патология кезінде ішек талшықтары, нейтралды май, майлы қышқылдар, ішек эпителійлері, қан клеткалары кездеседі. Лейкоцит, кілегей мөлшерінің көбеюі аш ішек қабынғанда кездеседі. Тоқ ішек қабынғанда лейкоциттер, эритроциттер және кілегей кездеседі. Созылмалы панкреатит кезінде нейтралды май, қорытылмаған бұлшық ет талшықтары кездеседі. Гельминтоз кезінде гельминт жұмыртқалары кездеседі.





«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Сурет

Нәжісті копрологиялық зерттеуге алу әдісі.

Мақсаты :нәжістің макроскопиялық, микроскопиялық, химиялық құрамын асқорыту жүйесінің функционалдық жағдайын зерттеу.

Көрсетілімі :Ас қорыту ағзаларының аурулары.

Әзірле : Бір рет қолданылатын аузың кең контейнер, әйнекше күрекші, әрет ыдыс, жолдама (пациенттің аты, жөні, бөлімі, палата №, зерттеу мақсаты, медбике қолы), ыдысқа жолдаманы жапсыру, резенке қолғап, ҚКЖҚ.

Іс әрекет алгоритмі.

1. Зерттеу алдын пациенттке зерттеу барысын, мақсатын түсіндіру.
2. Пациентке тексерістен 3 күн алдын темірі бар препараторды ішпеу (ет, балық, жасыл түсті көк өністерді, жемістерді), нәжіс түсін өзгертетін, ішек перистальтикасын күшайтетін дәрілерді қабылдамау (эфидрин, прозерин, висмут, темір, барий сульфат әлсіздендіретін дәрәлер) керек екендігін ескеरту. Нәжісті тексеріске 4 күні алынады.
3. Қажет жағдайда тагамның сінуін тексеру үшін арнайы емдәм тексерістен 5 күн алдын Шмидт (2250 ккал) және Повзнер (3250 ккал) қорғаулық емдәм тағайындалады. Нәжіс тексеріске 5-ші күні алынады.
4. Пациентке нәжісті тексеріске сол күні таңертенгісін алынатын түсіндіру және жинау техникасын үйрету.
5. Пациентке нәжісті тексеріске жинау үшін қолғап киу керек дәрет ыдысына ішекті сусыз босатқаннан кейін пациент күрекшемен нәжістің әр жерінен 5-10 г. Алып тайындалған ыдысқа салып қақпағын жабу керек.
6. Пациент қолғапты шешіп, ҚКЖҚ – қа тастап, қолды жуып, құргату керек.
7. Материал салынған ыдысты жолдамамен клиникалық зертханаға жеткізу керек.

Ескеरту :

- Тағамның сіну дәрежесін тексеру үшін дәрігер тағайындауымен Шмидт және Повзнер емдәмді қолданады.
- Іш жүргізетін дәрілерді қабылдағанда, клизма, свича қойылғаннан кейін нәжіс тексеріске алынбайды.

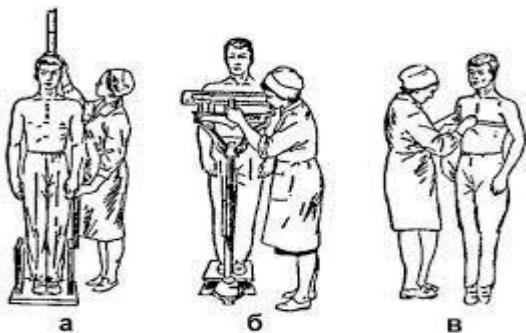
Аспаптық және функциональдық зерттеу әдістері.

Антрапометрия дегеніміз – (грек тілінде antropos – адам, metron – өлшем) Адамның морфологиялық және функциональдық белгілерін өлшеуге негізделген зерттеу әдісі. Практикалық медицина үшін шектеулі белгілерді өлшеу жеткілікті. Соның ішінде ең негізгілері – адамның бойы мен салмағы.

Адамның бойы. Адамның бойы сүйек қаңқасының өлшемдеріне байланысты болады. Адамның бойын өлшеу үшін бой өлшегіш қолданылады. Қалыпты жағдайда ер адамның бойы 165 см –ден 180 см –ге дейіе, әйел адамның бойы 155 см- ден 170 см-ге дейін болуы керек. Бойдың орта көрсеткіштерінің биік немесе төмен болуы ішкі бездер функциасының бұзылуына байланысты болады. Мысалы: ергежайлілік – гипофиздің алдыңғы белігінің функциясы төмендегендеге дамиды немесе қалқанша без жұмысының төмендеуіне байланысты болады (критинизм). Алыптылық – гипофиздің алдыңғы белігінің функциясы бұзылғанда немесе жыныс бездерінің қызметі томендегендеге дамиды. Науқастардың бойы мен дене ұзындығын өлшеудің маңызы зор. Ол пациенттің физикалық дамуын бағалауға және оның деңесінің жеке беліктерінің пропорциялық түрде дамығанын бағалауға мүмкіндік береді. Бойдың ұзындығымен қоса кеуде торының, құрсақ, мойын, бас, аяқ-қолдардың, жамбас шеңберлерінің өлшемін жүргізу қажет.

Дене салмағы. Дене салмағын арнайы медициналық таразымен өлшейді. Пациенттің салмағын таңертең аш қарынға, қуықты босатқан соң өлшеу керек. Ол үшін науқасты түгел шешіндіріліп немесе жеңіл киімде өлшенеді. Дене салмағының динамикасын бақылау мақсатында қайталап өлшеу жұмысы тұра осы күйде жүргізіледі (қате болмас үшін). Адамның бойы, салмағы және кеуде торының шеңбері арасында белгілі қарым қатнас бар.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



4- Сурет

Динамометрия. Динамометрия декп бұлышық ет күшін өлшеу әдісін атайды. Ол арнай динамометр деп аталатын аспаптың көмегімен жүргізеді. Динамометрді қолмен қысқанда, аспап ішіндегі тіл шкала бойынша жылжып, қысуға қатысатын бұлышық еттің күшін көрсетеді. Динамометрияның көмегімен деңенің түрлі бұлышық еттерінің күшін өлшнуге мүмкіндік туады.



5- Сурет

Термометрия. Дене температурасын өлшеуді әрбір науқасқа жүргізу қажет. Ол науқаста қызбаның бар-жоғын анықтауға мүмкіндік береді. Түрлі инфекциялар немесе ұлпаның ыдырау өнімдері қызбалардың себепшісі бола алады. Денекүзбасының пайда болуы ағзаның инфекцияға қайтаратын реакциясы ретінде қаралады. Кейде инфекциялық аурулар қызбасы өтуі мүмкін. Температураның жоғарлауы дәрежесі науқасағзасының жағдайына тікелей байланысты болады: бірдей инфекцияға әр адамның реакциясы әр түрлі болады. Мысалы: жас адам пневмониямен ауырғанда, дене температурасы 40 С дейін жоғарылайды. Ал қартайған адамда температурасы қалыпты жоғары болмайды.

Дене температурасы арнайы медициналық термометрен өлшенеді. Дене температурасын өлшеу кезінде термометрді қолтық астына 10 минутқа қою қажет. Термометр теріге түгел жанасуы қажет. Әлсіреген науқастар мен балалардың дене температурасын өлшегендеге, қолын қолтығына қысып, қысып ұстап тұруы қажет. Кейде дене температурасын тік ішек арқылы өлшейді.

Термометрді майлап, тік ішекке 5-10 минутқа енгізеді. Тік ішектегі температура қолтық асты температурасына қарағанда 0,5-1С- қа жоғары болады. Қалыпты жағдайда дене температурасын

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

күніне 2рет өлшейді (таңертең 7 мен 8 сағат аралықтарында, кешкі 17 -19сағат аралықтарында).



ТЕРМОМЕТРИЯ
• Наши права

6- Сурет

Рентгенологиялық зерттеу

Терапиялық практикада науқастарды рентгеноскопиялық әдіспен жиі зерттейді. Рентгеноскопия дегеніміз –рентген сәулелерінің көмегімен рентген экранының алдында сәулелендіру әдісі. Бірақ контраст затынсыз жүргізетін рентгеноскопияның көмегімен экранда тек қана түрлі көленке беретін мүшелерді ғана көруге болады. Мысалы: рентген экранындағы мөлдір өкпелердің фонында жүректің өлшемін, формасын көруге болады. Ол ошақтар пневмонияға немесе обырға байланысты дамуы мүмкін. Кейбір байқалған өзгерістерді тіркеу мақсатымен рентгенографиялық әдіс жүргізу керек. Бұл пленкаға түсірілген сурет негатив болып есептелінеді. Соңдықтан рентген экранындағы ашық суреттер пленкада қара болып көрінеді. Қуысты мүшелерді зерттеу үшін оларды контрасттау қажет. Асқазан-ішек жолдарын зерттеу үшін науқасқа барый сульфат қоймалжыңын ішкізеді. Тік ішекті зерттеу үшін осы қоймалжыңынды клизма арқылы енгізеді. Өт қапшығы мен өт өзектерін зерттеу үшін (холецистография, холография) науқастарға құрамында йоды бар контраст заттарын ішкізеді (билитраст) немесе венаға енгізеді (билигност). Бұл заттар қай айналымы арқылы бауырға және өт қапшығына жиналады. Бұйрек астаушаларын рентгенологиялық зерттеу үшін сергозинді қолдануға болады. Ол көк тамырға енгізіледі. Бронх тармақтарын рентгенологиялық әдіспен зерттеу үшін (бронхография) олардың ішіне иодолипол енгізіледі. Тамырларға кардиотраст енгізу арқылы ангиография жүргізеді. Кейбір жағдайларда мүшелерді анық көру үшін сол мүшени қоршаған үлпаларға аяу жіберу қажет.

Мысалы: бүйректер қатерлі ісікпен зақымдалғаны туралы күдік туған жағдайда, бұйрек маңындағы үлпаға аяу енгізіледі (пневморен). Соңғы кезде рентгенологиялық зерттеу әдістерінің жаңа жетілдірілген әдістері дамыды.

Мысалы: қимылдан тұрған мүшени зерттеуге арналған әдіс – рентгенокимография.

Томографиялық әдіс – қабатталған рентгенологиялық әдіс болып табылады. Компьютерлік томография – рентгенологиялық жаңа әдістердің бірі.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



7 - Сурет

Эндоскопиялық зерттеу әдістері

Эндоскопиялық (endos-ішкі, scopea -қараймын) әдіс деп құысты мүшелердің ішкі қабатын қарауға негізделіп жүргізілетін тексеру әдісін атайды. Ол эндоскоп көмегімен жүргізіледі. Қарапайым эндоскоптар суретті үлкейтіп көрсететін оптикалық жүйемен қамтамасыз етілген металл түтікшесінен тұрады. Қазіргі кезде эндоскоптың жетілдірілген жаңа түрлері шықты. Бұл эндоскоптар арқылы алынатын суреттер фибрископ арқылы беріледі. Бұгінгі күнгі эндоскоптардың артықшылығы –олар өте ілгіш келеді, сондықтан эндоскопиялық зерттеуді жеңілдетеді, қауіпсіздендіріледі. Эндоскопиялық әдіспен өңешті (эзофагоскопия), асқазанды (гастраскопия), ұлтабарды (дуеждоноскопия), тік ішекті (ректоромоноскопия), тоқ ішекті (колоноскопия), трахея мен бронхтарды (трахеобронхоскопия), құрсақ құысындағы мүшелерді (лапароскопия), құықты (цистоскопия) зерттеуге болады.

Әр мүшени зерттеу кезінде арнайы жасалған эндоскопты қолдану қажет. Эндоскоптар тексерілетін мүшелердің атына байланысты аталады. Эндоскопияның диагностикалық құндылығы-зерттеу кезінде ол ішкі мүшелердің кілегей қабатынан циталогиялық анализге арналған материал алуға мүмкіндік береді. Гисталогиялық зерттеулерге материал жинауды биопсия деп атайды. Биопсияны эндоскопияның көмегінсіз де жүргізуге болады. Оны «соқыр» биопсия деп атайды. Эндоскопия кезінде бізді қызықтыратын ошақты суретке түсіруге де болады. Кейбір жетілдірілген эндоскоптар беретін суреттерді арнайы телевизор экранына да шығаруға болады. Бұндай әдіс эндоскопиялық әдістің көмегімен байқалған патологиялық ошақтарды тек қана эндоскопист-дәрігер ғана емес, басқа да дәрігерлердің көруіне де мүмкіншілік береді. Эндоскопиялық әдіс емдеу мұқсатында да қолданылады. Эндоскоп көмегімен бөтен заттарды алып тастауға жараларды қүйдіруге болады және т.б манипуляциялар жүргізуге мүмкіндік тудады.



8-Сурет

Аспаптық – Функционалдық зерттеу әдістері

Медициналық клиникада түрлі мүшелердің функционалдық белсенделілігін зерттеуге мүмкіншілік беретін көп әдістер қолданылады. Бұл әдістерді негізгі үш топқа бөлуге болады. Бірінші топқа ішкі мүшелердің өз функциясын орындау барысында дамитын биопотенциалдарды тіркеуге негізделген әдістер жатады. Оларға электрокардиография, электроэнцефалография, электромиография, электрогастрографиялар жатады. Екінші топқа мүшелердің қымылдық белсенделілігін және олардың өзгерістерін тіркейтін әдістерді жатқызады. Оларға баллонды

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

кимографияны, эзофагоатриографияны жатқызады. Үшінші топқа мүшелердің қымылдау және жиырылу кезінде дамитын дыбыстық құбылыстарын тіркейтін әдістерді жатқызады. Мысалы: фонокардиография, фонопневмография.

Ультрадыбыстық Эхография

Ультрадыбыстық эхография –түрлі тығыздықты ұлпа мен ағза орталығы арқылы өтетін ультрадыбыстық толқынның ерекшелігін бейнелеуге негізделген диагностикалық әдіс. Ультрадыбыс дегеніміз –жоғары жиілікті болуына байланысты адам құлағына естілмейтін $2 \cdot 10^{-4}$ 10^{-8} дейін Гц аралығындағы жиіліктегі акустикалық тербелістер. Ультрадыбыстардың адам денесіндегі таралу жылдамдығы 1500 м/с –қа тең. Ультрадыбыстық тербелістер әр түрлі ұлпалармен әр түрлі түрде қабылданады және бейнеленеді.

Арнайы аппарат көмегімен қабылданатын ультрадыбыстық белгі ерекшеліктерінің бейнелеуі, тексерілетін ұлпалардың тығыздығы бір-біріне 1% -таболсын айырмашылығы бар болғанда пайда болады. Бұл ультрадыбыстық диагностикада қолдануға мүмкіндік береді. Бейнеленген ультрадыбыс белгілері өзгереді, осциллоскоп арқылы қабылданады. Бұл әдістің артықшылығы ағзага зияны тигізбей, түрлі мүшелердің құрылышын анықтауға мүмкіндік беруінде. Науқастарды жағымсыз сезімдер мазаламайды. Сондықтан бұл әдістікеректі жағдайда бірнеше рет жүргізуге болады. Осы әдіс нәтижесі аса құнды болып есептелінеді.



9- Сурет

Спирография

Тыныс алу көлемдерін өлшеу. Тыныс алу көлемі (ТАК) деп тыныс алудың бір фазасында тыныс алғанда және тыныс шығарғанда беретін ауа көлемін атайды. Қалыпты жағдайда ол 500мл-ға тең. Бұның ішіндегі шамамен 150 мл-ін көмей, кеңірдек, бронхтағы функционалдық өлі кеңістік ауасының көлемі құрайды. Бұл ауа газ алмасу процесінем қатыспағанымен, ауамен араласып оны дымқылдатып, жылытады. Тыныс шығарудың резервті көлемі (ТШК) шамамен 1500-2000 мл-ға тең. Бұл –науқастың тыныс шығару кезінде бөлетін ауасы. Тыныс алудың резервті көлемі (ТАК) шамамен 1500-2000 мл-ге тең. Бұл науқастың тыныс алу кезінде бөлетін ауасы.

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы (ӨОС) тыныс алудың және тыныс шығарудың резервті көлемі мен тыныс алу көлемінің қосындысына тең. Ол 3700мл-ге тең. Қалдық көлем (ҚҚ) деп максималды тыныс алу –шығарудан кейін өкпеде қалатын ауа қалдығын атайды. Ол қалыпты жағдайда 1000-150 мл-ге тең. Электрондық спирография (пикфлюметрия) деп көлемдік жылдамдық ең биік шыңын өлшеуді атайды. Максималдық тыныс алу мен тыныс шығаруды үш рет жасайды. Ең жақсы көрсеткіш алынады. Пикфлюметрияның диагностикалық мұзызы зор. Оны пиклометр деп аталағын аспап арқылы жүргізеді.

Бұл өте ыңғайлы қарапайым аспап. Бронхиты демікпені емхана және үй жағдайында бақылауға мүмкіндік береді. Демікпенің диагностикасы мен емін бақылау үшін пикфлюметрдің көмегімен тәуліктің тербелу индексін анықтауға болады. Өлшеудің күніне екі рет жүргізу керек. Нәтижелерін арнайы кестеге тіркеу қажет.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



10- Сурет

Электрокардиография

Электрокардиография деп жүрек қызметінің жұмысы кезінде пайда болатын электрлік құбылыстарды графикалық тіркеу әдісін айтады. Жүрек жиырылmas бұрын қозады. Сол кезде клеткалық мембранның физика- химиялық қасиеті, клеткааралық және клетка ішіндегі сұйықтықтың иондық құрамы өзгереді. Осы өзгерістер электрлі тоқтың пайда болуына әкеледі.



11- Сурет

З тақырып. Тыныс алу жүйесінің ауруларымен науқасты клиникалық, қосымша тексеру әдістері.

Негізгі белгілері Тыныс алу мүшелерінің ауруларының көптігіне қарамай, олардың белгілері бір – біріне ұқсас болып келеді. Бұл белгілерге жөтөл, қақырықтың белінуі, қақырықты тастауы, қан түкіру, демікпе, кеуде қуысының ауырсынуы жатады. Дене қызуының көтерілуі, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі, бастың ауруы аурудың жалпы белгілеріне жатады.

Жөтөл. Тыныс алу мүшелерінің ең негізгі белгілерінің бірі, бірақ дені сау адамдарда да кездесуі мүмкін. Бұл рефлекторлық қорғаныш актісі. Тыныс жолдарына бөгде зат түскенде ағза рефлекторлық түрде оны жөтөлі арқылы сыртқа шығаруға тырысады. Кенірдек, кенірдекшелердің (бронхтардың) сілекей қабаттары қабынғанда импульстер сопақша мидың дем алудағы орталығына келіп түседі де оны қымыл жүйесіне жібереді. Жөтелде өкпедегі бөгде заттар ауамен бірге ауыз арқылы күшпен сыртқа шығарылады. Жағымсыз мәнбірлердің әсерінен тыныс алу жолдарына сілекей жиналып, жөтөл туғызады. Егер сілекей аз бөлінсе, онда құрғақ жөтөл пайда болады. Жөтелдің сипаталуы сырқатқа байланысты әртүрлі болады. Сирек, күшті, жиі, ұстамалы және т.б. түрлері болады. Бір науқаста жөтөл өзгеріп отыруы мүмкін. Туберкулездің бастапқы кезеңінде жөтөл сирек және науқасқа білінбейді. Бара – бара жөтөл күшейіп, науқасты мазалайды. Жоғарғы тыныс жолдарының ауруларында жөтөл дөрекі шығады.

Қақырық. Тыныс жолдарының сілекей қабығының жемісі. Қақырықтың мінездемесіне қарап қабыну дәрісінің терендігін анықтауға мүмкіншілік туғызады. Қақырық сілекейлі, сілекейлі - ірінді, ірінді болады. Сілекейлі қақырық жылтыр, кейде ақ түсті болады. Шаң тозаннан қақырық



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

қара түсті болуы мүмкін. Ондай қақырық темекі шеккеннен немесе ұзақ уақыт шаң тозанда жұмыс істеген адамдарда кездеседі. Сілекейлі - ірінді қақырық өкпе ауруларының асқынуларында білінеді. Крупты өкпе қабы-нуының бастапқы кезеңінде қақырық тоттанған болып білінеді. Көбінесе қақырықтың иісі әлсіз және ара қашықтықта сезілмейді. Егер қақырықтың иісі жағымсыз болса, онда өкпенің ірінді ауруы деп ойлауға болады.

Қан түкіру. Өкпе ауруларының маңызды белгісі болып табылады. Қанды түкіру өкпе туберкулезінде, өкпе қатерлі ісігінде және өкпе ірінді ауруларында байқалады. Қақырықпен түскен қанның түсі ашық – қызыл, көпіршікті, иіссіз және жөтел мен шығып отырады.

Демікпе. Демікпе дегеніміз – демнің тереңдігінің, жиілігінің және ырғактылығының бұзылуы. Тыныс алу жолдарының ауруларында ентігу экспираторлық (ауаның сырқа шығуының қындауы) түрде білінеді. Сырқатқа байланысты кеңірдекше тарамдары тарылған жағдайда ауаның ішке кіруі қындалап, демі шұлы, ысқырықты болып келеді. Науқастарда жиі аралас түрлердегі ентігу кездеседі.

Кеуде қуысының ауырсынуы. Бронхыларда және өкпе тінінде сезу рецепторлары болмайды, сол себептен кеуде қуысының ауырсынуы басқа мәмбірлердің әсерінен тудады. Негізінде ауырсыну дем алғанда, жөтелгенде білінеді. Кеуде қуысының ауырсынуы қабырға аралық бұлышқа еттер және қабырға аралық жүйкелер қабынғанда сезіледі.

Уыттану белгілері. Тыныс алу мүшелерінің ауруларында осылармен бірге жиі дene қызуының көтерілуі, тұнгі кездегі терлегіштік, әлсіздік, жұмысқа деген қабілетінің төмендеуі кездеседі. Бұл шағымдар ағзаның уыттанудың себебіне болғандықтан.

Тексеруәдістері (субъективтік тексеріс және объектив тіктексеріс)

Субъективтік тексеріс. Науқастың шағымдарын сұрау арқылы өткізіледі: кеуденің шаншуы, ентігуі, тынысының тарылуы, жөтел пайда болуы, қақырық тастау, әлсізденуі, дененің тітіркенуі, басының ауыратындығы және үйқысының бұзылуы.

Сыртартқы жинағанда келесі сұраптарды анықтау керек: ауру қалай (жедел, біртіндеп) және қандай жағдайда басталды. Аурудың себебін және мінездемесін білу үшін эпидемия жағдайына көніл бөлу керек. Жүқпалы аурумен ауырған науқастармен қатынаста болды ма? Мысалы: туберкулез, сары ауру, тұмау т.б. Ауру өту ағысын және жүргізілген емін, оның нәтижесін, тұрмыс жағдайын, ағзаға зиян әкелетін қылықтарын, яғни шылым шегу, ішімдік ішүін анықтау.

Объективтік тексеріс. Объективтік тексеру әдісі қараудан басталады. Қарағанда науқастың жалпы жағдайын, төсек тәртібін, көніл күйін, дene пішінінің өзгерістерін және т.б. байқайды.

Кеудені қарау. Кеуденің сыртқы бейнесіне қарап қалыпты немесе патололгиялық түрін анықтайы. Кеуде қуыс өзгерістерінің үш түрі болады: бөшке тәрізді кеуде (эмфизематозды) – кеуде торшасының ұзындығы қысқалау, көлденең кеуде бөшке сияқты дөңгелектеу келген пішінде болып келеді. Қабырға арасы сиректелген, дем алғанда бұлышқа еттерінің қабысуының сирегені байқалады.

-сал көкірек қуысы (паралитикті) – бөшке тәрізді кеудеге қарама – қарсы келген өзгерістер байқалады: кеуде торшасы тар және ұзын. Бұл өкпенің туберкулез ауруында жиі кездеседі, дем алу қимылы бәсендейді.

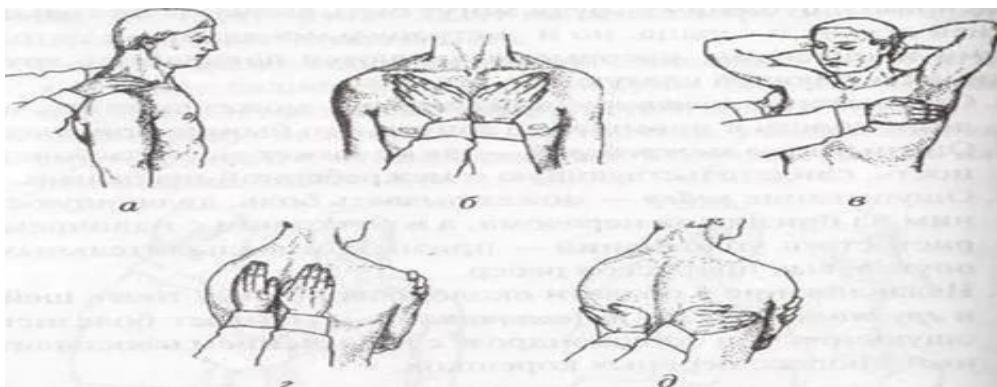
-мешелді кеуде (“тауық” кеудесі) – бұнда кеуде қуысының алды артына қарай ұзарғаны байқалады, қабырға шеміршектері жуандайды, кішкентай балалардың мешел мен ауырған кезінде пайда болады.

Кеуде құрылышының ауытқуы (деформациясы) омыртқаның өзгергендігіне байланысты болады: омыртқаның алға қарай қисауы - лордоз, артқа қарай – кифоз, бір жақ қырына – сколиоз, ал артқа және бір жақ жамбасына қарай қисауы – кифосколиоз деп аталады.

Дене терісінің өзгеруі. Терінің кілегей қабыршақтарының көкшілдігі байқалады, оны цианоз деп атайды. Цианоз екі түрде байқалуы мүмкін: жергілікті және орталық (барлық денеде). Бұндай өзгеріс тыныстың бұзылғандығынан, өкпеде оттегінің жеткіліксіздігінен байқалады. Бетінің қызаруы өкпенің крупозды қабынуында, дene қызуы көтерілгенде, ал бозаруы өкпенің ірінді ауруларында және т.б жағдайларда кездеседі.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Қолмен басып қарау (сипалау, пальпация). Қеудені, арқаны оның ауыра-тын жерін, серпімділігін, дыбысты өткізуін анықтау үшін жүргізіледі. Екі қолды науқастың қеудесіне қойып сан мен сөздерді айтқызып, ауаның тербеу дыбысының әр ауруға байланысты жоғарлауын немесе төмендеуін анықтайды. Бұл сипалаудың түрін бронхофония әдісі деп атайды.



1 - Сурет

Перкуссия. Соғып не қағып қарау дегенді білдіреді. Бұл әдіс Гиппократ заманында белгілі болғанымен, кеңінен қолданылмаған. Алғаш перкуссияның клиникалық зерттеудегі маңызына көңіл бөлген австриялық дәрігер Л. Ауэнбруггер (1722-1809) болатын.

Саусақпен соққандағы өкпеден шығатын дыбыстардың өзгерістерін анықтау (тықылдату, перкуссия). Өкпенің таза дыбысы өкпеде таза ауаның барында, өкпенің ауруы жоқ кезінде естіледі. Перкуторлық дыбыстың өзгергендеңі түрлері мыналар: түйік дыбыс өкпе ұлпасында ауа жоқтығын білдіреді; корап тәрізді дыбыс өкпе ұлпасының созылғандығын және өкпеде ауа көптігін білдіреді; тимпаникалық перкуторлы дыбыс – тегіс қабырғаға ұрғандағы дыбыс. Салыстырмалы перкуссия әдісі өкпе қабы қуыстарының патологиясын анықтауға мүмкіншілік береді.

Топографиялық перкуссия. Топографиялық перкуссия әдісімен екпенің шекараларын, әсіресе оның төменгі жиегінің тыныс алуға байланысына сейкес қымыл қабілетін анықтайды. Өкпенің маңында ауасы жоқ, түйік дыбыс беретін тіндер мен ағзалар орналасқандықтан бұл тәсілмен тексеруді толығымен орындауға болады. Өкпенің шекараларын анықтағанда келесі ережелер сақталуы тиіс:

- 1)саусақ-плессиметр анықталатын түйіктың шекарасына міндетті түрде параллельді орналасуы тиіс;
- 2)перкуссияны ашық перкуторлық дыбыстан түйік дыбысқа қарай жасау керек;
- 3) шекараларды анықтаған кезде жәй ғана, әлсіздеу соққылау жасау керек;
- 4) шекара белгілегенде, белгіні саусақтың өкпеге қараған қырынан бастап жасау керек.

Окпеге салыстырмалы перкуссия жасау.

Мақсаты: өкпе ұлпасы және плевра қабатындағы патологиялық өзгерістерді анықтау.

Көрсеткіші: пневмония, туберкулез, ісік, ателектаз, өкпе инфаркті, экссудативті плеврит, гидроторакс, гемоторакс, өкпе эмфиземасы, пневмоторакс, абцесс, өкпе туберкулезі.

Қарама-қарсы көрсеткіші: жоқ.

Асқынулары: жоқ.

Іс-әрекет алгоритмі:

1. Бөлме тыныш және жылы болу керек.
2. Тексерушінің қолы жылы және тырнағы алынған болу керек.
3. Қолынды гигиеналық антисептикалық дәрежеде жу.
4. Науқастың киімін беліне дейін шешүін сұра.
5. Тексеретін адамның алдына түр.
6. Алдынан: қалақша саусақты бұғана үстіне қой.
7. Органғы бұғана сызығы бойынша оң жақ және сол жақ қабырға аралықтан III қабырғаға дейін перкуссия жаса.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

8. Алдыңғы қолтық асты сзықпен оң жақ және сол жақ VI-VII қабырға аралықпен симметриялы перкуссия жаса.

9. Артынан: "қалақша" саусақты жауырын үстіне қойыныз, жауырын ортасына, жауырын оң жақ және сол жақ бөлігінің симметриялы жерлеріне қой.

10. Перкуторлық дыбыстың сипатын бағала.

11. Қолды жуып кептіру.

12. Медициналық құжатқа нәтижені жазу.

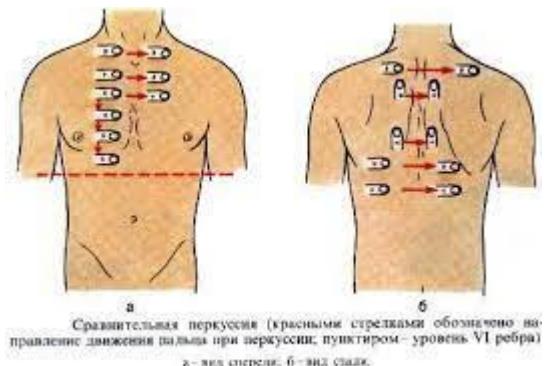
Ескерту: салыстырмалы перкуссия - симметриялы мүшелерді салыстырмалы жасағанда естілетін перкуторлық дыбыстың ерекшеліктеріне негізделген тәсіл

Қалыпты жағдайда өкпе үстінен анық өкпе дыбысы естіледі.

Өкпе ауруларында перкуторлық дыбыс өзгереді.

Бәсек дыбыс - өкпе ұлпасы тығыздалғанда.

Тұйық перкуторлық дыбыс - плевра қабатына патологиялық сұйықтық толғанда, қорап дыбысы - өкпе эмфиземасында, тимпаникалық - өкпеде қуыс пайда болғанда.



2- Сурет

Өкпеге топографиялық перекуссия жасау.

Өкпенің топографиялық перекуссиясы- өкпенің жоғарғы ұшын анықтау(өкпенің жоғарғы шекарасы), Кренинг кеңістігінің ені.

Мақсаты: өкпе шекараларын анықтау.

Көрсеткіші: пневмония, туберкулез, қатерлі ісік, ателектаз, өкпе инфаркті, экссудативті плеврит, гидроторакс, өкпе эмфиземасы, абсцесс, өкпе туберкулезі.

Қарама-қарсы көрсеткіші: жок

Асқынулары: жоқ

Керекті заттар: сабын, бір реттік сұлғі, орындық.

Жасап көрсету реті:

Бөлме жылы және тыныш болу керек.

Тексерушінің қолы жылы, тырнағы алынған болу керек.

Қолыңызды гигиеналық деңгейде жуыңыз.

Науқастан кимін беліне дейін шешуін сұраңыз.

Тексерілушінің алдында тұрыңыз.

Өкпенің жоғарғы ұшын алдынан анықтаңыз(өкпенің жоғарғы шекарасы):

Өкпе ұшының биіктігін науқастың алдынан анықтау кезде саусақ-плессиметрді бұғананың үстіне қойып бұғананың ортасынан жоғары қарай перпендикулярлы сзық бойымен перкуссия жасау керек, плессиметр бұғанаға параллельді орналасады.

Перкуторлық дыбыс өзгергенде саусақтың ашық дыбысқа қараған шетінен белгі қойылады. Қалыпты жағдайда өкпе ұшы бұғанадан 3-4 см жоғары жатады.

Өкпенің жоғарғы ұшы артынан анықтау(өкпенің жоғарғы шекарасы):

Өкпе ұшының биіктігін адамның артқы жағынан анықтау үшін жауырынның жота өсіндісінен VII мойын омыртқасының жота өсіндісінен 3-4 см сыртқа қарай жатқан нүктеге бағыттап перкуссия

**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3» ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

жасалынады. Адам басын етеп алға қарай еңкейтеді. Плессиметр-саусақ жауырының жота өсіндісіне паралельді орналасады. Қалыпты жағдайда бұл шекара VII мойын омыртқасының жота өсіндісі деңгейінде жатады.

Кренинг кеңістігінің ені анықтау.

1. Трапеция тәрізді бұлшық етке қалақша саусақты қолдененцнен қойыңыз және алдымен жоғары қарай, кейін сыртқа қарай түйік дыбыс пайда болғанша перкуссия жасаймыз.

2. Анық дыбыстан түйік дыбысқа ауысқан жердегі нүктелердің арасын сантиметрмен өлшеңіз.

Ескерту:

1. Өкпенің жоғарғы шекарасы алдынан- қалыпты жағдайда бұғанадан 3-4 см.

2. Өкпенің жоғарғы шекарасы артынан (7) мойын омыртқаның өсіндісінің тұсына сәйкес келеді.

3. Кренинг кеңістігінің ені қалыпты жағдайда - 4-7 см. Сол жақта бұл аймақ, оң жаққа қарағанда 1-1.5 см артық.

4. Кренинг кеңістігінің азауы және өкпенің жоғарғы шекарасының төмендеуі- өкпе ұшының солуы кезінде, туберкулез кезінде анықталады.

5. Кренинг кеңістігі ұлғауы және өкпенің жоғарғы шекарасының жоғарылауы- өкпе эмфизема ауруында бронх демікпесінің ұстамасы кезінде анықталады.

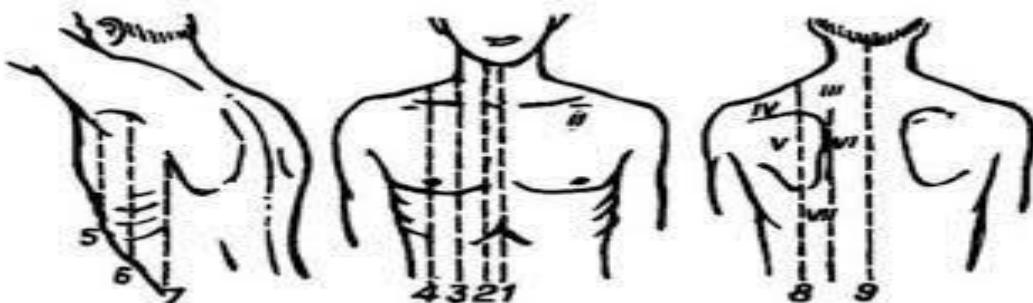
Өкпенің

төменгі шекараларын анықтау қыын емес, тек ғана сол жақ қолтық асты сызықтар бойынша перкуссия жасағанда Траубе кеңістігінен шығатын тимпаникалық дыбысты ашық, дыбыстан ажырата білу керек, ол ушін дәрігердің перкуссия әдісінен тәжірибесі болуға тиісті. Қалыпты жағдайда өкпенің төменгі шекаралары былай орналасады.

Қалыпты жағдайдағы өкпенің төменгі шегі:

Белгі сызықтар	Оң жақ	Сол жақ
Төс жанындағы сызық	VI қабырға	I II қабырға
Бұғана ортасы сызығы	VI қабырға аралығы	VI қабырға аралығы
Қолтықтың алдыңғы сызығы	VII қабырға	VII қабырға
Қолтықтың ортаңғы сызығы	VIII қабырға	VIII қабырға
Қолтықтың артқы сызығы	IX қабырға	IX қабырға
Жауырын сызығы	X қабырға	X қабырға
Омыртқа жанындағы сызығы	XI кеуде омыртқасы	XI кеуде омыртқасы

Өкпенің төменгі жиегінің терен дем алу кезіндегі жылжымалылығын анықтау үшін қолтық асты ортаңғы немесе артқы сызығы бойымен алдымен жай ғана дем алған кездегі екпенің төменгі шекарасын белгілеп алады. Одан кейін науқасқа терен дем алғызып, дем алмай түруды сұрайды. Осы кезде тез перкуссия жасап өкпенің төменгі шекарасын тағы да жай дем алған кезіндегі белгіден бастап, анықтап белгілейді (1-ші белгі). Бұдан кейін тексеруді тап солай терен дем шығарып, тоқтап түрғанда анықтайды (2-ші белгі). Осы екі белгінің арақашықтығы өкпенің төменгі жиегінің терен дем алу актісіндегі жылжу шектері деп аталады.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

3 – Сурет

Өкпені тыңдау (аускультация). Құлақты кеудеге қою арқылы немесе стетоскоппен, фонендоскоппен тыңдайды. Өкпеге ауа кіріп шыққанда демалыс дыбыстары естіледі. Қалыпты түрде везикулды дем естіледі (ауаны жұтқаны белсенді, ал шығарғаны белсенсіз). Патологиялық өзгерістерде өкпеде бронхиалды дем естіледі (ауаны жұтқаны да шығарғаны да белсенді). Ал өкпеде қақырық, кілегейлер пайда болғанда тыныс жолдарында сырылдар естіледі. Өкпеде суды үрлекендегі пайда болатын көпіршік дыбыстарды дымқыл сырылдар дейді. Ал құргақ сырылдар ысқырық дыбыс сияқты бронхылардың, кеңсіріктің ішкі қабыршақтарының ісінуіне байланысты болады. Өкпекаптың қабынуында өкпеде үйкелу шуы естіледі. Тыныс алу жүйесін тындап, яғни аускультация жасап алған мәліметтеріміз негізгі және қосымша тыныс дыбыстары болып екіге бөлінеді. Негізгі тыныс дыбыстарына *везикулярлы, бронхиалды және аралас* тыныс түрлері жатады. Ал қосымша дыбыстарға *сырылдар, ысқырлар, плевра үйкеліс шуылдары* жатады.

Қосымша (жанама) тыныс шуылдары.

Бұларға ысқыр, сырылдар, плевра үйкеліс шуылдары жатады. Сырылдар құргақ және ылғалды болып бөлінеді. Құргақ сырылдар бронх ішінде пайда болады, ол тұтқыр секреттен немесе кілегей қабатының қабыну үдерісінің нәтижесінде бертіп іскендіктен бронхтың ішкі мөлшері тарылғанда шығады. Ауа бронхтың тарылған жерінен өткенде пайда болады. Құргақ сырылдар сипат жағынан пайда болған ірі немесе ұсақ бронхтармен байланысты әр түрлі болуы мүмкін. Ұсақ бронх ішінде туатын сырылдар ысқырыққа ұқсайды, жоғары болады. Ал ірі бронхтарда ызындаған төмен тембрлі сырылдар пайда болады. Сырылдар тыныс алу үдерісінің екі фазасында да естіледі.



4 - Сурет

Қосымша тексеру әдістері.

Лабораториялық әдістермен зерттеу.

Қақырықты зерттеу. Тексеруге ертенгі қақырықты алу керек. Қақырыққа сілекейді араластырмай алу керек. Егер қақырық аз болса, оны бірнеше сағат не бірнеше тәулік бойында жинаған жөн. Қақырықты макроскопиялық және микроскопиялық жолмен тексереді. Макроскопиялық тексеру кезінде қақырықтың, көлемін, түсін, ісін және түрін анықтайды. Қақырықтың бұл өзгерістерінің клиникалық маңызы туралы жоғарыда айтылды. Қақырықты микроскопия жолымен қарau үшін қақырықтың екі түрлі (боялған және боялмаған) препаратын дайындейді.

Боялған препаратты бактериологиялық тексер үшін қолданады.

Жоғарыда көрсеткендегі, қақырық тастау тек ауру жағдайда ғана болады. Қақырықта жиі кездесетін элементтер:

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

1. Қақырықта лейкоциттердің, оның ішінде нейтрофилді лейкоцитінің көбеюі, қақырықтың ірінді түрін көрсетеді. Тыныс демікпесінің ұстамалы кезінде бөлінген қақырықта эозинофилдер болады.
2. Қырықта эритроциттің көбеюі қан түкіруге тән.
3. Қақырықта эластикалық талшықтардың табылуы өкпе тканінің талқандалып бұзылуына тән (өкпе туберкулезі, абсцессі және гангренасы).
4. Шарко-Лейден кристаллдары - түссіз, сүйір бұрышты жалтыраған ромбтар. Эозинофил талқан болғанда, оның заттарынан пайда болады. Бронх демікпесінде кездеседі.
5. Куршман спиралі (серіппелі) - муциннен тұратын, ұзындығы 1-2 см. спираль. Бронхиолада пайда болады. Бронхиоладағы муцин бронхиола түйіліп қалғанда, соның түрін қабылдап, шиыршиқталады. Кейін бронхиола кеңігенде қақырықпен бөлінеді. Куршман спиралі тыныс демікпесінде кездеседі.
6. Өкпенің қатерлі ісігінде қақырықта «ісік клеткалары» пайда болады.
7. Құрамында қан пигменті гемосидерин бар (протоплазмада қоныр-сары түйіршектер) альвеолалық эпителийді жүрек ақауының клеткалары деп атайды. Себебі олар жүректің митральды ақауларында қанның өкпеде іркілуіне байланысты пайда болады.
8. Эхинококкте қақырықта эхинококтің хитин қабығы мен ширанылмасы табылады. Бактериоскопиялық тексеруде қақырықты екі жолмен Циль-Нильсен және Грамм тәсілдерімен бояйды. Өкпе ауруларына себеп болатын негізгі патогендік микробтар: пневмококк, стрептококк, стофилакокк, Фридлендер диплобацилласы, Пфейффер бациласы, туберкулез микобактериялары, саңырауқұлақтар және т.б. Өкпе ауруларының диагиозын қоюда қанның жалпы клиникалық анализінің да маңызы зор.

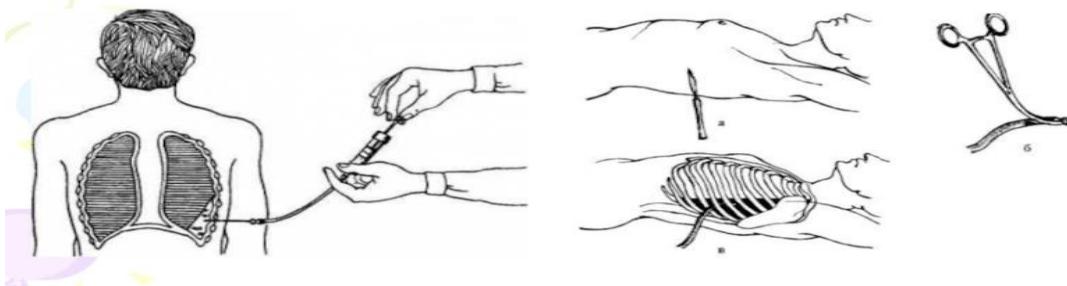


5 - Сурет

Плевра пункциясы деп плевра қуысында сұйықтық бар жоқтығын анықтау үшін, ол сұйықтық түрін (транссудат не экссудат) анықтау үшін және ем жасау үшін плевра қуысын тесуді айтады. Плевра пункциясының техникасы. Алдын ала жауырын не артқы қолтық сзықтары бойынша нағыз тынық дыбыс бар жерді анықтайды. Дәрігер қолын тазалағаннан кейін (иод және спирт), тесетін жердің терісін тазалайды (спирт, иод). Одан кейін қабырғасын жансыздандырады. Пункцияны алдын ала стрелизациядан өткен ине және шприцпен жасайды. Ол үшін ұзындығы 8—10 см, көлденең қимасы 1 мм ине және 20 грамдық шприц қолданылады. Әдетте пункцияны 8-ші не 9-шы қабырға аралығында төменгі жатқан қабырғаның жоғары шетін ала жасайды. Ине қабырға аралық тканьдарды өткенде кедергі кездестіреді, одан кейін иненің бос кеңістікке тән болғаны сезіледі. Алынған сұйықтықтың түрін анықтау үшін оның тығыздық салмағын, құрамындағы белоктің мөлшерін, Ривальт реакциясын анықтап және пунктат түнбасын микроскопия жасау керек. Плевра қуысынан алынған әр түрлі сұйықтықтардың ерекшеліктері:

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

Плевральды пункция



6-Сурет

Аспаптық зерттеу тәсілдеріне жататындар:

1. Рентгенологиялық зерттеуге

- а) рентгеноскопия б) рентгенография в) бронхография
г) флюорография д) томография т. б.

2. Эндоскопиялық зерттеуге

- а) трахеобронхоскопия ; б) торакоскопия

3. Функциональды зерттеуге

- а) спирометрия б) спирография в) пневмотахометрия
г) пневмоталография д) оксигемометрия е) оксигемография
ж) капнография ,т. б.

Рентгенологиялық зерттеу Адам денесі арқылы рентген сәулелері өткеннен экранда пайда болатын бейнені байқайтын тәсіл рентгеноскопия деп аталады. Рентген сәулелері түскеннен пайда болатын бейнені фотографияға түсіру тәсілі рентгенография деп аталады.

Флюорография. Кеуде мүшелерінің рентгендік бейнесін кішкене фотосурет етіп түсіруді флюорография дейді. Бұл тәсіл қыска уақытта көптеген адамды тексеріп шығуға мүмкіндік туғызады. Сондықтан ол профилактикалық тексерулар кезінде қолданылады.



7-Сурет

Бронхография - бронхтың ішінде рентген сәулелері өтпейтін заттар жіберіп, бронх тарамдарының (бронх бұтасының) ренттендік суретін түсіру.

Ол:бронхтың қисауын; бронхоэкстаздард (бронхтың кеңеюі); бронх өзегінің тарылуын табуға көмектеседі.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



8-Сурет

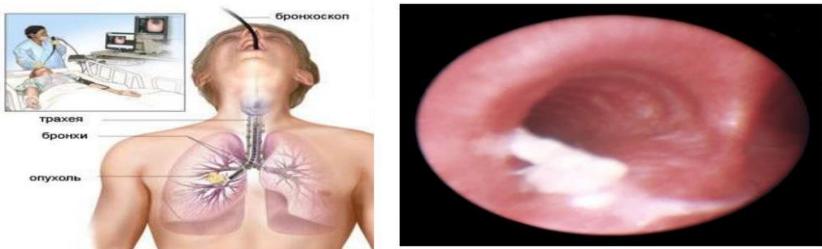
Томография - кеуде бетінен әр түрлі қашықтықтағы өкпенің рентген бейнесін суретке түсіру. Өкпе ішінде терең жатқан құрамдарды табуға мүмкіндік туғызады (өкпенің ісігі т.б.)

Эндоскопиялық методтар Трахеобронхоскопия. Трахея мен бронхтың ішікі бетін әдейі құрал бронхоскоп пен қарауды трахеобромхоскопия дейді. Бұл тәсіл трахея және бронх ішіндегі әртүрлі патологияның процесстердің (қабыну, бронх ісігі т. б.) диагнозын қоюға көмектеседі.

Бронхоскоп көмегімен бронх және трахеяның, кілегей қабығының биопсиясын (кішкене тілімді гистологиялық тексеруге алу) жасайды.

Торакоскопия - тракоскоп көмегімен плевра қуысын қарастыруды. Тракоскопия плевра ауруларын анықтауда колданылады.

Фибробронхоскопия



9-Сурет

Функциональды әдістеме: *Spirometria*—спирометр көмегімен өкпе көлемдерін өлшеу.

Спирография - тыныс көлемдерін және өкпе желденуі көрсеткіштерін сыйық түрінде жазу.

Спирометрия және спирография көмегімен анықталатын көрсеткіштер:

1. Тыныстық көлем - қалыпты жағдайда демді ішке алғанда, не сыртқа шығарғандағы ауаның көлемі. Орташа есеппен 500 см^3 шамасында.
2. Қосымша көлем(тынысты ішке алудың қосымшарезерві)демдіқалыптыалға-иннан кейін, тағы да ішке тартуға болатын ауаның көлемі. Шамамен 1500 см^3
3. Резервтік көлем (тынысты сыртқа шығарудың қосымша резерві) - демді қалыпты шығарғаннан кейін, тағы да іштен шығаруға болатын ауаның көлемі. Шамамен 150cm^5
4. Қалдық ауа (қалдық көлем) - ауаны өкпеден максимальды (барынша) шығарғаннан кейін өкпеде қалатын ауаның көлемі. Шамамен 1000 см^3 .

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



10-Сурет

Пневмотахометрия. Демнің көлемдік жылдамдығын өлшеуді пневмотахо-метрия деп аталады. Демді сыртқа шығарудың көлемдік жылдамдығы ерек-терде 5 - 8 л/с, әйелдерде 4 - 6 л/с шамасында болады. Демді ішке алушың мөлшері аздау болады. Демді ішке алу мен іштен шығарудың өзара қатынасы = 1 : 1,2 болады.

Пневмотахография тәсілімен өкпенің жазылғыштығын, эластикасыз (серпінділіксіз) кедергісін, демді жай және тездетіп алғандағы ауа толқынының көлемді жылдамдығын қағазға жазады. Пневмотахометрия және пневмотахография тәсілімен бронх өзегінің өткізгіштігін анықтайды. Бронх өзегі өткізгіштігінің төмендеуі бронхитқа, тыныс демікпесіне, бронхтың сырттан қысылуына тән.

Оксигематрия және оксигмография методтарымен қанының оттегімен қанығуы тексереді. Қалыпты жағдайда артерия қанының оттегімен қанығуы - 95% - ке, ал венар қанының қанығуы 60—70%-ке тән.

ПНЕВМОТАХОМЕТРИЯ

@wpgermanmedcare



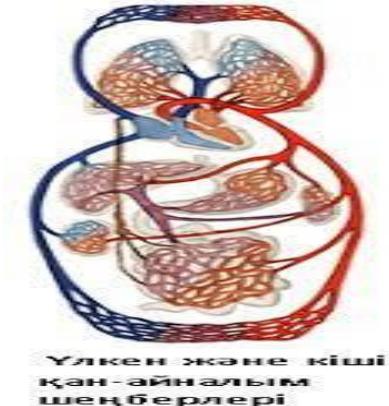
11- Сурет

4 тақырып: Жүрек қан тамыр жүйесі аурулары мен науқастарды клиникалық және қосымша тексеру әдістері.

Жүрек - қан тамыр жүйесіне жүрек, қан тамырлары және оның жұмысын реттеп отыратын аппараттар жатады. Жүрек кеуде құысының ортасында, үшінші қабырға мен семсер өсіндінің ортасында орналасқан. Жүректің көп белігі ортаңғы сыйықтан сол жаққа қарай орналасқан. Қолқа, өкпе артериясы және жоғарғы ұшынан жүректің негізін және төменгі сол жағын табуға болады. Жүректің салмағы – 250 – 350г. Жүрек сол жақ қарыншадан, сол жақ жүрекше және оң жақ қарынша, сол жақ қарыншадан тұрады. Жүрек үлкен және кіші қан айналу шеңбері арқылы ағзаны оттегімен және көректік заттармен қамтамасыз етеді. Үлкен қан айналым шеңбері сол жақ қарыншадан қолқаға шығуымен басталады. Қолқадан артерия және капилляр арқылы қан ұсақ

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

тамырларға құйылады, одан екі көк тамырлы бағанға ауысады – бұл тәменгі және жоғарғы қуысты қөк тамыр мен екі бөлек саңылаумен оң жақ жүрекшеге әкеліп құйылады. Жүрек жиырылғанда оң жақ қарыншадан қөк тамырлы қан кіші қан айналымға ауысады. Бұл қан айналым өкпе артериясынан басталып, өкпенің капиллярларына, өкпенің альвеоларына тарайды. Осы кезде қан оттегімен қамтамасыз етіп көмірқышқыл газын шығарады. Өкпе капиллярлары ұсақ қөк тамырларға ауысып төрт қөк тамырын құрайды. Бұлар сол жақ жүрекшеге келіп қосылады. Жүрек шырышты қапшығы мен оралған (перикард). Перикард екі қабаттан тұрады: ішкі және сыртқы. Перикард диафрагмамен қосылған. Перикардтың қабаттарын арасындағы аз мөлшердегі сұйықтық жүректің еркін жиырылуын қамтамасыз етеді. Жүрек үш қабаттан тұрады: ішкі, ортаңғы, сыртқы. Ишкі қабат – эндокард деп аталады. Бұнда жүрек камераларына бөлінген екі қос қақпақша және артерио – вентрикулярлы жарты ай тәрізді бөлінген. Жүрек қақпақшаларының ең негізгі қызметі тесіктердің тығыздығын және қанның еркін етуін қамтамасыз етеді. Жүректің ең негізгі қабаты – ортаңғы қабат, миокард. Оң жақ жүрекшенің қозуынан жүрек жиырылады. Жүректің жұмысына бас миының сыртқы қабаты, ал жүректен келген импульстерге орталық нерв жүйесі әсер етеді: алдымен жүрекше жиырылады, бұл кезде қарынша босайды, содан соң қарынша жиырылады, жүрекше босаңсиды. Қарынша мен жүрекше босаңсығанда қысқа уақытқа үзіліс пайда болады, содан кейін цикл қайталанып отырады. Миокардтың жиырылуын систолдық деп аталса, ал жүректің босаңсығанын және кеңеюін диастола деп атайды.



1- Сурет

Науқастарға сұрастыру жүргізгенде науқастан анамнез жинаудың маңызы зор. Қан айналу ағзаларының ауруларында науқастар қандайда бір ауруға байланысты емес, әр түрлі шағымдарды айтады. Барлық осы шағымдар әр түрлі сәйкестіктер мен әр түрлі дәрежеде байқалып әр түрлі ауруларда кездеседі. Сонымен қатар кейбір аурулардың бастапқы кезеңінде науқастар ешқандай шағым айтпауды мүмкін және аурудың өзі осы жағдайларда кездейсоқ білініп қалады (диспансерлегендеге, басқа себептермен дәрігерге қаралуға келгенде мысалы, өткір респираторлы ауруға байланысты қаралуға келгенде), сонымен қатар негізгі симптомдарды білу қан айналу ағзаларының патологиясын білуге көмектеседі. Науқастың қандай да бір шағымы болса, онда әрі қарай зерттегендеге қан айналу ағзалары жағынан өзгерістерді анықтауға ерекше көңіл бөлу керек. Екінші жағынан егер диагноз белгілі емес болса, онда бұл шағымдар пайда болуы мүмкін немесе жағдайы нашарлағанда қүшеші мүмкін және мейірбіке дер кезінде аурудың ағымының дағы өзгерістерді анықтап, бұл туралы дәрігерге хабарлау керек. Қан айналу ағзаларының ауруларына бірнеше симптомдар тән: ырғақтылығының бұзылуы, жүрек маңайының ауруы, демікпе, тұншығу, ісік, көгеру және т.б. Дені сау адам қалыпты жағдайда өзінің жүргегінің соғысын сезбейтіні белгілі, бірақ жүргегі сау адамда шамадан тыс физикалық күш түсіргенде жүргегінің соғысын сезеді мысалы, тез жүгіргеннен кейін, қатты қобалжығанда, жиілеген жүрек соғысы мен қатар жүректің қатты соққаның сезеді. Ең соңында дене қызыу жоғары болғанда жүрек соғысын сезуге болады. Жүрек ақаулары бар науқаста, тыныш тұрған кезде де, аздаған физикалық күш түскенде де жүрек соғысы пайда болады. Аздаған қобалжуда, тамақ ішкенде де жүрек соғуы пайда болуына әкеледі.

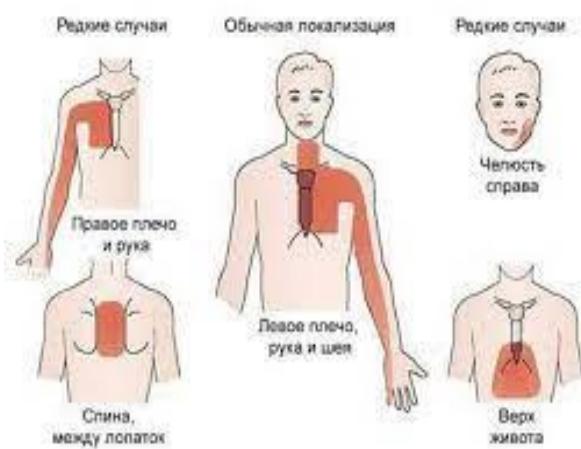
«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Жүрек ауруларында жүректің соғуының пайда болу себептері – жүректің жиырылу қызметінің төмендеуі жәни жүректің бір жиырылуында қолқаға қалыптағы айдайтын қан мөлшерінен аз айдауы. Қан айналу ағзаларымен тіндерге көмектесу үшін жүрек жиі жиырылуы керек, яғни жүрек соғысы өзінің компенсаторлы механизм болып табылады.

Жүректің ыргактылығының бұзылуы жүректің жиі соғуымен – тахикардиямен байланысады, бірақта жүректің сирек ритмі кезінде де кездесуі мүмкін. Ыргактылықтың бұзылуының әртүрлі түрлері болуы мүмкін: экстрасистолия – жүректің кезексіз жиырылуы, аритмия – жүрекшенің бір қалыпты жиырылуының бұзылуы әсерінен жүректің аритмиясы, сонымен қатар өткізгіш жүйесі қызметінің және жүрек бұлышық еттерінің әр түрлі бұзылыстары байқалады.

Жүрек маңында ауырсыну сезімінің пайда болуы жүрек-қан тамырлар жүйесімен ауратын науқастарда жиі кездеседі, бірақ әртүрлі болады. Кейбір ауруларда (жүрек ишемиялық ауруында) бұл симптом негізгі белгі болып табылады, ал басқа ауруларда ең шешуші орын алады. Жүрек ишемия ауруларында ауырсыну аса маңызды. Мұндай аурудың себептері жүрек бұлышық еттерінің қан мен қамтамасыз ету жетіспеушілігі дамуына байланысты. Ишемиядан пайда болған аурулар былай сипатталады: қысып ауырады, қысқа уақыт (3 – 5 минутқа дейін) ауырады, ұстама түрінде пайда болады. Жиі физикалық құш түскен кезде білінеді. Ауру көбінесе қозғалысты тоқтатқаннан кейін және нитроглицерин қабылдағаннан кейін басылады. Мұндай ұстама түрінде ауыратын сырқат жүрек қыспасы (стенокардия) деп аталады. Осында ауру түнде ұйықтап жатқанда да пайда болуы мүмкін. Негізінде науқас ұйқыдан оянғаннан кейін отырады, сол кезде ауру біртінде тарайды. Бұл ұстаманы тыныштықтағы стенокардия деп атайды. Қарастырылған аурудың ұстамалары кейбір жүрек ақауларында да кездесуі мүмкін. Басқа ауруларда ауырсынудың белгілі бір сипаттамасы жоқ. Негізінде олар сыздал ауырады, олардың ұзақтығы әртүрлі (бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін), белгілі бір дәрілік заттарды қабылдағаннан ауырсыну басылмайды. Мұндай ауырсыну өте көптеген жүрек сырқаттарында кездеседі: жүрек ақаулары, миокардит, перикардит, артериалдық қысым көтерілгенде және т. б. Жүрек – тамыр жүйесі қатысы жоқ сырқаттарда да жүрек маңайының ауырсынуы пайда болуы мүмкін. Міне осылай жүрек маңының ауырсынуы сол жақ өкпе қабынуында, омыртқа жотасының, мойын кеуде бөлігінің остеохондрозында, асқазан ауруларында, қабырға және қабырға шеміршегі, қабырға аралық невралгияда, миозит және т. б. ауруларда кездесуі мүмкін.

Локализация болей при стенокардии



2-Сурет

Жүрек ауруларында жиі кездесетін белгі – демікпе. Демікпенің себебі – жүректің жиырылу қызметінің төмендеуі және сол себептен кіші қан айналым шенберінің тамырларында қан тұрып қалуы. Яғни, демікпе жүрек жетіспеушілігінің алғашқы белгілерінің бірі болып табылады. Жүрек бұлышық еттері аздал әлсірегеннің өзінде тек қана физикалық құш түскенде, баспалдақпен көтерілгенде, кез келген қозғалыстықтан демікпе пайда болады. Ауыр жағдайда демікпе тіпті төсекте жатқан науқаста да байқалады. Жүрек бұлышық еттерінің кенеттен әлсіреуі жүрек демікпесі деп аталатын тұншығу ұстамасы түріндегі кенеттен пайда болатын демікпені шақыруы мүмкін.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Егер тұншығу ұстамасының уақытында әртүрлі емдік шарапалар көмегімен тоқтатпаса, онда өкпе ісігі дамуы мүмкін: тұншығуға жөтел қосылады, жөтелгенде қызғылт түсті көпіршікті қақырық бөлінеді. Бұл ұстамалар өте қауіпті, өйткені мұндай ұстама кезінде науқастар өліп кетуі мүмкін. Исік- жүрек жетіспеушілігіне тән белгі. Дәлірек айтқанда – оң жақ қарыншаның шамасыздығы. Оң жақ қарыншаның жиырылуы қызметі төмендеуі, оның қуысында қанның тұрып қалуына және қан қысымының көтерілуіне әкеліп соғады. Біргіндеп барлық жүйеде қан тұрып қалады. Қанның тұрып қалу нәтижесінде оның сұйық бөлігі тамыр қабырғалары арқылы қоршаған тіндерге ағып шығып, ісіктер пайда болады. Жүрек шамасыздығындағы ісіктердің өзіне тән бірнеше белгілері бар: аяқта пайда болады (өкпе, сан яғни жүректен алыс жерлерде). Егер төсек тартып жатқан болса, онда ісіктер алғашқы рет сегізкөз бен белде пайда болады. Жүректің жұмысының әрі қарай әлсіреуінде сұйықтық қуыстарда (өкпеқапта - гидроторакс, іш қуысында – асцит) жиналады. Шетті ісіктер пайда болғанға дейін қанның тұрып қалуы бауырда дамиды, ол ісініп, көлемі ұлғаяды да ауырсыну сезімі пайда болуына әсер етеді, содан кейін оң жақ қабырға астында аурысыну пайда болады.

Еріннің, мұрын ұшының, аяқ пен қолдың саусақтарының көкшіл түсті болуы цианоз деп аталады. Әдетте цианоз ісіктен бұрын пайда болады және жүрек шамасыздығына тән. Көкшіл түске боялу құрамында көп мөлшерде тотықсызданған гемоглобині бар қанның тері саңылаулары арқылы шығуы деп түсіндіріледі. Қалыпты жағдайға қарағанда тіндер гемоглобиннің оттегінің көп мөлшерде даму себебіне тотықсызданған гемоглобин көбейеді, бұл дәріске жүректің жиырылу қызметінің төмендеуі әсерінен капиллярлардағы қан ағымының азаюы да әсер етеді. Жүрек шамасыздығында цианоз жергілікті түрде байқалады.

Науқастарды қарап тексеру. Жалпы қарағанда науқастың бет әлпетін, ыңғайлы жағдайын, терінің түсін, ісіктің көлемін, домбыры бар ма екенін қару керек. Жүрек маңайының ауруында, ентікпеде науқас өзіне ыңғайлы жағдай іздейді. Ауырсыну кезінде дененің жоғарғы бөлігін қозғалтуға қорқады. Ауа жетіспегендікten қан айналымының бұзылғанынан және гемоглобиннің тотықпауынан науқастың еріннің, мұрын ұшының, аяқ пен қолдың саусақтарының көкшіл түсті болуы цианоз деп аталады. Әдетте цианоз ісіктен бұрын пайда болады және жүрек шамасыздығына тән. Көкшіл түске боялу құрамында көп мөлшерде тотықсызданған гемоглобині бар қанның тері саңылаулары арқылы шығуы деп түсіндіріледі. Жүрек шамасыздығында цианоз жергілікті түрде байқалады. Туа біткен ақауы бар адамдарда және митрал қақпақшаның қатаюында көгеру қатты білінеді. Кейбір жүрек - тамыр ауруларында науқастың терісі сарғауы мүмкін. Өйткені бұл бауырдың билирубин шығару қызметінің бұзылудың болады. Жүрек маңайын қарағанда ол жердің төмпекшешіп көзге көрініне көңіл аударамыз. Қалыпты жағдайда ол көзге көрінбейді. Бұлшық еттің гипертрофиясында сол жақ қарыншаның жиырылуы жиіленеді және көлемді болады. Сол жақ қарыншаның дилетация (босану) кезінде жоғарғы бөліктің итерімі (куші) сол жақ және төменге қарай беріледі. Қолқаның аневризмасында кеуденің жоғарғы ойындысында оң жақ екінші қабырға аралықта пульстің соғуы білінеді. Жүректің аневризмасында пульстің соғуы кеуденің сол жақ төртінші қабырға аралығында білінеді. Жауырын аймағындағы пульстің білінуі - бұл жүрек ақауындағы оң жақ қарыншаның гипертрофиясында және өкпе эмфиземасы болып табылады. Жүрек ұшын және жүрек думпуін пальпация әдісімен тексеру. Пальпация арқылы жүрек ұшының түрткісін, жалпы жүректің соғуын жүрек тұсындағы пульсацияларды, кеуде дірілін анықтауға болады. Жүрек ұшының түрткісін анықтау үшін оң қолдың алақанын жүрек тұсына қоямыз, саусақтар қолтыққа бағытталып үшінші, төртінші қабырғалар аралығында жатуы тиіс. Алақан жүрек ұшын басып жатуы шарт. Сонымен жүрек ұшын анықтаған соң, оның жалпы сипатына мән беруіміз керек. Пальпация жасағанда жүрек ұшының жатқан жерін, оның аумағын, күшін, биіктігін, серпімділігін зерттей қарайды. Ол үшін жоғарыда айтылған оң қолдың үш саусағының ұшымен жүрек ұшы түрған нүктені дәл анықтап белгілеу керек. Егер жүрек ұшының түрткісі едәуір жерді алып көлбеп жатса, ең сыртқы, төменгі нүктені таңдал аласыз. Науқастың кеудесін алға еңкейтіп ұстасын етіну керек, неге десеніз бұл кезде жүрек ұшының түрткісін табу ыңғайлы болады.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Пальпация арқылы “мысықтың пырылдауы” сияқты симптомын анықтауға болады. Бұндай симптом сол жақ жүрекше мен сол жақ қарыншаның аралық тесігі тарылғанда кездеседі.
Пальпация арқылы кеуде торшасының деформациясын табуға болады (жүрек томпауы).
Жүрек пальпация жасау (ережесі, пальпация тәсілі)

Жүрек пальпациясы-жүрек ұшын анықтау.

Максаты:жүрек ұшының локализациясын, кеңдігін ,біектігін және күшін.

Көрсеткіші: эксудатты плеврит, бір жақты

гидроторакс,гемоторакс,пневмоторакс,миокардит,жүрек ақауы,кардиомиопатия,гипертоникалық ауру,ревмокардит,жүрек жеткіліксіздігі,пирикардит,тиреотоксикоз.

Қарама-қарсы көрсеткіші:жоқ.

Болатын асқынуы :жоқ.

Ресурстары: сабын, бір қолданбалы орамал,кушетка,жайма.

Ic-эрекет алгоритмі:

- 1.Бөлме жылы және тыныш болуы қажет.
- 2.Тексерушінің қолы жылы және тырнағы алынған болу керек.
3. Қолды гигиеналық дәрежеде жуу.
4. Науқастан киімді беліне дейін шешуін өтінү.
5. Оң қолдың алақанын тексерілушінің кеудесіне білекті,ал саусактарды қолтық асты аймаққа 4 және 7 қабырғалар арасына қою қажет.
- 6.Аздал бүгілген үш саусақпен 5 қабырға аралықта алдыңғы қолтық асты сызығына аз күшпен пальпация арқылы жүрек ұшын сезінү
- 7.Көлемін ,біектігін ,күшін,резистенттілігін анықтау (қалыпты жағдайда жүрек ұшы 5 қабырға аралықта ортаңғы бұғана сызығынан 1-1.5 ішке қарай анықталады)

Ескерту:

Жүрек ұшының сипаттамасы:

- 1.Көлемі қалыпты жағдайда 1-2 см тең,жүрек ұшының кеудеге соққысының көлемі 2 см үлкен болса-жайылмалы егер 1 см кіші болса шектелген.
- 2.Биектігі жүрек ұшы аймағының тербеліс амплитудасымен сипатталады:жоғарғы сол жақ қарынша гипертрофиясында;төменгі сол жақ қарыншаның жиырылуы қабілетінің төмендеуінде,осыған орай көлемі де өзгереді .
- 3.Күші -сол жақ жүрекшеннің жиырылу қабілетін жүрек ұшын пальпация жасаған кезде қандай күшпен болғанын анықтайды.
4. Серпімділігін тікелей жүректің бұлшық етінің тығыздығын сипаттайды.Сол жақ қарыншаның гипертрофиясы және дилатациясы жүрек ұшын жасайтын оның локализациясы және бастапқы сапалары өзгереді,бұндай сапаларға көлемі, биектігі,күші және резистенттілігі жатады .Қалыпты жағдайда жүрек ұшы пальпацияланбайды, оң жақ қарыншаның гипертрофиясында жүрек түрткісі кеудеден сол жаққа қарай пальпацияланады.



Рис. 8.4. Пальпация верхушечного топика
органов и определение его свойств



Рис. 8.5. Обнаружение
спирального топика

3-Сурет

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Тамыр соғуы (пульс) - бұл жүректің жиырылуы кезінде айдан шықкан қанның әсерінен артерия қабырғаларында пайда болатын кезеңді тербелістер. Әдетте пульсті білезік артериясында үш саусақпен анықтайды. Пульсті самаймен үйқы артериясында анықтауға болады. Пульстің бірнеше сиапттамалары бар: жиілігі, ырғықтылығы, толуы, толықсұзы. Пульстік толқыны келесі түрде пайда болады. Сол жақ жүрекшеден қолқаға айдалған қан, артерияларға тараған оларды толтырады. Дені сау адамда пульстің соғуы минутына 60 – 80 рет, әдетте ырғағы дұрыс (пульстің соғу аралығы бірдей уақытта өтеді). Білезік артериясының қанмен толуы жеткілікті. Пульстің толықсұзын артериядағы тербелістер тоқтағанға дейін оны қысып тұруға керек күшпен бағалайды. Пульстің толуын пульстің толқын өту кезінде артерияның көлемінің ұлғаю дәрежесімен анықтайды. Пульстің келесі түрлері бар: толық, бос және жіп тәрізді. Пульстің сонғы екі түрі өткір жүрек жетіспеушілігінде пайда болуы мүмкін, ауыр жағдайды білдіреді. Пульстің жиілігі – бұл пульстік толқынның көтерілуінің жылдамдығын есептей. Пульстің аритмиясын табу өте маңызды.

Аритмиялар жүректің қызметінің бұзылыстарымен байланысты болуы мүмкін. Жүрек – қан тамыр ауруларындағы артериалдық қан қысымын өлшеу маңызды болып табылады. Жүрек – қан тамыр жүйесінің ауруларында сырқатқа қатысты биохимиялық қан анализінде мүмкіншілікті өзгерістер байқалады: протромбин, холестерин, ферменттердің мөлшерінің көрсеткіштері өзгереді. Қазіргі заман талабына сай шығарылған мониторлы ЭКГ, УДЗ және тағы да басқа тексерістер түрлері қолданылады.



4- Сурет

Артериялық қысымды өлшеу. Артериялық қан қысымды өлшеудің медициналық маңызы өте зор. Сол жақ қарыншаның систоласына сәйкес келетін максималды (систолалық) және минималды (диастолалық) қысымды ажыратады. Қалыпты жағдайда ересек адамның систолдық қан қысымы орта есеппен алғанда 120-139 с.б.б., диастолдық 80-89 с.б.б. Систолдық және диастолдық қысымның арасындағы айырмашылық тамыр соғу қысымы пульстік деп аталады. Оның көрсеткіші 40-50 с.б.б. Қан қысымын иық артериясынан Коротков тәсілі бойынша анықтайды.

Қан қысымын өлшеу ережелері:

тынық кезде;

өлшемді бір қолдан өлшеген дұрыс;

науқасты жатқызып немесе отырғызып, колды жүректің деңгейінде ұстау. Егер қолы жүрек деңгейінен төмен болса, қан қысым көрсеткіші жоғарылады, ал егер жоғары болса – қан қысым көрсеткіші төмен болады;

жалаңаштанған иыққа манжетті бір саусақ сиятында етіп қысып салу;

манжеттің төменгі шегі шынтақ ойығынан 2,5 см жоғары болуы керек;

манжетке резенке баллон көмегімен ауа жібереді. Манжеттің ішіне кірген ауа иық артериясын қысып, ондағы қан ағысын тоқтатады (манжетте тамыр соғысы жоғалады);

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

фонендоскопты шынтақ буындағы шынтақ артериясына қояды. Ары қарай ауаны манжеткадан секундына 2 атмосферамен шығарып, шыбық артериясымен қан өткенде пайда болатын дыбысты тындаиды. Бірінші естілген дыбыс (I тон) - систолды қысымға сәйкес. Ауаны шығарғанда аппараттың шкаласына мұқият қарап отырады. Артериядағы қан ағысы толық қалпына келгенде дыбыс жоғалады, бұл кез диастолдық қысымға сәйкес (II тон). Ал екі көрсеткіштің айырмашылығы пульстік қан қысым болып табылады;
2-3 минут аралығынан 3 қайтара өлшеген дұрыс;
үш көрсеткіштің ең аз көрсеткіші нақты көрсеткіш болып табылады.



5-Сурет

Жүрек перкуссиясы: Бұл әдіс арқылы жүректің көлемін, оның орналасуын, шекарасын, кескін үйлесімін (конфигурация), сол сияқты қан тамырлары шоғырының енін де анықтауға болады. Негізінде жүрек екі жағынан өкпемен жабылып жатады, перкуссияның шарты бойынша, өкпе ауасы бар мүше, онда ашық дыбыс, ал жүрек ауасыз мүше, онда түйік дыбыс естіледі. Осындағы әр түрлі жағдайлар перкуссия әдісін тиенақты түрде қолдануға мәжбүр етеді. Перкуссия жасағанда төменгі көрсетілген ережелерді басшылыққа алған жөн. Науқастың қалпы: жүрек перкуссиясын жасағанда науқас тік тұруы тиіс, екі қолы төмен түсірілген, ал халі ауыр, өздігінен тұра алмайтын науқастарды төсекте жатқан қалпында перкуссия жасайды. Жүректің нағыз шекарасы салыстырмалы түйіктыққа сәйкес, яғни ол кеудедегі жүректің кескіні. Абсолютті түйіктық - ол жүректің өкпемен қоршалмаған ашық, оң жақ қарыншасынан тұратын бөлігі.

Жүректің салыстырмалы түйіктығын анықтау.

Жүрекке перкуссия жасау.

Диагностикалық мәні:

Мақсаты: жүректің салыстырмалы шекарасын анықтау;

Көрсеткіші: жүрек аурулары;

Қарама-қарсы көрсеткіші жоқ;

Асқынулары: жоқ;

Керекті заттар: сабын, бір реттік сұлгі, күшетка, төсек жаймалары;

Іс әрекет алгоритімі:

1) Бөлме жылы және тыныш болу керек;

2) Тексерушінің қолы жылы, тырнағы қысқа алынған болу керек

3) Қолды гигиеналық деңгейде жуыңыз

4) Науқастың киімін беліне дейін шешуін сұраңыз

5) Науқастың оң жағында тұрыңыз

6) Перекуссияны қабырғааралық бойынша ашық дыбыстан түйік дыбысқа қарай жүргізіңіз

7) Жүректің үш шекарасын анықтаңыз

8) Перекуссияны науқастың жағдайына байланысты отырғызып, тұрғызып, жатқызып жасайды
Жүректің оң жақ шекарасы:

Оң жақ өкпенің төменгі шекарасын бұғана орта сыйығымен VI қабырғаға дейін анықтаңыз:

1) Қалақша саусақты табылған шекарадан бір қабырғааралық жоғары қойып, анықтайтын шекараға параллель қойып перекуссия жүргізіңіз

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

2) Қалақша саусақты төсекке қапай жылжыта отырып, тұйықталған дыбыс пайда болғанша тыныш перекусия жасаңыз

3) Саусақты анық дыбыс естілген жағынан белгілеңіз. Бұл жүректің салыстырмалы оң жақ шекарасы;

Жүректің сол жақ шекарасы:

1) Пальция арқылы жүрек соғысын анықтаңыз

2) Жүрек соғысы анықталған қабырғааралықпен (V қабырғааралық) алдыңғы қолтық сзығына қалақша саусақты параллель қойып перекусия жүргізіңіз

3) Қалақша саусақты V қабырғааралық бойынша алдыңғы қолтық сзығына қиғаш қойып, ашық дыбыстан бәсек дыбысқа өткеше перекусия жасаңыз

4) Қалақша саусақтың дыбыс анық естілген жағынан белгілесеңіз, бұл жүректің сол жақ шекарасы Жүректің жоғарғы шекарасы:

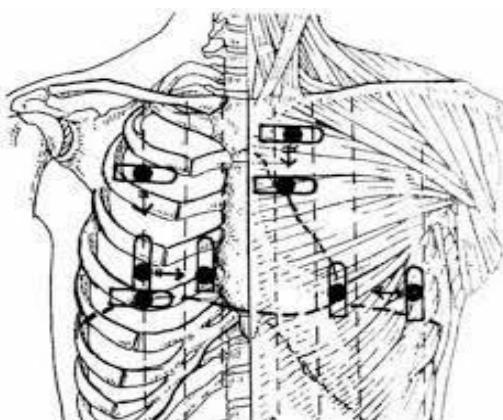
1) Қалақша саусақты II қабырғааралыққа көлденең қойып, төстің сол жақ шетінен 1 см сыртқа қойып, төмен қарай анық дыбыс бәсек дыбысқа өткеше перекусия жасаңыз

2) Қалақша саусақтың дыбыс анық естілген жағынан белгілесеңіз, бұл жүректің жоғарғы шекарасы Ескерту:

1) Жүректің оң жақ шекарасы-қалыпты жағдайда IV қабырғааралықта төстің оң жақ шетінен 1-1,5 см сыртқа;

2) Жүректің сол жақ шекарасы-қалыпты жағдай да V қабырғааралықты 1-1,5 см ішке сол жақ бұғана орта сзығынан

3) Жүректің жоғарғы шекарасы III қабырғааралық тұсында.



6-Сурет

Жүрекке аускультация жасау.

Науқастың қалпы. Дәрігер жүрек-қан тамырлар жүйесі ауыратын науқастарды тындағанда әр жағдайда, яғни тік тұрғызып та, жатқызып та тындауға дағылануы тиіс. Науқастардың кейбір қалыптарында, жүрек ақауларында пайда болатын дыбыстар жақсы естіледі. Мысалы: қолқа қақпақшасы қызметінің жетіспеушілігінде пайда болатын протодиастолалық шуыл, науқастың тік тұрған қалпында жақсы естіледі, екі жармалы қақпақшаның қызметі жетіспеушілігінде пайда болатын систолалық шуыл науқас жатқанда жақсы естіледі. Екі жармалы қақпақшаның тарылуында науқас сол жақ бүйіріне қарай жатқанда жақсы байқалады. Жүрек қабының үйкеліс шуылы, жүректің негізінде науқас кеудесімен төмен қарай еңкейген кезде анық та жақсы естіледі. Дәрігердің қалпы: Жүректі тындағанда дәрігер науқастың оң жағында тұруы керек. Дәрігердің тындастын нұқтелеріне стетоскопты қоюна ештеңе кедергі болмауы тиіс.

Тікелей және стетоскоппен тындау. Жүректегі әрбір нұқтелерде пайда болатын дыбысты бірінен-бірін айыра білу үшін, жүректі тындағанда стетоскоп немесе фонендоскопты қолданады. Кейбір дыбыстар жүректі тікелей құлақпен тындағанда жақсы естіледі. Сау адамның жүрегін тындағанда екі үнге қосымша үшінші үнді де естуге болады,



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Жүректі дем алуудың әр фазасында тыңдау қажет: жүректі дем алмай тұрғанда тыңдаған өте дұрыс, неге десеніз бұл кезде өкпедегі дыбыс жүректің дыбысына кедергі жасап дұрыс бағаланбайды. Бұл үшін науқас демалып, демді түгел шығарып, сосын дем алмай тұрғанда жүректі тындайды, бұл үзілісті көп созуға болмайды, осы әдіспен тыңдауды бірнеше рет қайталауға болады. Қалыпты жағдайда сау адамдарда бес нүктенің бәрінде де екі үн (тон) естіледі: I тон қарыншаның систола фазасында пайда болады, сондықтан оны систолалық деп атайды. II тон қарыншаның диастола фазасында пайда болады, сондықтан оны диастолалық деп атайды. I дыбыстан (тон) кейін қысқа үзіліс болады, ол қанды қарыншадан айдау уақытына сәйкес келеді (уақытының ұзақтығы 0,20 сек.). Жүректі тыңдағанда осы кезеңде қанның қарыншадан қолқаға, өкпе артериясына өткені естілмейді, неге десеніз қарынша мен қан тамырлар арасындағы саңылау кен, қан өткенде ешқандай кедергі болмайды, сондықтан қан шусыз өтеді, бұл кезде қосымша дыбыстар пайда болмайды. III дыбысты (тон) ең бірінші В. П. Образцов естіп, оның пайда болу механизмін жазған. Бұл қарынша қанмен жылдам толғанда, оның қабырғаларының қозғалысынан диастола фазасының бас кезінде болатын дыбыс. III дыбыстың (тон) ұзақтығы 0,03-0,06 сек. қалыпты жағдайда бұл жасөспірімдерде жиі кездеседі. IV дыбыс (тон) I дыбыстың алдында болады. Бұл жүрекшелердің жиырылуынан пайда болады. Бұл балалар мен жасөспірімдерде кездессе оны физиологиялық деп есептейді, ал жасы келген, егде тартқан кісілерде кездессе патологиялық болып есептелінеді. Жүрек дыбыстарының (тон) күшінің өзгеруі, бұлар әр түрлі болып өзгереді, екі дыбысы да бірдей күшейіп немесе бәсенсуі, кейде біреуі күшейіп, екіншісі бәсендеу естілуі мүмкін. Міне осы жағдайларды ажыратада білу керек.

Екі дыбыстың да бәсендеу себептері: семіру (етженділік), кеуде бұлшық еттерінің өте күшті дамуы, кеуде ісігі, сүт бездерінің үлкеюі, өкпе эмфиземасы, экссудативті өkle қабының қабынуында, гидроторакс, пневмоторакс, жүрек қабына сүйықтықтың жиналуы, үлпершекке көп сүйықтықтың жиналуы. Жүрек бұлшық етінің инфекцияның әсерінен қабынуы, атеросклероздық кардиосклероз, жүрек инфаркты, сол жақ қарыншаның аневризмасы және басқа да жүрек етінің аурулары. Бәсендең дыбыстарды әлсіз және өте әлсіз деп те атайды.

Екі дыбыстың да күшеюі: 1) фонендоскоптың өткізгіштік қасиетінің жақсаруы; 2) арық адамдарда әсіресе кеудесі астеникалық типті болса; 3) өкпе шеттерінің бүрісуінде, өкпе жиегінің жүрекке жақын орналасқан аумағының тығыздалуы. Жүрек дыбыстарының күшеюі физикалық күш түскеннен кейін байқалады. Бұл Базед ауруында, жүрек гипертрофиясында және уланған кезде де байқалуы мүмкін.

I дыбыстың жүрек ұшында бәсендеуі немесе әлсіреуі, бұл жағдай жүрек қақпақшаларының ақауларында, әсіресе екі жармалы қақпақшаның және қолқа қақпақшасының қызметі жетіспеушіштік кезінде байқалады.

Екі жармалы қақпақшаның қызметі жетіспеушілігі кезінде қақпақшаның көлемі кішірейеді, қақпақшаның бүрісуінің әсерінен оның қозғалысы да бәсендейді. Сондықтан да I дыбыстың (тон) қақпақша құрамы мен қызметі нашарлайды, бұл барып I дыбыстың әлсіреуін тудырады. Екі жармалы қақпақшаның қызметі жетіспеушілігі ақауында қақпақшалар, атриовентрикулярлық саңылауды жөндеп жаба алмайды, міне сондықтан да систола кезінде қанның бірқатар мөлшері кері, яғни сол жақ қарыншадан жүрекшеге қайтады. Сейтіп сол жақ қарыншаның бұлшық етіне күш көп түскеннен I дыбыстың бұлшық ет құрамы, оның қызметі төмендейді, сондықтан да I дыбыс әлсірейді, оның бәсек естілуі қақпақшалардың жетіспұшуілігіне тікелей байланысты болады.

I дыбыстың әлсіреуі жүрек бұлшық еттерінің зақымдануынан (жедел миокардит, кардиосклероз) және үш жармалы қақпақшаның, сол сияқты өкпе артериясы қақпақшасының қызметі жетіспеушілігі кезінде байқалады.

I дыбыстың жүрек ұшында күшеюі сол жақ қарыншада қан мөлшерінің диастола фазасында азайғандығынан, сол жақ қарыншаның систола фазасында жылдам, яғни тез жиырылуынан болады. Мұндай жағдай екі жармалы қақпақшаның саңылауының тарылуында кездеседі. Осы жүрек ақауында сол жақ атриовентрикулярлы саңылаудың тарылуынан диастола фазасында сол



**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

жақ жүрекшеден қарыншаға қан қатты күшпен өтеді. Сондықтан систоланың бас кезінде қарынша қалыптағыдай толық толмайды. Бұл сол жақ қарыншаның уақыттан бұрын жылдам жиырылуына әсер етеді. Осы жағдай I дыбыстың күшті естілеуін, яғни күшеоін туғызады. Осындай жүрек ұшындағы күшті қысқа I дыбысты "шапалақ" тәрізді дыбыс деп атайды, ал бұл екі жармалы қақпақша саңылаудың тарылу белгісі болып есептеледі.

Егер оң жақ атриовентрикулярлы саңылау тарылса, I дыбыс тәстің төменгі жағынан қатайып күшті естіледі, мұндай жүрек ақауы практикада сирек кездеседі. Жүректің II дыбысының қолқа тұсында әлсіреуі, қолқа қақпақшасының ақауында кездеседі: қолқа қақпақшасының қызметі жетіспеушілігі, яғни оның сағасының тарылуынан болады.

Жүректің II дыбысының күшеоі (акцент), қалыпты жағдайда II дыбыс қолқа және өкпе артериясының тұсында бірдей естіледі. Мұндай болатыны ол өкпе артериясының қақпақшасы кеудеге қолқа қақпақшасына қарағанда жақын жатады, сондықтан да кеуде қуысина оның сыртына дыбыс бірдей тарайды.

Жүрек соғуының өзгеруі-аритмия, қалыпты жағдайда жүректің жиырылуы бір минутта 60—80 рет, жүректің тез де, жиі соғуын тахикардия, ал баяу соғуын брадикардия дейді.

Систола фазасында I дыбыс пен II дыбыстың арасында пайда болатын шуылды систолалық шуыл деп атайды.

Диастола кезінде II дыбыс пен I дыбыстың арасында естілетін дыбысты диастолалық шуыл деп атайды. Систолалық, диастолалық шуылар жүре пайда болған жүрек ақауларында да естіледі.

Систолалық, диастолалық шуылар органикалық немесе функционалдық болады.

Функционалдық шуылдың органикалық шуылдан айырмашылығы. Функционалдық шуыл қақпақшалардың өзгеруінсізәк пайда болады. Жас балаларда, анемиямен ауыратын науқастарда, Базед ауруында, астениктерде, өте жүдеу адамдарда функционалдық шуыл көбінесе систолалық болады, ол жүректің ұшында және өкпе бағанасында естіледі.

Органикалық өзгерістер болғанда естілетін систолалық, шуыл жүректе жүре кездесуі немесе та бітуі, ол жүрек қақпақшаларының ақауында және қолқада патологиялық өзгерістер болғандаған естіледі (атеросклероз, сифилитикалық мезоаортит, қолқа аневризмі).

Жүрекке аускультация жасау.

Мақсаты: жүректің жұмысы кезінде пайда болған үндерді тыңдау және бағалау.

Көрсеткіші: аритмиялар, та бітуі, ол жүрек қақпақшаларының ақауында және қолқада патологиялық өзгерістер болғандығынан жаңа симптомдар (миокардит, эндокардит, перикардиттер, кардиомиопатиттер, тиреотоксикозда)

Қарама-қарсы көрсеткіші: жоқ

Аскынулары: жоқ

Қажетті заттар: фонендоскоп, мақта шариктері, 70% этил спирті, КБУ.

Ic – әрекет алгоритмі:

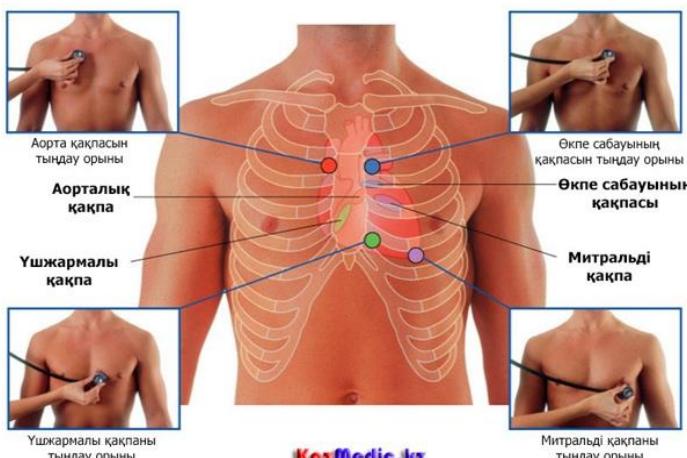
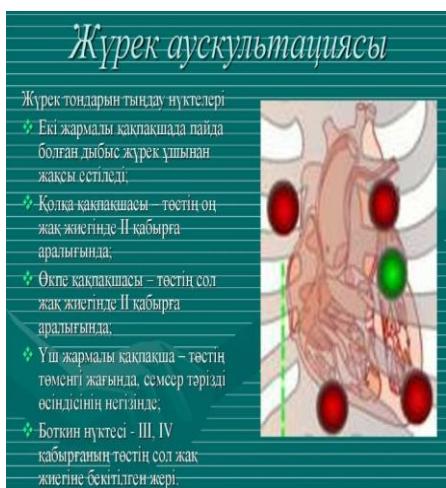
1. Бөлме жылы және тыныш болуы керек
2. Тексерушінің қолы жылы және тырнағы алынған болуы керек
3. Фонендоскоп жылы және дұрыс жұмыс істеуі керек
4. Қолынды гигиеналық антисептикалық деңгейде тазалап жу.
5. Науқастың беліне дейін шешінүін сұра.
6. Науқастың оң жағында түр.
7. Фонендоскопты спиртпен сұртіп науқастың денесіне тығыз бас.
8. Жүрек клапындарын тыңдау жүргізілетін 5 негізгі тыңдау нұктелерін науқастан анықта.
9. Фонендоскопты тыңдау нұктелеріне қой:
 - а) жүрек ұшында митральді клапан(бірінші нұктеде)
 - б) II қабырға аралықта тәстің оң жағында аорты клапаны (екінші нұктеде)
 - в) II қабырға аралықта тәстің сол жағында өкпе артериясың клапаны(үшінші нұкте).
 - г) тәстің семсер бөсіндісінің түбінде үш жақтаулы клапаны төртінші нұктеде (төртінші нұктеде)

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

д) III-IV қабырғаның төстің сол жақ шетіне бекітілген жерінде Боткин-Эрба, аорта клапанының қосымша нүктесі.

10. Қолды жуып кептіру.

11. Медициналық құжатқа нәтижені жазу.



7-Сурет

Зертханалық зерттеу:

Ферменттер белсенділігін анықтау, жалпы белок және белок фракциялары, С-реактивті белок, Холестерин мен липопротеидтер.

Аспаптық зерттеу әдістері.

Электрокардиография-жүректе пайда болатын электр тоғын жазу тәсілі. Электр тоғының пайда болуы жүрек бұлшық етінің қозу қасиетіне байланысты. Электрокардиографияның дамуына Голландия оқымыстыры Эйнтховеннің үлесі көп. Ол алғаш рет 1903 жылы гальванометрдің көмегімен жүректің биотоқтарын тіркеген, электрокардиографияның теориялық және практикалық негізін жасаған ғалым.

Электрокардиографияда міндетті түрде 12 тіркеме қолданылады.

3 негізгі (стандартты) тіркеме, 3 полюсты қүшетілген аяқ қол тіркемесі және 6 кеуде тіркемесі

I – стандартты тіркеме көмегімен оң және сол қолдың арасындағы потенциал айырмасын;
II – стандартты тіркеме көмегімен оң қол мен сол аяқтың арасындағы потенциал айырмасын;
III – стандартты тіркеме арқылы сол қол мен сол аяқтың арасындағы потенциал айырмасын тіркең, қағазға түсіреді

I – стандартты тіркеме миокардтың алдындағы қабырғасының биотоғын ұстап, қағазға түсіруге мүмкіндік туғызады

III – стандартты тіркеме миокардтың арт қабырғасының биотоғын тіркейді

II – стандартты тіркеме I және III тіркеменің қосындысы болғандықтан оның биотоқтың қай жерден шығатынын анықтауға аса маңызы жоқ. Күшетілген бір полюсті аяқ қол тіркемесі.

AVR – оң қолдың қүшетілген тіркемесі

AVZ – сол қолдың қүшетілген тіркемесі

AVF – аяқтың қүшетілген тіркемесі

A – қүшетілген

V – потенциал айырмашылығы

R – оң жақ

Z – сол қол

F – аяқ

Кеуде тіркемелері: Жүрек көлемді мүше болғандықтан оның биопотенциалы жан-жаққа және әртүрлі жазықтық арқылы тараиды. Аяқ қол тіркемелері жүрек биотегінің тек бір жазықтықта – фронтальды жазықтықта тарағанын жазуға ғана мүмкіндік туғызады. Кеуде тіркемелері арқылы



**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3» ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

Жүректің электр көлденең және сагитальды жазықтықтар бойынша тарауы жазылып алынады.
Кеуде тіркемелері V әрпімен белгіленеді.

V - 1 – төстің оң жақ IV қабырға аралығына

V - 2 тіркемеде төстің сол жақ шетін ала IV қабырға аралығына

V - 3 тіркемеде V-2 және V-4 тіркемелер аралығына

V - 4 тіркемеде сол жақ бұғана ортақ сзызығымен V қабырға аралығының қылышқан жеріне

V - 5 сол жақ қолтықтың алдындағы сзызығы бойындағы V қабырға аралығына

V - 6 сол жақ қол тықтың ортаңғы сзызығы бойындағы V қабырға аралығына қойылады

V-1-V-2-тіркемелерінде қарыншалар аралық перде мен жүректің
оң жағының биотоғы.

V - 3 көшпе зонаның биотоғы.

V - 4 – жүрек ұшы мен сол қарыншаның алдыңғы қабырғасының биотоғы,

V-5-V-6 – сол қарыншаның алдыңғы және бүйір жағының биотоғы жазылып алынады.

Қалыпты ЭКГ

Қалыпты ЭКГ-да P, Q, R, S, T – тісшелері болады.

P – тісшесі жүрекшелер биопотенциалын ұзақтығы бейнелейді ұзақтығы 0,06 - 0,1 секунд,
білктігі 0,05 – 2,5 мм

PQ – аралығы жүрекшелердің қозу бастамасынан жүрек қарыншаларының қозуына дейінгі
арадағы уақытты қамтиды. Ұзақтығы 0,12 – 020 сек

Q – тісшесі, қарынша аралық перденің биопотенциалын бейнелейді.

Ұзақтығы 0,03 секунд

R – тісшесі қарыншалардың субэндокардиалды зонасына, жүрек ұшына және эпикардқа қарай
тарауын бейнелейді. Білктігі – 5 – 20 мм

S – тісшесі – сол қарынша түбіне қарай тарауын көрсетеді.

Ұзақтығы – 0,03 секунд

QRS – комплексі жүрек қарыншаларының электр тоғымен толық қозған кезін бейнелейді.

Ұзақтығы 0,06 – 01 секунд

ST – жүректің толық деполяризация кезін бейнелейді. Ұзақтығы 00,15
секунд

T – тісшесі реполяризация процесіне сәйкес келеді.

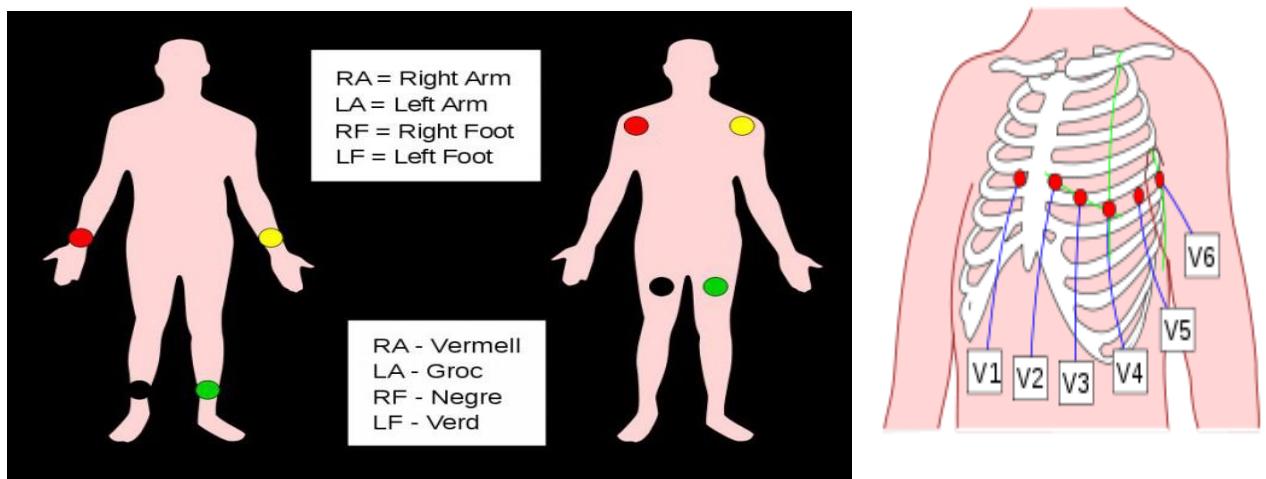
Ұзақтығы 0,05 – 0,25 секунд. Білктігі – 2 – 7 мм

QRST – комплексі жүректің электр системасы деп аталады және жүрек соғу жиілігіне тәуелді.

Тахикардия кезінде қысқарады, брадикардия кезінде ұзарады. Патологиялық жағдайда ЭКГ-да
өзгерістер пайда болады. Мысалы: жүрек гипертрофиясында (сол жақ, оң жақ гипертрофиясында)
жүректің ишемия ауруында (стенокардия, миокард инфарктісі) жүрек аритмиясында т.б.

Электрокардиографияның клиникадағы маңыздылығы, бұл тәсіл жүрек қан-тамырлар жүйесін
зерттеудегі қосымша тәсілдердің ішінде басты орын алады. Электрокардиография жүрек
ырғактылығының бұзылыстарын анықтауда, жүрек тәж қан айналымының бұзылыстарының
диагностикасына үлкен көмек жасайды.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦЭК
ДӘРІС КЕШЕНІ



8- Сурет

ЭКГ - ға түсіру.

Мақсаты: диагностикалық

Көрсеткіші : Артериялық гипертензия, ЖИА, стенокардия, инфаркт миокарда, жүрек ақаулары, жүрек жеткіліксіздігі.

Қарсы көрсеткіші: жоқ.

Қажетті заттар: күшетка, жайма, ЭКГ аппараты.

Іс-әрекет алгоритмі:

- 1.Науқасқа емшара мақсатын түсіндіріп, науқас келісімін алыңыз
2. Гигиеналық түрде қол жуу
3. Науқасқа беліне дейін шешініп, аяғын балтырына дейін жалаңаштау.
4. Науқасты күшеткаға шалқасынан жатқызу.
5. Кеудесіне және балтырының 1/3 бөлігіне ылғалдаушы гель жағу.
6. Үлғалдандырылған теріге металл пластинкалы электродтарды бекіткіш арқылы орналастыру
7. Электродтарды металды пластинкаларға мына ретпен бекіту:

Оң қолға - қызыл электрод

Сол қолға - сары электрод

Сол аяққа - жасыл электрод

Оң аяққа - қара электрод

8.Кеуденің электродтар қойылатын жеріне ылғалдаушы гель жағу

9.Кеудеге резенкелі сорғыштарды нөмірленген саны бойынша ретімен 6 жерге орналастыру:

V1 - оң жақ төс маңы сызығымен IV қабырға аралық

V2 - сол жақ төс маңы сызығымен IV қабырға аралық

V3 - V2 мен V4 аралығында сол жақ төс маңы сызығы

V4 – сол жақ бұғана орта сызығы бойымен V қабырға аралық

V5 - сол жақ қолтық алды сызығымен V қабырға аралық

V6 - сол жақ қолтық орта сызығымен V қабырға аралық

ЭКГ аппаратын қосып, «іске қосу» термесін басып ЭКГ жазу. (әр бір тіркемеде үш жүрек комплексі жазылып алуды тиіс)

12 тіркемеден кейін жазба аяқталған соң ЭКГ аппаратын өшіру. Науқастан электродтарды алып тастау.

Тіркелген ЭКГ лентасына науқастың аты жөні, жасы, тіркелген күні жазылады.

Қолды жуып кептіру.

Корытындысын медициналық құжатқа толтыру.

Фонокардиография

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Фонокардиография (жүрек ұнін жазу) — жүрек қызметінің дыбыстық көрінісін жазу тәсілі. Бұл жүрек аускультациясының толықтыруышы болып табылады және құлақпен төмен немесе мұлде естілмейтін дыбыстарды тіркеуге болады. Мысалы, III-II дыбыстар, I және II дыбыстардың бәсек компоненттерін, төмен жиілікті шуылдарды. Фонокардиография кезінде жүректің дыбыстық тербелістері фонокардиограф аппаратының көмегімен қысық фонокардиограмма түрінде тіркеледі (ФКГ). Ол микрофон, күшеткіш, жиілік фильтры жүйесі және тіркеуші құрылымнан тұрады.



9-Сурет

Эхокардиография.

Жүректің әр түрлі құрылымдарынан (қақпақшаларынан, қарыншаларынан миокардынан, қарыншааралық перделерден, т. б.) ультрадыбыстың әсерін қолдануға негізделген жүректі зерттеу әдісін эхокардиография деп атайды. ЭхоК-ның жүрек ақауларының диагностикасында үлкен маңызы бар, себебі ол жүрек қуысындағы қақпалар аппаратының жағдайын, қалындауы мен кеңеюінің орын алу мүмкіндігін бақылауға көмектеседі. Ол қос жармалы қақпақшаның ақтарылуын (пролапс), ишемиялық ауру кезіндегі миокард жағдайын, миокардитті, іркілген кардиомиопатиясын (застойная), қолқадан тыс тарылуын (субаортальный) диагноз үшін анықтау кезінде перикард қуысында сұйықтықтың барын, т. б. білу үшін де маңызы зор.



10- Сурет

Рентгенологиялық зерттеулер Жүрек-қан тамырлар жүйесін зерттеуде инструменталды әдістер, оның рентгенологиялық зерттеу әдісі үлкен орын алады. Қарапайым рентгенологиялық зерттеуге

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

рентгеноскопия мен рентгенография жатады. Рентгенологиялық зерттеулерде тікелей проекция жүргізеді, яғни ауру адам бетін экранға, ал арқасын рентгендік түтікке қаратып тұрады.



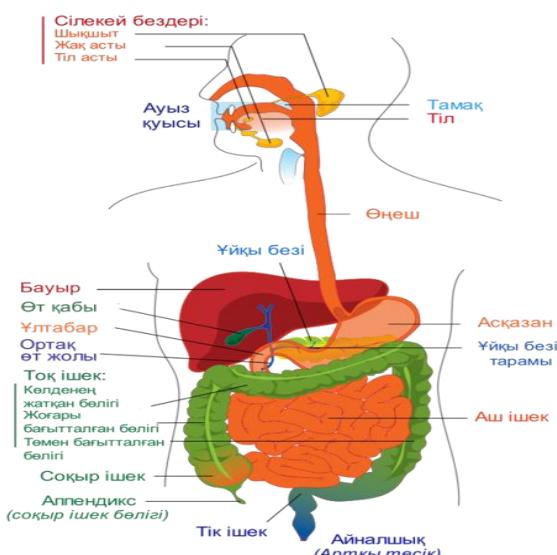
11-Сурет

5 тақырып: Ас қорыту жүйесі, бауыр және өт жолдарының ауруларын клиникалық және қосымша тексеру әдістері.

Ас қорыту мүшелеріне жатады: ауыз қуысы, жүтқыншақ, өңеш, асқазан, аш ішек, тоқ ішек. Ауыз қуысында тағамдар сілекейленіп өңеш арқылы асқазанға түседі. Асқазан дененің орташа сыйығының сол жағында орналасады. Асқазанға 12 елі ішек жалғасады. Бұл мүшелердің жаңында үйқы безі, бауыр, өт қалтасы, аш ішек орналасады.

Асқазанға түскен тағамдар асқазан сөлімен корытылады. Ас қорыту үдерісіне үйқы безі қатысады. Үйқы безінің сөлі 12 елі ішектің ішіне түсіп, өт қалтасының сөлімен қосылып, майларды, көмір қышқылдарын ыдыратады.

Асқазан сөлінің құрамына су, сілті қышқылы, пепсин және де басқа ферменттер кіреді. Асқазан ауруларында асқазан сөлі азаяды, көбейеді немесе мулде жойылады. Гипосекреция дегеніміз - асқазан сөлі мөлшерінің азауы. Гиперсекреция дегеніміз - асқазан сөлі мөлшерінің көбеюі. Гиперхлоргидрия дегеніміз - асқазан сөлі қышқылдығының көбеюі.



1- Сурет

Асқазан ішек ауруларындағы негізгі шағымдар: іштің ауруы, тамақта тәбетінің өзгеруі, кекіру, қыжылдау, лоқсу, құсу, іштің кебуі, нәжістің кідіріп қалуы, іштің өтуі. Асқазан кілегейлі



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

қабаты қабынғанда, тітіркенгенде сырқат белгілері байқалады. Ауырсынудың шоғырлануы, қаттылығы әртүрлі және тамақпен байланысты. Ас қорыту мүшелерінің ауруларында жиі кездесетін шағымдарға тәбеттің бұзылуы, дәм сезімінің бұзылуы, кекіру, қыжылдау, жүректің айнуы, құсу, лоқсу, кіндік түбінің ауруы, қансырау жатады. Кекіру, қыжылдау, жүректің айнуы, құсу – диспепсиялық шағымдар деп аталады. Диспепсия дегеніміз – ас қорыту дәрісінің бұзылуы. Тәбеттің жоғарлауы немесе төмендеуі жиі кездеседі. Ойық жара ауруында, әсіресе ұлтабар ойық жарасында науқастың тәбеті жоғарылады. Сөлі аз асқазан ауруында тәбет керісінше төмендейді. Дәм сезудің бұзылуы – ауызда жағымсыз дәмнің сезілуімен сипатталады. Кекіру дегеніміз – кенеттен ауыздан ауаның шығуы. Бұл ауа кекірігі, асқазанның бұлшық еті жиырылғаннан пайда болады. Ауа кекірігі атмосфералық ауаны көбірек жұтып қалғаннан да болуы мүмкін. Кейір жағдайда кекірік жағымсыз исти болады. Мұндай кекірік асқазан кеңейіш, тамақ іркіліп тұрып қалғанда байқалады. Қыжылды кекірік көбінесе асқазан сөлі көп бөлінгенде білінеді. Қыжылдау - төстің тұсында қүйіп тұрган сезімнің болуымен сипатталады. Бұл кез – келген ауруларда асқазан сөлінің қышқылдылығы жоғарылағанда байқалады. Жүректің айнуы – рефлекторлық акт, кезбе жүйкенің тітіркенуімен байланысты. Көбінесе жүректің айнуы терінің бозғылттануымен, жалпы әлсіздікпен, терлеумен, аяқ – қолдың мұздауымен бірге кездеседі. Бұл жағдайда құсық болуы мүмкін. Асқазан ауруларында жүрек айнудың ерекшелігі көбінесе тамақтан кейін байқалады. Жүрек айну жиі асқазанның сөлденістік жетіспеушілігінде білінеді. Көбінесе жүректің айнуы құсықпен қатар жүреді. Дерт анықтамасын жүргізгенде құсықтың түріне, тұсіне, құрамына назар аударады. Мысалы, асқазаннан қан кеткенде құсықтың тұсі “кофе” тәрізді болады, кейір жағдайда өт аралас болады (өт қалтасының ауруларында). Асқазан жара ауруларымен ауыратын науқастарда құсықтан кейін жағдайлары жақсарады. Құсық келесі асқазан ауруларында болуы мүмкін: жедел гастритте, созылмалы гастриттің өршуінде, асқазан ойық жара ауруларында, асқазан қатерлі ісігінде. Шағымдардың ішінде ерекше орында тұратын белгілердің бірі ауырсыну. Науқастың дәл қай жері ауырғанын анықтап сұрау маңызды роль атқарады. Кейде қабырғалардың төменгі жағында ауырсынудың пайда болуы асқазан ауруымен байланысты болмауы да мүмкін. Ол бауыр ауруларында, үйқы безінің ауруларында байқалуы мүмкін. Ауырсыну жергілікті немесе жайылмалы түрде кездеседі. Ауырсынудың мінездемесі әртүрлі ұстама тәрізді, үнемі, жыл мезігілімен байланысты, қабылдаған тамақта байланысты, құш тұсумен, қиналумен байланысты болып өтеді. Асқазан ауруының түріне байланысты тамақтан кейін ауырсыну әртүрлі үақытта білінеді. Сөлі аз асқазан ауруында ауырсыну тамақ қабылдаған бетте білінеді, асқазан ойық жара ауруында ауырсыну түнде және аш қарында болады, сөлі көп асқазан ауруында ауырсыну тамақ қабылдағаннан кейін басылады. Асқазаннан қан кету асқазан, ұлтабар ойық жара ауруында жиі кездеседі. Оны қан араласқан құсық және қан араласқан нәжіс арқылы байқауға болады. Көбінесе асқазаннан қан кету қан араласқан құсық арқылы байқалады. Қан араласқан құсық асқазан қатерлі ісігінде және жарада кездеседі.

Ас қорыту мүшелерінің ауруларында субъективті тексеру әдісінің маңызы өте зор. Ауырсынудың мінездемесі, тамақ қабылдаумен байланыстылығы, ұзақтығы, орналасуы, басқа мүшелерге әсері, диспепсия белгілері дерпт анықтамасын жүргізуге көмек береді.

Қыжылдау симптомы - ол төстің төменгі жағынан сезіледі. Ол асқазандарғы ас қалдығы өңештің төменгі бөлігіне қайта түсінен және сол сияқты эзофагит рефлюксінің әсерінен де болады. Метеоризм (іш кебуі) — ішке жел толу. Науқас іштің кебуін, ішектің кернеуін сезеді. Оның себептері: ішекте газдың көбейюі. Ол өсімдік текстес тағамдар жегенде және тез ашитын тағам (капуста, көк бүршақ тұқымдаст) қолданғанда күшіне туследі, ішектің қозғалу тонусы төмендегендеге және іштің жүрмелі қалуынан пайда болады.

Іш өту (diarhaea) - үлкен дәреттің сұйық болуы. Ол аурудың негізгі белгісі болып табылады. Іш өту ауыр және созылмалы ішек инфекциясында (энтерит, энтероколит, сигмоидит, проктит), әр түрлі экзогенді (мышьяк, сынап) және эндогенді (уреmia, диабет, подагра) улану кезінде, эндокринді ауруларда (бүйрек үсті безінің дисфункциясы, тиреотоксикоз) кездеседі, сондай-ақ организмнің кейбір тағамдарға өте сезімталдығынан (аллергия) пайда болады.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Іштің қатуы (obstipatio) — ол нәжістің ішекте ұзак уақыт (48 сағаттан көп) тұрып қалуы. Іштің қату ұзақтығы тек патологиялық жағдайға ғана емес, сонымен қатар түрмис жағдайы мен тамақтану тәртібіне де байланысты. Өсімдік текстес тағамды көп қолданғанда, күніне 2-3 рет үлкен дәретке шығады, ал етті тағам көп қолданғанда, дәретке сирегірек шығады.

Дененің сарғауы. Сарғау симптомының екі түрі бар: 1) негізгі сарғаю-патологиялық жағдайда кездесе 2) алиментарлы сарғаю- қалыпты жағдайда каротині көп тағамдарды қабылдағанда болатын сарғаю.



2- Сурет

Науқастарды қарап тексеру.

Ас қорыту ауруларында дерт анықтама жүргізгенде науқастың ауыз қуысын тексереді. Ауыз қуысын қарағанда қарайған тістеріне көніл бөлу керек, өйткені тағам арқылы асқазанға қарайған тістерден жұқпа қоздырыштары түседі. “Тіл – асқазан айнасы” деп ертеден бекер айтылмаған. Тілде ауруға тән өзгерістер кездеседі. Мысалы, асқынбаған асқазан ойық жарасында тіл таза және дымқыл болады. Құрсақ қуысы жаракаттанғанда және өткір үйқы безінің қабынуында тіл құрғайды. Науқасты жалпы қарағанда науқастың түрін, дене бітімін, іштің пішінін, кіндіктің түрін, терінің түсін, ылғалдығын, терідегі дақтарға, тыртықтарға көніл аудару керек. Ішке сары су жиналғанда (асцит), бауыр ісінгенде, ішке ауа жиналғанда іш көлемінің үлкейгенін байқауға болады. Осылымен бірге қуре тамырдың солқылдауына, тері астындағы, іш маңайындағы көк тамырдың варикозды кеңеюіне назар аудару керек.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



3-Сурет

Іштің пальпациясы — іш қуысы ағзаларының ауруларын анықтауда рентгенологиялық зерттеулермен қатар маңызды физикалық зерттеу әдістерінің бірі. Бұл әдістің клиникада маңызды екеніне француз дәрігері Гленар жоғары баға берген болатын кейін орыс терапевтері Н.Д.Стражеско мен В.П.Образцов әрі қарай бұл әдісті дамытты.

Пальпацияның маңсаты ағзалардың қалыпты физиологиялық орналасу жағдайын, олардың қалыпты топографиялық қатынасын болжаса. Бұл үшін екі түрлі пальпация әдісін қолданады: беткі жағынан жасалатын және терең жылжымалы пальпацияны жүзеге асыра отырып ағзалардың физикалық және функционалдық жағдайын, курсақ қуысы ағзаларының топографиясын анықтайды.

Беткі жағынан жасалатын пальпация кезінде іштің қатаюына, кернеуіне, ауыру сезіміне және оның таралуына көңіл қоюы қажет.

Асқазанның үлкен ініне пальпация жургізу. Патологиялық жағдайды айтпағанның өзінде қалыпты жағдайда асқазанның үлкен інінің орналасуы әр түрлі болып келеді. Сондықтан да пальпация әдісімен зерттеуді бастамас бұрын, асқазанның төменгі шекарасын шамалап жобалаған жөн, ол кейде үлкен жамбас қуысында жатуы да мүмкін.

В.П.Образцов соққылау арқылы сипап сезу әдісін ұсынған болатын. Ол әрбір дені сау адамның өзінде тамақтанғаннан кейін 4-5 сағаттан соң асқазанды ауа аралас сүйкіткіштің болатынын айқындағы отырып осындағы зерттеу әдісіне барған. Егер осы жағдайда асқазанды перкуссия жасалса, одан шуыл естіледі, сол дыбыспен асқазанды маңындағы көрші ағзалардан айыруға болады.

Ішке үстіртін пальпация жасау.

Маңсаты: іштің бұлшық етінің қатты-жұмсақтығын, ауыратын ауырмайтындығын, іш аймағында тығыздалған бөліктердің, түйіндердің, жарықтың, ісіктің бар-жоғын анықтау.

Көрсеткіші: іш қуысы мүшелерінің аурулары.

Қарама-қарсы көрсеткіштері: жоқ

Ic-эрекет алгоритмі:

1. Бөлме жылы, жарық және тыныш болу керек;
2. Тексерушінің қолы жұмсақ, құрғақ, жылы болуы керек, ейткені, қолы салқын болса іш бұлшық еті тітіркеніп, рефлекторлы жиырылуын тудырады, тырнақтары алынған болуы керек;
3. Қолынды гигиеналық антисептикалық деңгейде тазалап жу;
4. Науқастан киімін беліне дейін шешуін сұра;
5. Науқасты қүшеткаға немесе қатты жерге бас жағын төмен етіп жатқызу;
6. Науқастың қолын кеудесіне қойып, аяғын созып жатуын сұра. Бас жағы аласа болу керек, басы жоғары болса іш бұлшық етінің қатаюына алып келеді, ол пальпация жасауға кедергі болады;
7. Науқастың оң жағында, бетпе-бет қарап отыр, орындық науқастың кереуетімен бірдей деңгейде болу керек;
8. Оң қолында науқастың ішіне қой (алақан жазылып, саусақтар сәл бүгүлі болу керек);
9. Науқастың аузымен терең дем алуын сұра, мүмкіндігінше іш бұлшықеттері тыныс алуға қатысу керек, бұл кезде іш бұлшықеттері босайды;
10. Пальпацияны сау жағынан бастайды;

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

11. Оң қолдың саусақтарын сәл бүгіп науқастың ішіне қой және ақырындан, тереңдемей ішке пальпация жаса;
12. Пальпация сол жақ мықын аймағынан бастап және біртіндеп сол жақ қабырға астына көтеріл, эпигастрин аймағы, оң жақ қабырға астына көш, оң жақпен төмендеп, оң мықын аймағына тұс;
13. Осылайша пальпация сағат тіліне қарсы бағытта жүргізіледі;
14. Сосын іштің ортаңғы бөлігіне пальпация жасап, эпигастрин аймағынан бастап, төмен қасаға қарай жүргіз;
15. Иштің тік бұлышқ етінің айырылуын және кіндік сақинасында, ақ жолақта жарықтың бар жоғын анықта;
16. Ол үшін оң қолдың саусақтарын сәл бүгіп, төстің семсер өсіндісінен төмен іштің ақ жолағына қолыңызды қойып, науқастың басын көтеруін сұра;
17. Иштің үстіртін беткей пальпациясы арқылы анықта:
 - іш пресінің жергілікті және жалпы ширығуын анықта;
 - іштің жергілікті және жалпы ауырсынуы;
 - іштің тік бұлышқ етінің айырылуын, кіндік сақинасында және іштің ақ жолағында жарықтың бар жоғын анықтау;
 - іш қуыс мүшелерінің ұлғаюын, үстіртін орналасқан ісікті анықтау;
18. Қолды жуып кептіру.
19. Медициналық құжатқа нәтижені жазу.

Терең әдістемелік жылжымалы пальпация Образцов-Стражеско әдісімен орындалады. Терең пальпацияға кірісер алдында, іш қуысының анатомо-топографиялық қатынасына, олардың пішініне және физикалық қасиетіне, науқас дене бетіміне байланысты топографиялық орналасуына, оның тығыздығына, іштің бұлышқ етінің тонусына көніл аудару қажет. Ағзаларды сипап сезу кезінде тыныс экскурсиясы әдісін қолданады және оны қатаң түрде белгілі бір жоспар бойынша жүргізу керек, оны пальпацияға өте ыңғайлы ағзадан бастайды. Мынадай реттілік қажет: сигма тәрізді ішек, соқыр ішек өсіндісімен, мықын ішектің соңғы бөлімін, тоқ ішектің өрлеме және төменгі жерін, асқазан бөліктерімен бірге, көлденең ішек, бауыр, көк бауыр, он екі елі ішек, ұйқы безі және бүйрек.

Ішкі ағзалардың пальпациясын белгілі бір ережеге сай жүргізеді. Науқас және дәрігер жағдайы беткейлі пальпациядағыдай. Пальпацияны оң қолмен немесе екі қолмен жүргізеді, оң қолмен пальпация жасағанда, сол қол төменде болады да, оң қолға қарай құрсақтың артқы қабырғасын итереді (бимануалды пальпация). Егер пальпацияны бір қолмен жасайтын болса, онда екінші қолмен іш передесін басады, сөйтіп іш қабырғасының қарсылығын төмендетеді, немесе зерттелетін ағзаны пальпация жасайтын қолға жақындалады.

Пальпацияның әдісі.

Бірінші кезең — дәрігер қолының құрсаққа қойылуы. Дәрігер оң қолын науқастың алдыңғы іш қуысына қояды, яғни зерттелетін ішек бөлігінің осіне перпендикулярлы немесе зерт-телеңтін ағзаның шетіне қояды.

Екінші кезең — теріні ығыстыру және тері қатпарларын саусақтардың астына жинау.

Үшінші кезең - қолды ішке терең енгізу. Терең пальпация мы-наған негізделген: саусақтар іш қуысына біртіндеп енгізіледі, әрбір тыныс шығарған жағдайда іш қабырғасының босаңсуын пайдалана отырып, іш қуысының артқы қабырғасына дейін жетеді.

Төртінші кезең. Бұл саусақ ұшының жылжымалы әдісімен зерттелетін ағзаның көлденең осіне бағытталған: саусақтармен ағзаны құрсақтың артқы қабырғасына басады және жылжымалы әдісті жүргізе береді, ағзаның орналасуына байланысты жылжымалы өдісті ішкі жағынан сыртына қарай (8 тәрізді ішек, соқыр ішек), не бол-маса жоғарыдан төмен (асқазан, көлденең жолақты ішек) қарай, ағзалардың көлденең немесе тікс жүру бағытына қарай, қиғаш ауыт-қуына байланысты да жүргізеді. Пальпация жасайтын қолдың қоз-галысы міндетті түрде терімен бірге жүреді. Ишекті пальпация жасау арқылы, кейін оның орналасуын (локализация), қозғалғыштығын, консистенциясын, диаметрін, беткейлік жағдайын (тегіс, кедір-бұдыр) пальпация кезінде іште

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

шұрыл болуын, не болмауын, ауыра-тынын анықтайды; бұл мәліметтер патологиялық үдерісінің бар не жоғын көрсетеді.



4-Сурет

Бауырға пальпация жасау.

Мақсаты: пальпация арқылы бауырдың төменгі шетінің орналасқан жерін, ауырсынуын, тығыздығын, пішінін анықтау.

Көрсеткіші: созылмалы инфекциялы аурулар, улану, (арақтан болған) бауырдың эхинококкозі, жедел және созылмалы гепатиттер, бауыр циррозы, бауырдың қатерлі ісік ауруы және оның таралуы, лейкоздар және гемабластоздар, жүрек жеткіліксіздігі.

Қарама-қарсы көрсеткіші: жедел қабыну аурулары және іш мүшелерінің зақымдануы;
Болуы мүмкін асқынулар: жоқ

Іс-эрекет алгоритмі:

- 1.Бөліме жылы, тыныш болуы керек;
- 2.Тексерушінің қолы жылы, жұмсақ, құрғақ , тырнағы қысқа алынған болуы керек.
- 3.Қолынды гигиеналық антисептикалық деңгейде тазалап жу.
- 4.Науқастан сыртқы киімін шешіп, күшеткаға жатып немесе қатты жерге аласа жастықпен, басын сәл көтеріп, қолдарын кеудесіне қойып, аяғын созып, дем алуын сұра.
- 5.Төсектің оң жағында науқаспен бетпе бет қарап орындыққа отыр, орындық биіктігі науқас кереуетімен бірдей деңгейде болуы керек .
- 6.Перкуссия арқылы бауырдың төменгі шекарасын анықта (пальпация үшін оң қолды қою)
- 7.Оң қолыңызды науқастың ішіне алақанды жазып, саусақтар сәл бүгіп, оң жақ қабырға астына перкуссияда табылған бауыр шекарасынан 3-5 см төмен қой.
- 8.Сол қалдың 4 саусағы мен алақаны оң жақ қабырға доғасын бел тұсынан, ал бас бармақ қабырға доғасын алдынан қапсыра ұстайды. Бұл кеуде қуысының қозғалмалылығын дем алғанда шектейді, және диафрагманың төмен қарай қозғалысын күшейтеді.
- 9.Бауырдың төменгі шекарасына пальпацияны оң жақ бұғана орта сыйығымен, оң жақ төс маңы сыйығымен, алдыңғы ортаңғы сыйығымен жүргізеді.
- 10.Қолды дұрыс қойғаннан кейін, оң қолмен теріні төмен жиыр, дем шығарғанда саусақтың ұшын біртіндеп ішке енгіз (терең емес 1-2 см), науқастың терен дем алуын сұра.
- 11.Терен дем алғанда бауыр қабырға доғасынан шығып пальпацияда білінеді.
- 12.Егер бауырдың төменгі шекарасы білінбесе, саусақты 1-2 см жоғарылатып қайта пальпация жаса.
- 13.Пальпацияда бауырдың шетін, тегістігін, консистенциясын, сезімталдығын бағала.
- 14.Қолды жуып кептіру.
15. Медициналық құжатқа нәтижені жазу.

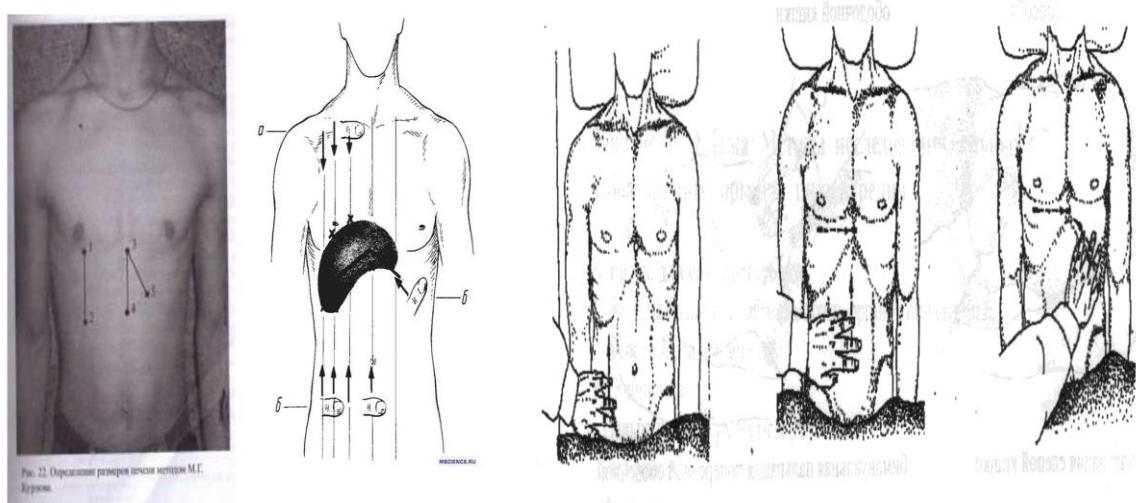
«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



5- Сурет

Бауыр перкуссиясы.

Бауыр тығыз ағза. Перкуссия жасағанда одан түйік перкуторлы дыбыс естіледі. Бауырдың перкуссиясын Курлов әдісімен жасайды. Біріншіден перкуссия арқылы бұғана ортаңғы сызықпен бауырдың жоғарғы шекарасын тауып, оған белгі қояды. Төменгі шекарасын астынан жай перкуссиямен тимпаникалық дыбыс шыққанша перкуссия жасап, одан да белгі қояды. Қалыпты жағдайда бауырдың төменгі шекарасы қабырға доғасымен сәйкес келеді. Екіншіден, бауырдың жоғарғы және төменгі шекарасын алдыңғы ортаңғы сызықпен табады. Жоғары шекарасы анықталмайды, бауырдың бұғана ортаңғы сызықпен табылған жоғарғы нүктесін ортаңғы алдыңғы сызыққа қояды. Төменгі белгісін төменинен бастап, түйік дыбыска жеткенде жасайды. Ол нүкте төстің семсер тәрізді өсіндісінен 3-6 см төмен орналасады. Үшіншіден, бауырдың төменгі шекарасы сол жақтан қабырға доғасының үстінен тоғыз қабыргадан бастап жай перкуссиямен тәске қарай жылжыта жасалады, оның белгісін саусақтың төменгі жағынан қояды. Қалыпты жағдайда 7 немесе 8 қабырға тұсында орналасады. Осы табылған нүктелерінің арасын сантиметр лентасымен өлшейді. Қалыпты жағдайда көлемі 9x7x5 см болады: он жақ бұғана ортаңғы сызықпен 9 см(+1-2 см), алдыңғы ортаңғы сызықпен 8 см(+1-2 см) сол жақ қабырға доғасымен 7 см(+1-2).



6-Сурет

Зертханалық зерттеу әдістері.



**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3» ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

Биохимиялық зерттеу: жалпы акуыз, фракциялары, билирубин, АлАТ (аланинаминотрансфераза), АсАТ (аспартатаминотрансфераза), сиалқышқылдары, холестерин, протромбин индексі анықтау. Бауыр билирубиннің алмасуында үш түрлі маңызды қызмет атқарады: бауыр клеткалары билирубинді ұстап алады, оны глюкурон қышқылымен біріктіреді және байланысқа билирубин гепатоциттерден өз капиллярларына шығарады. Бос байланыспаған қандағы қалыпты мөлшері - 8,55-20,52 мкм/л. (0,5-1,2 м%).

Липидтік зат алмасуы. Бауыр липидтердің зат алмасуына үлкенде маңызды рөл атқарады: нейтралды майлардың, май қышқылдарының, фосфолипидтердің, холестериннің синтезі мен ыдырауында негізгі орын алады. Қанның сарысындағы холестериннің қалыпты мөлшері - 3,5-5,5 ммоль/л (150,200 мг%).

Ферменттік зат алмасуы. Ферменттердің секторлық (холинэстераза, церулоплазмин, антикоагулянттар), индикаторлық, лактатдегидрогеназа, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, альдолаза және экскреторлық (сілтілі фосфаза, 5- нуклеотидаза, лейцинаминопептидаза) болып бөлінеді.

Минералдық зат алмасуы. Микроэлементтердің ішінде бауыр ауруларының диагностикасында маңызды орын алатын темір мен мыс.

Гормондар мен витаминдердің алмасуы. Бауыр стероидты гормондар, серотинин, гистаминдердің әсерсіздендіреді.

Үйқы безі ферменттерін қанда және зәрде анықтау.

Амилазаны жедел панкреатите 24 сағат ішінде анықтаудың диагностикалық маңызы зор.

Асқазан сөлін зерттеу. Асқазанның кешенді тексеру әдістерінің бірі оның сөл бөлу қызметін, яғни асқазанның қышқылдық пептидтік себеп шарттар бөліп шығаруын зерттеу болып табылады. Тұз қышқылын жапсырмалы клеткалары түзеді және оларың қызметіңдерді нейрогормоналдық жүйемен байланысты болады. Асқазанның сөлін химиялық жолмен зерттеу. Сыртқы белгілерін зерттеп болған соң, асқазан сөлінің әр үлесіндегі бос тұз қышқылын, байланған тұз қышқылын, сүт қышқылын, ең қышқыл порциядан пепсин көлемін анықтайды. Асқазанның қышқыл түзгіш қызметі туралы толық мәлімет алу үшін тұз қышқылының дебит сафатын есептеп шығарады.

Он екі елі ішекті зондтау (дуоденалді зондтау)

Мақсаты: емдік (өт бөлініп шығуын ынталандыру, дәрілік заттарды енгізу), диагностикалық (өтқабы және өт жолдары ауруларын анықтау). Дуоденальдың ішіндегіні алушың бірнеше тәсілдері әзірленді: А, В, С порцияларын бөлумен дуоденальды зондтау;

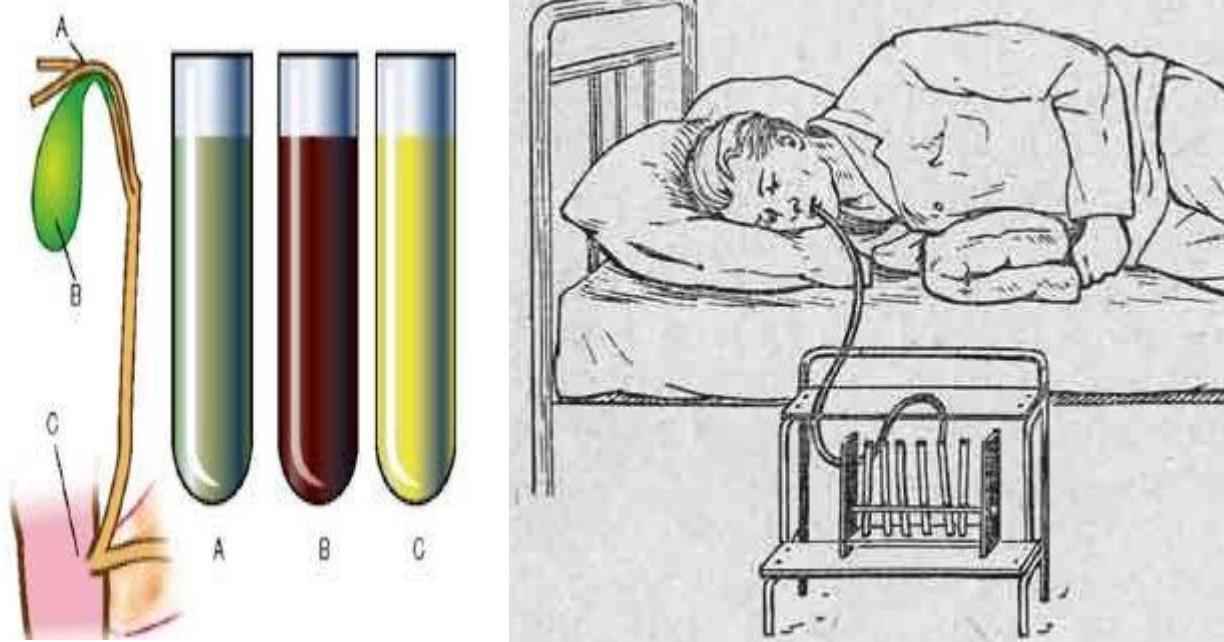
А -порция өз бетінше, бұл он екі елі ішектің жиналады.

В порция-Өт қабынаң жиналады.

С- бұл бауыр өті.

Зерттелетін материалдың жалпы қасиетіне назар аудару (мөлшерін, түсін, түрін, қоспалардың бар жоғын, тығыздығын); микроскопиялық зерттеу; химиялық зерттеу (қалыпты жағдайда кездесетін заттар немесе тек аурулар кезінде пайда болатын патологиялық заттар);

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

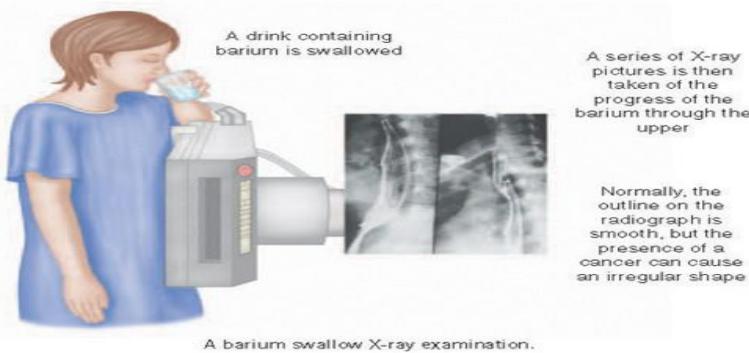


7-Сурет

Копрологиялық зерттеу. Асқазан ішек қызметін бағалауға мүмкіндік береді. Нәжістің жалпы анализі (копроцитограмма) нәжістің физикалық қасиеттерін тексереді, химиялық және микроскопиялық зерттеулер жүргізеді. Жалпы анализ үшін нәжістің құрғақ, таза, шыны ыдысқа жинайды. Нәжісті бөлінген уақыттан бастап 8-12 сағат аралығында зерттеу керек. Пациент нәжіс тапсырудан үш күн бұрын ет, балық еттерін, көкөністерді жемеуі керек. Өйткені, бұл тағам нәжістегі жасырын қанды анықтау реакциясының катализаторлары болып есептелінеді.

Аспаптық зерттеу әдістері.

Ренттенологиялық зерттеу. Ренттен әдісімен зерттеу кезінде науқас контрастты затты іshedі, оның өнешшеп өтуі кезінде кілегей қабатының жағдайы, қозғалу қызметі, орналасуы, пішіні, келемі және контуры зерттеледі. Қазіргі кезде рентген әдісінің мына төмендегідей түрлері қолданылады: контрастты рентгеноскопия мен рентгенография, екі есе күштейтілген контрасттау әдісі, рентгенокимография, рентгенотелевидение, рентгенокинематография, компьютерлік томография, пневмомедиастинография, ядерлі-магнитті резонанс және т. б. Әсіреле науқастың қалпын әр түрлі жағдайда өзгеріп отырып ренттенге түсіру көп мәлімет береді.

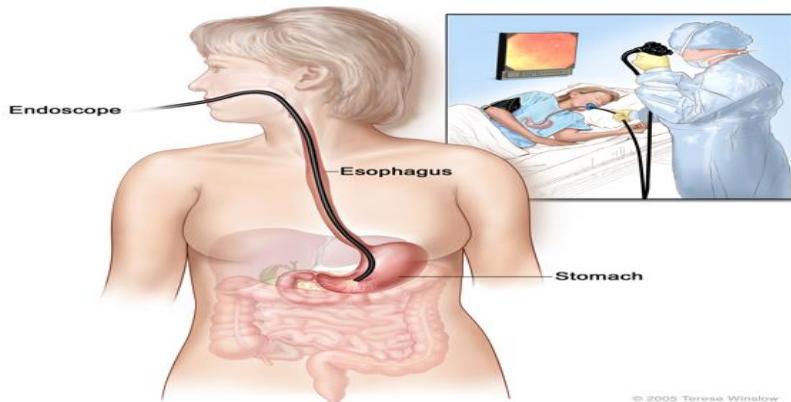


8-Сурет

Фиброзофагогастродуоденоскопия (ФГДС) -асқазан мен он екі елі ішектің кілегейлі қабығын арнайы оптикалық құрал –гастроскоп арқылы зерттеу әдісі. ФГДС диагностикалық және емдік мақсатта, қажеттілігіне байланысты жедел және жоспарланған болуы мүмкін. Жоспарланған диагностикалық ФГДС- науқас асқазан мен он екі елі ішек ауырсынуына шағым жасаса яғни

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

созылмалы гастрит, асқазан жарасы мен асқазан рак ауруының алғашқы белгілері көрінгенде қолданылатын әдіс. Қажет болған кезде өңештің кілегей қабатынан биоптат алынады, алынған материал гистологиялық және бактериологиялық зерттеуге бағытталады. Цитологиялық зерттеу, бұл әдіс өңештің қатерлі ісіктерін зерттеуде қолданылады. Материал ретінде өңешті жуып-шайған су немесе кілегей қабатының зақымдалған, не күдікті деген жерінен алынған қырынды зерттеледі. ФГДС-ке дайындық. Зерттеу қарсанында кешкі тағам сағат 19:00-ден кеш ішілмеуі тиіс және жеңіл болуы қажет. Зерттеу таңертенгілік ашқарынға жүргізіледі, яғни шылым шекпей, тіс тазаламай, су ішпей, дәрі-дәрмек қабылдамау керек. Тексеріс алдында тіс протезі болса, алу керек. Науқасқа жүргізілетін шараның тәртібін түсіндіру керек. Тексерістен кейін 1-1,5 сағатсыз тағам қабылдауға болмайды.



9-Сурет

Ультрадыбыстық зерттеу.

Бұл зерттеу әдісі патологиялық ошақтардың көлемін, ісік, бауырдағы тастарды жиырылуын анықтауға мүмкіндік береді. Ультрадыбыстық зерттеу-ш қуысы органдарының УДЗ зерттеуі (бауыр, өт шығару жолдары, үйқы безі, көк бауыр, лимфотүйіндер);



10-Сурет

Компьютерлік томография (КТ) - ішкі ағзалардың үш өлшемді бейнесін алуға мүмкіндік беретін рентгендік зерттеу, оған әдеттегі рентгендік зерттеу арқылы қол жеткізуге болмайды. Бұл өкпенің, бауырдың, үйқы безінің қатерлі ісіктерін, ш қуысының патологиясын, көкбауырдың, бүйректің, бауырдың жарақаттарын, қан тамырлары мен қан ағымының жағдайын, мидағы артериялардың қан кетуін немесе кенеюін, сүйектердің зақымдануын, тіпті ең кішкентайларын сапалы диагностикалауға мүмкіндік береді.

Компьютерлік томография:

- * жұмсақ тіндердің
- * кіші жамбас ағзаларының
- * қан тамырларының
- * өкпенің

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

- * бас миының
- * іш қуысының
- * сүйектердің суреттерін алуға мүмкіндік береді.



11-Сурет

6 тақырып: Бұйрек және зәр шығару жүйесі ауруларымен науқасты қлиникалық және қосымша тексеру әдістері.

Бұйрек ауруымен ауыратын науқастың негізгі шағымдары :ауыру(ауру сезімі,ісіну,несеп бөлудің бұзылуы,көздің көруінің нашарлауы,қызудың көтерілуі,тері қышымасы).

Ауыру сезімі.Бұйрек жіне несеп жолдары зақымданғанда ауыру сезімі бел аймағында,несеп жолдарының бойында және қуық тұсында болады.Жедел және созылмалы гломерулонефритте , пилонефритте,бел аймағы тұрақты түрде сыздал ауырады.Аталған аурулардағы ауру механизмінің қанының іркілуіне сәйкес бұйректің ұлкейіп,оның сыртқы қабының керілуіне байланысты болады.

Науқастың негізгі шағымдарының бірі –ісік .

Бұйрек ісіктерінің пайда болу механизімдері:

1)Зәр мен белоктың тұрақты түрде бөлініп отыруынан .

2)Бұйрек ауруларының себебінен шумақтық сұзілуі мен өзек ішлік қайта сінірілуі бұзылып,натри мен судың бөлінуі нашарлайды,тіндерде су жиналады.

3)Капиляр қабыргаларының еткізгіштігі күшейеді.

4)Тұз, су алмасуының нейроэндокриндік реттелінуі бұзылады.Бұйрек ісіктері тез дамиды да ,тез тарайды,беттен басталып , бүкіл денеге тарайды,түсі бозғылт басып қарғанда жұмсақ болады.

Келесі негізгі шағымның бірі – зәр бөлудің бұзылуы .Қауыпті жағдайда сау адамның тәуліктік диурезі 1-1,5 литр шамасында ,зәр бөлінудің бұзылуы дизурия деп аталады.

Полиурия деп тәуліктік диурездің екі литрден көп бөлінуін айтады.

Олигурия деп тәуліктік диурездің 600 мл-ден аз бөлінуін айтады.

Анурия деп несептің бөлінуінің тоқтауын айтады.

Поллактурия деп кіші дәретке жиі отыру.Бұл қуық пен үрпінің қабынуына тән.

Нектурия– несептің тұнгасы қарай көп бөлінуі.

Странгурия–несеп сыздаған– ашыған ауру сезімінен бөлінеді,бұл жағдай қуық пен үрпінің қабынуына тән.

Несе түсінің өзгерістері.Қалыпты жағдайда несептің түсі ақщыл сары болады.Несептің түсі оның концентрациясына ,құрамындағы заттардың мөлшеріне байланысты өзгеріп отырады.

Аурудың даму тарихы.Бұйрек ауруларының дамуын анықтау үшін науқастан бұрын жедел түрде қандай жұқпалы аурулармен ауырғанын анықтау керек . Көбіне баспа ,тымау, жоғарғы тыныс жолдарының қабынуы жедел нефриттің дамуынга себеп болады.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Аурудың өмір тарихы.Науқастан бұрын қандай аурулармен ауырғанын сұрау керек:
пиелит,пиелонефрит.

Физикалық зерттеу әдістері

Қарап тексеру.Науқасты сырттай қарағанда тері қабатының бозғылттығы және ісіну байқалады.
Бүйректің ісігінің жүрек ісігінен бірқатар айырмашылығы бар:

- 1)Бүйрек ісігі тез дамиды,тез тарайды,жүрек ісігі баяу дамып баяу тарайды.
- 2)Бүйрек ісігі көбіне беттен басталып,барлық денеге жайылады,жүрек ісігі дененің төменгі бөлігіненbastалады.
- 3)Бүйрек ісігі тығыз болып келеді.
- 4)Бүйрек ісігінде бауыр өспейді,жүрек ісігінде бауыр көп жағдайда өседі.

Пальпация.

Қалыпты жағдайда бүйректерді пальпация әдісімен табу мүмкін емес.

Бүйректі екі жағдайда пальпация жасап анықтауға болады.

1)Бүйрек төмен түскенде (нефроптоз)

2)Бүйрек үлкейгенде

Бүйректің төмен түсу себептері

1)Құрса қабырғасының қуатының (тонусы) әлсіреуі

2)іш қуысы қысымның азаоы

3)жүдеуі

Бүйректің үлкею себептері

1)Бүйрек ісіктері

2)Гидронефроз

3)Пионефроз

Қалыпты жағдайда бүйрек ірі бұршақ тәрізді болоды.Консистенциясы шымыр, серпінді, үсті тегіс,жылжып орнынан қозғалып тұрады. Бүйрек ішіне несеп жиналу себепті үлкеюін – гидронефроз деп атайды.

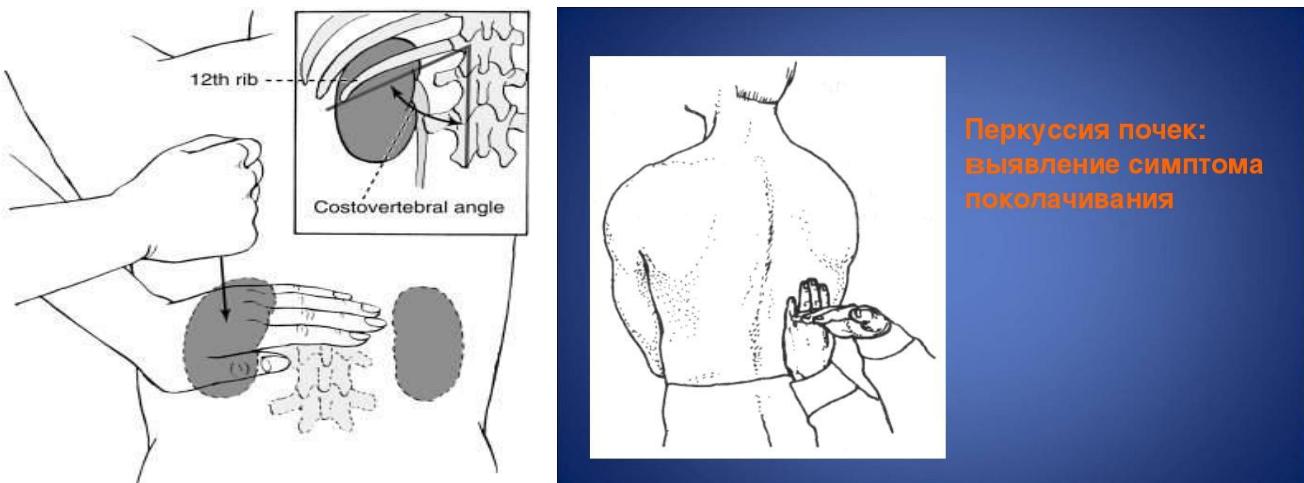


1-Сурет

Перкуссия

Соққылау немесе қағу әдісі.Бүйректегі тас ауруын анықтау үшін Пастернацкий қағу әдісін ұсынған.Пастернацкий әдісі келесі түрде орындалады,дәрігер науқастың бел аумағына қойған соқолының сыртынан оң алақанының қырымен жеңіл ғана соғады. Бұл кезде науқастан ауыратын,ауырмайтын сұрау керек.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



2-Сурет

Күйк перкуссиясы. Mediana anterior сзығы бойымен саусақ плессиметрді кіндіктегі төмен қасаға пареллельді жылжытады. Перкуторлық соғу жай күшпен жүргізіледі. Қалыпты жағдайда қуық қасағадан жоғары шықпайтындықтан перкусия кезінде темпаникалық дыбыс анықталынады. Егер қуыққа зәр көп мөлшерде толып кетсе түйиеталған дыбыс шығады.

Зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері

Несепті лабораториялық әдіспен зерттеу

Несептің физикалық және химиялық қасиетін анықтайтын, микроскопиялық бактериоскопиялық әдістермен тексереді.

Мөлшері. Жалпы ересек адамның неcebінің тәуліктік мөлшері 1000 -1500 мл-ге дейін болады.

Іісі. Қалыпты жағдайда несептің өзіне тән иісі болады. Қалыпты жағдайда несептің салыстырмалы тығыздығы 1.010 -1.028 аралығында болады және ол несеп мөлшеріне байланысты өзгеріп отырады. Қант диабетінде несептің салыстырмалы тығыздығы жоғарлайды, ол 1.030-1. 040- тан артық болмауы мүмкін. Несепті химиялық текмеруде несептің реакциясын анықтау және белок, глюкоза кетон денелері, билирубин, уробилиноидтардың барын анықтау жатады.

Несептің реакциясы. Организмінің қышқылдық негізін сақтап тұруда бүйректер өте маңызды роль атқарады. Бос сутегі (H^{++}) иондарының концентрациясы несептің шын реакциясын оның қышқылдық белсенделілігін (pH) көрсетеді. Қалыпты жағдайда аралас рационындағы сау адамдардың неcebінің реакциясын pH 4.5-8.4 арасында орта есеппен pH 6.0 тен.

Несептегі белокты анықтау. Несептің түсініктерінде белок тәулігіне 50 мг - дейін практикалық медицинада сапалы сынақтармен анықталмайды. Несептің түсініктерінде белок концентрациясы протеинурия деп аталады.

Несептегі глюкозаны анықтау. Несептің глюкозаның пайда болуы глюкозаурия деп аталынады. Глюкозаурия қандағы глюкозаның концентрациясы 9.9 ммол\л ден асқанда пайда болады (қалыпты жағдайда 4.6- 6.6 ммол\л).

Несептегі кетон денелерін анықтау. Несептің кетон денелері пайда болса онда кетонурия деп аталады. Кетон денелерінде үш қосынды жатады: ацетон, сірке қышқылы, бетта –оксимай қышқылы. Несептің түнбасын микроскопиялық зерттеу. Микроскопиялық зерттеуге центрафугадан өткентнесептің түнбасы алынады, содан соң оның қан түйіршіктері, целиндірлер, эпиген клеткалары, тұз кристалдарын тексереді.

Эритроциттер. Сау адамның неcebінде препаратта берен - саран кездеседі.

Лейкоциттер. Қалыпты жағдайда микроскопиялық зерттеу алаңында 2-3 лейкоцит ғана болады.

Эпителий. Несептің ауыспалы эпителии клеткалары көп мөлшерде болса ол бүйрек түбекшелерінің немесе қуықтың қабыну үдерісін көрсетеді.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Цилиндрлер олар белоктың және несептен басқа элементтерден құралған бүйрек өзекшелерінің таңбасы. Несеппен целинділердің көп бөлінуі цилиндрория деп атайды.

Аддис –Каковский сынама тәсілі. Бұл тәсіл тәуліктік несеп тұнбасында қан түйіршіктерінің санын анықтауға негізделген. Аддис –Каковский сынағы бойынша қалыпты жағдайда тәуліктік несептегі эритроцит 1000000 дейін . Лейкоцит 2000000 –ға дейін , целиндр саны 20000 дейін.

Нечипоренко сынамасы. Соңғы кезде А. З Нечипоренко ұсынған 1 мл несептегі лейкоциттер , эритроциттер , целиндрлер санын санау әдісі кең қолданылады.

Қалыпты жағдайда 1мл несепте 1000 дейін эритроциттер, 2000 –ға дейін лейкоциттер және 50-ға дейін гиалинцелиндірлері болады.

Бүйректің функционалдық қызметін зерттеу.

Зимницкий сынағы. Бұл әдістің негізгі артықшылығы – бүйректердің функционалдық тексеруі науқастың қалыпты жағдайда жасалынады. Сынақ тәулік бойынша жүргізіледі. Несептің тұнгі және құндізгі мөлшерін салыстыра отырып қай кездегі диурездің көп екенін анықтайды. Қалыпты жағдайда құндізгі диурез тұнгіден көп болады, несеп мөлшері үлестерден 50мл – дан 250 мл ге дейін, ал салыстырмалы тығыздығы - 1.005 тен -1.028 дейін. Бүйректердің қызметінің жетіспеушілігі қүшегендеге несептің салыстырмалы тығыздығы(1.009-1.010). Бүйректің функционалдық күйін анықтайтын тұра әдістермен бүйрек клиренсін анықтау және Реберг сынама тәсілі жатады. Қалыпты жағдайда шумақ сұзіндісін 60-120мл/мин тен.

Қалдық азот және оның құрамы. Қалдық азот деп қандағы белок емес қосындылардың азотын айтады. Қалыпты жағдайда қалдық азоттың мөлшері 14.28-28.56 ммоль/л-ге тен.

Креатинин. Қалыпты мөлшері 0.088-0.176 ммоль – ге тен.

Мочевина. Қалыпты мөлшері 3.23-6.46 ммоль.

Несепті Зимницкий әдісі бойынша жинау.

Мақсаты: Диагностикалық бүйректің бөлу және концетрациялау қызметін және тәуліктік диурезді анықтау

Көрсетілімі: Бүйрек ауруы

Әзірле: Сиымдылығы 500мл аузы кең, 8 құрғақ, таза, шыны ыдыс, жолдама (пациенттің аты жөні, бүлімі, палата №, зерттеу мақсаты, порция №; жинау уақыты, медбикенің қолы жазылады), жолдаманы әр ыдысқа жабыстыру

Іс әрекет алгоритімі

1. Пациенткенесепті жинау тәртібін түсіндіріңіз. Зерттеуден алдын несеп айдайтын дәрі жәрмекті қабылдау тоқтатылад, сұйықтық тәулігіне 1,5 л дейін шектеледі

2. Таң ертең 6 де пациенттің унитазға дәрет сындырады

3. Зерттеу үшін зәрді нөмірленген 8 флоконға әрбір 3 сағат сайын ауыстырып жинап отырады.

Егер 3 сағат ішінде зәр болса флоконды бос қалдырасыз. Егер флокон жетпи қалса, қосымша бір флоконды алыш, оған осы флоконның нөмірін жазасыз. Флокондар санитарлық бөлмеде тұрады.

Порция № 1 сағат 6-н 9-ға дейін

Порция №2 сағат 9-н 12-ге дейін

Порция №3 сағат 12-н 15-ке дейін

Порция №4 сағат 15-н 18-ге дейін

Порция №5 сағат 18-н 21-ге дейін

Порция №6 сағат 21-н 24-ке дейін

Порция №7 сағат 24-н 3-ке дейін

Порция №8 сағат 3-н 6-ға дейін

4. Медбике сағат 24-н таңертенгі 6-ға дейін пациентті зәр сындыру үшін оятады.

5. Таңертенгісін несеп жиналған 8 ыдысты зертханаға жібереді.

Ескерту:

- Егер зәр тағайындалған флоконға симай қалса, қосымша флокон алыш, оған сол флоконның нөмерін және « № порцияға қосымша несеп » деп жазылады.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

- Егер 3 сағат ішінде кез келген флаконның біреуінде зәр болмаса флаконды бос қалдырады, зертханаға бос флакон жіберіледі.

Зимницкий әдісі – бұл бір тәулік ішінде 8 процияға жиналған несеп мөлшері мен салыстырмалы тығыздығын анықтауға бағытталған бүйректің функциональдық әдісі. Зимницкий әдісі бүйректің концентрациялау қызметін анықтау үшін, бүйрек ауруымен науқастарды зерттеуде клиника жағдайында қолданылады.

Бүйректің қалыпты қызметіне тән ерекшеліктер:

1. Тәуліктік диурез 1,5 л тең
2. Бір тәулік ішінде пайдаланған сүйкіктың 60-80% несеппен бөлінеді.
3. Күндізгі диурез мөлшері түнгі диурез мөлшерінен жоғары болады.
4. 8 порцияның кез келген біреуіндегі несептің салыстырмалы салмағы 1,020- 1,025-н төмен болмау керек.
5. Бір тәулік ішінде 8 флаконға жиналған несеп мөлшері мен салыстырмалы салмағы әр түрлі.

Проба Зимницкого



Полученные 8 порций мочи различного объема и плотности направляют в лабораторию

3-Сурет

Нечипоренко әдісімен несепті жинау.

Мақсаты: Диагностикалық несептегі формалы элементтердің мөлшерін анықтау (эритроциттер, лейкоциттер, цилиндрлер).

Көрсетілімі: Дәрігердің тағайындалуы бойынша .

Әзірле: бір рет қолданылатын аузы кең, таза, құрғақ, шыны ыдыс, Пациенттің аты, жөні, зерттеу мақсаты, күні, бөлімнің аты, палата нөмірін және медбикенің қолы қойылған жолдама және жолдаманы ыдысқа жабыстырыу.

Іс әрекет алгоритмі:

1. Пациентке несепті жинау тәртібін түсіндіріп, келісімін алу.
2. Қолды гигтеналық денгейде тазартып жуып, қоллапты кио.
3. Пациенттің сыртқы жыныс мүшелерін жоғарыдан төмен қараған бағытта жуу .
4. Несептің алғашқы бөлігін зәр қабылдағышқа жіберіп, зәрді бөлуді кідірту керек.
5. Несептің органды бөлігін 50 мл мөлшерін дайындаған ыдысқа жинау
6. Зертханаға жолдама толтыру (бөлімі, палата №, мақсаты, зәрдің алынған күні, медбикенің қолы)
7. Жиналған несепті зертханаға жіберу
8. Қолапты шешіп, қолды тазалап жуып, құргатыңыз .

Ескерту:

Несепті зерттеу тәуліктің кез келген уақытта жүргізуге болады.

Нечипоренко әдісі – несеп құрамындағы лейкоциттер, эротроциттер, цилиндрлер санын анықтау үшін қолданатын әдіс. Нечипоренко әдісі- белгісіз, жасырын түрде дамитын нефрит және пиелонефрит формаларының диагностикасында және науқастарға тағайындалған ем нәтижесін, аурудың динамикасын бақылауда маңызы үлкен

Несептегі формалы элементтердің қалыпты көрсеткіші

Лейкоциттер-1мл несепте 2000 дейін

Эритроциттер-1мл несепте 1000 дейін

Цилиндрлер-20

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

Бүйрек рентгенографиясына (урографияга) науқасты дайындау алгоритмы

Маңсаты: Бүйректе немесе зәр жолдарындағы тасты, ісікті анықтау диагностикасы.

Көрсеткіші : бүйрек және несеп жолдарының аурулары

Кері көрсеткіші : контрасттық препараттарына кері әсер

Жабдықтар : Йод бар препараттарды қолданады. Олардың қатарына сергозин, уротраст, триотраст және триомброст контраст ерітінділері жатады.

Іс-әрекет алгоритмы:

1.Науқасты рентгенге дайындаудың маңызы зор. Өйткені жақсы дайындық науқасты рентгенмен тексерген кезде бүйректің немесе зәр журу жолдарының өзгерген жерлерін тез анықтауға көмектеседі.

2.Пациент тексеруден 2 күн бұрын ішін кептіретін: қара нан, картоп, сүтпен капустаны қолданбауы керек.

3. 1 күн бұрын және тексеруге 2 сағат қалғанда пациентке тазалау клизмасы жасалады.

4. Рентгенмен тексерер алдында науқас міндетті түрде кіші дәретке отыруды ұмытпау керек.



4-Сурет

Бүйрек УДЗ- көп жағдайларда, ультрадыбыстық, бүйрек ауруларының анықтау және скрининг кезінде жою патологиясы, соның ішінде тиісті емдеу, тағайындау үшін толық ақпараттық және жеткілікті диагностикалық әдісі деп атауға болады.



5-Сурет

Бүйрек МРТ дұрыс диагноз, сондай-ақ патология дамып патогенезін анықтау орнатуға мүмкіндік береді іш қуысы органдарының диагностика көмегімен жүргізіледі жоғары дәлдікті процесс болып

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

табылады. Бұл әдіс рәсімі ауыртпалықсыз және қауіпсіз болып табылады, оған сәйкес магнит өрісінің, негізделген.



6-Сурет

7 тақырып: Қан түзу жүйесі ауруларымен науқасты клиникалық және қосымша тексеру әдістері.

Қан аураулардың клиникалық көріністері қаншалықты айқын болғанымен, диагностикалық шешімі зертханалық, көбінесе морфологиялық зерттеуден соң ғана тұжырымға келеді.

Сұрастыру. Науқастың арыз шағымдары. Науқастың негізгі шағымдары: әлсіздік, тез шаршау, бас ауру, ентігу, іш ауруы, қан ағуға бейімділік.

Қосымша шағымдарға дene қызыуының көтерілуі(қалтырау) жатады. Бұл көбінесе анимияларға тән, себебі ғұл кездे негізгі зат алмасу үрдісі алғашында компенсаторлы болса да кейін күшіне туседі. Ал гемолиздік және В 12-тапшылық анемия ауруларында эритроциттердәндің ыдырауы нәтижесінде бөлінген заттардың пирогенттік әсеріне байланысты өзгерістер өрбіді. Ал дene қызыуының оргаша және жоғары сандарға жетуі, ғұл көбіне жедел және созылмалы лейкоздарда бөлініп, оларда пирогендік әсер етеді. Сондай-ақ дene қызыуының көтерілуі өлі еттену, ойық жаралық үдерістер мен қосымша инфекциялардың қосылу әсерінен де болуы мүмкін (жедел және созылмалы лейкоздың ен ақырығы кезеңі миелопластикалық синдром). Қан ауруларындағы дene қалтырау мына төмендегі симтомдармен ерекшеленеді: қатты терлеу, тоңу, жүдеу және әлсіреп шаршау. Аска тәбеттің жоқтығы қанның қатерлі ісік ауруларында (лейкоздар, лимфомалар) жиі кездеседі.

Ауыздың дәмді және иісті патологиялық сезуі, мысалы: бор, көмір жеуге ауестенгіштік, бензин исін ұнату - темпирапшылық анемияның бір көрінісі (хлороз) болып есептеледі. Гемофилия ауруында және антикоагуляттарды мөлшерден тыс көп қабылдағанда қан ұзақ уақыт тоқтамай ағады.

Жедел лейкоз ауруы жиі тамақ ауруы-баспадан басталады (некрозды-ойықты баспа). Қан жүйесінен көптеген ауруларына науқастар сол жақ қабырға астындағы ауырсыну сезміне шағымданады. Ол патологиялық үдеріске көк бауырдың (талақтың) қосылғаннның белгісі. Талақтың көлемі үлкейіп, сыртқы қабаты қатты керілгенде сыздал аура бастайды.

Аурудың даму тарихы. Науқастан аурап алдындағы жағдайын және не себепті ауырғанын сурастыру.

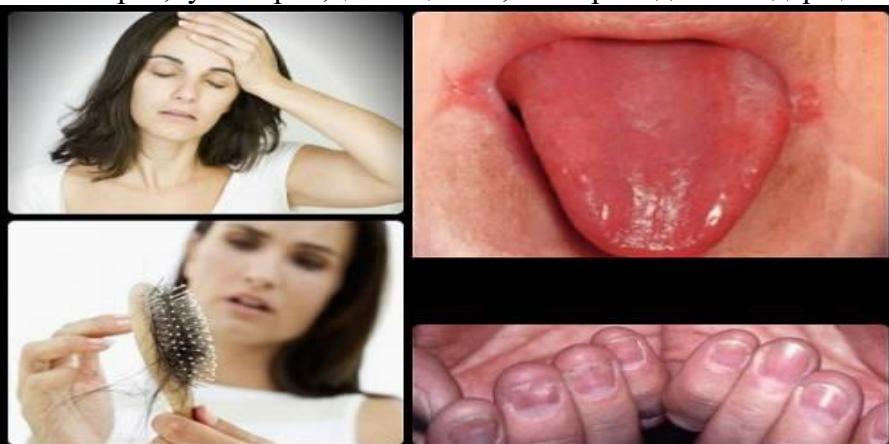
Өмір тарихы. Өнер кәсіптегі зиянды улы заттар (сынап тұздары, фосфор, қорғасын қосындылары, сәулемен жарықтану т.б.) техникалық қауіпсіздігі ережесін сақтамағандықтан әр түрлі уланулар тудыруы мүмкін. Қан жүйесінің аурулары көп жағдайда басқа ағзалар мен жүйелер ауруларының бірден-бір белгісі болатын ескерген жөн.

Қарал тексеру. Алдымен науқас адамның жалпы жағдайы мен төсектегі қалпын, сана сезімін анықтаймыз. Тері мен кілегей қабаттарынан қарау күндізгі жарықпен жасалған жөн. Алдымен олардың түр-түсіне көніл бөлінеді: анемияларға тері мен кілегей қабаттарының бозғылттығы тән.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Сондықтан анемиялардың сенімді белгісі деп кілегей қабаттарының бозаруына айтуға болады. Эритремия ауруында тері, әсіресе беттің, мойынның, қол басының терісі қызарып тұрады. Геморрагиялық диатез кезінде тері мен кілегей қабаттарының беттінде әр түрлі көлемді қан құйылу белгілері нүкте тәрізді петехиялардан бастап, үлкен көгерген даққа дейін, ал ен үлкендері тіпті қанталауға дейін кездеседі. Науқасты қөріп қарау кезінде тері қабатының трофикалық жағдайында назар аудару керек. Анемияның теміртапшылықтүрінде тері құрғап қабыршықтанады. Шаштары сынып, ұштанады.

Ауыз қуысын қараған кезде де қан жүйесі ауруларына тән белгілерді байқауға болады. В-тапшылық анемияда тілдің бұртіктерінің жогалуы нәтижесінде, оның беті теп-тегіс жылтыр болады (хантеров глоссити-тілдің қабынуы). Темір тапшылық анемияда тістері туспип, қызыл иектері қабынады, (альвеоларық пиория) тырнақтары өзгереді. Лейкоздардың кейбірे турлерінде мойын тұзы, бұғана үсті, қолтық асты, шап тұсындағы бездер қатты өседі.



1-Сурет

Пальпация. Қан жүйесі ауруларын анықтауда пальпация әдісімен сүйек жүйесін тексереді: жалпақ сүйектер мен түтік тәрізді сүйектердің эпифизин басып, соғып қарау, ауыру сезімі бар-жоғы анықталуы тиіс. Лимфа бездерінің қатты ұлғауы көбіне

лимфолейкоз, лимфогранулематоз, лимфосаркома ауруларында байқалады.

Лейкоздар мен лимфомаларда үлкейген лимфа бездері ауырмайды, олар айналасындағы теріге жабыспаған, іріндемейді.

Лимфогранулематоз, әсіресе лимфосаркома ауруларына, бездер қатайғанына, бір-бірімен қосылып үлкен конгломераттар (15-20 см диаметрлі) түзеді.

«Көк бауырға пальпация жасау әдісі»

1. Науқасты оң жағына қаратып жатқызыңыз. Басын кеудесіне қарай сәл еңкейтіңіз. Сол қолы шынтақ буынында сәл бүгіліп кеуде қуысында бос жатуы тиіс. Оң аяғы созылыңқы, сол аяғы – тізе мен жамбас буындарында бүгілген болуы керек.

2. Науқастың сол қолын кеуденің сол жағына VII мен X қабырғаларының арасына қолтық асты сыйығы бойынша, тыныс алғанда қозгалмайтындей етіп басып қойыңыз.

3. Оң қол саусақтарын сәл бүгіп, қабырға доғасы шетінің X қабырғаның шетімен қосылған жеріне іштің бет передесінің алдыңғы жағына қойыңыз.

4. Сонаң кейін науқас тыныс шығарғанда оң қолыңызben іштің бет передесін сәл тартып басыңыз.

5. Әрі қарай науқастың терең тыныс алуын өтініп, қолыңызben жылжымалы қозғалыстар жасаңыз. Калыпты жағдайда көк бауыр байқалмауы тиіс.

**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ**

Рис. 63. Схема перкуторного определения размеров селезенки по Курлову :



2-Сурет

Перкуссия. Перкуссияның науқастын тұрған немесе оң жақ бүйірінде жатқан қалпында жүргізіледі. Талақтың көлденең өлшемін анықтау үшін перкуссияны X қабырғаның ұзындығын ойша құрсақ жаққа созып, 4 см-дей латеральды бастаймыз. Қалыпты жағдайда талақтың түйіктығы IX-XI қабырғалары аралығында анықталады. Түйіктың өлшемін 4-6 см. Талақтың ұзындық өлшемін X қабырғаны соққылағанда анықтаймыз, оның ұзындық өлшемін көлемі 6-8 см.

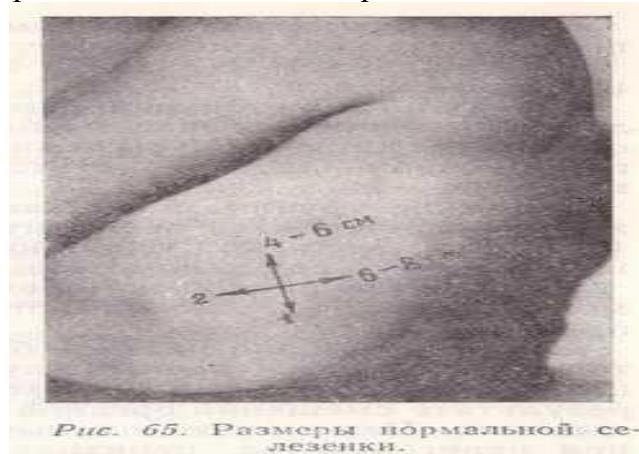
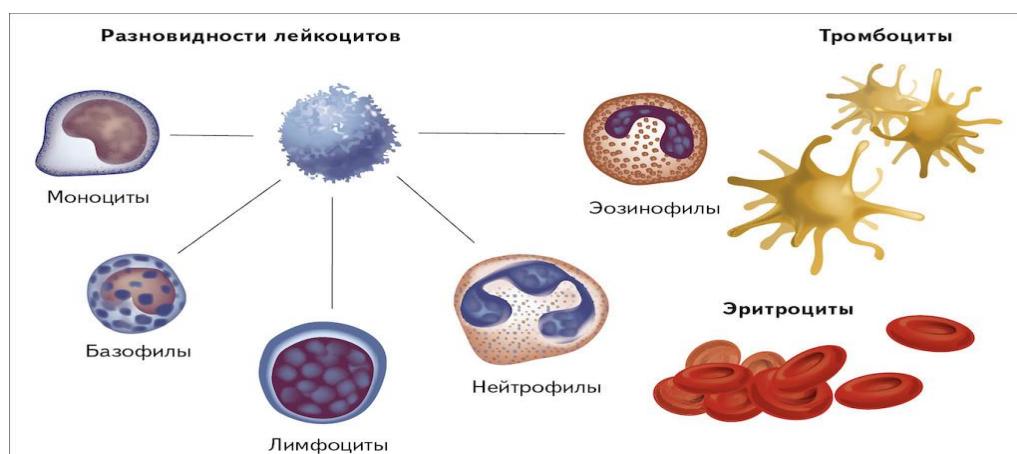


Рис. 65. Размеры нормальной селезенки.

3-Сурет

Зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері. Қан жүйесі ауруларында келесі қосымша зерттеу әдістері қолданылады: қанның жалпы клиникалық талдауы, қанның биохимиялық анализі, қан ұю жүйесін, сүйек миын, лимфа бездерін, көк бауыр пунктаттарын зерттеу.

Клиникада қанды морфологиялық зерттеу көнінен қолданылады. Бұл тәсілмен қанның пішіндік элементтерінің сандық және сапалық жағдайын бағалайды: эритроциттердің саны мен оның құрамындағы гемоглобин мөлшерін, лейкоциттердің жалпы саны мен әр түрлі пішіндерінің өзара қатынасын, тромбоциттердің санын анықтаймыз.



4-Сурет

**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3» ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ**

Ол үшін гистологиялық, цитохимиялық, цитогенетикалық, рентегендік, ультрадыбыстар және радиоизотоптық әдістер қолданылады.

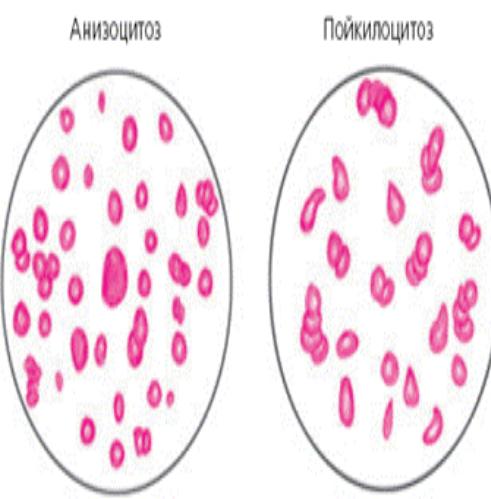
Эритроциттердің туну жылдамдығын (ЭТЖ) анықтау. Бұл заттардың мөлшері қабыну үдерістерінде, инфекцияларда, қатерлі ісіктерде, коллагеноздарда, тіндердің ыдырауында, т.б жағдайларда көбейеді. Қалыпты жағдайда ЭТЖ ерадамдарда-3-10\сағ, әйел адамдарда-3-15мм\сағ. (панченко әдісі).

Эритроциттердің пішінінің өзгеруі пойкилоцитоз деп аталады.

Анизоцитоз – эритроциттердің мөлшерінің өзгеруі.



5-Сурет



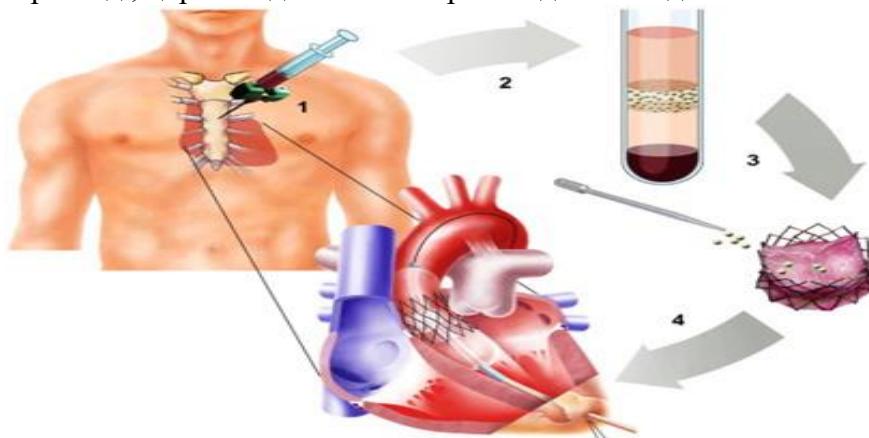
Жалпы қан анализінің кестелік көрсеткіші

Компоненттер, Элементтер Компоненты элементы	Физиологиялық зерттеулер шегі пределы физиологических исследований	С: мөлшер бірліктері Единицы величин СИ	Нәтижелер
Гемоглобин Е (М) Ә (Ж)	130,0-160,0 120,0-140,0	г/л г/л	
Эритроциттер Е (М) Эритроциты Ә (Ж)	4,0-5,0 3,9-4,7	$10^{12}/\text{л}$ $10^{12}/\text{л}$	
Түсті көрсеткіш (Цвет.показатель)	0,85-1,05		
Ретикулоциттер (ретикулоциты)	2-10	%	
Тромбоциттер (тромбоциты)	180,0-320,0	$10^9/\text{л}$	
Лейкоциттер (лейкоциты)	4,0-9,0	$10^9/\text{л}$	
Нейтрофи л-дер нейтрофил	Промиелоциттер (промиелоциты)		
	Миелоциттер (миелоциты)		

**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3» ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

Метамиелоциттер (метомиелоциты)			
Таяқша ядролы (палочкаядерные)	1-4 (0,04-0,30)	%($10^9/\text{л}$)	
Сегмент ядролы (сегментоядерные)	47-72 (2,00-5,50)	%($10^9/\text{л}$)	
Эозинофилдер (эозинофилы)	0,5-5(0,02-0,3)	%($10^9/\text{л}$)	
Базофилдер (базофили)	0-1(0,00-0,065)	%($10^9/\text{л}$)	
Моноциттер (моноциты)	2-9(0,09-0,60)	%($10^9/\text{л}$)	
Лимфоциттер (лимфоциты)	18-40(1,20-3,00)	%($10^9/\text{л}$)	
Плазмалық клеткалар (плазматические клетки)	0(0)	%($10^9/\text{л}$)	
Эритроциттердің шөгүлдемеліктері (Скорость оседания эритроцитов) E(M) Ө(Ж)	1-10 2-15	мм/сағ(час) мм/сағ(час)	

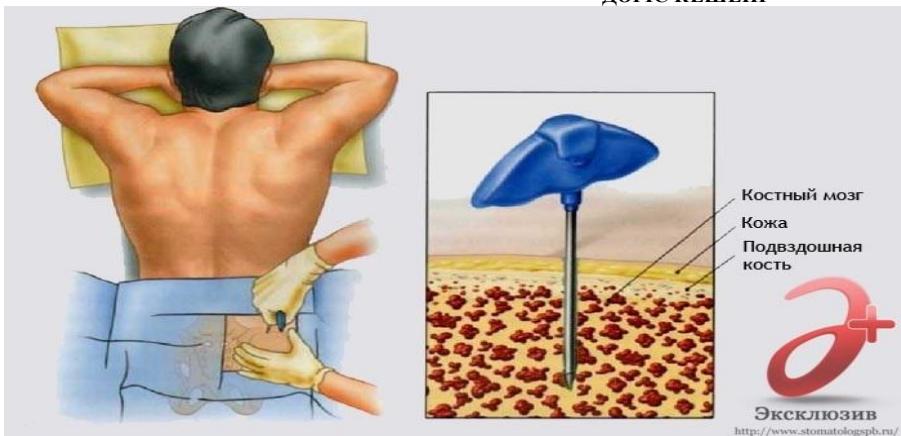
Стернальды пункция – төс сүйегіне пункция жасап, сүйек миын зерттеуге алу. Алынған сүйек миынан жағынды дайында, романовский-Гимзе бойынша бояп, сосын жазушаларды санап зерттейді, қорытындысы миелограмма деп аталады.



6-Сурет

Трепанобиопсия- бұл жамбас (мықын) сүйегіне пункция жасау. Әрі қарай жасушаларды зерттейді.

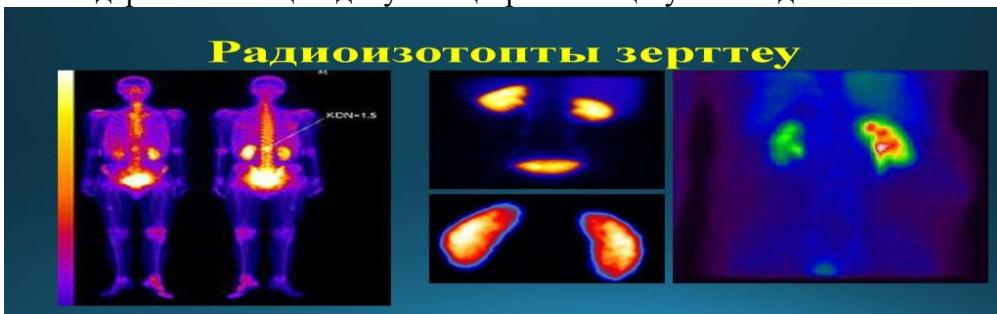
«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



7-Сурет

Радиоизотоптың зерттеу.

Көк бауырды сканерлеу кезінде науқастың өзінің эритроциттерің радиоактивті хроммен немесе алтынының коллоидты ерітіндісімен белгілеп, қанға енгізеді. Бұл әдіспен көкбауырдың өлшемдерін және закымдану ошақтарын анықтауға болады.



8-Сурет

Цитохимиялық әдіспен лейкоциттерді . Бұл әдіс ісік жасушаларын анықтауда қолданылады. Цитогенетикалық зерттеу әдісімен клеткалардың хромосомасының морфологиялық немесе сандық ауытқуларын табады.

7 тақырып: Эндокрин жүйесі ауруларымен науқасты клиникалық және қосымша тексеру әдістері.

Эндокриндік жүйе дегеніміз - ішкі эндокриндік бездерден және олардан бөлінетін биологиялық активті заттар - гормондардан тұрады. Гормондар жалпы айналысқа еніп ағзаның барлық қызметін реттеп отырады. Эндокриндік бездерге гипофиз, қалқанша без, үйқы безі, бүйрек үсті безі, аталық без, аналық бездер, айырша без (тимус) жатады. Кейбір эндокрин бездер аралас қызметті атқарады. Гипофиз - ең басты без, өйткені басқа бездердің жұмысы осы гипофизге көп байланысты. Гипофиз бас миында түрік ершігінде орналасқан (турецкое седло). гипофиз үш боліктен тұрады.

Алдыңғы мен ортаңғы бөліктері қосылып кеткен, оны аденоғипофиз, ал артқы бөлікті нейрогипофиз деп атайды.

Аденогипофизден бөлінетін гормондар:

Соматотропты гормон (СТГ) - адамның бойын өсіреді, белокты синтездейді.

Адренокортикотропты гормон (АКТГ) - бүйрек үсті безінің жасушасын өндіріп өсіреді, сонымен қатар глюкокортикоидтарды, альдостеронды биосинтездейді.

Тиреотропин (тиреотропты гормон ТТГ) - қалқанша бездің жасушасын өндіріп өсіруге ықпал етеді.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Нейрогипофиз гормондары:

антидиуретикалық гормон (АДГ) немесе (вазопрессин) және окситоцин. Антидиуретикалық гормон зәр жүру каналында зәрден суды қайта сұзіп шығарады. Окситоцин - жатырдың бұлшық етін жиырылтады, әсіресе бала туу кезінде және емшек сүтін шығаруға ықпал етеді.

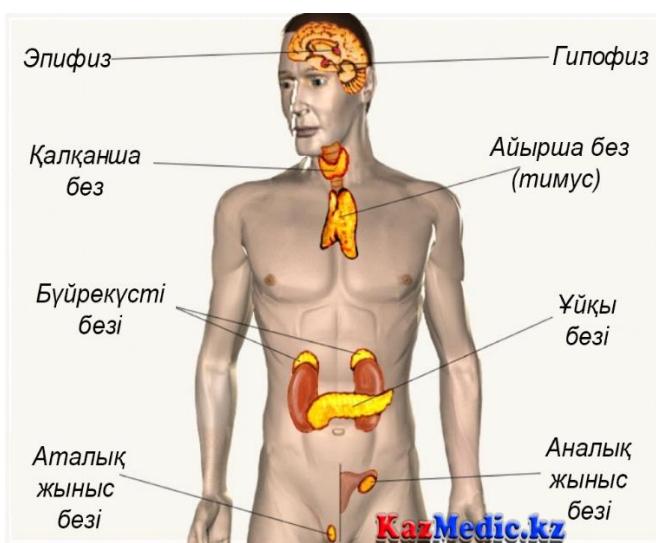
Қалқанша безі гормондары: трийодтиронин (T_3), тироксин (T_4), кальцитонин.

Ұйқы безі гормондары: инсулин, глюкагон.

Бүйрек үсті безі : кортизол, альдостерон, адреналин.

Аналық бездері : эстрadiол, прогестерон.

Аталық без : тестостерон.



1- Сурет

Сұрастыру

Шағымдары. Эндокриндік жүйе ауруларымен сырқаттанған адамдардың шағымдары әртүрлі болып келеді. Олардың ортақ симптомдарына тез шаршau, ұйқының бұзылуы, арықтау, ашуланшақ, т.б. жатады. Науқастар терінің қышуына (қантты диабет, гипертреоз), шаштың түсініне (тиреоидит) дene мүшелерінің ұлкеюіне (акромегалия) сүйектердің сырқырауы мен сынуына (гиперпаратреоз, Иценко-Кушинг синдромы) бұлшық еттердің әлсіздігіне, жүрек түсінің ауруы мен ретсіз тез соғуына (гипертреоз, феохромоцитома), ұйқышылдық пайда болғанына шөлге және зәрдің көп бөлінүіне шағымдануы мүмкін.

Науқастың даму тарихы мен өмір тарихы. Сұрастыру кезінде эндокриндік бұзылтарға алып келетін, науқастың басынан кешірген ауруларына көңіл бөлу қажет. Сондай-ақ тұқым қуалайтын бірқатар ауруларда) қантты және қантсыз диабетте, жайылған токсиндік зоб, семіздік) байқалатындықтан, отбасылық анамнез толық сұрастыру керек. Кейбір жағдайларда науқастың тұратын жеріне байланысты пайда болады, мысалы, қоршаған ортада йод жетіспегендіктен эндомиялық зоб дамиды.

Қарап тексеру.

Тек қалқанша безі мен аталақ аталақ жыныс жұмыртқасын қарап және сипап тексеруге мүмкіндік бар. Жалпы қарау кезінде патологиялық белгілерді көреміз: дene ұзындығының өзгеруі(ергежейлілік), дene мүшелерінің өлшемдерінің тепе-тендігінің бұзылуы (акромегалия) тұкті жабындының ерекшеліктері және т.б. қалқанша безі ауруларында бет- әлпет өзгереді. Қорықкан не ашуланған адам көзқарасы, көздің ұясынан шыға орналасуы (экзофталм), жанары шектен тыс жарқыраған, кең көлемде ашылған. Мұндай бет-әлпет мағынасы facies Bazedova деп аталады. Ал қарқанша безінің бөлетін тиреоидты гормондардың жеткіліксіздігінен, керісінше көз алмасының ұясына кіріп кетуі- энофтальм байқалады.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

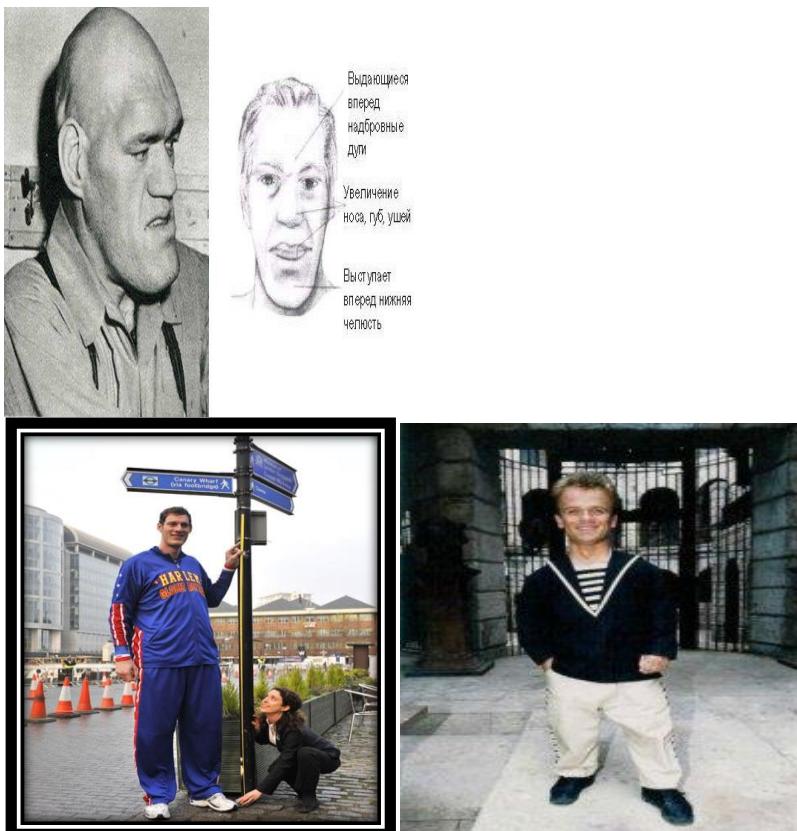
Мойын тұсын қараған кезде оның пішінінде өзгеруін байқауға болады, бұның бірден бір себебі зоб болып табылады. Теріні зерттеу кезінде шамадан тыс тершеңдік шамадан тыс пигменттің бөлінуі, терінің салқын болуы және құргауы, шаштың түсі әйелдерде түктөрдің ерекше дамуын(гирсутизм). Тері асты май қабатын қарағанда өның мөлшерден тыс жетілуін семіздікті (қантты диабетпен қоса не өзіндік) немесе керісінше, аз жетілуін- арықтауды(гипертериоз, қантты диабетгипокортицизм) көруге болады.



Гипотиреоз до и после
лечения

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ

2-Сурет



3-Сурет

Пальпация

Дені сау адамдардың қалқанша безі пальпациямен анықталмайды, оны тек кейде өтежүдеу адамдарда ғана көрге болады. Пальпация әдісімен қалқанша безінің көлемі, тығыздығы, үлкею сипаттамасытуралы мәліметтерді аламыз. Жұтынған кезде оның қозғалыштығын, ауру сезімінің бар жоғын бағалаймыз. Қалқанша безін пальпация әдісімен тексеру үшін дәрігер науқасқа қарама-қарсы тұрады, екі қолдың II-V саусақтарын бүгіп, төсбүғана -сүйір бұлышық етінің артқы жиегіне орналастырады, ал үлкен саусақтарын осы аталған бұлышық етінің алдыңғы шетінің астына кіргізіңкіреп ұстайды. Науқастан жұтынуды өтінеді, сол кезеде қалқанша безі көмекеймен бірге ығысып, саусақтардың астымен өтеді. қалқанша безінің алқымын үлкен саусақты ортаңғы сзызыққа қойып, жоғары-төмен жүргізіп сипаумен анықтайды.

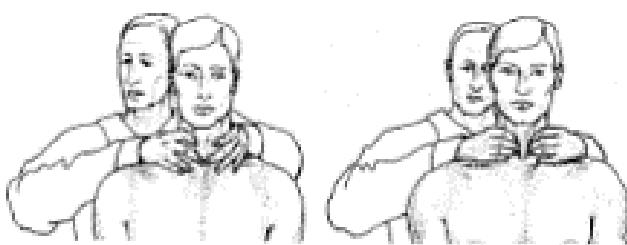


Рис.13. Пальпация щитовидной железы (авторой способ):
ощущивание перешейка (а) и боковых долей (б)

4- Сурет

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

Зертханалық және аспаптық зерттеу әдістері.

Биохимиялық әдіс. Гликемия деңгейі аш қарынға анықталса (глюкозооксидазды және ортотолуидинді әдістер) қалыпты жағдайда 3,5-5,5 ммоль\л (60-10мг\100мл) Қант мөлшері 8,88ммоль\л (160мг\100мл) - дең жоғары болса - глюкозурия пайда болады.

Кетоацидоз жағдайын анықтау үшін, қанда немесе зәрде кетон денелерін анықтайды. Егер организмдегі майлардың мөлшері сіңірлөтін көмірсулардан артық борлса, гиперкетонемия және гиперкетонурия байқалады. Соңғы жылдары экспресс тест әдістері кеңінен қолданылады: әдейі диагностикалық қағаздары арқылы гликемия деңгейін(декстранол, декстростикс), глюкозурияны(глюкотест, лобстикс т.б.) анықтайды.



5-Сурет

Рентгенологиялық зерттеу.

Рентгенография әдісін қолдана отырып бастың ішіндегі түрік ерін пішінінің өзгеруін(гипофиз өспелері) бастың, аяқ-қол сүйектерінің үлкеюін(акромегалия), тұтқіті сүйектер мен бел омыртқаның остеопорозын перпаратиреоз, Иценко-Кушинг синдромы) байқаймыз.

Компьютерлік томограмма мен ЯМР томография гипофизбен бүйрек үсті безінің өспелерін дәлірек анықтайды. Қажетті жағжайда бүйрек үсті бездерін пневмоперитонеум жасау арқылы зерттейді. (оксигеносупрантгенография).

Ультрадыбыстық зерттеу

Әсіресе қалқанша безінің түйінді түрі мен қуысты үдерістерін анықтауда, бүйрек үсті бездерін зерттеуде кеңінен қолданылады. Ультрадыбыспен қадағалай отырып, қалқанша безінің инемен тесу биопсиясы өткізіледі, алынған материал кейін гистологиялық жолмен зерттеледі.



6-Сурет

Радиозотоптық зерттеу

Қалқанша безінің ауруларын анықтау үшін, радиоактивті йод-131 немесе пертехнитат (технеций - 99 бер таңбаланған) қолданылады. Гамма камераның көмегімен жарық сезгіш қағазға гамма сәулелерін жазады, осылайша сканерлеу арқылы бездің мөлшерін, пішінін, зақымдану ошактарын,

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

не оның біркелкілігін анықтайды. Радиозотоптық сканерлеу бүйрек ұсті бездерін зерттеуде қолданылады.



7-Сурет

Негізгі клиникалық синдромдар

Гипергликемия синдромы Диабеттік(гипергликемиалық, гиперкетонемиялық, кетоацидоздық) кома-қантты диабеттің қатерлі асқынуы, ол инсулиннің абсолюттік немесе салыстырмалы жеткіліксіздігінен болады. Гипергликемиалық кома көбіне инсулиноптерапияның қажетті мөлшерде енгізілмеуінің нәтижесінде, қантты диабетке жүқпалы аурулар қосылған шақтарда, сондай-ақ уақтылы диагноз қойылмаған жағдайларда дамиды.

Этиологиясы мен патогенезі. Гипергликемиалық команың негізгі себебі-инсулиннің жеткіліксіздігі, соның нәтижесінде тіндердің глюкозаны шығаруының бұзылып, бауырда гликонеогенез шашшандайды, гипергликемия және глюкозурия дамиды.

Клиникалық көріністері. **Диабеттік кома** бірнеше сағат бойында, кейбір жағдайларда бірнеше күн бойы дамиды. Кома кезінде қантты диабеттің барлық белгілері айқындалады: асқа тәбеті тартпау, құсу, жүректің айнуы пайда болады. Ауыздың, терінің құрғауы, зәрдің қебеюі, әлсіздіктің ұлғауы, ауыздан ацетон ісі шығып, артериалық қан қысымның төмендеуі, сол сияқты құрғаудың клиникалық белгілері де байқалады.

Комада жатқан науқастың түрі ерекше болады; беті бозарған (аzdap қызарған), көгеру болмайды, ерні мен тілі құрғап, қабыршақты, терісіде құрғақ, салқын, серпімділігі азаяды. Тынысы шулы, терең соңғы кездерінде -Күссмауль тынысы пайда болады. Біртіндеп есінен айырылып, рефлекстер, дene қызуы төмендей бастайды. Сузыдану белгілері қүшейіп, артериалық қысым төмендейді. ЭКГ-да гипокалиемиага тән өзгерістер пайда болады. Таксикоздың әсерінен асқорту жолдарынан қан кетеді науқас қан құсады, іш ауруы пайда болады.

Белгілеріне қарай, диабеттік команы бірнеше түрге беледі;

- 1) асқазан-ішектік-перитониттің, аппендециттің, гастроэнтериттің клиникасын береді.
- 2) жүректік-тамырлық
- 3) бүйректік (олигурия, гиперазотемия, альбуминурия)
- 4) энцефалиттік (ми қан айналуының бұзылуымен қоса жүреді).

Гипергликемиалық тұсындағы зертханалық көрсеткіштер; гипергликемия (19.4-33.3 ммоль/л), глюкозурия және

ацетонурия, липидемия, холестеринемия, протеинемия (90 г/л), мочевина мен қалдық азот аздап жоғарылайды, гипонатриемия, гипоантремия, гипоклиемия орын алады.

Гипергликемиалық синдром (ес-түссіздік)

Гипогликемия-организмегі қанттың деңгейінен күрт төмендеуінен (2,8 ммоль/л және одан да төмен) сипатталатын синдром. Гипергликемиалық команы тудыратын негізгі себеп бас миының көмір сутегінің жеткіліксіздігінен қызметінің нашарлауы болып табылады. Инсулин қабылдайтын



**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

науқастарда гипогликемия жағдайы гипергликемияға қарағанда жиірек болып тұрады. Қантты диабет ауруында инсулиннің енгізілтін міөлшерін көбейтіп жібергенде, науқас емдемді сақтамағанда(ашығу), арақ-шаралты қөп ішкенде, жедел жүқпалы аурулар тұсында қанттың мөлшерінің күрт тәменбнуі ықтимал.

Клиникалық көрністері. Гипергликемиалық жағдайда қатты ашығу сезімінен, қол саусақтарының дірілдеуінен, вегетативтік көрністерден басталады(тершендік, элсіздік, бас ауруы, ашушандық, қорку). Егер осы бастапқы белгілерді тез сінірлелі көмір сутегілер (қант, бал, ақ нан, тәтті тағамдар) беруінен қойдырылmasа, онда бүкіл дene дірілі, қатты терлеу қозғалысты тежеу белгілері басталады(бет перде тәрізді бет-әлпет, қозғалыстарының икемсіз тежелуі) Науқас қатты қозып, психомоторық реакциялар дамиды, көз алдында елестеулер пайда болады. Көмек көрсетілмеген шақта бұлшық еттер құрысып, қозу өрши түседі. Құсу және патологиялық Бабинский симптомы, т.б терең кома белгілері анықталады. Науқастың терісі ылғалданыпбесті бозарады, бұлшық еттерінің күші, рефлекстер жоғарлап, дененің құрысып, тартылуы және дірілі байқалады. Артериалық қысымы тәмендеп, көзінің қараышығы үлкейеді, психикалық құбылыстар, сандырақтау пайда болады.

Қандағы қант құрамы тәмен болған жағдайда, зәрде ацетон анықталмайды. Көбіне глейкемия 3,9ммоль/л болып тәмендегендеге көрністері басталып, оның деңгейі 2,2-1,9ммоль/л-ге жеткенде гана комаға айналады.

Гипертреоз синдромы (тиреотоксикоз)

Қалқанша безінің функциясы бұзылып, оның қызметінің күшейген белгілірінің пайда болуы көптеген ауруларда, мысалы; жайылған улы зоп, токсикалық улы түйінді зоп, қалқанша безінің тиреотоксикалық аденомасы, тиреоидиттер, қалқанша безінің обыры, сондай-ақ тиреоидты гармондарды қабылдау кезінде дамиды.

Гипертериозды тудыратын себептер әртүрлі; жайылмалы улы зоп, Хашimoto аурулары бір отбасында кездесіп отырады, олардың ауто иммундық ауруларға жатқызамыз, жүқпалы аурулар, психотравма, операциялар(қалқанша безіне, басқа ағзаларға), стресстер, жүктілік, босану, радиойодтерапия, т.б

Қалқанша безі екі гармон бөледі; тироксин(тетрайодтиронин-T4) және трийодтиронин(T3). Тиреотоксикоз кезінде олардың қандағы мөлшері артады, алайда, тиреоидты гармондар деңгейі мен аурудың клиникалық көрністері арасында тікелей бағыныштылық байқалмайды.

Тиреотоксикоздың төрт сатылық деңгейі бар: бір дәрежелә тиреотоксикоз-тамырдың соғуы минутына 100-ден аспайды, негізгі зат алмасуы +30% көп емес; 2 дәрежелі-клиникалық белгілері айқын, дene салмағы азайады, тахикардия 100-120мин, негізгі зат алмасуы +30%-тен +60%-ке дейін барады; 3 дәрежелі-дene салмағының жетіспеушілігі ұлғая түседі, тахикардия минутына 120-дан асады, жыпылықты аритмия, жүрек қызметінің жеткіліксіздігі, бауырдың зақымдануы дамиды, негізгі зат алмасуы +60%-тен жоғары болады

Гипотреоз синдром

Гипотреоз (микседема, hypothyreosis) қалқанша безінің тиреоитты гармондарды аз бөлуі. Оның себептеріне қалқанша безінің біріншілік зақымдануы, қалқанша безін түгел алып тастау, тиреотоксикалық зобты радиоактивтік йодпен емдеу, йод, литий дәрілерімен ұзақ емдеуден зақымдану, гипофиз бен гипоталамустағы өзгерістер жатады.

Қалқанша безінің гармондарының жеткіліксіздігі зат алмасудың барлық түрлерінің бұзылуына, тотығу үдерістерінің тәмендеуіне, метаболизмнен кейінгі заттардың жиналудына, орталық нерв жүйесінің ауыр өзгерістеріне, жүрек-тамыр және ас қорту және ас қорту жүиелерінің тіндерінің кілегейленіп ісінуіне әкеліп соқтырады.

Клиникалық көрністері. Науқас адам үйкесі ашылмағандай, қымылдары баяу, бет-әлпеті ісінген, дауысы қарлықкан, терісі бозарған, құргақ, қабыршақтанған, сұық болып келеді.

Тобық маңайы ісініп, терісі қалындаған. Қарап тексергенде үнемі брадикардия анықталады. Артериялық қысымның тәмендеуі, ішектің кебуі немесе қатуы байқалады. Тілі



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

ісініп,шеттерінде тістердің ізі сақталып қалады.Ішектегі сінірілу қызметінің нашарлауынан гипохромды анемия дамиды.Ауру дамыған сайын,нерв жүйесінің зақымдану белгілері үдейді;селқостық,ұйқышылдық,психикалық өзгерістері,парестезиялар,жыныс қызметінің төмендеуі ұлғая түседі.

Қанда үнемі гиперхолестеринемия,негізігі зат алмасуының қатты төмендеуі,тироксин мөлшерінің азауы анықталады.ТТГ деңгейі жоғапы болады.

Семіздік

Семіздік(adipositas)дегеніміз-тері асты шеліне және басқада организидегі тіндерде майдың жиналудының нәтижесінде дene салмағының 20%-ке,немесе одан да көп артуын атайды.

Этиология мен патогенезі.Адам қолданатын тағамның калория мөлшері организімнің энергетикалық жұмсауларынан артылған шақта,семіздік дамиды.Оның жиі кездесетін себептердің бірі-дұрыс тамактанбау және физикалық жүктеменің азауы.Тұқым қуалай отырып,семіздікке бейімділік беріледі.

Жіктелуі.Дене массасының артық мөлшеріне байланысты семіздіктің 4сатысын ажыратады:1сатысында-артық салмақ қалыптағыдан 20-29% артық, 2сатысында-30-49%,3 сатысында-50-99%,4сатысында-100% және оданда көп.

Клиникалық қорністері.Семіздіктің түріне байланысты,алиментарлық-дене бітімдік семіздіктің 1-2сатысы кезінде науқастың шағымдары болмауы мүмкін.Ал сатысында физикалық қаш түскенде ентігу,тез шаршау,жүрек соғуы,жүрек тұсының ауруы,аяқтардың ісінуі т.б шағымдары пайда болады.

Гипоталамустық семіздік-гипоталамус аймағының зақымдануынан пайда болады.Семіздік бұл түрінің сипаттамасына дene салмағының тез артуы,асқа тәбеттің қатты артуы,бас миының зақымдалуын көрсететін неврологиялық симптомдардың пайда болуы жатады,оған кейде ұйқышылдық және жыныс бездерінің қызметінің бұзылуы қосылады.Семіздіктің бұл түрінде адипоза-гениталды семіздік,Морганы синдромы жатады.

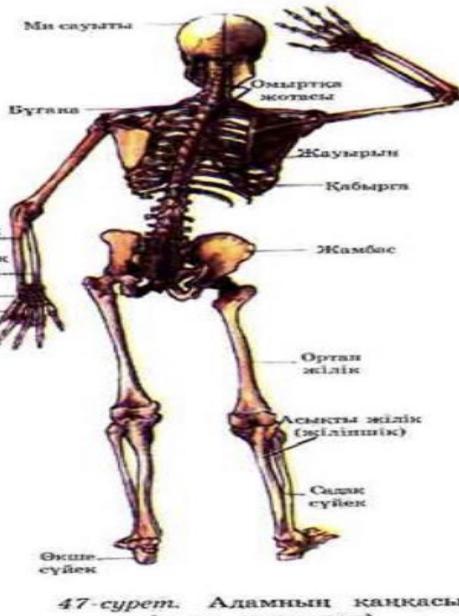
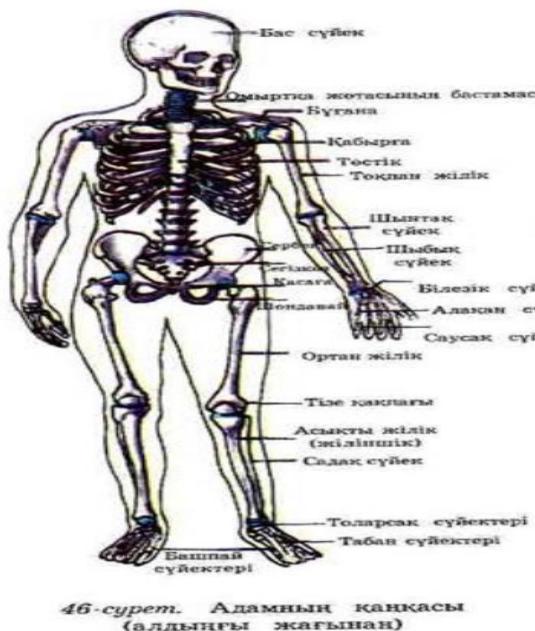
Эндокриндік семіздік басқа эндокриндік ауруларға серікtes болып келеді(гипотиреоз,климакс,бүйрек үсті бездерінің аурулары т.б.).Науқастарды қарап тексергенде,құрсақ пен санның ішкі жағындағы терісінде күнгірт қызыл түсті сызықшалары(стриялар)байқауға болады.Өкпенің гиповентиляциясы,бас миының гипоксиясы дамып,ол тыныс ырғағының ретсізденуімен және патологиялық ұйқышылдықпен көрінуі мүмкін(Пиквик синдромы)Семіз науқастардың артериялық қан қысымы жоғарылауға бейім.Қыжылдау,іштің кебуі сияқты шағымдары болады.

8 тақырып: Тірек – қимыл жүйесінің ауруларын клиникалық,қосынша зерттеу әдістері.
Тірек-қимыл жүйесі (ТҚЖ) — кеңістікте қозғалу мүмкіндігі мен ағзаның ішкі мүшелерінің қорғанысын қамтамасыз ететін, оған тірек болатын, ағзаға пішін беретін, қанқа түзуші құрылымдар кешені, адамның қозғалыс аппараты. Тірек-қимыл жүйесі (ТҚЖ) 640 бұлшықеттен, 200-212 сүйектен (қанқа), бірнеше жүздеген сінірден тұратын өздігінен жұмыс атқаратын механизм. Тірек-қимыл жүйесінің өсуіне гипофиз гармоны соматотропин ықпал етеді. Негізінде тірек-қимыл аппараты үй жүйеден: сүйектерден, олардың қосылыстарынан және бұлшық еттерден тұрады.

Тірек-қимыл аппаратының жалпы анатомиясы:

Қанқа (skeleton, грекше –кептірілген скелет) –механикалық маңызы бар, мезенхимадан дамитын тығыз түзілістердің жиынтығы болып табылады.Ол өзара дәнекер, шеміршек немесе сүйек тіндерінің көмегімен байланысқан жеке сүйектерден тұрады; қанқа қимыл аппаратының пассивті болімін құрайды. Қанқаның атқаратын механикалық қызметі тірек, қорғаныш және қозғалысты іске асыру қабілетімен сипатталады.

**«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3» ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ**

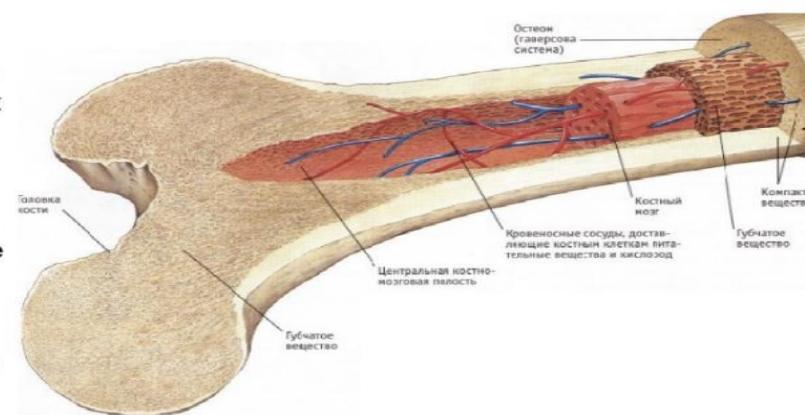


Сүйек ағза ретінде. Сүйектің құрылышы

Сүйек (os, ossis) тірі организмнің ағза ретінде бірнеше тіндерден тұрады, олардың ең бастысы сүйек тіні. Сүйектердің химиялық және физикалық қасиеттері. Сүйек заты химиялық заттардың екі түрінен тұрады: органикалық заттар, негізінен осsein және бейорганикалық, негізінен кальций тұздары, әсіресе фосфорқышқылды ізбес. Бұл заттар сүйекке аса беріктік және серпімділік қасиет береді. Сүйектердің химиялық құрамы. Органикалық заттар (1/3); Осsein; Бейорганикалық (1/3) Кальций тұздары (51,04%); Фосфор қышқылды ізбес 7 Сүйектің құрылымдық бірлігі – остеон, яғни тамырлары мен нервтері бар орталық өзекті айнала сақиналы орналасқан сүйек табақшалары жүйесі болып табылады.

Сүйек құрылышы

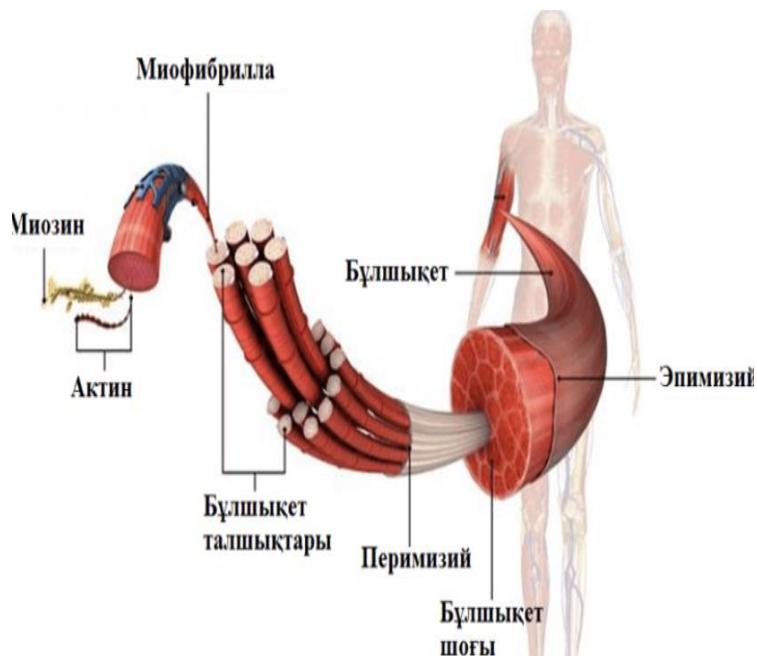
- Бұындар
- өзекшелер
- борпылдақ қабат
- қыртысты қабат
- жілік майы
- остеоциттер (сүйек жасушалары)
- қантамырлар



Қанқа бұлшықеттері - тірек-қымыл жүйесінің пәрменді бөлігі. Қанқаның бұлшықеттері қөлдонең жолақты болып келетіндіктен, қоза да (жүйке козу толқынына жауап қайтарып), жирырыла да және қажи да алады. Адам денесінде пішіні сан алуан және бірнеше қабатты 600-ден астам бұлшықет

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

болады. Бұлшықеттердің әрқайсысы бұлшықет талшықтары деп аталатын жасушалардан (миоциттерден) тұрады. Талшықтар будаланады да, будалар жалпы дәнекер түптекті қабықшага - шандыр бұлшықеттеріне бірігеді. Әрбір бұлшықеттің ішінде жасушаларды қоректендіретін, оларға тыныс алғызатын тармақталған қантарату тамырлар, сондай-ақ бұлшықеттердің жиырылуын басқаратын жүйкелер бар. Бұлшықеттер сүйектерге сінірлердің көмегімен бекінеді. Олар екі немесе одан да көбірек сүйектерге бекініп, жиырылған кезде сүйекті өзіне қарай тартады. Өйткені бұлшықеттер босаңсу арқылы сүйекті өзінен алшақтата алмайды, бұлшықеттердің әрқайсысында қарсы әсерлі зат (антогонист) - қарама-қарсылық бар. Мысалы, екібасты бұлшықет (бицепс) - шынтақ буынын бүккіш. Ал үшбасты бұлшықет (трицепс) - шынтақ буынын жазғыш. Сезім билейтін бұлшықеттері бір ұшымен — бассүйек сүйектеріне, екінші ұшымен теріге бекінеді. Оттегі жетіспегендеге және сүт қышқылы жинақталғанда, сінірлер созылғанда, жүйкелік орталықтар «қажығанда», бұлшықеттер де қажиды.



Қымыл-тірек, тері және оның қосалқыларының аурулары бар науқастардың сұрап тексеру

Шагымдарын анықтау: буындардағы “таңертенгі құрысу” және оларың ісінуі, бұлшықет әлсіздігі, тері қышуы, қалтырау, терідегі бөртпелер, тері түсінің өзгерісі, тырнақтардың сыңғыштығы мен сыйықтану, шаштың шамадан тыс түсүі.



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНІ



Негізгі шағымдарды талдау, сараптау.

Бұындардағы ауру сезімі және олардың қимылшының шектелуі:

Орналасу орны – ауру сезімі қай бұында? (аяқ-қолдың ірі немесе майда бұындарында, омыртқа бағанасында (жотада) — қолмен көрсетудің сұрау);

сипаты – қалай ауырады? (ұзак, сыздап әлде ұстамалы, қатты), ауру сезімінің қарқыны және пайда болу жағдайы — үдейді немесе дамиды — қимылда, кешке қарай, түнде, дымқыл ауа райында, бір кейпінде ұзак түрғанда;

қанша бұындар ауырады және реттілігі қалай? – бір буын; бірнеше бұындар, ауру бастапқыда бір буында дамыды және бірнеше күнде немесе бір жетіде біртіндеп қалған бұындарда пайда болды («ауру сезімі кезбели») немесе бір мезгілде екі жақтағы бірдей бұындарда пайда болды, мысалы қол ұшының бұындары («симметриялық ауру сезімі»)

буын үсті терісі өзгерді ме? – қызару, сипағанда ыстық, ауру сезімді;

бұынның ісінуі мен қозғағандағы ауырсынуы ?

Бұлшықеттегі ауру сезімі және әлсіздік:

Орналасу орны – қай бұлшықетте? (барлығында, біреуінде немесе бөлек топталған бұлшықеттерде – қолмен көрсетудің сұрау);

сипаты – қалай ауырады және ұзақтығы? (ұзак, сыздап әлде ұстамалы, қатты; бірнеше күн бойы);

ауру сезімінің қарқыны және пайда болу жағдайы — қимылда қүшееді немесе дамиды;

қайталараптың қимылдарда бұлшықеттің әлсіздігі мен шаршағыштығы бар ма?

Бөлек әлде топталған бұлшықеттердің белсененді қимылдарының әлсіреуі немесе толық жоғалуы байқала ма?

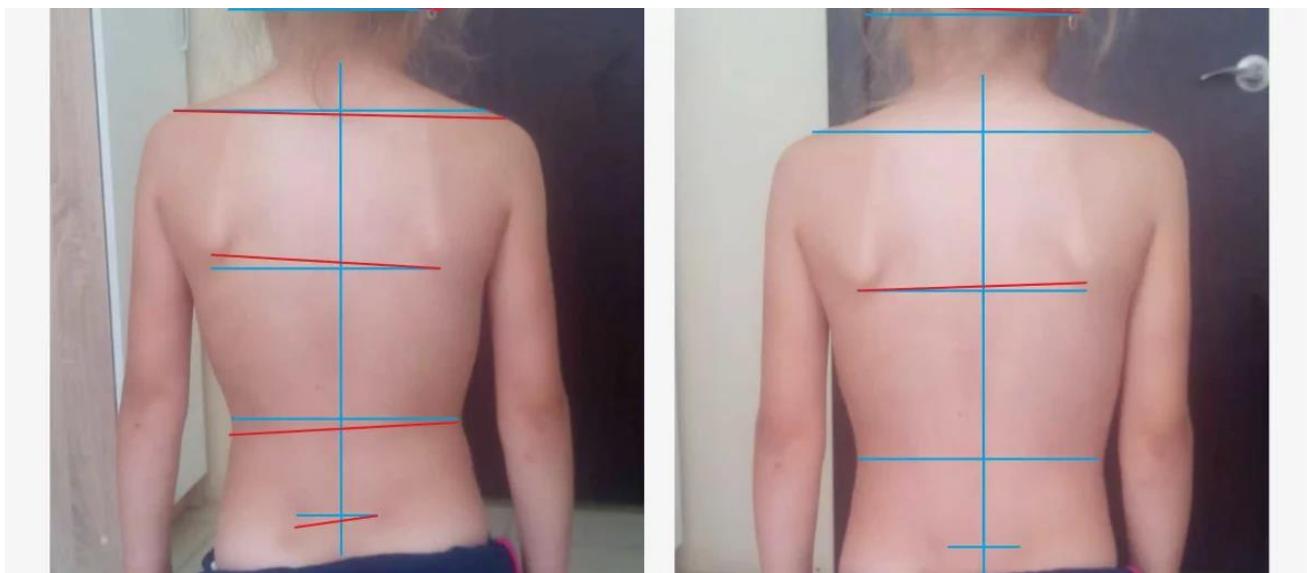
«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦЭК
ДӘРІС КЕШЕНІ



Науқасты жалпы қарау: мағынасын түсіндіріп рұқсат алу әрі қарай хәлін, есін, төсектегі қалпын бағалау. жағдайы (қанағаттанарлық, орташа ауырлықта, ауыр, өте ауыр, өлім халінде); есі — сақталған (анық), өзгерген төсектегі қалпы (белсенді, кимылсыз –сұлық түсіп жатыр, мәжбүрлі –кимылдары шектелген дене бітімін, терісі мен оның қосалқыларын және кілегей қабаттарын қарау; жалпы дене бітімін, тері асты шел майының дамуын бағалау; науқастың жағдайына байланысты- тік түрғызып тері асты шел майының дамуын бағалау — жауырын асты теріні бас бармақ пен сұқ саусақ арасына қысып тексеру – 2см аспау қажет.

Дене бітімі қалыпты; өзгерген; тері асты шел майының дамуы сақталған; төмен (жүдеу, азған,); шамадан тыс дамыған (толық).

Омыртқа бағанасын тік түрғызып омыртқа бағанасын қарап – түзулігі, жауырын бұрыштары мен иықтары және жамбас қырларының орналасу деңгейін қарау; иықтары мен жамбас қырларының және бір деңгейде орналаспауы (сколиоз) жауырын бұрыштарының бір деңгейде орналаспауы (сколиоз).



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ



«садака сұраушы» келбеті — Бехтерев дөрті.

Бұындарды қарау: Кейпі:бүгілген (жіті артрит);

бұлшықет қымылышының шектелуіне (контрактурасы) байланысты буынның мәжбүрлі кейпі (созылмалы артропатия);

Көлемі:біркелкі домбығуы (домалақтануы, жіті артрит) үйлесімінің бұзылысы (созылмалы артрит) буынның анатомиялық орналасуына сәйкес емес шектелген ісіну (киста, гигрома, тендинит, тендовагинит, бурсит);

Пішіні — тегістелуі (жіті артрит) Өзгеріс түрі — домалақтанған(жіті артрит) үйлесімінің бұзылысы – буын пішінінің айқын бұзылысы (остеартроздардағы остеофиттер, буынның толық және толық емес шығып кетуі, анкилозы).

Үйлесімінің бұзылысы түрлері:

Білезік буыны пішінінің найза тәріздес өзгерісі (РА алақан сүйектері қымылсыздығы мен білезік буынның шығып кетуі);

Қол ұшының жүзбеқанат тәріздес өзгерісі — ульнарлық девиация — (алақан-бунақтар буындарының жартылай шығып кетуі мен саусақтардың шынтақ жілігі жағына қисауы; «Қаз мойыны»- алақан — бунақтар буындарының жазылмауы, шеткі бунақтар аралық буындарының шамадан тыс жазылуы мен ішкі бунақтар аралық буындарының бүгілуі;

«Түймелік топса»- шеткі бунақтар аралық буындарының айқын бүгілуі мен ішкі бунақтар аралық буындарының шамадан тыс жазылуы;

Буын аймағындағы тері өзгеріс түрлері:

Кернелген, жылтырақ (жіті артрит);

Қызарған(жіті артрит);



Шектеліп домбықкан аймақтарының қызаруы (тендовагинит, бурсит);

Бұлшықеттерді қарау: симметриялық бұлшықеттердің пішінің сакталуы (көлемі)

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ



Тері, буындар, бұлышық ет пальпациясы. Дәрігер оның оң жағында, қарсы бетпе-бет орналасады, қолдары жылы;

Тері пальпациясын жасау:

серпінділігін (құрсақ бетінің немесе қолдың ішкі бетінің терісін екі саусақпен жинап, қатпар жасайды, қатпарды босатады) тез жазылады; жәй жазылады

ылғалдылығын (саусақ ұшымен терінің әр аймағын сипау) ылғалды; құрғақ;

қызыуын (қол сыртымен майын сипау) бар, жок;

ісінуі, қалындауы (саусақ ұшымен терінің әр аймағын сипау) ісінуі, қалындауы



Буындар пальпациясы: алақан және саусақ ұштарымен буындарды сипап келесі мәліметтерді анықтау: қызуы аурусынғыштығы өзгерген буынның тығыздығы жұмсақтығы; буын аймағын сипап тексеру; буын шеңберін анықтау қозғалыс көлемін тексеру.

Зертханалық және аспаптық тексеру әдістері

СРБ (С реактивті белок. С полисахаридінен өндіріледі) қабыну мен некроздың жедел фазасының арнайы емес көрінісі болып табылады. Бауырда синтезделеді. Иммундық жүйенің қабынуға қарсы



«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦӘК
ДӘРІС КЕШЕНИ

иммундық жауабын белсендіреді. СРБ мөлшерінің көбеюі инфекциялық процесстің белсенділігін көрсетеді.

Қалыптыда 0 – 5мг/л . Дәнекер тінінің ауруларында (белсенді ревматизм, ревматоидты артрит, анкилозды спондилит) бұл көрсеткіш 20 және одан да жоғары болады. Бұдан басқа СРБ деңгейінің артуы ауыр миокард инфарктінде , туберкулезде, жайылмалы перитонитте, қатерлі ісіктерде, ауыр операциялардан кейін болады.

Антистрептолизин- О (АСЛО,ASO) стрептококке қарсы антиденелер болып табылады. Орташа мөлшері 200 МЕ/мл. АСЛО жедел стрептококкты инфекцияның маркері болып табылады. Жедел буын ревматизмімен ауратын науқастарда аурудың 3 аптасында көтеріледі, 6 аптасында ең жоғарғы дәрежесіне жетіп, 4 -8 айдан кейін қалыпты деңгейіне қайта келеді.

Ревматоидты фактор(РФ, RF) IgG IgH немесе IgA аутоантиденелерден тұрады. Орташа мөлшері 14 МЕ/мл. Практикалық медицинада көбіне РФ, латекс тест немесе Ваалер - Роуз реакциясы зерттеледі.

Антинуклеарлы фактор – IgG класынан шығарылатын ядролы антигендерге қарсы аутоантиденелер. Дені сауларда болмайды. АНФ дәнекер тінінің диффузды ауруларының диагностикасы үшін қолданылатын скрининг тест болып табылады. Оның титрінің жоғары болуы дәнекер тінінің диффузды ауруларына тән. Одан басқа аутоиммунды ауруларда да кездеседі. Нативті ДНК антиденелері. Эртурлі иммунологиялық әдістер арқылы жүйелі қызыл жегі ауруында анықталады.

Циркуляциялық иммунды комплекс (ЦИК) бактериялар антигенінің жоғарғы қабатымен байланысқан антиденелерден құралады. ЦИК мөлшерінің өсуі дәнекер тінінің диффузды ауруларында , жүйелік васкулитте, созымалы септикалық эндокардитте, Крон ауруында, аутоиммунды гепатитте байқалады.

Синовиальді сұйықтықты зерттеу.

Синовиальді сұйықтықты пункция арқылы алып цитологиялық, биохимиялық және иммунологиялық әдістермен тексеруге болады.

Синовиальді сұйықтықтың патологиялық түрлері:

Геморрагиялық – қызыл және сарғыш түсті, құрамында эритроциттер бар сұйықтық.

Жарақаттардан кейін, геморрагиялық артропатияларда және синовиальді ісіктерде кездеседі.

Септикалық - бейспецификалық және спецификалық инфекциялық артриттерде. Сары жасыл түсті, микроскопиясында полиморфонуклеарлы гиперлейкоцитоз (1мм^3 100 000 артық жасуша) байқалады. Тұнбасында себептік микроорганизмді анықтауға болады.

Мөлдір – дегенеративті артрит кезінде байқалады. Құрамында жасушалар өте аз (1мм^3 100 аз жасуша).

Күнгүрт – подагралық артритте кездеседі. Құрамында көп мөлшерде зэр қышқылының кристалдары анықталады және полиморфонуклеарлы гиперлейкоцитоз. Сұйықтық стерильді.

Синовиальді биопсия.

Бұл әдіс арнайы инемен жүргізіледі немесе артrotомия арқылы толық асептикалық жағдайда және тек тағайындау бойынша жүргізіледі. Негізгі көрсеткіші - туберкулезге күдік бар тізелік моноартрит кезінде және буын ауруларынан - подагралық артрит, ревматоидты артрит тб ауруларда қолданылады.

Бұындарды рентгенологиялық зерттеу - буын беткейінің жағдайы туралы, жұмсақ тіннің өзгеруі, сұйықтық бар жоқтығы туралы құнды мәліметтер алуға болады.

«КЛИНИКАЛЫҚ ПӘНДЕР» №3 ЦЭК
ДӘРІС КЕШЕНІ



Қолданатын әдебиеттер:

Негізгі әдебиеттер:

Ішкі аурулар пропедевтикасы, 1, 2 бөлім, К. А. Жаманқұлов, Ақтөбе, 2014 ж.

Ішкі аурулар пропедевтикасы, Б.Н. Айтмембет. 2015 ж.

Ішкі аурулар пропедевтикасы. Б.С. Қалимурзина. – Алматы, 2015

Ішкі аурулар пропедевтикасы. Ә.Т.Кенжебаева, С.Қ.Мұратбекова – Көкшетау, 2012.

Ішкі аурулар пропедевтикасы, С. К. Асауова, Г.Т. Нуралинова – Кызылорда, 2013 ж

Ішкі аурулар,Ғ. Н. Бимурзаев, Г. К. Зарипова. 2-ші басылым – Қарағанды: ЖК «АҚНҰР», 2019 жылы.

Ішкі аурулар Г. М. Есенжанова, С. У. Умарова – Алматы, «Ақнұр» баспасы, 2015 жылы.

Ішкі ауруларға шалдыққан науқастардың еңбекке жарамдылығын сараптау Г. Ә. Дербісалина, М. Г. Махаметова, Д. Н. Ахметова, Ж. Б. Бекбергенова – Қарағанды, «Ақнұр» баспасы, 2020 жылы

Ішкі аурулар пәнінен клиникалық тапсырмалар жинағы» Г. А. Ержанова, А. К. Муханова – Қарағанды, 2016 жылы.

Ішкі аурулар пәнінен тест жинағы А. К. Муханова, Г. А. Ержанова – Қарағанды, 2016 жылы.

Қосымша әдебиеттер:

Терапиядағы медбикелік іс, С.К. Мұратбекова, А.Т. Кенжебаева, Л.Д. Абдрахманова, Көкшетау, 2012 ж.

Мейірбіке ісінің негіздері, С.Қ. Мұратбекова.-Астана,2007.

Терапиядағы медбикелік іс,С.К.Мұратбекова, А.Т.Кенжебаева, Л.Б.Абдрахманова.-Көкшетау, 2006

Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» учебное пособие 2-ое издание Мухин С.А., Тарновская И.И. – ГЭОТАР-Медиа, 2009

Интернет-ресурстар.

<https://www.youtube.com/watch?v=W2b7pGI5eZ8>

<https://www.youtube.com/watch?v=6dG-tAhMIyQ>

<https://www.youtube.com/watch?v=30rmtyhqEG8>

<https://www.youtube.com/watch?v=bxdkB0BihUE> <https://www.youtube.com/watch?v=vjWu0mRs-SM>

<https://www.youtube.com/watch?v=ioMrfq3dZWg->

<https://www.youtube.com/watch?v=at-VtgUk0wa>

Интернеттің профильдік web-сайттары: